

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Survei Demografi Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2012, Angka Kematian Ibu (AKI) di Indonesia mencapai 359 per 100.000 kelahiran hidup dan Angka Kematian Bayi (AKB) mencapai 32 per 100.000 kelahiran hidup. Melengkapi hal tersebut, data laporan dari daerah yang diterima Kementerian Kesehatan RI menunjukkan bahwa jumlah ibu yang meninggal karena kehamilan dan persalinan tahun 2013 adalah sebanyak 5019 orang. Sedangkan jumlah bayi yang meninggal di Indonesia berdasarkan estimasi SDKI 2012 mencapai 160.681 anak (KEMENKES RI, 2011)

Kematian ibu dibagi menjadi kematian langsung dan tidak langsung. Kematian langsung adalah sebagai akibat komplikasi kehamilan, persalinan, atau masa nifas, dan segala intervensi atau penanganan tidak tepat dari komplikasi tersebut. Kematian ibu tidak langsung merupakan akibat dari penyakit yang sudah ada atau penyakit yang timbul sewaktu kehamilan yang berpengaruh terhadap kehamilan misalnya malaria, anemia, HIV/AIDS, dan kardiovaskular (Saifuddin 2009, h.54).

Dampak anemia bagi ibu dapat terjadi persalinan lama, distosia memerlukan tindakan operatif dan perdarahan postpartum. Anemia juga berdampak memperlambat tumbuh kembang janin dalam rahim, diantaranya

abortus, prematuritas, BBLR, lahir dengan anemia, mudah infeksi, pertumbuhan setelah lahir dapat mengalami hambatan (Manuaba, 2012, h.92).

Komplikasi saat persalinan dapat mengakibatkan gangguan his (kekuatan mengejan), kala pertama dapat berlangsung lama, dan terjadi terlantar, kala dua berlangsung lama sehingga dapat melelahkan dan sering menimbulkan tindakan operasi kebidanan. Kala tiga dapat terjadi *retensio plasenta*, dan perdarahan *postpartum* sekunder dan *atonia uteri* (Manuaba 2010, h.240)

Anemia selama nifas dapat menyebabkan *sub involusi uteri* sehingga menimbulkan perdarahan *postpartum*, memudahkan infeksi *puerperium*, pengeluaran ASI berkurang, terjadi *dekompensasi kordis* mendadak setelah persalinan. Kesehatan pada ibu nifas juga sangat penting untuk diperhatikan. Pemerintah melalui Departemen Kesehatan telah memberikan program Nasional Masa Nifas, yang bertujuan untuk menilai kesehatan ibu dan kesehatan bayi baru lahir untuk mencegah kemungkinan adanya gangguan kesehatan ibu nifas dan bayinya untuk mendeteksi adanya kejadian-kejadian pada masa nifas, untuk menangani berbagai masalah yang timbul dan mengganggu kesehatan ibu dan bayi pada masa nifas (Vivian 2012, h.4).

Masa nifas merupakan salah satu bagian penting dari proses kelahiran karena merupakan proses memasuki peran baru sebagai ibu, fase ini merupakan fase khusus dalam kehidupan ibu serta bayi yang ditandai

dengan perubahan emosional, fisik dan hubungan keluarga serta penyesuaian terhadap aturan baru (Saifudin 2008, h.357). Bidan memiliki peran yang sangat penting dalam pemberian asuhan post partum, yaitu memberikan dukungan terus menerus selama masa nifas yang baik dan sesuai dengan kebutuhan ibu agar mengurangi ketegangan fisik dan psikis selama masa nifas serta sebagai promotor hubungan yang erat antara ibu dan bayi baru lahir (Putri & Andriani 2014, h.5).

Bayi baru lahir memerlukan penyesuaian fisiologis berupa maturasi, adaptasi (menyesuaikan diri dari kehidupan intrauterin ke kehidupan ekstrauterin) dan toleransi bagi bayi untuk dapat hidup dengan baik (Marmi 2012, h.1). Asuhan kebidanan untuk neonatus, bayi bertujuan memberikan asuhan secara komprehensif kepada bayi baru lahir, baik yang masih diruang keperawatan maupun pada saat sudah dipulangkan. Serta mengajarkan kepada orang tua tentang cara merawat bayi dan memotivasi agar menjadi orang yang percaya diri (Susanti 2010, h.7).

Data Dinas Kesehatan Kabupaten Pekalongan tahun 2016 diketahui dari 27 Puskesmas menunjukkan jumlah ibu hamil sebanyak 15306 orang. Ibu hamil yang mengalami letak lintang sebanyak 69 (0,45%) orang dan Anemia sebanyak 585 orang (3,82%). Sedangkan jumlah ibu hamil di Puskesmas Kedungwuni II sebanyak 910 orang (5,94%) dengan Letak Lintang di Puskesmas Kedungwuni II sebanyak 4 orang (0,43%) dan Anemia sebanyak 69 orang (7,58%).

Berdasarkan latar belakang di atas, maka penulis tertarik untuk mengambil judul “Asuhan Kebidanan Komprehensif pada Ny. E di Wilayah Kerja Puskesmas Kedungwuni II Kabupaten Pekalongan Tahun 2017”.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang diatas rumusan masalah dalam Laporan Tugas Akhir ini adalah “Bagaimana Penerapan Asuhan Kebidanan Komprehensif pada Ny. E sesuai dengan kewenangan bidan di Wilayah Kerja Puskesmas Kedungwuni II ?”.

C. Ruang Lingkup

Sebagai batasan dalam penulisan Laporan Tugas Akhir ini dengan judul Asuhan Kebidanan Komprehensif pada Ny.E di wilayah kerja puskesmas Kedungwuni II dari mulai tanggal 30 Januari 2017 sampai 7 Mei 2017.

D. Penjelasan Judul

Untuk menghindari perbedaan persepsi, maka penulis akan menjelaskan pengertian tentang judul dalam laporan tugas akhir ini, yaitu :

1. Asuhan kebidanan komprehensif

Asuhan kebidanan adalah kegiatan yang dilakukan pada Ny.E oleh bidan sebagai tanggung jawab memberikan pelayanan dan pendidikan pada masa hamil, persalinan, nifas dan bayi baru lahir serta neonatus.

2. Puskesmas kedungwuni II

Merupakan tempat pelayanan kesehatan untuk masyarakat yang berada di Desa Tangkil Kulon Kecamatan Kedungwuni, Kabupaten Pekalongan

E. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Penulis dapat melakukan asuhan kebidanan komprehensif pada ibu hamil, bersalin, nifas, bayi baru lahir sampai dengan neonatus Ny.E di Wilayah Kerja Puskesmas Kedungwuni II Kabupaten Pekalongan sesuai dengan kompetensi dan kewenangan bidan.

2. Tujuan Khusus

- a. Dapat memberikan Asuhan Kebidanan selama kehamilan pada Ny.E di Wilayah Kerja Puskesmas Kedungwuni II Kabupaten Pekalongan Tahun 2017.
- b. Dapat memberikan Asuhan Kebidanan selama persalinan pada Ny.E dengan Induksi di RSUD Kajen Tahun 2017.

- c. Dapat memberikan Asuhan Kebidanan selama masa nifas pada Ny.E di Wilayah Kerja Puskesmas Kedungwuni II Kabupaten Pekalongan Tahun 2017.
- d. Dapat melakukan Asuhan Kebidanan pada bayi baru lahir sampai dengan neonatus By.Ny.E di Wilayah Kerja Puskesmas Kedungwuni II Kabupaten Pekalongan Tahun 2017.

F. Manfaat Penulisan

1. Bagi Penulis

Meningkatkan pengetahuan dan ketrampilan dalam menerapkan asuhan kebidanan selama kehamilan, persalinan, dan nifas serta neonatus sesuai dengan kebutuhan ibu dan memperoleh pengalaman nyata dalam melakukan asuhan kebidanan.

2. Bagi institusi pendidikan

Dapat dijadikan sebagai bahan bacaan untuk menambah wawasan bagi mahasiswa Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Muhammadiyah Pekajangan Pekalongan Prodi III Kebidanan.

3. Bagi lahan praktik

Sebagai masukan dalam penanganan pada ibu hamil, bersalin, nifas, dan neonatus dengan berbagai kasus agar dapat mengevaluasi asuhan kebidanan yang telah dilakukan.

4. Bagi ibu dan keluarga

Menambah pengetahuan ibu terutama tentang setiap asuhan yang diberikan kepada ibu.

G. Metode Pengumpulan Data

Beberapa teknik pengumpulan data yang dilakukan penulis antara lain:

1. Metode Wawancara

Wawancara adalah perbincangan terarah dengan cara tatap muka dalam pertanyaan yang diajukan mengaruh pada data yang relevan dengan pasien (Romauli 201, h.162)

Pada laporan ini metode wawancara dilakukan pada Ny.E sebagai bahan untuk mengetahui data subjektif seperti identitas pasien, keluhan-keluhan yang dirasakan, riwayat penyakit keturunan, pola kehidupan sehari-hari dan penerimaan pasien terhadap kehamilannya.

2. Pengamatan/ Observasi

Observasi adalah pengumpulan informasi melalui indra penglihatan (Romauli, 2011.h.162).

Pada laporan ini Observasi yang dilakukan pada Ny.E yaitu pengumpulan data atau informasi yang didapatkan dari indra penglihatan meliputi perilaku pasien, ekspresi wajah, suhu dll).

3. Pemeriksaan Fisik

Adalah pemeriksaan yang dilakukan pada bagian tubuh dari kepala sampai kaki (Kusmiati 2010,h.77)

Pemeriksaan yang dilakukan pada Ny.E secara keseluruhan mulai dari kepala sampai ujung kaki, dengan prosedur pemeriksaan meliputi: inspeksi, palpasi, auskultasi, perkusi, dan pemeriksaan lain.

4. Pemriksaan Laboratorium

Yaitu pemeriksaan yang dilakukan untuk mengetahui kadar Hb, adanya urin reduksi dan urin protein yang dilakukan untuk mendeteksi adanya faktor resiko pada kehamilan (Romauli 211,h.187-188).

Pemeriksaan Laboratorium yang dilakukan pada Ny.E berupa pemriksaan Hemoglobin, glukosa dan urin protein.

5. Studi Dokumentasi

Yaitu pengumpulan dan mempelajari catatan-catatan resmi, bukti, bukti, atau, keterangan yang ada. Catatan-catatan tersebut seperti hasil laboratorium, dan buku KIA dan catatan Dokter Spesialis.

H. Sistematika Penulisan

Sistematika dalam penulisan tugas akhir ini ini adalah terdiri dari 5

BAB yaitu:

BAB I PENDAHULUAN

berisi latar belakang, rumusan masalah, ruang lingkup, tujuan penulisan, manfaat penulisan, metode pengumpulan data dan sistematika penulisan.

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

Membahas mengenai konsep dasar medis, Manajemen kebidanan dengan metode SOAPIE, landasan atau dasar hukum, standar pelayanan kebidanan, dan kompetensi bidan

BAB III TINJAUAN KASUS

Berisi tentang pengelolaan kasus yang meliputi seluruh asuhan kebidanan dengan menggunakan pendekatan manajemen kebidanan varney dan didokumentasikan dengan SOAPIE.

BAB IV PEMBAHASAN

Menganalisa asuhan yang sudah diberikan berdasarkan teori dan pengalaman praktik.

BAB V PENUTUP

Menguraikan tentang simpulan dan saran

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Medis

1. Kehamilan

a. Pengertian

Menurut Federasi *Obstetri Ginekologi Internasional*, Kehamilan didefinisikan sebagai fertilisasi atau penyatuan dari spermatozoa dan ovum dan dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi. Bila dihitung dari saat fertilisasi hingga lahirnya bayi, kehamilan normal akan berlangsung dalam waktu 40 minggu atau 10 bulan lunar atau 9 bulan menurut kalender internasional. Kehamilan terbagi dalam 3 trimester, di mana trimester kesatu berlangsung dalam 12 minggu, trimester kedua 15 minggu (minggu ke-13 hingga ke-27), dan trimester ketiga 13 minggu (minggu ke-28 hingga ke-40) (Prawirohardjo 2014, h.213).

