

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Medis

1. KEHAMILAN

a. Pengertian

Menurut *Federasi Obstetri Ginekologi Internasional*, kehamilan di definisikan sebagai fertilisasi atau penyatuan dari spermastozoa dari ovum dan dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi. Bila dihitung dari saat fertilisasi hingga lahirnya bayi, kehamilan normal akan berlangsung dalam waktu 40 minggu atau 10 bulan lunar atau 9 bulan menurut kalender internasional. Kehamilan terbagi menjadi 3 trimester, dimana trimester pertama berlangsung 12 minggu, trimester kedua 15 minggu (minggu ke-13 hingga kw-27) dan trimester ketiga 13 minggu (minggu ke-28 hingga ke-40). (Prawirohardjo, 2012)

Kehamilan merupakan materantai yang berkesinambungan dan terdiri dari ovulasi, migrasi spermatozoa dan ovum, konsepsi dan pertumbuhan zigot, nidasi (implantasi) pada uterus, pembentukan plasenta dan tumbuh kembang, hasil konsepsi sampai aterm.(Manuaba, 2010)

b. Proses Kehamilan

1) Ovulasi

Adalah proses pelepasan ovum yang dipengaruhi oleh sistem hormonal yang kompleks dimana proses pertumbuhan ovum

dimulai dari epitel geminal, ogonium, folikel primer dan terjadilah proses pematangan pertama (Manuaba, 2010).

2) Spermatozoa

Pertumbuhan spermatozoa dipengaruhi oleh sistem hormonal yang kompleks dari panca indra, hipotalamus, hipofisis dan sel interstitial leydig sehingga dapat mengalami proses mitosis. Pada setiap hubungan seksual dikeluarkan sekitar 3 cc sperma yang mengandung 40 sampai 60 juta spermatozoa setiap cc. Bentuk spermatozoa seperti cebong yang terdiri atas kepala (lonjong sedikit gepeng yang mengandung inti), leher (penghubung antara kepala dan ekor), ekor (panjang sekitar 10 kali kepala, mengandung energy sehingga dapat bergerak) (Manuaba,2010).

3) Konsepsi

Pembuahan adalah suatu peristiwa penyatuan sel mani dengan sel telur di tuba uterine. Dalam pembuahan satu sperma yang telah mengalami proses kapasitasi yang dapat melintasi zona pelusida dan masuk ke vitelus ovum. Setelah itu zona pelusida mengalami perubahan sehingga tidak dapat dilalui oleh sperma lain (Mochtar, 2012). Setelah ovum matang maka siap dibuahi oleh sperma setelah 12 jam dan hidup selama 48 jam, sedangkan spermatozoa hidup selama tiga hari didalam genetalia interna (Manuaba,2010)

4) Proses Nidasi atau Implantasi

Nidasi adalah masuknya atau tertanamnya hasil konsepsi ke dalam endometrium (Mochtar, 2012). Setelah pertemuan kedua inti ovum dan spermatozoa, terbentuk zigot yang dalam beberapa jam telah mampu membelah dirinya menjadi dua dan seterusnya. Bebarengan dengan pembelahan inti, hasil konsepsi terus berjalan menuju uterus. Hasil pembelahan sel memenuhi seluruh ruangan dalam ovum yang besarnya 100 MU atau 0,1 mm dan disebut stadium morula. Selama pembelahan sel dibagian dalam, terjadi pembentukan sel di bagian luar morula yang kemungkinan berasal dari korona radiata yang menjadi sel trofoblas. Sel trofoblas dalam pertumbuhannya, mampu mengeluarkan hormone korionik gonadotropin, yang mempertahankan korpus luteum gravidarum (Manuaba, 2010).

5) Pembentukan Plasenta

Terjadinya nidasi mendorong sel blastula mengadakan diferensiasi. Sel yang dekat dengan ruangan ekosekum membentuk ectoderm dan ruangan amnion (Manuaba, 2010)

Ruang amnion inilah yang akan bertumbuh pesat mendesak ekosekum sehingga dinding ruang amnion mendekati korion. Mesoblas diantara ruang amnion dan mudigah menjadi padat yang disebut dengan body stalk dan nantinya akan menjadi tali pusat. Pada tali pusat ini terdapat jaringan lemak yang berfungsi untuk melindungi pembuluh darah, 2 arteri umbilikus

dan 1 vena umbilikus. Kedua arteri dan satu vena ini berfungsi untuk menghubungkan sistem kardiovaskuler janin dengan plasenta. Sistem kardiovaskuler akan terbentuk kira-kira pada kehamilan minggu ke-10 (Mochtar, 2012)

c. Tanda – Tanda Kehamilan

Menurut Rustam Mochtar (2012) tanda – tanda kehamilan adalah sebagai berikut :

1) Tanda – Tanda Presumtif

a) Amenorea (tidak mendapat haid)

Wanita harus mengetahui tanggal hari pertama haid terakhir (HPHT) supaya dapat ditaksir umur kehamilan dan taksiran tanggal persalinan (TTP), yang dihitung menggunakan rumus dari naegele.

b) Mual dan Muntah (*Nausea dan Vomiting*)

Biasanya terjadi pada bulan-bulan pertama kehamilan hingga akhir triwulan pertama. Karena sering terjadi pada pagi hari, di sebut *morning sickness* (sakit pagi). Apabila timbul mual dan muntah berlebihan karena kehamilan, disebut hiperemesis gravidarum.

c) Mengidam (ingin makan khusus)

Ibu hamil sering meminta makanan atau minuman tertentu terutama pada bulan-bulan triwulan pertama. Mereka juga tidak tahan suatu bau-bauan.

d) Pingsan

Jika berada pada tempat - tempat ramai yang sesak dan padat, seorang wanita yang sedang hamil dapat pingsan.

e) Tidak ada selera makan (*Anoreksia*)

Hanya berlangsung pada triwulan pertama kehamilan, kemudian nafsu makan timbul kembali.

f) Payudara membesar, tegang dan sedikit nyeri

Disebabkan pengaruh estrogen dan progesteron yang merangsang duktus dan alveoli payudara. Kelenjar montgomery terlihat lebih membesar.

g) Sering Miksi

Dikarenakan kandung kosong tertekan oleh rahim yang membesar. Gejala itu akan hilang pada triwulan kedua kehamilan. Pada akhir kehamilan, gejala tersebut muncul kembali karena kandung kemih ditekan oleh kepala janin.

h) Konstipasi/ Obstipasi

Disebabkan karena tonus otot-otot usus menurun oleh pengaruh hormon steroid.

i) Pigmentasi kulit

Hal ini terjadi karena pengaruh hormon kortikosteroid plasenta, dijumpai dimuka (*chloasma gravidarum*), areola payudara. Leher dan dinding perut (*linea nigra = grisea*).

j) Pemeriksaan vena – vena (varices)

Dapat terjadi pada kaki, betis, dan vulva, biasanya dijumpai pada triwulan akhir.

2) Tanda – Tanda Kemungkinan Hamil

a) Perut membesar

b) Uterus membesar

Ini terjadi karena perubahan dalam bentuk, besar, dan konsistensi rahim

c) Tanda *Hegar*

Tanda ini ditemukan di servik dan isthmus uteri yang lunak pada pemeriksaan bimanual saat usia kehamilan 4 sampai 6 minggu.

d) Tanda *Chadwick*

Perubahan warna menjadi kebiruan yang terlihat di porsio vagina dan labia. Tanda tersebut timbul akibat pelebaran vena karena peningkatan kadar estrogen.

e) Tanda *Piskacek*

Pembesaran dan pelunakan rahim ke salah satu sisi rahim yang berdekatan dengan tuba uterina. Biasanya tanda ini ditemukan di usia kehamilan 7-8 minggu.

f) *Braxton Hicks*

Kontraksi – kontraksi kecil uterus jika dirangsang.

g) Teraba Ballotement

3) Tanda pasti (tanda positif)

a) Gerakan janin yang dapat dilihat atau dirasa atau diraba, juga bagian – bagian janin.

b) Denyut jantung janin :

(1) Didengar dengan stetoskop-monoaural laennec

(2) Dicatat dan di dengar dengan alat doppler

(3) Dicatat dengan feto-elektrokardiogram

(4) Dilihat dari ultrasonografi

c) Terlihat tulang-tulang janin dalam foto rontgen.

d. Perubahan Fisiologi Wanita Hamil

1) Perubahan Pada Sistem Reproduksi

(a) Uterus

Ukuran : Untuk ukuran akomodasi pertumbuhan janin, rahim membesar akibat hipertrofi dan hiperplasia otot polos rahim, serabut – serabut kolegenya menjadi higroskopik, endometrium menjadi desidua. Ukuran pada kehamilan cukup bulan 30 x 25 x 20 cm dengan kapasitas lebih dari 4000 cc.

Berat : Berat uterus naik secara luar biasa, dari 30 gram menjadi 1000 gram pada akhir kehamilan (40 pekan).

Bentuk dan Konsistensi : Pada bulan – bulan pertama kehamilan, bentuk rahim seperti buah alpukat, pada kehamilan 4 bulan, rahim berbentuk bulat, dan pada akhir kehamilan seperti bujur telur. Rahim yang tidak hamil kira-

kira sebesar telur ayam, pada kehamilan 2 bulan sebesar telur bebek, dan pada kehamilan 3 bulan sebesar telur angsa. Pada minggu pertama, isthmus rahim mengadakan hipertrofi dan bertambah panjang sehingga jika diraba terasa lebih lunak, disebut tanda hegar. Pada kehamilan 5 bulan, rahim teraba seperti berisi cairan ketuban, dinding rahim terasa tipis, karena itu bagian-bagian janin dapat diraba melalui dinding perut dan dinding rahim. (Rustam mochtar, 2012 ; hal 29).

(b) Ovarium

Dengan terjadinya kehamilan, indung telur yang mengandung korpus luteum gravidarum akan meneruskan fungsinya sampai terbentuknya plasenta yang sempurna pada usia 16 minggu. Kejadian ini tidak dapat lepas dari kemampuan vili korealis yang mengeluarkan hormon korionik gonadotropin yang mirip dengan hormon luteotropik hipofisis anterior. (Manuaba, 2010 ; hal 92).

(c) Vagina

Vagina dan vulva mengalami peningkatan pembuluh darah karena pengaruh estrogen sehingga tampak makin berwarna merah dan kebiru-biruan (tanda Chadwicks). (Manuaba, 2010)

(d) Dinding Perut

Pembesaran rahim menimbulkan peregangan dan menyebabkan robeknya serabut elastik di bawah kulit sehingga timbul striae gravidarum. Jika terjadi peregangan yang hebat, misalnya pada hidramnion dan kehamilan ganda, dapat terjadi diastasia rekti, bahkan hernia. Kulit perut pada linea alba bertambah pigmentasinya dan disebut linea nigra. (Rustam Mochtar, 2012 ; hal 30)

e. Perubahan Psikologis dalam Kehamilan

Secara umum, semua emosi yang dirasakan oleh wanita hamil cukup labil. Seorang wanita hamil sangat sensitif dan cenderung beraksi berlebihan. Mereka sangat takut akan kematian baik pada dirinya sendiri maupun pada bayinya. Cemas akan hal-hal yang tidak dipahami karena mereka merasa tidak dapat mengendalikan tubuhnya dan kehidupan yang mereka jalani sedang berada dalam suatu proses yang tidak dapat berubah kembali. Hal ini membuat sebagian besar wanita menjadi tergantung, dan selebihnya menjadi menuntut. Selama kehamilan berlangsung, terdapat rangkaian proses psikologis khusus yang jelas, terkadang berkaitan erat dengan perubahan biologis yang sedang terjadi (Varney, 2007; hal 501).

1) Trimester Pertama

Sering disebut sebagai periode penyesuaian. Penyesuaian yang dilakukan seorang wanita terhadap kenyataan bahwa ia

sedang mengandung. Fokus wanita adalah pada dirinya sendiri. Tanggung jawab yang baru atau tambahan tanggungannya, kecemasan yang berhubungan dengan kemampuannya untuk menjadi seorang ibu.

