

BAB II

TINJAUAN TEORI

I. Tinjauan Medis

A. Kehamilan

1. Definisi Kehamilan

Menurut buku Prawirohardjo (2010;h.213), menurut Federasi Obstetri Ginekologi Internasional, kehamilan didefinisikan sebagai fertilisasi atau penyatuan dari spermatozoa dan ovum dan dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi. Sedangkan menurut Varney (2007;h.492), periode antepartum adalah periode kehamilan yang dihitung sejak Hari Pertama Haid Terakhir (HPHT) hingga dimulainya persalinan sejati yang menandai awal periode antepartum.

Jadi, kehamilan adalah penyatuan dari spermatozoa dan ovum yang kemudian berimplantasi yang dimulai dari Hari Pertama Haid Terakhir (HPHT) sampai mulai terjadinya tanda-tanda persalinan.

Menurut Mochtar (2012;h.35), kehamilan dibagi atas 3 triwulan (trimester) : (a) kehamilan triwulan I antara minggu 0-12, (b) kehamilan triwulan II antara minggu 12-28, dan (c) kehamilan triwulan III antara minggu 28-40. Sedangkan menurut Prawirohardjo (2010;h.213), kehamilan terbagi dalam 3 trimester, dimana trimester kesatu berlangsung dalam 12 minggu, trimester

kedua 15 minggu (minggu ke 13 hingga ke-27), dan trimester ke ketiga 13 minggu (minggu ke-28 hingga ke-40). Dan menurut Varney (2007;h.492).

2. Tanda-Tanda Kehamilan

Menurut Mochtar (2012;h.35-37), tanda-tanda kehamilan adalah :

a) Tanda dugaan/presumtif :

- 1) Amenorea (tidak mendapat haid)
- 2) Mual dan muntah (*nausea and vomiting*)
- 3) Mengidam (ingin makanan khusus)
- 4) Pingsan
- 5) Tidak ada selera makan (anoreksia)
- 6) Lelah (*fatigue*)
- 7) Payudara membesar, tegang, dan sedikit nyeri
- 8) Miksi sering
- 9) Konstipasi/obstipasi
- 10) Pigmentasi kulit
- 11) Epulis: hipertrofi papila gingivalis
- 12) Pemekaran vena-vena (varises)

b) Tanda mungkin :

- 1) Perut membesar
- 2) Uterus membesar
- 3) Tanda Hegar

- 4) Tanda Chadwick
 - 5) Tanda Piskacek
 - 6) Braxton Hicks
 - 7) Terabaikan ballotement
 - 8) Tanda Goodell
 - 9) Reaksi kehamilan positif
- c) Tanda Pasti :
- 1) Gerakan janin yang dapat dilihat atau dirasakan atau diraba, juga bagian-bagian janin
 - 2) Terdapat Denyut Jantung Janin
 - 3) Terlihat tulang-tulang janin dalam foto rontgen

3. Perubahan Anatomi dan Fisiologis Kehamilan

Menurut Bobak, dkk. (2005;h.112-122) menyebutkan perubahan fisiologis atau anatomis pada ibu hamil adalah :

a) Sistem Kardiovaskuler

Penyesuaian maternal terhadap kehamilan melibatkan perubahan sistem kardiovaskuler yang ekstensif, baik aspek anatomis maupun fisiologis. Adaptasi kardiovaskuler melindungi fungsi fisiologi normal wanita, memenuhi kebutuhan metabolik tubuh saat hamil, dan menyediakan kebutuhan untuk perkembangan dan pertumbuhan janin.

b) Sistem Pernafasan

Kebutuhan oksigen ibu meningkat sebagai respons terhadap percepatan laju metabolik dan peningkatan kebutuhan oksigen jaringan uterus dan payudara. Janin membutuhkan oksigen dan suatu cara untuk membuang karbondioksida. Peningkatan kadar estrogen menyebabkan ligamen pada kerangka iga berelaksasi sehingga ekspansi rongga dada meningkat. Karena rahim membesar, panjang paru-paru berkurang. Diameter transversal kerangka toraks meningkat sekitar 2 cm dan lingkaran kerangka iga meningkat 5 sampai 7 cm (Cunningham, dkk., 1993).

c) Sistem Ginjal

Ginjal merupakan organ ekskresi yang vital. Tujuan organ ini ialah mempertahankan lingkungan interanal tubuh agar berada dalam status homeostatis yang relatif konstan. Hal ini penting untuk efisiensi fungsi tubuh pada tingkat seluler. Ginjal berfungsi mempertahankan keseimbangan elektrolit dan asam-basa, mengatur volume cairan ekstrasel, mengekskresi produk sampah, dan menyimpan nutrien yang sangat penting.

d) Sistem Integumen

Perubahan keseimbangan hormon dan peregangan mekanis menyebabkan timbulnya beberapa perubahan dalam sistem integumen selama masa hamil. Perubahan yang umum timbul terdiri dari peningkatan ketebalan kulit dan lemak subdermal,

hiperpigmentasi, pertumbuhan rambut dan kuku, percepatan aktivitas kelenjar keringat dan kelenjar sebacea, peningkatan sirkulasi dan aktivitas vasomotor. Jaringan elastis kulit mudah pecah, menyebabkan stria gravidarum, atau tanda regangan. Respon alergi kulit meningkat.

e) Sistem Muskuloskeletal

Perubahan tubuh secara bertahap dan peningkatan berat wanita hamil menyebabkan postur dan cara berjalan wanita berubah secara mencolok. Peningkatan distensi abdomen yang membuat panggul miring ke depan, penurunan tonus otot perut, dan peningkatan beban berat badan pada akhir kehamilan membutuhkan penyesuaian ulang kurvatura spinalis. Pusat gravitasi wanita bergeser ke depan. Payudara yang besar dan posisi bahu yang bungkuk saat berdiri akan semakin membuat kurva punggung dan lumbar menonjol. Struktur ligamentum dan otot tulang belakang bagian tengah dan bawah mendapat tekanan berat. Perubahan ini dan perubahan lain terkait seringkali menimbulkan rasa tidak nyaman pada muskuloskeletal.

f) Sistem Neurologi

Perubahan fisiologis spesifik akibat kehamilan dapat menyebabkan timbulnya gejala neurologis dan neuromuskular.

g) Sistem Pencernaan

Selama masa hamil nafsu makan meningkat, sekresi usus berkurang, fungsi hati berubah, dan absorpsi nutrisi meningkat. Usus besar bergeser ke arah lateral atas dan posterior. Aktivitas peristaltik (motilitas) menurun. Akibatnya, bising usus menghilang dan konstipasi, mual, serta muntah umum terjadi. Aliran darah ke panggul dan tekanan vena meningkat, menyebabkan hemoroid terbentuk pada akhir kehamilan.

h) Sistem Endokrin

Perubahan besar pada sistem endokrin yang esensial terjadi untuk mempertahankan kehamilan, pertumbuhan normal janin, dan pemulihan pascapartum (nifas).

4. Pembagian Kehamilan

a. Trimester Pertama

Trimester pertama sering dianggap sebagai periode penyesuaian. Penyesuaian yang dilakukan wanita adalah terhadap kenyataan bahwa ia sedang mengandung. Seluruh periode zigot dan embrionik dan dua minggu pertama periode janin (dari total 10 minggu kehidupan setelah fertilisasi) berada pada 12 minggu pertama kehamilan dihitung dari masa menstruasi terakhir, yang merupakan trimester pertama (Varney, 2007; h.501;h.504).

b. Trimester Kedua

Trimester kedua sering dikenal sebagai periode kesehatan yang baik, yakni periode ketika wanita merasa nyaman dan bebas dari segala ketidaknyamanan yang normal dialami saat hamil. Namun, trimester kedua juga merupakan fase ketika wanita menelusur ke dalam dan paling banyak mengalami kemunduran. Trimester kedua sebenarnya terbagi atas dua fase : *pra-quickening* dan *pasca-quickening*. *Quickening* menunjukkan kenyataan adanya kehidupan yang terpisah, yang menjadi dorongan bagi wanita dalam melaksanakan tugas psikologis utamanya pada trimester kedua, yakni mengembangkan identitas sebagai ibu bagi dirinya sendiri, yang berbeda dari ibunya. Trimester kedua, yang berlangsung 15 minggu, mencakup minggu ke-13 hingga minggu ke-27 mengacu pada LMP (*Last Menstrual Periode*). Usia kehamilan ini ekuivalen dengan minggu ke-11 hingga minggu ke-25 sejak pascafertilisasi (Varney, 2007; h.502;h.511).

c. Trimester Ketiga

Trimester ketiga sering disebut periode penantian dengan penuh kewaspadaan. Pada periode ini wanita mulai menyadari kehadiran bayi sebagai makhluk yang terpisah sehingga ia menjadi tidak sabar menanti kehadiran sang bayi. Trimester ketiga, berlangsung 13 minggu, mencakup minggu ke-28 hingga

ke-40 mengacu pada LMP. Usia ini ekuivalen dengan minggu ke-26 hingga ke-38 sejak pascafertilisasi (Varney, 2007; h.503;h.511).

5. Ketidaknyaman Kehamilan dan Cara Mengatasinya

Ketidaknyamanan pada trimester I kehamilan :

a. Nausea

Nausea dengan atau tanpa disertai muntah-muntah, ditafsirkan keliru sebagai *morning sickness*, tetapi paling sering terjadi pada siang atau sore hari atau bahkan sepanjang hari. Nausea lebih kerap terjadi pada saat perut kosong sehingga biasanya lebih parah di pagi hari (Varney, 2007;h.536).

Cara mengatasi :

- 1) Makanlah makanan dengan porsi kecil, sering, bahkan setiap dua jam karena hal ini lebih mudah dipertahankan dibanding makan porsi besar tiga kali sehari.
- 2) Makanlah biskuit kering atau roti bakar sebelum beranjak dari tempat tidur di pagi hari.
- 3) Jangan menyikat gigi segera setelah makan untuk menghindari stimulasi refleks gag.
- 4) Minumlah minuman yang mengandung karbonat, khususnya gingerale.
- 5) Menghindari makanan beraroma kuat atau menyengat.
- 6) Membatasi lemak dalam diet

- 7) Mengenakan pembalut lengan yang berfungsi sebagai akupresur.
- 8) Selalu mengingat bahwa nausea kemungkinan besar berakhir pada trimester ke dua.
- 9) Istirahat.
- 10) Menggunakan obat-obatan. Bidan harus mewaspadaai penggunaan obat-obatan yang belum banyak diteliti efek teratogeniknya (Varney, 2007;h.537).

b. Ptialisme (Salivasi Berlebihan)

Ptialisme merupakan kondisi yang tidak lazim, yang dapat disebabkan oleh peningkatan keasaman di dalam mulut atau peningkatan asupan zat pati, yang menstimulasi kelenjar saliva pada wanita yang rentan mengalami salivasi berlebihan (Varney, 2007;h.537).

c. Keletihan

Keletihan dialami pada trimester pertama, namun alasannya belum diketahui. Salah satu dugaan adalah bahwa keletihan diakibatkan oleh penurunan drastis laju metabolisme dasar pada awal kehamilan, tetapi alasan hal ini terjadi masih belum jelas. Dugaan lain adalah bahwa peningkatan progesteron memiliki efek menyebabkan tidur. Metode untuk meredakannya adalah meyakinkan kembali bahwa keletihan adalah hal yang normal dan bahwa keletihan akan hilang secara spontan pada trimester ke

dua. Latihan ringan dan nutrisi yang baik juga dapat membantu mengatasi kelelahan (Varney, 2007;h.537-538).

d. Nyeri Punggung Bagian Atas

Nyeri punggung bagian atas terjadi selama trimester pertama akibat peningkatan ukuran payudara, yang membuat payudara menjadi berat. Pembesaran ini dapat mengakibatkan tarikan otot jika payudara tidak disokong adekuat. Metode untuk mengurangi nyeri ini ialah dengan menggunakan bra yang berukuran sesuai ukuran payudara (Varney, 2007;h.538).

e. Leukorea

Leukorea adalah sekresi vagina dalam jumlah besar, dengan konsistensi kental atau cair, yang dimulai pada trimester pertama. Sekresi ini bersifat asam akibat perubahan sejumlah besar glikogen pada sel epitel vagina menjadi asam laktat oleh basil Döderlein. Upaya untuk mengatasi leukorea :

- 1) Memperhatikan kebersihan tubuh pada area tersebut dan mengganti *panty* berbahan katun dengan sering.
- 2) Sebaiknya tidak melakukan *douch* atau menggunakan semprot untuk menjaga kebersihan area genitalia (Varney, 2007;h.538).

f. Peningkatan Frekuensi Berkemih (Nonpatologis)

Frekuensi berkemih selama trimester pertama terjadi akibat peningkatan berat pada fundus uterus. Hal ini menimbulkan tekanan langsung pada kandung kemih. Tekanan ini akan

berkurang seiring uterus terus membesar dan keluar dari panggul sehingga menjadi salah satu organ abdomen, sementara kandung kemih tetap merupakan organ panggul. Metode yang dapat dilakukan untuk mengurangi frekuensi berkemih ini adalah menjelaskan mengapa hal tersebut terjadi dan mengurangi asupan cairan sebelum tidur malam sehingga wanita tidak perlu bolak balik ke kamar mandi pada saat mencoba tidur (Varney, 2007;h.538).

g. Nyeri Ulu Hati

Timbul menjelang akhir trimester ke dua dan bertahan hingga trimester ke tiga. Nyeri ulu hati adalah kata lain untuk regurgitasi atau refluks isi lambung yang asam menuju esofagus bagian bawah akibat peristaltis balikan. Cara mengatasinya, adalah :

- 1) Makan dalam porsi kecil, tapi sering, untuk menghindari lambung menjadi terlalu penuh.
- 2) Mempertahankan postur tubuh yang baik supaya ada ruang lebih besar bagi lambung untuk menjalankan fungsinya.
- 3) Meregangkan lengan melampaui kepala untuk memberi ruang bagi perut untuk berfungsi.
- 4) Menghindari makanan berlemak.