Kehamilan merupakan suatu proses yang alamiah dan fisiologis. Setiap wanita yang memiliki organ reproduksi sehat, yang telah mengalami menstruasi, dan melakukan hubungan seksual dengan seorang pria yang organ reproduksinya sehat sngat besar kemungkinannya akan mengalami kehamilan. Apabila kehamilan ini direncanakan, akan memberi rasa kebahagiaan dan penuh harapan (Mandriwati 2012, h.3)

Masa kehamilan dimulai dari konsepsi sampai lahirnya janin, lamanya kehamilan normal adalah 280 hari (40 minggu atau 9 bulan 7 hari) dihitung dari hari pertama haid terakhir . Kehamilan dibagi menjadi 3 triwulan pertama dimulai sampai 3 bulan, triwulan kedua dari bulan ke-4 sampai ke-6, triwulan ketiga dari bulan ke-7 sampai 9 bulan (Pudiastuti 2012, h.1)

b. Diagnosis Kehamilan

Menurut Sofian (2012,h.35) diagnosa kehamilan dapat ditegakan dengan riwayat kehamilan dan pemeriksaan klinis berdasarkan tanda dan gejala kehamilan, yaitu :

1) Tanda Tidak Pasti Kehamilan

a) Amenorea (tidak mendapat haid)

Wanita harus mengetahui tanggal hari pertama haid terakhir (HPHT) supaya dapat ditaksir umur kehamilan dan taksiran tanggal persalinan (TTP), yang dihitung dengan menggunakan rumus dari Negele: $TTP = (\text{hari HT} + 7)$ dan $(\text{bulan HT} - 3)$ dan $(\text{tahun} + 1)$.

b) Mual dan muntah

Biasanya terjadi pada bulan-bulan pertama kehamilan hingga akhir triwulan pertama. Karena sering terjadi pada pagi hari, disebut Morning sickness. Apabila timbul mual dan muntah berlebihan karena kehamilan, disebut hiperemesis gravidarum (Manurung 2011, h.111)

c) Mengidam (ingin makanan khusus)

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

d) Pingsan

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

e) Tidak ada selera makan (anoreksia)

f) Lelah

g) Payudara membesar, tegang, dan sedikit nyeri

h) Miksi sering

i) Konstipasi

Karena tonus otot-otot usus menurun oleh pengaruh hormon steroid (Manurung 2011, h.112).

j) Pigmentasi kulit

Dipengaruhi hormon kortikosteroid plasenta, dijumpai di muka (cloasma gravidarum), areola payudara, leher dan dinding perut (linea nigra).

k) Epulis

l) Pemekaran vena-vena atau varises

2) Tanda-tanda kemungkinan hamil

a) Perut membesar

b) Uterus membesar

Terjadi perubahan dalam bentuk, besar, dan konsistensi rahim.

c) Tanda Hegar

Ditemukannya serviks dan isthmus uteri yang lunak pada pemeriksaanbimanual aat usia kehamilan 4 sampai 6 minggu.

d) Tanda *Chadwick*

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

e) Tanda Piskacek

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

f) Braxton Hicks

g) Teraba ballotement

h) Reaksi kehamilan positif

3) Tanda pasti kehamilan

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

b) Denyut jantung janin

(1) Didengar dengan stetoskop, monoaural, Laennec,

(2) Dicatat dan didengar dengan alat Doppler,

(3) Dicatat dengan feto-elektrokardiogram

(4) Dilihat dengan ultrasonografi

c) Terlihat tulang-tulang janin dalam foto

c. Perubahan fisiologis pada kehamilan

1) Perubahan pada organ-organ Sistem Reproduksi

a) Uterus

Tumbuh membesar primer, maupun sekunder akibat pertumbuhan isi konsepsi intrauterin. Estrogen menyebabkan hiperplasi jaringan, Taksiran kasar pembesaran uterus pada perabaan tinggi fundus :

(1) Tidak hamil atau normal, sebesar telur ayam (+ 30g)

(2) Kehamilan 8 minggu, telur bebek

(3) Kehamilan 12 minggu, telur angsa

(4) Kehamilan 16 minggu, pertengahan simfisis-pusat

(5) Kehamilan 20 minggu, pinggir bawah pusat

(6) Kehamilan 24 minggu, pinggir atas pusat

(7) Kehamilan 28 minggu, sepertiga pusat-xyphoid

(8) Kehamilan 32 minggu, pertengahan pusat-xyphoid

(9) 36-42 minggu, 3 sampai 1 jari bawah xyphoid

Ismus uteri, bagian dari serviks, batas anatomik menjadi sulit ditemukan, pada kehamilan trimester I memanjang dan lebih kuat. Pada kehamilan 16 minggu menjadi satu bagian dengan korpus, dan pada kehamilan akhir i atas 32 minggu

menjadi segmen bawah uterus. Vaskularisasi sedikit, lapis muskular tipis, mudah ruptur, kontraksi minimal -> berbahaya jika lemah, dapat ruptur, mengancam nyawa janin dan nyawa ibu. Serviks uteri mengalami hipervaskularisasi akibat stimulasi estrogen dan perlunakkan akibat progesteron (-> tanda Hegar), warna menjadi livide / kebiruan. Sekresi lendir serviks meningkat pada kehamilan memberikan gejala keputihan (Sukarni 2013 h.66).

b) Vagina / Vulva

Terjadi hipervaskularisasi akibat pengaruh estrogen dan progesteron, warna merah kebiruan (tanda Chadwick) (Sukarni 2013 h.66).

c) Ovarium

Sejak kehamilan 16 minggu, fungsi diambil alih oleh plasenta, terutama fungsi produksi progesteron dan estrogen. Selama kehamilan ovarium tenang / beristirahat. Tidak terjadi ovulai, tidak terjadi siklus hormonal menstruasi (Sukarni 2013 h.67).

d) Payudara

Akibat pengaruh estrogen terjadi hiperplasia sistem duktus dan jaringan interstisial payudara. Hormon laktogenik plasenta (diantaranya somatomotropin)

menyebabkan hipertrofi dan penambahan sel-sel asinus payudara, serta meningkatkan produksi zat-zat kasein, laktoalbumin, laktoglobulin, sel-sel lemak, kolostrum. Mammae membesar dan tegang, terjadi hiperpigmentasi kulit serta hipertrofi kelenjar Montgomery, terutama daerah areol dan papila akibat pengaruh melanofor. Puting susu membesar dan menonjol (Sukarni 2013 h.67).

2) Peningkatan Berat Badan

Normal berat badan meningkat sekitar 6-16 kg, terutama dari pertumbuhan isi konsepsi dan volume berbagai organ / cairan intrauterine. Berat janin + 2,5-3,5 kg, berat plasenta + 0,5 kg, cairan amnion + 1,0 kg, berat uterus +1,0 kg, penambahan volume sirkulasi maternal + 1,5 kg, pertumbuhan mammae + 1 kg, penumpukan cairan interstisial di pelvis dan ekstremitas + 1,0 kg-1,5 kg (Sukarni 2013 h.67).

3) Perubahan pada Sistem Kardiovaskuler

Perubahan sistem kardiovaskuler terjadi selama masa kehamilan dan sangat perlu dipahami bahwa perhatian pada wanita hamil sangatlah penting, sama pentingnya dengan perhatian kepada wanita hamil dengan kelainan kardiovaskuler saat hamil.

a) Perubahan pada peredaran dan pembuluh darah

(1) Perubahan pada darah

Volume darah semakin meningkat karena jumlah serum lebih besar daripada pertumbuhan sel darah sehingga terjadi pengenceran darah (hemodilusi). Masa puncak terjadi pada umur kehamilan 32 minggu. Serum darah (volume darah) bertambah 25-30 %, sedangkan sel darah bertambah 20 %. Curah jantung akan bertambah 30 %. Bertambahnya hemodilusi darah mulai tampak pada umur kehamilan 16 minggu. Oleh karena itu, ibu hamil yang mengidap penyakit jantung harus berhati-hati. Jumlah sel darah merah semakin meningkat, hal ini untuk mengimbangi pertumbuhan janin dalam rahim. Namun, pertambahan sel darah tidak seimbang dengan peningkatan volume darah sehingga terjadi hemodilusi yang disertai dengan anemia fisiologis.

(2) Perubahan pada jantung

Selama hamil, jantung memompa untuk dua orang, yaitu ibu dan janin. Bertambahnya cairan darah menambah volume darah, tetapi kepekatan darah berkurang dan pembuluh darah membesar. Oleh karena itu, kerja jantung bertambah berat.

(3) Perubahan tekanan darah

Biasanya, tekanan darah tidak tinggi meskipun volume darah bertambah, bahkan sedikit turun. Turunnya tekanan darah ini disebabkan oleh kepekatan darah berkurang (saminem 2009, h.4).

b) Sirkulasi darah ibu

- 1) Karena meningkatnya kebutuhan sirkulasi darah sehingga dapat memenuhi kebutuhan perkembangan dan pertumbuhan janin dalam rahim.
- 2) Terjadi hubungan langsung antara arteri dan vena pada sirkulasi retroplasenter.
- 3) Pengaruh hormon esterogen dan progesteron makin meningkat (Manuaba 2010, h.85).

4) Perubahan pada organ-organ sistem tubuh lainnya

a) Perubahan Kulit

Peningkatan aktifitas melanopjore stimulating hormon menyebabkan perubahan berupa hiperpigmentasi pada wajah (kloasma gravidarum), payudara, linea alba (-> linea grisea), striae lividae pada perut (Husin 2013, h 133).

b) Perubahan psikis

Sikap / penerimaan ibu terhadap keadaan hamilnya, sangat mempengaruhi juga untuk kesehatan / keadaan umum ibu serta keadaan janin dalam kehamilannya (husin 2013, h 133)

d. Keluhan kehamilan pada trimester tiga

Pada kehamilan usia trimester III mencakup antara minggu ke 29 sampai minggu ke 42, kehamilan trimester III sering kali disebut sebagai “periode menunggu atau penantian dan waspada sebab pada saat ibu tidak sabar menunggu kelahiran bayinya, trimester III merupakan masa persiapan dalam menanti kelahiran bayi dan menjadi orang tua. Hal-hal yang mendasari pada trimester III adalah :

- 1) Pertambahan ukuran uterus akibat dari perkembangan janin dan plasenta serta turunnya kepala pada rongga panggul menimbulkan pengaruh pada sistem organ maternal. Hal tersebut menjadi dasar timbulnya ketidaknyamanan pada ibu selama trimester III.
- 2) Pada trimester III kadar progesteron mengalami peningkatan dan stabil sehingga 7 kali lebih tinggi dari masa sebelum hamil.
- 3) Penantian dan persiapan akan persalinan mempengaruhi psikologis ibu. Ibu merasa khawatir terhadap proses persalinan yang akan dihadapinya, keadaan bayi saat dilahirkan, sehingga dukungan pendamping sangat dibutuhkan.
- 4) Perubahan-perubahan tersebut menjadi dasar timbulnya keluhan-keluhan fisiologis pada trimester III yaitu :
 - (a) Sering berkemih

- (b) Varises dan wasir
- (c) Sesak nafas
- (c) Gangguan tidur dan mudah lelah
- (d) Nyeri perut bawah
- (e) Heratburn

(husin 2013, h 133-143).

2) Tujuan Asuhan Kebidanan

Tujuan Asuhan Antenatal adalah :

- a) Memonitor kemajuan kehamilan untuk memastikan kesehatan ibu dan tumbuh kembang bayi
 - b) Meningkatkan dan mempertahankan kesehatan fisik, mental dan social ibu dan bayi.
 - c) Mengenali secara dini adanya ketidak normalan atau komplikasi yang mungkin terjadi selama hamil, termasuk riwayat penyakit secara umum, kebidanan dan pembedahan.
 - d) Mempersiapkan persalinan cukup bulan, melahirkan dengan selamat, ibu maupun bayi dengan trauma seminimal mungkin
 - e) Mempersiapkan agar masa nifas berjalan normal dan pemberian ASI eksklusif.
 - f) Mempersiapkan peran ibu dan keluarga dalam menerima kelahiran bayi agar dapat tumbuh kembang secara normal
- (Pudiastuti 2012, h. 1).

e. Kelainan Letak Lintang

1) Pengertian

- a) Letak lintang adalah keadaan sumbu memanjang janin kira-kira tegak lurus dengan sumbu memanjang tubuh ibu. Bila sumbu memanjang itu membentuk sudut lancip, disebut letak lintang oblik, yang biasanya sementara karena kemudian akan berubah menjadi posisi longitudinal pada persalinan. Pada letak lintang, bahu berada diatas pintu atas panggu. Kepala berada di salah satu fosa ilika dan bokong berada pada fosa iliak yang lain. Pada keadaan ini, janin biasanya berada pada presentasi bahu/ akromnion. Punggung janin dapat berada di depan (dorsoanterior), belakang (dorsoposterior), atas (dorsosuperior), atau bawah (dorsoinferior) (Sukarni 2014, h.70).
- b) Letak lintang merupakan istilah yang digunakan ketika sumbu panjang tubuh janin berada tegak lurus terhadap tulang belakang ibu atau sumbu uterus yang berada di tengah (Kumar 2011, h.117)
- c) Letak Lintang adalah bila sumbu memanjang janin menyilang sumbu memanjang ibu secara tegak lurus atau mendekati 90 derajat.(Sofian 2012, h.251).

2) Etiologi

- a) Relaksasi berlebih dinding abdomen akibat multiparitas, uterus abnormal (uterus arkuatus atau subseptus), panggul sempit, tumor daerah panggul, pendulum dari dinding abdomen, plasenta previa, insersi plasenta di fundus, bayi prematur, hidramnion, kehamilan ganda (Sukarni 2014, h.70).
- b) Penyebab paling sering adalah kelemahan otot uterus dan abdomen. Kelainan letak paling sering terjadi pada wanita paritas tinggi (grande multipara). Faktor lain yang mendukung terjadinya letak lintang adlah plasenta previa, selain itu juga ada beberapa faktor yang mendukung terjadinya letak lintang yaitu, kehamilan ganda, polihidramnion, abnormalitas uterus, pengkerutan pelvis, fibroid uterus yang besar (Marmi 2011, h.115).
- c) Penyebab dari letak lintang sering merupakan kombinasi dari berbagai faktor, faktor-faktor tersebut adalah :
 - (1)Fiksasi kepala tidak ada, karena panggul sempit, hidrosefalus, anensefalus, plasenta previa dan tumor-tumor pelvis
 - (2)Janin sudah bergerak pada hidramnion, multiparitas, janin kecil, atau sudah mati.
 - (3)Gemeli (kehamilan ganda)
 - (4)Kelainan uterus, seperti arkuatus, bikormus ata septum

(5) Lumbar skoliosis

(6) Monster

(7) *Pelvic kidney* dan kandung kemih serta rektum yang penuh

3) Diagnosis

a) Inspeksi

Perut membuncit ke samping

b) Palpasi

(1) Fundus lebih rendah dari seharusnya usia kehamilan.