2) Trimester Kedua

Dikenal sebagai periode kesehatan yang baik yakni ketika wanita merasa nyaman dan bebas dari segala ketidaknyamanan yang normal dialami saat hamil. Lebih banyak bersosialisasi dengan wanita hamil lainnya, aktivitasnya berfokus pada kehamilan, mulai belajar cara merawat anak, mempersiapkan peran baru, mengalami kemajuan dalam hubungan seksual, telah mengalami perubahan dari seseorang yang menuntut menjadi seorang yang mencari kasih sayang dan faktor ini turut mempengaruhi peningkatan libido (Varney, 2007; hal:503)

3) Trimester Ketiga

Disebut periode penantian dengan penuh kewaspadaan. Pada periode ini wanita mulai menyadari kehadiran bayi sebagai makhluk yang terpisah sehingga wanita menjadi tidak sabar menanti kehadiran sang bayi. Perhatian utama wanita hanya berfokus pada bayi yang akan segera dilahirkan. Wanita kembali merasakan ketidaknyamanan fisik menjelang akhir kehamilan (Varney, 2007).

f. Ketidaknyamanan Pada Kehamilan

Menurut (Varney,2007) ketidaknyamanan umum selama kehamilan yaitu :

1) Trimester Pertama

a) Nausea

Dengan atau tanpa disertai muntah-munta, Nausea lebih kerap terjadi pada saat perut kosong sehingga biasanya lebih kerap terjadi dipagi hari. Penyebab morning sickness masih belum diketahui dengan pasti, tetapi sejumlah ide telah dikembangkan. Ide ini mencakup perubahan hormone selama kehamilan. Kadar gula darah yang rendah disebabkan oleh tidak makan sehingga mengakibatkan siklus yang tidak berujung pangkal. Lambung yang terlalu penuh paristaltik yang lambat dan factor emosi lainnya.

b) Ptialisme

Merupakan kondisi yang tidak lazim, yang dapat disebabkan oleh peningkatan keasaman didalam mulut atau peningkatan asupan zat peti yang menstimulasi kelenjar saliva pada wanita yang rentan mengalami sekresi berlebihan.

c) Keletihan

Salah satu dugaan wanita bahwa keletihan diakibatkan oleh penurunan dratis laju metabolisme dasar awal

kehamilan, tetapi hal tersebut masih belum jelas dugaan lain yaitu bahwa peningkatan progesterone memiliki efek sehingga menyebabkan tidur.

d) Nyeri Punggung bagian atas

Nyeri punggung bagian atas terjadi selama trimester pertama akibat peningkatan ukuran payudara yang membuat payudara semakin membesar dan terasa berat.

e) Leukoria

Leukoria adalah sekresi vagina dalam jumlah besar dengan konsistensi kental atau cair yang dimulai pada trimester pertama.

f) Peningkatan Frekuensi Berkemih

Frekuensi berkemih selama trimester pertama terjadi akibat peningkatan berat pada fundus uterus. Peningkatan berat pada fundus uterus ini membuat istmus menjadi lunak (tanda hegar) menyebabkan antefleksi pada uterus yang membesar.

2) Trimester kedua

a) Nyeri ulu hati yaitu ketidaknyamanan yang mulai timbul menjelang akhir trimester ke 2 dan bertahan pada trimester 3

b) Konstipasi

Konstipasi diduga terjadi akibat penurunan peristaltik yang disebabkan relaksasi otot polos pada usus besar ketika terjadi peningkatan jumlah progesteron.

c) Hemoroid

Hemoroid sering didahului oleh konstipasi. Oleh karena itu, semua penyebab konstipasi berpotensi menyebabkan hemoroid.

d) Varises

Varises vena lebih mudah muncul pada wanita yang memiliki kecenderungan tersebut dalam keluarga atau juga memiliki faktor predisposisi kongenital.

3) Trimester Ketiga

a) Nokturia

Peningkatan frekuensi berkemih pada trimester ketiga

b) Insomnia

Penyebab seperti kekhawatiran, kecemasan, terlalu gembira menyambut suatu acara untuk keesokan harinya.

c) Kram Tungkai

Kram tungkai diperkirakan disebabkan oleh gangguan asupan kalsium yang tidak adekuat atau ketidaksinambungan risiko kalsium dan fosfor dalam tubuh.

g. Komplikasi Kehamilan

1) Abortus (Keguguran)

Abortus adalah ancaman atau pengeluaran hasil konsepsi sebelum janin dapat diluar kandungan (Prawirohardjo, 2010).

Aborsi adalah suatu usaha mengakiri kehamilan dengan mengeluarkan hasil pembuahan secara paksa sebelum janin mampu bertahan hidup, jika dilahirkan (Varney, 2007).

Jenis –jenis abortus menurut prawirohardjo (2010), yaitu :

a) Abortus Iminens

Merupakan abortus tingkat permulaan dan merupakan ancaman terjadinya abortus, ditandai perdarahan pervaginam, ostium uteri masih tertutup dan hasil konsepsi masih baik dalam kandungan.

b) Abortus Insipiens

Merupakan abortus yang sedang megancam yang ditandai serviks telah mendatar dan astium uteri telah membuka, akan tetapi hasil konsepsi masih dalam kavum uteri dan dalam proses pengeluaran.

c) Abortus Kompletus

Merupakan abortus yang seluruh hasil konsepsi telah keluar dari kavum uteri pada kehamilan kurang dari 20 minggu atau berat janin kurang dari 500 gram.

d) Abortus Inkompletus

Merupakan abortus yang sebagian hasil konsepsi telah keluar dari kavum yang tertinggal.

e) Missed Abortus

Merupakan abortus yang ditandai dengan embrio atau fetus telah meninggal dalam kandungan sebelum kehamilan 20 minggu dan hasil konsepsi seluruhnya masih tertahan dalam kandungan.

f) Abortus Habitualis

Merupakan abortus spontan yang terjadi 3 kali atau lebih berturut-turut.

2) Kehamilan Ektopik

Kehamilan ektopik merupakan suatu kehamilan yang pertumbuhannya sel telur yang telah dibuahi tidak menempel pada dinding endometrium kavum uteri (Prawirohardjo, 2010).

3) Anemia pada Kehamilan

a) Definisi

Anemia pada kehamilan adalah anemia karena kekurangan zat besi. Anemia kehamilan disebut “potential danger mother and child” (potensi membahayakan ibu dan anak), karena itulah anemia memerlukan perhatian serius dari semua pihak yang terkait dalam pelayanan kesehatan. Menurut WHO dikatakan anemia apabila Hb kurang dari 11g/dl (Manuaba, 2010).

b) Kebutuhan zat besi pada wanita hamil (Manuaba,2010)

Pada kehamilan relatif terjadi anemia karena darah ibu hamil mengalami hemodilusi (pengenceran) dengan peningkatan volume 30% samapi 40% yang puncaknya pada kehamilan 32 sampai 34 minggu.

Sebagai gambaran berapa banyak kebutuhan zat besi pada setiap kehamilan perhatikan bagan berikut :

Meningkatkan sel darah ibu	500 mg Fe
Terdapat dalam plasenta	300 mg Fe
Untuk darah janin	100 mg Fe
Jumlah	900mg Fe

c) Diagnosis Anemia pada Kehamilan

Untuk menegakan diagnosis anemia kehamilan dapat dilakukan dengan anamnesa. Pada anamnesa akan didapatkan keluhan cepat lelah, sering pusing, mata berkunang-kunang, dan keluhan mual muntah hebat pada hamil muda.

Pemeriksaan dan pengawasan Hb dilakukan dengan alat sahli yang dilakukan minimal dua kali selama kehamilan yaitu pada trimester I dan trimester III.

Klasifikasi anemia (Manuaba, 2010), yaitu :

- (1) Tidak Anemia : Hb 11 g%
- (2) Anemia Ringan : Hb 9-10 g%
- (3) Anemia Sedang : Hb 7-8 g%

(4) Anemia Berat : Hb <7 g%

d) Pengaruh Anemia dalam Kehamilan dan Janin

(1) Bahaya Anemia pada Kehamilan

(a) Bahaya selama kehamilan : dapat terjadi abortus, persalinan prematuritas, IUGR, mudah terjadi infeksi, molahidatidosa, hiperemesis gravidarum, perdarahan antepartum, ketuban pecah dini (KPD).

(b) Bahaya saat Persalinan : gangguan his (kekuatan mengejan), kala1 dapat berlangsung lama, terjadi partus terlantar, kala 2 lama sehingga dapat melelahkan dan sering memerlukan tindakan operasi kebidanan, kala uri dapat diikuti retensio plasenta dan perdarahan post partum sekunder dan atonia uteri

(c) Pada kala nifas : terjadi subinvolusi uteri menimbulkan perdarahan post partum, memudahkan infeksi perineum, pengeluaran ASI berkurang, mudah terjadi infeksi mammae.

(2) Bahaya anemia pada janin

Anemia akan mengurangi kemampuan metabolisme tubuh sehingga mengganggu pertumbuhan dan perkembangan janin dalam rahim. Akibat anemia dapat terjadi gangguan dalam bentuk : abortus, kematian intrauterine, persalinan prematuritas tinggi, BBLR, kelahiran dengan anemia dapat terjadi cacat bawaan,

bayi mudah mendapat infeksi sampai kematian perinatal.

e) Pengobatan anemia dalam kehamilan

Untuk menghindari terjadinya anemia sebaiknya ibu hamil melakukan pemeriksaan sebelum hamil sehingga dapat diketahui data-data dasar kesehatan umum calon ibu tersebut. Dalam pemeriksaan laboratorium, pemerintah jugatelah menyediakanpreparat besi untuk dibagikan kepada masyarakat sampai ke posyandu (Manuaba,2010 h)

4) Perdarahan

Perdarahan pada kehamailan muda atau usia kehamilan dibawah 20 minggu,umumnya disebabkan oleh keguguran. Penyebab lainnya antara lain karena kelainan kromosom yang ditemui pada spermatozoa ataupun ovum, pembesaran uterus yang diatas normal (molahidatidosa), pembesaran uterus yang tidak sesuai (lebih kecil) dari usia kehamilan adanya massa adneksa (KET) (Prawirohardjo,2010)

Perdarahan kehamilan lanjut atau diatasusia 20 minggu pada umumnya disebabkan oleh plasentaprevia. Perdarahan yang terjadi sangat terkait dengan luasnya plasenta dan kondisi segmen bawah rahim yang menjadi tempat implantasi plasenta tersebut (Prawirohadjo,2010).

Jenis –jenis perdarahan antepartum (Manuaba, 2010) yaitu :

a) Plasenta Previa

Plasenta previa adalah plasenta dengan implantasi di sekitar segmen bawah rahim, sehingga dapat menutupi sebagian atau seluruh ostium uteri intemum. Plasenta previa terjadi tanpa rasa sakit pada saat tidur atau sedang melakukan aktivitas.

Jenis plasenta previa menurut Prawirohardjo (2010):

- (1) Plasenta Previa totalis atau komplit adalah plasenta yang menutupi seluruh ostium uteri intemum.
- (2) Plasenta previa parsialis adalah plasenta yang menutupi sebagian ostium uteri intemum
- (3) Plasenta previa marginalis adalah plasenta yang tepinya berada pada pinggir ostium uteri intemum
- (4) Plasenta letak rendah adalah plasenta yang berimplantasi pada segmen bawah rahim demikian rupa sehingga tepi bawahnya berada pada jarak lebih kurang 2cm dari ostium uteri intemum.

b) Solusio Plasenta

Solusio plasenta adalah terlepasnya plasenta sebelum waktunya dengan implantasi normal pada kehamilan trimester tiga. Penyebab solusio plasenta antara lain :

- (1) Trauma langsung terhadap uterus hamil (seperti, terjatuh terutama telungkup)

(2) Trauma kebidanan artinya solusio plasenta terjadi karena tindakan kebidanan yang dilakukan seperti setelah versi luar, setelah memecahkan ketuban, persalinan anak kedua dan hamil kembar (Manuaba, 2010).

5) Preeklamsia

Pada umumnya ibu hamil dengan usia kehamilan di atas 20 minggu disertai dengan peningkatan tekanan darah diatas normal sering di asosiasikan dengan preeklamsia. Data atau informasi awal terkait dengan tekanan darah sebelum hamil akan sangat membantu petugas kesehatan untuk membedakan hipertensi kronis (yang sudah ada sebelumnya) dengan preeklamsia (Prawirohadjo, 2010).