- 5) Menghindari minum bersamaan dengan makan karena cairan cenderung menghambat asam lambung, diet makanan kering tanpa roti-rotian dapat membantu.
- 6) Menghindari makanan dingin.
- 7) Menghindari makanan pedas atau makanan lain yang dapat menyebabkan gangguan pencernaan.
- 8) Mengupayakan minum susu murni daripada susu manis.
- 9) Meminum susu skim dan/atau konsumsi es krim lemak.
- 10) Menghindari makanan berat atau makanan lengkap sesaat sebelum tidur.
- 11) Menggunakan preparat antasida dengan kandungan hidroksi aluminium, hidroksi magnesium, atau magnesium trisilikat (Varney, 2007;h.538-539).

h. Flatulen

Peningkatan flatulen diduga akibat penurunan motilitas gastrointestinal. Hal ini kemungkinan merupakan akibat efek peningkatan progesteron yang merelaksasi otot halus dan akibat pergeseran serta tekanan pada usus halus karena pembesaran uterus. Cara untuk mengurangi flatulen, adalah :

- 1) Memiliki pola defekasi haria teratur dan menghindari makanan yang menghasilkan gas.
- 2) Memposisikan lutut-dada akan membantu ketidaknyamanan akibat gas yang terperangkap di dalam (Varney, 2007;h.539).

Ketidaknyamanan pada trimester II kehamilan :

a. Konstipasi

Konstipasi diduga terjadi akibat penurunan peristaltis yang disebabkan relaksasi otot polos pada usus besar ketika terjadi peningkatan jumlah progesteron. Pergeseran dan tekanan pada usus akibat pembesaran uterus atau bagian presentasi juga dapat menurunkan motilitas pada saluran gastrointestinal sehingga menyebabkan konstipasi. Cara mengatasinya :

- 1) Mengonsumsi obat-obatan hanya boleh digunakan jika cara yang alami tidak adekuat.
- 2) Mempunyai asupan cairan yang adekuat, yakni minum air mineral 8 gelas/hari (ukuran gelas minum).
- 3) Mengonsumsi buah prem atau jus prem karena prem merupakan laksatif ringan alami.
- 4) Istirahat siang hari cukup.
- 5) Meminum air hangat saat bangun dari tempat tidur untuk menstimulasi peristaltis.
- 6) Memakan makanan berserat, dan mengandung serat alami.
- 7) Memiliki pola defekasi yang baik dan teratur. Hal ini mencakup penyediaan waktu yang teratur untuk melakukan defekasi dan kesadaran untuk tidak mengacuhkan “dorongan” untuk menunda defekasi.

- 8) Melakukan latihan secara umum, berjalan setiap hari, pertahankan postur yang baik, mekanisme tubuh yang baik, latihan kontraksi otot abdomen bagian bawah secara teratur.
- 9) Mengonsumsi laksatif ringan, pelunak feses, dan/atau supositoria gliserin jika ada indikasi (Varney, 2007;h.539).

b. Hemoroid

Semua penyebab konstipasi berpotensi menyebabkan hemoroid. Progesteron juga menyebabkan relaksasi dinding vena dan usus besar. Selain itu, pembesaran uterus mengakibatkan peningkatan tekanan, secara spesifik juga secara umum pada vena hemoroid. Tekanan ini akan mengganggu sirkulasi vena dan mengakibatkan kongesti pada vena panggul. Cara mengatasi :

- 1) Menghindari konstipasi.
- 2) Menghindari mengejan saat defekasi.
- 3) Mandi berendam air hangat.
- 4) Mengompres *witch hazel*.
- 5) Mengompres es.
- 6) Mengompres garam espom.
- 7) Memasukkan kembali hemoroid ke dalam rectum (menggunakan lubrikasi), dilakukan sambil latihan mengencangkan perineum (Kegel).
- 8) Melakukan tirah baring dengan cara mengevaluasi panggul dan ekstremitas bagian bawah.

9) Mengoleskan salep analgesik dan/atau anastesi topikal.

10) Preparat H (Varney, 2007;h.539-540).

c. Kram Tungkai

Cara mengatasi :

- 1) Meminta ibu meluruskan kaki yang kram dan menekan tumitnya.
- 2) Mendorong wanita untuk melakukan latihan umum dan memiliki kebiasaan mempertahankan mekanisme tubuh yang baik guna meningkatkan sirkulasi darah.
- 3) Menganjurkan elevasi kaki secara teratur sepanjang hari.
- 4) Menganjurkan diet mengandung kalsium dan pospor (Varney, 2007;h.540).

d. Edema Dependen

Cara mengatasi :

- 1) Menghindari menggunakan pakaian ketat.
- 2) Mengelevasi kaki secara teratur sepanjang hari.
- 3) Memposisikan menghadap kesamping saat berbaring.
- 4) Menggunakan penyokong atau korset pada abdomen maternal yang dapat melonggarkan tekanan pada vena-vena panggul (Varney, 2007;h. 540).

e. Varises

Cara mengatasi :

- 1) Mengenakan kaos kaki penyokong, pembalut yang baik atau kaos kaki elastis.
- 2) Menghindari mengenakan pakaian ketat.
- 3) Menghindari berdiri lama.
- 4) Menyediakan waktu istirahat, dengan kaki dielevasi secara periodik sepanjang hari.
- 5) Berbaring dengan mengambil posisi sudut kanan beberapa kali sehari.
- 6) Mengambil posisi inklinasi beberapa kali sehari (untuk varises vulva).
- 7) Mempertahankan tungkai tidak menyilang saat duduk.
- 8) Duduk kapanpun memungkinkan terutama dengan kedua tungkai dielevasi, meminimalkan berdiri.
- 9) Mempertahankan postur tubuh dan mekanisme tubuh yang baik.
- 10) Melakukan latihan ringan dan berjalan secara teratur untuk memfasilitasi peningkatan sirkulasi.
- 11) Memberi sokongan fisik pada varises vulva dengan menggunakan bantalan karet yang dikaitkan dengan sabuk yang bersih.

- 12) Mengenakan penyokong abdomen maternal atau korset untuk menghilangkan tekanan pada vena panggul.
- 13) Melakukan latihan kegel untuk mengurangi varises vulva atau hemoroid untuk meningkatkan sirkulasi.
- 14) Melakukan mandi air hangat yang menyenangkan (Varney, 2007;h. 540).

Ketidaknyamanan pada trimester III kehamilan :

a. Dispareunia

Nyeri saat berhubungan seksual dapat berasal dari sejumlah penyebab selama kehamilan. Perubahan fisiologis dapat menjadi penyebab, seperti kongesti vagina/panggul akibat gangguan sirkulasi yang dikarenakan tekanan uterus yang membesar atau tekanan bagian presentasi. Cara mengatasi :

- 1) Merubah posisi dapat mengurangi masalah yang disebabkan oleh pembesaran abdomen atau nyeri akibat penetrasi yang terlalu dalam.
- 2) Mengkompres es dapat mengurangi kongesti yang dapat ditangani, juga menimbulkan ketidaknyamanan tersendiri.
- 3) Mendiskusikan pemikiran yang salah dan ketakutan yang dirasakan dan memberi fakta dapat menenangkan ibu.
- 4) Pasangan biasanya menyambut baik informasi mengenai cara alternatif untuk memuaskan hasrat seksual masing-masing pasangan (Varney, 2007;h. 540-541).

b. Nokturia

Cara mengatasi : menjelaskan mengapa hal ini terjadi lalu membiarkan ibu memilih cara yang nyaman baginya dan menganjurkan ibu mengurangi cairan setelah makan sore sehingga asupannya selama sisa hari tersebut tidak akan memperberat masalah (Varney, 2007;h. 541).

c. Insomnia

Cara mengatasi :

- 1) Mandi air hangat.
- 2) Meminum air hangat sebelum tidur.
- 3) Melakukan aktivitas yang tidak menimbulkan stimulus sebelum tidur.
- 4) Mengambil posisi relaksasi.
- 5) Menggunakan teknik relaksasi progresif (Varney, 2007;h. 541).

d. Nyeri pada Ligamentum Teres Uteri

Cara mengatasinya :

- 1) Memfleksikan lutut ke abdomen.
- 2) Membungkuk ke arah nyeri untuk mengurangi peregangan pada ligamen.
- 3) Miringkan panggul.
- 4) Melakukan mandi air hangat.
- 5) Melakukan kompres hangat pada area nyeri.

6) Menyokong uterus dengan menggunakan bantal tepat di bawah ibu dan sebuah bantal di antara ke dua lutut saat berbaring miring.

7) Mengenakan penyokong atau korset abdomen maternal (Varney, 2007;h. 541-542).

e. Nyeri Punggung Bawah (Nonpatologis)

Cara mengatasinya :

- 1) Menekuk kaki ketimbang membungkuk ketika mengangkat apa pun, sehingga kedua tungkai (paha) yang menopang berat badan dan meregang, bukan punggung.
- 2) Melebarkan kedua kaki dan tempatkan satu kaki sedikit di depan kaki yang lain saat menekukkan kaki sehingga terdapat jarak yang cukup saat bangkit dari posisi setengah jongkok.
- 3) Mengatur postur tubuh yang baik.
- 4) Mekanik tubuh yang tepat saat mengangkat beban.
- 5) Menghindari membungkuk berlebihan, mengangkat beban, dan berjalan tanpa istirahat.
- 6) Mengayunkan panggul/miringkan panggul.
- 7) Menggunakan sepatu tumit rendah.
- 8) Jika masalah bertambah parah, menggunakan penyokong abdomen eksternal dianjurkan.
- 9) Mengompres hangat pada punggung.
- 10) Mengompres es pada punggung.

11) Memijat/mengusap pada punggung.

12) Untuk istirahat/tidur :

a. Kasur yang menyokong.

b. Memposisikan badan dengan menggunakan bantal sebagai pengganjal untuk meluruskan punggung dan memiringkan tarikan dan regangan (Varney, 2007;h. 536-544).

6. Penatalaksanaan

Dalam buku Prawirohardjo (2010;h.N-2) menyatakan pada setiap kunjungan antenatal tersebut, perlu didapatkan informasi yang sangat penting. Tabel di bawah ini memberikan garis-garis besarnya.

Tabel 2.1 Jadwal Kunjungan Antenatal

Kunjungan	Waktu	Informasi Penting
Trimester pertama	Sebelum minggu ke 14	<ol style="list-style-type: none"> Membangun hubungan saling percaya antara petugas kesehatan dan ibu hamil. Mendeteksi masalah dan menanganinya. Melakukan tindakan pencegahan seperti tetanus neonatorum, anemia kekurangan zat besi, penggunaan praktek tradisional yang merugikan. Memulai persiapan kelahiran bayi dan kesiapan untuk menghadapi komplikasi. Mendorong perilaku yang sehat (gizi, latihan dan kebersihan, istirahat, dan sebagainya).
Trimester kedua	Sebelum minggu ke 28	Sama seperti di atas, ditambah kewaspadaan khusus mengenai preeklampsia (tanya ibu tentang gejala-gejala preeklampsia, pantau tekanan darah, evaluasi edema, periksa untuk mengetahui proteinuria).
Trimester ketiga	Antara minggu 28-36	Sama seperti di atas, ditambah palpasi abdominal untuk mengetahui apakah ada kehamilan ganda.
Trimester ketiga	Setelah minggu 36	Sama seperti di atas, ditambah deteksi letak bayi yang tidak normal, atau kondisi lain yang memerlukan kelahiran di rumah sakit.

Ibu hamil tersebut harus lebih sering dikunjungi jika terdapat masalah, dan ia hendaknya disarankan untuk menemui petugas kesehatan bilamana ia merasakan tanda-tanda bahaya atau jika ia merasa khawatir (Prawirohardjo, 2010;h.N-2).

7. Komplikasi dalam Kehamilan

Dalam buku Mochtar (2012;h.141-189) menyebutkan :

a. Hiperemesis Gravidarum

Adalah mual dan muntah yang berlebihan pada wanita hamil sampai mengganggu pekerjaan sehari-hari karena keadaan umumnya menjadi buruk, karena terjadi dehidrasi.

b. Toksemia Gravidarum

Istilah toksemia gravidarum untuk kumpulan gejala-gejala dalam kehamilan yang merupakan trias HPE (Hipertensi, Proteinuria, dan Edema), yang kadang-kadang bila keadaan lebih parah diikuti oleh KK (kejang-kejang/konvulsi dan koma).

c. Abortus (Keguguran) dan Kelainan dalam Tua Kehamilan

1) Keguguran adalah pengeluaran hasil konsepsi sebelum janin dapat hidup di luar kandungan. Abortus dibagi menjadi :

a) Abortus imminens. Keguguran mengancam keguguran belum terjadi kehamilan dapat dipertahankan.

b) Abortus insipien, adalah proses keguguran yang sedang berlangsung. Ditandai dengan adanya rasa sakit karena telah terjadi kontraksi rahim untuk mengeluarkan hasil

konsepsi. Ostium bisa ditemukan sudah terbuka dan kehamilan tidak dapat dipertahankan lagi.

- c) Abortus inkompletus (keguguran bersisa) : hanya sebagian dari hasil konsepsi yang dikeluarkan, yang tertinggal adalah desidua atau plasenta.
- d) Abortus kompletus (keguguran lengkap). Artinya seluruh hasil konsepsi dikeluarkan (desidua dan fetus), sehingga rongga rahim kosong.
- e) Missed abortion. Adalah keadaan dimana janin yang telah mati masih berada di dalam rahim.

2) Partus Prematurus dan Prematuritas

Menurut umur kehamilan (dan umur janin) pengakhiran kehamilan dapat berupa :

- a) Abortus (keguguran, kluron, kelulusan) : yaitu kehamilan dibawah 16 minggu, hasil konsepsi masih embrio dan plasenta belum selesai.
- b) Partus imaturus : yaitu kehamilan 16-28 minggu, berat badan janin kurang dari 1000 gram, dan tidak dapat hidup di luar kandungan.
- c) Partus prematurus : yaitu kehamilan 28-37 minggu, berat badan lahir 1000-2500 gram.
- d) Partus aterm (maturus) : yaitu kehamilan 38-40 minggu, berat badan lahir lebih dari 2500 gram, bayi matur.

Partus serotinus (postmaturitas) : kehamilan di atas 42 minggu, bayi disebut postmatur dengan tanda-tandanya.

3) Dismaturitas

Dismaturitas adalah istilah yang dipakai untuk menunjukkan ketidaksesuaian tuanya kehamilan dengan berat janin lahir.

4) Postmatur

Kehamilan postmatur adalah kehamilan yang berlangsung lebih lama dari 42 minggu, dihitung berdasarkan rumus Neagele dengan siklus haid rata-rata 28 hari. Partusnya disebut partus postmaturus atau serotinus dan bayinya disebut post-maturitas (serotinus).

