

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. KEHAMILAN

1. Pengertian Kehamilan

Kehamilan adalah proses pematangan fetus dalam endometrium hasil bertemunya ovum dan sperma. Kehamilan 40 minggu disebut kehamilan matur, kehamilan lebih dari 43 minggu disebut kehamilan postmatur, sedangkan kehamilan antara 28-36 minggu disebut kehamilan premature (Winkjosastro, 2002; h. 68).

Menurut Prawirohardjo (2009; h.157) kehamilan adalah fertilisasi atau penyatuan dari spermatozoa dan ovum dan dilanjutkan dengan nidasi atau inplantasi. Bila dihitung dari saat fertilisasi hingga lahirnya bayi, kehamilan normal akan berlangsung dalam waktu 280 hari (40 minggu atau 9 bulan 7 hari) dihitung dari haid pertama haid terakhir.

Menurut Manuaba (2010; h. 75) bahwa kehamilan adalah pertumbuhan, perkembangan janin intra uterin sejak konsepsi dan terakhir sampai permulaan persalian. Maka dapat di simpulkan bahwa kehamilan merupakan suatu kondisi dimana terjadi proses pematangan fetus dalam rahim sampai lahir janin yang biasanya selama 40 minggu atau 280 hari.

2. Diagnosa Kehamilan

Menurut Saifudin (2006; h. 89) berdasarkan perubahan-perubahan anatomik dan fisiologik dapat di kumpulkan hal-hal yang bermakna pada pemeriksaan fisik maupun penunjang untuk menuju diagnosis kehamilan. Tanda dan gejala yang dapat mengarahkan diagnosis adanya suatu kehamilan diataranya :

a. Amenorrhoea

Bila seorang wanita dalam masa hamil, apabila sudah menikah mengeluh terlambat haid.

- b. Pembesaran uterus tampak disertai dengan pembesaran perut, pada hamil muda di periksa dengan palpasi.
- c. Adanya kontraksi pada palpasi Braxton Hicks
- d. Teraba gerakan janin
- e. Terdengar detak jantung janin
- f. Teraba bagian tubuh janin saat di lakukan palpasi Leopold

3. Pembagian usia kehamilan

Di tinjau dari tuanya kehamilan menurut Varney (2007; h.193) membagi kehamilan menjadi 3 bagian yaitu :

a. Kehamilan triwulan pertama (usia kehamilan 12 minggu)

Triwulan pertama usia kehamilan dimulai saat terjadi pembuahan sperma terhadap sel telur sampai dengan usia kehamilan 12 minggu dalam triwulan pertama ini alat-alat tubuh mulai dibentuk.

b. Kehamilan triwulan ke dua (usia kehamilan 12 – 28 minggu)

Triwulan ke dua dimulai usia kehamilan 12-28 minggu. Dalam triwulan kedua alat-alat tubuh telah di bentuk, tetapi belum sempurna. Bila hasil konsepsi dapat di keluarkan dari kavum uteri pada kehamilan di bawah 20 minggu di sebut abortus.

c. Kehamilan triwulan terakhir (usia kehamilan 28 – 40 minggu)

Triwulan ke tiga atau triwulan terakhir adalah sejak kehamilan berusia 28 minggu sampai 40 minggu. Janin yang dilahirkan pada triwulan terakhir ini sudah terbentuk sempurna. Bila ini terjadi dibawah usia 36 minggu disebut partus aterm.

4. Ketidaknyamanan pada ibu hamil

Semua perubahan yang terjadi didalam tubuh seorang ibu selama masa kehamilan berkaitan dengan efek-efek yang timbul oleh hormon-hormon tertentu. Perubahan ini memudahkan merawat janin, mempersiapkan tubuhnya untuk melahirkan, merawat payudara dan menyimpan cadangan lemak untuk manghasilkan kalori dan memproduksi air susu selama masa hamil dan sesudah melahirkan.

Dengan memahami perubahan-perubahan pada ibu hamil, seorang bidan dapat mendeteksi kelainan (Sulistiyawati, 2009; h. 123).

5. Fisiologi kehamilan menurut Manuaba (2010; h. 5)

a. Ovulasi

Ovulasi adalah proses pelepasan ovum yang dipengaruhi oleh sistem hormonal yang kompleks. Selama masa subur yang berlangsung 20 sampai 35 tahun, hanya 420 ovum yang dapat mengikuti proses pematangan dan terjadi ovulasi. Proses pertumbuhan ovum (oogenesis) awalnya epitel germinal, oogonium, folikel primer, proses pematangan pertama. Dengan pengaruh FSH, folikel primer mengalami perubahan menjadi folikel yang menuju permukaan ovarium disertai pembentukan cairan folikel. Desakan folikel de graaf ke permukaan ovarium menyebabkan penipisan dan disertai devaskularisasi. Selama pertumbuhan menjadi polikel de graaf, ovarium mengeluarkan hormon estrogen yang dapat mempengaruhi gerak dari tuba yang makin mendekati ovarium, gerak sel rambut lumen tuba makin tinggi, peristaltik tuba makin aktif. Ketiga faktor ini menyebabkan aliran cairan dalam tuba makin deras menuju uterus. Dengan pengaruh LH yang semakin besar dan fluktuasi yang mendadak terjadi proses pelepasan ovum yang disebut ovulasi.

b. Spermatozoa

Proses pembentukan spermatozoa proses yang kompleks. Spermatogonium berasal dari sel primitive tubulus, menjadi spermatosit pertama, menjadi spermatosit kedua, menjadi spermatid akhirnya spermatozoa. Pada setiap hubungan seksual dikeluarkan setiap 3 cc sperma yang mengandung 40-60 juta spermatozoa setiap cc. Bentuk spermatozoa seperti kecebong yang terdiri atas kepala (lonjong sedikit gepeng yang mengandung inti), leher (penghubung antara kepala dan ekor) ekor panjang sekitar 10 kali kepala mengandung energi sehingga dapat bergerak. Sebagian besar spermatozoa mengalami kematian dan hanya beberapa ratus yang

dapat mencapai tuba falopi. Spermatozoa yang masuk ke dalam alat genitalia wanita dapat hidup selama tiga hari, sehingga cukup waktu untuk mengadakan konsepsi.

c. Konsepsi

Pertemuan inti ovum dengan inti spermatozoa disebut konsepsi atau fertilisasi dan membentuk zigot. Proses konsepsi dapat berlangsung seperti uraian di bawah ini :

- 1) Ovum yang dilepaskan dalam proses ovulasi, diliputi oleh korona radiata yang mengandung persediaan nutrisi.
- 2) Pada ovum dijumpai inti dalam bentuk metaphase di tengah sitoplasma yang disebut vitelus.
- 3) Dalam perjalanan, korona radiata berkurang pada zona pelusida. Nutrisi dialirkan ke dalam vitelus, melalui saluran pada zona pelusida.
- 4) Konsepsi terjadi pada pars ampularis tuba, tempat yang paling luas yang dindingnya penuh jonjot dan tertutup sel yang mempunyai silia. Ovum mempunyai waktu hidup terlama di dalam ampula tuba.
- 5) Ovum siap dibuahi setelah 12 jam dan hidup selama 48 jam. Spermatozoa menyebar dan masuk melalui kanalis serviks dengan kekuatan sendiri. Pada kavum uteri terjadi proses kapasitasi yaitu pelepasan lipoprotein dari sperma sehingga mampu melakukan fertilisasi. Spermatozoa melakukan perjalanan menuju tuba falopi. Spermatozoa hidup selama tiga hari di dalam genitalia interna. Spermatozoa akan mengelilingi ovum yang telah siap dibuahi serta mengikis korona radiata dan zona pelusida dengan proses enzimatik. Melalui spermatozoa memasuki ovum. Setelah kepala spermatozoa masuk ke dalam ovum, ekornya lepas dan tertinggal diluar. Kedua inti ovum dan inti spermatozoa bertemu dengan membentuk zigot.

d. Proses nidasi atau implantasi

Dengan memasukkannya inti spermatozoa kedalam sitoplasma, membangkitkan kembali pembelahan dalam inti ovum. Proses pemecahan dan pematangan mengikuti bentuk anaphase dan telofase sehingga pronukleusnya menjadi "haploid". Pronukleus spermatozoa dalam keadaan haploid saling mendekati dengan inti ovum.

6. Perubahan-perubahan fisiologis dan psikologis selama kehamilan (Syarifudin, 2002; h. 93). Selama kehamilan terjadi perubahan baik fisiologis maupun psikologis pada trimester ketiga yaitu :

- a. Pada usia kehamilan 28 minggu fundus berada di pertengahan pusat dan presesus xiphoideus.
- b. Pada usia kehamilan 32-36 minggu fundus mencapai dan presesus xiphoideus.
- c. Payudara penuh ASI dan nyeri tekan.
- d. Sering kencing kembali terjadi.
- e. Usia kehamilan 38 minggu bayi masuk atau turun ke dalam panggul
- f. Sakit punggung dan sering kencing.
- g. Ibu menjadi sulit tidur.

Trimester ketiga sering kali disebut periode menunggu dan waspada, sebab pada saat itu ibu merasa tidak sabar menunggu kelahiran bayinya. Gerakan bayi dan membesarnya perut merupakan 2 hal yang mengingatkan ibu akan bayinya. Terkadang ibu merasa khawatir bahwa bayinya akan lahir sewaktu-waktu. Ini menyebabkan ibu meningkatkan kewaspadaan akan timbul tanda dan gejala akan terjadi persalinan. Ibu merasa sering kali khawatir atau takut kalau bayi yang akan dilahirkannya tidak normal. Kebanyakan ibu juga akan melindungi bayinya dari ancaman benda atau orang yang di anggap akan membahayakan bayinya. Seorang ibu mungkin akan merasa takut akan rasa sakit dan bahaya fisik yang akan timbul waktu melahirkan.

7. Menurut Varney (2007; h. 504) menjelaskan bahwa perubahan-perubahan janin yaitu :

Kehamilan berlangsung terjadi proses perubahan janin sesuai dengan usia kehamilan antara lain pada trimester pertama, kedua dan ketiga, perubahan tersebut adalah sebagai berikut : pada usia kehamilan 12 minggu uterus biasanya teraba tepat diatas simfisis pubis. Genetalia eksterna mulai memperlihatkan tanda pasti jenis kelamin laki-laki atau perempuan. Usia kehamilan 16 minggu berat janin 110 gram. Pada usia kehamilan 20 minggu berat janin lebih dari 300 gram dan panjang 16 sampai 17 cm. Pada usia kehamilan 28 minggu berat janin 1100 gram. Pada usia kehamilan 32 minggu berat badan janin sekitar 1800 gram dan panjangnya 28 cm. Pada usia kehamilan 36 minggu berat badan janin 2500 gram dan panjangnya sekitar 32 cm. Pada usia kehamilan 40 minggu berat badan janin sekitar 3400 gram dan panjangnya 36 cm, merupakan periode saat janin di anggap aterm menurut usia yang dihitung dari periode menstruasi terakhir janin telah berkembang sempurna.

8. Tanda bahaya kehamilan (Manuaba, 2010; h. 247)

a. Perdarahan pervaginam

Perdarahan vagina dalam kehamilan adalah normal. Pada masa awal kehamilan, ibu mungkin akan mengalami perdarahan yang sedikit waktu pertama haidnya terlambat. Perdarahan ini adalah perdarahan implantasi dan normal. Pada waktu yang lain dalam kehamilan, perdarahan kecil mungkin pertanda dari friable cervix. Perdarahan semacam ini mungkin normal atau mungkin suatu tanda bahaya adanya infeksi. Pada awal kehamilan, perdarahan yang tidak normal adalah yang merah, perdarahan yang banyak atau perdarahan yang sangat menyakitkan. Perdarahan ini dapat berarti aborsi, kehamilan mola atau kehamilan ektopik.

b. Sakit kepala yang hebat

Sakit kepala pada kehamilan adalah umum dan seringkali merupakan ketidaknyamanan yang normal dalam kehamilan. Sakit kepala yang menunjukkan suatu masalah yang serius adalah sakit kepala yang hebat, menetap dan tidak hilang dengan beristirahat. Kadang-kadang dengan sakit kepala yang hebat tersebut mungkin ibu menemukan bahwa penglihatannya menjadi kabur. Sakit kepala yang hebat dalam kehamilan adalah gejala dari preeklamsia.

c. Bengkak pada muka dan tangan (Sulistyawati, 2009; h. 149)

Hampir separuh dari ibu yang akan mengalami bengkak yang normal pada kaki biasanya muncul pada sore hari dan biasanya hilang setelah beristirahat.

d. Nyeri abdominal yang hebat

Nyeri abdominal tidak berhubungan dengan persalinan normal adalah tidak normal. Nyeri abdominal mungkin menentukan masalah yang mengancam keselamatan jiwa. Hal ini bisa menyebabkan kehamilan ektopik, aborsi, persalinan preterm, penyakit kantong empedu dan infeksi saluran kemih.

e. Bayi kurang gerak (Manuaba, 2010; h. 247)

Ibu mulai merasakan gerakan bayinya sejak bulan kelima atau bulan ke enam, bahkan beberapa ibu dapat merasakannya lebih awal. Jika bayi tidur, gerakannya akan melema, bayi harus bergerak paling sedikit tiga kali dalam periode 3 jam. Gerakan bayi akan mudah terasa jika berbaring atau istirahat dan ibu makan, minum dengan baik.

9. Menurut Sulistyawati (2009; h. 149) perdarahan pervaginam masa kehamilan muda bisa disebabkan oleh abortus, kehamilan ektopik terganggu atau mola hidatidosa.

a) Macam-macam abortus

(1) Abortus imminen (keguguran mengancam)

Adanya keterlambatan datang bulan, perdarahan di disertai perut sakit (mules). Pada pemeriksaan di jumpai besarnya rahim sama dengan usia kehamilan dan terjadi kontraksi otot rahim. Hasil pemeriksaan dalam menunjukkan perdarahan dari kanalis servikalis, kanalis servikalis masih tertutup dan masih di rasakan kontraksi otot rahim. Hasil pemeriksaan tes hamil masih positif. Penanganannya : istirahat total ditempat tidur, obat-obatan yang dapat diberikan (anti perdarahan, penguat plasenta, vitamin B kompleks), evaluasi jumlah dan lamanya perdarahan, tes kehamilan dapat di ulangi, konsultasi pada dokter ahli untuk penanganan lebih lanjut dan pemeriksaan USG.

(2) Menurut Saifuddin (2014; h. 149) abortus insipient yaitu :

Abortus yang tidak dapat di pertahankan, karena setiap saat dapat terjadi ancaman perdarahan dan pengeluaran hasil konsepsi. Abortus insipien ditandai dengan perdarahan lebih banyak, perut mules lebih hebat, pada pemeriksaan dijumpai perdarahan lebih banyak, kanalis servikalis terbuka dan jaringan atau hasil konsepsi dapat diraba. Penangan abortus insipien yaitu usia kehamilan kurang dari 14 minggu, dapat di lakukan kuretase, sehingga hasil konsepsi seluruhnya dapat di keluarkan. Pada kasus dengan perdarahan banyak di keluarkan secara digital.

(3) Menurut Saifuddin (2014; h. 149) abortus inkomplit yaitu :

Abortus inkomplit di tandai dengan dikeluarkan sebagian hasil konsepsi dari uterus, sehingga sisanya memberikan gejala klinis. Pada pemeriksaan di jumpai gambaran servikalis terbuka dan dapat diraba jaringan dalam rahim atau di kanalis servikalis. kanalis servikalis tertutup dan perdarahan terus-menerus dengan pemeriksaan sonde perdarahan bertambah. Penanganan abortus inkomplit yaitu dalam keadaan gawat karena kekurangan darah

maka dapat di pasang infus, memberikan antibiotik untuk menghindari infeksi.

(4) Abortus komplit (Sulistyawati, 2009; h. 150).

Semua hasil konsepsi telah dikeluarkan, sehingga tidak memerlukan tindakan. Uterus telah mengecil, perdarahan sedikit dan kanalis servikalis telah tertutup.

(5) Kehamilan ektopik terganggu (Varney, 2007; h. 606)

Pada tahapan ini, selain gejala kehamilan muda dan abortus immine, pada umumnya juga di temui kondisi gawat darurat dan abdominal akut seperti : pucat/anemis, kesadaran menurun dan lemah, syok sehingga denyut nadi berkurang serta meningkat frekuensi nadi (diatas 112x/menit), perut kembung dan nyeri tekan, nyeri perut bagian bawah yang makin hebat apabila tubuh di gerakkan dan nyeri goyang portio.

Penanganannya :

- (a) Setelah diagnosis ditegakkan, segera lakukan persiapan untuk tindakan operatif gawat darurat.
- (b) Keretsediaan darah pengganti bukan menjadi syarat untuk melakukan tindakan operatif karena sumber perdarahan harus segera dihentikan
- (c) Upaya stabilisasi dilakukan dengan segera mengganti cairan tubuh dengan infuse RL (500 ml dalam 15 menit pertama) atau 2 L dalam 2 jam pertama (termasuk selama tindakan berlangsung)

(6) Mola hidatidosa (Varney, 2007; h. 608)

Hamil mola merupakan suatu kehamilan dimana setelah fertilisasi hasil konsepsi tidak berkembang menjadi embrio tetapi tidak terjadi proliferasi dari vili koriales disertai dengan degenerasi hidropik. Uterus melunak dari berkembang lebih cepat dari usiagestasi yang normal, tidak di jumpai adanya janin, kavum uteri hanya terisi oleh jaringan seperti rangkaian buah anggur.