Jenis- jenis preeklamsia:

a) Preeklamsia Ringan

Tanda- tandanya adalah :

- (1) Hipertensi sistolik/diastolic $> 140/90$ mmHg. Kenaikan sistolik >30 mmHg dan kenaikan diastoliknya >15 mmHg.
- (2) Proteinuria $>300\text{mg}/24$ jam atau $>1+$ dipstick
- (3) Edema local tidak dimasukan dalam kriteria preeklamsia kecuali edema pada lengan, muka dan perut, edema generalisata.

b) Preeklamsia Berat

Tanda preeklamsia berat adalah:

- (1) Tekanan darah sistolik > 160 mmHg dan diastoliknya > 110 mmHg.
- (2) Protein uria lebih dari 5 g/ 24jam atau 4+ dalam pemeriksaan kualitatif
- (3) Oliguria, yaitu produksi urine kurang dari 500 cc/24 jam
- (4) Kenaikan kadar reatin plasma
- (5) Gangguan virus dan serebral : penurunan kesadaran, nyeri kepala, skotoma dan pandangan kabur.
- (6) Nyeri epigastrium atau nyeri pada kuadran kanan atas abdomen
- (7) Edema paru-paru dan sianosis
- (8) Gangguan fungsihepar (kerusakan hepatoselular): peningkatan kadar alanin dan aspartate aminotransferase.
- (9) Pertumbuhan jani intra uterine terhambat
- (10) Sindrom HELLP

h. Antenatal Care

Asuhan antenatal atau antenatal care adalah upaya preventif program pelayanan kesehatan obstetric untuk optimalisasi luaran matenal dan neonatal melalui serangkaian kegiatan pemantauan rutin selama kehamilan (Prawirohardjo,2010).

Menurut (Mochtar,2010) tujuan pemeriksaan dan pengawasan ibu hamil yaitu :

1) Tujuan Umum : menyiapkan seoptimal mungkin fisik dan mental ibu dan anak selama masa kehamilan, persalinan,nifas dengan demikian didapatkan ibu dan anak yang sehat.

2) Tujuan Khusus :

(a) Mengenali dan menangani penyulit yang mungkin dijumpai dalam kehamilan, persalinan dan nifas.

(b) Menurunkan angka morbiditas dan mortalitas ibu dan anak.

(c) Memberikan nasehat-nasehat tentang cara hidup sehari-hari dan keluarga berencana kehamilan,persalina, nifas dan laktasi.

Bila kehamilan termasuk resiko tinggi perhatian dan jadwal kunjungan harus lebih ketat. Naum bila kehamilan normal, jadwal asuhan cukup 4 kali. Dalam bahasa program kesehatan ibu dan anak, kunjungan antenatal diberi kode huruf K yang merupakan dari kunjungan. Pemeriksaan antenatal yang lengkap adalah K1,K2,K3 dan K4. Hal ini berarti, minimal dilakukan sekali saat kunjungan antenatal saatusia kehamilan 28 minggu, sekali kunjungan antenatal selama kehamilan 28-36 minggu dan sebanyak dua kunjungan antenatal pada usia kehamilan diatas 36 minggu (Prawirohardjo, 2010).

2. PERSALINAN

a. Pengertian

Persalinan adalah rangkaian proses yang berakhir dengan pengeluaran hasil konsepsi oleh ibu. Proses ini di mulai dengan kontraksi persalinan sejati, yang ditandai oleh perubahan progresif pada servik, dan diakhiri dengan kelahiran plasenta. Penyebab awitan persalinan spontan tidak diketahui, walaupun sejumlah teori menarik telah dikembangkan profesional perawatan kesehatan mengetahui cara menginduksi proses persalinan pada kondisi tertentu (Varney, 2008).

Persalinan adalah suatu proses pengeluaran hasil konsepsi (janin+uri) yang dapat hidup ke dunia luar, dari rahim melalui jalan lahir atau dengan jalan lain (Rustam Mochtar, 2012).

b. Tanda persalinan

1) Tanda persalinan sudah dekat

a) Terjadi lightening

Menjelang minggu ke-36, pada primigravida terjadi penurunan fundus uteri karena kepala bayi sudah masuk pintu atas panggul yang disebabkan oleh kontraksi Braxton Hicks, ketegangan dinding perut, ketegangan ligamentum rotundum, gaya berat janin dimana kepala kearah bawah. Masuknya kepala bayi ke pintu atas panggul dirasakan ibu hamil sebagai terasa ringan bagian atas, rasa sesaknya berkurang, dibawah bagian bawah terasa sesak, terjadi

kesulitan saat berjalan dan sering berkemih. Gambaran lightening pada primigravida menunjukkan hubungan normal antara ketiga P, yaitu : power, passage, passanger. Pada multipara gambarannya tidak jelas, karena kepala janin baru masuk pintu atas panggul menjelang persalinan.

b) Terjadi His Permulaan

Pada saat hamil muda sering terjadi kontraksi Braxton Hicks. Kontraksi Braxton Hicks terjadi karena perubahan keseimbangan estrogen, progesterone, dan memberikan kesempatan rangsangan oksitosin. Dengan makin tua usia kehamilan, pengeluaran estrogen dan progesteron makin berkurang, sehingga oksitosin dapat menimbulkan kontraksi yang lebih sering sebagai his palsu. Sifat his permulaan adalah, rasa nyeri ringan dibagian bawah, datangnya tidak teratur, tidak ada perubahan pada serviks atau pembawa tanda, durasinya pendek, dan tidak bertambah bila beraktivitas (Manuaba 2012, hal 172).

Tanda-tanda inpartu adalah sebagai berikut, yaitu :

- 1) Rasa nyeri oleh adanya his yang datang lebih kuat, sering dan teratur
- 2) Keluar lendir bercampur darah (show) yang lebih banyak karena robekan-robekan kecil pada servik.
- 3) Terkadang ketuban pecah dengan sendirinya

- 4) Pada pemeriksaan dalam, servik mendatar dan telah terjadi pembukaan (Rustam mochtar, 2012 hal ; 70)

c. Mekanisme Persalinan Normal

Menurut Manuaba (2012) bahwa proses persalinan normal, ditentukan oleh tiga faktor utama, yaitu power adalah kekuatan his yang adekuat dan tambahan kekuatan mengejan. Passage adalah jalan lahir tulang, jalan lahir otot. Passanger adalah janin, plasenta dan selaput ketuban. Ketiga faktor utama ini sangat menentukan jalannya persalinan sehingga akan terjadi proses persalinan spontan belakang kepaladan persalinan buatan dengan tambahan tenaga dari luar seperti induksi persalinan dan persalinan operatif.

Proses persalinan terdiri kala satu persalinan adalah waktu untuk pembukaan serviks sampai menjadi pembukaan lengkap 10 cm. Kala dua persalinan adalah kala pengeluaran janin, sewaktu uterus dengan his ditambah dengan kekuatan untuk mengejan mendorong janin hingga keluar. Kala tiga persalinan adalah waktu untuk pelepasan dan pengeluaran plasenta, dan kala empat persalinan adalah mulai dari lahirnya plasenta sampai 2 jam postpartum (Rustam mochtar, 2012 hal ; 71).

d. Tahapan Persalinan

1) Kala I

Kala I adalah pembukaan yang berlangsung antara pembukaan nol sampai pembukaan lengkap. Pada permulaan his, kala pembukaan berlangsung tidak begitu kuat sehingga

parturien masih dapat berjalan-jalan. Lamanya kala 1 untuk primigravida berlangsung 12jam sedangkan multigravida sekitar 8 jam. Berdasarkan kurvafriedman, diperhitungkan pembukaan primigravida 1cm/jam. Dengan perhitngan tersebut maka waktupembukaan lengkapdapatdiperkirakan. (Manuaba, 2012 ; hal 173).

2) Kala II

Kala II adalah kala pengusiran. Gejala utama kala 2 adalah :

- a) His semakin kuat, dengan interval 2 sampai 3 menit, dengan durasi 50 sampai 100 detik.
- b) Menjelang akhir kala 1, ketuban pecah dan ditandai dengan pengeluaran cairan secara mendadak.
- c) Ketuban pecah pada pembukaan mendekati lengkap di ikuti keinginan mengejan, karena tertekannya pleksus franskenhauser.
- d) Kedua kekuatan, his dan mengejan lebih mendorong kepala bayi sehingga terjadi kepala membuka pintu, suboksiput bertindak sebagai hipomoglion berturut-turut lahir ubun-ubun besar,dahi,hidung,muka dan kepala seluruhnya.
- e) Kepala lahir seluruhnya dan diikitu oleh putar paksi luar yaitu penyesuaian kepala terhadap punggung.
- f) Setelah putar paksi luar berlangsung, maka persalinan bayi ditolong dengan jalan : kepala dipegang pada os oksiput dan dibawah dagu,diterik curam kebawah untuk melahirkan

bahu depan, dan curam keatas untuk melahirkan bahu belakang. Setelah kedua bahu lahir, ketika dikait untuk melahirkan sisa badan bayi, bayi lahioleh sisa air ketuban.

g) Lamanya kala II untuk primigravida 50 menit dan multigravida 30menit.

3) Kala III

Kala III adalah (pelepasan uri). Setelah kala II, kontraksi uterus berhenti sekitar 5 sampai 10 menit. Dengan lahirnya bayi, karena sifat retraksi otot rahim. Lepasnya plasenta sudah dapat diperkirakan dengan memerhatikan tanda-tanda : uterus menjadi bundar, uterus terdorong keatas karena plasenta dileps kesegmen bawah rahim, tali pusat bertambah bertambah panjang, terjadi perdarahan. Melahirkan plasenta dilakukan dengan dorongan ringan secara crede pada fundus uteri. (Manuaba, 2012 : hal;174).

Pada kala III setelah bayi lahir, uterus teraba keras dengan fundus uteri setinggi pusat, dan berisi plasenta yang menjadi dua kali lebih tebal dari sebelumnya. Beberapa saat kemudian, timbul his pelepasan dan pengeluaran uri. Dalam waktu 5-10 menit, seluruh plasenta terlepas, terdorong kedalam vagina, dan akan lahir spontan atau dengan sedikit dorongan dari atas simfisis atau fundus uteri. Seluruh proses biasanya berlangsung 5-30 menit setelah bayi lahir. Pengeluaran plasenta disertai

dengan pengeluaran plasenta disertai dengan pengeluaran darah kira-kira 100-200 cc (Rustam Mochtar, 2012 hal;73).

4) Kala IV

Kala IV adalah (Observasi). Kala IV dimaksudkan untuk melakukan observasi karena perdarahan postpartum paling sering terjadi pada 2jam pertama. Observasi yang dilakukan meliputi tingkat kesadaran penderita, pemeriksaan tanda-tanda vital meliputi : tekanan darah, nadi dan pernafasan, kontraksi uterus terjadinya perdarahan. Perdarahan dianggap masih normal bila jumlahnya tidak melebihi 400 sampai 500 cc. (Manuaba, 2012 hal; 173-174).

Kala IV adalah kala pengawasan selama 1 jam setelah bayi lahir dan uri lahir untuk mengamati keadaan ibu, terutama terhadap bahaya perdarahan postpartum. Lamanya persalinan pada primi dan multi dapat di lihat pada kotak atas (Rustam Mochtar, 2012 hal;73).

e. Penatalaksanaan Medis

60 langkah persalinan menurut Prawirohardjo (2010) hal 341-347 :

Melihat tanda dan gejala kala dua, yaitu :

- 1) Mengamati tanda dan gejala persalinan kala II
 - a) Ibu mempunyai keinginan untuk meneran
 - b) Ibu merasa tekanan yang semakin meningkat pada rektum dan vaginanya
 - c) Perineum menonjol

d) Vulva vagina dan sfingter anal membuka

Menyiapkan pertolongan persalinan

- 2) Memastikan perlengkapan bahan, dan obat-obatan esensial siap digunakan. Mematahkan ampul oksitosin 10 unit dan menempatkan tabung suntik steril sekali pakai didalam partus set.
- 3) Mengenakan baju penutup atau celemekplastik yang bersih.
- 4) Melepaskan semua perhiasan yang dipakai di bawah siku, mencuci kedua tangan dengan sabun dan air bersih yang mengalir dan mengeringkan tangan dengan handuk satu kali pakai/ pribadi yang bersih.
- 5) Memakai sarung tangan dengan DTT atau steril untuk semua pemeriksaan dalam.
- 6) Mengisap oksitosin 10 unit ke dalam tabung suntik (dengan memakai sarung tangan desinfeksi tingkat tinggi atau steril) dan meletakkan kembali dipartus set/ wadah desinfeksi tingkat tinggi atau steril tanpa mengontaminasi tabung suntik.