5) Kematian Janin dalam Kandungan

Hal ini adalah keadaan tidak adanya tanda-tanda kehidupan janin dalam kandungan. Kematian Janin Dalam Kandungan (KJDK) atau *intra uterine fetal death* (IUFD) sering dijumpai, baik pada kehamilan di bawah 20 minggu maupun sesudah kehamilan 20 minggu.

6) Kelainan Letak Kehamilan (Kehamilan Ektopik)

Kehamilan ektopik adalah kehamilan dengan hasil konsepsi berimplantasi di luar endometrium rahim.

c. Penyakit Trofoblas

- 1) Molahidatidosa, adalah jontot-jontot korion yang tumbuh berganda berupa gelembung-gelembung kecil yang mengandung banyak cairan sehingga menyerupai buah anggur, atau mata ikan. Karena itu disebut juga hamil anggur atau mata ikan. Kelainan ini merupakan neoplasma trofoblas yang jinak (benigna).
- 2) Mola invasif, muncul dari invasi myometrium melalui penyebaran langsung maupun melalui aliran darah vena. Diagnosis ditegakkan secara klinis berdasarkan peningkatan atau pendataran kadar B HCG yang tidak kunjung normal sesudah evakuasi mola hidatidosa.
- 3) Choriokarsinoma, adalah penyakit keganasan dengan karakteristik hiperplasia dan anaplasia trofoblas abnormal.
- 4) Placental site throphoblastic tumor. Berasal dari tempat implantasi plasenta yang mirip dengan *syncytial endomyometritis*. Secara patologi sel tumor menginfiltrasi miometrium dan tumbuh diantara sel-sel otot polos dan menginvasi pembuluh darah.

d. Air Ketuban

- 1) Oligohidramnion, adalah suatu keadaan dimana air ketuban kurang dari normal, yaitu lebih kecil dari ½ liter.

2) Hidramnion, adalah suatu keadaan di mana jumlah air ketuban jauh lebih banyak dari normal, biasanya kalau lebih dari 2 liter.

3) Ketuban pecah dini adalah pecahnya ketuban sebelum in partu.

e. Perdarahan Antepartum (Hamil Tua)

Perdarahan antepartum adalah perdarahan yang terjadi setelah kehamilan 28 minggu. Biasanya lebih banyak dan lebih berbahaya daripada perdarahan kehamilan sebelum 28 minggu. Perdarahan sebelum, sewaktu, dan sesudah bersalin adalah kelainan yang tetap berbahaya dan mengancam jiwa ibu.

Klasifikasi perdarahan dalam kehamilan, yaitu :

1) Kelainan plasenta :

- a. Plasenta previa,
- b. Solusio plasenta (abruptio placenta), atau
- c. Perdarahan antepartum yang belum jelas sumbernya, seperti :

(1) Insersio velamentosa.

(2) Ruptura sinus marginalis.

(3) Plasenta sirkumvalata.

- d. Bukan dari kelainan plasenta, biasanya tidak begitu berbahaya, misalnya kelainan serviks dan vagina (erosio, polip, varises yang pecah) dan trauma.

B. Persalinan

1. Definisi Persalinan

Persalinan adalah rangkaian proses yang berakhir dengan pengeluaran hasil konsepsi oleh ibu. Proses ini dimulai dengan kontraksi persalinan sejati, yang ditandai oleh perubahan progresif pada serviks, dan diakhiri dengan kelahiran plasenta. penyebab awitan persalinan spontan tidak diketahui, walaupun sejumlah teori menarik telah dikembangkan dan profesional perawatan kesehatan mengetahui cara menginduksi persalinan pada kondisi tertentu (Varney, 2008;h.672).

Persalinan adalah suatu proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan uri) yang dapat hidup ke dunia luar, dari rahim melalui jalan lahir atau dengan jalan lain. Persalinan (*partus = labor*) adalah proses pengeluaran produk konsepsi yang viabel melalui jalan lahir biasa. Pelahiran (*delivery*) adalah momentum kelahiran janin sejak kala II (akhir kala I) (Mochtar, 2012;h.69;h.71).

Jadi, persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi yaitu dari lahirnya bayi sampai lahirnya plasenta ke dunia luar dari rahim melalui jalan lahir ibu atau dari jalan lahir yang lain.

Persalinan aktif dibagi menjadi tiga kala yang berbeda. Kala satu persalinan mulai ketika telah tercapai kontraksi uterus dengan frekuensi, intensitas, dan durasi yang cukup untuk menghasilkan pendataran dan dilatasi serviks yang progresif. Kala dua

persalinan dimulai ketika dilatasi serviks sudah lengkap, dan berakhir ketika janin sudah lahir. Kala dua persalinan disebut juga stadium ekspulsi janin. Kala tiga persalinan dimulai segera setelah janin lahir, dan berakhir dengan lahirnya plasenta dan selaput ketuban janin. Kala tiga persalinan disebut juga sebagai stadium pemisahan dan ekspulsi plasenta (Prawirohardjo, 2010;h.297).

2. Sebab-sebab yang Menimbulkan Persalinan

Dalam buku Mochtar (2012;h.69-70) menyebutkan teori-teori yang dikemukakan antara lain faktor-faktor humoral, struktur rahim, sirkulasi rahim, pengaruh tekanan pada saraf, dan nutrisi.

- a. **Teori penurunan hormon** : 1-2 minggu sebelum partus, mulai terjadi penurunan kadar hormon estrogen dan progesteron. Progesteron bekerja sebagai penenang otot-otot polos rahim. Karena itu, akan terjadi kekejangan pembuluh darah yang menimbulkan his jika kadar progesteron turun.
- b. **Teori plasenta menjadi tua** : penuaan plasenta akan menyebabkan turunnya kadar esterogen dan progesteron sehingga terjadi kekejangan pembuluh darah. Hal tersebut akan menimbulkan kontraksi rahim.
- c. **Teori distensi rahim** : rahim yang menjadi besar dan meregang menyebabkan iskemia otot-otot rahim sehingga mengganggu sirkulasi uteroplasenta.

d. **Teori iritasi mekanik** : di belakang serviks, terletak ganglion servikale (pleksus Frankenhauser). Apabila ganglion tersebut digeser dan ditekan, misalnya oleh kepala janin, akan timbul kontraksi uterus.

e. **Induksi partus** (*induction of labour*). Partus dapat pula ditimbulkan dengan :

- 1) Gagang laminaria : beberapa laminaria di masukkan dalam kanalis servisis dengan tujuan merangsang pleksus Frankenhauser,
- 2) Amniotomi : pemecahan ketuban,
- 3) Tetesan oksitosin : pemberian oksitosin melalui tetesan per infus.

3. Tanda dan Gejala Menjelang Persalinan

Dalam buku Mochtar (2012;h.69-70) menyebutkan, yaitu :

a. **Lightening**. Dimulai kira-kira 2 minggu sebelum persalinan, adalah penurunan bagian presentasi bayi ke dalam pelvis minor. Hal-hal spesifik berikut akan dialami ibu :

- 1) Ibu jadi sering berkemih karena kandung kemih ditekan sehingga ruang yang tersisa untuk ekspansi berkurang.
- 2) Perasaan tidak nyaman akibat tekanan panggul yang menyeluruh, yang membuat ibu merasa tidak enak dan timbul sensasi terus-menerus bahwa sesuatu perlu dikeluarkan atau ia perlu defekasi.

- 3) Kram pada tungkai, yang disebabkan oleh tekanan bagian presentasi pada saraf yang menjalar melalui foramen iskiadikum mayor dan menuju ke tungkai.
- 4) Peningkatan stasis vena yang menghasilkan edema dependen akibat tekanan bagian presentasi pada pelvis minor menghambat aliran balik darah dari ekstremitas bawah.
- b. Perubahan serviks. Mendekati persalinan, serviks semakin “matang”. Kalau tadinya selama hamil serviks dalam keadaan menutup, panjang, dan lunak, sekarang serviks masih lunak, dengan konsistensi seperti *pudding*, dan mengalami sedikit penipisan (*effacement*) dan kemungkinan sedikit dilatasi.
- c. Persalinan palsu. Persalinan palsu terdiri dari kontraksi uterus yang sangat nyeri, yang memberi pengaruh signifikan terhadap serviks. Kontraksi pada persalinan palsu sebenarnya timbul akibat kontraksi Braxton Hicks yang tidak nyeri, yang telah terjadi sejak sekitar 6 minggu kehamilan.
- d. Ketuban pecah dini. Pada kondisi normal ketuban pecah pada akhir kala satu persalinan. Apabila terjadi sebelum awitan persalinan, kondisi tersebut disebut Ketuban Pecah Dini (KPD).
- e. Bloody Show. Plak lendir disekresi serviks sebagai hasil proliferasi kelenjar lendir serviks pada awal kehamilan. Plak ini

menjadi sawar pelindung dan menutup jalan lahir selama kehamilan.

- f. Lonjakan energi. Setelah beberapa hari dan minggu merasa letih secara fisik dan lelah karena hamil, ibu hamil terjaga pada suatu hari dan menemukan diri mereka bertenaga penuh.
- g. Gangguan saluran cerna.

4. Tanda-tanda Inpartu

Dalam buku Mochtar (2012;h.69-70) menyebutkan, yaitu :

- a) Rasa nyeri oleh adanya his yang datang lebih kuat, sering, dan teratur
- b) Keluar lendir bercampur darah (*show*) yang lebih banyak karena robekan-robekan kecil pada serviks
- c) Kadang-kadang, ketuban pecah dengan sendirinya
- d) Pada pemeriksaan dalam, serviks mendatar dan telah ada pembukaan

Seperti telah dikemukakan terdahulu, faktor-faktor yang berperan dalam persalinan adalah :

- a) Kekuatan mendorong janin keluar (*power*) :
 - 1) His (kontraksi uterus),
 - 2) Kontraksi otot-otot dinding perut,
 - 3) Kontraksi diafragma, dan
 - 4) *Ligmentous action*, terutama ligamentum rotundum.
- b) Faktor janin

c) Faktor jalan lahir

His (kontraksi uterus) karena otot-otot polos rahim bekerja dengan baik dan sempurna dengan sifat-sifat : (1) kontraksi simetris, (2) fundus dominan, kemudian diikuti (3) relaksasi.

Dalam mengawasi persalinan, hendaknya selalu dibuat daftar catatan tentang his pada status wanita tersebut. Catatan tersebut memuat tentang :

- 1) Frekuensi, adalah jumlah his dalam waktu tertentu biasanya permenit atau per 10 menit
 - 2) Amplitudo atau intensitas, adalah kekuatan his diukur dalam mm Hg. Dalam praktik, kekuatan his hanya dapat diraba secara palpasi apakah sudah kuat atau masih lemah
 - 3) Aktivitas his, adalah frekuensi x amplitudo diukur dengan unit Montevideo
 - 4) Durasi his, adalah lamanya setiap his berlangsung diukur dengan detik, misalnya selama 40 detik
 - 5) Datangnya his, apakah datangnya sering, teratur, atau tidak
 - 6) Interval, adalah masa relaksasi
5. Faktor yang Mempengaruhi Persalinan

Dalam buku Mochtar (2012;h.69-70) menyebutkan, yaitu :

a) *Passanger* (Janin)

Cara penumpang (*passanger*) atau janin bergerak di sepanjang jalan lahir merupakan akibat interaksi beberapa

factor, yakni: ukuran kepala janin, presentasi, letak, sikap, dan posisi janin. Karena plasenta juga harus melalui jalan lahir, ia juga dianggap sebagai penumpang yang menyertai janin (Bobak, 2005;h.235).

b) *Passage* (Jalan Lahir)

Jalan lahir terdiri dari panggul ibu, yakni bagian tulang yang padat, dasar panggul, vagina, dan introitus (lubang luar vagina). Meskipun jaringan lunak, khususnya lapisan-lapisan otot dasar panggul, ikut menunjang keluarnya bayi, tetapi panggul ibu jauh lebih berperan dalam proses persalinan. Janin harus bisa menyesuaikan dirinya terhadap jalan lahir yang relatif kaku. Oleh karena itu ukuran dan bentuk panggul harus ditentukan sebelum persalinan dimulai (Bobak, 2005;h.239).

c) *Power* (Kekuatan)

Ibu melakukan kontraksi involunter dan volunter secara bersamaan untuk mengeluarkan janin dan plasenta dari uterus. Kontraksi uterus involunter yang biasa disebut kekuatan primer, menandai mulainya persalinan. Apabila serviks berdilatasi, usaha volunter dimulai untuk mendorong yang biasa disebut kekuatan sekunder, yang memperbesar kekuatan kontraksi involunter (Bobak, 2005;h.241).

6. Macam-macam persalinan

Menurut Manuaba (2009;h.144) macam-macam persalinan sebagai berikut :

- a. Persalinan spontan adalah bila persalinan berlangsung dengan tenaga sendiri.
- b. Persalinan buatan adalah bila persalinan dengan rangsangan sehingga terdapat kekuatan untuk persalinan.
- c. Persalinan anjuran.

7. Periode dalam Persalinan

Proses persalinan dalam buku Mochtar (2012;h.71) terdiri dari 4 kala, yaitu :

- a. Kala I : waktu untuk pembukaan serviks sampai menjadi pembukaan lengkap 10 cm.
- b. Kala II : kala pengeluaran janin, sewaktu uterus dengan kekuatan his ditambah kekuatan mengedan mendorong janin keluar hingga lahir.
- c. Kala III : waktu untuk pelepasan dan pengeluaran uri (plasenta).
- d. Kala IV : mulai dari lahirnya uri (plasenta), selama 1-2 jam.

Dalam buku Mochtar (2012;h.71) menyebutkan bahwa :

- a. Kala I

Inpartu (partus mulai) ditandai dengan keluarnya lendir bercampur darah (*bloody show*) karena serviks mulai membuka

(dilatasi) dan mendatar (*effacement*). Darah berasal dari pecahnya kapiler di sekitar kanalis serviks akibat pergeseran ketika serviks mendatar dan membuka (Mochtar, 2012;h.71).

Kala pembukaan dibagi atas 2 fase :

- 1) Fase laten : pembukaan serviks yang berlangsung lambat sampai pembukaan 3 cm, almanya 7-8 jam.
- 2) Fase aktif : berlangsung selama 6 jam dan dibagi atas 3 subfase :
 - a) Periode akselerasi : berlangsung 2 jam, pembukaan menjadi 4 cm.
 - b) Periode dilatasi maksimal (*steady*) : selama 2 jam, pembukaan berlangsung cepat menjadi 9 cm.
 - c) Periode deselerasi : berlangsung lambat, dalam waktu 2 jam pembukaan menjadi 10 cm (lengkap).