(2) Fundus kosong dan bagian bawah kosong, kecuali kalau bahu sudah masuk ke dalam PAP.

(3) Kepala (*ballotement*) teraba di kanan atau di kiri.

c) Auskultasi

DJJ setinggi pusat kanan atau kiri (Sofian 2012, h,252).

Letak Lintang mudah didiagnosis dalam kehamilan dari bentuk uterus, terlihat melebar, lebih menonjol kesalah satu bagian abdomen, dengan TFU rendah. Palpasi akan teraba kepala janin pad salah satu sisi dan bokong pada sisi yang lain, tetapi tidak ada bagian presentasi yang berada di pelvis. Pada palpasi kepala janin atau bokong ditemukan disalah satu bagian fossa illiaca. USG dapat digunakan untuk memastikan diagnosis untuk mendeteksi kemungkinan penyebab (Marmi 2011, h.115).

Pemriksaan luar, uterus lebih melebar dan fundus uteri lebih rendah, tidak sesuai dengan umur kehamilan. Fundus uteri kosong,

kepala janin berada di samping. Diatas simfisis juga kosong, kecuali bila bahu sudah turun ke dalam panggul. Denyut jantung janin ditemukan di sekitar umbilikus.

Pemriksaan dalam, teraba bahu dan tulang-tulang iga/ketiak/punggung (teraba skapula dan ruas tulang belakang) atau dada (teraba klavikula). Kadang-kadang teraba tali pusat menumbung (Sukarni 2014, h.71).

4) Komplikasi

- a) Cedera tali pusat.
- b) timbul sepsis setelah ketuban pecah, dan lengan menumbung melalui vagina.
- c) kematian janin.
- d) ruptur uteri (Sukarni 2014, h.70)

5) Penatalaksanaan

Salah satu jalan untuk dapat melakukan versi luar alami adalah melakukan posisi bahu-lutut (*knee chest*) untuk letak sungsang atau lintang yang dilakukan sekitar 3kali/hari selama 10-15 menit, muli usia kehamilan 28-32 minggu (Manuaba 2010,h.464).

f. Anemia pada Kehamilan

1) Pengertian

Penurunan ringan kadar hemoglobin selama kehamilan dijumpai pada wanita sehat yang tidak mengalami defisiensi zat besi atau folfat. Hal ini disebabkan oleh ekspansi volume

plasma yang lebih besar daripada peningkatan massa hemoglobin dan volume sel darah merah yang terjadi pada kehamilan normal. Pada awal kehamilan dan menjelang aterm, kadar hemoglobin kebanyakan wanita sehat dengan simpanan zat besi adalah 11g/dl, atau lebih. Konsentrasi hemoglobin lebih rendah pada pertengahan kehamilan. Oleh karena itu, Center for Control and Prevention (CDC) mendefinisikan anemia swbagai kadar hemoglobin yang lebih rendah dari 11g/dl, pada trimester pertama dan ketiga, dan kurang dari 10,5 g/dl, pada trimester kedua (leveno 2009,h.104).

2) Etiologi

Menurut Proverawati (2011, h.7) Banyak bagian tubuh yang penting terlibat dalam sintesis sel darah merah, sebagian besar dilakukan di sumsum tulang. Sumsum tulang adalah jaringan lunak di pusat tulang yang membantu membentuk sel darah. Usia sel darah normal antara 90 sampai 120 hari. Bagian tubuh kemudian mengangkat sel-sel darah tua. Hormon yang disebut eritropoiten di buat di ginjal yang merupakan sinyal pada sumsum tulang untuk membuat sel darah merah. Hemoglobin adalah protein pembawa oksigen di dalam sel darah merah, yang memberi warna merah pada sel darah merah. Orang dengan anemia tidak memiliki cukup hemoglobin. Anemia dapat

disebabkan oleh banyak hal, tetapi tiga mekanisme utama tubuh yang menyebabkannya adalah:

- a) Penghancuran sel darah merah yang berlebihan
- b) Kehilangan darah
- c) Penurunan produksi sel darah merah.

3) Patofisiologi

Zat besi masuk dalam tubuh melalui makanan. Pada jaringan tubuh besi berupa: senyawa fungsional seperti hemoglobin, mioglobin, dan enzim, senyawa besi transportasi yaitu dalam bentuk transferin dan senyawa besi cadangan seperti ferritin dan hemosiderin. Besi ferri dari makanan akan menjadi ferro jika dalam keadaan asam dan bersifat mereduksi sehingga mudah diabsorpsi oleh mukosa usus. Dalam tubuh besi tidak terdapat bebas tetapi berkaitan dengan molekul protein membentuk ferritin, komponen proteinnya disebut apoferritin, sedangkan dalam bentuk transport zat besi dalam bentuk ferro berkaitan dengan protein membentuk transferin, komponen proteinnya disebut apotransferin, dalam plasma darah disebut serotransferin.

Zat besi yang berasal dari makanan seperti daging, hati, telur, sayuran hijau dan buah-buahan diabsorpsi di usus halus. Rata-rata dari makanan yang masuk mengandung 10-15 mg zat besi tetapi hanya 5-10% yang dapat diabsorpsi. Penyerapan zat besi ini

dipengaruhi oleh faktor adanya protein hewani dan vitamin C. Sedangkan yang menghambat serapan adalah kopi, teh, garam kalsium dan magnesium, karena bersifat mengikat zat besi. Menurunnya asupan zat besi yang merupakan unsur utama pembentukan hemoglobin maka kadar/produksi hemoglobin juga akan menurun (Tarwoto 2007, h. 44).

4) Tanda dan Gejala

a) Anemia Ringan

Karena jumlah sel darah merah yang rendah menyebabkan berkurangnya pengiriman oksigen ke setiap jaringan dalam tubuh, anemia dapat menyebabkan berbagai tanda dan gejala.

Gejala anemia ringan mungkin termasuk yang berikut :

- (1) Kelelahan
- (2) Penurunan energi
- (3) Kelemahan
- (4) Sesak nafas
- (5) Ringan
- (6) Palpitasi
- (7) Tampak pucat

b) Anemia Berat

Beberapa tanda-tanda yang mungkin menunjukkan anemia berat pada seseorang dapat mencakup :

(1) Perubahan warna tinja, termasuk tinja hitam dan tinja lengket dan berbau busuk, berwarna merah marun, atau tampak berdarah jika anemia karena kehilangan darah melalui saluran pencernaan.

(2) Denyut jantung cepat

(3) Tekanan darah rendah

(4) Frekuensi pernafasan cepat

(5) Pucat atau kulit dingin

(6) Kulit kuning

(7) Murmur jantung

(8) Pembesaran limpa dengan penyebab anemia tertentu.

(9) Nyeri dada

(10) Pusing atau kepala terasa ringan (terutama jika berdiri atau dengan tenaga)

(11) Kelelahan atau kekurangan energi

(12) Sakit kepala

(13) Tidak bisa berkonsentrasi

(14) Sesak nafas (khususnya selama latihan)

(15) Nyeri dada, angina, atau serangan jantung, pingsan

(Proverawati 2011,h.21).

5) Diagnosis

Untuk menegakkan diagnosis anemia kehamilan dapat dilakukan dengan anamnesa. Pada anamnesa akan didapatkan

keluhan cepat lelah, sering pusing, mata berkunang-kunang, dan keluhan mual muntah lebih hebat pada hamil muda.

Pemriksaan dan pengawasan Hb dapat dilakukan dengan menggunakan alat sahli. Hasil pemriksaan Hb dengan sahli dapat digolongkan sebagai berikut :

- a) Hb ≤ 11 gr% tidak anemia
- b) Hb 9-10 gr% anemia ringan
- c) Hb 7-8 gr% anemia sedang
- d) Hb < 7 gr% anemia berat

Pemeriksaan darah dilakukan minimal dua kali selama kehamilan, yaitu pada trimester I dan trimester III. Dengan pertimbangan bahwa sebagian besar ibu hamil mengalami anemia, maka dilakukan pemberian preparat Fe sebanyak 90 tablet pada ibu-ibu hamil di puskesmas (Manuaba 2007, h. 38).

Penurunan ringan kadar hemoglobin selama kehamilan dijumpai pada wanita sehat yang tidak mengalami defisiensi zat besi atau folfat. Hal ini disebabkan oleh ekspansi volume plasma yang lebih besar daripada peningkatan massa hemoglobin dan volume sel darah merah yang terjadi pada kehamilan normal. Pada awal kehamilan dan menjelang aterm, kadar hemoglobin kebanyakan wanita sehat dengan simpanan zat besi adalah 11g/dl, atau lebih. Konsentrasi hemoglobin lebih rendah pada pertengahan kehamilan. Oleh karena itu,

Center for Control and Prevention (CDC) mendefinisikan anemia swbagai kadar hemoglobin yang lebih rendah dari 11g/dl, pada trimester pertama dan ketiga, dan kurang dari 10,5 g/dl, pada trimester kedua (leveno 2009,h.104).

6) Komplikasi

Hemoglobin memiliki peran penting dalam mengantar oksigen ke seluruh bagian tubuh untuk konsumsi dan membawa kembaki karbon dioksida kembali ke paru menghembuskan nafas keluar dari tubuh. Jika kadar hemoglobin terlalu rendah, proses ini dapat terganggu, sehingga tubuh memiliki tingkat oksigen yang rendah (hipoksia).

Anemia umumnya memiliki prognosis yang sangat baik dan mungkin dapat disembuhkan dalam banyak hal. Prognosis keseluruhan tergantung pada penyebab anemia, tingkat keparahan, dan kesehatan keseluruhan pasien. Anemia yang parah dapat menyebabkan rendahnya kadar oksigen pada organ-organ vital seperti jantung, dan menyebabkan serangan jantung (Proverawati 2011, h. 36).

Menurut Manuaba (2010, h. 240) pengaruh anemia terhadap kehamilan dan bya anemia terhadap janin, sebagai berikut :

- a) Bahaya selama kehamilan
 - a) Dapat terjadi abortus

- (2) Persalinan prematuritas
- (3) Hambatan tumbuh kembang janin dalam rahim
- (4) Mudah terjadi infeksi
- (5) Ancaman dekompetensi kordis (Hb, 6gr/dl)
- (6) Mola hidatidosa
- (7) Hiperemesis gravidarum
- (8) Perdarahan antepartum
- (9) Ketuban pecah dini (KPD)

b) Bahaya saat persalinan

- (1) Gangguan his-kekuatan mengejan
- (2) Kala pertama dapat berlangsung lama
- (3) Kala dua berlangsung lama sehingga dapat melelehkan
dan sering memerlukan tindakan operasi kebidanan.
- (4) Kala tiga dapat diikuti retensio plasenta dan perdarahan
postpartum karena atonia uteri.
- (5) Kala empat dapat terjadi perdarahan postpartum
sekunder dan atonia uteri

c) Pada kala nifas

- (1) Terjadi subinvolusi uteri menimbulkan perdarahan
postpartum
- (2) Memudahkan infeksi puerperium
- (3) Pengeluaran ASI berkurang

(4) Terjadi dekompensasi kordis mendadak setelah persalinan

(5) Anemia kala nifas

(6) Mudah terjadi infeksi mammae

d) Bahaya terhadap janin

Sekalipun tampaknya janin mampu menyerap berbagai kebutuhan dari ibunya, tetapi dengan anemia akan mengurangi kemampuan metabolisme tubuh mengganggu pertumbuhan dan perkembangan janin dalam rahim. Akibat anemia dapat terjadi gangguan dalam bentuk :

(1) Abortus

(2) Terjadi kematian intrauterin.

(3) Persalinan prematuritas tinggi.

(4) Berat badan lahir rendah.

(5) Kelahiran dengan anemia.

(6) Dapat terjadi cacat bawaan

(7) Bayi mudah mendapat infeksi sampai kematian perinatal

7) Penatalaksanaan

Suplemen besi oral merupakan pilihan pengobatan utama. Banyak pusat-pusat kesehatan di Inggris memberikan profilaksis terhadap anemia dalam kehamilan dengan memberikan preparat

besi 100 mg dan asam folat 400 mikrogram setiap harinya kepada wanita hamil.

Anemia dalam kehamilan biasanya berhubungan dengan tidak dikonsumsi preparat ini. Alasannya mungkin karena kepatuhan pasien yang kurang, absorpsi yang buruk, atau karena mual dan muntah.

Kegagalan untuk berespons terhadap pengobatan membutuhkan evaluasi lebih lanjut. Ketika preparat besi oral tidak cocok, karena alasan apapun, maka dapat diberikan preparat besi sorbitol intramuskular. Infus besi dekstran dapat diberikan ketika kepatuhan pasien buruk. Besi dekstran atau besi sukrosa dapat digunakan. Biasanya, preparat infus diberikan dalam dosis kecil dulu sebagai uji coba untuk mencegah kejadian anafilaksis (Hanretty 2010, h. 39).