Memastikan pembukaan lengkap dengan janin baik

- 7) Membersihkan vulva dan perineum, menekannya dengan hati-hati dari depan ke belakang dengan menggunakan kapas atau kassa yang sudah dibasahi air disinfeksi tingkat tinggi. Jika mulut vagina, perineum atau anus terkontaminasi oleh kotoran ibu, membersihkan dengan seksama dengan cara menyeka dari depan ke belakang. Membuang kapas atau kassa yang

terkontaminasi dalam wadah yang benar. Mengganti sarung tangan jika terkontaminasi (meletakkan kedua sarung tangan tersebut dengan benar didalam larutan dekontaminasi)

- 8) Dengan menggunakan teknik aseptik, melakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan bahwa pembukaan servik sudah lengkap. Bila selaput ketuban belum pecah, sedangkan pembukaan sudah lengkap, lakukan amniotomi.
- 9) Mendekontaminasi sarung tangan dengan cara mencelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan kotor kedalam larutan klorin 0,5% dan kemudian melepaskannya dalam keadaan terbalik serta merendamnya didalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit. Mencuci kedua tangan.
- 10) Memeriksa denyut jantung janin (DJJ) setelah kontraksi berakhir untuk memastikan bahwa DJJ dalam batas normal (100-180 kali/menit)

Menyiapkan ibu dan keluarga untuk membuat proses pimpinan meneran.

- 11) Memberitahu ibu pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik. Membantu ibu beradadalam posisi yang nyaman sesuai dengan keinginannya.
 - a) Menunggu hingga ibu mempunyai keinginan untuk meneran. Melanjutkan pemantauan kesehatan dan kenyamanan ibu serta janin sesuai dengan pedoman persalinan aktif dan mendokumentasikan temuan

- b) Menjelaskan kepada anggota keluarga bagaimana mereka dapat mendukung dan memberi semangat kepada ibu saat ibu mulai meneran.
- 12) Meminta bantuan keluarga untuk menyiapkan posisi ibu untuk meneran. (pada saat ada his, bantu ibu dalam posisi setengah duduk dan pastikan ia merasa nyaman)
- 13) Melakukan pimpinan meneran saat ibu mempunyai dorongan yang kuat untuk meneran :
- a) Membimbing ibu untuk meneran saat ibu mempunyai keinginan untuk meneran
 - b) Mendukung dan memberi semangat atas usaha ibu untuk meneran
 - c) Membantu ibu mengambil posisi yang nyaman sesuai dengan pilihannya (tidak meminta ibu berbaring terlentang)
 - d) Menganjurkan ibu untuk beristirahat di antara kontraksi
 - e) Menganjurkan keluarga untuk mendukung dan memberi semangat pada ibu
 - f) Menganjurkan asupan cairan peroral
 - g) Menilai DJJ setiap 5 menit
 - h) Jika bayi belum lahir atau kelahiran bayi belum akan terjadi segera waktu 120 menit (2 jam) meneran untuk primipara atau 60 menit (1 jam) untuk multipara, merujuk segera. Jika ibu tidak mempunyai keinginan untuk meneran.

i) Menganjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok atau mengambil posisi yang aman. Jika ibu belum ingin meneran dalam 60 menit, anjurkan ibu untuk mulai meneran pada puncak kontrak-kontraksi tersebut dan beristirahat diantara kontraksi.

j) Jika bayi belum lahir atau kelahiran bayi belum akan terjadi segera setelah 60 menit meneran, merujuk ibu dengan segera.

Persiapan pertolongan kelahiran bayi

14) Jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm letakan handuk bersih diatas perut ibu untuk mengeringkan bayi

15) Meletakkan kain yang bersih dilipat 1/3 bagian, dibawah bokong ibu

16) Membuka partus set

17) Memakai sarung tangan DTT atau steril pada kedua tangan

Menolong kelahiran bayi

Lahirkan kepala

18) Saat kepala bayi membuka vulva dengan diameter 5-6 cm, lindungi perineum dengan sarung tangan yang di lapiasi kain tadi, letakan tangan yang lain kepala bayi dan lakukan tekanan yang lembut dan tidak menghambat pada kepala bayi, membiarkan kepala keluar perlahan-lahan. Menganjurkan ibu untuk meneran perlahan-lahan atau bernafas cepat saat kepala lahir.

19) Dengan lembut menyeka muka, mulut dan hidung bayi dengan kain atau kasa yang bersih

20) Memeriksa lilitan tali pusat dan mengambil tindakan yang sesuai jika aliterjadi, dan kemudian meneruskan segera proses kelahiran bayi :

a) Jika tali pusat melilit leher janin dengan longgar, lepaskan lewat bagian atas kepala bayi

b) Jika tali pusat melilit leher bayi dengan erat, mengklempnya di dua tempat dan memotongnya.

21) Menunggu hingga kepala bayi melakukan putaran paksi luar secara spontan lahir bahu

22) Setelah kepala melakukan putaran paksi luar, tempatkan kedua tangan di masing-masing sisi muka bayi. Menganjurkan ibu untuk meneran saat berkontraksi berikutnya. Dengan lembut menariknya ke arah bawah dan ke arah luar hingga bahu anterior muncul dibawah akus pubis dan kemudian dengan lembut menarik ke arah atas dan ke arah luar untuk melahirkan bahu posterior.

23) Setelah kedua bahu di lahirkan, menelusurkan tangan mulai kepala bayi yang berada di bagian bawah ke arah perineum, membiarkan bahu dan lengan posterior lahir ke tangan tersebut. Mengendalikan kelahiran siku dan tangan bayi saat melewati perineum, gunakan lengan bagian bawah untuk menyangga tubuh bayi saat dilengan bagian bawah untuk

menyanggatubuhbayi saat dilahirkan menggunakan tangan anterior (bagian atas) untuk mengendalikan siku dan tangan anterior bayisaat keduanya lahir.

- 24) Setelah tubuh dari lengan lahir, menelusurkan tangan yang berada diatas (anterior) dari punggung kearah kaki bayi untuk menyangganya saat punggung kaki lahir. Memegang kedua mata kaki bayi dengan hati-hati membantu kelahiran kaki

Penanganan bayi baru lahir

- 25) Menilai bayi dengan cepat (dalam 30 detik), kemudian meletakan bayi diatas perut ibu dengan posisi kepala bayi sedikit lebih rendah dari tubuhnya (bila tali pusat terlalu pendek, meletakan bayi ditempat yang memungkinkan). Bila bayi mengalami asfiksia lakukan resusitasi.
- 26) Segera membungkus kepala dan badan bayi dengan handuk dan biarkan kontak kulit-ibu. Lakukan penyuntikan oksitosin /i.m
- 27) Menjepit tali pusat menggunakan klem kira-kira 3 cm dari pusat bayi. Melakukan urutan pada tali pusat mulai dari klem kearah ibu dan memasang klem kedua 2 cm dari klem pertama (kearah ibu)
- 28) Memegang tali pusat dengan sarung tangan, melindungi bayi dari gunting dan memotong tali pusat diantara dua klem tersebut.

29) Mengeringkan bayi, mengganti handuk yang basah dan menyelimuti bayi dengan kain atau selimut yang bersih dan kering, menutupi bagian kepala membiarkan tali pusat terbuka. Jika bayi mengamati kesulitan bernapas, ambil tindakan yang sesuai.

30) Membiarkan bayi kepada ibunya dan menganjurkan ibu untuk memeluk bayinya dan memulai pemberian ASI jika ibu menghendakinya.

31) Meletakkan kain yang bersih dan kering. Melakukan palpasi abdomen untuk menghilangkan kemungkinan adanya bayi kedua

32) Memberitahu kepada ibu bahwa ia akan disuntik

33) Dalam waktu 2 menit setelah kelahiran bayi, berikan suntikan oksitosin 10 ui I.M. di gluteus 1/3 paha kanan ibu bagian luar. Setelah mengaspiranya terlebih dahulu.

34) Memindahkan klem pada tali pusat

35) Meletakkan satu tangan diatas kain yang ada diperut ibu, tepat diatas tulang pubis, dan menggunakan tangan ini untuk melakukan palpasi kontraksi dan menstabilkan uterus. Memegang tali pusat dan klem dengan tangan yang lain.

36) Menunggu uterus berkontraksi dan kemudian melakukan penegangan kearah bawah pada tali pusat dengan lembut. Lakukan tekanan yang berlawanan arah pada bagian bawah uterus dengan cara menekan uterus kearah atas dan kebelakang (dorso kranial) dengan hati-hati untuk membantu mencegah

terjadinya inversion uteri. Jika plasenta tidak lahir setelah 30-40 detik, hentikan penegangan tali pusat dan menunggu hingga kontraksi berikut mulai.

- a) Jika uterus tidak berkontraksi, meminta ibu atau seseorang anggota keluarga untuk melakukan rangsangan puting susu.

37) Setelah plasenta terlepas, meminta ibu untuk meneran sambil menarik tali pusat ke arah bawah dan kemudian ke arah atas mengikuti kurva jalan lahir sambil meneruskan tekanan berlawanan arah pada uterus

- a) Jika tali pusat bertambah panjang, pindahkan klem hingga berjarak sekitar 5-10 cm dari vulva.

- b) Jika plasenta tidak lepas setelah melakukan penegangan tali pusat selama 15 menit :

- (1) Mengulangi pemberian oksitosin 10 unit I.M

- (2) Menilai kandung kemih dan dilakukan katektisasi kandung kemih dengan menggunakan teknik aseptik jika perlu

- (3) Meminta keluarga untuk menyiapkan rujukan

- (4) Mengulangi penegangan tali pusat selama 15 menit berikutnya

- (5) Merujuk ibu jika plasenta tidak lahir dalam waktu 30 menit sejak kelahiran bayi.

38) Jika plasenta terlihat di introitus vagina, melanjutkan kelahiran plasenta dengan dua tangan dan dengan hati-hati memutar

plasenta hingga ketuban terpin. Dengan lembut perlahan melahirkan selaput ketuban tersebut.

- a) Jika selaputketubaan robek, memakai sarung tangan desinfeksi tingkat tinggi atau steril dan memeriksa vagina dan servik ibu dengan seksama. Menggunakan jari-jari tangan atau klem atau forceps desinfeksi tingkat tinggi atau steril untuk melepaskan bagian selaput yang tertinggal.

Pemijatan Uterus

- 39) Segera setelah plasenta dan selaput ketuban lahir, lakukan masase uterus, meletakkan telapak tangan di fundus dan melakukan masase dengan gerakan melingkar dengan lembut hingga uterus berkontraksi (fundus menjadi keras).

Menilai Perdarahan

- 40) Memeriksa kedua sisi plasenta, baik yang menempel ke ibu maupun janin dan selaput ketuban untuk memastikan bahwa plasenta didalam kantung plastik atau tempat khusus.
 - a) Jika uterus tidak berkontraksi setelah melakukan masase selama 15 detik mengambil tindakan yang sesuai.

- 41) Mengevaluasi adanya laserasi pada vagina dan perineum dan segera menjahit laserasi yang mengalami perdarahan aktif.

Melakukan Prosedur Pascapersalinan

- 42) Menilai ulang dan memastikan berkontraksi dengan baik
- 43) Mencelupkan kedua tangan yang memakai sarung tangan kedalam larutan klorin 0,5%, membilas kedua tangan yang

masih bersarung tangan tersebut dengan air desinfeksi tingkat tinggi dan mengeringkannya dengan kain bersih dan kering.

44) Menempatkan klem tali pusat disinfeksi tingkat tinggi atau steril atau mengikat tali disinfeksi tingkat tinggi dengan simpul mati sekeliling tali pusat sekitar 1 cm dari pusat.

45) Mengikat satu lagi simpul mati dibagian pusat yang berseberangan dengan simpul mati yang pertama.

46) Melepaskan klem bedah dan meletakkannya ke dalam larutan klorin 0,5%.

47) Menyelimuti kembali bayi dan menutupi bagian kepalanya. Memastikan handuk atau kainnya bersih atau kering.

48) Menganjurkan ibu untuk memulai pemberian ASI

49) Melanjutkan pemantauan kontraksi uterus dan perdarahan pervaginam :

- a) 2-3 kali dalam 15 menit pertama pascapersalinan
- b) Setiap 15 menit pada 1 jam pertama pascapersalinan
- c) Setiap 20-30 menit pada jam kedua pascapersalinan
- d) Jika uterus tidak berkontraksi dengan baik laksanakan perawatan yang sesuai untuk menatalaksanakan atonia uteri.
- e) Jika di temukan lacerasi yang memerlukan penjahitan, lakukan penjahitan dengan anestesi lokal dan menggunakan teknik yang sesuai.