Menurut Mochtar (2012;h.71) fase-fase yang dikemukakan di atas dijumpai pada primigravida. Perbedaan pembukaan serviks pada primigravida dengan multigravida adalah sebagai berikut :

Tabel 2.2 Perbedaan Pembukaan Serviks

Primi	Multi
Serviks mendatar (<i>effacement</i>) dulu, baru berdilatasi. Berlangsung 13-14 jam.	Mendatar dan membuka dapat terjadi bersamaan. Berlangsung 6-7 jam.

Diagnosis kala I dan fase persalinan menurut

Prawirohardjo (2010) :

Tabel 2.3 Diagnosis Kala I dan Fase Persalinan

Gejala dan Tanda	Kala	Fase
Serviks belum berdilatasi	Persalinan palsu / belum in partu	
Serviks berdilatasi kurang dari 4 cm	I	Laten
Serviks berdilatasi 4-9 cm	I	Aktif
1) Kecepatan pembukaan 1 cm atau lebih per jam		
2) Penurunan kepala dimulai		
Serviks membuka lengkap (10 cm)	II	Awal (nonekspul sif)
1) Penurunan kepala berlanjut		
2) Belum ada keinginan untuk meneran		
Serviks membuka lengkap (10 cm)	II	Akhir (eskpulsif)
1) Bagian terbawah telah mencapai dasar panggul		
2) Ibu meneran		

Dalam buku Prawirohardjo Sarwono (2010;h.N-9), menyebutkan waktu pemantauan yang dilakukan pada kala I adalah :

Tabel 2.4 Frekuensi minimal penilaian dan intervensi dalam persalinan normal

Parameter	Frekuensi pada Fase Laten	Frekuensi pada Fase Aktif
Tekanan Darah	Setiap 4 jam	Setiap 4 jam
Suhu Badan	Setiap 4 jam	Setiap 2 jam
Nadi	Setiap 30-60 menit	Setiap 30-60 menit
Denyut Jantung Janin	Setiap 1 jam	Setiap 30 menit
Kontraksi	Setiap 1 jam	Setiap 30 menit
Pembukaan serviks	Setiap 4 jam	Setiap 4 jam
Penurunan	Setiap 4 jam	Setiap 4 jam

b. Kala II

Pada kala pengeluaran janin, his terkoordinasi, kuat, cepat, dan lebih lama, kira-kira 2-3 menit sekali. Kepala janin

telah turun dan masuk ke ruang panggul sehingga terjadilah tekanan pada otot-otot dasar panggul yang melalui lengkung refleks menimbulkan rasa mencedan. Karena tekanan pada rektum, ibu merasa seperti mau buang air besar, dengan tanda anus terbuka. Pada waktu his, kepala janin mulai kelihatan, vulva membuka, dan perineum meregang. Dengan his dan mencedan yang terpimpin, akan lahir kepala, diikuti oleh seluruh badan janin. Kala II pada primi berlangsung selama $1\frac{1}{2}$ - 2 jam, pada multi $1\frac{1}{2}$ - 1 jam (Mochtar, 2012;h.71-73).

c. Kala III

Setelah bayi lahir, kontraksi rahim beristirahat sebentar. Uterus terasa 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 darah kira-kira 100-200 cc (Mochtar, 2012;h.73).

Manajemen Aktif Kala III

Penatalaksanaan aktif pada kala III (pengeluaran aktif plasenta) membantu menghindarkan terjadinya perdarahan pascapersalinan. Penatalaksanaan aktif kala II meliputi :

- 1) Pemberian oksitosin dengan segera,
- 2) Pengendalian tarikan pada tali pusat, dan
- 3) Pemijatan uterus segera setelah plasenta lahir
(Prawirohardjo, 2010;h.N-19).

d. Kala IV

Kala IV adalah kala pengawasan selama 1 jam setelah bayi dan uri lahir untuk mengamati keadaan ibu, terutama terhadap bahaya perdarahan postpartum (Mochtar, 2012;h.73).

8. Mekanisme Persalinan

Menurut Mochtar (2012;h.73-74) menyebutkan mekanisme persalinan adalah :

Tabel 2.5 Mekanisme Persalinan

Tahap	Peristiwa
Kepala terfiksasi pada PAP (engagement)	Sinklitismus
Turun (<i>descent</i>)	Asinklitismus posterior (Litzman)
Fleksi	Asinklitismus anterior (Naegele)
Fleksi maksila	Sinklitismus
Rotasi internal	Putar paksi dalam di dasar panggul
Ekstensi	Terjadi : Moulage kepala janin Ekstensi Hipomoklion : UUK di bawah simfisis
Ekspulsi kepala janin	Berturut-turut lahirah : UUB Dahi Muka Dagu
Rotasi eksternal	Putar paksi luar (restitusi)

Ekspulsi total

Cara melahirkan :
Bahu depan
Bahu belakang
Seluruh badan
Ekstremitas

9. Penatalaksanaan Asuhan Persalinan

Menurut Prawirohardjo (2010;h.341) :

Melihat Tanda dan Gejala Kala Dua

- 1) Mengamati tanda dan gejala persalinan kala dua.
 - a. Ibu mempunyai keinginan untuk meneran.
 - b. Ibu merasa tekanan yang semakin meningkat pada rektum dan/atau 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 suntuk steril sekali pakai di dalam partus set.
- 3) Mengenakan baju penutup atau celemek plastik 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 satu sarung dengan DTT atau steril untuk semua pemeriksaan dalam.
- 6) Mengisap oksitosin 10 unit ke dalam tabung suntik (dengan memakai sarung tangan disinfeksi tingkat tinggi atau steril) dan meletakkan kembali di partus set/wadah disinfeksi tingkat tinggi atau steril tanpa mengontaminasi tabung suntik.

Memastikan Pembukaan Lengkap dengan Janin Baik

- 7) Membersihkan vulva dan perineum, menyekanya dengan hati-hati dari depan ke belakang dengan menggunakan kapas atau kasa yang sudah dibasahi air disinfeksi tingkat tinggi. Jika mulut vagina, perineum, atau anus terkontaminasi oleh kotoran ibu, membersihkannya dengan seksama dengan cara menyeka dari depan ke belakang. Membuang kapas atau kasa yang terkontaminasi dalam wadah yang benar. Mengganti sarung tangan jika terkontaminasi (meletakkan kedua sarung tangan tersebut dengan benar di dalam larutan dekontaminasi, langkah #9).
- 8) Dengan menggunakan teknik aseptik, melakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan bahwa pembukaan serviks 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 ke dalam

larutan klorin 0,5% dan kemudian melepaskannya dalam keadaan terbalik serta merendamnya di dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit. Mencuci kedua tangan (seperti di atas).

10) Memeriksa Denyut Jantung Janin (DJJ) setelah kontraksi berakhir untuk memastikan bahwa DJJ dalam batas normal (100-180 kali/menit).

- a. Mengambil tindakan yang sesuai jika DJJ tidak normal.
- b. Mendokumentasikan hasil-hasil pemeriksaan dalam, DJJ, dan semua hasil-hasil penilaian serta asuhan lainnya pada partograf.

Menyiapkan Ibu dan Keluarga untuk Membantu Proses Pimpinan Meneran

11) Memberitahu ibu pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik. Membantu ibu berada dalam 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-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 per oral.
- g. Menilai DJJ setiap lima menit.
- h. Jika bayi belum lahir atau kelahiran bayi belum akan terjadi segera dalam waktu 120 menit (2 jam) meneran untuk ibu primipara atau 60 menit (1 jam) untuk ibu 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 kontraksi-kontraksi tersebut dan beristirahat di antara 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, letakkan handuk bersih di atas perut ibu untuk mengeringkan bayi.
- 15) Meletakkan kain yang bersih dilipat 1/3 bagian, di bawah bokong ibu.
- 16) Membuka partus set.
- 17) Memakai sarung tangan DTT atau steril pada kedua tangan.

Menolong Kelahiran Bayi

Lahirnya Kepala

- 18) Saat kepala bayi membuka vulva dengan diameter 5-6 cm, lindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi kain tadi, letakkan tangan yang lain di 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. (Langkah ini tidak harus dilakukan).

20) Memeriksa lilitan tali pusat dan mengambil tindakan yang sesuai jika hal itu terjadi, 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.

Lahirnya Bahu

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

23) Setelah kedua bahu dilahirkan, 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 dilahirkan. Menggunakan tangan anterior (bagian atas) untuk mengendalikan siku dan tangan anterior bayi saat keduanya lahir.

- 24) Setelah tubuh dari lengan lahir, melusurkan tangan yang ada di atas (anterior) dari punggung ke arah 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 meletakkan bayi di atas perut ibu dengan posisi kepala bayi sedikit lebih rendah dari tubuhnya (bila tali pusat terlalu pendek, meletakkan bayi di tempat yang memungkinkan). Bila bayi mengalami asfiksia, lakukan resusitasi.
- 26) Segera membungkus kepala dan badan bayi dengan handuk dan biarkan kontak kulit ibu-bayi. 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 ke arah ibu dan memasang klem kedua 2 cm dari klem pertama (ke arah ibu).

28) Memegang tali pusat dengan satu tangan, melindungi bayi dari gunting dan memotong tali pusat di antara 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 mengalami kesulitan bernapas, ambil tindakan yang sesuai.

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

Oksitosin

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

32) Memberi tahu kepada ibu bahwa ia akan disuntik.

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

Penegangan Tali Pusat Terkendali

34) Memindahkan klem pada tali pusat.

35) Meletakkan satu tangan di atas kain yang ada di perut ibu, tepat di atas 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 ke arah bawah pada tali pusat dengan lembut. Lakukan tekanan yang berlawanan arah pada bagian bawah uterus dengan cara menekan uterus ke arah atas dan belakang (dorso kranial) dengan hati-hati untuk membantu mencegah terjadinya inversio 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 seorang anggota keluarga untuk melakukan rangsangan puting susu.

Mengeluarkan Plasenta

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 kateterisasi 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 menggunakan kedua tangan. Memegang plasenta dengan dua tangan dan dengan hati-hati memutar plasenta hingga selaput ketuban terpinil. Dengan lembut perlahan melahirkan selaput ketuban tersebut.

a. Jika selaput ketuban robek, memakai sarung tangan disinfeksi tingkat tinggi atau steril dan memeriksa vagina dan serviks ibu dengan seksama. Menggunakan jari-jari tangan atau klem atau forseps disinfeksi 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 dan selaput ketuban lengkap dan utuh. Meletakkan plasenta di dalam 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 uterus dan memastikannya berkontraksi dengan baik.
- 43) Mencilupkan kedua tangan yang memakai sarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5%; membilas kedua tangan yang masih bersarung tangan tersebut dengan air disinfeksi tingkat tinggi dan mengeringkannya dengan kain yang 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 di bagian 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 :
- 2-3 kali dalam 15 menit pertama pascapersalinan.
 - Setiap 15 menit pada 1 jam pertama pascapersalinan.
 - Setiap 20-30 menit pada jam kedua pascapersalinan.
 - Jika uterus tidak berkontraksi dengan baik, laksanakan perawatan yang sesuai untuk menatalaksana atonia uteri.
 - Jika ditemukan laserasi yang memerlukan penjahitan, lakukan penjahitan dengan anestesia 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, dan keadaan kandung kemih setiap 15 menit selama satu jam pertama pascapersalinan dan setiap 30 menit selama jam kedua pascapersalinan.
- Memeriksa temperatur tubuh ibu sekali setiap jam selama dua jam pertama pascapersalinan.

- b. Melakukan tindakan yang sesuai untuk temuan yang tidak normal.

Kebersihan dan Keamanan

- 53) Menempatkan semua peralatan di dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit). Mencuci dan membilas peralatan setelah dekontaminasi.
- 54) Membuang bahan-bahan yang terkontaminasi ke dalam tempat sampah yang sesuai.
- 55) Membersihkan ibu dengan menggunakan air disinfeksi tingkat tinggi. Membersihkan cairan ketuban, lendir, dan darah. Membantu ibu memakai pakaian yang bersih dan kering.
- 56) Memastikan bahwa ibu nyaman. Membantu ibu memberikan ASI. Menganjurkan keluarga untuk memberikan ibu 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 ke dalam larutan klorin 0,5%, membalikkan bagian dalam ke luar dan merendamnya dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit.
- 59) Mencuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir.

Dokumentasi

- 60) Melengkapi partograf (halaman depan dan belakang).

