



BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Kehamilan

2.1.1 Definisi Kehamilan Trimester III

Kehamilan dimulai dengan proses bertemunya sel telur dan sel sperma sehingga terjadi fertilisasi, dilanjutkan implantasi sampai lahirnya janin. Proses kehamilan normalnya berlangsung 280 hari atau 40 minggu atau 9 bulan kalender. Lamanya kehamilan dihitung sejak hari pertama haid terakhir (HPHT), namun sebenarnya fertilisasi terjadi sekitar dua minggu setelah HPHT. Sehingga umur janin pascakonsepsi kurang dua minggu dari perhitungan sejak HPHT, yaitu 266 hari atau 38 minggu. Usia pascakonsepsi tersebut akan digunakan untuk mengidentifikasi perkembangan janin (Yuliani, et al., 2021).

Kehamilan dibagi menjadi tiga triwulan (trimester), yaitu trimester I usia kehamilan 0-12 minggu, trimester II usia kehamilan 12+1-28 minggu dan trimester III usia kehamilan 28+1-40 minggu (Yuliani, et al., 2021).

Selama trimester III, ibu hamil merasakan perubahan secara fisik akibat perkembangan janin yang berdampak terhadap kesehatannya. Selain itu, ibu mempersiapkan diri untuk menghadapi persalinan.

2.1.2 Perubahan Fisiologis Kehamilan Trimester III

Perubahan fisiologis yang terjadi pada kehamilan III menurut (Yuliani, et al., 2021) yaitu sebagai berikut.

A. Sistem Reproduksi

Selama kehamilan, serat otot uteus menjadi meregang karena pengaruh dari kinerja dan tumbuh kembang janin (Yuliani, et al., 2021). Saat usia 9 bulan berat uterus mencapai 1200 gram dengan panjang 30 cm. Bentuknya lonong dan terus membesar menyesuaikan usia kehamilan hingga persalinan (Ahmar, et al., 2020).



Payudara akan membesar dan tegang akibat stimulasi hormon selama kehamilan. Puting payudara membesar, lebih tegak, lebih hitam karena hiperpigmentasi di bawah stimulasi MSH (Yuliani, et al., 2021).

Tinggi fundus uterus menyesuaikan usia kehamilan. Pada usia kehamilan 36 minggu fundus uteri terletak 1 jari dibawah prosesus xifoideus. Servika uteri mengalami hipevaskularisasi sehingga konsistensi melunak, vagina dan vulva mengalami hipervaskularisasi sehingga warnanya kemerahan, sedangkan ovarium mengecil (Anggorowati, Widiasih, & Nasution, 2019).

B. Sistem Kardiovaskular

Perubaahan hemidinamik pada sirkulasi selama kehamilan adalah peningkatan volume darah dan cardiac outputserta penurunan tahanan pembuluh perifer. Volume jantung meningkat dari 70 ml menadi 80 ml (Yuliani, et al., 2021).

C. Sistem Pernafasan

Diafragma menjadi lebih naik sampai 4 cm dan diameter melintang dada menjadi 2 cm. Perubahn ini menyebabkan perubahan sistem pernafasan perut menadi pernafsan dada. (Yuliani, et al., 2021).

D. Sistem Pencernaan

Perubahan hormon progesteron menimbulkan relaksasi sistem otot halus pada saluran gastrointensial sehingga terjadi kelambatan pergerakan usus yang menyebabkan keluhan sembelit mmakin meningkat. Perubahan lainnya pada tonus otot traktus digestivus menurun sehingga motilitas berkurang sehingga sering muncul konstipasi (Anggorowati, Widiasih, & Nasution, 2019).

E. Sistem Perkemihan

Perkembangan janin dapat menekan vesiku urinaria sehingga volume kemih berkurang. Keluhan kencing yang sering pada malam hari (nggorowati, Widiasih, & Nasution, 2019).



F. Sistem Muskuloskeletal

Terjadi perpindahan titik gravitasi yang menyebabkan postur ibu hamil lordosis. Ibu mudah mengalami kelelahan, nyeri punggung belakang saat trimester III. (Anggorowati, Widiasih, & Nasution, 2019).

2.1.3 Perubahan Psikologis pada Ibu Hamil Trimester III

1. Kadang - kadang merasa khawatir bahwa bayinya akan lahir sewaktu-waktu
2. Meningkatnya kewaspadaan akan timbulnya tanda dan gejala persalinan
3. Khawatir bayinya lahir dalam keadaan tidak normal
4. Takut akan rasa sakit yang timbul pada saat persalinan
5. Rasa tidak nyaman
6. Kehilangan perhatian khusus yang diterima selama kehamilan sehingga memerlukan dukungan baik dari suami, keluarga maupun tenaga kesehatan
7. Persiapan aktif untuk bayi dan menjadi orang tua Keluarga mulai menduga duga tentang jenis kelamin bayinya (apakah laki - laki atau perempuan) dan akan mirip siapa. Bahkan mereka mungkin juga sudah memilih sebuah nama untuk bayinya (Yuliani,dkk. 2021: 45).

2.1.4 Kebutuhan Dasar Ibu Hamil Trimester III

A. Kebutuhan Fisik

1. Kebutuhan nutrisi

Nutrisi adalah satu dari banyak faktor yang mempengaruhi hasil akhir kehamilan, peningkatan konsumsi pada makanan ibu hamil mencapai 300 kalori/hari. Jika kekurangan kalori dapat berakibat pada bayi yaitu berat badan lahir rendah (BBLR).