Penangannya :

- (a) Diagnosis dini akan menguntungkan prognosis
- (b) Pemeriksaan USG sangat membantu diagnosis. Pada fasilitas kesehatan dimana sumber daya sangat terbatas dilakukan : evaluasi klinik dengan fokus pada (riwayat haid terakhir dan kehamilan, perdarahan tidak teratur atau spotting, pembesaran abnormal uterus, perlunakan serviks dan korpus uteri).
- (c) Lakukan pengosongan jaringan mola dengan segera
- (d) Antisipasi komplikasi (krisis tiroid, perdarahan hebat atau perforasi uterus)
- (e) Lakukan pengamatan lanjut hingga minimal 1 tahun pasca evakuasi

10. Perdarahan kehamilan lanjut (Sulistiyawati, 2009; h. 155).

Perdarahan antepartum pada umumnya di sebabkan oleh kelainan implantasi plasenta (letak rendah dan previa) kelainan inersia tali pusat atau pembuluh darah pada selaput amnion (vasa previa) dan separasi plasenta sebelum bayi lahir.

a) Plasenta previa

Plasenta previa merupakan plasenta yang berimplantasi pada segmen bawah rahim dan menutupi sebagian atau seluruh osium uteri internum. Gejala perdarahan awal plasenta previa pada umumnya hanya berupa perdarahan bercak atau ringan (Prawirohardjo, 2009; h. 502). Cara persalinan dengan diagnosa plasenta previa seperti *seksio cesaria* maupun melahirkan secara pervaginam.

b) Solusio plasenta

Solusio plasenta merupakan terlepasnya plasenta dari tempat implantasinya yang normal pada uterus, sebelum janin dilahirkan. Definisi ini berlaku pada kehamilan dengan masa gestasi di atas 22 minggu (Prawirohardjo, 2009; h. 503).

Tindakan obstetrik :

Persalinan diharapkan dapat terjadi dalam 3 jam, umumnya dapat pervaginam.

(1) Seksio sesaria dilakukan apabila :

- (a) Janin hidup dan pembukaan belum lengkap
- (b) Janin hidup, gawat janin tetapi persalinan tidak dapat dilaksanakan dengan segera.
- (c) Janin mati tetapi kondisi serviks tidak memungkinkan dalam waktu yang singkat.

(2) Pertus pervaginam

- (a) Partus pervaginam dilakukan apabila : janin hidup, gawat janin, pembukaan lengkap dan bagian terendah di dasar panggul. Janin telah meninggal dan pembukaan serviks >2 cm.
- (b) Pada kasus pertama, amniotomi (bila ketuban belum pecah) kemudian percepat kala II dengan ekstraksi forseps (vakum)
- (c) Lakukan amniotomi (bila ketuban belum pecah) kemudian akselerasi dengan 5 unit oksitosin dalam dekstro 5% atau RL, tetesan diatur sesuai dengan kontraksi uterus.
- (d) Setelah persalinan gangguan pembekuan darah akan membalik dalam waktu 24 jam, kecuali bila jumlah trombosit sangat rendah (perbaikan baru terjadi dalam 2-4 hari kemudian).

c) Ruptura uteri

Ruptura uteri adalah robekan atau diskontinuitas dinding rahim akibat dilampauinya daya regang miometrium. Penyebab ruptura uteri adalah disproporsi janin dan panggul, pertus macet atau traumatic (Prawirohardjo, 2009; h. 514).

11. Hipertensi, preeklamsia dan eklamsia dalam kehamilan (Manuaba, 2010; h. 261).

Hipertensi adalah tekanan darah sistolik ≥ 140 mmHg dan diastolik ≥ 90 mmHg pada dua kali pemeriksaan berjarak 4-6 jam pada wanita sebelumnya. Bila tekanan darah $\geq 140/90$ mmHg pada ibu hamil, maka lakukan pemeriksaan kadar protein urine dengan tes celup urine atau protein 24 jam dan tentukan diagnosis.

a) Hipertensi gestasional

Hipertensi tanpa proteinuria yang timbul setelah kehamilan 20 minggu dan menghilang setelah persalinan.

Diagnosis :

- (1) Tekanan darah $\geq 140/90$ mmHg
- (2) Tidak ada riwayat hipertensi sebelum hamil, tekanan darah normal di usia kehamilan < 12 minggu.
- (3) Tidak ada proteinuria
- (4) Dapat disertai tanda dan gejala preeklamsia seperti nyeri ulu hati dan trombositopenia
- (5) Diagnosis pasti ditegakkan pada saat persalinan.

b) Menurut Prawirohardjo (2009; h. 556) mengatakan bahwa hipertensi kronik yaitu hipertensi tanpa proteinuria yang timbul dari sebelum kehamilan dan menetap setelah persalinan.

Diagnosis :

- (1) Tekanan darah $\geq 140/90$ mmHg
- (2) Sudah ada riwayat hipertensi sebelum hamil atau diketahui adanya hipertensi pada usia kehamilan < 20 minggu.
- (3) Tidak ada proteinuria.
- (4) Dapat disertai keterlibatan organ lain, seperti mata, jantung dan ginjal.

c) Preeklamsi dan eklamsi

(1) Preeklamsi ringan

- (a) Tekanan darah $\geq 140/90$ mmHg usia kehamilan > 20 minggu.

(b) Proteinuria +1 atau pemeriksaan protein kuantitatif menunjukkan hasil > 300 mg/24 jam

(2) Preeklamsi berat

(a) Tekanan darah > 160/110 mmHg pada usia kehamilan > 20 minggu.

(b) Proteinuria \geq +2 atau pemeriksaan protein kuantitatif menunjukkan hasil > 5g/24 jam.

(3) Eklamsia

(a) Kejang umum dan koma

(b) Ada tanda dan gejala preeklamsia

(c) Tidak ada kemungkinan penyebab lain (epilepsy, perdarahan dan meningitis).

12. Ketidaknyamanan pada ibu hamil

a. Pada kehamilan trimester pertama (Varney, 2007; h. 536).

Dengan adanya peningkatan hormon estrogen dan progesteron dalam tubuh, maka akan muncul berbagai macam ketidaknyamanan secara fisiologis pada ibu hamil diantaranya :

1) Mengidam

Dapat di cegah dengan mendidik tentang bahaya makanan yang tidak baik.

2) Kelelahan

Dapat di cegah dengan menghindari makanan yang mengandung gas, mengunyah makanan secara sempurna, senam harian secara teratur, pertahankan kebiasaan saat buang air.

3) Keputihan

Dapat di cegah dengan cara meningkatkan kebersihan pakaian dalam terbuat dari katun.

4) Mual dan muntah

Disebabkan oleh : peningkatan kadar HCG, estrogen atau progesterone, relaksasi dan otot-otot halus, perubahan dalam metabolisme karbohidrat.

5) Garis-garis diperut

Garis-garis diperut dapat di cegah dengan menggunakan *emollien* atau indikasi, gunakan pakaian yang menompang payudara.

6) Sakit kepala

Dapat dicegah dengan cara teknik relaksasi, massase leher dan otot bahu, penggunaan bungkusan panas atau es ke leher, istirahat, mandi air hangat.

b. Pada kehamilan trimester dua (Sulistyowati, 2009; h. 123).

Trimester kedua sering disebut sebagai periode pancaran kesehatan, pada trimester kedua biasanya ibu merasakan sehat dan sudah terbiasa dengan kadar hormon yang tinggi, serta rasa nyaman akibat kehamilan sudah mulai berkurang, sehingga belum dirasakan sebagai beban. Ibu sudah bisa menerima kehamilannya, pada trimester ini ibu sudah bisa merasakan gerakan janin. Ibu merasa terlepas dari rasa cemas dan rasa tidak nyaman diantaranya :

1) Cloasma

Dapat di cegah dengan menghindari sinar matahari yang berlebihan.

2) Gusi berdarah

Dapat di cegah dengan cara berkumur dengan air hangat, memeriksakan gusi secara teratur dan menjaga kesehatan gigi.

3) Sulit tidur

Dapat di cegah dengan cara menggunakan teknik relaksasi progresif, mandi air hangat, minum-minuman hangat, hindari kegiatan yang merangsang sebelum tidur.

4) Edema dependen

Dapat dicegah dengan cara hindari posisi berbaring, hindari posisi tegak untuk waktu lama, masa istirahat dalam posisi terlentang samping kiri dengan kaki agak diangkat, angkat kaki ketika duduk atau istirahat, latihan kaki di tekuk dan hindari kaos kaki ketat.

5) Konstipasi

Dapat dicegah dengan cara meningkatkan intake cairan dengan serat di dalam diet, minum dingin, istirahat cukup, senam, buang air teratur, BAB setelah ada dorongan.

6) Sakit pinggang atas bawah

Dapat dicegah dengan menggunakan mekanisme tubuh yang baik untuk mengangkat benda, gunakan BH yang pas dan menompang, berlatih dengan mengangkat panggul, hindari menggunakan sepatu yang berhak tinggi, gunakan kasur keras untuk tidur, gunakan bantal untuk meluruskan punggung.

c. Pada kehamilan trimester tiga (Varney, 2007; h. 536).

Trimester ke tiga ini disebut periode menunggu dan waspada sebab pada saat itu ibu tidak sabar menunggu kehadiran bainya. Gerakkan bayi dan besarnya perut merupakan dua hal yang mengingatkan ibu akan bayinya. Kadang ibu khawatir bahwa bayinya lahir sewaktu-waktu. Sering kali ibu merasa khawatir bayi yang akan dilahirkannya tidak normal. Kebanyakan ibu juga akan melindungi bayinya dan akan menghindari orang atau benda apa saja yang dianggap membahayakan bayinya. Seorang ibu mungkin merasa takut akan rasa sakit dan bahaya fisik yang timbul pada waktu melahirkan. Rasa tidak nyaman akibat kehamilan timbul kembali dan banyak ibu yang merasa dirinya aneh dan jelek. Selain itu ibu juga merasa sedih karena akan berpisah dengan bayinya dan akan kehilangan perhatian khusus yang di terima selama hamil. Suami atau keluarga dan tenaga kesehatan dapat memberikan dukungan dengan memberikan keterangan tentang persalinan yang akan ibu lalui dan itu hanyalah masalah waktu saja.

13. Konsep dasar asuhan kebidanan

a. Definisi asuhan kehamilan (ANC)

Asuhan kehamilan adalah asuhan ibu hamil oleh bidan yang dilakukan dengancara mengumpulkan data, menetapkan diagnosa dan

rencana tindakan serta melaksanakannya untuk menjamin keamanan dan kepuasan serta kesejahteraan ibu dan janin selama periode kehamilan. Asuhan antenatal adalah upaya preventif program pelayanan kesehatan obstetrik untuk optimalisasi luaran maternal dan neonatal melalui serangkaian kegiatan pemantauan rutin selama kehamilan (Saifuddin, 2014; h.90).

Pelayanan antenatal meliputi anamnesis, pemeriksaan fisik, pemeriksaan laboratorium atas idikasi, serta intervensi dasar dan khusus (sesuai resiko yang ada). Pelayanan asuhan kebidanan standar minimal termasuk "11T" yaitu timbang berat badan dan ukur tinggi badan, ukur tekanan darah, nilai status gizi (ukur LILA), ukur tinggi fundus uteri, tentukan presentasi janin dan denyut jantung janin (DJJ), skrining status imunisasi tetanus dan berikan imunisasi tetanus toksoid lengkap, pemberian tablet zat besi minimal 90 tablet selama hamil, periksa laboratorium (rutin dan khusus), tatalaksana atau penanganan kasus, temu wicara (konseling), pencegahan penyakit malaria.

b. Tujuan Antenatal Care

Menurut (Saifudin, 2014; h. 90) tujuan antenatal care adalah :

- 1) Memantau kemajuan kehamilan untuk memastikan kesehatan ibu dan tumbuh kembang bayi.
- 2) Meningkatkan dan mempertahankan kesekatan fisik, mental dan sosial ibu dan bayi.
- 3) Mengenali sejak dini adanya ketidak normalan atau komplikasi yang mungkin terjadi selama hamil termasuk riwayat penyakit secara umum.
- 4) Mempersiapkan persalinan cukup bulan melahirkan dengan selamat, ibu dan bayinya.
- 5) Memepersiapkan ibu agar masa nifas berjalan dengan normal dan persiapan untuk pemberian ASI.

6) Mempersiapkan peran ibu dan keluarga dalam menerima kelahiran bayinya agar tumbuh kembang dengan normal.

c. Manfaat antenatal care

Manfaat asuhan antenatal care bagi ibu hamil adalah mengurangi dan menegakkan secara dini komplikasi kehamilan. Mempertahankan dan meningkatkan kesehatan mental, fisik ibu ibu hamil untuk menghadapi persalinan, meningkatkan kesehatan ibu setelah persalinan dan bisa memberikan ASI. Konseling dalam pemakaian alat kontrasepsi KB, memberikan nasehat dan petunjuk berbagai masalah yang berkaitan dengan kehamilannya serta berusaha menetapkan kehamilan dengan resiko tinggi akan menentukan pertolongan persalinan yang aman. Manfaat untuk janin adalah memelihara kesehatan ibu sehingga bisa mengurangi persalinan prematur, berat bayi lahir rendah, juga meningkatkan kesehatan bayi sebagai titik awal kualitas sumber daya manusia (Manuaba, 2010; h.110).

d. Jadwal pemeriksaan antenatal care (Manuaba, 2010; h. 111).

- 1) Usia kehamilan dari pertama haid sampai 28 minggu periksa setiap 4 minggu.
- 2) Usia kehamilan 28 minggu sampai 36 minggu periksa setiap 4 minggu.
- 3) Usia kehamilan diatas 36 minggu periksa setiap 1 minggu sekali.

e. Kunjungan pertama antenatal care bertujuan untuk :

- 1) Menentukan diagnosis ada tidaknya kehamilan
- 2) Menentukan usia kehamilan dan perkiraan persalinan
- 3) Menentukan kehamilan normal atau abnormal serta ada tidaknya faktor resiko kehamilan.
- 4) Menentukan rencana pemeriksaan dan penatalaksanaan selanjutnya

f. Jadwal kunjungan ulang

Jadwal kunjungan ulang (Saifudin , dkk. 2006 ; h. 98).

1) Kunjungan I 16 minggu dilakukan untuk :

- a) Penapisan dan pengobatan anemia
- b) Perencanaan persalinan
- c) Pengenalan komplikasi akibat kehamilan dan pengobatannya

2) Kunjungan II (24-28 minggu) dan kunjungan III (32 minggu), dilakukan untuk :

- a) Pengenalan komplikasi akibat kehamilan dan pengobatannya
- b) Penapisan preeklampsia, gamelli, infeksi alat reproduksi dan saluran perkemihan
- c) Mengulang perencanaan persalinan

3) Kunjungan IV 36 minggu samapi akhir

- a) Sama seperti kegiatan kunjungan II dan III
- b) Mengenali adanya kelainan letak dan presentasi
- c) Memantapkan rencana persalinan
- d) Mengenali tanda-tanda persalinan

B. PERSALINAN

1. Konsep dasar teori

a. Persalinan

Menurut Manuaba (2010; h. 164) menjelaskan persalinan adalah pengeluaran hasil konsepsi (janin dan plasenta) yang telah cukup bulan atau dapat hidup diluar kandungan melalui jalan lahir atau melalui jalan lain, dengan bantuan atau tanpa bantuan (kekuatan sendiri).

Menurut jenis persalinan dibagi menjadi dua yaitu partus biasa (normal) dan partus luar biasa (abnormal). Partus biasa (normal) disebut juga partus spontan bila bayi lahir dalam presentasi kepala tanpa memakai alat atau pertolongan istimewa serta tidak melukai ibu dan bayi. Umumnya berlangsung dalam waktu kurang dari 24 jam. Partus luar biasa (abnormal) adalah persalinan pervaginam dengan bantuan alat

atau melalui dinding perut dengan operasi caesarea (Prawirohardjo, 2009; h. 334).

Menurut umur kehamilan dikenal istilah persalinan matures atau aterm (cukup bulan) yaitu persalinan antara umur kehamilan 37 sampai 42 minggu, berat janin diatas 2500 gram dan sering pula dikenal istilah persalinan presipitatus yaitu persalinan yang berlangsung cepat kurang dari 3 jam (Manuaba, 2010; h. 166).

2. Sebab-sebab mulainya persalinan

Bagaimana terjadinya persalinan belum diketahui dengan pasti, sehingga menimbulkan beberapa teori yang berkaitan dengan mulainya kekuatan his. Menurut Sumarah (2008; h. 3) menjelaskan hormon-hormon yang dominan pada saat kehamilan yaitu :

a. Estrogen

Berfungsi untuk meningkatkan sensitifitas otot rahim dan memudahkan penerimaan rangsangan dari luar seperti rangsangan oksitosin, rangsangan prostaglandin, rangsangan mekanis (Manuaba, 2010; h. 167).

b. Progesteron

Menurut Manuaba (2010; h. 167) progesterone berfungsi menurunkan sensitivitas otot rahim, menyulitkan penerimaan rangsangan dari luar seperti oksitosin, rangsangan prostaglandin, rangsangan mekanis dan menyebabkan otot rahim dan otot polos relaksasi.

Pada kehamilan kedua hormon tersebut berada dalam keadaan yang seimbang sehingga kehamilan bisa dipertahankan. Perubahan kedua hormon tersebut menyebabkan oksitosin yang dikeluarkan oleh hipofise parast posterior dapat menimbulkan kontraksi dalam bentuk Braxton hicks. Oksitosin di duga bekerja bersama melalui hormon prostaglandin yang makin meningkat mulai umur kehamilan 15 minggu sampai aterm sewaktu-waktu partus. Disamping faktor gizi ibu hamil dan keregangan otot rahim dapat memberikan pengaruh penting untuk mulainya kontraksi rahim

dengan demikian dapat di kemukakan beberapa teori yang memungkinkan terjadinya proses persalinan :

c. Teori keregangan

Otot rahim mempunyai kemampuan meregang dalam batas tertentu. Setelah melewati batas waktu tersebut terjadi kontraksi sehingga persalinan dapat dimulai. Keadaan uterus yang terus membesar dan menjadi tegang mengakibatkan iskemia otot-otot uterus. Pada kehamilan ganda seringkali terjadi kontraksi setelah keregangan tertentu, sehingga menimbulkan proses persalinan (Manuaba 2010; h. 168).

d. Teori penurunan progesteron

Proses penebaran plasenta terjadi mulai umur kehamilan 28 minggu, dimana terjadi penimbunan jaringan ikat, pembuluh darah mengalami penyempitan dan buntu. Akibat otot-otot rahim mulai berkontraksi setelah tercapai tingkat penurunan progesteron tertentu (Manuaba, 2010; h. 168).

e. Teori oksitosin internal

Oksitosin dikeluarkan oleh kelenjar *hipofise* pars posterior. Perubahan estrogen dan progesterone dapat mengubah sensitivitas otot rahim, sehingga sering terjadi kontraksi *Braxton hicks*. Menurunnya konsentrasi progesteron akibat tuanya kehamilan maka oksitosin dapat meningkatkan aktifitas sehingga persalinan dimulai (Sulisyawati, 2010; h. 5).

f. Teori prostaglandin

Konsentrasi prostaglandin meningkat sejak umur kehamilan 15 minggu yang dikeluarkan oleh desidua. Pemberian prostaglandin pada saat hamil dapat menimbulkan kontraksi otot rahim sehingga terjadi persalinan (Manuaba, 2010; h. 168).

g. Teori hipotalamus-pituitary dan glandula suprarenalis

Teori ini menunjukkan pada kehamilan sering terjadi keterlambatan persalinan karena tidak terbentuk hipotalamus (Sulistiyawati, 2010; h. 5).