10. Lama Waktu Persalinan

Dalam buku Mochtar (2012;h.73) menyebutkan lama waktu persalinan adalah sebagai berikut :

Tabel 2.6 Lama Waktu Persalinan

	Primi	Multi
Kala I	13 jam	7 jam
Kala II	1 jam	1/2 jam
Kala III	1/2 jam	1/4 jam
Lama persalinan	14 1/2 jam	7 3/4 jam

11. Komplikasi Dalam Persalinan

Menurut Fadlun, Feryanto Achmad (2012;h.8-11) yaitu penyulit persalinan adalah hal-hal yang berhubungan langsung dengan persalinan yang menyebabkan hambatan bagi persalinan yang lancar. Masalah dan penyulit pada kala I sampai dengan kala IV persalinan adalah :

a. Masalah dan penyulit pada kala I persalinan

Tabel 2.7 Masalah dan Penyulit pada Kala I Persalinan

No.	Temuan-temuan Anamnesis dan/atau Pemeriksaan
1.	Perdarahan per vaginam selain dari lendir bercampur darah (<i>bloody show</i>)
2.	Kurang dari 37 minggu (persalinan kurang bulan)
3.	Ketuban pecah disertai dengan keluarnya mekonium kental
4.	Ketuban pecah disertai dengan sedikit mekonium disertai tanda-tanda gawat janin
5.	Ketuban telah pecah (lebih dari 24 jam) atau ketuban pecah pada kehamilan kurang bulan (usia kehamilan kurang dari 37 minggu)
6.	Tanda-tanda atau gejala-gejala infeksi : temperatur tinggi >38°C, menggigil, nyeri abdomen, cairan ketuban yang berbau
7.	Tekanan darah >160/100 mmHg dan/atau terdapat protein dalam urine
8.	Tinggi fundus 40cm atau lebih
9.	DJJ <100 atau >180 x/menit pada dua kali penilaian dengan jarak 5 menit
10.	Primipara dalam persalinan fase aktif dengan palpasi kepala janin masih 5/5
11.	Presentasi bukan belakang kepala (sungsang, letak lintang, dan lain-lain)
12.	Presentasi ganda/majemuk (adanya bagian janin, seperti lengan atau tangan, bersamaan dengan presentasi belakang kepala)
13.	Tali pusat menubung (jika tali pusat masih berdenyut)
14.	Tanda dan gejala syok : <ol style="list-style-type: none"> a) Nadi cepat, lemah (lebih dari 110x/menit)

	<ul style="list-style-type: none"> b) Tekanan darahnya rendah (sistolik kurang dari 90 mmHg) c) Pucat d) Berkeringat atau kulit lembap, dingin e) Napas cepat (lebih dari 30x/menit) f) Cemas, bingung, atau tidak sadar g) Produksi urine sedikit (kurang dari 30 ml/jam)
15.	<p>Tanda dan gejala persalinan dengan fase laten yang memanjang:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Pembukaan serviks kurang dari 4 cm setelah 8 jam b) Kontraksi teratur (lebih dari 2 dalam 10 menit)
16.	<p>Tanda dan gejala belum inpartu :</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Kurang dari 2 kontraksi dalam 10 menit, berlangsung kurang dari 20 detik b) Tidak ada perubahan serviks dalam waktu 1 sampai 2 jam
17.	<p>Tanda dan gejala partus lama :</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Pembukaan serviks mengarah ke sebelah kanan garis waspada b) Pembukaan serviks kurang dari 1 cm per jam c) Kurang dari 2 kontraksi dalam waktu 10 menit, masing-masing berlangsung kurang dari 40 detik

b. Masalah dan Penyulit pada Kala II Persalinan

Tabel 2.8 Masalah dan Penyulit pada Kala II Persalinan

No.	Temuan-temuan Anamnesis dan/atau Pemeriksaan
1.	Dalam 2 jam ibu dipimpin meneran bayi tidak lahir/tidak ada kemajuan penurunan kepala (kemungkinan disproporsi kepala-panggul)
2.	Antisipasi kemungkinan terjadinya distosia bahu : <ul style="list-style-type: none"> a) Kepala bayi tidak melakukan putar paksi luar b) Kepala bayi keluar kemudian tertarik lagi ke dalam vagina (kepala kura-kura) c) Bahu bayi tidak lahir
3.	Tanda dan gejala syok : <ul style="list-style-type: none"> a) Nadi cepat, lemah (lebih dari 110 x/menit) b) Tekanan darahnya rendah (sistolik kurang dari 90 mmHg) c) Pucat
4.	Tanda atau gejala dehidrasi : <ul style="list-style-type: none"> a) Perubahan nadi (100 x/menit atau lebih) b) Urine pekat c) Produksi urine sedikit (<30 cc/jam)
5.	Tanda atau gejala infeksi : <ul style="list-style-type: none"> a) Nadi cepat (110 x/menit atau lebih) b) Suhu >38°C c) Menggigil d) Air ketuban atau cairan vagina yang bau
6.	<p>Tanda dan gejala preeklampsia ringan :</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Tekanan darah diastolik 90-110 mmHg b) Proteinuria +2 <p>Tanda atau gejala preeklampsia berat :</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Tekanan darah sistolik 140 mmHg atau lebih b) Tekanan darah diastolik 90 mmHg atau lebih dengan kejang c) Nyeri kepala d) Gangguan penglihatan e) Kejang (eklampsia)

-
7. Tanda atau gejala inersia uteri :
 - a) Kurang dari 3 kontraksi dalam waktu 10 menit, lama kontraksi kurang dari 40 detik

 8. Tanda gawat janin :
 - a) DJJ <120 atau >160 x/menit mulai waspada tanda awal gawat janin
 - b) DJJ <100 atau >180 x/menit (kriteria untuk di rumah sakit)

 9. Cairan ketuban mengandung mekonium

 10. Tali pusat menubung (teraba atau terlihat saat periksa dalam), lilitan tali pusat

 11. Kehamilan kembar tidak terdeteksi

c. Masalah dan Penyulit pada Kala III dan IV Persalinan

Tabel 2.9 Masalah dan Penyulit pada Kala III dan IV Persalinan

No.	Temuan-temuan Anamnesis dan/atau Pemeriksaan
1.	Tanda atau gejala retensio plasenta : <ol style="list-style-type: none"> a) Plasenta tidak lahir dalam waktu >30 menit
2.	Tanda atau gejala avulsi (putus) tali pusat : <ol style="list-style-type: none"> a) Tali pusat putus dan plasenta tidak lahir
3.	Tanda atau gejala atonia uteri : <ol style="list-style-type: none"> a) Perdarahan pascasalin b) Uterus lembek
4.	Tanda atau gejala robekan vagina, perineum/serviks : <ol style="list-style-type: none"> a) Perdarahan pascasalin b) Plasenta lengkap c) Uterus berkontraksi
5.	Tanda atau gejala bagian plasenta yang tertahan : <ol style="list-style-type: none"> a) Bagian permukaan plasenta yang menempel pada ibu hilang b) Bagian selaput ketuban hilang/robek c) Perdarahan pascasalin d) Uterus berkontraksi
6.	Tanda atau gejala kandung kemih penuh : <ol style="list-style-type: none"> a) Bagian bawah uterus sulit dipalpasi b) Tinggi fundus di atas pusat c) Uterus terdorong/condong ke satu sisi
7.	Tanda dan gejala syok : <ol style="list-style-type: none"> a) Nadi cepat, lemah (lebih dari 110 x/menit) b) Tekanan darahnya rendah (sistolik kurang dari 90 mmHg) c) Pucat
8.	Tanda atau gejala dehidrasi : <ol style="list-style-type: none"> a) Perubahan nadi (100 x/menit atau lebih) b) Urine pekat c) Produksi urine sedikit (<30 cc/jam)
9.	Tanda atau gejala infeksi : <ol style="list-style-type: none"> a) Nadi cepat (110 x/menit atau lebih) b) Suhu >38°C c) Menggigil d) Air ketuban atau cairan vagina yang bau
10.	Tanda dan gejala preeklampsia ringan : <ol style="list-style-type: none"> a) Tekanan darah diastolik 90-110 mmHg b) Proteinuria +2

-
11. Tanda atau gejala preeklampsia berat :
- a) Tekanan darah sistolik 140 mmHg atau lebih
 - b) Tekanan darah diastolik 90 mmHg atau lebih dengan kejang
 - c) Nyeri kepala
 - d) Gangguan penglihatan
 - e) Kejang (eklampsia)
-

C. Nifas

1. Definisi

Menurut Williams (2014;h.674), masa nifas adalah suatu periode dalam minggu-minggu pertama setelah kelahiran. Lamanya “periode” ini tidak pasti, sebagian besar menganggapnya antara 4-6 minggu. Sedangkan menurut Prawirohardjo (2010;h.356), masa nifas atau puerperium dimulai sejak 1 jam setelah lahirnya plasenta sampai dengan 6 minggu (42 hari) setelah itu.

Masa nifas (puerperium) dimulai setelah plasenta lahir dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil. Masa nifas berlangsung selama kira-kira 6 minggu (Prawirohardjo, 2010;h.N-23).

Dalam buku Varney (2008;h.958) mengatakan periode pascapartum adalah masa dari kelahiran plasenta dan selaput janin (menandakan akhir periode intrapartum) hingga kembalinya traktus reproduksi wanita pada kondisi tidak hamil. Periode pemulihan pascapartum berlangsung sekitar enam minggu. Dalam buku Mochtar (2012;h.87) menyebutkan masa nifas (puerperium)

adalah masa pemulihan kembali, mulai dari persalinan selesai sampai alat-alat kandungan kembali seperti prahamil.

Jadi, masa nifas adalah masa yang terjadi setelah bersalin dimulai dari setelah lahirnya plasenta hingga 6 minggu (42 hari) setelah itu dan masa pemulihan alat-alat kandungan kembali seperti sebelum hamil.

2. Diagnosis Nifas Normal

Masa nifas normal jika involusi uterus, pengeluaran lochia, pengeluaran ASI dan perubahan sistem tubuh, termasuk keadaan psikologis normal (Prawirohardjo, 2010;h.N-24).

3. Pembagian Waktu Nifas

Dalam buku Mochtar (2012;h.87), nifas dibagi dalam 3 periode :

- a. Puerperium dini, yaitu kepulihan saat ibu telah diperbolehkan berdiri dan berjalan-jalan. Dalam agama Islam, dianggap telah bersih dan boleh bekerja setelah 40 hari.
- b. Puerperium intermediat, yaitu kepulihan menyeluruh alat-alat genetalia yang lamanya 6-8 minggu.
- c. Puerperium lanjut, yaitu waktu yang diperlukan untuk pulih dan kembali sehat sempurna, terutama jika selama hamil atau sewaktu persalinan timbul komplikasi. Waktu untuk mencapai kondisi sehat sempurna dapat berminggu-minggu, bulanan, atau tahunan.

4. Adaptasi Fisiologi Masa Nifas

Dalam buku Mochtar (2012;h.87-88) menyebutkan, yaitu :

- a. Uterus, secara berangsur-angsur menjadi kecil (berinvolusi) hingga akhirnya kembali seperti sebelum hamil.

Tabel 2.10 Involusi Uterus

Involusi	Tinggi Fundus Uteri	Berat Uterus
Bayi lahir	Setinggi pusat	1000 gram
Uri lahir	2 jari bawah pusat	750 gram
1 minggu	Pertengahan pusat simfisis	500 gram
2 minggu	Tidak teraba di atas simfisis	350 gram
6 minggu	Bertambah kecil	50 gram
8 minggu	Sebesar normal	30 gram

- b. Bekas implantasi uri, *placental bed* mengecil karena kontraksi dan menonjol ke kavum uteri dengan diameter 7,5 cm. Sesudah 2 minggu menjadi 3,5 cm, pada minggu keenam 2,4 cm, dan akhirnya pulih.
- c. Luka-luka pada jalan lahir jika tidak disertai infeksi akan sembuh dalam 6-7 hari.
- d. Rasa nyeri, yang disebut *after pains*, (merian atau mulas-mulas) disebabkan kontraksi rahim, biasanya berlangsung 2-4 hari pascapersalinan. perlu diberikan pengertian pada ibu mengenai hal tersebut dan jika terlalu mengganggu, dapat diberikan obat-obat anti nyeri dan antimulas.
- e. Lokia adalah cairan sekret yang berasal dari kavum uteri dan vagina dalam masa nifas.

f. Serviks. Setelah persalinan, bentuk serviks agak menganga seperti corong, berwarna merah kehitaman. Konsistensinya lunak, kadang-kadang terdapat perlukaan-perluakaan kecil. Setelah bayi lahir, tangan masih bisa dimasukkan ke rongga rahim; setelah 2 jam, dapat dilalui oleh 2-3 jari, dan setelah 7 hari hanya dapat dilalui 1 jari.

g. Ligamen-ligamen: ligamen, fascia, dan diafragma pelvis yang meregang pada waktu persalinan, setelah bayi lahir, secara berangsur-angsur menjadi ciut dan pulih kembali. Akibatnya, tidak jarang uterus jatuh ke belakang dan menjadi retrofleksi karena ligamentum rotundum menjadi kendur. Untuk memulihkan kembali, sebaiknya dengan latihan-latihan dan senam pascapersalinan.

5. Pembagian Lokia

Lokia adalah cairan sekret yang berasal dari kavum uteri dan vagina dalam masa nifas.

a. *Lokia rubra (cruenta)* : berisi darah segar dan sisa-sisa selaput ketuban, sel-sel desis dua, verniks kaseosa, lanugo, dan mekonium, selama 2 hari pascapersalinan.

b. *Lokia sanguinolenta* : berwarna merah kuning, berisi darah dan lendir; hari ke 3-7 pascapersalinan.

c. *Lokia serosa* : berwarna kuning, cairan tidak berdarah lagi, pada hari ke 7-14 pascapersalinan.

d. *Lokia alba* : cairan putih, setelah 2 minggu.

e. *Lokia purulenta* : terjadi infeksi, keluar cairan seperti nanah berbau busuk.

f. *Lokiostatis* : lokia tidak lancar keluaranya.

6. Perubahan Psikologi

Dalam buku Ambarwati, Wulandari (2010,h.88-89) menyebutkan perubahan psikologis pada masa nifas adalah :

a. Fase Taking In

Fase ini merupakan periode ketergantungan yang berlangsung dari hari ke-1 sampai hari ke-2 setelah melahirkan. Pada saat itu, fokus perhatian ibu terutama pada dirinya sendiri. Pengalaman selama proses persalinan sering berulang diceritakan. Kelelahan membuat ibu cukup istirahat untuk mencegah gejala kurang tidur, seperti mudah tersinggung. Hal ini membuat ibu cenderung menjadi pasif terhadap lingkungannya.

b. Fase Taking Hold

Fase ini berlangsung antara 3-10 hari setelah melahirkan. Pada fase taking hold, ibu merasa khawatir akan ketidakmampuan dan rasa tanggung jawabnya dalam merawat bayi. Selain itu perasaannya sangat sensitif sehingga mudah tersinggung jika komunikasinya kurang hati-hati.

c. Fase Letting Go

Fase ini merupakan fase menerima tanggung jawab akan peran barunya yang berlangsung 10 hari setelah melahirkan. Ibu sudah mulai menyesuaikan diri dengan ketergantungan bayinya. Keinginan untuk merawat diri dan bayinya meningkat pada fase ini.