2. Kebutuhan oksigen

Untuk memenuhi kebutuhan oksigen maka ibu hamil perlu latihan nafas dengan senam hamil, tidur dengan bantal yang lebih tinggi, makan tidak terlalu banyak , hindari merokok, konsul ke dokter bila ada kelainan atau gangguan pernafasan seperti asma dan lain-lain.



3. Kebutuhan istirahat dan tidur

Pada saat hamil ibu akan lebih cepat merasa letih pada beberapa minggu terakhir karena beban berat yang bertambah. Oleh sebab itu, ibu hamil memerlukan istirahat dan tidur yang cukup. Istirahat merupakan keadaan yang tenang, rileks tanpa tekanan emosional, dan bebas dari kegelisahan. Ibu hamil memerlukan istirahat paling sedikit 7-8 jam pada malam hari dan 1-2 jam pada siang hari, dengan kaki ditempatkan lebih tinggi dari tubuhnya.

4. Kebutuhan personal hygiene

Ibu hamil dianjurkan mandi sedikitnya 2x/hari, kebersihan gigi dan mulut perlu diperhatikan. Ibu juga harus melakukan gerakan membersihkan dari depan ke belakang ketika selesai berkemih atau defekasi dan harus dikeringkan menggunakan tisu yang bersih, lembut, menyerap air, dan tidak mengandung parfum, mengelap dengan tisu dari depan ke belakang. Ibu hamil harus sering mengganti celana dalam, bahan celana dalam sebaiknya terbuat dari bahan katun. Ibu hamil disarankan tidak menggunakan pakaian dan celana ketat dalam jangka waktu lama karena dapat menyebabkan panas dan kelembapan vagina sehingga mempermudah pertumbuhan bakteri.

5. Kebutuhan seksual

Pada kehamilan trimester III psikologis maternal, pembesaran payudara, pembesaran perinium, dan respon orgasme mempengaruhi seksualitas. Melakukan hubungan seks dengan suami selama aman dan tidak menimbulkan rasa tidak nyaman dapat dilakukan. Akan tetapi, riwayat abortus spontan atau abortus lebih dari satu kali, ketuban pecah dini, perdarahan pada trimester III merupakan peringatan untuk tidak melakukan hubungan. (Mandriwati, Ariani, Harini, Darmapatni, & Javani, 2019).



B. Kebutuhan Psikologis

1. Support keluarga

Dukungan dan kasih sayang keluarga akan membuat suasana hati ibu menjadi nyaman dan terjaga, ibu akan merasa dihormati dan dihargai, merasa diperhatikan, merasa diterima dan ibu akan merasa bahwa janin yang dikandungnya perlu dijaga olehnya. Namun jika ibu tidak mendapatkan support keluarga, ibu akan mengalami ketakutan dan kekhawatiran, timbul perasaan benci, rasa kecewa dan bersalah. (Saleh, et al., 2022).

2. Dukungan suami

Kesiapan ibu hamil dalam menghadapi perubahan selama kehamilan diketahui dapat membantu memperlancar proses persalinannya dan meningkatkan produksi Air Susu Ibu (ASI). Kasih sayang dan perhatian suami dapat menurunkan gejala emosional, mengurangi komplikasi persalinan dan memudahkan ibu melakukan penyesuaian diri pada masa nifas (Saleh, et al., 2022).

3. Dukungan lingkungan

Lingkungan sangat berperan aktif dalam keberhasilan ibu menjalani masa kehamilannya. Banyak ibu hamil yang merasa ketakutan keluar rumah, ketakutan mengungkapkan perasaan yang dialaminya karena malu dengan masyarakat di sekitar tempat tinggalnya. Dukungan dari petugas kesehatan dalam jejaring para ibu hamil, menasehati dan membicarakan pengalaman kehamilan dan persalinan, bersedia mengantar ibu pemeriksaan, dan tidak menjadi hakim bagi ibu hamil dengan kondisi kehamilan yang bermasalah merupakan contoh gambaran dukungan dari lingkungan sekitar kepada ibu hamil (Saleh, et al., 2022).

4. Support tenaga kesehatan

Bidan dan tenaga kesehatan lainnya memiliki peran yang sangat penting dalam memberikan support selama ibu menjalani



kehamilan. Pelayanan kesehatan yang diberikan oleh bidan tidak hanya memberikan asuhan kebidanan namun secara psikologis bidan diharapkan mampu memahami kondisi dan keadaan ibu selama kehamilan (Saleh, et al., 2022).

5. Persiapan menjadi orang tua

Perlu adanya kesiapan diri baik ibu maupun suami untuk menjadi orang tua, karena pada masa ini akan banyak terjadi perubahan peran. Konsultasi adalah cara bagi pasangan baru untuk mempersiapkan peran menjadi orang tua. Untuk pasangan yang memiliki anak lebih dari satu, pengalaman pengasuhan anak sebelumnya bisa dijadikan acuan (Saleh, et al., 2022).

6. Persiapan *Sibling*

Persaingan antara saudara kandung akibat kelahiran adiknya disebut *sibling rivalry*, yang ditunjukkan dengan penolakan, menarik diri dari lingkungannya, menangis, anak akan melakukan kekerasan terhadap adiknya atau menjauh dari ibunya. Sehingga ibu dan suami perlu mempersiapkan kondisi ini sejak kehamilan agar anak bisa melewati masa transisinya dengan baik (Saleh, et al., 2022).

2.1.5 Tanda Bahaya Kehamilan Trimester III

1. Perdarahan Pervaginam

Perdarahan antepartum yang tidak normal adalah perdarahan dari jalan lahir, berwarna merah segar, banyak, dan terkadang di sertai dengan rasa nyeri. Perdarahan semacam ini bisa disebabkan karena plasenta previa. Plasenta previa adalah keadaan dimana plasenta berimplantasi pada tempat yang abnormal yaitu segmen bawah rahim sehingga menutupi sebagian atau seluruh jalan lahir. Penyebab lain adalah solusio plasenta dimana keadaan plasenta yang letaknya normal, terlepas dari perlekatannya sebelum janin lahir.