- 50) Mengajarkan pada ibu/keluarga bagaimana melakukan masase uterus dan memeriksa kontraksi uterus
- 51) Mengevaluasi kehilangan darah
- 52) Memeriksa tekanan darah, nadi dn kandung kemih setiap 15 menit selama satu jam pertama pascapersalinaan dan setiap 30 menit jam kedua setelah pascapersalinaan.
- a) Memeriksa temperatur tubuh ibu sekali setiap jam kedua jam pertama pascapersalinaan
 - b) Melakukan tindakan yang sesuai untuk temuan yng tidak normal.
- 53) Menempatkan semua peralatan didalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit). Mencuci dan membilas peralatan setelah dekontaminasi
- 54) Membuang bahan-bahan yang terkontaminasi kedalam tempat sampah yang sesuai.
- 55) Membersihkan ibu dengan menggunakan air desinfeksi tingkat tinggi. Membersihkan cairan ketuban, lendir dan darah. Membantu ibu memakaikan pakaina yang bersih dan kering.
- 56) Memastikan bahwa ibu nyaman. Membantu ibu memberikan ASI. Menganjurkan keluarga untuk memberikan minuman dan makanan yang diinginkan.
- 57) Mendekontaminasi daerah yang digunakan untuk melahirkan dengan larutan klorin 0,5% dan membilas dengan air bersih.

58) Mencelupkan sarung tangan kotor kedalam larutan klorin 0,5% . membalikan bagian dalam kelaup dan merendamnya dalam larutan klorin 0,5% dalam 10 menit.

59) Mencuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir.

60) Melengkapi patograf.

f. Patograf

1) Pengertian

Partograf adalah alat bantu yang digunakan selama persalinan. Tujuan utama penggunaan partograf adalah untuk :

- a) Mencatat hasil observasi dan kemajuan persalinan
- b) Mendeteksi apakah proses persalinan berjalan secara normal

Dengan demikian, juga dapat dilaksanakan deteksi secara dini, setiap kemungkinan terjadinya partus lama. Jika digunakan secara tepat dan konsisten, partograf akan membantu penolong persalinan untuk mencatat kemajuan persalinan, kondisi ibu dan janin, asuhan yang diberikan selama persalinan dan kelahiran, serta menggunakan informasi yang tercatat, sehingga secara dini mengidentifikasi adanya penyulit persalinan, dan membuat keputusan klinik yang sesuai dan tepat waktu. Penggunaan partograf secara rutin akan memastikan ibu dan jani telah mendapatkan asuhan persalinan secara aman dan tepat waktu. Selain, itu dapat mencegah

terjadinya penyulit yang dapat mengancam keselamatan jiwa mereka.

2) Penggunaan Partograf

World Health Organization (WHO) telah memodifikasi partograf agar lebih sederhana dan lebih mudah digunakan. Fase laten telah dihilangkan dan pencatatan pada partograf dimulai dari fase aktif pembukaan serviks 4 cm. Partograf harus digunakan untuk :

- a) Semua ibu dalam fase aktif kala satu persalinan sampai dengan kelahiran bayi, sebagai elemen penting asuhan persalinan.
- b) Semua tempat pelayanan persalinan (rumah, puskesmas, klinik bidan swasta, rumah sakit, dan lain-lain)
- c) Semua penolong persalinan yang memberikan asuhan kepada ibu selama persalinan dan kelahiran (Spesialis Obstetri dan Ginekologi, Bidan, Dokter Umum, Residen, dan Mahasiswa Kedokteran) (Sarwono, 2010 hal; 315-316).

3. BAYI BARU LAHIR

a. Pengertian

Bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir pada usia kehamilan 37-42 minggu dengan berat badan lahir antara 2500-4000 gram, bayi lahir normal adalah bayi yang lahir cukup bulan

38-41 minggu dengan berat badan sekitar 2500 gram dan panjang badan sekitar 50-55 cm (Sondakh, 2013 hal 150).

b. Asuhan Bayi Baru Lahir

Komponen asuhan bayi baru lahir (JNPK – KR, 2014 hal; 124)

1) Pencegahan infeksi

BBL sangat rentan infeksi mikroorganisme yang terpapar atau terkontaminasi selama proses persalinan berlangsung maupun beberapa saat setelah lahir. Untuk tidak menambah resiko infeksi maka sebelum menangani BBL, pastikan penolong persalinan pemberi asuhan BBL telah melakukan upaya pencegahan infeksi.

2) Penilaian Bayi Baru Lahir

Segera setelah lahir, letakan bayi diatas kain bersih dan kering yang disipkan pada perut bawah ibu. Segera lakukan penilaian awal:

- a) Apakah bayi cukup bulan ?
- b) Apakah air ketuban jernih, tidak bercampur mekonium?
- c) Apakah bayi menangis atau bernafas ?
- d) Apakah tonus otot bayi baik ?

Menurut Manuaba (2010, hal 205) penilaian bayi baru lahir dilakukan dengan menggunakan apgar. Perhitungan nilai Apgar dilakukan pada waktu 1 menit pertama dan 5 menit kedua.

Gejala	0	1	2
Denyut jantung janin	Tidak ada	<100 denyut/menit	>100 denyut/menit
Pernafasan	Tidak ada	Lemah, menangis lemah	Baik, menangis kuat
Otot	Lemas	Reflek lemah	Gerak aktif, reflek baik
Reaksi terhadap rangsang	Tidak ada	Menangis	Menangis
Warna kulit	Biru/pucat	Badanmerah/ekstremitas pucat	Seluruhnya merah

c. Mekanisme Kehilangan Panas

Bayi baru lahir dapat kehilangan panas tubuhnya melalui cara- cara berikut :

1) Evaporasi

Adalah jalan utama bayi kehilangan panas. Kehilangan panas dapat terjadi karena penguapan cairan kutuban pada permukaan tubuh oleh panas tubuh bayi sendiri karena setelah lahir, tubuh bayi tidak segera dikeringkan. Kehilangan panas juga terjadi pada bayi yang terlalu cepat dimandikan dan tubuhnya tidak segera dikeringkan dan diselimuti.

2) Konduksi

Adalah kehilangan panas tubuh melalui kontak langsung antara tubuh bayi dengan permukaan yang dingin. Meja, tempat tidur, atau timbangan yang temperaturnya lebih rendah dari tubuh bayi akan menyerap panas tubuh bayi melalui mekanisme konduksi apabila bayi diletakkan di atas benda-benda tersebut.

3) Konveksi

Adalah kehilangan panas tubuh yang terjadi saat bayi terpapar udarasekitar yang lebih dingin. Bayi yang dilahirkan atau ditempatkan didalam ruangan yang dinginakan cepat mengalami kehilangan panas. Kehilangan panas juga terjadi jikaterjadi aliran udara dari kipas angin, hembusan udara melalui ventilasi atau pendingin ruangan.

4) Radiasi

Adalah kehilangan panas yang terjadi karena bayi ditempatkan didekat benda-benda yang mempunyai suhu lebih rendah dari suhu tubuh bayi. Bayi bisa kehilangan panas dengan cara ini karena benda-benda menyerap radiasi panas tubuh bayi (walaupun tidak bersentuhan secara langsung) (JNPK-KR, 2014 hak;127-128). .

d. Asuhan Bayi Baru Lahir

Menurut Asuhan Persalinan Normal (2014 hal 126), asuhan bayi baru lahir yaitu :

- 1) Menjaga Kehangatan
- 2) Membersihkan jalan nafas
- 3) Mengeringkan dan tetap jaga kehangatan
- 4) Memotong dan ikat tali pusat tanpa membubuhi apapun, kira- kira 2 menit setelah lahir
- 5) Melakukan inisiasi menyusui dini dengan cara kontak kulit bayi dengan kulit ibu

- 6) Memberi salep mata antibiotika tetrasiklin 1% pada kedua mata
- 7) Memberi suntikan vitamin K1 1mg intramuskular, dipaha kiri anterolateral setelah inisiasi menyusui dini
- 8) Memberi imunisasi hepatitis B 0,5 ml intramuscular, dipaha kanan anterolateral di berikan kira-kira 1-2 jam setelah pemberian vitamin K1

e. Tanda Bahaya Bayi Baru Lahir

- 1) Tidak dapat menyusu
- 2) Kejang
- 3) Mengantuk atau tidak sadar
- 4) Nafas cepat ($> 60x/\text{menit}$)
- 5) Merintih
- 6) Retraksi dinding dada bawah
- 7) Sianosis sentral (APN, 2014 hal; 144)

f. Komplikasi pada Bayi Baru Lahir

Menurut Mochtar (2012 hal; 289),yaitu :

1) Asfiksia

Adalah keadaan bayi yang baru dilahirkan tidak segera bernafas secara spontan dan teratur setelah dilahirkan.

Penanganan: jangan biarkan bayi kedinginan,lakukan resusitasi

2) Penyakit trauma pada bayi baru lahir

a) Respiratory distress syndrome

- b) Gangguan retina
- c) Sevalo hematoma
- d) Perdarahan sub-abneoritik

3) Kelainan Kongenital

Adalahkelainan dalam pertumbuhan janin yang terjadi sejak konsepsi dan selama kandungan.

4) Infeksi neonatus

5) BBLR

g. Asuhan Kunjungan Neonatus

Kunjungan neonatus (KN) menurut profil kesehatan indonesia (2014;h.110) dilakukan sejak bayi usia satu hari sampai 28 hari yaitu :

1) KN I dilakukan pada umur 6-48 jam

Tindakan yang dilakukan antara lain menjaga kehangatan bayi, memberikan ASI Eksklusif, pencegahan infeksi, merawat tali pusat dan memberikan imunisasi Hb 0

2) KN II dilakukan pada umur 3-7 hari

Tindakanyang dilakukan antara lain menjaga tali pusat dalam keadaan kering dan bersih, memberikan ASI Eksklusif, menjaga kehangatan suhubayi, pemeriksaan tanda bahaya, konseling ASI Eksklusif dan pencegahan hipotermi.

3) KN III dilakukan pada umur 8-28 hari

Tindakan yang dilakukan sama dengan kunjungan pada umur 3-7 hari, hanya ditambahkan pemberian imunisasi BCG.

4. NIFAS

a. Pengertian

Masa nifas atau puerperium adalah masa dimulai 1 jam setelah lahirnya plasenta sampai dengan 6 minggu (42 hari) setelah itu (Prawirohardjo, 2010 hal : 356).

Periode pascapartum / masa nifas adalah masa dari kelahiran plasenta dan selaput janin (menandakan akhir periode intrapartum) hingga kembalinya traktus reproduksi wanita pada kondisi tidak hamil (Varney, 2007, hal;958).

Masa nifas (puerperium) adalah masa pemulihan kembali, mulai dari persalinan selesai sampai alat-alat kandungan kembali seperti pra hamil (Mochtar, 2012 hal; 87).

b. Tujuan Asuhan Masa Nifas

Mengetahui kebutuhan ibu dan bayi pada periode pascapersalinan, mengenali komplikasi pascapersalinan pada ibu dan pada bayi, melakukan upaya pencegahan ASI eksklusif, konseling HIV/AIDS dan kontrasepsi, prosedur imunisasi. (Prawirohardjo, 2010 hal; 356).

c. Periode Masa Nifas

Terdapat 3 periode masa nifas (Mochtar, 2012 hal; 87)

- 1) Puerperium dini yaitu kepulihan saat ibu telah diperbolehkan berdiri dan berjal-jalan.
- 2) Puerperium intermediate yaitu kepulihan menyeluruh alat-alat genitalia yang lamanya 6-8 minggu.

- 3) Puerperium lanjut yaitu waktu yang diperlukan untuk pulih kembali sehat sempurna, terutama jika selama hamil atau sewaktu persalinan timbul komplikasi.

d. Perubahan Fisiologis masa nifas

Pengeluaran rahim (involusi) (Mochtar, 2012, hal; 87)

- 1) Uterus secara berangsur-angsur menjadi kecil atau berinvolusi hingga akhirnya kembali seperti sebelum hamil.

Involusi	Tinggi fundus uteri	Berat uterus
Bayi Lahir	Setinggi pusat	1000 gram
Uri lahir	2jari bawah pusat	750 gram
1 minggu	Pertengahan pusat simfisis	500 gram
2 minggu	Tidak teraba diatas simfisis	350 gram
6 minggu	Bertambah kecil	50 gram
8 minggu	Sebesar normal	Ram

- 2) Bekas implantasi uri. Placenta bed mengecil karena kontraksi dan menonjol ke kavum uteri dengan diamete 7,5 cm. Sesudah 2 minggu menjadi 3,5 cm, pada minggu ke-enam 2,4 cm dan akhirnya pulih.
- 3) Luka-luka pada jalan lahir jika tidak disertai dengan infeksi akan sembuh dalam 6-7 hari.
- 4) Rasa nyeri yang disebut after paints, (merian atau mules-mules) disebabkan kontraksi rahim, biasanya berlangsung 2-4 hari pascapersalinan.