Selain itu juga dapat dilakukan pencegahan menurut Yuni (2015, h. 195) :

- a) Makanlah makanan yang kaya akan sumber zat besi secara teratur
- b) Makanlah makanan yang kaya sumber vitamin C untuk memperlancar penyerapan zat besi
- c) Jagalah lingkungan sekitar agar tetap bersih untuk mencegah penyakit infeksi dan penyakit cacingan

d) Hindari minum teh, kopi susu coklat setelah makan karena dapat menghambat penyerapan zat besi

8) Klasifikasi

Klasifikasi anemia dapat digolongkan menjadi :

a) Anemia defisiensi zat besi

Anemia selama kehamilan adalah defisiensi zat besi dan kehilangan darah akut. Tidak jarang anemia selama kehamilan berkaitan erat karena kehilangan darah dalam jumlah besar disertai hilangnya zat besi hemoglobin serta habisnya simpanan zat besi pada satu kehamilan dapat menjadi kusa penting anemia defisiensi zat besi pada kehamilan (Leveno 2009, h.646)

b) Anemia megabolistik

Anemia megabolistik yang dimulai selama kehamilan hampir selalu disebabkan oleh defisiensi asam folat. Kelainan ini biasanya dijumpai pada wanita yang tidak mengonsumsi sayuran berdaun hijau segar, kacang-kacangan, atau protein hewani. Terapi dari anemia megabolistik akibat kehamilan harus mencakup asam folat, diet bergizi, dan besi.

Anemia megabolistik yang disebabkan oleh defisiensi vitamin B₁₂ selama kehamilan sangat jarang dijumpai. Defisiensi vitamin B₁₂ pada wanita hamil lebih besar

kemungkinannya dijumpai setelah reseksi lambung persial atau total.

c) Anemia hemolitik

Anemia yang disebabkan karena penghancuran atau pemecahan sel darah merah yang lebih cepat dari pembuatannya. Ini dapat disebabkan oleh :

- (1) Faktor intrakorpuskuler, dijumpai pada anemia hemolitik talasemia, anemia sel sickle (sabit), hemoglobinopati C, D, G, H, I dan paraksimal nokturnal hemoglobinuria.
- (2) Faktor ekstrakorpuskuler, disebabkan malaria, sepsis, keracunan zat logam, dan dapat beserta obat-obatan, leukimia, penyakit hodgkin, gejala utama adalah anemia dengan kelainan-kelainan gambaran darah, kelelahan, serta gejala komplikasi bila terjadi kelainan pada organ-organ vital.
- (3) Pengobatan bergantung pada jenis anemia hemolitik serta penyebabnya. Bila disebabkan oleh infeksi maka infeksinya diberantas dan diberikan obat-obatan penambah darah. Namun, pada beberapa jenis obat-obatan, hal ini tidak memberi hasil. Maka tranfusi darah yang berulang dapat membantu penderita ini (Marmi 2014, h.55)

d) Anemia hipoplastik

Anemia hipoplastik disebabkan oleh hipofungsi sumsum tulang belakang membentuk sel-sel darah merah baru. Untuk diagnosis diperlukan pemeriksaan :

- (1) Darah tepi lengkap
- (2) Pemeriksaan fungsi sternal
- (3) Pemeriksaan leukosit

Gambaran darah tepi normositik dan normokromik. Sumsum tulang memberikan gambaran normoblastik dan hipoplasia eritropoiesis. Penyebabnya belum diketahui, kecuali yang disebabkan oleh infeksi berat (sepsis), keracunan, dan sinar rontgen atau sinar radiasi. Terap dengan obat-obatan tidak memuaskan, mungkin pengobatan yang paling baik yaitu tranfusi darah, yang perlu sering diulang (Marmi 2014, h.54).

g. Hipertensi dalam Kehamilan

1) Pengertian

Hipertensi tanpa proteinuria yang timbul setelah kehamilan 20mg dan menghilang setelah persalinan.(Kemenkes RI 2013, h.109).

Hipertensi gestsional disebut hipertensi sementara jika tidak terjadi preeklamsi dan tekanan darah kembali ke normal

pasca partum. Akan tetapi, yang penting adalah bahwa wanita dengan

Didapatkan tekanan darah $\geq 140/90$ mmHg untuk pertama kalinya pada kehamilan, tidak disertai proteinuria dan tekanan darah kembali normal < 12 minggu pasca persalinan (Nugroho taufan 2012, h.1)

Hipertensi dalam kehamilan adalah komplikasi serius trimester satu, kedua, dan ketiga. Dengan gejala klinis, seperti:

- a) Hipertensi
- b) Edema
- c) Proteinuria
- d) Kejang (konvulsi)
- e) Koma

2) Tanda dan gejala

- a) Tekanan darah : 140/90mmHg
- b) Proteinuria : Negative
- c) Edema : Tidak ada

(Komalasari 2010, h.113).

3) Diagnosis

Menurut Leveno (2017, h.211) diagnosis kelainan hipertensi yang menjadi penyulit kehamilan antara lain :

- a) Tekanan darah $\geq 140/90$ mmHg untuk pertama kali kehamilan

- b) Tidak ada proteinuria
 - c) Tekanan darah kembali normal setelah 12 minggu pascapartum
 - d) Diagnosis akhir hanya dibuat pascapartum
 - e) Dapat memiliki gejala dan tanda lain preeklamsia, contohnya ketidaknyamanan epigastrium atau trombositopenia, dan nyeri epigastrium.
- 4) penatalaksanaan
- a) Konsultasi dengan dokter
 - b) Pantau tekanan darah, urin (untuk proteinuria), dan kondisi janin setiap minggu
 - c) Jika kondisi janin memburuk atau terjadi pertumbuhan janin terhambat, rawat untuk penilaian kesehatan janin
 - d) Periksa setiap minggu
 - e) Tirah baring
 - f) Obat-obatan hipertensi bisa ditambahkan
- (Komalasari 2010, h.113).

2. Persalinan

a) Persalinaan Normal

1) Pengertian

Proses pengeluaran hasil konsepsi, yang mampu hidup, dari dalam uterus melalui vagina ke dunia luar (Asrinah 2010, h.1). Persalinan normal (spontan) adalah proses lahirnya bayi pada

letak belakang kepala dengan tenaga ibu sendiri, tanpa bantuan alat-alat serta tidak melukai ibu dan bayi yang umumnya berlangsung kurang dari 24 jam (Asrinah 2010, h.2).

2) Proses persalinan

Menurut lailiyana (2011, h.2) teori proses persalinan, yaitu sebagai berikut :

- a) Teori keregangan. Otot rahim mempunyai kemampuan meregang dalam batas tertentu. Setelah melewati batas tersebut terjadi kontraksi sehingga persalinan dapat dimulai. Misalnya, pada hamil ganda sering terjadi kontraksi setelah keregangan tertentu, sehingga memicu proses persalinan.
- b) Teori penurunan progesteron. Proses penebaran plasenta mulai terjadi pada usia kehamilan 28 minggu, ketika terjadi penimbunan jaringan ikat, pembuluh darah mengalami penyempitan dan buntu. Produksi progesterone mengalami penurunan, sehingga otot rahim lebih sensitive terhadap oksitosin. Akibatnya otot rahim mulai berkontraksi setelah penurunan progesterone pada tingkat tertentu.
- c) Teori oksitosin. Penurunan konsentrasi progesteron akibat usia kehamilan, aktivitas oksitosin dapat meningkat, sehingga persalinan mulai terjadi.

d) Teori prostaglandin. Pemberian prostaglandin pada saat kehamilan dapat menimbulkan kontraksi otot rahim sehingga hasil konsepsi dikeluarkan.

e) Teori hipotalamus-hipofisis dan glandula suprarenalis. Pada percobaan linggin (1973) menunjukkan pada kehamilan dengan anensefalus sering terjadi kelambatan persalinan karena tidak terbentuk hipotalamus, sehingga disimpulkan ada hubungan antara hipotalamus dengan persalinan.

3) Tahapan persalinan

Tahapan persalinan dibagi menjadi 4 menurut Lalliyana(2012, h.3) yaitu :

a) Kala 1

Kala satu persalinan dimulai sejak terjadinya kontraksi uterus yang teratur dan meningkat (frekuensi dan kekuatannya), hingga serviks membuka lengkap (10cm). Kala satu persalinan terdiri atas dua fase, yaitu fase laten dan fase aktif.

(1) Fase laten

(a)Dimulai sejak awal kontraksi, yang menyebabkan penipisan, dan pembukaan serviks secara bertahap.

(b)Berlangsung hingga serviks membuka 3cm.

(c)Pada umumnya, fase laten berlangsung hampir atau hingga 8 jam.

(2) Fase aktif

(a) Fase akselerasi

Dalam waktu 2 jam pembukaan 3 cm menjadi 4 cm.

(b) Fase dilatasi maksimal

Dalam waktu 2jam pembukaan serviks berlangsung sangat cepat, dari 4 cm menjadi 9 cm.

(c) Fase deselerasi

Pembukaan serviks menjadi lambat, dalam waktu 2 jam pembukaan dari 9cm menjadi lengkap atau 10 cm

Pada primi, berlangsung selama 12 jam dan pada multigravida sekitar 8jam. Kecepatan pembukaan serviks 1 cm per jam (nullipara atau primigravida) atau lebih dari 1 cm hingga 2cm (multipara) (asrinah 2010, h.4).

b) Kala II

Persalinan kala II dimulai ketika pembukaan serviks sudah lengkap (10cm) dan berakhir dengan lahirnya bayi. Proses ini biasanya berlangsung selama 2 jam pada primi dan 1 jam pada multi. Kala II juga disebut sebagai kala pengeluaran bayi. Tanda pasti kala II ditentukan melalui pemeriksaan dalam yang hasilnya adalah :

(1) Pembukaan serviks telah lengkap (10 cm), atau

(2) Terlihatnya kepala bayi melalui introitus vagina

(Saifudin 2009, h.100)

c) Kala III

Persalinan kala III dimulai segera setelah bayi lahir dan berakhir dengan lahirnya plasenta serta selaput ketuban yang berlangsung tidak lebih dari 30 menit (Asrinah 2010, h.5).

d) Kala IV

Kala IV persalinan dimulai setelah lahirnya plasenta sampai 2 jam post partum (Asrinah 2010, h.5).

4) Faktor yang mempengaruhi persalinan

- a) Passage atau jalan lahir terdiri dari bagian keras (tulang-tulang panggul dan sendinya) dan bagian lunak (otot-otot, jaringan, ligamen). Tulang-tulang panggul meliputi 2 tulang pangkal paha (*ossa coxae*), 1 tulang kelangkang (*ossa sacrum*), dan 1 tulang tungging (*ossa coccygis*).
- b) Power (his dan tenaga meneran) adalah kekuatan his atau kontraksi dan kekuatan mengejan ibu yang sangat penting dalam proses persalinan tiap his dimulai sebagai gelombang dari salah satu sudut (tuba) masuk ke dalam dinding uterus. Di tempat tersebut ada suatu pacemaker tempat gelombang his berasal. Gelombang bergerak kedalam dan kebawah dengan kecepatan 2cm/ detik untuk mengikutsertakan uterus.

- c) Passanger, kepala janin merupakan bagian yang paling besar dan keras daripada bagian-bagian lain janin yang akan dilahirkan. Janin dapat mempengaruhi jalannya persalinan dengan besarnya dan posisi kepala. Pengetahuan tentang ukuran-ukuran janin (kepala, bahu, bokong) sangat penting dalam meramalkan jalannya persalinan dengan adanya kelainan presentasi kepala.
 - d) Psikologis ibu, yaitu keadaan emosi, jiwa, pengalaman, adat istiadat, dan dukungan dari orang-orang tertentu yang dapat mempengaruhi proses persalinan.
 - e) Penolong, peran penolong persalinan adalah mengantisipasi dan menangani komplikasi yang mungkin terjadi pada ibu dan janin. Dalam hal ini proses persalinan tergantung dari kemampuan atau keterampilan dan kesiapan penolong dalam menghadapi proses persalinan (Lailiyana 2011, h.11).
- b. Fase Laten Memanjang
- Kondisi fase laten pada saat pertama kali ditunjukkan dilatasi serviks yang lambat tetapi biasanya kurang dari 0,6 per jam. Jika kecepatan dilatasi servik lebih cepat tetapi abnormal (yaitu kurang dari 1,2 cm per jam pada multipara). Mulai dari onset kontraksi yang teratur sampai permulaan fase aktif pada saat kenaikan kurva dilatasi, maka fase laten secara normal tidak boleh melebihi 20 jam pada nulipara atau 14 jam pada

multipara. Jika mengalami perpanjangan di luar batas kritis tersebut, maka dapat di diagnosis perpanjangan fase laten (Lisnawati 2013, h.79).