3. Menurut Saifuddin (2014; h.101-102) bahwa kebijakan pelayanan asuhan kebidanan

- a. Semua persalinan harus dihadiri dan dipantau oleh petugas kesehatan terlatih.
- b. Rumah bersalin dan tempat rujukan dengan fasilitas memadai untuk menangani kegawatdaruratan obstetri dan neonatal harus tersedia 24 jam.
- c. Obat-obatan esensial, bahan dan perlengkapan harus tersedia bagi seluruh petugas terlatih.
- d. Rekomendasi kebijakan teknis asuhan persalinan dan kelahiran.
- e. Asuhan sayang ibu dan sayang bayi harus dimasukkan sebagai bagian dari persalinan bersih dan aman termasuk hadirnya keluarga atau orang-orang yang memberi dukungan bagi ibu.
- f. Partograf harus digunakan untuk memantau persalinan dan berfungsi sebagai suatu catatan / rekam medik untuk persalinan
- g. Selama persalinan normal intervensi hanya dilaksanakan jika benar-benar dibutuhkan. Prosedur ini hanya dibutuhkan jika ada infeksi atau penyakit.
- h. Manajemen aktif kala III, termasuk melakukan penjepitan dan pemotongan tali pusat secara dini, memberikan suntikan oksitosin secara IM, melakukan penegangan tali pusat terkendali (PTT) dan segera melakukan massase fundus, harus dilakukan pada semua persalinan normal.
- i. Penolong persalinan harus tetap tinggal bersama ibu dan bayi setidaknya 2 jam pertama setelah kelahiran, atau sampai ibu sudah dalam keadaan stabil. Fundus harus diperiksa setiap 15 menit selama 1 jam pertama dan setiap 30 menit pada jam kedua. Massase fundus

harus dilakukan sesuai kebutuhan untuk memastikan tonus uterus tetap baik, perdarahan minimal dan pencegahan perdarahan.

- j. Selama 24 jam pertama setelah persalinan, fundus harus sering diperiksa dan dimasase sampai tonus otot baik. Ibu atau keluarga dapat diajarkan melakukan hal ini.
- k. Segera setelah lahir seluruh tubuh terutama kepala bayi harus segera diselimuti dan dikeringkan serta dijaga kehangatannya untuk mencegah terjadinya hipotermi.
- l. Obat-obatan esensial, bahan dan perlengkapan harus disediakan oleh petugas dan keluarga.
- m. Peralatan bahan dan obat-obatan yang dibutuhkan untuk penolong persalinan dasar. Penolong persalinan harus membersihkan atau melengkapi bila ada yang hilang, rusak atau habis setelah selesai menolong persalinan.
- n. Alat pertolongan persalinan set partus (didalam wadah sterilis tertutup). Alat-alatnya yaitu 2 buah klem Kelly atau koher, gunting tali pusat, pengikat tali pusat DTT, kateter Nelaton, gunting episiotomi, klem $\frac{1}{2}$ koher atau Kelly, 2 buah sarung tangan DTT kanan, 1 buah sarung tangan DTT kiri, kain kasa DTT, kapas basah DTT, alat suntik sekali pakai $2\frac{1}{2}$ ml berisi oksitosin 10 U, kateter penghisap lendir DeLee.
- o. Lain-lain
Partograf kertas kosong atau formulir rujukan yang digunakan di kabupaten, pena, termometer, pita pengukur, fotoskop, jam yang mempunyai jarum detik, stetoskop, tensi meter, larutan klorin 0,5%. Sabun dan deterjen, sikat kuku dan penggunting kuku, celemek (pelindung badan) dari bahan plastik, kain plastik perlat untuk alas ibu saat persalinan, kantong plastik.
- p. Persediaan obat-obatan untuk komplikasi
3 botol larutan Ringer Laktat 500 ml, set infus, 2 kateter intravena ukuran 16-18 G, 3 ampul metil ergometrin, maleat 0,2 mg, 3 ampul

oksitosin 10 UI, 10 tablet misoprostol (cytotec), 2 vial larutan magnesium sulfat 40% (10 gr dalam 25 ml), 2 buah alat suntik sekali pakai ukuran 2½ ml (total disediakan 3 buah), 2 buah alat suntik sekali pakai 5 ml, 10 kapsul atau tablet amoksisilin / ampicillin 500 mg atau penisillin prokain injeksi 3 juta unit/vial 10 ml.

q. Bahan-bahan untuk penjahitan episiotomi

1 buah alat suntik sekali pakai 10 ml beserta jarumnya, 20 ml larutan lidokain 1%, pemegang jarum, pinset, jarum jahit, benang catgut 3.0, 1 pasang sarung tangan DTT (total disediakan 5 sarung tangan).

r. Untuk ibu dan keluarga

- 1) Penolong persalinan harus memeriksa apakah bahan-bahan tersebut sudah tersedia dan disiapkan
- 2) Minum dan makan untuk ibu, baju bersih, sarung bersih, celana dalam bersih, pembalut, handuk, sabun, kain penyeka (waslap), handuk bersih dan selimut untuk bayi, topi bayi, kantong plastik atau pot tanah liat (kendil) untuk tempat ari-ari.

4. Tahapan persalinan

Menurut Saifuddin (2014; h. 100) bahwa persalinan di bagi menjadi 4 tahap. Pada kala I serviks membuka dari 0 sampai 10 cm. Kala I dinamakan juga kala pembukaan. Kala II juga disebut dengan kala pengeluaran, oleh kekuatan his dan kekuatan mengedan, janin di dorong keluar sampai lahir. Dalam kala III atau di sebut juga kala urie, plasenta terlepas dari dinding uterus dan dilahirkan. Kala IV dimulai dari lahirnya plasenta samapai 2 jam kemudian, dalam kala tersebut diobservasi apakah terjadi perdarahan post partum.

a. Menurut Saifuddin (2014; h. 100) persalinan kala I yaitu :

Kala I dimulai dari saat persalinan mulai (pembukaan nol) sampai pembukaan lengkap (10 cm). Proses ini terbagi menjadi 2 fase, yaitu :

- 1) Fase laten : berlangsung selama 8 jam, serviks membuka sampai 3 cm

2) Menurut Sulistyawati (2010; h. 7) bahwa fase aktif : berlangsung selama 7 jam, serviks membuka dari 4 cm sampai 10 cm, kontraksi lebih kuat dan sering, dibagi dalam tiga fase:

- a) Fase akselerasi : dalam waktu 2 jam pembukaan 3 cm menjadi 4 cm
- b) Fase dilatasi maksimal : dalam waktu 2 jam pembukaan berlangsung cepat dari 4 cm menjadi 9 cm
- c) Fase deselerasi : pembukaan menjadi lambat sekali, dalam waktu 2 jam pembukaan 9 cm menjadi lengkap.

Menurut Manuaba (2010; h. 173) proses diatas terjadi pada primigravida maupun multigravida, tetapi pada multigravida memiliki jangka waktu yang lebih pendek. Pada primigravida, kala I berlangsung \pm 12 jam, sedangkan pada multigravida berlangsung \pm 8 jam.

b. Kala II (kala pengeluaran janin)

Menurut Manuaba (2010; h. 173) gejala umum kala II adalah sebagai berikut :

- 1) His semakin kuat, dengan interval dua sampai tiga menit dengan interval 2 sampai 3 menit, dengan durasi 50 sampai 100 detik.
- 2) Menjelang akhir kala I, ketuban pecah yang ditandai dengan pengeluaran cairan secara mendadak.
- 3) Ketuban pecah pada pembukaan mendekati lengkap diikuti keinginan mengejan akibat tertekannya *pleksus frankenhauser*.
- 4) Kedua kekuatan his dan mengejan lebih mendorong kepala bayi sehingga terjadi :
 - a) Kepala membuka pintu

- b) *Subokciput* bertindak sebagai hipomoglion, kemudian secara berturut-turut lahir ubun-ubun besar, dahi, hidung, dan muka, serta kepala seluruhnya.
- 5) Kepala lahir seluruhnya dan diikuti oleh putar paksi luar, yaitu penyesuaian kepala pada punggung.
- a) Setelah putar paksi luar berlangsung, maka persalinan bayi ditolong dengan cara :
- (1) Kepala dipegang pada os *occiput* dan dibawah dagu, kemudian ditarik dengan menggunakan cunam kebawah untuk melahirkan bahu depan dan ke atas untuk melahirkan bahu belakang
 - (2) Setelah kedua bahu lahir, ketiak dikait untuk melahirkan sisa badan bayi
 - (3) Bayi lahir diikuti oleh sisa air ketuban
- Lamanya kala II untuk primigravida 1,5-2 jam dan multigravida 1,5 - 1 jam.
- c. Kala III (Pelepasan Plasenta)
- Menurut Manuaba (2010; h. 174) menjelaskan bahwa kala III dimulai segera setelah bayi lahir sampai lahirnya plasenta yang berlangsung tidak lebih dari 30 menit. Proses lepasnya plasenta dapat diperkirakan dengan mempertahankan tanda-tanda dibawah ini :
- 1) Uterus menjadi bundar
 - 2) Uterus terdorong keatas karena plasenta dilepas ke segmen bawah rahim.
 - 3) Tali pusat bertambah panjang
 - 4) Terjadi semburan darah tiba-tiba

Cara melahirkan plasenta adalah menggunakan teknik dorsokranial. Pengeluaran selaput ketuban, selaput janin biasanya lahir dengan mudah, namun kadang-kadang masih

ada bagian plasenta yang tertinggal. Bagian tertinggal tersebut dapat dikeluarkan dengan cara :

- (a) Menarik pelan-pelan
- (b) Memutar atau memilinnya seperti tali
- (c) Memutar dengan klem
- (d) Manual atau digital

Plasenta dan selaput ketuban harus diperiksa secara teliti setelah dilahirkan. Apakah setiap bagian plasenta lengkap atau tidak lengkap. Bagian plasenta yang diperiksa yaitu permukaan maternal yang pada normalnya memiliki 6-20 kotiledon, permukaan fetal, dan apakah terdapat tanda-tanda plasenta suksenturia. Jika plasenta tidak lengkap, maka disebut ada sisa plasenta. Keadaan ini dapat menyebabkan perdarahan perdarahan yang banyak dan infeksi (Sulistyawati, 2010; h. 8).

Menurut Manuaba (2010; h. 189) bahwa kala III terdiri dari dua fase yaitu :

- a) Fase pelepasan plasenta

Beberapa cara pelepasan plasenta antara lain :

(1) *Schultze*

Proses lepasnya plasenta seperti menutup payung. Cara ini merupakan cara yang paling sering terjadi (80%). Bagian yang lepas terlebih dulu adalah bagian tengah, lalu terjadi retro plasenta hematoma yang menolak plasenta mula-mula bagian tengah, kemudian seluruhnya. Menurut cara ini, perdarahan biasanya tidak ada sebelum plasenta lahir dan berjumlah banyak setelah plasenta lahir.

(2) *Duncan*

Berbeda dengan sebelumnya, pada cara ini lepasnya plasenta mulai dari pinggir 20%. Darah akan mengalir keluar antara selaput ketuban. Pengeluarannya juga serempak dari tengah dan pinggir plasenta.

b) Fase pengeluaran plasenta

Perasat-perasat untuk mengetahui lepasnya plasenta adalah :

(1) *Kustner*

Dengan meletakkan tangan disertai tekanan diatas simfisis, tali pusat ditegangkan, maka tali pusat masuk berarti belum lepas. Jika diam atau maju berarti sudah lepas.

(2) *Klien*

Sewaktu ada his, rahim didorong sedikit. Bila tali pusat kembali berarti belum lepas, diam atau turun berarti lepas (cara ini tidak digunakan lagi).

(3) *Strassman*

Tegangkan tali pusat dan ketok pada fundus, bila tali pusat bergetar berarti plasenta belum lepas, tidak bergetar berarti sudah lepas. Tanda-tanda plasenta telah lepas adalah rahim menonjol diatas simfisis, tali pusat bertambah panjang, rahim bundar dan keras, serta keluar darah secara tiba-tiba.

d. Kala IV

Kala IV dimulai dari saat lahirnya plasenta sampai 2 jam pertama postpartum. Tujuan asuhan persalinan ialah memberikan asuhan yang memadai selama persalinan dalam upaya mencapai pertolongan persalinan yang bersih dan aman, dengan memperhatikan aspek sayang ibu dan sayang bayi (Saifuddin, 2014; h. 101).

5. Komplikasi Pada Persalinan

Tabel 2.1 indikasi-indikasi untuk melakukan tindakan dan rujukkan segera selama kala satu persalinan (JNPK-KR, 2008; h. 48-51).

Temuan-temuan anamnesis dan pemeriksaan	Rencana untuk asuhan atau perawatan
Riwayat bedah sesar	<ol style="list-style-type: none"> 1. segera rujuk ibu ke fasilitas yang mempunyai kemampuan untuk melakukan bedah sesar. 2. dampingi ibu ke tempat rujukkan, berikan dukungan dan semangat.
Perdarahan pervaginam selain lendir bercampur darah (show).	<p>Jangan melakukan pemeriksaan dalam :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. baringkan ibu ke sisi kiri 2. pasang infuse menggunakan jarum berdiameter besar (ukuran 16 atau 18) dan berikan Ringer Laktat atau garam fisiologis NS. 3. segera rujuk ke fasilitas yang memiliki kemampuan untuk melakukan bedah sesar. 4. dampingi ibu ke tempat rujukkan
Kurang dari 37 minggu (persalinan kurang bulan).	<ol style="list-style-type: none"> 1. segera rujuk ibu ke fasilitas yang memiliki kemampuan penatalaksanaan gawat darurat obstetrik dan bayi baru lahir. 2. dampingi ibu ke tempat rujukkan, berikan dukungan dan semangat.
Ketuban pecah di sertai dengan keluarnya mekonium kental.	<ol style="list-style-type: none"> 1. baringkan ibu miring ke kiri 2. dengarkan DJJ 3. segera rujuk ibu ke fasilitas yang memiliki kemampuan penatalaksanaan untuk melakukan bedah sesar. 4. dampingi ibu ke tempat rujukkan dan bawa partus set, kateter penghisap lendir De lee dan handuk/kain untuk mengeringkan dan menyelimuti bayi untuk mengantisipasi jika ibu melahirkan di perjalanan.
Ketuban pecah dan air ketuban bercampur dengan mekonium disertai tanda-tanda gawat janin.	<ol style="list-style-type: none"> 1. dengarkan DJJ jika ada tanda-tanda gawat janin laksanakan asuhan yang sesuai

Temuan-temuan anamnesis dan pemeriksaan	Rencana untuk asuhan atau perawatan
Tanda-tanda atau gejala infeksi : 1. temperature > 38°C 2. menggigil 3. nyeri abdomen 4. cairan ketuban berbau	1. baringkan ibu ke sisi kiri 2. pasang infuse menggunakan jarum berdiameter besar (ukuran 16 atau 18) dan berikan Ringer Laktat atau garam fisiologis NS dengan tetesan 125 cc/jam. 3. segera rujuk ke fasilitas yang memiliki kemampuan penatalaksanaan gawat darurat obstetri dan bayi baru lahir. 4. dampingi ibu ke tempat rujukkan, memberikan dukungan dan semangat.
Tekanan darah lebih dari 160/110 mmHg atau terdapat protein urin (preeklamsia berat)	1. baringkan ibu ke sisi kiri 2. pasang infuse menggunakan jarum berdiameter besar (ukuran 16 atau 18) dan berikan Ringer Laktat atau garam fisiologis NS. 3. berikan dosis awal 4 gr MgSo4 20% secara IV selama 20 menit. 4. suntikkan 10 gr MgSo4 50% (5 gr secara IM pada bokong kiri dan kanan). 5. segera rujuk ke fasilitas yang memiliki kemampuan penatalaksanaan gawat darurat obstetri dan bayi baru lahir. 6. dampingi ibu ke tempat rujukkan, memberikan dukungan dan semangat.
Tinggi fundus uteri 40 cm atau lebih (makrosomia, polihidramnion, kehamilan ganda)	1. sesegera rujuk ibu ke fasilitas yang memiliki kemampuan untuk melakukan bedah sesar. 2. dampingi ibu ke tempat rujukkan, memberikan dukungan dan semangat. Alasan : jika dianosisnya adalah polihidramnion mungkin ada masalah-masalah lain dengan janiannya. Makrosomia dapat menyebabkan distosia bahu dan resiko tinggi untuk perdarahan pascapersalinan.