5) *Lochea* dalam masa nifas

Adalah cairan skret yang berasal dari kavum uteri dan vagina dalam masa nifas. Jenis- jenis lochea :

- a) *Lochea rubra (cruenta)* : berisi darah dan sisa-sisa selaput ketuban, sel-sel desidua, verniks kaseosa, lanugo dan mekonium selama 2 hari pascapersalinan.
- b) *Lochea sanginolenta* : berwarna merah kuning, berisi darah dan lendir.hari ke 3-7 persalinan.
- c) *Lochea serosa* : berwarna kuning, cairan tidak berdarah lagi, pada hari 7-14 pascapersalinan.
- d) *Lochea alba* : cairan putih, setelah 2 minggu
- e) *Lokiostatis* : lokia tidak lancar keluarnya.

6) Serviks

Setelah persalinan bentuk serviks agak menganga seperti corong, berbentuk merah kehitaman. Konsistensinya lunak, kadang-kadang terdapat perlukaan-perlukaan kecil. Setelah bayi lahir tangan masih bisa dimasukan ke rongga rahim, setelah 2 jam, dapat dilalui oleh 2-3 jari dan setelah 7 hari hanya dapat dilalui satu jari.

7) Ligamen – ligamen

Ligamen, fascoa dan diafragma pelvis yang meregang pada waktu persalinan, setelah bayi lahir secara berangsur-angsur menjadi ciut dan putih kembali.

e. Ketidaknyamanan fisik dalam masa nifas

Ada beberapa ketidaknyamanan pada masa (Varney, 2008 hal : 974)

1) Nyeri setelah lahir

Nyeri setelah melahirkan di sebabkan oleh kontraksi dan relaksasi uterus yang berurutan yang terjadi secara terus menerus. Nyeri ini lebih umum terjadi pada paritas tinggi dan pada wanita menyusui. Alasan nyeri yang lebih berat pada wanita dengan paritas tinggi adalah penurunan tonus otot uterus tetap berkontraksi tanpa relaksasi intermiten. Pada wanita menyusui, isapan bayi menstimulasi produksi oksitosin oleh hipofisis posterior. Pelepasan oksitosin tidak hanya memicu reflek let down (pengeluaran ASI) pada payudara, tetapi juga menyebabkan kontraksi uterus. Nyeri setelah melahirkan akan hilang jika uterus tetap berkontraksi dengan baik saat kandung kemih kosong. Kandung kemih yang penuh mengubah posisi uterus ke atas, menyebabkan relaksasi dan kontraksi uterus lebih nyeri.

2) Keringat Berlebih

Wanita postpartum mengeluarkan keringat berlebihan karena tubuh menggunakan rute ini dan diuresis untuk mengeluarkan kelebihan cairan interstisial yang disebabkan oleh peningkatan normal cairan intraseluler selama kehamilan.

Cara menguranginya sangat sederhana yaitu dengan membuat kulit tetap bersih dan kering.

3) Pembesaran Payudara

Diperkirakan bahwa pembesaran payudara disebabkan oleh kombinasi akumulasi dan statis air susu serta peningkatan vaskularisasi dan kongesti. Kombinasi ini mengakibatkan kongesti lebih lanjut karena statis limfatik dan vena. Hal ini terjadi saat pasokan air susu meningkat, pada sekitar hari ketiga postpartum baik pada ibu menyusui maupun tidak menyusui berakhir sekitar 24 hingga 48 jam.

4) Nyeri Perineum

Beberapa tindakan dapat mengurangi ketidaknyamanan atau nyeri akibat laserasi atau luka episiotomi dan jahitan laserasi. Sebelum tindakan dilakukan, penting untuk memeriksa perineum untuk menyingkirkan komplikasi seperti hematoma. Pemeriksaan ini juga mengindikasikan tindakan lanjutan apa yang mungkin paling efektif.

5) Konstipasi

Rasa takut dapat menghambat fungsi bowel jika wanita takut bahwa hal tersebut dapat merobek jahitan atau akibat nyeri yang disebabkan oleh ingatannya tentang tekanan bowel pada saat persalinan. Konstipasi lebih lanjut mungkin diperberat dengan longgarnya abdomen dan oleh ketidaknyamanan jahitan robekan perineum derajat tiga atau empat.

6) Hemoroid

Jika wanita mengalami hemoroid, mungkin mereka sangat merasakan nyeri selama beberapa hari. Hemoroid yang terjadi selama masa kehamilan dapat menimbulkan traumatis dan menjadi lebih edema selama kala dua persalinan.

f. Komplikasi yang menyertai Masa Nifas

Abnormalitas yang terjadi pada masa nifas (Manuaba, 2010 hal; 418)

1) Abnormalitas Rahim

a) Subinvolusi uterus

Adalah terjadinya proses involusi rahim tidak berjalan sebagaimana mestinya, sehingga proses pengecilannya terlambat. Penyebabnya bisa disebabkan karena infeksi endometrium, terdapat sisa plasenta dan selaputnya, terdapat bekuan darah atau mioma uteri.

b) Perdarahan kala nifas sekunder

Adalah perdarahan yang terjadi setelah 24 jam pertama. Penyebabnya adalah terdapat sisa plasenta atau selaput ketuban, infeksi pada endometrium dan inversion uteri.

c) Flegmasia alba dolens

Adalah infeksi puerperalis yang mengenai pembuluh darahvena femoralis. Yang menimbulkan gejala :

- (1) Terjadinya pembengkakan pada tungkai
- (2) Vena tampak berwarna putih
- (3) Terasa sangat nyeri
- (4) Tampak bendungan pembuluh darah
- (5) Suhu tubuh dapat meningkat

2) Abnormalitas Payudara

Untuk dapat melancarkan pengeluaran ASI dilakukan persiapan sejak awal hamil dengan melakukan masase, menghilangkan kerak pada puting susu sehingga duktusnya tidak tersumbat. Berbagi variasi puting susu dapat terjadi diantaranya terlalu kecil puting susu mendatar, dan puting susu masuk kedalam. Pengeluaran ASI pun dapat bervariasi seperti tidak keluar samasekali (agalaksia), ASI sedikit (oligolaksia), terlalu banyak (poligalaksia) dan pengeluaran berkepanjangan (galaktorea).

a) Bendungan ASI

Terjadi karena sumbatan pada saluran ASI, tidak dikosongkan seluruhnya. Keluhan yang muncul adalah mammae bengkak, keras dan terasa panas, sampai suhu badan meningkat. Penanganannya dengan mengkosongkan ASI dengan masase dan pompa, memberikan estradiol sementara menghentikan pembuatan ASI, dan pengobatan simptomatis sehingga keluhan berkurang.

b) Mastitis dan abses payudara

Bakteri yang sering masuk menyebabkan infeksi payudara adalah stafilokokus aureus yang masuk melalui luka puting susu. Infeksi ini menimbulkan demam, nyeri local payudara terjadi pematatan payudara, dan terjadi perubahan warna kulit pada payudara. Infeksi payudara atau mastitis dapat berkelanjutan menjadi abses dengan kriteria warna kulit menjadi merah, terdapat rasa nyeri dan pada pemeriksaan terdapat pembengkakan dibawah kulit teraba cairan dalam keadaan abses payudara perlu dilakukan insisi agar pus dapat dikeluarkan untuk mempercepat penyembuhan.

g. Kunjungan Masa Nifas

Menurut Profil Kesehatan (2013) menyatakan bahwa pelayanan kesehatan ibu nifas dan pelayanan kesehatan pada ibu nifas sesuai standar, yang dilakukan sekurang-kurangnya tiga kali sesuai jadwal yang dianjurkan, yaitu pada 6 jam sampai 3 hari pasca persalinan, pada hari ke 4 sampai 28 hari pasca persalinan dan hari ke 29 sampai 42 hari pasca persalinan.

1) Kunjungan nifas pertama yaitu 6 jam-3 hari (KF I)

Tujuan :

- a) Mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri
- b) Mendeteksi dan merawat penyebab lain perdarahan, rujuk bila perdarahan berlanjut

- c) Memberikan konseling pada ibu atau salah satu anggota keluarganya bagaimana mencegah perdarahan masa nifas karena atoni uteri.
- d) Menjaga hubungan anatar ibu dan bayi baru lahir
- e) Menjaga bayi tetap sehat dengan mencegah hipotermia

2) Kunjungan nifas kedua yaitu 4-28 hari (KF II)

Tujuan :

- a) Memastikan involusi uterus berjalan normal, uterus berkontraksi, fundus dibawah umbilikus tidak ada perdarahan abnormal, tidak ada bau
- b) Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi atau perdarahan abnormal
- c) Memastikan ibu mendapatkan cukup makanan, cairan dan istirahat.
- d) Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak ada tanda-tanda penyulit.
- e) Memberikan konseling pada ibu mengenai asuhan pada bayi, tali pusat, menjaga bayi tetap hangat dan merawat bayi sehari-hari.

3) Kunjungan Nifas Ketiga yaitu 29-42 hari (KF III)

Tujuan

- a) Menanyakan pada ibu tentang penyulit-penyulit yang ibu atau bayi alami
- b) Memberikan konseling unuk KB secara dini

5. KELUARGA BERENCANA

a. Pengertian

Keluarga berencana memiliki konotasi yang sangat luas. Pada istilah ini terkandung pertimbangan tambahan terhadap faktor fisik, sosial, psikologis, ekonomi, dan keagamaan yang mengatur sikap keluarga sekaligus mempengaruhi keputusan dalam menetapkan ukuran keluarga, jarak antar anak, dan pemilihan serta penggunaan metode pengendalian kehamilan (Varney,2007.h.141).

Keluarga berencana (family planning, planned parenthood) adalah suatu usaha untuk menjarangkan atau merencanakan jumlah dan jarak kehamilan dengan memakai kontrasepsi (Mochtar,2010;h.195).

b. Tujuan

Tujuan umum keluarga berencana adalah membentuk keluarga kecil yang sesuai dengan kekuatan sosial ekonomi suatu keluarga dengan cara mengatur kelahiran anak (Mochtar,2012;h.192).

c. Syarat Kontrasepsi

Menurut Mochtar (2012;h.195) kontrasepsi hendaknya memenuhi syarat sebagai berikut :

- 1) Aman pemakaiannya dan dapat dipercaya
- 2) Tidak ada efek samping yang merugikan
- 3) Tidak mengganggu hubungan seksual
- 4) Cara penggunaanya sederhana

- 5) Tidak memerlukan bantuan medic atau control yang ketat selama pemakaiannya
- 6) Harganya murah supaya dapat dijangkau masyarakat luas
- 7) Dapat diterima oleh pasangan suami istri

d. Jenis KB

1) KB Hormonal

a) Kontrasepsi Pil Kombinasi

Pil kontrasepsi kombinasi yang sekarang digunakan tidak berisi estrogen dan progesterone alamiah, melainkan steroid sintetik. Ada dua jenis progesterone sinetik yang dipakai, yaitu yang berasal dari 19 nor-testosteron, dan yang berasal dari 17 alfaasetoksi-progesteron. Yang berasal dari 17 alfa-asektosi-progesteron, akhir-akhir ini di amerika serikat tidak dipergunakan lagi untuk pil kontrasepsi oleh karena pada binatang percobaan (anjing) pil yang mengandung zat ini, bila dipergunakan dalam waktu lama, dapat menimbulkan kanker mammae. Derivat dari 19 nor-testosteron yang sekarang banyak dipergunakan untuk pil kontrasepsi ialah nerotinodrel, nerothindron asetat, etinodiol diasetat, dan norgestral.

(1) Mekanisme Kerja

Pil-pil kontrasepsi terdiri atas komponen estrogen dan komponen progesterone, atau oleh satu dari komponen hormone itu. Walaupun banyak hal yang masih belum jelas,

pengetahuan tentang dua komponen tersebut tiap hari bertambah. Yang jelas bahwa hormone seteroid sintetik dalam metabolismenya sangat berbeda dengan hormone steroid yang dikeluarkan oleh ovarium. Umumnya dapat dikatakan bahwa komponen estrogen dalam pil menekan sekresi FSH menghalangi maturitas folikel dalam ovarium. Karena pengaruh estrogen dalam ovarium terhadap hipofisis tidak ada, maka tidak terdapat pengeluaran LH. Pada pertengahan siklus haid kadar FSH rendah dan tidak terjadi peningkatan kadar LH, sehingga menyebabkan ovulasi terganggu. Komponen progesterone dalam pil kombinasi memperkuat khasiat estrogen untuk mencegah ovulasi, sehingga dalam 95-98%, tidak terjadi ovulasi. Selanjutnya, estrogen dalam dosis tinggi dapat pula mempercepat perjalanan ovum yang akan menyulitkan terjadinya implantasi dalam endometrium dari ovum pernah dibuahi.