2. Sakit Kepala yang Berlebihan

Sakit kepala seringkali menjadi ketidak nyamanan yang normal dalam kehamilan. Sakit kepala yang menunjukkan masalah yang serius adalah sakit kepala hebat yang menetap dan tidak hilang dengan beristirahat. Kadangkadang dengan sakit kepala yang hebat tersebut, ibu mungkin akan mengalami penglihatan yang kabur dan merupakan gejala dari preeklamsia.

3. Penglihatan kabur

Penglihatan menjadi kabur atau berbayang dapat disebabkan oleh sakit kepala yang hebat, sehingga terjadi oedema pada otak dan meningkatkan resistensi otak yang mempengaruhi sistem saraf pusat, yang dapat menimbulkan nyeri kepala dan gangguan penglihatan. Perubahan penglihatan atau pandangan kabur, dapat menjadi tanda pre-eklamsia.

4. Bengkak Pada Wajah Dan Jari – Jari Tangan

Oedema adalah penimbunan cairan secara umum dan berlebihan dalam jaringan tubuh dan biasanya dapat diketahui dari kenaikan berat badan serta pembengkakan kaki, jaritangan dan muka. Hampir sebagian ibu hamil akan mengalami bengkak yang normal pada kaki yang biasanya akan hilang setelah beristirahat. Bengkak dapat menunjukkan masalah serius jika muncul pada permukaan wajah dan tangan, dan diikuti dengan keluhan fisik lainnya. Hal ini bisa merupakan tanda pre-eklamsia.

5. Pengeluaran Cairan Pervaginam

Yang dimaksud cairan disini adalah air ketuban, ketuban yang pecah pada kehamilan aterm dan disertai dengan munculnya tanda- tanda persalinan adalah normal. Pecahnya ketuban sebelum terdapat tanda-tanda persalinan dan setelah 1 jam belum dimulainya tanda-tanda persalinan ini disebut KPD (Ketuban Pecah Dini). Ketuban pecah dini menyebabkan hubungan langsung antara dunia luar dan ruang dalam Rahim sehingga memudahkan terjadinya infeksi.



6. Gerakan Janin Tak Terasa

Ibu hamil mulai dapat merasakan gerakan bayinya pada usia kehamilan 16-18 minggu. Jika bayi tidur, gerakan akan melemah, bayi harus bergerak paling sedikit 3 kali dalam periode 3 jam (10 gerakan dalam 12 jam). Gerakan janin akan lebih mudah terasa jika ibu berbaring. Jika bayi sebelumnya bergerak dan sekarang tidak bergerak, tanyakan pada ibu kapan terakhir bergerak. Pemeriksaan: dengarkan DJJ, jika pemeriksaan radiologi tersedia, konfirmasi kematian janin setelah lima hari.

7. Nyeri Perut Yang Hebat

Nyeri abdomen yang hebat yang tidak berhubungan dengan persalinan adalah tidak normal. Nyeri abdomen yang mengindikasikan mengancam jiwa adalah yang hebat, tidak hilang setelah beristirahat, terkadang disertai dengan perdarahan lewat jalan lahir. Hal ini bisa disebabkan oleh kehamilan ektopik, abortus, penyakit radang panggul, persalinan patern, penyakit kantong empedu, solution plasenta, infeksi saluran kemih atau infeksi lain (Dartiwen & Yati Nurhayati 2019).

2.1.6. Kartu Skor Poedji Rochjati

Kartu Skor Poedji Rochjati (KSPR) adalah kartu skor yang digunakan sebagai alat skrining antenatal berbasis keluarga untuk menemukan faktor risiko ibu hamil, yang selanjutnya mempermudah pengenalan kondisi untuk mencegah terjadi komplikasi obstetrik pada saat persalinan.

1) Fungsi KSPR

- a. Melakukan skrining deteksi dini ibu hamil risiko tinggi.
- b. Memantau kondisi ibu dan janin selama kehamilan.
- c. Memberi pedoman penyuluhan untuk persalinan aman berencana (Komunikasi Informasi Edukasi/KIE).
- d. Mencatat dan melaporkan keadaan kehamilan, persalinan, dan nifas.
- e. Validasi data mengenai perawatan ibu selama kehamilan, persalinan,



dan nifas dengan kondisi ibu dan bayinya.

f. Audit Maternal Perinatal (AMP).

2) Faktor resiko terdapat 20 faktor resiko yang dibagi menjadi 3 kelompok faktor resiko pada penilaian KSPR yaitu :

1. Kelompok Faktor Risiko I (Ada Potensi Gawat Obstetrik)

- a. Primi muda : terlalu muda, hamil pertama usia 16 tahun atau kurang.
- b. Primi Tua : terlalu tua, hamil usia ≥ 35 tahun.
- c. Primi Tua Sekunder : jarak anak terkecil >10 tahun.
- d. Anak terkecil ≤ 2 tahun : terlalu cepat memiliki anak lagi.
- e. Grande multi : terlalu banyak memiliki anak, anak ≥ 4 .
- f. Umur ibu ≥ 35 tahun : terlalu tua.
- g. Tinggi badan ≤ 145 cm : terlalu pendek, belum pernah melahirkan normal dengan bayi cukup bulan dan hidup, curiga panggul sempit.
- h. Pernah gagal kehamilan.
- i. Persalinan yang lalu dengan tindakan.
- j. Bekas operasi sesar.