Temuan-temuan anamnesis dan pemeriksaan	Rencana untuk asuhan atau perawatan
Tali pusat menumbung (jika tali pusat masih berdenyut)	<ol style="list-style-type: none"> 1. gunakan sarung tangan disinfeksi tingkat tinggi, letakkan satu tangan di vagina dan jauhkan kepala janin dari tali pusat yang menumbung. Tangan lain mendorong bayi melalui dinding abdomen agar bagian terbawah janin tidak menekan tali pusatnya. 2. segera rujuk ibu ke fasilitas yang memiliki kemampuan penatalaksanaan gawat darurat obstetrik dan bayi baru lahir. 3. dampingi ibu ke tempat rujukkan, berikan dukungan dan semangat
<p>Tanda dan gejala fase laten berkepanjangan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. pembukaan serviks kurang dari 4 cm setelah 8 jam 2. kontraksi teratur (lebih dari 2 dalam 10 menit). 	<ol style="list-style-type: none"> 1. segera rujuk ibu ke fasilitas yang memiliki kemampuan penatalaksanaan gawat darurat obstetrik dan bayi baru lahir. 2. dampingi ibu ke tempat rujukkan, berikan dukungan dan semangat
<p>Tanda dan gejala belum inpartu :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. frekuensi kontraksi kurang dari 2 kali dalam 10 menit dan lamanya kurang dari 20 detik. 2. tidak ada perubahan pada serviks dalam waktu 1 hingga 2 jam 	<ol style="list-style-type: none"> 1. anjurkan ibu untuk minum dan makan. 2. anjurkan ibu untuk bebas bergerak 3. jika kontraksi berhenti atau tidak ada perubahan serviks, evaluasi DJJ, jika tidak ada tanda-tanda kegawatan pada ibu dan janin, persilahkan ibu pulang dengan nasehat untuk : <ol style="list-style-type: none"> a. menjaga cukup minum dan makan. b. datang untuk mendapatkan asuhan jika terjadi peningkatan frekuensi dan lama kontraksi.
<p>Tanda dan gejala partus lama :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. pembukaan serviks mengarah ke sebelah kanan garis waspada (partograf). 2. pembukaan serviks kurang dari 1 cm perjam. 3. kontraksi kurang dari 2 kali dalam 10 menit dan lamanya kurang dari 40 detik. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. segera rujuk ibu ke fasilitas yang memiliki kemampuan penatalaksanaan gawat darurat obstetri dan bayi baru lahir. 2. dampingi ibu ke tempat rujukkan, berikan dukungan dan semangat

Tabel 2.2 indikasi-indikasi untuk melakukan tindakan dan rujukkansegera selama kala dua persalinan (Sumber JNPK-KR, 2008; h. 93-95).

Penilaian	Temuan dari penilaian dan pemeriksaan	Rencana asuhan atau perawatan
1. nadi 2. tekanan darah 3. pernafasan 4. kondisi keseluruhan 5. urin	Tanda atau gejala syok : 1. nadi cepat, lemah (110x/menit atau lebih) 2. tekanan darah rendah (sistolik kurang dari 90 mmHg) 3. berkeringat dingin, kulit lembab 4. cemas, bingung atau tidak sadar 5. produksi urin sedikit (kurang dari 30 cc/jam)	1. baringkan miring ke kiri 2. naikkan kedua kaki untuk meningkatkan aliran darah ke jantung. 3. Pasang infuse menggunakan jarum berdiameter besar (ukuran 16 atau 18) dan berikan Ringer Laktat atau garam fisiologis NS. Infuskan 1 L dalam 15-20 menit, jika mungkin infusan 2 L dalam waktu satu jam pertama, kemudian turunkan ke 125 cc/jam. 4. segera rujuk ke fasilitas yang memiliki kemampuan penatalaksanaan gawat darurat obstetri dan bayi baru lahir. 5. dampingi ibu ke tempat rujukkan.
1. nadi 2. urin	Tanda atau gejala dehidrasi : 1. perubahan nadi (100x/menit atau lebih) 2. urin pekat 3. produksi urin sedikit (kurang dari 30 cc/jam)	1. anjurkan untuk minum 2. nilai ulang tiap 30 menit (menurut pedoman di partograf). Jika kondisinya tidak membaik dalam waktu satu jam, pasang infuse menggunakan jarum diameter besar (ukuran 16 atau 18) dan berikan RL atau NS 125 cc/jam 3. segera rujuk ke fasilitas yang memiliki kemampuan penatalaksanaan gawat darurat obstetri dan bayi baru lahir. 4. Dampingi ibu ke tempat rujukkan.

Penilaian	Temuan dari penilaian dan pemeriksaan	Rencana asuhan atau perawatan
1. nadi 2. suhu 3. cairan vagina 4. kondisi secara umum	Tanda atau gejala infeksi : 1. nadi cepat (110x/menit atau lebih) 2. suhu lebih dari 38°C 3. menggigil 4. air ketuban atau cairan vagina yang berbau	1. baringkan miring ke kiri 2. pasang infuse menggunakan jarum diameter besar (ukuran 16 atau 18) dan berikan RL atau NS 125 cc/jam. 3. berikan ampisilin 2 gram atau amoksilin 2 gram peroral. 4. segera rujuk ke fasilitas yang memiliki kemampuan penatalaksanaan gawat darurat obstetri dan bayi baru lahir. 5. Dampingi ibu ke tempat rujukkan.
Kontraksi	Tanda-tanda inersia uteri : 1. kurang dari 3 kontraksi dalam waktu 10 menit, lama kontraksi kurang dari 40 detik	1. anjurkan untuk mengubah posisi dan berjalan-jalan 2. anjurkan untuk minum 3. jika selaput ketuban masih utuh pembukaan diatas 6 cm maka pecahkan (gunakan setengah kocher DTT) selaput ketuban. 4. stimulasi puting susu 5. anjurkan ibu untuk mengosongkan kandung kemihnya 6. jika bayi tidak lahir setelah 2 jam meneran (primigravida) segera rujuk ke fasilitas kesehatan rujukkan. 7. damping ibu ke tempat rujukkan

Penilaian	Temuan dari penilaian dan pemeriksaan	Rencana asuhan atau perawatan
DJJ	Tanda gawat janin : 1. DJJ kurang dari 120 atau lebih dari 160x/menit, mulai wasapada tanda awal gawat janin 2. DJJ kurang dari 100 atau lebih dari 180x/menit	1. baringkan miring ke kiri, anjurkan ibu untuk menarik nafas panjang perlahan-lahan dan berhenti meneran. 2. nilai ulang DJJ selama 5 menit. a. jika DJJ normal minta ibu kembli meneran dan pantau DJJ setelah setiap kontraksi. b. jika DJJ abnormal, rujuk ibu ke fasilitas yang memiliki kemampuan penatalaksanaan gawat darurat obstetri dan bayi baru lahir. c. Dampingi ibu ke tempat rujukkan.
Penurunan kepala bayi	Kepala bayi tidak turun	1. anjurkan ibu untuk meneran sambil jongkok atau berdiri. 2. jika grafik penurunan kepala pada partograf melewati garis waspada sedangkan pembukaan serviks dan kontraksi cukup memuaskan maka segera rujuk pasien ke fasilitas rujukkan. 3. damping ibu k tempat rujukkan.

Tabel 2.3 indikasi-indikasi untuk melakukan tindakan dan rujukkan segera selama kala tiga dan empat persalinan (JNPK-KR, 2008; h. 118-121).

Penilaian	Temuan dari penilaian dan pemeriksaan	Rencana asuhan atau perawatan
Plasenta	Tanda atau gejala retensio plasenta : 1. adalah normal jika plasenta lahir dalam waktu 30 menit setelah bayi lahir	1. jika plasenta terlihat, lakukan penegangan tali pusat terkendali dengan lembut dan tekanan dorso cranial pada uterus, minta ibu meneran agar plasenta keluar. 2. setelah plasenta lahir lakukan massase pada uterus dan periksa plasenta
1. Plasenta 2. Tali pusat	Tanda atau gejala apulsi (putus) tali pusat 1. tali pusat putus 2. plasenta tidak lahir	1. palpasi uterus untuk menilai kontraksi minta ibu meneran pada setiap kontraksi. 2. saat plasenta terlepas, lakukan pemeriksaan dalam (hati-hati). Jika mungkin cari tali pusat dan kelurkan plasenta dari vagina sambil melakukan tekanan dorso cranial pada uterus. 3. setelah plasenta lahir, lakukan masase uterus dan periksa plasenta 4. jika plasenta belum lahir dalam waktu 30 menit, tangani sebagai retensio plasenta.

Penilaian	Temuan dari penilaian dan pemeriksaan	Rencana asuhan atau perawatan
1. Plasenta 2. Perdarahan pervaginam	Tanda atau gejala bagian plasenta yang tertahan : 1. bagian permukaan plasenta yang menempel pada ibu hilang 2. pada bagian selaput ketuban hilang/robek 3. perdarahan pascapersalinan 4. uterus berkontraksi	1.lakukan pemeriksaan dalam, keluarkan selaput ketubandan bekuan darah yang mungkin masih tertinggal. 2. lakukan masase uterus. 3. jika ada perdarahan hebat lakukan langkah-langkah penatalaksanaan Antonia uteri.
1.Perdarahan pasca persalinan 2.Vagina, perineum, serviks	Tanda atau gejala robekan vagina, perineum atau serviks : 1.perdarahan pascapersalinan 2. plasenta lengkap 3. uterus berkontraksi	1. lakukan pemeriksaan secara hati-hati 2. jika terjadi laserasi derajat satu atau dua lakukan penjahitan. 3. jika terjadi laserasi derajat tiga atau empat atau robekan serviks : a. pasang infuse menggunakan jarum berdiameter besar (ukuran 16 atau 18) dan berikan Ringer Laktat atau garam fisiologis NS. b. segera rujuk ke fasilitas yang memiliki kemampuan penatalaksanaan gawat darurat obstetri dan bayi baru lahir. c. damping ibu ke tempat rujukkan.
1. tonus uteri 2. tinggi fundus	Tanda atau gejala kandung kemih penuh : 1. bagian bawah uterus sulit di palpasi 2. tinggi fundus diatas pusat. 3. uterus terdorong/condong ke satu sisi.	1.bantu ibu untuk mengosongkan kandung kemihnya. 2.jika ibu tidak dapat berkemih katerisasi kandung kemihnya dengan teknik aseptik. 3.jika ibu mengalami perdarahan,ikuti langkah antonia uteri.

6. Tujuan asuhan persalinan

Tujuan asuhan persalinan ialah memberikan asuhan yang memadai selama persalinan dalam upaya mencapai pertolongan persalinan yang bersih dan aman, dengan memperhatikan aspek sayang ibu dan sayang bayi (Prawirohardjo, 2009; h. 81).

C. BAYI BARU LAHIR

Bayi baru lahir normal adalah bayi baru lahir dari kehamilan yang term (37-42 minggu) dengan berat badan lahir 2500-4000 gram. Asuhan bayi baru lahir adalah asuhan pada bayi tersebut selama jampertama setelah kelahiran (Sondakh, 2013; h. 150).

1. Ciri-ciri Bayi Normal

Menurut Sondakh (2013; h. 150) bahwa bayi yang sehat dan normal mempunyai ciri – ciri sebagai berikut:

- a. Berat badan 2500-4000 gram
- b. Panjang badan 48-52 cm
- c. Lingkar badan 30-38 cm
- d. Lingkar kepala 33-35 cm
- e. Bunyi jantung dalam menit pertama kira-kira 180x atau menit kemudian menurun sampai 120-160 x atau menit.
- f. Pernafasan pada menit pertama kira-kira 80 x atau menit kemudian turun sampai 40 x atau menit.
- g. Kulit kemerah-merahan dan licin karena jaringan subkutan terbentuk dan diliputi *vernix caeseosa* (lemak pada kulit bayi).
- h. Rambut lanugo tidak terlihat, rambut tampak sempurna.
- i. Kuku agak panjang dan lemas.
- j. Testis sudah turun (pada anak laki-laki), genitalia labio mayora telah menutupi labia minora (pada anak perempuan).
- k. Refleks hisap dan menelan sudah terbentuk dengan baik.
- l. Refleks moro sudah baik, bayi dikagetkan akan memperlihatkan gerakan tangan seperti memeluk.

- m. Graff refleks sudah baik, bila diletakkan suatu benda di telapak tangan maka akan menggenggam.
 - n. Eliminasi, urin dan mekonium akan keluar dalam 24 jam, pertama mekonium berwarna kecoklatan.
2. Penanganan bayi baru lahir
- Menurut JNPK-KR (2008; h. 126) menjelaskan bahwa tujuan utama perawatan bayi segera sesudah lahir adalah :
- a. Jaga kehangatan
 - b. Membersihkan jalan nafas
 - c. Keringkan dan tetap jaga kehangatan
 - d. Potong dan ikat tali pusat tanpa membubuhi apapun, kira-kira 2 menit setelah lahir.
 - e. Lakukan inisiasi menyusui dini dengan cara kontak kulit bayi dengan kulit ibu.
 - f. Beri salep mata antibiotika tetrasiklin 1% pada kedua mata.
 - g. Beri imunisasi Vit K 1 mg *intramuscular*, dipaha kiri anterolateral setelah IMD.
 - h. Beri imunisasi hepatitis B 0,5 mL *intramuscular* dipaha kanan anterolateral dan suntikkan 1-2 jam setelah pemberian Vit K.
3. Pemantauan bayi baru lahir
- a. Dua jam pertama sesudah bayi lahir, yaitu kemampuan menghisap kuat atau lemah, bayi tampak aktif atau lunglai, bayi kemerahan atau kebiruan.
 - b. Sebelum penolong persalinan meninggalkan ibu dan bayi. Penolong persalinan melakukan pemeriksaan dan penilaian terhadap ada tidaknya masalah kesehatan yang memerlukan tindak lanjut, seperti bayi kecil untuk masa kehamilan atau bayi kurang bulan, gangguan pernafasan, hipotermia, infeksi dan cacat bawaan trauma.

4. Adaptasi Bayi Baru Lahir terhadap kehidupan diluar uterus

Menurut Muslihatun (2010; h. 10-19) bahwa adaptasi bayi baru lahir adalah proses penyesuaian fungsional neonatus dari kehidupan di dalam uterus ke kehidupan diluar uterus.

a. Sistem Pernafasan

Pernafasan pertama pada bayi normal terjadi dalam waktu 30 menit pertama sesudah lahir. Usaha bayi pertama kali untuk mempertahankan tekanan alveoli, selain adanya surfaktan yang dengan menarik nafas dan mengeluarkan nafas dengan merintih sehingga udara tertahan di dalam. Respirasi pada neonatus biasanya pernafasan diafragmatik dan abdominal.

b. Suhu tubuh

Bayi baru lahir memiliki kecenderungan menjadi cepat stres karena perubahan suhu lingkungan sehingga dapat menyebabkan kehilangan panas pada bayi. Bayi baru lahir dapat kehilangan panas melalui empat mekanisme yaitu : konveksi, konduksi, radiasi, dan evaporasi. Untuk mencegah kehilangan panas pada bayi baru lahir, antara lain dengan mengeringkan bayi, menyelimuti bayi, menutup kepala bayi, menganjurkan ibu untuk memeluk dan menyusui bayinya, jangan segera memandikan bayi baru lahir.

c. Metabolisme

Luas permukaan tubuh neonatus, relatif lebih luas dari pada tubuh orang dewasa sehingga metabolisme basal per kg BB akan lebih besar. Pada jam-jam pertama energi didapatkan dari perubahan karbohidrat.

d. Peredaran darah janin

e. Keseimbangan air dan fungsi ginjal

Fungsi ginjal belum sempurna karena jumlah nefron belum sebanyak orang dewasa.

f. Traktus Digestivus

Traktus digestivus relative lebih berat dan lebih panjang dibandingkan dengan orang dewasa. Pada neonatus, traktus *digestivus* mengandung zat yang berwarna hitam kehijauan yang disebut mekonium. Pengeluaran mekonium biasanya dalam 10 jam pertama dan dalam 4 hari biasanya tinja sudah berbentuk dan berwarna biasa. Enzim dalam traktus *digestivus* biasanya sudah terdapat pada neonatus kecuali enzim amilase.

g. Hati

Enzim hati belum aktif benar pada waktu bayi baru lahir, daya detoksifikasi hati pada neonatus juga belum sempurna.

h. Keseimbangan asam basa

Derajat keasaman (PH) darah pada waktu lahir rendah karena glikolisis anaerobik. Dalam 24 jam neonatus telah mengkompensasi asidosis ini.

5. Kunjungan ulang

Menurut JNPK-KR (2008, h. 28) terdapat minimal tiga kali kunjungan ulang bayi baru lahir diantaranya :

- a. Kunjungan I : pada usia 6-48 jam
- b. Kunjungan II : pada usia 3-7 hari
- c. Kunjungan III : pada usia 8-28 hari

6. Tanda bahaya pada bayi baru lahir

Menurut Muslihatun (2010; h. 100-101) tanda dan gejala sakit berat pada bayi baru lahir dan bayi muda sering tidak spesifik. Tanda ini dapat terlihat pada saat atau sesudah bayi lahir, saat bayi baru lahir datang atau saat perawatan di rumah sakit. Pengelolaan awal bayi baru lahir dengan tanda ini adalah stabilisasi dan mencegah keadaan yang lebih buruk. Tanda ini mencakup :

a. Menurut Saifuddin (2014; h. 381) bayi kuning (ikterus)

Pigmen bernama bilirubin adalah faktor penyebab dari bayi kuning (ikterus) yang harus di kenali dan waspadai. Sebetulnya,

setiap orang memiliki bilirubin dalam sel darah merahnya. Setiap jangka waktu tertentu sel darah merah akan mati dan menguraikan sel-selnya diantaranya menjadi bilirubin. Normalnya yang bertugas menguraikan bilirubin tersebut adalah hati, kemudian dibuang lewat BAB. Saat bayi masih dalam kandungan, hati sang ibulah yang mengambil tugas menguraikan bilirubin dalam sel darah merah bayi. Ketika bayi lahir, perkembangan hatinya belum sempurna sehingga belum dapat menjalankan fungsinya dengan baik. Akibatnya terjadi penumpukan bilirubin yang kemudian menyebabkan timbulnya warna kuning pada kulit bayi.