Tabel 2.1 jenis-jenis kontrasepsi

Jenis penghambat	Mekanisme kerja		
	Penghambatan ovarium	Pengaruh terhadap endometrium	Pengaruh terhadap lendir servik uteri
Pil kombinasi	+++	+	+
Pil seksual	+	+	0
Mini pil	+	+	+++
Depo provera (suntikan)	+	+	+++

(2) Kontra Indikasi

Tidak semua perempuan dapat menggunakan pil kombinasi untuk kontrasepsi. Kontraindikasi terhadap penggunaannya dapat dibagi dalam kontraindikasi mutlak dan indikasi.

(a) Kontraindikasi mutlak : termasuk adanya tumor-tumor yang dipengaruhi estrogen, penyakit hati yang baik akut ataupun menahun, pernah mengalami tromboflebitis, trombo-emboli, kelainan serebro-vaskuler, diabetes mellitus, dan kehamilan.

(b) Kontraindikasi relative : depresi, migran, mioma uteri, hipertensi, oligomenorea dan amenorea. Pemberian pil kombinasi perempuan yang mempunyai kelainan tersebut di atas harus diawasi secara teratur dan terus menerus, sekurang-kurangnya tiga bulan sekali.

(3) Kelebihan dan Kekurangan Pil Kombinasi

Kelebihan pil kombinasi antara lain :

(a) Efektivitasnya dapat dipercaya (daya guna teoritis hamper 100% daya guna pemakaiannya 95-98%).

(b) Frekuensi koltus tidak perlu diatur.

(c) Siklus haid jadi teraur.

(d) Keluhan-keluhan disminorea yang perimer menjadi berkurang atau hilang sama sekali.

Kekurangan Pil Kombinasi antara lain :

(a) Pil harus diminum tiap hari, sehingga kadang-kadang merepotkan.

(b) Motivasi harus kuat.

(c) Adanya efek samping walaupun sifatnya sementara, seperti mual, sakit kepala, dan muntah, nyeri buah dada.

(d) Untuk golongan penduduk tertentu harganya masih mahal.

b) Subkutis / Implant

(1) Jenis Implant

(a) Norplant. Terdiri atas enam batang silastik lembut berongga dengan panjang 3,4 cm dengan diameter 2 mm, yang diisi dengan 68 mg levonorgestrel. Lama kerjanya lima tahun.

(b) Implanon. Terdiri atas satu batang putih lentur dengan panjang kira-kira 40 mm dan diameter 2 mm, yang diisi dengan 68 mg 3-keto-desogestrel dan lama kerjanya tiga tahun.

(c) Jadena dan Indoplant. Terdiri atas dua batang yang berisi 75 mg levonorgestrel dengan lama kerja tiga tahun.

(2) Cara Kerja

(a) Lender serviks menjadi kental.

(b) Mengganggu proses pembentukan endometrium sehingga sulit terjadi implantasi.

(c) Mengurangi transportasi sperma.

(d) Menekan ovulasi.

(3) Keuntungan Implant

(a) Daya guna tinggi.

(b) Perlindungan jangka panjang (sampai lima tahun).

(c) Pengembalian tingkat kesuburan yang cepat setelah pencabutan.

(d) Tidak memerlukan pemeriksaan dalam.

(e) Bebas dari pengaruh estrogen.

(f) Tidak mengganggu aktivitas seksual.

(g) Tidak mengganggu produksi ASI.

(h) Klien hanya perlu kembali jika ada keluhan. Dapat dicabut setiap saat sesuai dengan kebutuhan.

(4) Keterbatasan Implant

Pada kebanyakan klien metode ini dapat menyebabkan perubahan pola haid berupa perdarahan bercak (spotting), hipermenorea atau meningkatnya jumlah darah haid, serta menorea. Timbulnya keluhan-keluhan sebagai berikut:

(a) Nyeri kepala

(b) Peningkatan/penurunan berat badan

(c) Nyeri payudara

(d) Perasaan mual

(e) Perubahan perasaan (mood) atau kegelisahan (nervousness)

(f) Tidak memberikan efek protektif terhadap infeksi menular seksual termasuk AIDS

(g) Klien tidak dapat menghentikan sendiri pemakaian kontrasepsi ini sesuai dengan keinginan, akan tetapi harus pergi ke klinik untuk pencabutan

c) Suntikan

1) Suntik 3 Bulan (Depo Provera)

Depo provera ialah 6-alfa-medroksiprogesteron yang digunakan untuk tujuan kontrasepsi parental, mempunyai efek progestagen yang kuat dan sangat efektif. Obat ini termasuk obat depot. Noristerat juga termasuk dalam golongan kontrasepsi suntikan.

(a) Mekanisme Kerja

(1) Obat ini menghalangi terjadinya ovulasi dengan jalan menekan pembentukan gonadotropin releasing hormone dari hipotalamus.

(2) Lender serviks bertambah kental, sehingga menghambat penetrasi sperma melalui serviks uteri.

(3) Implantasi ovum dalam endometrium dihalangi.

(4) Mempengaruhi transport ovum dituba.

(b) Keuntungan Kontrasepsi Suntik berupa Depo

- (1) Efektifitas tinggi
- (2) Pemakaiannya sederhana
- (3) Cukup menanyakan bagi akseptor (injeksi hanya 4x setahun)
- (4) Revasibel dan cocok bagi ibu-ibu yang menyusui anaknya dan ibu yang baru melahirkan

(c) Kekurangan Metode DEPO

- (1) Sering menimbulkan perdarahan yang tidak teratur
- (2) Dapat menimbulkan amenorea (Sarwono,2011;h. 445-448).

2) Suntik 1 Bulan

Suntikan bulanan mengandung 2 macam hormone progestin dan estrogen sampai hormone alami bagi perempuan. Juga disebut sebagai kontrasepsi suntikan kombinasi.

Preparat yang dipakai ialah endroxyprogesterone acetate (MPA)/ estradiol valerate.

Mekanisme kerjanya adalah mencegah keluarnya ovum dari ovarium (ovulasi). Efektivitasnya tergantung sat kembalinya untuk mendapatkan suntikan. Bila perempuan mendapatkan suntikan tepat waktu, angka kehamilanya kurang dari 1 per 100 perempuan yang menggunakan kontrasepsi bulanan dalam satu tahun pertama (Sarwono,2011;h.450)

d) Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR) yang mengandung Progesterone

(1) Pengertian

AKDR adalah pembawa obat kontrasepsi yang terbuat dari plastic kecil, biasanya terbentuk huruf T atau berpola mirip huruf T, dan pada bagian pangkal ertiklanya sebuah kawat tembaga. Alat ini juga dapat mempunyai lilitan tembaga pada kedua tangan transversalnya. Alat ini cukup fleksibel untuk dimasukan ke dalam suatu alat pendorong yang kemudian akan dimasukan ke dalam rongga rahim.

(2) Mekanisme kerja AKDR

AKDR mengganggu proses implantasi. Mekanisme pastinya masih belum jelas tetapi AKDR mampu menginduksi reaksi terhadap benda asing di endometrium dan mengurangi lewatnya spermatozoa ke saluran genetalia bagian atas. Adanya tembaga meningkatkan reaksi benda asing pada endometrium.

(ilustrasi obstetric,h.410-411).

(3) Jenis – jenis AKDR

Hingga kini telah terdapat berpuluh-puluh jenis AKDR :
Yang paling banyak digunakan dalam program keluarga berencana di indonesia adalah AKDR/IUD jenis Lippes loop. AKDR/IUD dapat dibagi dalam bentuk terbuka

linear dan bentuk tertutup sebagai cincin. Yang termasuk dalam bentuk terbuka dan linear antara lain ialah lippes loop, saf-T-coil, Dalkon Shield, CU-7, CU-T, Spring coil, dan Margulis spiral; sedangkan yang termasuk dalam golongan bentuk tertutup dengan bentuk dasar cincin adalah Otaring, Antigon F, Ragab ring, Cicin Gravenbreg, cincin HLL-stone, Birnbreg how, dan lain-lain (Sarwono.2011;h.452).

(4) Keuntungan AKDR

AKDR/IUD mempunyai keunggulan bila digunakan dengan cara kontrasepsi lainya antara laian:

- (a) Umumnya hanya memerlukan satu kali pemasangan dan dengan demikian satu kali motivasi.
- (b) Tidak menimbulkan efek sistemik.
- (c) Alat itu ekonomis dan cocok untuk penggunaan secara masal
- (d) Efektivitasnya cukup tinggi.
- (e) Revesibel. (Sarwono.2011;h.452)

(5) Efek Samping AKDR

- (a) Perdarahan
- (b) Rasa nyeri dan kejang di perut
- (c) Gangguan pada suami

(d) Ekspulsi (pengeluaran sendiri) (Sarwono, 2011;h.452-453).

e) Kontrasepsi Mantap pada perempuan (Sterilisasi)

1) Pengertian

Sterilisasi ialah tindakan yang dilakukan pada tuba fallopi perempuan atau kedua vas deferens laki-laki, yang mengakibatkan yang bersangkutan tidak dapat hamil atau tidak menyebabkan kehamilan lagi (Prawirohardjo,2011;h.456).

2) Keuntungan Sterilisasi

Motivasi hanya dilakukan satu kali saja, sehingga tidak diperlukan motivasi yang berulang-ulang

- (a) Efektivitasnya hamper 100%
- (b) Tidak mempengaruhi libido seksualitas
- (c) Tidak adanya kegagalan dari pihak pasien (patient's failure) (Prawirohardjo,2011;h.457).

e. Penapisan Penggunaan KB

Tujuan utama penapisan klien sebelum pemberian suatu metode kontrasepsi (misalnya pil KB, suntikan atau AKDR) adalah untuk menentukan apakah ada:

- 1) Kehamilan
- 2) Keadaan yang membutuhkan perhatian khusus

- 3) Masalah (misalnya diabetes atau tekanan darah tinggi) yang membutuhkan pengamatan dan pengelolaan lebih lanjut (Panduan Peraktis Pelayanan Kontrasepsi,2006;h.U-9)

Untuk sebagian besar klien keadaan ini bisa diselesaikan dengan cara anamnesis terarah, sehingga masalah utama dapat dikenali atau kemungkinan hamil dapat disingkirkan, sebagian besar cara kontrasepsi, kecuali AKDR dan kontrasepsi mantap tidak membutuhkan pemeriksaan fisik maupun panggul. Pemeriksaan laboratorium untuk klien keluarga berencana atau klien baru umumnya tidak diperlukan karena :

- 1) Sebagian besar klien keluarga berencana berusia muda (umur 16-35 tahun) dan umumnya sehat.
- 2) Pada wanita, masalah kesehatan reproduksi yang membutuhkan perhatian (misalnya kanker genetalia dan payudara, fibroma uterus) jarang didapat pada umur sebelum 35 atau 40 tahun).
- 3) Pil kombinasi dosis rendah yang sekarang tersedia (berisi estrogen dan progestin) lebih baik daripada produk sebelumnya karena efek samping lebih sedikit dan jarang menimbulkan masalah medis.
- 4) Pil progestin, suntikan, dan susuk bebas dari efek yang berhubungan dengan estrogen dan dosis progestin yang dikeluarkan perhari bahkan lebih rendah dari pil

kombinasi (Panduan Praktis Pelayanan Kontrasepsi, 2006; h. U9-U10).

Tanyakan pada klien hal-hal dibawah ini, bila semua jawaban klien adalah TIDAK, klien yang bersangkutan bisa memakai metode yang diinginkan.