2. Kelompok Faktor Risiko II

- a. Penyakit ibu: anemia, malaria, TBC paru, payah jantung, dll.
- b. Preeklampsia ringan.
- c. Hamil kembar.
- d. Hidramnion : air ketuban terlalu banyak.
- e. IUFD (Intra Uterine Fetal Death).
- f. Hamil serotinus : hamil lebih bulan (≥ 42 minggu).
- g. Letak Sungsang.
- h. Letak Lintang.

3. Kelompok Faktor Risiko III

- a. Perdarahan Antepartum : dapat berupa solusio plasenta atau plasenta previa.
- b. Preeklampsia berat/eklampsia.



SKRINING/DETEKSI DINI IBU RISIKO TINGGI OLEH PKK DAN PETUGAS KESEHATAN

Nama : Umur Ibu : Th.

Hamil ke Haid terakhir tgl.: Perkiraan persalinan tgl.: bl

Pendidikan : Ibu Suami :

Pekerjaan : Ibu Suami :

KEL F.R.	II NO.	III Masalah/Faktor Risiko	SKOR	IV Tribulan			
				I	II	III	IV
		Skor Awal Ibu Hamil	2				
I	1	Terlalu muda, hamil ≤ 16 th	4				
	2	a. Terlalu lambat hamil I, kawin ≥ 4 th	4				
	3	b. Terlalu tua, hamil 1 ≥ 35 th	4				
	4	Terlalu cepat hamil lagi (< 2 th)	4				
	5	Terlalu lama hamil lagi (≥ 10 th)	4				
	6	Terlalu banyak anak, 4/lebih	4				
	7	Terlalu tua, umur ≥ 35 th	4				
	8	Terlalu pendek ≤ 145 cm	4				
	9	Pernah gagal kehamilan	4				
	10	Pernah melahirkan dengan :	4				
II	11	a. Tarikan tang/vakum	4				
	12	b. Uri dirogo	4				
	13	c. Diberi infus/transfusi	4				
	14	Penyakit pada ibu hamil :	4				
	15	a. Kurang darah b. Malaria	4				
	16	c. TBC Paru d. Payah jantung	4				
	17	e. Kencing Manis (Diabetes)	4				
	18	f. Penyakit Menular Seksual	4				
	19	Bengkak pada muka/tungkai dan tekanan darah tinggi	4				
	20	Hamil kembar 2 atau lebih	4				
III	21	Hamil kembar air (hydramnion)	4				
	22	Bayi mati dalam kandungan	4				
	23	Kehamilan lebih bulan	4				
	24	Aborsi	4				
	25	Aborsi	4				
	26	Penyakit menular seksual	4				
	27	Penyakit menular seksual	4				
	28	Penyakit menular seksual	4				
	29	Penyakit menular seksual	4				
	30	Penyakit menular seksual	4				
JUMLAH SKOR							

PENYULUHAN KEHAMILAN/PERSALINAN AMAN ~ RUJUKAN TERENCANA

KEHAMILAN			PERSALINAN DENGAN RISIKO			
JML SKOR	KEL RISIKO	PERA- WATAN	RUJUKAN	TEMPAT	PENOLONG	RUJUKAN
						RDB RDR RTW
2	KPR	BIDAN	TIDAK DIRUJUK	RUMAH POLINDES	BIDAN	
6-10	KRT	BIDAN DOKTER	BIDAN PKM	POLINDES PKM/RS	BIDAN DOKTER	
11-14	KRT	BIDAN DOKTER	BIDAN PKM	RUMAH SAKIT	DOKTER	

Kematian Ibu dalam kehamilan : 1. Abortus 2. Lain-lain

KARTU SKOR 'POEDJI ROCHJATI'* PERENCANAAN PERSALINAN AMAN

Tempat Perawatan Kehamilan : 1. Posyandu 2. Polindes 3. Rumah Bidan
4. Puskesmas 5. Rumah Sakit 6. Praktek Dokter

Persalinan : Melahirkan tanggal :/...../.....

RUJUKAN DARI :

1. Sendiri 2. Dukun 3. Bidan 4. Puskesmas

RUJUKAN DARI :

1. Rujukan Dini Berencana (RDB)/ Rujukan Dalam Rahim 2. Rujukan Tepat Waktu (RTW) 3. Rujukan Terlambat (RTt)

Gawat Obstetrik :

Kel. Faktor Risiko I & II

1. 2. 3. 4. 5. 6. 7.

RUJUKAN DARI :

1. Bidan 2. Puskesmas 3. Rumah Sakit

Gawat Darurat Obstetrik :

• Kel. Faktor Risiko III

1. Pendarahan antepartum 2. Eklampsia

• Komplikasi Obstetrik

3. Pendarahan postpartum 4. Uri Tertinggal 5. Persalinan Lama 6. Panas Tinggi

TEMPAT :

1. Rumah Ibu 2. Rumah Bidan 3. Polindes 4. Puskesmas 5. Rumah Sakit 6. Perjalanan

PENOLONG :

1. Dukun 2. Bidan 3. Dokter 4. Lain-lain

MACAM PERSALINAN :

1. Normal 2. Tindakan pervaginam 3. Operasi Sesar

PASCA PERSALINAN :

IBU :

1. Hidup 2. Mati, dengan penyebab :

a. Pendarahan b. Pre-eklampsia/Eklampsia c. Partus lama d. Infeksi e. Lain-2 ...