Sebagian lainnya karena ketidakcocokan golongan darah ibu dan bayi. Peningkatan kadarbilirubin dapat diakibatkan oleh pembentukan yang berlebih atau adanya gangguan pengeluarannya. Ikterus pada bayi baru lahir dapat merupakan bentuk fisiologis dan patologis. Yang bersifat patologis dikenal sebagai *hiperbilirubinemia* yang dapat mengakibatkan gangguan saraf pusat atau kematian. Sampai saat ini ikterus masih merupakan masalah pada bayi baru lahir, terjadi sekiranya 25% - 50% pada bayi lahir cukup bulan dan lebih tinggi lagi pada bayi lahir kurang bulan. Pemeriksaan adanya ikterus pada bayi muda dapat dilakukan di rumah dan pada waktu kunjungan neonatal. Pemeriksaan ini sangat penting untuk mengetahui kapan ikterus timbul, kapan menghilang dan sampai bagian tubuh mana kuning terlihat. Ketiga hal tersebut harus diketahui dengan pasti untuk mengklasifikasikan ikterus secara benar. Pada kasus ketidakcocokan golongan darah ibu dan bayi, ikterustimbul sebelum umur 3 hari.

b. Ikterus Fisiologis (ringan)

- 1) Timbul kuning pada umur >24 jam sampai <14 hari
- 2) Kuning tidak sampai telapak tangan / telapak kaki

Ikterus fisiologis tidak berbahaya, penanganannya bayi dijemur setiap pagi antara jam 7-9 pagi selama 30-1 jam. Tingkatkan frekuensi pemberian ASI, minimal 8-12 kali sehari. Jika dirasakan sudah cukup

menyusui, sebaiknya perhatikan apakah bayi benar-benar menghisap. Bila dirasakan ada masalah dalam menyusui segera lakukan konsultasi di klinik laktasi terdekat. Bila gejala masih tampak hingga lebih dari 14 hari segera periksakan ke dokter (Saifuddin, 2014; h. 381).

c. Ikterus Patologis (berat)

- 1) Timbul kuning pada hari pertama (<24 jam) setelah lahir, atau
- 2) Kuning ditemukan pada umur lebih dari 14 hari, atau
- 3) Kuning sampai telapak tangan atau telapak kaki, atau tinja berwarna pucat.

Jika tidak segera ditangani, kadarbilirubin terus meningkat sehingga dapat meracuni otak, terjadinya kerusakan saraf yang dapat menyebabkan cacat seperti tuli, pertumbuhan terhambat atau kelumpuhan otak besar atau bahkan dapat menyebabkan kematian. Jika mengalami salah satu gejala tersebut di atas segera periksakan bayi ke dokter.

d. Asfiksia

1) Definisi

Menurut JNPK-KR (2008; h. 4-11) menjelaskan bahwa asfiksia adalah kegagalan untuk memulai dan melanjutkan pernapasan pada bayi baru lahir.

2) Tanda dan gejala

Menurut Sondakh (2013; h.176) beberapa tanda dan gejala yang dapat muncul pada asfiksia neonatorum adalah :

- a) Tidak ada pernapasan (apnea) pernapasan lambat (kurang dari 30 kali per menit).
- b) Pernapasan tidak teratur, dengkur atau retraksi (perlekukan dada).
- c) Tangisan lemah
- d) Tonus otot lemah

e) Denyut jantung tidak ada atau perlahan (kurang dari 100 kali permenit).

3) Etiologi

Aliran darah ibu ke bayi dapat dipengaruhi oleh keadaan ibu. Jika aliran oksigen ke janin berkurang, akan mengakibatkan gawat janin. Hal ini dapat menyebabkan asfiksia pada bayi baru lahir. Akan tetapi bayi juga dapat mengalami asfiksia tanpa di dahului tanda gawat janin.

4) Penilaian asfiksia pada Bayi Baru Lahir

Aspek yang sangat penting dari resusitasi bayi baru lahir adalah menilai bayi, menentukan tindakan yang akan dilakukan dan akhirnya melaksanakan tindakan resusitasi. Upaya resusitasi yang efisien dan efektif berlangsung melalui rangkaian tindakan yaitu menilai pengambilan keputusan dan tindakan lanjutan. Penilaian untuk melakukan resusitasi semata-mata ditentukan oleh tiga tanda penting, yaitu :

- a) Pernafasan
- b) Denyut jantung
- c) Warna kulit

Nilai apgar tidak dipakai untuk menentukan kapan memulai resusitasi atau membuat keputusan mengenai jalannya resusitasi. Apabila penilaian pernafasan menunjukkan bahwa bayi tidak bernafas atau pernafasan tidak kuat, harus segera ditentukan dasar pengambilan kesimpulan untuk tindakan ventilasi dengan tekanan positif (VTP).

5) Penatalaksanaan asfiksia (Sondakh, 2013; h. 180-185).

(a) Prinsip dasar resusitasi adalah :

- (1) Memberi lingkungan yang baik pada bayi dan mengusahakan saluran pernafasan tetap bebas serta merangsang timbulnya pernafasan.

- (2) Memberikan bantuan pernafasan secara aktif pada bayi yang menunjukkan usaha nafas lemah.
- (3) Melakukan koreksi terhadap asidosis yang terjadi.
- (4) Menjaga agar sirkulasi darah tetap baik.

(b) Tindakan umum

(1) Pengawasan suhu

Tidak membiarkan bayi kedinginan agar tidak memperoleh kondisi asifksia. Dapat dilakukan dengan pemakaian lampu yang cukup kuat untuk pemanasan luar dan pengeringan tubuh bayi perlu dikerjakan untuk mengurangi evaporasi.

(2) Pembersihan jalan nafas

Pada saat pembersihan saluran nafas bagian atas dari lendir dan cairan amnion letak kepala harus lebih rendah untuk memudahkan dan melancarkan keluarnya lendir. Bila terdapat lendir kental yang melekat ditrahea dan sulit dikeluarkan dengan penghisapan biasa, dapat digunakan laringoskop neonatal.

(3) Rangsangan untuk menimbulkan pernafasan

(4) Sebagian besar dapat dilakukan dengan penghisapan lendir dan cairan amnion melalui nasofaring.

(5) Pengaliran O₂ yang cepat kedalam mukosa hidung.

(6) Rangsangan nyeri dapat ditimbulkan dengan memukul kedua telapak kaki bayi menekan tendon *achilles*

(c) Tindakan khusus

Asfiksia berat (skor apgar 0-3)

(1) Memperbaiki ventilasi paru dengan memberikan O₂ dengan tekanan dari intermiten atau melakukan intubasi endotrakeal.

(2) Meletakkan Katter dalam trakea, O₂ diberikan dengan tekanan tidak lebih dari 30 cm H₂O untuk mencegah

kemungkinan terjadinya inflasi paru berlebihan yang dapat menimbulkan *rupture alvedi*.

(3) Memberikan antibiotika profilaksi pada bayi yang mendapat tindakan pemasangan kateter.

(d) Asfiksia yang disertai asidosis paru perlu diberikan bikar bonas natrikus dengan dosis 2-4 mEq/kgbb atau larutan bikarbonas natrikus 7,5 % ditambah dengan glukosa 15-20 % dengan dosis 2-4 ,l/kgbb (kedua obat ini disuntikan secara intravena dengan perlahan-lahan melalui umbilikalis). Jika setelah 3x inflasi tidak ada perbaikan pernafasan maka harus segera masase jantung eksternal dengan frekuensi 80-100 x / menit. Dilakukan dengan cara 1 kali ventilisasi tekanan diikuti oleh 3 kali kompresi dinding toraks.

(e) Asfiksia sedang (skor apgar 4-6)

(1) Melakukan stimulasi dalam waktu 30-60 detik bila tidak timbul pernafasan spontan maka ventilisasi aktif harus segar dilakukan.

(2) Cara ventilisasi aktif yaitu dengan meletakkan kateter O₂ intranasal dan O₂ dialirkan dengan aliran 1-2 l/menit.

(3) Memberikan posisi dorsofleks kepala pada bayi .

(4) Lakukan gerakan membuka dan menutup nares dan mulut secara teratur disertai gerakan dagu keatas dan ke bawah dalam frekuensi 20x/menit sambil memperhatikan gerakan dinding toraks dan abdomen.

(5) Jika tidak ada hasil yang diperlihatkan oleh bayi maka lakukan ventilisasi mulut ke mulut atau ventilisasi kantong masker. Ventilisasi dilakukan secara teratur dengan frekuensi 20-30 x/menit sambil memperhatikan gerakan pernafasan spontan yang timbul.

Menurut JNPK-KR (2008; h.161) bahwa setelah melakukan penilaian dan memutuskan bahwa BBL perlu resusitasi, maka

tindakan harus segera dilakukan. Pemotongan tali pusat dapat dilakukan diatas perut ibu atau di dekat perineum.

1) Pemotongan tali pusat diatas perut ibu.

Bayi baru lahir segera diletakkan di atas kain yang ada di perut ibu dengan posisi kepala sedikit ekstensi, kemudian diberikan selimut tetapi bagian dada tetap terbuka. Kemudian klem dan potong tali pusat. Tali pusat tidak usah diikat dulu, dan tidak dibungkus.

2) Pemotongan tali pusat di dekat perineum.

Biasanya dilakukan jika tali pusat terlalu pendek, sehingga cara yang memungkinkan setelah BBL dinilai tetapi sebelumnya BBL diletakkan diatas kain di dekat perineum. Kemudian segera klem dan potong tali pusat.

Jika setelah pemotongan tali pusat bayi tidak segera menangis atau bayi mengalami asfiksia maka perlu dilakukan tindakan resusitasi sedini mungkin.

Langkah-langkah dalam melakukan resusitasi adalah sebagai berikut :

1) Tahap awal

Pada tahap awal ini harus diselesaikan dalam waktu < 30 detik. Langkah tersebut meliputi :

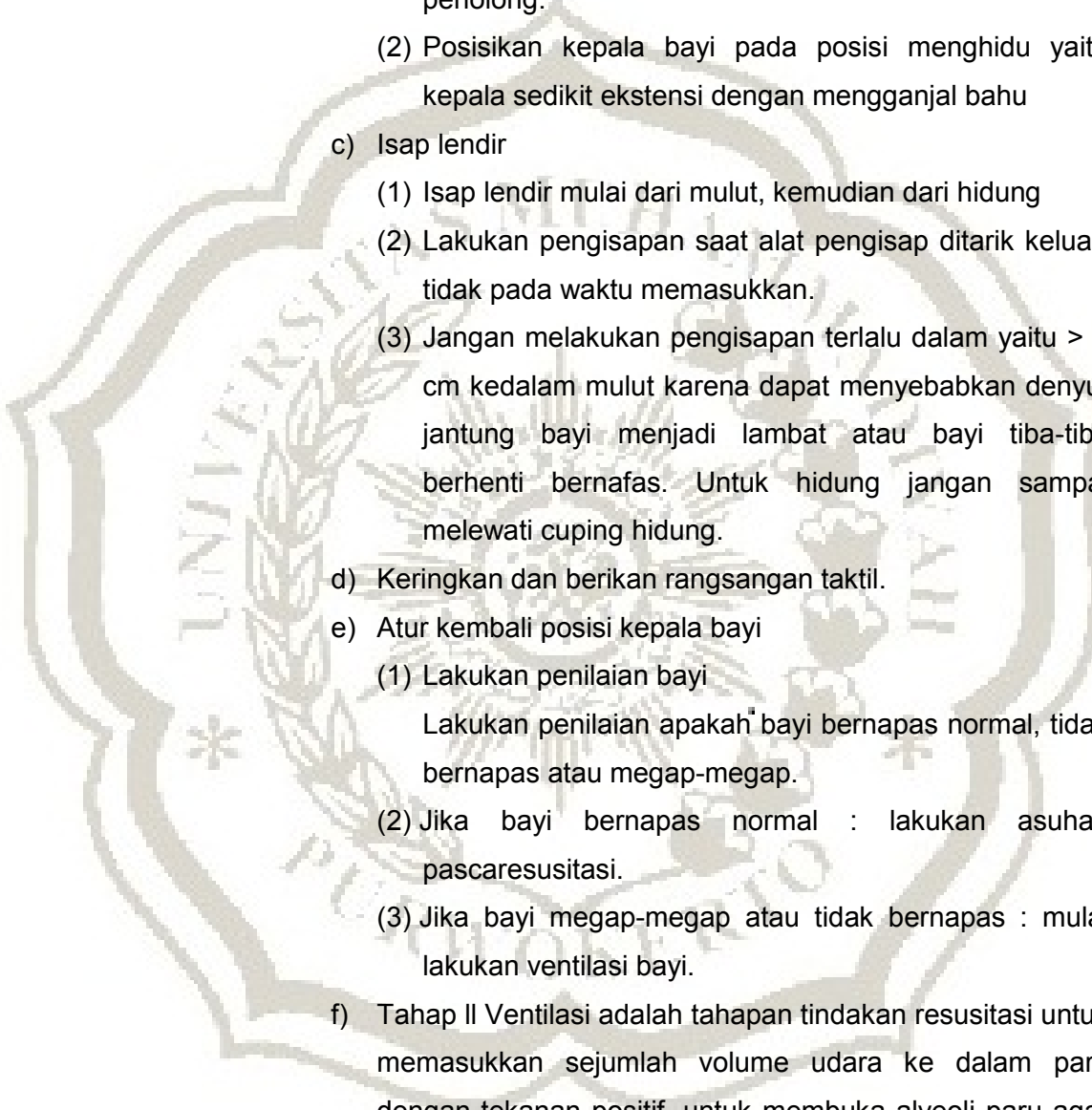
a) Jaga bayi agar tetap hangat

(1) Letakkan bayi di atas kain ke 1 yang ada di atas perut ibu atau sekitar 45 cm dari perineum.

(2) Selimuti bayi dengan kain tersebut, wajah, dada, dan perut tetap terbuka, potong tali pusat.

(3) Pindahkan bayi yang telah diselimuti kain ke 1 ke atas kain ke 2 yang telah digelar di tempat resusitasi.

(4) Jaga bayi tetap diselimuti dengan wajah dan dada terbuka dan dibawah pemancar panas

- 
- b) Atur posisi bayi
- (1) Baringkan bayi terlentang dengan kepala di dekat penolong.
 - (2) Posisikan kepala bayi pada posisi menghidu yaitu kepala sedikit ekstensi dengan mengganjal bahu
- c) Isap lendir
- (1) Isap lendir mulai dari mulut, kemudian dari hidung
 - (2) Lakukan pengisapan saat alat pengisap ditarik keluar, tidak pada waktu memasukkan.
 - (3) Jangan melakukan pengisapan terlalu dalam yaitu > 5 cm kedalam mulut karena dapat menyebabkan denyut jantung bayi menjadi lambat atau bayi tiba-tiba berhenti bernafas. Untuk hidung jangan sampai melewati cuping hidung.
- d) Keringkan dan berikan rangsangan taktil.
- e) Atur kembali posisi kepala bayi
- (1) Lakukan penilaian bayi
Lakukan penilaian apakah bayi bernapas normal, tidak bernapas atau megap-megap.
 - (2) Jika bayi bernapas normal : lakukan asuhan pascaresusitasi.
 - (3) Jika bayi megap-megap atau tidak bernapas : mulai lakukan ventilasi bayi.
- f) Tahap II Ventilasi adalah tahapan tindakan resusitasi untuk memasukkan sejumlah volume udara ke dalam paru dengan tekanan positif, untuk membuka alveoli paru agar bayi bisa bernapas spontan dan teratur.
- Langkah-langkah :
- g) Pasang sungkup
- Pasang dan pegang sungkup agar menutupi dagu, mulut dan hidung.

h) Ventilasi 2 kali

- i. Lakukan tiupan atau remasan dengan tekanan 30 cm air.
- ii. Tiupan awal tabung dan sungkup atau remasan awal balon dan sungkup penting untuk menguji apakah jalan napas bayi terbuka dan membuka alveoli paru agar bayi bisa mulai bernapas.
- iii. Lihat apakah dada bayi mengembang

Saat melakukan tiupan atau remasan perhatikan apakah dada bayi mengembang. Jika tidak mengembang :

- 1) Periksa posisi sungkup dan pastikan tidak ada udara yang bocor.
- 2) Periksa posisi kepala, pastikan posisi sudah menghidu.
- 3) Periksa cairan atau lendir di mulut. Jika ada lendir atau cairan lakukan penghisapan.
- 4) Lakukan tiupan atau remasan 2 kali dengan tekanan 30 cm , jika dada mengembang lakukan tahap berikutnya.

a) Ventilasi 20 kali dalam 30 detik

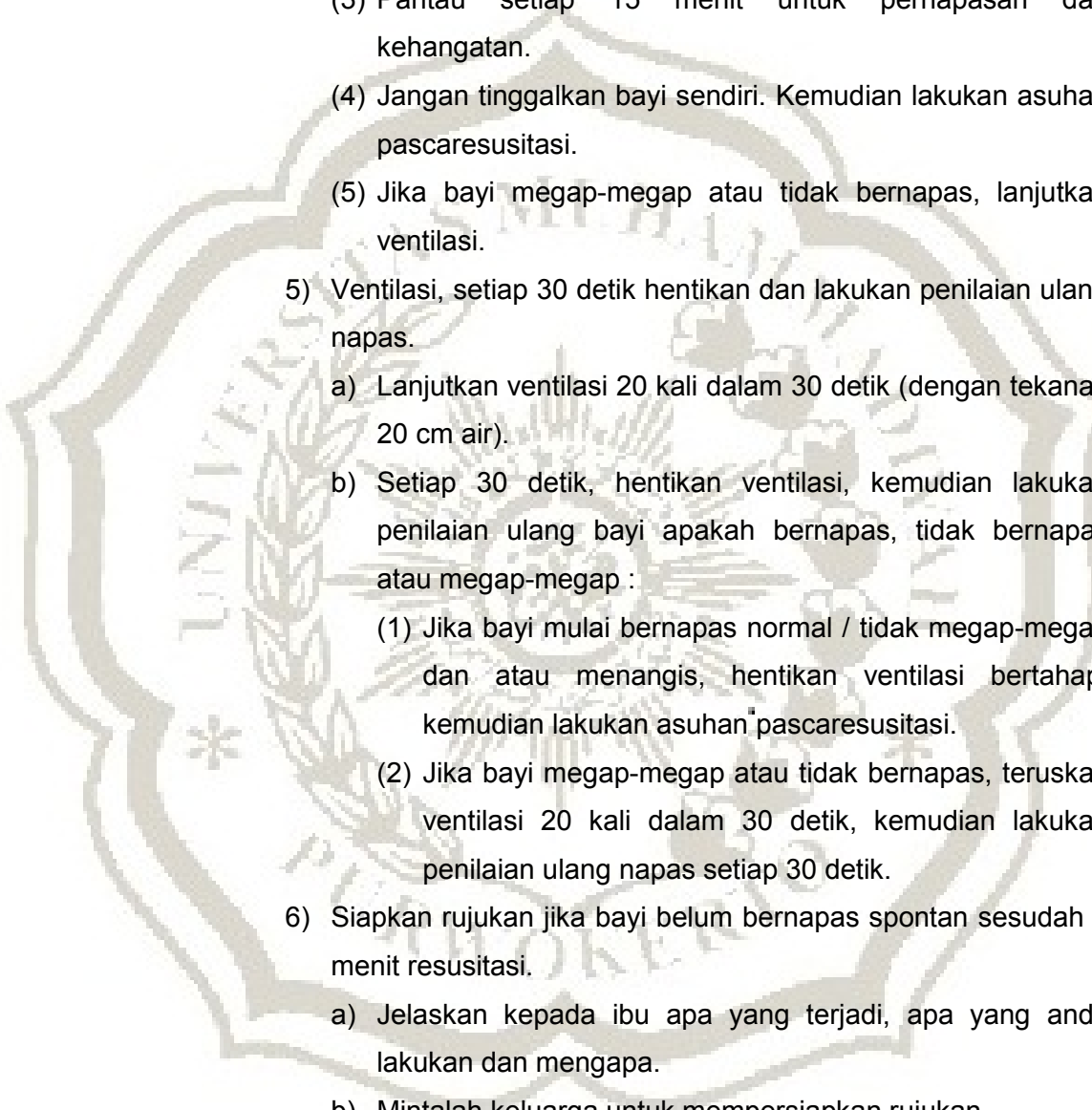
- (1) Tiup tabung atau remas balon resusitasi sebanyak 20 kali dalam 30 detik, dengan tekanan 20 cm air sampai bayi mulai bernapas spontan atau menangis.
- (2) Pastikan dada mengembang saat dilakukan tiupan atau peremasan, setelah 30 detik lakukan penilaian ulang napas.