Fase laten memanjang, fase yang melampaui waktu 20 jam pada primigravida atau waktu 14 jam pada multipara merupakan keadaan abnormal. Sebab-sebab fase laten yang panjang mencakup :

- 1) Serviks belum matang pada awal persalinan
- 2) Posisi janin abnormal
- 3) Disproporsi fetopelvik
- 4) Persalinan difungsional
- 5) Pemberian sedative yang berlebihan
- 6) Induksi persalinan
- 7) (William 2010, h.607)

Pemeriksaan serviks secara berkala dengan melalui pemeriksaan dalam yang steril adalah penting untuk mengikuti kemajuan persalinan. Tindakan tersebut harus dilakukan sesering yang diperlukan untuk membuat kurva persalinan yang dapat diinterpretasikan yaitu lebih sering (tiap jam) jika kemajuan persalinan cepat, dan lebih jarang (dengan interval 2-4 jam) jika kemajuan persalinan lambat. Catatlah dilatasi serviks, penonjolan, konsistensi dan posisinya relatif terhadap sumbu vaginal. Perlu diperhatikan pula untuk memeriksa

keadaan selaput amnion, tinggi dan posisi janin, asiklitisme, molding, dan pembentukan caput (Lisnawati 2013, h. 78)

c. Persalinan dengan Induksi

1) Pengertian

Induksi persalinan adalah permulaan kontraksi uterus yang disengaja sebelum kontraksi di mulai sendiri dengan tujuan mencapai kelahiran per vagina (Kennedy 2014,h.266).Induksi persalinan merupakan suatu proses untuk memulai aktivits uterus mencapai pelahiran pervaginam (Liu 2008,h.182).

Dengan induksi persalinan bayi sudah dapat hidup di luar kandungan, sebagai upaya untuk menyelamatkan janin dari pengaruh buruk apabila janin masih dalam kandungan (Manuaba 2012, h.85)

2) Indikasi induksi persalinan

Berikut ini merupakan kondisi ibu dan janin yang merupakan indikasi untuk induksi persalinan :

- (a) Abrusio plasenta
- (b) Preeklamsi atau hipertensi dalam kehamilan
- (c) Kondisi penyakit ibu, meliputi diabtes militus, penyakit ginjal, penyakit paru kronis, dan hipertensi kronis.
- (d) Gangguan janin, meliputi restriksi pertumbuhan janin yang berat atau isomunisasi

- (e) Ketuban pecah dini
- (f) Kehamilan lewat bulan
- (g) Profil bin fisik kurang dari 6 atau oligohidramnion
- (h) Kematian janin intrauteri
- (i) Distosia uterus
- (j) Pencegahan persalinan lama

(Kennedy 2014,h.265).

- (k) Diabetes
- (l) Stabilisasi letak tak stabil
- (m) Dugaan hambatan pertumbuhan intrauterus
- (n) Herpes genital
- (o) Riwayat bayi berukuran besar >4kg)
- (p) Permintaan ibu
- (q) Riwayat lahir mati
- (r) (Chapman 2013, h.296)

3) Kontraindikasi

Induksi persalinan tidak boleh dilakukan pada keadaan-keadaan berikut ini :

- a) Jika persalinan per vaginam tidak dianjurkan atau tidak mungkin, seperti disproporsi pelvis, plasenta previa, prolaps tali pusat dan adanya infeksi aktif seperti herpes genital.
- b) Abnormalitas struktur panggul

- c) Letak janin melintang
- d) Kondisi janin mengkhawatirkan
- e) (Kennedy 2014, h. 270).

4) Persyaratan induksi persalinan

Ada beberapa macam persyaratan sebelum dilakukan induksi persalinan :

- a) Tinjau ulang riwayat medis dan obstetri. Lakukan pemeriksaan klinis menyingkirkan kontraindikasi bagi induksi persalinan. pastikan ibu dan pasangan telah diinformasikan secara lengkap tentang risiko dan keuntungan serta isi program yang direncanakan.
- b) Minta ibu untuk berkemih
- c) Pastikan privasi ibu terjaga
- d) Lakukan pemeriksaan dalam untuk menguji keadekuatan pelvik dan menentukan status serviks. Dilatasi serviks, panjang serviks, konsistensi, posisi, dan ketinggian penurunan bagian presentasi dikombinasikan ke dalam suatu skala serviks.
- e) Lakukan prosedur CTG untuk memastikan kesejahteraan janin
- f) Dilatasi serviks mendesak dua kali lipat pengaruh keberhasilan induksi dibandingkan dengan konsistensi serviks.

g) (Chapman 2013,h.304).

5) Pematangan serviks

Pematangan serviks adalah proses pelunakan secara fisik yang efektif dalam mempersiapkan persalinan dan kelahiran. Sebelum memulai induksi atau pematangan serviks, pengkajian serviks harus dilakukan dan skor bishop harus dihitung. Skor ini mengidentifikasi ibu yang akan mendapat manfaat dari pematangan serviks sebelum memulai induksi persalinan. skor bishop itu sendiri merupakan suatu metode evaluasi terkait seberapa baik atau matang serviks. Periksa dalam dilakukan untuk mengevaluasi dilatasi, penipisan, konsistensi (lunak atau keras), serviks, dan posisi serviks, serta station bagian presentasi (Kennedy 2014,h. 271).

Tabel 2.1 Penilaian induksi menurut Bishop

Keadaan Fisik	Nilai Dasar	Total Nilai
Pembukaan 0cm Perlunakkan 0-30% Konsistensi serviks : kaku Arah serviks : kebelakang Kedudukan bagian terendah : -2	0	
Pembukaan 1-2 cm	2	

Perlunakan 40-50% Konsistensi serviks : sedang Arah serviks : ke tengah Kedudukan bagian terendah :-2		
Pembukaan 3-4 cm Perlunakan 60-70% Konsistensi serviks : lunak Kedudukan bagian terendah : -1 -0	2	
Pembukaan >5 cm Perlunakan 80% +	3	

Dengan memperhitungkan nilai skor bishop, kemungkinan keberhasilan induksi persalinan sudah dapat diperhitungkan sebagai berikut :

Skor Bishop 2-4 : Kurang berhasil
 5-6 : Meragukan tetapi dicoba
 >6 : Sebagian besar berhasil

(Manuaba 2012, h.88)

6) Resiko induksi

- a) Kegagalan induksi
- b) Infeksi intrauterus
- c) Prolaps tali pusat
- d) Hiperstimulasi uterus
- e) (Liu 2008,h.190)

7) Induksi dan Augmentasi persalinan dengan oksitosin

Oksitosin adalah hormon yang normalnya dilepaskan oleh kelenjar hipofisis posterior, yang menyebabkan uterus berkontraksi. Oksitosin dilepas sebagai respons terhadap stimulasi payudara, peregangan serviks, dan stimulasi saluran genital bawah. Oksitosin dilepaskan sebagai respons terhadap peregangan vagina dan serviks yang menyebabkan kontraksi uterus. Oksitosin merupakan agens farmakologi yang paling sering digunakan, baik untuk induksi maupun augmentasi persalinan (Kennedy 2014, h.267)

Metode drip oksitosin sebagai berikut :

- a) Sebaiknya pada malam harinya ibu masuk rumah sakit
- b) Dipasang infus dextrose 5% dengan 5 unit oksitosin
- c) Tetesan pertama antara 8-12 tetes per menit dengan perhitungan setiap tetesan mengandung 0,0005 unit, sehingga dengan pemberian 12 tetes/menit terdapat oksitosin sebanyak 0,006 unit/menit
- d) Setiap 15 menit dilakukan penilaian, bila tidak terdapat his yang adekuat jumlah tetesan ditambah 4 tetes, sampai maksimal tercapai 40 tetes per menit atau 0,02 unit oksitosin/menit
- e) Tetesan maksimal dipertahankan dalam 2 kali pemberian 500cc Dextrose 5%

- f) Bila sebelum tetesan ke-40 sudah timbul kontraksi otot rahim yang adekuat, maka tetesan terakhir dipertahankan, sampai persalinan berlangsung
- g) Dalam literatur dikemukakan juga, bahwa pemberian oksitosin maksimal setiap menit adalah sekitar 30-40 IU atau tetesan sebanyak 40 tetes per menit dengan oksitosin sebanyak 10 unit.

(Manuaba 2012, h.90)

8) Penjahitan Laserasi Perineum

a) Pengertian

Robekan dan laserasi dikelompokkan menjadi derajat satu, dua, tiga dan empat. Robekan derajat tiga dan empat meningkatkan resiko inkontenensia fekal yang dapat berlanjut hingga setelah kelahiran (Michele 2013,h.90)

Menurut Lalliyana (2012, h. 87) Anastesi yang diperlukan pada penjahitan laserasi adalah anastesi lokal dengan lidokain 1% tanpa epinefrin sebanyak 10 ml, dan hindarkan jangan sampai larutan lidokain masuk kedalam pembuluh darah, karena dapat menyebabkan gangguan denyut jantung.

b) Klasifikasi laserasi perineum

klasifikasi laserasi perineum menurut Michele (2013,h.90) meliputi

- (1) Derajat satu : Meluas hingga ke mukosa vagina dan kulit perineum
- (2) Derajat dua : Meluas hingga otot perineum
- (3) Derajat tiga : Mencakup laserasi perineum yang mengenai sfinger anal eksternal
- (4) Derajat empat : sfinger anal dan mukosa rektal anal mengalami laserasi

Selama penjahitan laserasi, kaji tekanan darah, denyut nadi, dan frekuensi napas ibu, kemudian catat hasilnya di rekam medis atau lembar partograf kala IV.

Menurut Lalliyana (2012, h.87) salah satu teknik penjahitan adalah teknik jahitan dengan jelujur, hal tersebut mudah dipahami, kurang menimbulkan nyeri setelah penjahitan, dan jumlah benang yang diperlukan sedikit. Prinsip penjahitan laserasi jalan lahir adalah menjahit sesedikit mungkin cukup untuk merapatkan jaringan dan hemostatis, karena setiap tusukan jarum mengakibatkan luka.

c) Langkah-langkah penjahitan

- (1) Prinsip PI jangan diabaikan

- (2) Telusuri luka dengan jari tangan
- (3) Pastikan batasan luka
- (4) jahitan sekitar 1 cm diatas luka di dalam vagina
- (5) Tutup mukosa vagina dengan jahitan ke arah bawah hingga mencapai himen
- (6) Tusukkan jarum menembus mukosa vagina di belakang himen sehingga ujung jarum mencapai luka area perineum
- (7) Periksa tapi diantara jarum pada area luka perineum dan batas luka
- (8) pastikan bahwa setiap jahitan pada tiap sisi memiliki ukuran yang sama dan otot bagian dalam sudah tertutup.
- (9) (Lailiyana 2012, h.88)

3. Nifas Normal

a. Pengertian

- 1) Masa nifas adalah masa dimulai beberapa jam sesudah lahirnya plasenta sampai 6 minggu setelah melahirkan.
- 2) Masa nifas dimulai setelah kelahiran plasenta dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil yang berlangsung kira-kira 6 minggu.
- 3) Masa nifas adalah masa setelah seorang ibu melahirkan bayi yang umumnya memerlukan waktu 6-12 minggu.

b. Tujuan masa nifas

Asuhan nifas haruslah memberikan tanggapan terhadap kebutuhan khusus ibu selama masa yang istimewa ini. Asuhan post partum hendaknya merupakan upaya kolaboratif antara orang tua, keluarga, pemberi asuhan yang sudah terlatih atau tradisional, profesi kesehatan, dll, termasuk kelompok anggota masyarakat, pembuat kebijakan, perencana kesehatan dan administrator. Bidan memiliki peranan yang sangat penting dalam penyediaan asuhan postpartum.

Menjaga kesehatan ibu dan bayinya, baik fisik maupun psikologik. Melaksanakan screening yang komprehensif, mendeteksi masalah, mengobati atau merujuk bila terjadi komplikasi pada ibu maupun bayinya.

Memberikan pendidikan kesehatan tentang perawatan kesehatan diri, nutrisi, keluarga berencana, menyusui, pemberian imunisasi kepada bayinya dan perawatan bayi sehat. Memberikan pelayanan keluarga berencana (Lusiana 2009, h.3).

c. Tahapan masa nifas

Menurut Bahiyatun (2009, h.2) tahapan masa nifas dibagi dalam 3 periode, yaitu :

- 1) Puerperium dini, yaitu kepulihan ketika ibu telah diperbolehkan berdiri dan berjalan

- 2) Puerpurium intermedial, yaitu kepulihan yang menyeluruh alat-alat genital
- 3) Remote puerpurium, yaitu waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna, terutama bila selama hamil atau waktu persalinan mempunyai komplikasi. Waktu untuk sehat sempurna mungkin beberapa minggu, bulan, atau tahun.

d. Kebijakan program Nasional masa nifas

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

- 1) 6-8 jam setelah persalinan, untuk mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri, mendeteksi dan merawaat penyebab lain perdarahan rujuk bila perdarahan berlanjut, memberikan konseling pada ibu atau salah satu anggota keluarga tentang mencegah perdarahan pada masa nifas, pemberian ASI awal 1jam setelah IMD berhasil dilakukan, menjaga bayi tetap sehat dengan cara mencegah hipotermia (Wulandari 2011,h.3)
- 2) 6 hari setelah persalinan, untuk memastikan involusi uteris berjalan normal uterus berkontraksi fundus di bawah umbilikus, tidak ada perdarahan abnormal, tidak ada bau, menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi atau perdarahan abnormal, memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak

memperlihatkan tanda-tanda penyulit pada bagian payudara ibu, memberikan konseling pada ibu mengenai asuhan pada bayi tali pusat, menjaga bayi tetap hangat, dan merawat bayi sehari-hari (Wulandari 2011,h.4)

3) 2 minggu setelah persalinan, untuk memastikan involusi uterus, berjalan normal uterus berkontraksi, fundus di bawah umbilikus, tidak ada perdarahan abnormal, tidak bau, menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi atau perdarahan abnormal, memastikan ibu mendapat cukup makanan, cairan dan istirahat, memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak memperlihatkan tanda-tanda penyulit, memberikan konseling pada ibu mengenai asuhan pada bayi tali pusat, menjaga bayi tetap hangat dan merawat bayi sehari-hari (Anggraini 2010,h.5).