7. Perawatan Masa Nifas

Dalam buku Mochtar (2012;h.88-89) menyebutkan, yaitu :

- a. Mobilisasi. Karena lelah sehabis bersalin, ibu harus istirahat, tidur telentang selama 8 jam pascapartum. Setelahnya ibu boleh miring-miring ke kanan dan ke kiri untuk mencegah terjadinya trombosis dan tromboemboli. Pada hari ke-2, ibu diperbolehkan duduk, hari ke-3 berjalan-jalan, dan hari ke-4 atau ke-5 sudah diperbolehkan pulang. Mobilisasi tersebut memiliki variasi, bergantung pada komplikasi persalinan, nifas, dan sembuhnya luka-luka.
- b. Diet. Makanan harus bermutu, bergizi, dan cukup kalori. Sebaiknya, makan makanan yang mengandung protein, banyak cairan, sayur-sayuran, dan buah-buahan.
- c. Miksi. Hendaknya buang air kecil dapat dilakukan sendiri secepatnya. Kadang-kadang, wanita mengalami kesulitan berkemih karena sfingter uretra ditekan oleh kepala janin dan spasme akibat iritasi m.sfingter ani selama persalinan, juga

karena adanya edema kandung kemih yang terjadi selama persalinan. Apabila kandung kemih penuh dan wanita sulit berkemih, sebaiknya dilakukan kateterisasi.

d. Defekasi. Buang air besar harus dilakukan 3-4 hari pascapersalinan. Apabila masih sulit buang air besar dan terjadi obstipasi apalagi buang air besar keras, dan diberikan obat laksatif per oral atau per rektal. Jika masih belum bisa, dilakukan klisma.

e. Perawatan payudara (*mamma*). Perawatan *mamma* telah dimulai sejak wanita hamil supaya puting susu lemas, tidak keras, dan kering sebagai persiapan untuk menyusui bayi. Apabila bayi meninggal, laktasi harus dihentikan dengan cara pembalutan *mamma* sampai tertekan, pemberian obat esterogen untuk supresi LH, seperti tablet lynoral dan parlodel. Sangat dianjurkan agar seorang ibu menyusui bayinya karena sangat baik untuk kesehatan bayi tersebut.

f. Laktasi. Untuk menghadapi masa laktasi, sejak kehamilan telah terjadi perubahan-perubahan pada kelenjar *mamma*, yaitu :

- 1) Proliferasi jaringan pada kelenjar-kelenjar, alveoli, dan bertambahnya jaringan lemak.
- 2) Pengeluaran cairan susu jolong (kolostrum), yang berwarna kuning-putih susu, dari duktus laktiferi, hipervaskularisasi

pada permukaan dan bagian dalam, vena-vena berdilatasi sehingga tampak jelas.

3) Setelah persalinan, pengaruh supresi esterogen dan progesteron hilang sehingga timbul pengaruh hormon laktogenik (LH) atau prolaktin yang akan merangsang air susu. Disamping itu, pengaruh oksitosin menyebabkan mio-epitel kelenjar susu berkontraksi sehingga air susu keluar. Produksi akan banyak sesudah 2-3 hari pascapersalinan.

4) Mudah menyusukan bayi.

5) Setiap saat selalu ada kontak antara ibu dan bayi, dan

6) Sedini mungkin ibu telah belajar mengurus bayinya.

a) Cuti hamil dan bersalin. Menurut undang-undang, wanita pekerja berhak mengambil cuti hamil dan bersalin selama 3 bulan, yaitu 1 bulan sebelum bersalin ditambah 2 bulan setelah persalinan.

b) Pemeriksaan pascapersalinan. Pemeriksaan postnatal antara lain meliputi :

(1) Pemeriksaan umum, meliputi pemeriksaan tekanan darah, nadi, keluhan, dan sebagainya;

(2) Keadaan umum, seperti suhu badan, selera makan, dan lain-lain;

(3) Payudara, yaitu ASI, puting susu;

(4) Dinding perut, perineum, kandung kemih, rektum;

(5) Sekret yang keluar, misalnya lochia, fluor albus;

(6) Keadaan alat-alat kandungan.

c) Nasihat untuk ibu postnatal.

(1) Fisioterapi postnatal sangat baik diberikan.

(2) Sebaiknya, bayi disusui.

(3) Lakukan senam pascapersalinan.

(4) Untuk kesehatan ibu, bayi, dan keluarga, sebaiknya melakukan KB untuk menjarangkan anak.

(5) Bawalah bayi untuk memperoleh imunisasi.

8. Penatalaksanaan

Paling sedikit 4 kali kunjungan masa nifas dilakukan untuk menilai keadaan ibu dan bayi baru lahir, dan untuk mencegah, mendeteksi dan menangani masalah-masalah yang terjadi (Prawirohardjo, 2010;h.N-23-24).

Tabel 2.11 Waktu Kunjungan Nifas

Kunjungan	Waktu	Tujuan
1	6-8 jam setelah persalinan	a. Mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri. b. Mendeteksi dan merawat penyebab lain perdarahan; rujuk jika perdarahan berlanjut. c. Memberikan konseling pada ibu atau salah satu anggota keluarga bagaimana mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri. d. Pemberian ASI awal. e. Melakukan hubungan antara ibu dan bayi baru lahir. f. Menjaga bayi tetap sehat dengan cara mencegah hipotermia. g. Jika petugas kesehatan menolong persalinan, ia harus tinggal dengan ibu dan bayi baru lahir untuk 2 jam pertama setelah kelahiran, atau sampai ibu dan

			bayi dalam keadaan stabil.
2	6 hari setelah persalinan		<ul style="list-style-type: none"> a. Memastikan involusi uterus berjalan normal : uterus berkontraksi, fundus di bawah 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 tak memperlihatkan tanda-tanda penyulit. e. Memberikan konseling pada ibu mengenai asuhan pada bayi, tali pusat, menjaga bayi tetap hangat dan merawat bayi sehari-hari.
3	2 minggu setelah persalinan		Sama seperti di atas (6 hari setelah persalinan).
4	6 minggu setelah persalinan		<ul style="list-style-type: none"> a. Menanyakan pada ibu tentang penyulit-penyulit yang ia atau bayi alami. b. Memberikan konseling untuk KB secara dini.

9. Komplikasi Masa Nifas

Menurut Fadlun, Feryanto Achmad (2012;h.11) menyebutkan komplikasi masa nifas adalah gangguan-gangguan yang terjadi pada masa nifas. Komplikasi ini dideteksi segera setelah persalinan berlangsung. Kategori komplikasi masa nifas adalah sebagai berikut :

- a. Perdarahan postpartum
- b. Infeksi nifas
- c. Gangguan psikologis masa nifas

D. Bayi Baru Lahir

1. Definisi

Sarwono (2005) dalam Sondakh (2013;h.150) mengatakan bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir pada usia kehamilan 37-42 minggu dengan berat lahir antara 2500-4000 gram.

2. Kriteria Bayi Baru Lahir Normal

Dalam buku Sondakh (2013;h.150) mengatakan bahwa bayi baru lahir dikatakan normal jika termasuk dalam kriteria sebagai berikut :

- a. Berat badan lahir bayi antara 2500-4000 gram.
- b. Panjang badan bayi 48-50 cm.
- c. Lingkar dada bayi 32-34 cm.
- d. Lingkar kepala bayi 33-35 cm.
- e. Bunyi jantung dalam menit pertama \pm 180 kali/menit, kemudian turun sampai 140-120 kali/menit pada saat bayi berumur 30 menit.
- f. Pernapasan cepat pada menit-menit pertama kira-kira 80 kali/menit disertai pernapasan cuping hidung, retraksi suprasternal dan interkostal, serta rintihan hanya berlangsung 10-15 menit.
- g. Kulit kemerah-merahan dan licin karena jaringan subkutan cukup terbentuk dan dilapisi verniks kaseosa.
- h. Rambut lanugo telah hilang, rambut kepala tumbuh baik.

- i. Kuku telah agak panjang dan lemas.
- j. Genitalia : testis sudah turun (pada bayi laki-laki), dan labia mayora telah menutupi labia minora (pada bayi perempuan).
- k. Refleks isap, menelan, dan moro telah terbentuk.
- l. Eliminasi, urin, dan mekonium normalnya keluar pada 24 jam pertama. Mekonium memiliki karakteristik hitam kehijauan dan lengket.

3. Adaptasi Fisiologis Pada Bayi Baru Lahir

Dalam buku Sondakh (2013;h.150-157) mengatakan bahwa konsep mengenai adaptasi bayi baru lahir adalah sebagai berikut :

- a. Memulai segera pernapasan dan perubahan dalam pola sirkulasi. Konsep ini merupakan hal yang esensial pada kehidupan ekstrasuterin.
- b. Dalam 24 jam setelah lahir, sistem ginjal, gastrointestinal, hematologi, metabolik, dan sistem neurologis bayi baru lahir harus berfungsi secara memadai untuk mempertahankan kehidupan ekstrasuteri.

Tabel 2.12 Reflek Bayi

Refleks	Respons Normal	Respons Abnormal
Rooting dan Mengisap	Bayi baru lahir menolehkan kepala ke arah stimulus, membuka mulut, dan mulai mengisap bila pipi, bibir, atau sudut mulut bayi disentuh dengan jari atau puting	Respons yang lemah atau tidak ada respons terjadi pada prematuritas, penurunan, atau cedera neurologis, atau depresi sistem saraf pusat (SSP)
Menelan	Bayi baru lahir menelan berkoordinasi dengan mengisap bila cairan ditaruh di belakang lidah	Muntah, batuk, atau regurgitasi cairan dapat terjadi; kemungkinan

		berhubungan dengan sianosis sekunder karena prematuritas, defisit neurologis, atau cedera; terutama terlihat setelah laringoskopi
Ekstrusi	Bayi baru lahir menjulurkan lidah keluar bila ujung lidah disentuh dengan jari atau puting	Ekstrusi lidah, secara kontinu atau menjulurkan lidah yang berulang-ulang terjadi pada kelainan SSP dan kejang
Moro	Ekstensi simetris bilateral dan abduksi seluruh ekstremitas, dengan ibu jari dan jari telunjuk membentuk huruf 'c', diikuti dengan adduksi ekstremitas dan kembali ke fleksi relaks jika posisi bayi berubah tiba-tiba atau jika bayi diletakkan telentang pada permukaan yang datar	Respons asimetris terlihat pada cedera saraf perifer (pleksus brakialis) atau fraktur klavikula atau fraktur tulang panjang lengan atau kaki
Melangkah	Bayi akan melangkah dengan satu kaki dan kemudian kaki lainnya dengan gerakan berjalan bila satu kaki disentuh pada permukaan rata	Respons asimetris terlihat pada cedera saraf SSP atau perifer atau fraktur tulang panjang kaki
Merangkak	Bayi akan berusaha untuk merangkak ke depan dengan kedua tangan dan kaki bila diletakkan telungkup pada permukaan datar	Respons asimetris terlihat pada cedera saraf SSP dan gangguan neurologis
Tonik Leher atau Fencing	Ekstremitas pada satu sisi di mana saat kepala ditolehkan akan ekstensi, dan ekstremitas yang berlawanan akan fleksi bila kepala bayi ditolehkan ke satu sisi selagi beristirahat	Respons persisten setelah bulan keempat dapat menandakan cedera neurologis. Respons menetap tampak pada cedera SSP dan gangguan neurologis
Terkejut	Bayi melakukan abduksi dan fleksi seluruh ekstremitas dan dapat mulai menangis bila mendapat gerakan mendadak atau suara keras	Tidak adanya respons dapat menandakan defisit neurologis atau cedera. Tidak adanya respons secara lengkap dan konsisten terhadap bunyi keras dapat menandakan ketulian. Respons dapat menjadi tidak ada atau berkurang selama tidur malam
Ekstensi Silang	Kaki bayi yang berlawanan akan fleksi dan kemudian ekstensi dengan cepat seolah-olah berusaha untuk memindahkan stimulus ke kaki yang lain bila diletakkan telentang; bayi akan	Respons yang lemah atau tidak ada respons yang terlihat pada cedera saraf perifer atau fraktur tulang

	mengekstensikan satu kaki sebagai respons terhadap stimulus pada telapak kaki	panjang
Glabellar "Blink"	Bayi akan berkedip bila dilakukan 4 atau 5 ketuk pertama pada batang hidung saat mata terbuka	Terus berkedip dan gagal untuk berkedip menandakan kemungkinan gangguan neurologis
Palmar Grasp	Jari bayi akan melekuk di sekeliling benda dan menggenggamnya seketika bila jari diletakkan di tangan bayi	Respons ini berkurang pada prematuritas. Asimetris terjadi pada kerusakan saraf perifer (pleksus brakialis) atau fraktur humerus. Tidak ada respons yang terjadi pada defisit neurologis yang berat
Plantar Grasp	Jari bayi akan melekuk di sekeliling benda seketika bila jari diletakkan di telapak kaki bayi	Respons yang berkurang terjadi pada prematuritas. Tidak ada respons yang terjadi pada defisit neurologis yang berat
Tanda Babinski	Jari-jari kaki bayi akan hiperesktensi dan terpisah seperti kipas dari dorsofleksi ibu jari kaki bila satu sisi kaki digosok dari tumit ke atas melintasi bantalan /kaki	Tidak ada respons yang terjadi pada defisit SSP

4. Perawatan Bayi Baru Lahir

a. Pertolongan pada saat bayi lahir :

- 1) Sambil menilai pernapasan secara cepat, letakkan bayi dengan handuk di atas perut ibu.
- 2) Dengan kain yang bersih dan kering atau kasa, bersihkan darah atau lendir dari wajah bayi agar jalan udara tidak terhalang. Periksa ulang pernapasan bayi, sebagian besar bayi akan menangis atau bernapas secara spontan dalam waktu 30 detik setelah lahir.

b. Perawatan Mata

Obat mata eritromisin 0,5% atau tetrasiklin 1% dianjurkan untuk pencegahan penyakit mata akibat klamidia (penyakit menular seksual). Obat perlu diberikan pada jam pertama setelah persalinan. Pengobatan yang umumnya dipakai adalah larutan perak nitrat atau neosporin yang langsung diteteskan pada mata bayi segera setelah bayi lahir.

c. Pemeriksaan Fisik Bayi

- 1) **Kepala;** pemeriksaan terhadap ukuran, bentuk, sutura menutup/melebar, adanya caput succedenum, cephal hematoma, kraniotabes, dan sebagainya.
- 2) **Mata;** pemeriksaan terhadap perdarahan, subkonjungtiva, tanda-tanda infeksi (pus).
- 3) **Hidung dan mulut;** pemeriksaan terhadap labio skisis, labiopalatoskisis, dan refleks isap (dinilai dengan mengamati bayi saat menyusu).
- 4) **Telinga;** pemeriksaan terhadap *Preaurical tog*, kelainan daun/bentuk telinga.
- 5) **Leher;** pemeriksaan terhadap hematom sternocleidomastoideus, ductus thyroglossalis, hygroma colli.
- 6) **Dada;** pemeriksaan terhadap bentuk, pembesaran buah dada, pernapasan, retraksi intercostal, subcostal sifoid,

merintih, pernapasan cuping hidung, serta bunyi paru-paru (sonor, vesikular, bronkial, dan lain-lain).