Table 2.2 Daftar Penapisan Klien Metode Nonoperatif

Metode Hormonal (pil kombinasi, suntik dan susuk)	Ya	Tidak
Apakah hari pertama haid terakhir 7 hari yang lalu atau lebih		
Apakah anda menyusui kurang dari 6 minggu pascapersalinan		
Apakah mengalami perdarahan / bercak antara haid setelah senggama		
Apakah pernah icterus pada kulit atau mata		
Apakah pernah nyeri kepala hebat atau gangguan visual		
Apakah pernah nyeri hebat pada betis, paha, atau dada dan tungkai bengkak (edema)		
apakah pernah tekanan darah 160 mmHg (sistolik) atau 90 mmHg (diastolik)		
Apakah ada massa atau benjolan pada payudara		
Apakah anda sedang minum obat-obatan anti kejang (epilepsi)		
AKDR (semua jenis pelepas tembaga dan progestin)		
Apakah hari pertama haid terakhir 7 hari yang lalu		
Apakah klien (atau pasangan) mempunyai pasangan seks lain		
Apakah pernah mengalami infeksi menular seksual (IMS)		
Apakah pernah mengalami penyakit radang panggul atau kehamilan ektopik		
Apakah pernah mengalami haid banyak (lebih 102 pembalut tiap 4 jam)		
Apakah pernah mengalami haid lama (lebih dari 8 hari)		
Apakah pernah mengalami perdarahan/ perdarahan bercak antara haid atau setelah senggama		
Apakah pernah mengalami gejala penyakit jantung valvular atau kongenital		

- (1) Apabila klien menyusui dan kurang dari 6 minggu pasca persalinan maka pil kombinasi adalah metode pilihan terakhir.
- (2) Tidak cocok untuk pil progestin (minipil), suntikan (DMPA atau NET-EN), atau susuk.
- (3) Tidak cocok untuk suntikan progestin (DMPA atau NET-EN) (Panduan Praktis Pelayanan Kontrasepsi.2006;h.U10-U11)

Tabel 2.3 Daftar Tilik Penapisan Klien. Metode (Tubektomi)

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

Tabel 2.4 Daftar Tilik Penapisan Klien Metode

Keadaan Klien		Dapat dilakukan pada fasilitas rawat jalan	Dilakukan rujukan	pada fasilitas
Keadaan (anamnesis dan pemeriksaan fisik)	Umum dan	Keadaan umum baik, tidak ada tanda-tanda penyakit jantung, paru dan ginjal	Diabetes terkontrol, riwayat gangguan pembekuan darah, tanda-tanda penyakit jantung, paru dan ginjal	tidak

Keadaan emosional	Tenang	Cemas ,takut
tekanan darah	<160/100 mmHg	≥160/100 mmHg
infeksi atau kelainan	Normal	Tanda –tanda infeksi
skrotum/ inguinal		atau ada kelainan
anemia	Hb ≥ 8 g%	Hb <8 g%

B. Tinjauan Asuhan Kebidanan

a. Langkah I (Pengumpulan Data Dasar)

Langkah pertama dalam pengumpulan data dasar yang menyeluruh untuk mengevaluasi ibu dan bayi baru lahir. Data ini meliputi pengkajian riwayat pemeriksaan fisik dan pelvik sesuai indikasi, meninjau kembali proses perkembangan keperawatan saat ini atau catatan rumah sakit terdahulu, dan meninjau kembali data hasil laboratorium dan laporan penelitian terkait secara singkat, data dasar yang diperlukan adalah semua data yang berasal dari sumber informasi yang berkaitan dengan kondisi ibu dan bayi baru lahir.

b. Langkah II (Interpretasi Data Dasar)

Menurut sebuah identifikasi masalah atau diagnosis dan kebutuhan atau asuhan yang akurat berdasarkan perbaikan interpretasi data yang benar.

c. Langkah III (Identifikasi Diagnosa atau Masalah Potensial)

Langkah ketiga berkenan dengan tindakan antisipasi pencegahan jika memungkinkan, menunggu dengan waspada penuh, dan persiapan terhadap semua keadaan yang mungkin

muncul. Langkah ini adalah langkah yang sangat penting dalam memberi asuhan kesehatan yang aman.

d. Langkah IV (identifikasi Kebutuhan Tindakan Segera)

Mengevaluasi kebutuhan akan intervensi dan atau konsultasi bidan atau dokter yang di butuhkan dengan segera, serta manajemen kolaborasi dengan anggota tim tenaga kesehatan lain, sesuai dengan kondisi yang diperlihatkan oleh ibu dan bayi baru lahir.

e. Langkah V (Perencanaan)

Mengembangkan sebuah rencana perawatan kesehatan yang menyeluruh, didukung oleh penjelasan rasional yang valid, yang mendasari keputusan yang dibuat dan dilaksanakan pada langkah-langkah sebelumnya.

f. Langkah VI (Pelaksanaan)

Langkah keenam adalah melakukan rencana asuhan secara menyeluruh. Langkah ini dapat dilakukan secara keseluruhan oleh bidan atau dilakukan sebagian oleh ibu atau orang tua, bidan, atau anggota tim kesehatan lainnya.

g. Langkah VII (Evaluasi)

Langkah ketujuh, merupakan tindakan untuk memeriksa apakah rencana asuhan yang dilakukan benar – benar mencapai langkah tujuan, yaitu memenuhi kebutuhan ibu, seperti yang di identifikasikan pada langkah kedua tentang masalah, diagnosis, maupun kebutuhan asuhan lainnya. Rencana tersebut menjadi

efektif bila bidan mengimplementasikan semua tindakan dalam rencana, dan menjadi tidak efektif bila tidak di implementasikan. mungkin saja sebagian efektif, sementara sebagian lain rencana tersebut tidak efektif.

1. Standar Asuhan Kebidanan

Berdasarkan Permenkes No. 938/Menkes/SK/VIII/2007

a. Standar 1 : Pengkajian

1) Pernyataan Standar

Bidan mengumpulkan semua informasi yang akurat, relevan dan lengkap dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi klien.

2) Kriteria Pengkajian

- a) Data tepat, akurat dan lengkap
- b) Terdiri dari subyektif (hasil anamnesa, biodata, keluhan utama, riwayat obstetri, riwayat kesehatan dan latar belakang sosial budaya)
- c) Data obyektif (hasil pemeriksaan fisik, psikologi dan pemeriksaan penunjang)

b. Standar II : Perumusan diagnosa atau masalah Kebidanan

1) Pernyataan Standar

Bidan menganalisa data yang diperoleh pada pengkajian, menginterpretasikannya secara akurat dan logis untuk menegakan diagnosa dan masalah kebidanan yang tepat.

2) Kriteria perumusan diagnosa atau masalah

- a) Diagnosa sesuai dengan nomenklatur kebidanan
- b) Masalah dirumuskan sesuai dengan kondisi klien
- c) Dapat diselesaikan dengan asuhan kebidanan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan

c. Standar III : Perencanaan

1) Pernyataan Standar

Bidan merencanakan asuhan kebidanan berdasarkan diagnosa dan masalah yang di tegakan

2) Kriteria perencanaan

- a) Rencana tindakan di susun berdasarkan prioritas masalah dan kondisi klien, tindakan segera, tindakan antisipasi, dan asuhan secara komprehensif
- b) Melibatkan klien atau pasien dan keluarga
- c) Mempertimbangkan kondisi psikologi, sosial budaya klien dan keluarga
- d) Memilih tindakan yang aman sesuai kondisi dan kebutuhan klien berdasarkan evidence based dan memastikan bahwa asuhan yang diberikan bermanfaat untuk klien
- e) Mempertimbangkan kebijakan dan peraturan yang berlaku, sumber daya serta fasilitas yang ada

d. Standar IV : Implementasi

1) Pernyataan Standar

Bidan melakukan rencana asuhan kebidanan secara komprehensif, efektif, efisien dan aman berdasarkan evidence

based kepada klien atau pasien, dalam bentuk upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif. Dilaksanakan secara mandiri kalaborasi dan rujukan.

2) Kriteria

- a) Memperhatikan keunikan klien sebagai makhluk bio-psiko-spiritual-kultural
- b) Setiap tindakan asuhan kebidanan harus mendapatkan persetujuan dari klien dan keluarganya (inform consent)
- c) Melaksanakan tindakan asuhan kebidanan berdasarkan evidence based
 - (1) Melibatkan klien atau pasien dalam setiap tindakan
 - (2) Menjaga privasi klien dan pasien
 - (3) Melaksanakan prinsip pencegahan infeksi
 - (4) Mengikuti perkembangan kondisi klien secara berkesinambungan
 - (5) Menggunakan sumber daya dan fasilitas yang ada dan sesuai
 - (6) Mencatat semua tindakan yang telah dilakukan.

e. Standar V : Evaluasi

1) Pernyataan standar

Bidan melakukan evaluasi secara sistimatis dan berkesinambungan untuk melihat keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan, sesuai dengan perubahan perkembangan kondisi klien

2) Kriteria Evaluasi

- a) Penilaian dilakukan segera setelah selesai melaksanakan asuhan sesuai kondisi klien
- b) Hasil evaluasi segera dicatat dan dikomunikasikan padaklien dan keluarga
- c) Evaluasi dilakukan dengan standar
- d) Hasil evaluasi ditindak lanjuti sesuai dengan kondisiklien atau pasien

f. Standar VI : Pencatatan Asuhan Kebidanan

1) Pernyataan Standar

Bidan melakukan pencatatan secara lengkap, akurat, singkat dan jelas mengenai keadaan atau kejadian yang ditemukan dan dilakukan dalam memberikan asuhan kebidanan.

2) Kriteria pencatatan asuhan kebidanan

- a) Pencatatandilakukan segera setelah melakukan asuhan pada formulir yang tersedia (rekam medis, KMS, status pasin dan buku KIA)
- b) Ditulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP
- c) S adalah data Subyektif, mencatat hasil anamnesa
- d) O adalah data obyektif, mencatat hasil pemeriksaan
- e) A adalah hasil analisa, mencatat diagnosa dan masalah kebidanan
- f) P adalah penatalaksanaan, mencatat asuhan perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan

antisipatif, tindakan segera, tindakan secara komprehensif, penyuluhan dukungan, kolaborasi, evaluasi atau follow up dan rujukan.

C. Aspek Hukum

1. Landasan hukum kewenangan bidan

Berdasarkan PERMENKES RI nomor 1464/MENKES/PER/XI/2010 tentang penyelenggaraan praktik bidan pada :

- a. Pasal 9 dijelaskan bahwa bidan dalam menjalankan praktiknya berwenang untuk memberikan pelayanan yang meliputi pelayanan kesehatan ibu, pelayanan kesehatan anak dan pelayanan kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana
- b. Pasal 10 menjelaskan bahwa dalam memberikan pelayanan kesehatan ibu meliputi konseling pada masa pra kehamilan, kehamilan normal, persalinan normal, ibu nifas normal, ibu menyusui dan konseling pada masa antara dua kehamilan
- c. Dalam pasal 11 dijelaskan bahwa dalam memberikan pelayanan kesehatan anak, bidan berwenang untuk memberikan asuhan bayi baru lahir normal, dan dalam memberikan penyuluhan
- d. Pasal 12 konseling tentang kesehatan reproduksi perempuan dan KB tercantum.

2. Standar Kompetensi Bidan

Diatur dalam Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor : 369/MENKES/SK/III/2007

Kompetensi ke 1	Bidan mempunyai persyaratan pengetahuan dan ketrampilan dan ilmu-ilmu sosial, kesehatan masyarakat dan etik yang membentuk dasar dari asuhan yang bermutu tinggi sesuai dengan budaya, untuk wanita, bayi baru lahir dan keluarga.
Kompetensi ke 2	Bidan memberikan asuhan yang bermutu tinggi, pendidikan kesehatan yang tanggap terhadap budaya dan pelayanan menyeluruh dimasyarakat dalam rangka untuk meningkatkan kehidupan keluarga yang sehat, perencanaan kehamilan dan persiapan menjadi orang tua.
Kompetensi ke 3	Bidan memberikan asuhan antenatal bermutu tinggi untuk mengoptimalkan kesehatan selama kehamilan yang meliputi : deteksi dini, pengobatan atau rujukan dari komplikasi tertentu.
Kompetensi ke 4	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
Kompetensi ke 5	Bidan memberikan asuhan pada ibu nifas dan menyusui yang bermutu tinggi dan tanggap terhadap budaya setempat
Kompetensi ke 6	Bidan memberikan asuhan yang bermutu tinggi, komprehensif pada bayi baru lahir sehat sampai dengan 1 bulan
Kompetensi ke 7	Bidan memberikan asuhan yang bermutu tinggi, komprehensif pada bayi dan balita sehat (1-5 bulan)
Kompetensi ke 8	Bidan memberikan asuhan yang bermutu tinggi dan komprehensif pada keluarga, kelompok dan masyarakat sesuai dengan budaya setempat
Kompetensi ke 9	Melaksanakan asuhan komprehensif pada wanita atau ibu dengan gangguan sistem reproduksi.

(KEPMENKES RI, 2010 hal : 5)