4) 6 minggu setelah persalinan, untuk menanyakan pada ibu tentang penyulit yang dialami ibu atau bayinya, Memberikan konseling untuk menggunakan KB secara dini (Anggraini 2010,h.5).

e. Perubahan fisiologis masa nifas

a) Involusi

Menurut wulandari (2011, h. 99) Involusi uterus adalah kembalinya uterus ke keadaan sebelum hamil baik dalam bentuk maupun posisi. Selain uterus, vagina, ligament uterus dan otot panggul juga kembali ke keadaan sebelum hamil.

Tabel 2.2 Perubahan involusi uterus

Involusi uterus	Tinggi fundus uteri	Berat uterus	Diameter uterus	Palpasi cervik
Plasenta lahir	Setinggi pusat	1000 gr	12,5 cm	Lembut / lunak
7 hari (minggu 1)	Pertengahan antara pusat shympisis	500 gr	7,5 cm	2 cm
14 hari (2 minggu)	Tidak teraba	350 gr	5 cm	1 cm
6 minggu	Normal	60 gr	2,5 cm	Menyempit

b) Lokia

Lokia keluar uterus setelah bayi lahir sampai dengan 3 atau 4 minggu postpartum. Perubahan lokia terjadi dalam tiga tahap, yaitu lokia rubra, serosa, dan alba. Lokia rubra merupakan darah pertama yang keluar dan berasal dari tempat lepasnya plasenta. Setelah beberapa hari, lokia berubah warna menjadi kecoklatan yang terdiri dari darah dan serum yang berisi leukosit dan jaringan yang disebut lokia serosa. Pada minggu ke-2, lokia berwarna putih kekuningan yang terdiri dari mucus serviks, leukosit, dan jaringan (Bahiyatun 2009, h.60).

c) Ovarium dan tuba fallopi

Setelah kelahiran plasenta, produksi estrogen dan progesterone menurun, sehingga menimbulkan mekanisme timbal balik dari

sirkulasi menstruasi. Pada saat inilah dimulai kembali kembali proses ovulasi, sehingga wanita dapat hamil kembali (Bahiyatun 2009, h.61).

d) Kekentalan darah (hemokonsentrasi) kembali normal

Selama hamil, darah ibu relatif lebih encer, karena cairan darah ibu banyak, sementara sel darahnya berkurang. Setelah melahirkan, sistem sirkulasi darah ibu akan kembali seperti semula. Darah kembali mengental, di mana kadar perbandingan sel darah dan cairan darah kembali normal. Umumnya hal ini terjadi pada hari ke-3 sampai ke-15 pascapersalinan (Saleha 2012, h.3).

e) Perubahan tanda vital

Tekanan darah harus dalam keadaan stabil. Suhu turun secara perlahan, dan stabil pada 24 jam post partum. Nadi menjadi normal setelah persalinan (Bahiyatun 2009, h.62).

f) Adaptasi psikologis ibu masa nifas

a) Fase Taking In

Fase ini merupakan periode ketergantungan yang berlangsung dari hari pertama sampai hari kedua setelah melahirkan. Pada saat itu, fokus perhatian ibu terutama pada dirinya sendiri. Pengalaman selama proses persalinan sering berulang diceritakannya. Kelelahan membuat ibu cukup istirahat untuk mencegah gejala kurang tidur,

seperti mudah tersinggung. Hal ini membuat ibu cenderung menjadi pasif terhadap lingkungannya. Oleh karena itu kondisi ibu perlu dipahami dengan menjaga komunikasi yang baik. Pada fase ini perlu, diperhatikan pemberian ekstra makanan untuk proses pemulihannya. Disamping nafsu makan ibu memang meningkat (Ambarwati & Wulandari 2009, hh.88-89).

b) Fase Taking Hold

Fase ini berlangsung antara 3-10 hari setelah melahirkan. Pada fase taking hold, ibu merasa khawatir akan ketidakmampuan dan tanggung jawab dalam merawat bayi. Selain itu perasaannya sangat sensitif sehingga mudah tersinggung jika komunikasinya kurang hati-hati. Oleh karena itu ibu memerlukan dukungan karena saat ini merupakan kesempatan yang baik untuk menerima berbagai penyuluhan dalam merawat diri dan bayinya sehingga tumbuh rasa percaya diri (Ambarwati & Wulandari 2009, h.89).

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 (Ambarwati & Wulandari 2009, h.89).

4. Bayi Baru Lahir dan Neonatus

a. Bayi Baru Lahir Normal

1) Pengertian

Bayi baru lahir normal adalah bayi yang baru lahir pada usia kehamilan genap 37-41 minggu, dengan presentasi belakang kepala atau letak sungsang yang melewati vagina tanpa memakai alat. Neonatus adalah bayi baru lahir yang menyesuaikan diri dari kehidupan di dalam uterus ke kehidupan di luar uterus (Tando marie naomy 2016, h.2).

2) Tanda-tanda bayi lahir normal

- a) Berat badan 2.500-4000 gram.
- b) Panjang badan 48-52 cm.
- c) Lingkar dada 30-38 cm.
- d) Lingkar kepala 33-35 cm.
- e) Frekuensi jantung 120-160 kali/menit.
- f) Pernafasan 40-60 kali/menit.
- g) Kulit kemerah-merahan dan licin karena jaringan subkutan cukup.
- h) Rambut lanugo tidak terlihat, rambut kepala biasanya telah sempurna.

- i) Kuku agak panjang dan lemas.
- j) Genetalia : pada perempuan, labia mayora sudah menutupi labia minora pada laki-laki, testis sudah turun, skrotum sudah ada.
- k) Refleks isap dan menelan sudah terbentuk dengan baik.
- l) Refleks moro atau gerak memeluk jika dikagetkan sudah baik.
- m) Refleks *graps* atau menggenggam sudah baik.
- n) Eliminasi baik, mekonium keluar dalam 24 jam pertama, mekonium berwarna hitam kecoklatan.

(Tando marie naomy 2016, h.2).

b. Asuhan bayi baru lahir

Asuhan segera pada bayi baru lahir normal adalah asuhan yang diberikan pada bayi selama janin pertama setelah kelahiran. Aspek penting dari asuhan segera setelah lahir menurut Sudiarti, Khoitunnisa (2010, h.1) sebagai berikut :

- 1) Menjaga agar bayi tetap hangat dan terjadi kontak antara bayi dengan kulit ibu
- 2) Mengusahakan adanya kontak antara kulit bayi dengan ikut ibunya sesegera mungkin
- 3) Menjaga pernapasan

Menurut Saifudin (2009, hh133-136) penanganan Bayi Baru lahir meliputi :

- a) Membersihkan jalan nafas
- b) Memotong dan merawat tali pusat
- c) Inisiasi Menyusui Dini

IMD dilakukan selama 1 jam untuk membantu stabilisasi pernafasan, mengendalikan suhu tubuh bayi lebih baik dibandingkan dengan incubator, menjaga kolonisasi kuman yang aman untuk bayi dan mencegah nosokomial. Kadar bilirubin bayi juga lebih cepat normal karena pengeluaran mekonium lebih cepat sehingga dapat menurunkan insiden ikterus bayi baru lahir . Kontak kulit dengan kulit juga membuat bayi lebih tenang sehingga di dapat pola tidur yang lebih baik (Saifudin 2009, h.369)

- d) Mempertahankan suhu tubuh bayi
- e) Memberi vitamin K 0,5-1 mg secara IM untuk mencegah terjadinya perdarahan dan salep mata
- f) Memberi Salep mata

Di beberapa negara perawatan mata bayi baru lahir secara hukum diharuskan untuk mencegah terjadinya oftalmia neonatorum. Perawatan mata dikerjakan segera, tindakan ini dapat dikerjakan setelah bayi selesai perawatan tali pusat.

Dalam waktu 1 jam setelah bayi lahir, berikan salep obat tetes mata untuk mencegah oftalmia neonatorum (tetrasklin 1%, Eritromisin 0,5% atau Nitras Argensi 1%), biarkan obat tetap

pada mata bayi dan obat yang ada disekitar mata jangan dibersihkan (Marmi, kukuh 2012 h.35)

g) Identitas bayi

h) Imunisasi

Pada daerah risiko tinggi infeksi tuberkulosis, imunisasi BCG harus diberikan pada bayi segera setelah lahir. Pemberian dosis pertama tetesan polio dianjurkan pada bayi segera setelah lahir atau pada umur 2 minggu. Maksud pemberian imunisasi polio secara dini adalah untuk meningkatkan perlindungan awal. Imunisasi Hepatitis B sudah merupakan program nasional, meskipun resiko tinggi, pemberian imunisasi Hepatitis B dianjurkan pada bayi segera setelah lahir (Muslihatun 2010, h.21)

3) Tahapan

- a) Tahap I terjadi segera setelah lahir, selama menit-menit pertama kelahiran. Pada tahap ini digunakan untuk sistem scoring apgar untuk fisik dan scoring gray untuk interaksi bayi dan ibu.
- b) Tahap II disebut tahap transisiomal reaktivitas. Pada tahap II dilakukan pengkajian selama 24 jam pertama terhadap adanya perubahan perilaku.

- c) Tahap III disebut tahap periodik, pengkajian dilakukan setelah 24 jam pertama yang meliputi pemeriksaan seluruh tubuh (Dewi 2010, h.3).

4) Rawat Gabung

a) Pengertian

Rawat gabung satu cara perawatan di mana ibu dan bayi yang baru dilahirkan tidak dipisahkan, melainkan ditempatkan bersama dalam sebuah ruang selama 24 jam penuh. Istilah rawat gabung parsial yang dahulu banyak dianut seperti hanya dilakukan pada siang hari sedangkan pada malam harinya dirawat di kamar bayi, sudah tidak dibenarkan lagi (Saifuddin 2008, h.386)

b) Tujuan

Tujuan rawat gabung secara umum adalah membina hubungan emosional antara ibu dan bayi, meningkatkan penggunaan ASI, pencegahan infeksi dan pendidikan kesehatan bagi ibu. Dengan rawat gabung , ibu dapat menyusui bayinya sedini mungkin, kapan saja, di mana saja bayi membutuhkannya (Muslihatun 2010, h.22)

Dengan melakukan rawat gabung maka infeksi silang dapat dihindari. Kolostrum yang mengandung antibodi dalam jumlah tinggi, akan melapisi seluruh permukaan mukosa dari saluran pencernaan bayi, dan diserap oleh bayi sehingga bayi akan

mempunyai kekebalan yang tinggi. Kekebalan ini akan mencegah infeksi teruama terhadap diare (Marmi, kukuh 2012, h.38)

c) Kerugian Rawat Gabung

Kerugian rawat gabung antara lain kemungkinan ibu kurang istirahat, bisa salah memberikan makanan kepada bayi karena pengaruh lain, pada ibu yang kurang menjaga kebersihan diri, bayi dan ibu akan mudah sakit, bayi dapat terkena infeksi dari pengunjung, serta kadang ada hambatan teknis dan fasilitas dalam pelaksanaan (Muslihatun 2010, h. 24)

5) Pelayanan Kesehatan Neonatus

Pelayanan kesehatan neonatus adalah pelayanan kesehatan sesuai standar yang diberikan oleh tenaga kesehatan yang kompeten kepada neonatus sedikitnya 3 kali, yaitu :

- a) Kunjungan Neonatus KN 1, dilakukan pada kurun waktu 6-48 jam setelah lahir
- b) Kunjungan Neonatus KN 2, dilakukan pada kurun waktu hari ke 3 sampai dengan hari ke 7 setelah lahir
- c) Kunjungan Neonatal KN 3, dilakukan pada kurun waktu hari ke 8 sampai dengan hari ke 28 setelah lahir

(DEPKES RI 2009, h.6)

b. Makrosomia

1) Pengertian

Makrosomia adalah istilah yang digunakan untuk menjelaskan janin/neonatus yang sangat besar. Terdapat persetujuan umum diantara ahli obstetri bahwa bayi baru lahir dengan berat kurang dari 4000 tidak termasuk terlampau besar. Dan diktakan makrosomia apabila berat badan bayi lebih dari 4000gr (leveno 2017, h.13)

Menurut Rayburn (2007, h.141) makrosomia adalah berat janin yang pada waktu lahir berada dalam 10 persentil teratas (berat badan lebih dari 4000 gram).