BAYI :

1. Berat lahir : gram, Laki-2/Perempuan 2. Lahir hidup : Apgar Skor : 3. Lahir mati, penyebab : 4. Mati kemudian, umur : hr, penyebab : 5. Kelainan bawaan : tidak ada/ada

MACAM PERSALINAN :

1. Rumah ibu 2. Rumah bidan 3. Polindes 4. Puskesmas 5. Rumah Sakit 6. Perjalanan

KEADAAN IBU SELAMA MASA NIFAS (42 Hari Pasca Salin)

1. Sehat 2. Sakit 3. Mati, penyebab :
Pemberian ASI : 1. Ya 2. Tidak

KELUARGA BERENCANA : 1. Ya,/Sterilisasi
2. Belum Tahu

KATEGORI KELUARGA MISKIN : 1. Ya 2. Tidak
Sumber Biaya : Mandiri/Bantuan :

*** Dr. Poedji Rochjati, dr. SpOG**

Gambar 2.1 Kartu Skor Poedji Rochjati



2.1.7. Skrining Preeklamsia

PELAYANAN DOKTER

Skrining Preeklamsia pada usia kehamilan < 20 minggu

Kriteria	Risiko sedang	Risiko tinggi
Anamnesis		
Multipara dengan kehamilan oleh pasangan baru		
Kehamilan dengan teknologi reproduksi berbantu: bayi tabung, obat induksi ovulasi		
Umur ≥ 35 tahun		
Nulipara		
Multipara yang jarak kehamilan sebelumnya > 10 tahun		
Riwayat preeklamsia pada ibu atau saudara perempuan		
Obesitas sebelum hamil (IMT > 30 kg/m ²)		
Multipara dengan riwayat preeklamsia sebelumnya		
Kehamilan multiple		
Diabetes dalam kehamilan		
Hipertensi kronik		
Penyakit ginjal		
Penyakit autoimun, SLE		
Anti phospholipid syndrome*		
Pemeriksaan Fisik		
Mean Arterial Pressure (MAP) ≥ 90 mmHg **		
Proteinuria (urin celup > 1 pada 2 kali pemeriksaan berjarak 6 jam atau segera kuantitatif 300 mg/24 jam)		

Keterangan Sistem Skoring:
 Ibu hamil dilakukan rujukan bila ditemukan sedikitnya

- 2 risiko sedang dan atau,
- 1 risiko tinggi

* Manifestasi klinis APS antara lain: keguguran berulang, IUFD, kelahiran premature
 ** MAP dihitung pada kehamilan < 20 minggu

$$MAP = \frac{(2 \times D) + S}{3}$$

Centang pilihan yang sesuai

Kesimpulan :

*Bilamana ibu berisiko preeklamsia maka pemeriksaan kehamilan, persalinan dan pemeriksaan nifas dilaksanakan di Rumah Sakit.
 Lakukan rujukan terencana pada ibu hamil dengan kondisi yang disebutkan di atas (tidak perlu menunggu inpartu)*

Dokter Pemeriksa,
 (.....)

9

Gambar 2.2 Skrining PE Buku KIA 2021



2.1.8. Pelayanan Antenatal Care (ANC) Terpadu

Pelayanan antenatal terpadu merupakan pelayanan asuhan antenatal berkualitas secara komprehensif dan terpadu baik promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitative yang meliputi pelayanan KIA, gizi, pengendalian penyakit menular, penanganan penyakit kronis serta beberapa program local dan spesifik lainnya sesuai kebutuhan. Pelayanan ini bertujuan untuk menyediakan pelayanan antenatal terpadu, komprehensif dan berkualitas termasuk konseling keluarga berencana (KB) dan pemberian ASI, memastikan ibu hamil mendapatkan pelayanan sesuai standar, mendeteksi dini kelainan/penyakit/gangguan pada ibu hamil serta melakukan intervensi secara adekuat dan melakukan rujukan kasus kefasilitas kesehatan sesuai sistem rujukan. Pelayanan antenatal terpadu meliputi hal sebagai berikut:

- a. Memberi pelayanan dan konseling kesehatan termasuk gizi agar kehamilan berlangsung sehat.
 - b. Melakukan deteksi dini masalah, penyakit dan penyulit atau komplikasi kehamilan.
 - c. Menyiapkan persalinan bersih dan nyaman.
 - d. Merencanakan antisipasi dan persiapan dini untuk melakukan rujukan jika terjadi penyulit atau komplikasi.
 - e. Melakukan penatalaksanaan kasus serta rujukan cepat dan tepat waktu jika diperlukan.
 - f. Pelibatkan ibu atau keluarga terutama suami dalam menjaga kesehatan dan gizi ibu hamil, menyiapkan persalinan dan kesiagaan jika terjadi penyulit dan komplikasi (Kebidanan Indonesia, 2019).
1. Tujuan Antenatal Care (ANC)
 - a. Memberikan pelayanan dan konseling kesehatan termasuk gizi agar kehamilan berlangsung sehat
 - b. Melakukan deteksi dini masalah, penyakit dan penyulit/Kehamilan komplikasi



- c. Menyiapkan persalinan yang aman dan bersih
- d. Merencanakan antisipasi dan persiapan dini untuk melakukan rujukan jika terjadi penyulit/komplikasi
- e. Melakukan penatalaksanaan kasus serta rujukan cepat dan tepat waktu bila diperlukan
- f. Melibatkan ibu dan keluarganya terutama suami dalam menjaga kesehatan gizi ibu hamil, menyiapkan persalinan dan kesiagaan apabila terjadi komplikasi/penyulit.

Jenis pemeriksaan	Trimester			Keterangan
	I	II	III	
Keadaan umum				
Suhu tubuh				
Tekanan darah				
Berat badan				
Lila				
TFU				
Persentasi janin				
DJJ				
Pemeriksaan Hb				
Golongan darah				
Protein urine				
Gula darah/ reduksi				
Darah malaria				
BTA				
Darah sifilis				
Serologi HIV				
USG				

Tabel 2.1 Jenis Pemeriksaan Pelayanan Antenatal Terpadu

(Kebidanan Indonesia, 2019).