Jika bayi mulai bernapas normal/tidak megap-megap dan atau menangis, hentikan ventilasi bertahap.

- (1) Lihat dada bawah apakah ada retraksi.
- (2) Hitung frekuensi napas per menit.

Jika bernapas > 40 per menit dan tidak ada retraksi berat :

- (1) Jangan ventilasi lagi

- 
- (2) Letakkan bayi dengan kontak kulit bayi ke kulit ibu pada dada ibu dan lanjutkan asuhan BBL.
 - (3) Pantau setiap 15 menit untuk pernapasan dan kehangatan.
 - (4) Jangan tinggalkan bayi sendiri. Kemudian lakukan asuhan pascaresusitasi.
 - (5) Jika bayi megap-megap atau tidak bernapas, lanjutkan ventilasi.
 - 5) Ventilasi, setiap 30 detik hentikan dan lakukan penilaian ulang napas.
 - a) Lanjutkan ventilasi 20 kali dalam 30 detik (dengan tekanan 20 cm air).
 - b) Setiap 30 detik, hentikan ventilasi, kemudian lakukan penilaian ulang bayi apakah bernapas, tidak bernapas atau megap-megap :
 - (1) Jika bayi mulai bernapas normal / tidak megap-megap dan atau menangis, hentikan ventilasi bertahap, kemudian lakukan asuhan pascaresusitasi.
 - (2) Jika bayi megap-megap atau tidak bernapas, teruskan ventilasi 20 kali dalam 30 detik, kemudian lakukan penilaian ulang napas setiap 30 detik.
 - 6) Siapkan rujukan jika bayi belum bernapas spontan sesudah 2 menit resusitasi.
 - a) Jelaskan kepada ibu apa yang terjadi, apa yang anda lakukan dan mengapa.
 - b) Mintalah keluarga untuk mempersiapkan rujukan
 - c) Teruskan ventilasi selama mempersiapkan rujukan
 - d) Catat keadaan bayi pada formulir rujukan dan rekam medik persalinan.
 - e) Lanjutkan ventilasi, nilai ulang napas dan nilai denyut jantung.

- f) Lanjutkan ventilasi 20 kali dalam 30 detik (dengan tekanan 20 cm air).
- g) Setiap 30 detik, hentikan ventilasi, kemudian nilai ulang napas dan nilai denyut jantung

Jika dipastikan denyut jantung bayi tidak terdengar, lanjutkan ventilasi selama 10 menit. Hentikan resusitasi jika denyut jantung tetap tidak terdengar, jelaskan kepada ibu dan berilah dukungan kepadanya serta lakukan pencatatan bayi yang mengalami henti jantung 10 menit kemungkinan besar mengalami kerusakan otak yang permanen.

e. Hipotermi

Menurut Muslihatun (2010; h. 189) bahwa hipotermi adalah suhu tubuh bayi dibawah 36°C atau kedua kaki atau tangan teraba dingin.

Penatalaksanaan hipotermia dalah dengan cara : mengembalikan suhu tubuh diatas 36°C dengan berbagai cara yaitu menghangatkan dengan cara memasukan bayi kedalam inkubator atau diberi sinar lampu dan menghangatkan bayi melalui panas tubuh ibu dengan motode kanguru.

- f. Tidak bisa menyusu
- g. Kejang
- h. Frekuensi napas < 20 kali/menit atau apnu (pernapasan berhenti selama >15 detik)
- i. Frekuensi napas > 60 kali/menit
- j. Tarikan dada bawah ke dalam yang kuat
- k. Sianosis sentral.

D. NIFAS

1. Definisi

Menurut Prawirohardjo (2009; h. 356) nifas atau puerperium dimulai sejak 1 jam setelah lahirnya plasenta sampai dengan 6 minggu (42 hari) setelah itu.

Menurut (Saiffudin, 2006; h. 122) mengatakan bahwa masa nifas (puerperium) dimulai setelah kelahiran plasenta dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil. Masa nifas berlangsung kira-kira selama 6 minggu. Pada masa ini terjadi perubahan-perubahan fisiologi, yaitu :

- a. Psikis
- b. Perubahan fisik
- c. *Involusi uterus* dan pengeluaran lochea
- d. Laktasi atau pengeluaran susu ibu
- e. Perubahan sistem tubuh lainnya

2. Menurut Prawirohardjo (2014; h. 122) menjelaskan bahwa tujuan asuhan masa nifas yaitu :

- a. Menjaga kesehatan ibu dan bayinya, baik fisik maupun psikologis
- b. Melaksanakan skrining yang komprehensif, mendeteksi masalah, mengobati atau merujuk bila terjadi komplikasi pada ibu maupun bayi
- c. Memberikan pendidikan kesehatan tentang perawatan kesehatan diri, nutrisi, keluarga berencana, menyusui, pemberian ASI pada bayinya dan perawatan bayi sehat.
- d. Konseling HIV/AIDS dan memeberikan pelayanan keluarga berencana.

3. Kunjungan masa nifas (Praworohardjo, 2014; h. 123).

Paling sedikit 4 kali kunjungan nifas dilakukan untuk menilai status ibu, bayi baru lahir dan untuk mencegah, mendeteksi, menangani masalah-masalah yang terjadi.

a. Kunjungan 6 – 8 jam setelah persalinan, tujuannya:

- 1) Mencegah perdarahan masa nifas karena antonia uteri

- 2) Mendeteksi dan merawat penyebab lain perdarahan : rujuk bila perdarahan berlanjut
 - 3) Memberikan konseling pada ibu atau salah satu anggota keluarga bagaimana mencegah perdarahan nifas karena antonia uteri
 - 4) Pemberian ASI awal
 - 5) Melakukan hubungan antara ibu dan bayi baru lahir
 - 6) Menjaga bayi agar tetap hangat dengan cara mencegah hipotermi
- b. Kunjungan 6 hari setelah persalinan, tujuannya:
- 1) Memastikan involusi uterus berjalan normal: uterus berkontraksi, fundus dibawah umbilikus, tidak ada perdarahan abnormal, tidak ada bau.
 - 2) Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi atau perdarahan abnormal.
 - 3) Memastikan ibu mendapatkan cukup makanan, cairan dan istirahat.
 - 4) Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak memperlihatkan tanda-tanda penyulit.
 - 5) Memberikan konseling pada ibu mengenai asuhan pada bayi, tali pusat, menjaga bayi tetap hangat dan merawat bayi sehari-hari.
- c. Kunjungan 2 minggu setelah persalinan, tujuannya:
- 1) Memastikan involusi uterus berjalan normal: uterus berkontraksi, fundus dibawah umbilikus, tidak ada perdarahan abnormal, tidak ada bau.
 - 2) Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi atau perdarahan abnormal.
 - 3) Memastikan ibu mendapatkan cukup makanan, cairan dan istirahat.
 - 4) Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak memperlihatkan tanda-tanda penyulit.
 - 5) Memberikan konseling pada ibu mengenai asuhan pada bayi, tali pusat, menjaga bayi tetap hangat dan merawat bayi sehari-hari.

- d. Kunjungan 6 minggu setelah, tujuannya:
- 1) Menanyakan pada ibu tentang penyulit-penyulit yang ibu atau bayi alami.
 - 2) Memberikan konseling untuk KB secara dini.
4. Perubahan sistem reproduksi (Varney, 2007; h. 960)

a. Involusi Uterus

Involusi uterus adalah kembalinya uterus kepada keadaan sebelum hamil baik dalam bentuk maupun posisi. Selain uterus, vagina, ligamen uterus, dan otot dasar panggul juga kembali keadaan sebelum hamil, bila ligamen uterus dan otot panggul tidak kembali keadaan sebelum hamil, kemungkinan terjadi prolaps uteri makin besar. Selama proses involusi uterus menipis dan mengeluarkan lokhea yang diganti dengan endometrium baru, setelah kelahiran bayi dan plasenta lahir, otot uterus berkontraksi sehingga sirkulasi darah yang menuju uterus berhenti dan ini disebut dengan iskemia. Proses involusi uterus disertai dengan penurunan tinggi fundus uteri (TFU). Pada hari pertama, TFU diatas simfisis pubis atau sekitar 12 cm. Proses ini terus berlangsung dengan penurunan TFU 1 cm setiap harinya, sehingga pada hari ke-7 TFU berkisar 5 cm dan pada hari ke-10 TFU tidak teraba disimfisis pubis.

b. Menurut Varney (2007; h. 960) lokhea keluar dari uterus setelah bayi lahir sampai dengan 3 atau 4 minggu postpartum. Perubahan lokhea terjadi dalam tiga tahap, yaitu lokhea rubra, serosa dan alba.

- 1) Lokhea rubra merupakan darah yang pertama yang keluar dan berasal dari tempat lepasnya plasenta yang berwarna merah.
- 2) Lokhea serosa setelah 3 atau 4 hari lokhea berubah warna menjadi kecokelatan yang terdiri dari darah dan serum yang berisi leukosit dan jaringan.

3) Lokhea alba muncul pada minggu ke-2 lokhea berwarna putih atau kekuningan karena campuran leukosit dan penurunan kandungan cairan.

c. Perubahan sistem pencernaan

Setelah plasenta lahir, terjadi pula penurunan produksi progesteron, sehingga yang menyebabkan nyeri ulu hati (heartburn) dan konstipasi terutama dalam beberapa hari pertama (Suherni, 2009; h. 80).

d. Perubahan sistem perkemihan

Diuresis dapat terjadi setelah 2-3 hari postpartum. Diuresis terjadi karena saluran urinaria mengalami dilatasi. Kondisi ini akan kembali normal setelah 4 minggu postpartum. Pada awal postpartum kandung kemih mengalami edema, kongesti dan hipotonik. Hal ini disebabkan oleh adanya overdistensi pada saat kala dua persalinan dan pengeluaran urine yang tertahan selama proses persalinan. Sumbatan pada uretra disebabkan oleh adanya trauma saat persalinan berlangsung dan trauma ini dapat berkurang setelah 24 jam post partum (Roito, 2013; h. 69).

e. Perubahan sistem endokrin

Saat plasenta terlepas dari dinding uterus, kadar HCG secara berangsur turun dan normal kembali setelah 7 hari postpartum. HCG tidak terdapat dalam urin ibu setelah 2 hari postpartum (Roito, 2013; h. 67).

f. Perubahan sistem kardiovaskular

Curah jantung meningkat selama persalinan dan berlangsung sampai kala III ketika volume darah uterus dikeluarkan beberapa hari pertama postpartum dan akan kembali normal pada akhir minggu ke-3 postpartum (Roito, 2013; h. 69).

g. Perubahan tanda vital

Tekanan darah harus dalam keadaan stabil. Suhu turun secara perlahan dan stabil pada 24 jam postpartum. Nadi menjadi normal setelah persalinan (Varney, 2007; h. 961).

5. Komplikasi dan penyulit masa nifas (Manuaba, 2010; h. 418).

Infeksi nifas dapat terjadi disebabkan melalui kuman di vagina ke dalam rahim akibat kebersihan yang tidak terjaga pada area kewanitaan atau kemungkinan alat-alat yang tidak steril pada persalinan selain itu persalinan yang tidak bersih seperti plasenta yang tertinggal di rahim akan mengakibatkan pembusukan dan pertumbuhan di dalam rahim. Ditandai dengan demam yang tinggi, rasa nyeri pada bagian perut terutama pada daerah rahim, timbulnya bau busuk pada lochea dan berwarna darah kekuning-kuningan karena campuran nanah dan terjadinya kelumpuhan pada otot rahim.

Adapun faktor resiko terjadinya infeksi nifas dikarenakan adanya penurunan daya tahan tubuh seperti kelelahan, kurangnya asupan nutrisi, adanya infeksi lain yang dimiliki ibu seperti TBC paru. Setelah itu resiko tinggi pada ibu yang mengalami persalinan yang lama sehingga ketuban pecah lama. Faktor resiko selanjutnya adalah ibu yang mengalami operasi dan adanya sisa persalinan yang tertinggal seperti ketuban, bekuan darah dan juga sisa ari-ari. Infeksi nifas tidak saja dengan menjaga kebersihan setelah persalinan akan tetapi ada beberapa langkah pencegahan yang dapat anda lakukan untuk menghindari infeksi nifas. Berikut adalah cara yang dapat dilakukan untuk menghindari infeksi masa nifas :

- a. Memperhatikan kondisi kesehatan selama kehamilan, lakukan pemeriksaan secara rutin kepada bidan atau dokter kandungan.
- b. Ibu dapat mengkonsumsi makanan yang mengandung zat besi untuk menghindari anemia. Konsultasikan keluhan tersebut pada ahli medis, apabila dibutuhkan akan diberikan tablet yang mengandung zat besi.

- c. Pilihan tenaga medis yang profesional akan membantu ibu dalam menjaga kesterilan proses persalinan.
- d. Perhatikan asupan cairan, cukupi kebutuhan dengan mengkonsumsi air putih delapan gelas dalam satu hari.
- e. Menjaga kebersihan jalan lahir setelah persalinan untuk menghindari infeksi yang berasal dari luar.

E. KELURGA BERENCANA

Keluarga berencana menurut WHO (*World Health Organisation*) adalah tindakan dan upaya untuk membantu pasangan suami isteri untuk mendapatkan objek tertentu, untuk menghindari kelahiran yang tidak diinginkan, mendapatkan kelahiran yang memang diinginkan, mengatur interval diantara kehamilan, mengontrol waktu saat kelahiran dalam hubungan dengan umur suami isteri dan menentukan jumlah anak dalam keluarga (Hanafi, 2004; h. 26-27).

1. Metode Keluarga berencana program post partum

Dalam melakukan pemilihan metode kontrasepsi perlu diperhatikan ketepatan bahwa makin rendah pendidikan masyarakat, semakin efektif metode KB yang dianjurkan yaitu kontrasepsi mantap, suntik KB, susuk KB atau AKBK (alat susuk bawah kulit), AKDR/IUD (Manuaba, dkk.2010; h. 592).

2. Tujuan program kb

Meningkatkan kesejahteraan ibu dan anak serta mewujudkan keluarga kecil yang bahagia dan sejahtera, melalui pengendalian kelahiran dan pengendalian pertumbuhan penduduk indonesia. Terciptanya penduduk yang berkualitas sumber daya yang bermutu dan meningkatkan kesejahteraan keluarga (Hanafi, 2004; h. 30).

3. Sasaran program kb

Sasaran program kb dibagi menjadi dua yaitu sasaran langsung dan sasaran tidak langsung tergantung dari tujuan yang ingin dicapai sasaran langsungnya yaitu pasangan usia subur yang bertujuan untuk

menurunkan tingkat kelahiran dengan cara menurunkan penggunaan kontrasepsi secara berkelanjutan. Sedangkan secara tidak langsungnya adalah pelaksanaan dan pengelolaan KB dengan tujuan untuk menurunkan tingkat kelahiran melalui pendekatan kebijaksanaan kependudukan terpadu dalam rangka mencapai keluarga yang berkualitas dan keluarga sejahtera (Hanafi, 2004; h. 25).

4. Jenis metode kb pasca persalinan

a. Non hormonal

1) Metode Amenore Laktasi (MAL)

Menurut (Saifuddin, 2014 ; h. 11 mk 1-mk2) metode amenore laktasi adalah kontrasepsi yang mengandalkan pemberian ASI secara eksklusif, artinya hanya diberikan ASI tanpa tambahan makanan ataupun minuman apapun lainnya.

- a) Syarat untuk dapat menggunakan : Menyusui secara penuh lebih efektif bila pemberian lebih dari 8 kali sehari.
- b) Cara kerja : Penundaan / penekanan ovulasi.
- c) Efek samping : Tidak ada
- d) Keuntungan metode amenore laktasi (MAL)

2) Keuntungan kontrasepsi

- a) Efektivitas tinggi (keberhasilan 98% pada enam bulan pasca persalinan).
- b) Segera efektif.
- c) Tidak mengganggu senggama.
- d) Tidak ada efek samping secara sistemik.
- e) Tidak perlu pengawasan medis.
- f) Tidak perlu obat atau alat.
- g) Tidak biaya.

3) Keuntungan non kontrasepsi

- a) Untuk Bayi : mendapatkan kekebalan pasif
Sumber asupan gizi yang terbaik dan sempurna untuk tumbuh kembang bayi yang optimal, terhindar dari keterpaparan

terhadap kontaminasi dari air susu lain atau formula, atau alat minum yang dipakai.

b) Untuk Ibu :

Mengurangi perdarahan pasca persalinan, mengurangi resiko anemia, meningkatkan hubungan psikologik ibu dan bayi.