- 7) **Jantung**; pemeriksaan terhadap pulsasi, frekuensi bunyi jantung, kelainan bunyi jantung.
- 8) **Abdomen**; pemeriksaan terhadap membuncit (pembesaran hati, limpa, tumor aster), scaphoid (kemungkinan bayi menderita diafragmatika/atresia esofagus tanpa fistula).
- 9) **Tali pusat**; pemeriksaan terhadap perdarahan, jumlah darah pada tali pusat, warna dan besar tali pusat, hernia di tali pusat atau di selangkangan.
- 10) **Alat kelamin**; pemeriksaan terhadap testis apakah berada dalam skrotum, penis berlubang pada ujung (pada bayi laki-laki), vagina berlubang, apakah labia mayora menutupi labia minora (pada bayi perempuan).
- 11) **Lain-lain**; mekonium harus keluar dalam 24 jam sesudah lahir, bila tidak, harus waspada terhadap atresia ani atau obstruksi usus. Selain itu, urin juga harus keluar dalam 24 jam. Kadang pengeluaran urin tidak diketahui karena pada saat bayi lahir, urin keluar bercampur dengan air ketuban. Bila urin tidak keluar dalam 24 jam, maka harus diperhatikan kemungkinan adanya obstruksi saluran kemih.

5. Penatalaksanaan

Kunjungan neonatus menurut Riskesdas (2013;h.198) :

- a. KN-1 : pada saat bayi berumur 6-48 jam.
- b. KN-2 : pada saat bayi berumur 3-7 hari.
- c. KN-3 : pada saat bayi berumur 8-28 hari.

Menurut buku KemenKesRI (2013;h.56), yang dilakukan saat melakukan kunjungan ulang pada neonatus adalah :

- a. Lakukan pemeriksaan fisik, timbang berat, periksa suhu, dan kebiasaan makan bayi.
- b. Periksa tanda bahaya :
 - 1) Tidak mau minum atau memuntahkan semua;
 - 2) Kejang;
 - 3) Bergerak hanya jika dirangsang;
 - 4) Napas cepat (≥ 60 kali/menit);
 - 5) Napas lambat (< 30 kali/menit);
 - 6) Tarikan dinding dada ke dalam yang sangat kuat;
 - 7) Merintih;
 - 8) Teraba demam (suhu ketiak $> 37,5^{\circ}\text{C}$);
 - 9) Teraba dingin (suhu ketiak $< 36^{\circ}\text{C}$);
 - 10) Nanah yang banyak di mata;
 - 11) Pusing kemerahan meluas ke dinding perut;
 - 12) Diare;
 - 13) Tampak kuning pada telapak tangan dan kaki;

14) Perdarahan.

- c. Periksa tanda-tanda infeksi kulit superfisial, seperti nanah keluar dari umbilikus kemerahan di sekitar umbilikus, adanya lebih dari 10 pustula di kulit, pembengkakan, kemerahan, dan pengerasan kulit.
- d. Bila terdapat tanda bahaya atau infeksi, rujuk bayi ke fasilitas kesehatan.
- e. Pastikan ibu memberikan ASI eksklusif.
- f. Tingkatkan kebersihan dan rawat kulit, mata, serta tali pusat dengan baik.
- g. Ingatkan orang tua untuk mengurus akte kelahiran bayinya.
- h. Rujuk bayi untuk mendapatkan imunisasi pada waktunya.
- i. Jelaskan kepada orang tua untuk waspada terhadap tanda bahaya pada bayinya.

6. Masalah yang Sering Dijumpai pada Bayi Baru Lahir

Menurut KemenKes RI (2012;h.72-77), menyebutkan beberapa masalah yang sering muncul pada bayi baru lahir, diantaranya :

a. BAB dan BAK Awal

Sekitar 95% bayi kencing dalam 24 jam pertama dan mengeluarkan mekonium (feses yang pertama keluar berwarna hijau kehitaman) dalam 24 jam pertama.

b. Bayi Rewel

Bayi rewel atau menangis tidak selalu karena lapar. Rewel bisa disebabkan mengompol, kepanasan/kedinginan, terlalu lelah atau ingin tidur, ingin ditimang atau mendengar suara ibunya, merasa sendiri, atau memang ada yang tidak nyaman/nyeri pada tubuhnya.

c. Bayi Kolik

Bayi kolik ditandai dengan tangisan bayi begitu keras tanpa sebab yang jelas dan amat sulit ditenangkan disertai gerakan bayi menekukkan kakinya ke arah perut atau berusaha menggerakkan/mengangkat punggungnya.

d. Gumoh

Gumoh bukan muntah. gumoh yaitu keluarnya sebagian isi lambung tanpa didahului rasa mual dan tanpa peningkatan tekanan dalam perut bayi.

e. Mongolian Spot

Pada bayi Asia bercak kebiruan kerap tampak pada daerah bokong, punggung bagian bawah dan pundak. Bercak ini akan menghilang seiring dengan penambahan usia.

f. Milia

Tampak seperti jerawat-jerawat kecil warna putih pada dahi, hidung dan pipi bayi baru lahir. milia disebabkan oleh tersumbatnya kelenjar sebacea (minyak) pada kulit.

g. Miliaria

Pada masyarakat kata miliaria lebih dikenal dengan istilah biang keringat akibat tersumbatnya kelenjar keringat. Membuat bayi nyaman, memakai pakaian tipis dan ringan, dan segera mengganti bila basah umumnya cukup untuk menghilangkan miliaria, karena pada dasarnya miliaria memang bersifat sementara.

7. Komplikasi Bayi Baru Lahir

a. Asfiksia Neonatorum

Asfiksia neonatorum adalah keadaan bayi yang tidak dapat bernapas spontan dan teratur. Keadaan ini biasanya disertai dengan keadaan hipoksia (Suakrni, 2013; h.284).

b. Kelainan Kongenital

Kelainan kongenital merupakan kelainan pertumbuhan struktur organ janin sejak saat pembuahan (Manuaba, 2014;h.429).

c. Infeksi Neonatorum

Infeksi neonates sering dijumpai, apalagi di daerah pedesaan dengan persalinan dukun beranak. Dalam menegakkan kemungkinan infeksi pada bayi baru lahir sangat penting, terutama pada bayi dengan berat badan lahir rendah, karena infeksi dapat menyebar dengan cepat dan menimbulkan angka kematian yang tinggi (Manuaba, 2014; h.432).

d. Tetanus Neonatorum

Masuknya kuman tetanus klostridium tetani sebagian besar melalui tali pusat. Masa inkubasinya sekitar 3 – 10 hari. Tetanus neonatorum menyebabkan kerusakan pada pusat motoric, jaringan otak, pusat pernapasan, dan jantung (Manuaba, 2014; h.434).

e. Ikterus Neonatorum

Ikterus atau warna kuning sering dijumpai pada bayi baru lahir dalam batas normal pada hari kedua sampai hari ketiga dan menghilang pada hari kesepuluh. Kernikterus adalah akumulasi bilirubin dalam jaringan otak sehingga dapat mengganggu fungsi otak dan menimbulkan gejala klinis sesuai akumulasi tersebut (Manuaba, 2014; h.435).

f. Berat Bayi Lahir Rendah (BBLR)

Berat Bayi Lahir Rendah (BBLR) merupakan bayi dengan berat lahir kurang dari 2500 gram.

E. Keluarga Berencana (KB) dan Kontrasepsi

1. Pengertian Keluarga Berencana (KB)

a. Pengertian Keluarga Berencana (KB)

Keluarga Berencana (KB) menurut UU No. 10 tahun 1992 adalah upaya peningkatan kepedulian dan peran seras masyarakat melalui pendewasaan usia perkawinan (PUP), pengaturan

kelahiranm pembinaan ketahanan keluarga, peningkatan kesejahteraan keluarga kecil bahagia dan sejahtera (Sukarni, 2013;h.363).

Keluarga berencana memiliki konotasi yang paling luas. Pada istilah ini terkandung pertimbangan tambahan terhadap faktor fisik, sosial, psikologis, ekonomi, dan keagamaan yang mengatur sikap keluarga sekaligus memengaruhi keputusan keluarga dalam menetapkan ukuran keluarga, jarak antaranak, dan pemilihan serta penggunaan metode pengendalian kehamilan (Varney, 2007;h.414).

Jadi Keluarga Berencana (KB) adalah upaya pengaturan kelahiran dengan mempertimbangkan faktor fisik, sosial, psikologis, ekonomi, dan keagamaan.

b. Akibat Kegagalan Gerakan Keluarga Berencana

Dalam buku Sukarni (2013;h.364-365) menyebutkan :

- 1) Kesempatan untuk mendapatkan pendidikan semakin sulit dan mahal.
- 2) Lapangan kerja semakin langka karena orientasi pendidikan dan ketidakseimbangan dari usaha menyediakan lapangan kerja.
- 3) Kelangkaan tempat tinggal menimbulkan hidup berdesakan dan tempat menjadi kumuh dan merupakan potensi gangguan kamtibmas.

- 4) Kekurangan pangan dan kelaparan sudah tentu tidak dapat dihindari.
- 5) Jalan yang dibangun tidak seimbang dengan pertumbuhan penduduk dan keadaan sehingga menimbulkan gangguan lalu-lintas.
- 6) Pertumbuhan penduduk yang tidak terkendali menyebabkan kemiskinan mental dan harta benda yang menyebabkan masyarakat cenderung menjadi brutal dan dapat menjadi gangguan keamanan dan ketertiban.

2. Kontrasepsi

a. Pengertian Kontrasepsi

Kontrasepsi merupakan bagian dari pelayanan kesehatan reproduksi untuk pengaturan kehamilan, dan merupakan hak setiap individu sebagai makhluk seksual (Prawirohardjo, 2012;h.U-46).

Kontrasepsi mengacu pada pencegahan kehamilan temporer yang dicapai lewat penggunaan kontrasepsi spesifik, atau metode pengendalian kehamilan (Varney, 2007;h.414).

Dalam buku Sukarni (2013;h.366) kontrasepsi berasal dari kata "kontra" yang berarti mencegah atau melawan, sedangkan "konsepsi" adalah pertemuan antara sel telur yang matang dan sel sperma yang mengakibatkan kehamilan.

b. Tujuan dari Kontrasepsi

Dalam buku Sukarni (2013;h.366) menjelaskan maksud dari kontrasepsi adalah menghindari/mencegah terjadinya kehamilan sebagai akibat pertemuan antara sel telur yang matang dengan sel spermisida. Pemilihan jenis kontrasepsi didasarkan pada tujuan penggunaan, yaitu :

- 1) Menunda kehamilan pasangan dengan istri berusia dibawah 20 tahun dianjurkan untuk menunda kehamilannya. Ciri-ciri kontrasepsi yang diperlukan yaitu:
 - a) Reversibilitas yang tinggi;
 - b) Efektivitas yang relative tinggi, misalnya : pil, AKDR (IUD), KB secara sederhana.
- 2) Menjarangkan kehamilan (mengatur kesuburan). Masa saat istri berusia 20-30 tahun adalah cara yang paling baik untuk melahirkan anak dengan jarak kelahiran 3-4 tahun. Ciri-ciri kontrasepsi yang diperlukan yaitu :
 - a) Reversibilitas cukup tinggi;
 - b) Efektivitas cukup tinggi;
 - c) Dapat dipakai 3-4 tahun;
 - d) Tidak menghambat produksi ASI ibu, misalnya : AKDR (IUD), pil, suntik, cara sederhana, susuk KB, kontrasepsi mantap (kontap).

3) Mengakhiri kesuburan (tidak ingin hamil lagi). Saat usia istri diatas 30 tahun dianjurkan untuk mengakhiri kesuburan setelah mempunyai 2 anak. Ciri-ciri kontrasepsi yang diperlukan yaitu :

- a) Reversibilitas rendah;
- b) Efektivitas sangat tinggi;
- c) Dapat dipakai jangka panjang;

Tidak menambah kelainan yang sudah ada, misalnya : kontrasepsi mantap (tobektomi/vasektomi), susuk KB, AKDR, suntik, pil, dan cara sederhana.

c. Penapisan Calon Akseptor KB

Dalam buku Prawirohardjo (2012; h.U-9 – U-19) :

1. Penapisan Calon Akseptor KB

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

- a. Kehamilan
- b. Keadaan yang membutuhkan perhatian khusus
- c. Masalah, misalnya diabetes atau tekanan darah tinggi yang membutuhkan pengamatan dan pengelolaan lebih lanjut

Tanyakan kepada klien hal – hal di bawah ini, bila semua jawaban klien adalah TIDAK, klien yang bersangkutan bisa memakai metode yang diinginkannya.

Tabel 2.13 Daftar Tilik Penapisan Klien Metode Nonoperatif

No.	Metode Hormonal (Pil kombinasi, Pil Progestin, Suntikan dan Susuk)	Ya	Tidak
1.	Apakah hari pertama haid terakhir 7 hari yang lalu atau lebih		
2.	Apakah anda menyusui dan kurang dari 6 minggu pasca persalinan		
3.	Apakah mengalami perdarahan/perdarahan bercak antara haid setelah senggama		
4.	Apakah pernah ikterus pada kulit atau mata		
5.	Apakah pernah sakit kepala hebat atau gangguan visual		
6.	Apakah pernah nyeri hebar pada betis, paha atau dada, atay tungkai bengkak (oedema)		
7.	Apakah pernah tekanan darah diatas 160mmHg (sistolik) atau 90mmHg (distolik)		
8.	Apakah ada massa atau benjolan pada payudara		
9.	Apakah anda sedang minum obat-obatan anti kejang (epilepsi)		

Tabel 2.14 Penapisan pada Metode Kontrasepsi AKDR

No	Pertanyaan	Ya	Tidak
1.	Apakah hari pertama haid terakhir 7 hari yang lalu		
2.	Apakah klien (pasangan) mempunyai pasangan seks yang lain		
3.	Apakah pernah mengalami penyakit radang panggul atau kehamilan ektopik		
4.	Apakah pernah mengalami haid banyak (lebih 1-2 pembalut tiap 4 jam)		
5.	Apakah pernah mengalami haid lama (lebih dari 8 hari)		
6.	Apakah pernah mengalami disminorhea berat yang membutuhkan analgetik dan/istirahat baring		
7.	Apakah pernah mengalami perdarahan atau perdarahan bercak antara haid atau istirahat baring		
8.	Apakah pernah mengalami perdarahan atau perdarahan bercak antara haid atau setelah senggama		
	Apakah pernah mengalami gejala jantung valvular atau conginental		

3. Jenis-jenis Kontrasepsi

a. Metode Amenore Laktasi (MAL)

Dalam buku Prawirohardjo (2012;h.MK-1) Metode Amenore Laktasi (MAL) adalah kontrasepsi yang mengandalkan pemberian

Air Susu Ibu (ASI) secara eksklusif, artinya hanya diberikan ASI tanpa tambahan makanan atau minuman apa pun lainnya.