2. Pelayanan / Asuhan Standar Termasuk 10T

Pemeriksaan antenatal dikatakan berkualitas apabila telah memenuhi standar pelayanan antenatal (10T) sebagai berikut:

a. Timbang Berat Badan dan Ukur Tinggi Badan

Penimbangan berat badan dilakukan setiap kunjungan antenatal. Hal ini dilakukan untuk mendeteksi adanya gangguan pertumbuhan janin. Penambahan berat badan selama kehamilan didasarkan pada BMI atau IMT ibu hamil. Apabila penambahan berat badan kurang dari 9 kg selama kehamilan atau kurang dari 1 kg perbulan menunjukkan adanya gangguan pertumbuhan janin. Pengukuran tinggi badan dilakukan pada saat kunjungan yang pertama, apabila tinggi badan kurang dari 145 cm, ibu termasuk dalam kategori mempunyai faktor resiko tinggi.

Tabel 2.2 Penambahan BB berdasarkan IMT pra-hamil

IMT		Total Kenaikan BB
Gizi kurang/KEK	<18,5	12,71-18,16 kg
Normal	18,5 – 24,9	11,35-15,89 kg
Kelebihan BB	25 – 29,9	6,81-11,35 kg
Obesitas	≥30	4,99 -9,08 kg

(Bidan dan Dosen Kebidanan Indonesia, 2018)

b. Ukur Lingkar Lengan Atas (Nilai Status Gizi)

Pengukuran lingkar lengan atas hanya dilakukan pada kontak pertama antenatal. Hal ini dilakukan untuk skrining ibu hamil berisiko kurang energi kronik (KEK). Batas normal LILA adalah 23,5 cm. Keadaan kurangnya ukuran LILA menunjukkan ibu mengalami kekurangan gizi dapat mengakibatkan bayi mengalami BBLR (Bayi Berat Lahir Rendah). Pengukuran lingkar lengan atas dilakukan pada lengan bagian atas, dilakukan dilengan yang jarang digunakan untuk aktifitas biasanya pada lengan kiri.



c. Ukur Tekanan Darah

Pengukuran tekanan darah dilakukan setiap kali kunjungan antenatal berguna untuk mendeteksi adanya hipertensi dan preeklamsia pada kehamilan. Hipertensi adalah tekanan darah 140 mmHg sistolik dan diastolik 90 mmHg.

d. Ukur Tinggi Fundus Uteri / TFU

Pengukuran TFU dilakukan setiap kali kunjungan antenatal. Bertujuan untuk memantau pertumbuhan janin dibandingkan dengan usia kehamilan, menentukan usia kehamilan, mendeteksi adanya gangguan pertumbuhan janin atau intra-uterine growth retardation (IURG). Pengukuran TFU dapat dilakukan dengan pemeriksaan McDonald dengan menggunakan pita ukur dalam sentimeter yang dilakukan setelah umur kehamilan 24 minggu, sedangkan pengukuran TFU dengan menggunakan pemeriksaan leopold dapat dilakukan setelah usia kehamilan 12 minggu. Pengukuran dilakukan pada ibu hamil dengan posisi terlentang, dan pastikan kandung kemih kosong.

Tabel 2.3 Tinggi Fundus Uteri Berdasarkan Usia Kehamilan

No.	Umur kehamilan dalam minggu	TFU
1	12 Minggu	1-2 jari diatas symfisis
2	16 Minggu	Pertengahan antara sym-pst
3	20 Minggu	3 jari dibawah pusat
4	24 Minggu	Setinggi pusat
5	28 Minggu	3 jari diatas pusat
6	32 Minggu	Pertengahan px-pst
7	36 Minggu	3 jari dibawah px
8	40 Minggu	Antara px-pusat

(Anggorowati, Widiasih, & Nasution, 2019)

e. Tentukan Presentasi Janin dan Denyut Jantung Janin (DJJ)

Menentukan persentasi janin dilakukan pada akhir trimester II dan selanjutnya setiap kali kunjungan antenatal. Pemeriksaan ini bertujuan mengetahui letak janin. Kelainan letak, panggul sempit atau masalah lain ditentukan apabila bagian terendah janin bukan kepala atau kepala janin belum masuk pintu atas panggul pada trimester III. DJJ lambat kurang dari 120 kali/menit atau DJJ cepat lebih dari 160 kali/menit menunjukkan adanya gawat janin.

f. Skrining Status Imunisasi Tetanus dan Pemberian Imunisasi Tetanus Toksoid (TT)

Jika diperlukan untuk mencegah terjadinya tetanus neonatarum, ibu hamil harus mendapatkan imunisasi TT. Pada saat kontak pertama, ibu hamil diskriminasi status imunisasi TT-nya. Pemberian imunisasi TT pada ibu hamil, disesuaikan dengan status imunisasi TT ibu saat ini. Ibu hamil minimal memiliki status imunisasi TT agar mendapat perlindungan terhadap infeksi tetanus. Ibu hamil dengan status T5 (TT long life) tidak perlu diberikan imunisasi lagi.