4) Keterbatasan metode amenore laktasi (MAL)

a) Perlu persiapan sejak perawatan kehamilan segera menyusui selama 30 menit pasca persalinan.

b) Mungkin sulit dilaksanakan karena kondisi sosial.

c) Efektifitas tinggi hanya sampai kembalinya haid atau sampai dengan 6 bulan.

d) Tidak melindungi terhadap IMS termasuk virus hepatitis B/ HBV dan HIV/AIDS (Saiffudin, dkk2010, h. 11 mk 1-mk 2).

b. Menurut Hanafi, 2004; h. 208) Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR)

1) Pengertian

Alat kontrasepsi yang dipasang dalam rahim dengan menjepit kedua saluran yang menghasilkan indung telur sehingga tidak terjadi pembuahan, terdiri dari bahan plastik polietilena, ada yang dililit oleh tembaga dan ada yang tidak.

2) Cara kerja :

Mencegah terjadinya fertilisasi, tembaga pada AKDR menyebabkan reaksi inflamasi steril, toksik buat sperma sehingga tidak mampu untuk fertilisasi.

3) Keuntungan

a) Efektivitas tinggi, 99,2-99,4% (0,6-0,8 kehamilan/100 perempuan dalam 1 tahun pertama)

b) Dapat efektif segera setelah pemasangan

c) Metode jangka panjang

d) Sangat efektif karena tidak perlu lagi mengingat-ingat

e) Tidak mempengaruhi hubungan sosial

- f) Meningkatkan kenyamanan seksual karena tidak perlu takut untuk hamil.
 - g) Tidak ada efek samping hormonal.
 - h) Tidak mempengaruhi kualitas dan volume ASI.
 - i) Dapat dipasang segera setelah melahirkan atau sesudah abortus (apabila tidak terjadi infeksi).
 - j) Dapat digunakan sampai menopause (1 tahun atau lebih setelah haid terakhir).
 - k) Tidak ada interaksi dengan obat-obat.
 - l) Membantu mencegah kehamilan ektopik
- 4) Keterbatasan
- a) Tidak mencegah Infeksi Menular Seksual (IMS)
 - b) Tidak baik digunakan pada perempuan dengan IMS atau perempuan yang sering berganti pasangan
 - c) Diperlukan prosedur medis termasuk pemeriksaan pelvis
 - d) Klien tidak dapat melepas AKDR sendiri
 - e) Klien harus memeriksa posisi benang AKDR dari waktu ke waktu. Untuk melakukan ini perempuan harus memasukkan jarinya ke dalam vagina, sebagian perempuan tidak mau melakukan ini (Saiffudin, dkk, 2006; h.17).
- c. Kontrasepsi Mantap (Tubektomi dan Vasektomi)
- 1) Tubektomi
- a) Pengertian
Tubektomi (Metode Operasi Wanita / MOW) adalah metode kontrasepsi mantap yang bersifat sukarela bagi seorang wanita bila tidak ingin hamil lagi dengan cara mengoklusi tuba falopii (mengikat dan memotong atau memasang cincin) sehingga sperma tidak dapat bertemu dengan ovum.
 - b) Waktu penggunaannya
(1) Idealnya dilakukan dalam 48 jam pasca persalinan

(2) Dapat dilakukan segera setelah persalinan atau setelah operasi sesar.

(3) Jika tidak dapat dikerjakan dalam 1 minggu setelah persalinan, ditunda 4-6 minggu.

c) Manfaat

(1) Kontrasepsi

(a) Efektivitasnya tinggi 99,5% (0,5 kehamilan per 100 perempuan selama tahun pertama penggunaan).

(b) Tidak mempengaruhi proses menyusui

(c) Tidak bergantung pada faktor sanggama

(d) Baik bagi klien apabila kehamilan akan menjadi risiko kesehatan yang serius.

(e) Tidak ada efek samping dalam jangka panjang.

(f) Tidak ada perubahan dalam fungsi seksual

2) Vasektomi (Saifuddin, 2010; h. 18 mk 81-mk 86).

a) Pengertian

Vasektomi (Metode Operasi Pria/MOP) adalah prosedur klinik untuk menghentikan kapasitas reproduksi pria dengan cara mengoklusi vasadeferenia sehingga alur transportasi sperma terhambat dan proses fertilisasi (penyatuan dengan ovum) tidak terjadi

b) Jenis

(1) Insisi

(2) Vasektomi Tanpa Pisau (VTP)

c) Waktu

Bisa dilakukan kapan saja

d) Keuntungan

(1) Efektivitas tinggi 99,6-99,8%

(2) Sangat aman, tidak ditemukan efek samping jangka panjang.

(3) Morbiditas dan mortalitas jarang

- (4) Hanya sekali aplikasi dan efektif dalam jangka panjang
- (5) Tinggi tingkat rasio efisiensi biaya dan lamanya penggunaan kontrasepsi

e) Keterbatasan

- (1) Tidak efektif segera, WHO menyarankan kontrasepsi tambahan selama 3 bulan setelah prosedur (kurang lebih 20 kali ejakulasi)
- (2) Teknik tanpa pisau merupakan pilihan mengurangi perdarahan dan nyeri dibandingkan teknik insisi. (Saiffudin, dkk, 2010 ; h. 18 mk 81 – mk 86)

3) Hormonal

a) Hormon progestin

Hormon progestin adalah metode kontrasepsi dengan menggunakan progestin, yaitu bahan tiruan dari progesterone

(1) Pil

(a) Keuntungan

- (i) Efektif jika diminum setiap hari di waktu yang sama (0,05-5 kehamilan / 100 perempuan dalam 1 tahun pertama).
- (ii) Tidak diperlukan pemeriksaan panggul.
- (iii) Tidak mempengaruhi ASI
- (iv) Tidak mengganggu hubungan seksual
- (v) Kembalinya fertilitas segera jika pemakaian dihentikan.
- (vi) Mudah digunakan dan nyaman
- (vii) Efek samping kecil

(b) Keterbatasan

- (i) Harus digunakan setiap hari dan pada waktu yang sama
- (ii) Bila lupa satu pil saja, kegagalan menjadi lebih besar

(iii) Risiko kehamilan ektopik, tetapi risiko ini lebih rendah jika dibandingkan dengan perempuan yang tidak menggunakan minipil

(iv) Efektifitas menjadi rendah bila digunakan bersamaan dengan obat tuberkulosis atau obat epilepsi

(v) Tidak mencegah IMS

(2) Injeksi / Suntikan

(a) Keuntungan

(i) Sangat efektif (0,3 kehamilan per 100 perempuan dalam 1 tahun pertama)

(ii) Pencegahan kehamilan jangka panjang

(iii) Tidak berpengaruh pada hubungan suami isteri

(iv) Tidak mengandung estrogen sehingga tidak berdampak serius terhadap penyakit jantung dan gangguan pembekuan darah

(v) Tidak mempengaruhi ASI

(vi) Sedikit efek samping

(vii) Dapat digunakan oleh perempuan usia > 35 tahun sampai perimenopause

(viii) Membantu mencegah kanker endometrium dan kehamilan ektopik

(ix) Menurunkan kejadian penyakit jinak payudara

(x) Mencegah beberapa penyebab penyakit radang panggul

(xi) Menurunkan krisis anemia bulan sabit (sickle cell)

(b) Keterbatasan

(i) Klien sangat tergantung pada tempat sarana pelayanan kesehatan (harus kembali sesuai jadwal suntikan)

- (ii) Tidak dapat dihentikan sewaktu-waktu sebelum suntikan berikut
- (iii) Tidak mencegah IMS
- (iv) Terlambatnya kembalinya kesuburan setelah penghentian pemakaian

(3) Implan

Implan adalah alat kontrasepsi bawah kulit yang mengandung progestin yang dibungkus dalam kapsul silastik silikon polidimetri (Saifuddin, 2014;h.mk 53-mk 55).

(a) Keuntungan implant

- i. Sangat efektif (kegagalan 0,2-1,0 kehamilan per 100 perempuan).
- ii. Daya guna tinggi.
- iii. Perlindungan jangka panjang (sampai 5 tahun).
- iv. Pengembalian tingkat kesuburan yang cepat setelah pencabutan.
- v. Tidak memerlukan pemeriksaan dalam.
- vi. Bebas dari pengaruh estrogen.
- vii. Tidak mengganggu kegiatan senggama.
- viii. Tidak mengganggu ASI

6. Perencanaan keluarga dan penapisan klien

a. Perencanaan keluarga

- 1) Seorang perempuan sudah melahirkan, setelah ia mendapat haid yang pertama (menarche)
- 2) Kesuburan seorang perempuan akan terus berlangsung sampai mati haid (menopause).
- 3) Kehamilan dan kelahiran terbaik, artinya resiko paling rendah untuk ibu dan anak antara 20-35 tahun.
- 4) Persalihan pertama dan kedua paling rendah resikonya.
- 5) Jarak antara dua kelahiran sebaiknya 2-4 tahun

Dari faktor-faktor tersebut diatas bisa melakukan perencanaan keluarga sebagai berikut :

- 1) Fase menunda kehamilan
- 2) Fase menjarangkan kehamilan 2-4 tahun
- 3) Fase tidak hamil lagi

Pemilihan kontrasepsi yang rasional

- 1) Fase menunda kehamilan, KB yang bisa digunakan : Pil, IUD, Sederhana, Implan, Suntik
- 2) Fase menjarangkan kehamilan 2-4 tahun, kb yang bisa digunakan : IUD, Suntik, Minipil, Pil, Implan, Sederhana
- 3) Fase tidak hamil lagi, kb yang bisa digunakan : Steril, IUD, Implan, Suntik, Sederhana, Pil

7. Penapisan klien

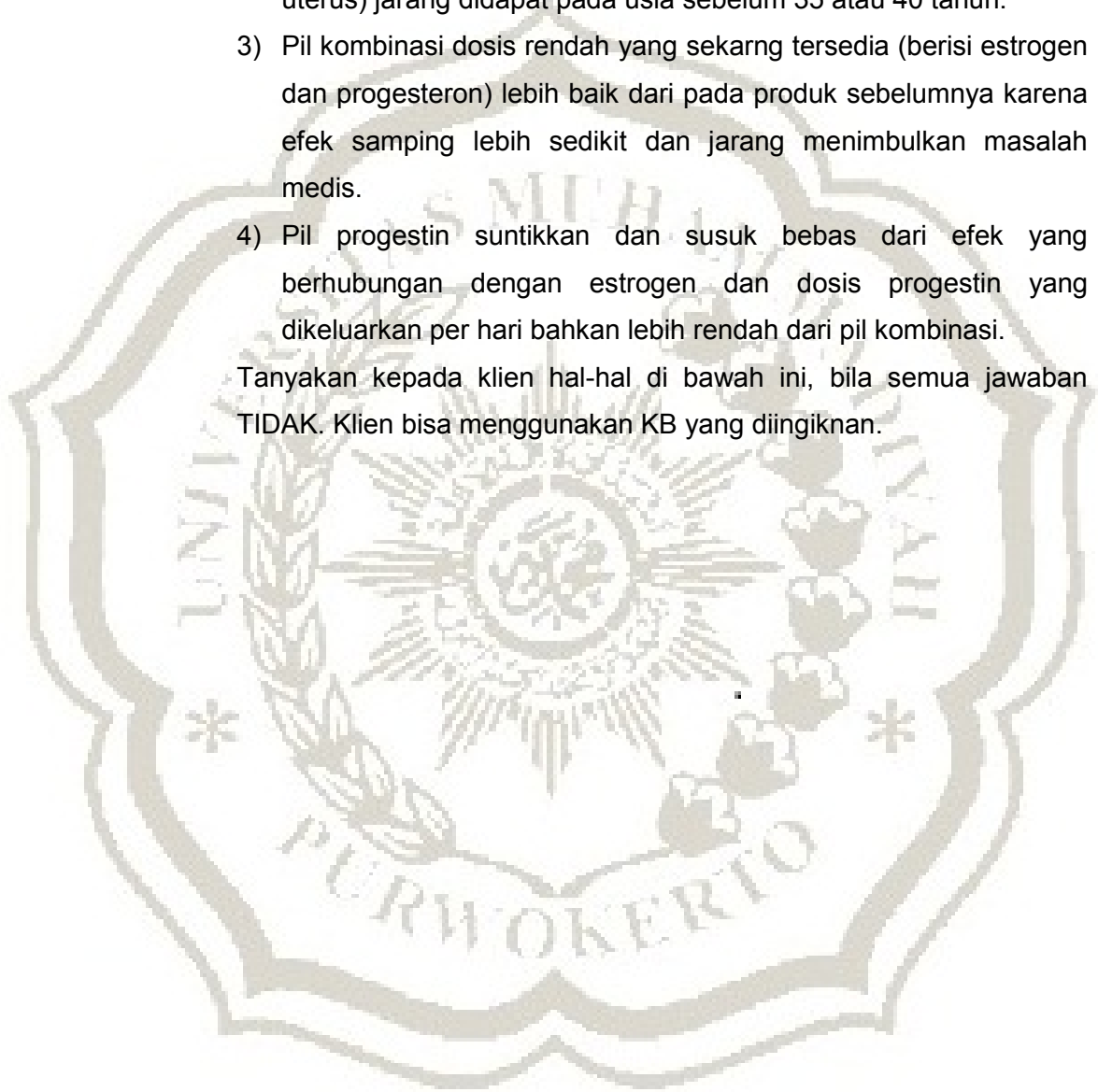
Tujuan utama penapisan klien sebelum pemberian satu metode kontrasepsi (misalnya : Pil, suntik atau AKDR) berfungsi untuk menentukan apakah ada :

- a. Kahamilan
- b. Keadaan yang membutuhkan perhatian khusus
- c. Masalah (misalnya : diabetes atau tekanan darah tinggi) yang membutuhkan pengamatan dan pengelolaan lebih lanjut. Untuk sebagian besar klien, keadaan ini bisa diselesaikan dengan caraanamnesis terarah, sehingga masalah utama dapat dikenali atau kemungkinan hamil dapat disingkirkan. Sebagian besar cara kontrasepsi bisa digunakan kecuali AKDR dan kontrasepsi mantap tidak membutuhkan pemeriksaan fisik dan pengukuran panggul. Pemeriksaan laboratorium untuk klien keluarga kerencana atau klien baru umumnya tidak diperlukan karena :

- 1) Sebagian besar klien keluarga berencana berusia muda 16-35 tahun dan umumnya sehat

- 2) Pada wanita masalah kesehatan reproduksi membutuhkan perhatian (misalnya : kanker genetalia dan payudara, fibroma uterus) jarang didapat pada usia sebelum 35 atau 40 tahun.
- 3) Pil kombinasi dosis rendah yang sekarang tersedia (berisi estrogen dan progesteron) lebih baik dari pada produk sebelumnya karena efek samping lebih sedikit dan jarang menimbulkan masalah medis.
- 4) Pil progestin suntikkan dan susuk bebas dari efek yang berhubungan dengan estrogen dan dosis progestin yang dikeluarkan per hari bahkan lebih rendah dari pil kombinasi.

Tanyakan kepada klien hal-hal di bawah ini, bila semua jawaban TIDAK. Klien bisa menggunakan KB yang diinginkan.



Daftar tilik penapisan klien metode nonoperatif

Metode hormonal (pil kombinasi, progestin, suntikksn dan susuk)	YA	TIDAK
Apakah hari pertama haid terakhir 7 hari yang lalu atau lebih		
Apakah klien menyusui dan kurang dari 6 minggu pascapersalinan		
Apakah mengalami bercak antara haid sesudah senggama atau perdarahan		
Apakah pernah ikterus pada kulit atau mata		
Apakah pernah nyeri kepala hebat atau gangguan visual		
Apakah pernah nyeri hebat pada betis, pada atau dada, tungkai bengkak		
Apakah pernah mengalami tekanan darah diatas 160/90 mmHg		
Apakah ada masa atau benjolan pada payudara		
Apakah anda sedang minum obat-obatan anti kejang		
AKDR (semua pelepas tembaga dan progestin)		
Apakah hari pertama haid terakhir 7 hari yang lalu		
Apakah klien mempunyai pasangan seks yang lain		
Apakah pernah mengalami penyakit IMS		
Apakah pernah mangalami penyakit radang panggul atau kehamilan ektopik		
Apakah pernah mengalami haid banyak (lebih dari 1-2 pembalut setiap 4 jam)		
Apakah pernah mengalami hiad lama lebih dari 8 hari		
Apakah pernah mengalami disminorhea yang membutuhkan analgetika		
Apakah pernah mengalami perdarahan atau bercak antara haid atau setelah senggama		
Apakah pernah mengalami penyakit jantung		

- a) Apabila klien menyusui dan kurang dari 6 minggu pascapersalinan maka pil kombinasi adalah metode pilihan terahir.
- b) Tidak cocok untuk pil progestin (minipil), suntikan (DMPA atau NET-EN) atau susuk.
- c) Tidak cocok untuk suntikkan progestin (DMPA atau NET-EN)

Daftar tilik penapisan klien metode operatif (tuberkoloni).

Keadaan klien	Dapat dilakukan pada fasilitas rawat jalan	Dilakukan pada fasilitas rujukan
Keadaan umum (anamnesis dan pemeriksaan fisik)	Keadaan umum baik, tidak ada tanda-tanda penyakit jantung, paru atau ginjal	Diabetes tidak terkontrol, riwayat pembekuan darah, ada tanda-tanda penyakit jantung, paru atau ginjal
Keadaan emosional	Tenang	Cemas, takut
Tekanan darah	<160/100 mmHg	≥ 160/100 mmHg
Berat badan	35-85 g	> 85 kg ; < 35 kg
Riwayat operasi abdomen / panggul	Bekas seksio sesarea (tanpa perlekatan)	Operasi abdomen lainnya, perlekatan atau terdapat kelainan pada pemeriksaan panggul
Riwayat radang panggul, hamil ektopik, apendisitas	Pemeriksaan dalam normal	Pemeriksaan dalam ada kelainan
Anemia	Hb ≥ 8 gr %	Hb < 8 g %

Daftar tilik penapisan klien metode operasi (vasektomi)

Keadaan klien	Dapat dilakukan pada fasilitas rawat jalan	Dilakukan pada fasilitas rujukan
Keadaan umum (anamnesis dan pemeriksaan fisik)	Keadaan umum baik, tidak ada tanda-tanda penyakit jantung,paru,atau ginjal	Diabetes tidak terkontrol,riwayat pembekuan darah,ada tanda-tanda penyakit jantung,paru atau ginjal
Keadaan emosional	Tenang	Cemas, takut
Tekanan darah	<160/100 mmHg	≥ 160/100 mmHg
Infeksi atau kelainan skrotum / inguinal	Normal	Tanda-tanda infeksi atau ada kelainan
Anemia	Hb ≥ 8 gr %	Hb < 8 g %

Bagaimana meyakini bahwa klien tidak hamil

Klien tidak hamil apabila :

- Tidak senggama sejak haid terakhir
- Sedang memakai metode efektif secara baik dan benar
- Hari ke-7 pertama haid terakhir
- 4 minggu pasca persalinan
- 7 hari pasca keguguran
- Menyusui dan tidak haid

Amenorea laktasi sebagai andalan cara kontrasepsi

Metode amenorea laktasi (MAL) sangat efektif untuk mencegah kehamilan (pencegahan 98% jika dilaksanakan secara benar pada 6 bulan pertama pascapersalinan. Untuk klien yang akan memakai kontrasepsi jangka panjang (suntik, norplant, atau AKDR) dan sudah lebih 6 bulan pascapersalinan disarankan untuk melakukan pemeriksaan untuk menyingkirkan kehamilan.