2) Diagnosis

diagnosis sulit dilakukan dengan perkiraan sampai persalinan berlangsung. dugaan berat makrosomia dapat dilakukan dengan ultrasonografi. Dugaan pasti janin makrosomia masih tetap sulit, menduga BB janin dalam berat normal, tetapi sulit menduga BB janin dengan makrosomia, hanya dapat dikemukakan bahwa

- a) Bila fundus uteri masih tetap tinggi, akhir minggu ke-40 sekalipun kepala janin sudah masuk PAP, dapat diduga janin besar
 - b) Fundus uteri minggu ke-40 masih tetap mencapai proses xiphoideus, dapat diduga akan berhadapan dengan bayi besar.
- (Manuaba 2007, h.430)

3) Faktor resiko

Pada wanita melahirkan bayi makrosomia, faktor resiko pada ibu teridentifikasi hanya 40 persen. Insiden diabetes pada ibu meningkat seiring dengan meningkatnya berat badan lahir melebihi 4000 gram. Terdapat beberapa faktor lain yang meningkatkan kemungkinan bayi besar

- a) Ukuran orang tua besar terutama obesitas pada ibu
- b) Multiparitas
- c) gestasi lama
- d) usia ibu
- e) janin laki-laki
- f) bayi sebelumnya memiliki berat lebih 4000 gr

(Leveno 2009, h.494)

Adapun faktor lain yang dapat menyebabkan makrosomia adalah :

- a) Bapak besar
- b) kehamilan dengan janin laki
- c) hamil dengan maltiparas
- d) Umur ibu saat hamil
- e) Kehamilan serotinus

(Manuaba 2007, h.430)

4) Penanganan

Penanganan janin dengan makrosomia menurut Leveno (1017, h.314) :

a) induksi persalinan (prolaksis)

induksi persalinan setelah diagnosa makrosomia pada wanita tanpa diabetes sebagai salah satu cara untuk menghindari pertumbuhan janin lebih lanjut dan akhirnya mengurangi komplikasi kelahiran yang mungkin terjadi.

b) Pelahiran sesar efektif

Kebijakan kelahiran sesar efektif untuk makrosomia janin yang didiagnosa dengan ultrasonografi.

c) Pencegahan Distosia Bahu

Distosia bahu terjadi jika pelvis ibu cukup lebar untuk melahirkan kepala janin, namun tidak cukup besar untuk melahirkan bahu janin yang berdiameter lebih lebar. semua kasus distosia bahu mengalami cedera pleksus brakialis permanen.

B. Manajemen Kebidanan

1. Pengertian Manajemen Kebidanan

Manajemen kebidanan, adalah pendekatan yang digunakan oleh bidan dalam menerapkan metode pemecahan masalah secara sistematis mulai dari pengkajian, analisa data, diagnosis kebidanan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi (Mufdillah 2009, h.94).

2. Pendokumentasian atau catatan manajemen kebidanan dapat diterapkan dengan metode SOAPIE :

a. S (Subjektif)

Data subjektif ini berhubungan dengan masalah dari sudut pandang pasien. Ekspresi pasien mengenai kekhawatiran dan keluhannya yang dicatat sebagai kutipan langsung atau tingkatan yang akan berhubungan langsung dengan diagnosis. Pada pasien yang bisu, di bagian data di belakang huruf “S”, diberi tanda “O” atau “X”. Tanda ini akan menjelaskan bahwa pasien adalah penderita tuna wicara. Data Subjektif ini nantinya akan menguatkan diagnosis yang akan disusun.

b. O (Objektif)

Data objektif merupakan pendokumentasian hasil observasi yang jujur, hasil pemeriksaan fisik pasien, pemeriksaan laboratorium / pemeriksaan diagnostik lain. Catatan medis dan informasi dari keluarga atau orang lain dapat dimaksudkan dalam data objektif ini sebagai data penunjang. Data ini akan memberikan bukti gejala klinis pasien data fakta yang berhubungan dengan diagnosis.

c. A (Assesment)

Assesment merupakan pendokumentasian hasil analisis dan interpretasi (kesimpulan) data subjektif dan objektif. Karena keadaan pasien yang setiap saat bisa mengalami perubahan, dan akan ditemukan informasi baru dalam data subjektif maupun data objektif, maka proses pengkajian data akan menjadi sangat dinamis. Hal ini

juga menuntut bidan untuk sering melakukan analisis data yang dinamis tersebut dalam rangka mengikuti perkembangannya pasien dan analisa yang tepat dan akurat mengikuti perkembangan data pasien akan menjamin cepat diketahuinya perubahan pada pasien, dapat terus diikuti dan diambil keputusan / tindakan yang tepat. Analisa data adalah melakukan interpretasi data yang lebih dikumpulkan mencakup diagnosa . masalah kebidanan, diagnosis / masalah potensial serta perlunya antisipasi diagnosis / masalah potensial dan tindakan segera.

d. P (Planning)

Planning / Perencanaan, adalah membuat rencana asuhan saat ini dan yang akan datang. Rencana asuhan disusun berdasarkan hasil analisis dan interpretasi data. Rencana asuhan ini bertujuan untuk mengusahakan tercapainya kondisi pasien seoptimal mungkin dan mempertahankan kesehatannya. Rencana asuhan ini harus bisa mencapai kriteria tujuan yang ingin dicapai dalam batas waktu tertentu. Tindakan yang akan dilaksanakan harus mampu membantu pasien mencapai kemajuan dan harus sesuai dengan hasil kolaborasi tenaga kesehatan lain, antara lain dokter.

e. I (Implementasi)

Implementasi, adalah pelaksanaan asuhan sesuai rencana yang telah disusun dengan keadaan dan dalam rangka mengalami masalah pasien. Pelaksanaan tindakan harus disetujui oleh pasien, kecuali bila

tindakan tidak dilaksanakan akan membahayakan keselamatan pasien. Sebanyak mungkin pasien harus dilibatkan dalam proses implementasi ini. Bila kondisi pasien berubah, analisa juga berubah, maka rencana asuhan maupun implementasinya pun kemungkinan besar akan ikut berubah atau harus disesuaikan.

f. E (Evaluasi)

Evaluasi, adalah tafsiran dari efek tindakan yang telah diambil untuk menilai efektivitas asuhan / hasil pelaksanaan tindakan. Evaluasi berisi analisis hasil yang telah dicapai dan merupakan fokus ketepatan nilai tindakan / asuhan. Jika kriteria tujuan tidak tercapai, proses evaluasi ini dapat menjadi dasar untuk mengembangkan tindakan alternatif sehingga tercapai tujuan yangftujuan tidak tercapai, proses evaluasi ini dapat menjadi dasar untuk mengembangkan tindakan alternatif sehingga tercapai tujuan yang diharapkan (Mufdillah 2009, h.87)

C. Dasar Hukum

Dalam menjalankan fungsinya, seorang bidan mempunyai wewenang yaitu diatur dalam Kemenkes RI, sehingga seorang bidan wajib melaksanakan pratiknya sesuai dengan kewenangan yang dimilikinya. Dalam menangani kasus ibu hamil dengan anemia ringan dan faktor resiko maka telah ditetapkan kewenangan bidan yang tertuang dalam :

Peraturan menteri kesehatan republik Indonesia Nomor 1464/MENKES/PER/X/2010 Tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Bidan.

1. Pasal 9

Bidan dalam menjalankan praktik, berwenang untuk memberikan pelayanan yang meliputi :

- a. Pelayanan kesehatan ibu
- b. Pelayanan kesehatan anak; dan
- c. Pelayanan kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana

2. Pasal 10

a. Pelayanan kesehatan ibu sebagaimana dimaksud dalam pasal 9 huruf a diberikan pada masa pra hamil, kehamilan, masa persalinan, masa nifas, masa menyusui dan masa antara dua kehamilan.\

b. Pelayanan kesehatan ibu sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi :

- 1) Pelayanan konseling pada masa pra hamil;
- 2) Pelayanan antenatal pada kehamilan normal;
- 3) Pelayanan persalinan normal
- 4) Pelayanan ibu nifas normal;
- 5) Pelayanan ibu menyusui; dan
- 6) Pelayanan konseling pada masa antara dua kehamilan

c. Bidan dalam memberikan pelayanan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) berwenang untuk;

- 1) Episiotomi;
- 2) Penjahitan luka jalan lahir tingkat I dan II;
- 3) Penanganan kegawat-daruratan, dilanjutkan dengan perujukan;
- 4) Pemberian tablet Fe pada ibu hamil;
- 5) Pemberian vitamin A dosis tinggi pada ibu nifas;
- 6) Fasilitas/bimbingan inisiasi menyusui dini dan promosi air susu ibu eksklusif;
- 7) Pemberian uterotonika pada manajemen aktif kala tiga dan postpartum;
- 8) Penyuluhan dan konseling;
- 9) Bimbingan pada kelompok ibu hamil;
- 10) Pemberian surat keterangan kematian; dan
- 11) Pemberian surat keterangan cuti bersalin;

3. Pasal 11

- a. Pelayanan kesehatan anak sebagaimana dimaksud dalam pasal 9 huruf b diberikan pada bayi baru lahir, bayi, anak balita, dan anak pra sekolah.
- b. Bidan dalam memberikan pelayanan kesehatan anak sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berwenang untuk :
 - 1) Melakukan asuhan bayi baru lahir normal termasuk resusitasi, pencegahan hipotermi, inisiasi menyusui dini, injeksi vitamin K1, perawatan bayi baru lahir pada masa neonatal (0-28 hari), dan perawatan tali pusat;

- 2) Penanganan hipotermi pada bayi baru lahir dan segera merujuk;
- 3) Penanganan kegawat-daruratan, dilanjutkan dengan rujukan;
- 4) Pemberian imunisasi rutin sesuai program pemerintah;
- 5) Pemantauan tumbuh kembang bayi, anak balita dan anak pra sekolah;
- 6) Pemberian konseling dan penyuluhan;
- 7) Pemberian surat keterangan kelahiran; dan
- 8) Pemberian surat keterangan kematian.

4. Pasal 12

- a. Bidan dalam memberikan pelayanan kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana sebagaimana dimaksud dalam pasal 9 huruf c, berwenang untuk :
 - 1) Memberikan penyuluhan dan konseling kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana; dan
 - 2) Memberikan kontrasepsi oral dan kondom.

5. Pasal 13

- a. Selain kewenangan sebagaimana dimaksud dalam pasal 12. Bidan yang menjalankan program pemerintah berwenang melakukan pelayanan kesehatan menjadi :
 - 1) Pemberian alat kontrasepsi suntikan, alat kontrasepsi dalam rahim, dan memberikan pelayanan alat kontrasepsi bawah kulit;
 - 2) Asuhan antenatal terintegrasi dengan intervensi khusus penyakit kronis tertentu dilakukan dibawah pengawasan dokter;

- 3) Penanganan bayi dan anak balita sakit sesuai pedoman yang ditetapkan;
 - 4) Melakukan pembinaan peran serta masyarakat di bidang kesehatan ibu dan anak, anak usia sekolah dan remaja, dan penyehatan lingkungan;
 - 5) Pemantauan tumbuh kembang bayi, anak balita, anak pra sekolah dan anak sekolah;
 - 6) Melaksanakan pelayanan kebidanan komunitas;
 - 7) Melaksanakan deteksi dini, merujuk dan memberikan penyuluhan terhadap Infeksi Menular Seksual (IMS) termasuk pemberian kondom, dan penyakit lainnya;
 - 8) Pencegahan penyalahgunaan Narkotika, Psikotropika dan Zat Adiktif lainnya (NAPZA) melalui informasi dan edukasi; dan
 - 9) Pelayanan kesehatan lain yang merupakan program Pemerintah.
- b. Pelayanan alat kontrasepsi bawah kulit, asuhan antenatal terintegrasi, penanganan bayi dan anak balita sakit, dan pelaksanaan deteksi dini, merujuk, dan memberikan penyuluhan terhadap Infeksi Menular Seksual (IMS) dan penyakit lainnya, serta pencegahan penyalahgunaan Narkotika, Psikotropika dan Zat Adiktif lainnya (NAPZA) hanya dapat dilakukan oleh bidan yang dilatih untuk itu.
6. Pasal 18
- a. Dalam melaksanakan praktik/kerja, bidan berkewajiban untuk :
 - 1) Menghormati hak pasien;

- 2) Memberikan informasi tentang masalah kesehatan pasien dan pelayanan yang dibutuhkan;
 - 3) Merujuk kasus yang bukan kewenangannya atau tidak dapat ditangani dengan tepat waktu;
 - 4) Meminta persetujuan tindakan yang akan dilakukan;
 - 5) Menyimpan rahasia pasien sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
 - 6) Melakukan pencatatan asuhan kebidanan dan pelayanan lainnya secara sistematis;
 - 7) Mematuhi standar; dan
 - 8) Melakukan pencatatan dan pelaporan penyelenggaraan praktik kebidanan termasuk pelaporan kelahiran dan kehamilan.
- b. Bidan dalam menjalankan praktik/kerja senantiasa meningkatkan mutu pelayanan profesinya, dengan mengikuti perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi melalui pendidikan dan pelatihan sesuai dengan bidang tugasnya.
- c. Bidan dalam menjalankan praktik kebidanan harus membantu program pemerintah dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat.
7. Pasal 19
- Dalam melaksanakan praktik/kerja bidan mempunyai hak :
- a. Memperoleh perlindungan hukum dalam melaksanakan praktik/kerja sepanjang sesuai dengan standar;

- b. Memperoleh informasi yang lengkap dan benar dari pasien dan/atau keluarganya;
- c. Melaksanakan tugas sesuai dengan kewenangan dan standar; dan
- d. Menerima imbalan jasa profesi

D. Standar Pelayanan Kebidanan

1. Standar pelayanan antenatal sebagai berikut :

a. Standar 1 (Identifikasi ibu hamil)