Tabel 2.4 Pemberian Imunisasi Ibu Hamil

Imunisasi	Interval	Lama perlindungan	% perlindungan
TT 1	Saat kunjungan pertama	-	-
TT 2	4 minggu setelah TT 1		
TT 3	6 bulan setelah TT 2	3 tahun	80%
TT 4	1 tahun setelah TT 3	5 tahun	95%
TT 5	1 tahun setelah TT 4	10 tahun 25 thn/seumur hidup	99% 99%

(Bidan dan Dosen Kebidanan Indonesia, 2018)





g. Pemberian Tablet Zat Besi Minimal 90 Tablet Selama Kehamilan

Pemberian tablet tambah darah merupakan asuhan rutin yang harus dilakukan dalam asuhan antenatal. Suplementasi ini berisi senyawa zat besi yang setara dengan 60 mg zat besi elemental dan 400 mcg asam folat. Hal ini dilakukan untuk mencegah terjadinya anemia dalam kehamilan, serta pengobatan anemia dalam kehamilan. Dosis yang digunakan pada terapi pencegahan adalah 1 tablet tambah darah selama kehamilan minimal 90 tablet dimulai sedini mungkin dan dilanjutkan sampai masa nifas.

h. Tes Laboratorium (Rutin dan Khusus)

Pemeriksaan laboratorium pada kehamilan dilakukan sebagai pemeriksaan rutin dan pemeriksaan atas indikasi. Pemeriksaan laboratorium meliputi pemeriksaan golongan darah dan pemeriksaan hemoglobin. Pemeriksaan golongan darah ditujukan untuk menyiapkan apabila terdapat kondisi darurat pada ibu hamil, keluarga dan bidan mampu mempersiapkan calon pendonor yang sesuai dengan golongan darah ibu hamil tersebut. Pemeriksaan hemoglobin dilakukan pada trimester 1 dan 3. Hal ini dilakukan untuk mengetahui status anemia pada ibu hamil sehingga dapat dilakukan penatalaksanaan lebih lanjut. Selain pemeriksaan diatas, dapat juga dilakukan pemeriksaan protein dalam urine, pemeriksaan gula darah, pemeriksaan HIV, pemeriksaan BTA, pemeriksaan sifilis dan malaria dilakukan sesuai dengan indikasi. Pemeriksaan USG dilakukan untuk menentukan berat dan ukuran janin, kesejahteraan janin, aliran darah plasenta ke janin, jumlah air ketuban dan letak plasenta, panjang serviks pada pasien dengan riwayat kelahiran prematur spontan, hingga skrining organ janin mulai dari kepala hingga ekstremitas janin.

i. Tata Laksana atau Penanganan Kasus

Penetapan diagnosis dilakukan setelah seluruh pengkajian maupun pemeriksaan dilakukan secara lengkap. Setiap kelainan



yang ditemukan dari hasil pemeriksaan harus ditata laksana sesuai dengan standar dan kewenangan bidan. Apabila terdapat kasus kegawatdaruratan atau kasus patologis harus dilakukan rujukan kefasilitas yang lebih lengkap sesuai alur rujukan.

j. Temu Wicara atau Konseling Serta Perencanaan Persalinan Dan Pencegahan Komplikasi (P4K)

Setiap kunjungan antenatal bidan harus memberikan temu wicara atau konseling sesuai dengan diagnosis dan masalah yang ditemui. Secara umum KIE yang dilakukan adalah:

- a) Setiap ibu hamil harus dijelaskan tentang tanda dan gejala penyakit menular dan tidak menular terutama yang dapat memengaruhi kesehatan ibu dan janin.
- b) Setiap ibu diberikan penawaran untuk melakukan konseling dan tes HIV terutama di wilayah yang beresiko tinggi.
- c) Setiap ibu harus disiapkan untuk mendapatkan inisiasi menyusui dini pada saat pertolongan persalinan. Sebagai salah satu langkah menuju keberhasilan pemberian ASI eksklusif.
- d) Ibu hamil harus disiapkan untuk memilih dan menentukan alat kontrasepsi pasca-salin sejak kehamilan.
- e) Setiap ibu hamil harus mendapatkan informasi tentang imunisasi TT untuk mencegah kejadian tetanus neonatorum. Skrining imunisasi TT harus dilakukan untuk menilai status T dan menilai kebutuhan pemberian imunisasi TT pada ibu hamil sesuai dengan status TT.
- f) Setiap ibu hamil dianjurkan untuk memberi stimulasi auditori dan pemenuhan nutrisi pengungkit otak (brain booster) selama kehamilan untuk meningkatkan intelegensia bayi yang dilahirkan (Dosen Kebidanan Indonesia, 2018.)



2.1.9. Kunjungan Antenatal TM III

A. Kunjungan pertama usia kehamilan (34-35 minggu)

Asuhan yang diberikan pada kunjungan ini antara lain:

1. Lakukan pemeriksaan TTV dan pemeriksaan fisik.
2. Menjelaskan kepada ibu tentang kebutuhan nutrisi trimester III.
3. Memberitahu ibu untuk selalu mengkonsumsi fe dan vitamin yang sudah diberikan ketika pemeriksaan.
4. Menjelaskan kepada ibu untuk menjaga kebersihan terutama pada daerah perineum.
5. Menjelaskan kepada ibu untuk istirahat yang cukup.
6. Ingatkan ibu untuk rutin memeriksa kehamilannya terutama pada saat mendekati persalinan.
7. Menjelaskan kepada ibu tentang senam hamil pada TM III.
8. Dokumentasi hasil kegiatan.

B. Kunjungan kedua usia kehamilan (36-37 minggu)

Asuhan yang diberikan yaitu evaluasi dari kunjungan pertama antara lain :

1. Lakukan pemeriksaan TTV dan pemeriksaan fisik dan lihat perbandingan dari kunjungan pertama.
2. Mengevaluasi ibu terkait meminum tablet Fe dan vitamin secara rutin.
3. Mengevaluasi kebutuhan nutrisinya.
4. Evaluasi kebersihan ibu.
5. Evaluasi pola istirahat ibu.
6. Menanyakan pada ibu tentang kerutinan ibu melakukan pemeriksaan kehamilannya.
7. Menanyakan ibu tentang kesiapan ibu untuk melakukan senam hamil ketika mendekati persalinan.
8. Dokumentasi hasil kegiatan.