Metode Amenore Laktasi (MAL) dapat dipakai sebagai kontasepsi bila :

- 1) Menyusui secara penuh (*full breast feeding*); lebih efektif bila pemberian ≥ 8 x sehari;
- 2) Belum haid pascapersalinan;
- 3) Umur bayi kurang dari 6 bulan (Prawirohardjo, 2012;h.MK-1).

b. Sanggama Terputus

Dalam buku Prawirohardjo (2012;h.MK-15) mengatakan sanggama terputus adalah metode keluarga berencana tradisional, dimana pria mengeluarkan alat kelaminnya (penis) dari vagina sebelum pria mencapai ejakulasi. Sedangkan dalam buku Prawirohardjo (2011;h.438) mengatakan sanggama terputus ialah penarikan penis dari vagina sebelum terjadinya ejakulasi.

c. Kondom

Cara kerja dari kondom adalah menghalangi terjadinya pertemuan sperma dan sel telur dengan cara mengemas sperma di ujung selubung karet yang dipasang pada penis sehingga sperma tersebut tidak tercurah ke dalam saluran reproduksi perempuan (Prawirohardjo, 2012;h.MK-18).

d. Pil Kombinasi

Dalam buku Prawirohardjo (2012;h.MK-31), jenis dari pil kombinasi adalah :

- 1) *Monofasik* : pil yang tersedia dalam kemasan 21 tablet mengandung hormon aktif esterogen/progesteron (E/P) dalam dosis yang sama, dengan 7 tablet tanpa hormon aktif.
- 2) *Bifasik* : pil yang tersedia dalam kemasan 21 tablet mengandung hormon aktif esterogen/progesteron (E/P) dengan dua dosis yang berbeda, dengan 7 tablet tanpa hormon aktif.
- 3) *Trifasik* : pil yang tersedia dalam kemasan 21 tablet mengandung hormon aktif esterogen/progesteron (E/P) dengan tiga dosis yang berbeda, dengan 7 tablet tanpa hormon aktif.

e. Suntikan Kombinasi

Dalam buku Prawirohardjo (2012;h.MK-36-37), jenis suntikan kombinasi adalah 25 mg Depo Medroksiprogesteron Asetat dan 5 mg Estradiol Sipionat yang diberikan injeksi I.M. sebulan sekali (Cyclofem), dan 50 mg Noretindron Enantat dan 5 mg Estradiol Valerat yang diberikan injeksi I.M. sebulan sekali. Cara kerja dari suntikan kombinasi adalah dengan menekan ovulasi, membuat lendir serviks menjadi kental sehingga penetrasi sperma terganggu, perubahan pada endometrium (atrofi) sehingga implantasi terganggu, menghambat transportasi gamet oleh tuba.

Indikasi :

- 1) Usia reproduksi.
- 2) Telah memiliki anak, ataupun yang belum memiliki anak.
- 3) Ingin mendapatkan kontrasepsi dengan efektivitas yang tinggi.
- 4) Menyusui ASI pascapersalinan > 6 bulan.
- 5) Pascapersalinan dan tidak menyusui.
- 6) Anemia.
- 7) Nyeri haid hebat.
- 8) Haid teratur.
- 9) Riwayat kehamilan ektopik.
- 10) Sering lupa menggunakan pil kontrasepsi.

f. Kontrasepsi Suntikan Progestin

Cara kerja dari Kontrasepsi Suntikan Progestin yaitu dengan mencegah ovulasi, mengentalkan lendir serviks sehingga menurunkan kemampuan penetrasi sperma, menjadikan selaput lendir rahim tipis dan atrofi, menghambat transportasi gamet oleh tuba.

Indikasi yang dapat menggunakan Kontrasepsi Suntikan Progestin adalah :

- 1) Usia reproduksi.
- 2) Nulipara dan yang telah memiliki anak.
- 3) Menghendaki kontrasepsi jangka panjang dan yang memiliki efektivitas tinggi.

- 4) Menyusui dan membutuhkan kontrasepsi yang sesuai.
- 5) Setelah melahirkan dan tidak menyusui.
- 6) Setelah abortus atau keguguran.
- 7) Telah banyak anak, tetapi belum menghendaki tubektomi.
- 8) Perokok.
- 9) Tekanan darah < 180/110 mmHg, dengan masalah gangguan pembekuan darah atau anemia bulan sabit.
- 10) Menggunakan obat untuk epilepsi (fenitoin dan barbiturat) atau obat tuberkulosis (rifampisin).
- 11) Tidak dapat memakai kontrasepsi yang mengandung esterogen.
- 12) Sering lupa menggunakan pil kontrasepsi.
- 13) Anemia defisiensi besi.
- 14) Mendekati usia menopause yang tidak mau atau tidak boleh menggunakan pil kontrasepsi kombinasi.

g. Kontrasepsi Pil Progestin (Minipil)

Cara kerja minipil adalah dengan menekan sekresi gonadotropin dan sintesis steroid seks di ovarium (tidak begitu kuat), endometrium mengalami transformasi lebih awal sehingga implantasi lebih sulit, mengentalkan lendir serviks sehingga menghambat penetrasi sperma, dan mengubah motilitas tuba sehingga transportasi sperma terganggu (Prawirohardjo, 2012;h.MK-50-51).

h. Kontrasepsi Implan

Dalam buku Prawirohardjo (2012;h.MK-55), implan adalah metode kontrasepsi hormonal yang efektif, tidak permanen dan dapat mencegah terjadinya kehamilan antara tiga hingga lima tahun.

i. AKDR dengan Progestin

Dalam buku Prawirohardjo (2012;h.MK-69) jenis AKDR yang mengandung hormon steroid adalah Prigestase yang mengandung Progesteron dari Mirena yang mengandung Levonorgestrel. Cara kerja dari kontrasepsi ini adalah endometrium mengalami transformasi yang ireguler, epitel atrofi sehingga mengganggu implantasi. Selain itu juga mencegah terjadinya pembuahan dengan mengemblok bersatunya ovum dengan sperma, mengurangi jumlah sperma yang mencapai tuba Fallopii, dan menginaktifkan sperma.

j. Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR)

Dalam buku Prawirohardjo (2012;h.MK-80), jenis Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR) adalah :

- 1) AKDR CuT-380A. Kecil, kerangka dari plastik yang fleksibel, berbentuk huruf T diselubungi oleh kawat halus yang terbuat dari tembaga (Cu).
- 2) AKDR lain yang beredar di Indonesia ialah NOVA T (Schering).

Cara kerja dari metode AKDR adalah dengan menghambat kemampuan sperma untuk masuk ke tuba falopii, mempengaruhi fertilisasi sebelum ovum mencapai kavum uteri, mencegah sperma dan ovum bertemu walaupun AKDR membuat sperma sulit masuk ke dalam alat reproduksi perempuan dan mengurangi kemampuan sperma untuk fertilisasi, dan memungkinkan untuk mencegah implantasi telur dalam uterus (Prawirohardjo, 2012;h.MK-80-81).

k. Tubektomi

Menurut Prawirohardjo (2012;h.MK-89), tubektomi adalah metode kontrasepsi untuk perempuan yang tidak ingin anak lagi. Perlu prosedur bedah untuk melakukan tubektomi sehingga diperlukan pemeriksaan fisik dan pemeriksaan tambahan lainnya untuk memastikan apakah seorang klien sesuai untuk menggunakan metode ini.

l. Vasektomi

Dalam buku Prawirohardjo (2012;h.MK-95), Vasektomi adalah metode kontrasepsi untuk lelaki yang tidak ingin anak lagi. Perlu prosedur bedah untuk melakukan vasektomi sehingga diperlukan pemeriksaan fisik dan pemeriksaan tambahan lainnya untuk memastikan apakah seorang klien sesuai untuk menggunakan metode ini.

II. Tinjauan Asuhan Kebidanan

A. MANAJEMEN KEBIDANAN

1. Pengertian Manajemen Kebidanan

Manajemen kebidanan adalah pendekatan dan kerangka pikir yang digunakan oleh bidan dalam menetapkan metode pemecahan masalah secara sistematis mulai dari pengumpulan data, analisis data, diagnosa kebidanan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi. (Permenkes, 2007).

Proses manajemen terdiri dari tujuh langkah yang berurutan yang dimulai dengan mengumpulkan data dasar dan berakhir dengan evaluasi. Langkah-langkah tersebut membentuk kerangka yang lengkap yang bisa diaplikasikan dalam semua situasi. Akan tetapi setiap langkah dapat diuraikan lagi menjadi langkah-langkah yang lebih rinci dan ini bisa sesuai dengan kebutuhan klien.

Ketujuh langkah manajemen kebidanan adalah sebagai berikut :

a. Langkah I (Pengumpulan Data Dasar)

Langkah pertama adalah 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. (Varney, 2007;h.27).

b. Langkah II (Interpretasi Data Dasar)

Membuat sebuah identifikasi masalah atau diagnosis dan kebutuhan perawatan kesehatan yang akurat berdasarkan perbaikan interpretasi data yang benar (Varney, 2007;h.26).

c. Langkah III (Identifikasi Diagnosis Atau Masalah Potensial)

Langkah ketiga berkenaan 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 perawatan kesehatan yang aman (Varney, 2007;h.27).

d. Langkah IV (Evaluasi Kebutuhan Segera)

Mengevaluasi kebutuhan akan intervensi dan/atau konsultasi bidan atau dokter yang dibutuhkan dengan segera, serta manajemen kolaborasi dengan anggota tim tenaga kesehatan lain, sesuai dengan kondisi yang diperlihatkan oleh ibu dan bayi yang baru lahir (Varney, 2007;h.26).

e. Langkah V (Perencanaan)

Mengembangkan sebuah rencana perawatan kesehatan yang menyeluruh, didukung oleh penjelasan rasional yang

valid, yang mendasari keputusan yang dibuat dan didasarkan pada langkah-langkah sebelumnya (Varney, 2007;h.26).

f. Langkah VI (Pelaksanaan)

Langkah keenam adalah melaksanakan rencana perawatan secara menyeluruh. Langkah ini dapat dilakukan secara keseluruhan oleh bidan atau dilakukan sebagian oleh ibu atau orang tua, bidan atau anggota tim kesehatan lain (Varney, 2007;h.28).

g. Langkah VII (Evaluasi)

Langkah ketujuh, merupakan tindakan untuk memeriksa apakah rencana perawatan yang dilakukan benar-benar telah mencapai tujuan, yaitu memenuhi kebutuhan ibu, seperti yang diidentifikasi pada langkah kedua tentang masalah, diagnosis, maupun kebutuhan perawatan kesehatan. Rencana tersebut menjadi efektif bila bidan mengimplementasikan semua tindakan dalam rencana, dan menjadi tidak efektif bila tidak diimplementasikan. Mungkin saja sebagian efektif, sementara sebagian lain rencana tersebut tidak efektif (Varney, 2007;h.28).

III. Aspek Hukum

Landasan hukum kewenangan bidan dan kompetensi bidan :

1) Landasan hukum kewenangan bidan

Peraturan menteri kesehatan republic Indonesia no 1464/MENKES/PER/X/2010 yang berisii tentang izin dan penyelenggaraan praktik bidan. Pada pasal 9 disebutkan bahwa bidan dalam menyelenggarakan praktek, berwenang untuk memberikan pelayanan yang meliputi: pelayanan kesehatan ibu yang diberikan padaa masa pra hamil, kehamilan, masa perslinan, masa nifas, masa menyusui, dan masa antara kedua kehamilan. Kemudian pelayanan kesehatan anak yang diberikan pada bayi baru lahir, kesehatan reproduksi perempuan, dan keluarga berencana dengan memberikan penyuluhan dan konseling kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana.

Bidan dalam melakukan tugasnya wajib melakukan pencatatan dan pelaporan sesuai dengan pelayanan yang diberikan kemudian ditujukan ke puskesmas wilayah tempat praktek, dikecualikana untuk bidan yang bekerja di fasilitas pelayanan kesehatan.

2) Kompetensi bidan

Area kompetensi bidan di Indonsia menurut *Ditjen DIkti Kemendikbud 2011* meliputi :

(a) Area kompetensi 1 : etik legal dan keselamatan pasien

Berperilaku professional, bermoral, dan memiliki etika dalam tanggap terhadap/ menyikapi/ mencermati issue maupun aspek legal dalam praktik kebidanan yang berorientasi pada keselamatan perempuan dan masyarakat.

(b) Area komunikasi 2 : komunikasi efektif

Mampu bertukar informasi secara verbal dan non verbal dengan pasien/ perempuan, keluarganya, masyarakat di lingkungan perempuan, sesama profesi, antar profesi kesehatan, dan stake holder.

(c) Area kompetensi 3 : pengembangan diri dan profesionalisme

Mampu mengembangkan diri dengan mengikuti perkembangan ilmu dan teknologi terkini, serta menyadari keterbatasan diri berkaitan dengan praktik kebidanan serta menjunjung tinggi komitmen terhadap profesi bidan.

(d) Area kompetensi 4 : landasan ilmiah praktek kebidanan

Bidan memiliki pengetahuan tentang ilmu kebidanan, neonatologi, ilmu – ilmu social, ilmu kesehatan masyarakat, etika, budaya, dan asuhan yang tepat untuk perempuan, bayi yang baru lahir "*childbearing women*", dan keluarga.

(e) Area kompetensi 5: ketrampilan klinis dalam praktik kebidanan

Bidan memiliki ketrampilan tentang ilmu kebidanan, neonatologi, ilmu – ilmu social, ilmu kesehatan masyarakat,

etika, budaya, dan asuhan yang tepat untuk perempuan, bayi yang baru lahir, “*childbearing women*”, dan keluarga.

(f) Area kompetensi 6 : promosi kesehatan dan konseling

Melakukan promosi kesehatan dan konseling mengenai kesehatan masyarakat pada umumnya, dan kesehatan perempuan sesuai dengan tahap perkembangan siklus reproduksinya.

(g) Area kompetensi 7 : manajemen, kepemimpinan dan Kewirausahaan

Mampu merencanakan dan mengelola sumber daya di bawah tanggung jawabnya, dan mengevaluasi secara komprehensif sumber daya di wilayah kerjanya dengan memanfaatkan IPTEK untuk menghasilkan langkah – langkah strategis pengembangan organisasi.