Bidan melakukan kunjungan rumah, berinteraksi dengan masyarakat secara berkala untuk memberikan penyuluhan dan memotivasi ibu, suami, dan anggota keluarganya agar mendorong ibu untuk memeriksakan kehamilannya sejak dini dan secara teratur

b. Standar 2 (Pemeriksaan dan pemantauan antenatal)

Bidan memberikan sedikitnya empat kali pelayanan antenatal. Pemeriksaan meliputi, anamnesa serta pemantauan ibu dan janin secara seksama untuk menilai apakah perkembangan berlangsung berlangsung normal. Bidan juga harus mengenal kehamilan resti / kelainan, terutama anemia, kekurangan gizi, hipertensi, PMS / infeksi HIV, memberikan pelayanan imunisasi, nasihat dan penyuluhan kesehatan serta tugas terkait lain yang diberikan oleh puskesmas. Mereka harus mencatat data yang tepat pada setiap kunjungan. Bila ditemukan kelainan, mereka harus mampu mengambil tindakan yang diperlukan dan merujuknya untuk tindakan selanjutnya.

c. Standar 3 (Palpasi abdominal)

Bidan melakukan pemeriksaan abdominal secara seksama dan melakukan palpasi untuk memperkirakan usia kehamilan dan bila usia kehamilan bertambah, memeriksa posisi, bagian terendah janin dan masuknya kepala janin rongga panggul mencari kelainan letak, melakukan rujukan tepat waktu.

d. Standar 4 (Pengelolaan anemia pada kehamilan)

Bidan melakukan tindakan pencegahan, penemuan, penanganan atau rujukan semua kasus anemia pada kehamilan sesuai dengan ketentuan yang berlaku.

e. Standar 5 (Pengelolaan dini hipertensi pada kehamilan)

Bidan menemukan secara dini setiap kenaikan tekanan darah pada kehamilan dan mengenali tanda-tanda serta gejala preeklampsia lainnya, lalu mengambil tindakan yang tepat dan merujuknya.

f. Standar 6 (Persiapan persalinan)

Bidan memberikan saran yang tepat kepada ibu hamil, suami serta keluarganya pada trimester ketiga untuk memastikan bahwa persiapan persalinan telah direncanakan dengan baik, bersih, aman, dan disamping persiapan transportasi dan biaya untuk merujuk, bila tiba-tiba terjadi keadaan gawat darurat. Bidan hendaknya melakukan kunjungan rumah untuk hal ini (Asrinah 2010, h.7)

2. Standar pelayanan kebidanan Persalinan, Bayi dan Nifas

Terdapat empat standar dalam pertolongan persalinan menurut Yanti (2010, h.119) perawatan bayi baru lahir pelayanan masa nifas meliputi

a. Standar 9 (Asuhan persalinan kala I)

Bidan menilai secara tepat bahwa persalinan sudah mulai, kemudian memberikan asuhan dan pemantauan yang memadai, dengan memperhatikan kebutuhan klien, selama proses persalinan berlangsung.

b. Standar 10 (Persalinan kala II yang aman)

Bidan melakukan pertolongan persalinan yang aman, dengan sikap sopan dan penghargaan terhadap klien serta mempertahankan tradisi setempat.

c. Standar 11 (Penatalaksanaan aktif persalinan kala III)

Bidan melakukan penanganan tali pusat dengan benar untuk membantu pengeluaran plasenta dan selaput ketuban secara lengkap.

d. Standar 12 (Penanganan kala II dengan Gawat janin melalui episiotomi)

Bidan mengenali secara tepat tanda-tanda gawat janin pada kala II yang lama, dan segera lakukan episiotomi dengan aman untuk memperlancar persalinan, diikuti dengan penjahitan perineum.

e. Standar 13 : Perawatan Bayi Baru Lahir

Bidan memeriksa dan bayi baru lahir untuk memastikan pernafasan spontan, mencegah hipoksia sekunder, menemukan kelalaian, dan

melakukan tindakan atau merujuk sesuai dengan kebutuhan. Bidan juga harus mencegah atau menangani hipotermia.

f. Standar 14 : Penanganan pada Dua Jam Pertama Setelah Persalinan

Bidan melakukan pemantauan ibu dan bayi terhadap terjadinya komplikasi dalam 2 jam setelah persalinan, serta melakukan tindakan yang diperlukan. Di samping itu, bidan memberikan penjelasan tentang hal-hal yang mempercepat pulihnya kesehatan ibu, dan membantu ibu untuk memulai pemberian ASI (Asrinah 2010, h.7).

g. Standar 15 : Pelayanan bagi Ibu dan Bayi pada Masa Nifas

Bidan memberikan pelayanan selama masa nifas melalui kunjungan rumah pada hari ketiga, minggu kedua dan minggu keenam setelah persalinan, untuk membantu proses pemulihan ibu dan bayi melalui penanganan tali pusat yang benar, penemuan dini, penanganan atau rujukan komplikasi yang mungkin terjadi pada masa nifas : serat memberikan penjelasan tentang kesehatan secara umum, kebersihan perorangan, makanan bergizi, perawatan bayi baru lahir, pemberian ASI, imunisasi dan KB (Yanti 2010, h.119)

3. Pelayanan Standar 14T

Standar minimal pelayanan pada ibu hamil menurut (Kuswati 2014, h.20) :

- a. Timbang berat badan dan ukur tinggi badan
- b. Tekanan darah
- c. Tinggi fundus uteri

- d. Tetanus Toksoid (TT)
- e. Pemberian tablet Fe
- f. Test terhadap penyakit menular seksual/VDR
- g. Temu wicara/Konseling
- h. Pemriksaan Hb
- i. Pemeriksaan urine protein
- j. Test reduksi urin
- k. Perawatan payudara
- l. Pemeliharaan tingkat kebugaran (Senam hamil)
- m. Terapi yodium kapsul
- n. Terapi obat malaria

E. Kompetensi Bidan

Menurut Asrinah et al. (2010, h. 16) sesuai dengan kompetensi bidan indonesia pada kompetensi ke-3 yaitu bidan memeberi asuhan antenatal bermutu tinggi untuk mengoptimalkan kesehatan selama kehamilan yang meliputi : deteksi dini, pengobatan atau rujukan dari komplikasi tertentu.

Pengetahuan Dasar :

1. Anatomi dan fisiologi tubuh manusia.
2. Siklus menstruasi dan proses konsepsi.
3. Tumbuh kembang janin dan faktor-faktor yang mempengaruhinya.
4. Tanda-tanda dan gejala kehamilan
5. Mendiagnosis kehamilan

6. Perkembangan normal kehamilan
7. Komponen riwayat kesehatan
8. Komponen pemeriksaan fisik yang terfokus selama antenatal
9. Menentukan umur kehamilan dari riwayat mensruasi, pembesaran dan/ atau tinggi fundus uteri
10. Mengenal tanda dan gejala anemia ringa dan berat, hyperemesis gravidarum, kehamilan ektopik terganggu, abortus imminen, molahydatidosa dan komplikasinya, dan kehamilan ganda, kelainan letak serta pre eklampsia
11. Nilai normal dari pemeriksaan laboratorium seperti hemaglobin dalam darah, test gula, protein, acetona dan bakteri dlam urin.
12. Perkembangan normal dari kehamilan perubahan bentuk fisik, ketidaknyamanan yang lazim, pertumbuhan fundus uteri yang diharapkan
13. Perubahan psikologis yang normal dlam kehamilan dan dampak kehamilan terhadap keluarga
14. Penyuluhan dalam kehamilan, perubahan fisik, perawatan buah dada, ketidaknyamanan, kebersihan, seksualitas, nutrisi, pekerjaan dan aktivitas (senam hamil)
15. Kebutuhan nutrisi bagi perempuan hamil dan janin
16. Penatalaksanaan imunisasi perempuan hamil
17. Pertumbuhan dan perkembangan janin
18. Persiapan persalinan, kelahiran, dan menjadi orang tua

19. Persiapan keadaan dan rumah atau keluarga untuk menyambut kelahiran bayi
20. Tanda-tanda dimulainya persalinan
21. Promosi dan dukungan pada ibu menyusui
22. Teknik relaksasi dan strategi meringankan nyeri pada persiapan persalinan dan kelahiran
23. Mendokumentasikan temuan dan asuhan yang diberikan
24. Mengurangi ketidaknyamanan selama masa kehamilan
25. Penggunaan obat-obat tradisional ramuan yang aman untuk mengurangi ketidaknyamanan selama kehamilan
26. Akibat yang ditimbulkan dari merokok, penggunaan alkohol, dan obat terlarang bagi perempuan hamil dan janin
27. Akibat yang ditimbulkan atau ditularkan oleh binatang tertentu terhadap kehamilan, misalnya toxoplasmosis
28. Tanda dan gejala dari komplikasi kehamilan yang mengancam jiwa seperti pre-eklampsia, perdarahan pervaginam, kelahiran prematur, anemia berat.
29. Kesejahteraan janin termasuk DJJ dan pola aktivitas janin
30. Resusitasi kardiopulmonari

Pengetahuan tambahan

1. Tanda, gejala dan indikasi rujukan pada komplikasi tertentu dalam kehamilan, seperti asma, infeksi HIV, infeksi menular seksual (IMS), diabetes, kelainan jantung, postmatur atau serotinus

2. Akibat dari penyakit akut dan kronis yang disebut di atas bagi kehamilan dan janinnya.

Ketrampilan Dasar

1. Mengumpulkan data riwayat kesehatan dan kehamilan serta menganalisisnya pada setiap kunjungan atau pemeriksaan ibu hamil
2. Melaksanakan pemeriksaan fisik umum secara sistematis dan lengkap
3. Melaksanakan pemeriksaan abdomen secara lengkap termasuk pengukuran tinggi fundus uteri atau posisi atau presentasi dan penurunan janin
4. Melakukan penilaian pelviks, termasuk ukuran dan struktur tulang panggul
5. Menilai keadaan jani selama kehamilan termasuk detak jantung janin dengan menggunakan fetoscope (Pinrad) dan gerakan janin dengan palpasi uterus
6. Menghitung usia kehamilan dan menentukan perkiraan persalinan
7. Mengkaji status nutrisi ibu hamil dan hubungannya dengan pertumbuhan janin
8. Mengkaji kenaikan berat badan ibu dan hubungannya dengan komplikasi kehamilan
9. Memberikan penyuluhan pada klien atau keluarga mengenai tanda tanda berbahaya serta bagaimana menghubungi bidan
10. Melakukan penatalaksanaan kehamilan dengan anemia ringan, hyperemesis gravidarum tingkat 1, aborus imminen dan pre eklampsia ringan
11. Menjelaskan dan mendemonstrasikan cara mengurangi ketidaknyamanan yang lazim terjadi dalam kehamilan

12. Memberikan imunisasi pada ibu hamil
13. Mengidentifikasi penyimpangan kehamilan normal dan melakukan penanganan yang tepat, termasuk merujuk ke fasilitas pelayanan yang tepat dari :
 - a. Kekurangan gizi
 - b. Pertumbuhan janin yang tidak adekuat
 - c. Pre-eklampsia berat dan hipertensi
 - d. Perdarahan pervaginam
 - e. Kehamilan ganda pada janin kehamilan aterm
 - f. Kelainan letak pada janin kehamilan aterm
 - g. Kematian janin
 - h. Adanya adema yang signifikan, sakit kepala yang hebat, gangguan pandangan, nyeri epigastrium yang disebabkan tekanan darah tinggi
 - i. Ketuban pecah sebelum waktu (KPD, Ketuban Pecah Dini)
 - j. Persangkaan polyhydramnion, kelainan janin
 - k. Infeksi pada ibu hamil, seperti : IMS, vaginitis, infeksi saluran perkemihan dan saluran nafas
14. Memberikan bimbingan dan persiapan untuk persalinan, kelahiran dan menjadi orang tua
15. Memberikan bimbingan dan penyuluhan mengenai perilaku kesehatan selama hamil, seperti nutrisi, latihan (senam), keamanan dan berhenti merokok
16. Penggunaan secara aman jamu atau obat-obatan tradisional yang tersedia

Ketrampilan Tambahan

1. Menggunakan Doppler untuk memantau DJJ
2. Memberikan pengobatan dan/ atau kolaborasi terhadap penyimpangan dari keadaan normal, dengan menggunakan standar lokal dan sumber daya yang tersedia
3. Melaksanakan kemampuan Asuhan Pasca Keguguran (Asrinah 2010, h.16)
Menurut Asrinah et al. (2010, h. 16) sesuai dengan kompetensi bidan indonesia pada kompetensi ke-4 ketrampilan dasar Bidan meliputi :
 1. mengumpulkan data yang terfokus pada riwayat kebidanan dan tanda-tanda vital ibu pada persalinan sekarang
 2. melaksanakan pemeriksaan fisik yang terfokus
 3. melakukan pemeriksaan abdomen secara lengkap untuk posisi dan penurunan janin
 4. mencatat waktu dan mengkaji kontraksi uterus (lama, kekuatan dan frekuensi)
 5. melakukan pemeriksaan panggul (pemeriksaan dalam) secara lengkap dan akurat meliputi pembukaan, penurunan, bagian terendah, presentasi, posisi keadaan ketuban, dan proporsi panggul dengan bayi
 6. melakukan pemantauan kemajuan persalinan dengan menggunakan partograf