F. KONSEP HUKUM

Sesuai dengan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor : 369/Menkes/SK/III/2007 tentang standar profesi bidan, salah satu komponen didalamnya berisi mengenai standar kompetensi bidan di Indonesia, sebagai acuan untuk melakukan asuhan kepada individu, keluarga dan masyarakat.

Jenis-jenis kompetensi bidan :

1. Standar kompetensi 1 : bidan mempunyai persyaratan pengetahuan dan ketrampilan dari ilmu-ilmu social, kesehatan masyarakat dan kode etik yang membentuk dasar dari asuhan yang bermutu tinggi sesuai dengan budaya, untuk wanita, bayi baru lahir dan keluarganya.
2. Pra konsepsi, KB dan Ginekologi
Bidan memberikan asuhan yang bermutu tinggi, pendidikan kesehatan yang tanggap terhadap budaya dan pelayanan menyeluruh di masyarakat dalam rangka meningkatkan kehidupan keluarga yang sehat, perencanaan kehamilan dan kesiapan menjadi orangtua.
3. Asuhan dan konseling selama kehamilan
Bidan memberi asuhan antenatal bermutu tinggi untuk mengoptimalkan kesehatan selama kehamilan yang meliputi : deteksi dini, pengobatan atau rujukan dari komplikasi tertentu.
4. Asuhan selama persalinan dan kelahiran
Bidan memberikan asuhan yang bermutu tinggi, tanggap terhadap kebudayaan setempat selama persalinan, memimpin selama persalinan yang bersih dan aman, menangani situasi kegawatdaruratan tertentu untuk mengoptimalkan kesehatan wanita dan bayinya yang baru lahir.
5. Asuhan pada ibu nifas dan menyusui
Bidan memberikan asuhan pada ibu nifas dan menyusui yang bermutu tinggi dan tanggap terhadap budaya setempat.
6. Asuhan pada bayi dan balita
Bidan memberikan asuhan yang bermutu tinggi, komprehensif pada bayi dan balita sehat (1 bulan-5 tahun).

7. Kebidanan komunitas

Bidan memberikan asuhan yang bermutu tinggi dan komprehensif pada keluarga, kelompok dan masyarakat sesuai dengan budaya setempat

8. Gangguan system reproduksi dan menopause

Melaksanakan asuhan kebidanan pada wanita/ibu dengan gangguan sistem reproduksi.

G. Standar Praktik Kebidanan

Menurut Tresnawati. F (2013; hal. 42), standar adalah ukuran atau parameter yang digunakan sebagai dasar untuk menilai tingkat kualitas yang telah disepakati dan mampu dicapai dengan ukuran yang telah ditetapkan. Standar praktik kebidanan dibuat dan disusun oleh organisasi profesi bidan (PP IBI) berdasarkan kompetensi inti bidan, dimana kompetensi ini lahir sebagai bukti bahwa bidan telah menguasai pengetahuan, ketrampilan dan sikap minimal yang harus dimiliki bidan sebagai hasil belajar dalam pendidikan. Berikut ini adalah standar praktik kebidanan yang ditetapkan oleh Pimpinan Pusat Ikatan Bidan Indonesia (IBI).

A. Standar I : Metode asuhan

Asuhan kebidanan dilaksanakan dengan metode manajemen kebidanan dengan langkah : pengumpulan data dan analisis data, penentuan diagnose perencanaan, pelaksanaan, evaluasi dan dokumentasi.

B. Standar II : Pengkajian

Pengumpulan data tentang status kesehatan klien dilakukan secara sistematis dan berkesinambungan. Data yang diperoleh dicatat dan dianalisis.

C. Standar III : Diagnosa Kebidanan

Diagnose kebidanan dirumuskan berdasarkan analisis data yang telah dikumpulkan.

D. Standar IV : Rencanan Asuhan

Rencana asuhan dibuat berdasarkan diagnose kebidanan

E. Standar V : Tindakan

Tindakan kebidanan dilaksanakan berdasarkan keadaan klien : tindakan kebidanan dilanjutkan dengan evaluasi keadaan klien.

F. Standar VI : Partisipasi Klien

Tindakan kebidanan dilaksanakan bersama-sama/partisipasi klien dalam rangka peningkatan pemeliharaan dan pemulihan kesehatan.

G. Standar VII : Pengawasan

Monitoring/pengawasan terhadap klien dilaksanakan secara terus menerus dengan tujuan untuk mengetahui perkembangan klien.

H. Standar VIII : Evaluasi

Evaluasi asuhan kebidanan dilaksanakan terus menerus seiring dengan tindakan kebidanan yang dilaksanakan dan evaluasi dari rencana yang telah dirumuskan.

I. Standar IX : Dokumentasi

Asuhan kebidanan didokumentasikan sesuai dengan standar dokumentasi asuhan kebidanan yang diberikan.

**PERATURAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
NOMOR HK. 02. 02/MENKES/149/2010 TENTANG IZIN DAN
PENYELENGGARA PRAKTIK BIDAN**

Pasal 1

1. Dalam peraturan menteri ini yang dimaksud dengan bidan adalah seorang perempuan yang lulus dari pendidikan bidan yang telah teregistrasi sesuai dengan peraturan perundang undangan
2. Fasilitas pelayannya kesehatan adalah tempat yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya kesehatan promotif, preventif, kuratif dan rehabilitative
3. Surat izin praktek bidan yang selanjutnya disingkat SIPB adalah bukti tertulis yang diberikan kepada bidan yang sudah memenuhi persyaratan untuk menjalankan praktek kebidanan

4. Standar adalah pedoman yang harus dipergunakan sesuai petunjuk dalam menjalankan profesi yang meliputi standar pelayanan, standar profesi dan standar operasional prosedur.
5. Surat tanda registrasi yang selanjutnya disingkat STR adalah bukti tertulis yang diberikan oleh pemerintah kepada tenaga kesehatan yang memiliki sertifikat kompetensi sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan
6. Obat bebas adalah obat yang berlogo bulatan berwarna hijau yang dapat diperoleh tanpa resep dokter
7. Obat bebas terbatas adalah obat yang berlogo bulatan berwarna biru yang dapat diperoleh tanpa resep dokter
8. Organisasi profesi adalah Ikatan Bidan Indonesia

Pasal 2

1. Bidan dapat menjalankan praktek pada fasilitas pelayanan kesehatan
2. Fasilitas pelayanan kesehatan sebagaimana yang dimaksud dalam ayat (1) meliputi fasilitas pelayanan kesehatan diluar praktek mandiri dan atau praktek mandiri
3. Bidan yang menjalankan praktik mandiri sebagaimana dimaksud pada ayat (2) berpendidikan minimal Diploma III (DIII) kebidanan

Pasal 3

1. Setiap bidan yang menjalankan praktek wajib memiliki SIPB
2. Kewajiban memiliki SIPB dikecualikan bagi bidan yang menjalankan praktik pada fasilitas pelayanan kesehatan diluar praktik mandiri atau bidan yang menjalankan tugas pemerintah sebagai Bidan Desa

Pasal 4

1. SIPB sebagaimana dimaksud dalam pasal 2 ayat (1) dikeluarkan oleh Pemerintah Daerah Kabupaten / Kota
2. SIPB berlaku selama STR masih berlaku

Pasal 5

1. Untuk memperoleh SIPB sebagaimana dimaksudkan dalam pasal 4, bidan harus mengajukan permohonan kepada Pemerintah Daerah Kabupaten / Kota dengan melampirkan :
 - a. Fotokopi STR yang masih berlaku dan dilegalisir
 - b. Surat keterangan sehat fisik dari dokter yang memiliki Surat Izin Praktik
 - c. Surat pernyataan memiliki tempat praktik
 - d. Pasfoto berwarna terbaru ukuran 4 x 6 sebanyak 3 (tiga) lembar
 - e. Rekomendasi dari organisasi profesi
2. Surat permohonan memperoleh SIPB sebagaimana dimaksud pada ayat (1) sebagaimana tercantum dalam formulir I terlampir
3. SIPB sebagaimana dimaksudkan pada ayat (1) hanya diberikan untuk 1 (satu) tempat praktik
4. SIPB sebagaimana dimaksudkan pada ayat (3) sebagaimana tercantum dalam formulir II terlampir

Pasal 6

1. Bidan dalam menjalankan praktik mandiri harus memenuhi persyaratan meliputi tempat praktik dan peralatan untuk tindakan asuhan kebidanan
2. Ketentuan persyaratan sebagaimana dimaksudkan pada ayat (1) tercantum dalam lampiran peraturan ini
3. Dalam menjalankan praktek sebagaimana dimaksudkan pada ayat (1) bidan wajib memasang nama praktik kebidanan

Pasal 7

SIPB dinyatakan tidak berlaku karena :

- a. Tempat praktik tidak sesuai lagi dengan SIPB
- b. Masa berlakunya habis dan tidak diperpanjang
- c. Dicabut atas perintah pengadilan

- d. Dicabut atas rekomendasi organisasi profesi
- e. Yang bersangkutan meninggal dunia

Pasal 8

Bidan dalam menjalankan praktik berwenang untuk memberikan pelayanan meliputi :

- a. Pelayanan kebidanan
- b. Pelayanan reproduksi perempuan
- c. Pelayanan kesehatan masyarakat

Pasal 9

1. Pelayanan kebidanan sebagaimana dimaksud dalam pasal 8 huruf a ditunjukkan kepada ibu dan bayi.
2. Pelayanan kebidanan kepada ibu sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diberikan pada masa kehamilan, masa persalinan, masa nifas dan masa menyusui
3. Pelayanan kebidanan pada bayi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diberikan pada bayi baru lahir normal sampai usia 28 (dua puluh delapan) hari

Pasal 10

1. Pelayanan kebidanan kepada ibu sebagaimana dimaksudkan dalam pasal 9 ayat (2) meliputi :
 - a. Penyuluhan dan konseling
 - b. Pemeriksaan fisik
 - c. Pelayanan antenatal pada kehamilan
 - d. Pertolongan persalinan normal
 - e. Pelayanan ibu nifas normal
2. Pelayanan kebidanan kepada bayi sebagaimana dimaksud dalam pasal 9 ayat (3) meliputi :
 - a. Pemeriksaan bayi baru lahir

- b. Perawatan tali pusat
- c. Perawatan bayi
- d. Resusitasi pada bayi baru lahir
- e. Pemberian imunisasi bayi dalam rangka menjalankan tugas pemerintah
- f. Pemberian penyuluhan

Pasal 11

Bidan dalam memberikan pelayanan kebidanan sebagaimana dimaksud dalam pasal 8 huruf a berwenang untuk :

- a. Memberikan imunisasi dalam rangka menjalankan tugas pemerintah
- b. Bimbingan senam hamil
- c. Episiotomy
- d. Penjahitan luka episiotomy
- e. Kompresi bimanual dalam rangka kegawatdaruratan, dilanjutkan dengan perujukan
- f. Pencegahan anemia
- g. Inisiasi menyusui dini dan promosi air susu ibu eksklusif
- h. Resusitasi pada bayi baru lahir dengan asfiksia
- i. Penanganan hipotermi pada bayi baru lahir dan segera merujuk
- j. Pemberian minum dengan sonde/pipet
- k. Pemberian obat bebas, uterotonika untuk postpartum dan manajemen aktif kala III
- l. Pemberian surat keterangan kelahiran
- m. Pemberian surat keterangan hamil untuk keperluan cuti melahirkan.

Pasal 12

Bidan dalam memberikan pelayanan kesehatan reproduksi perempuan sebagaimana dimaksud dalam pasal 8 huruf b, berwenang untuk :

- a. Memberikan alat kontrasepsi oral, suntikan dan alat kontrasepsi dalam rahim dalam rangka menjalankan tugas pemerintah dan kondom
- b. Memasang alat kontrasepsi dalam Rahim difasilitas pelayanan kesehatan pemerintah dengan supervise dokter
- c. Memberikan penyuluhan/konseling pemilihan kontrasepsi
- d. Melakukan pencabutan alat kontrasepsi dalam Rahim difasilitas pelayanan kesehatan pemerintah
- e. Memberikan konseling dan tindakan pencegahan kepada perempuan pada masa pranikah dan prahamil.

Pasal 13

Bidan dalam memberikan pelayanan kesehatan masyarakat sebagaimana dimaksud dalam pasal 8 huruf c, berwenang untuk :

- a. Melakukan pembinaan peran serta masyarakat dibidang kesehatan ibu dan bayi
- b. Melaksanakan pelayanan kebidanan komunitas
- c. Melaksanakan deteksi dini, merujuk dan memberikan penyuluhan infeksi menular seksual (IMS), penyalahgunaan Narkotika Psikotropika dan Zat Adiktif lainnya (NAPZA) serta penyakit lainnya.

Pasal 14

1. Dalam keadaan darurat untuk penyelamatan nyawa seseorang/pasien dan tidak ada dokter ditempat kejadian, bidan dapat melakukan pelayanan kesehatan diluar kewenangan sebagaimana dimaksud pasal 8.

2. Bagi bidan yang menjalankan tugas pemerintah dapat melakukan pelayanan kesehatan diluar kewenangan sebagaimana dimaksud dalam pasal 8
3. Daerah yang tidak memiliki dokter sebagaimana dimaksud pada ayat (2) adalah kecamatan atau kelurahan/desa yang di tetapkan oleh kepala dinas kesehatan kabupaten/kota
4. Dalam hal daeah sebagaimana dimaksud pada ayat (3) tlaqh terdapat dokter, kewenangan bidan sebaigaimana dimaksud pada ayat (2) tidak berlaku.

Pasal 15

1. Pemerintah daerah menyelenggarakan pelatihan bagi bidan yang memberikan pelayanan didaerah yang tidak memiliki dokter
2. Pelatihan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diselenggarakan sesuai dengan modul, pelatihan yang ditetapkan oleh Menteri
3. Bidan yang lulus pelatihan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) memperoleh sertifikat.

Pasal 16

Pada daerah yang tidak memiliki dokter, pemerintah daerah hanya menempatkan bidan dengan pendidikan Diploma III atau bidan dengan Diploma I kebidanan yang telah mengikuti pelatihan.

Pasal 17

Bidan dalam menjalankan praktik harus membantu progam pemerintah dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat.

Pasal 18

1. Dalam menjalankan praktik, bidan berkewajiban untuk :
 - a. Menghormati hak pasien
 - b. Merujuk kasus yang tidak ditangani dengan tepat waktu
 - c. Menyimpan rahasia kedokteran sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan
 - d. Memberikan informasi tentang masalah kesehatan pasien dan pelayanan yang di butuhkan
 - e. Meminta persetujuan tindakan kebidanan yang telah dilakukan
 - f. Melakukan pencatatan asuhan kebidanan secara sistematis
 - g. Mematuhi satndar
 - h. Melakukan pelaporan penyelenggaraan praktik kebidanan termasuk pelaporan kelahiran dan kematian.
2. Bidan dalam menjalankan praktik senantiasa meningkatkan mutu pelayanan profesinya, dengan mengikuti perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi melalui pendidikan dan pelatihan sesuai dengan bidang tugasnya.

Pasal 19

Dalam melaksanakan praktik, bidan mempunyai hak :

- a. Memperoleh perlindungan hukum dalam melaksanakan praktik sepanjang sesuai dengan standar profesi dan standar pelayanan.
- b. Memperoleh informasi yang lengkap dan benar dari pasien dan/atau keluarganya
- c. Melaksanakan tugas sesuai dengan kewenangan, standar profesi dan standar pelayanan
- d. Menerima imbalan jasa profesi

Pasal 20

1. Pemerintah dan pemerintah daerah melakukan pembinaan dan pengawasn dan mengikutseratkan organisasi profesi
2. Pembinaan pengawasan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diarahkan untuk meningkatkan mutu pelayanan, keselamatan pasien dan melindungi masyarakat terhadap segala kemungkinan yang dapat menimbulkan bahaya bagi kesehatan.

Pasal 21

1. Dalam rangka melaksanakan pengawasn sebagaimana dimaksud dalam pasal 20, pemerintah dan pemerintah daerah dapat memberikan tindakan administrative kepada bidan yang melakukan penyelenggaraan praktik dalam peraturan ini
2. Tindakan administrative sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan melalui :
 - a. Teguran lisan
 - b. Teguran tertulis
 - c. Pencabutan SIPB untuk sementara paling lama 1 tahun
 - d. Pencabutan SIPB selamanya

Pasal 22

1. SIPB yang dimiliki bidan berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 900/Menkes/SK/VII/2002 tentang Registrasi dan Praktik Bidan masih tetap berlaku sampai masa SIPB berakhir
2. Pada saat peraturan ini mulai berlaku, SIPB yang sedang dalam proses perizinan, dilaksanakan sesuai ketentuan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 900/Menkes/SK/VII2002 tentang registrasi dan praktek bidan.

Pasal 23

Pada saat Peraturan Menteri ini berlaku, Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 900/Menkes/SK/VII/2002 tentang Registrasi dan Praktik Bidan sepanjang yang berkaitan dengan perizinan dicabut dan dinyatakan tidak berlaku.

Pasal 24

Peraturan ini mulai berlaku pada tanggal ditetapkan. Agar setiap orang mengetahuinya, memerintahkan pengundangan peraturan ini dengan penempatannya dalam berita Negara Republik Indonesia. (Tresnawati, dkk. 2013; hal. 46-53).