C. Kunjungan ketiga usia kehamilan (38-40 minggu)

Asuhan yang berikan :

1. Lakukan pemeriksaan TTV dan pemeriksaan fisik dan lihat perbandingan dari kunjungan pertama dan kedua.
2. Mempersiapkan ibu untuk melakukan senam untuk persiapan persalinan.
3. Menjelaskan tanda tanda persalinan pada ibu dan keluarga.
4. Menjelaskan pada suami atau keluarga untuk selalu siap siaga apabila sudah ada tanda tanda persalinan.
5. Mengajari ibu cara meneran yang benar dan mengatur nafas saat persalinan.
6. Ingatkan pada ibu untuk melakukan kunjungan ulang sesuai jadwal , kecuali apabila sudah terdapat tanda persalinan segera datang ke pelayanan kesehatan.

2.1.10. Program perencanaan persalinan dan pencegahan komplikasi (P4K)

Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K) adalah suatu kegiatan yang difasilitasi oleh bidan di desa dalam rangka peningkatan peran aktif suami, keluarga dan masyarakat persiapan menghadapi komplikasi.

Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi	
Nama ibu	:
Taksiran persalinan	: - 200
Penolong persalinan	:
Tempat persalinan	:
Pendamping persalinan	:
Transportasi	:
Calon pendonor darah	:

Menuju Persalinan Yang Aman dan Selamat

Gambar 2.3 P4K



2.1.11. Senam Hamil

Senam hamil sangat perlu dilakukan sebab agar mengetahui apa saja yang harus dilakukan pada saat persalinan. Dalam senam hamil akan diajarkan bagaimana cara menguasai tehnik pernafasan yang sangat dibutuhkan dalam persalinan. Karena salah satu tujuan dari senam hamil adalah menguasai tehnik pernafasan.

A. Tujuan umum senam hamil:

- 1) Melalui latihan senam hamil yang teratur dapat dijaga kondisi otot-otot dan persendian yang berperan dalam proses mekanisme persalinan
- 2) Mempertinggi kesehatan fisik dan psikis serta kepercayaan pada diri sendiri dan penolong dalam menghadapi persalinan
- 3) Membimbing wanita menuju suatu persalinan yang fisiologis

B. Tujuan khusus senam hamil:

- 1) Memperkuat dan mempertahankan elastisitas otot-otot dinding perut, dasar panggul, ligament dan jaringan yang berperan dalam mekanisme persalinan.
- 2) Melonggarkan persendian-persendian yang berhubungan dengan proses persalinan.
- 3) Membentuk sikap tubuh yang prima, sehingga dapat membantu mengatasi keluhan-keluhan, letak janin dan mengurangi sesak nafas.
- 4) Menguasai teknik teknik pernafasan dalam persalinan.
- 5) Dapat mengatur diri kepada ketenangan.

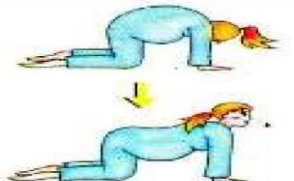
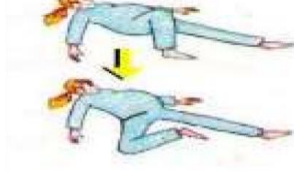
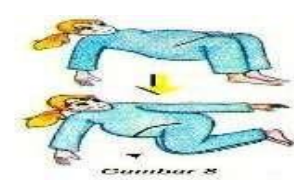
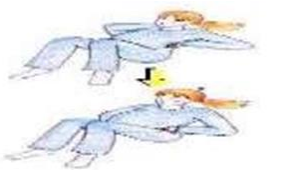
C. Syarat mengikuti senam hamil:

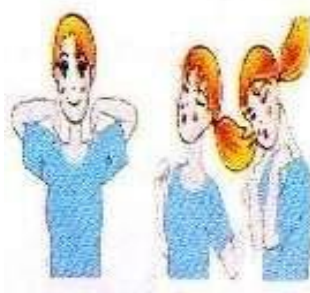
- 1) Telah dilakukan pemeriksaan kesehatan dan kehamilan oleh dokter/bidan.
- 2) Latihan dilakukan setelah kehamilan mencapai 24 minggu.
- 3) Latihan dilakukan secara teratur dan disiplin.

(Dartiwen & YatiNurhayati, 2019)



Tabel 2.5 Senam Hamil

Senam untuk pinggang (posisi terlentang) : Tidurlah terlentang dan tekuklah lutut jangan terlalulebar, arah telapak tangan kebawah dan berada di samping badan. Kemudian angkatlah pinggang secaraperlahan.	
Senam untuk pinggang (posisi merangkak) : Badan dalam posisi merangkak, sambil menarik nafas angkat perut berikut punggung keatas dengan wajah menghadap kebawah membentuk lingkaran, sambil perlahan – lahan mengangkat wajah hembuskan nafas, turunkan punggung kembali dengan perlahan.	
Senam dengan satu lutut : Tidurlah terlentang, tekuk lutut kanan. Kemudian lutut kanan digerakkan perlahan kearah kanan lalukembalikan. Lakukan sebanyak 10 kali.	
Senam dengan kedua lutut : Tidurlah terlentang, kedua lutut ditekuk dan kedua lutut saling menempel. Kedua tumit dirapatkan, kaki kiri dan kanan saling menempel. Kemudian kedua lutut digerakkan perlahan – lahan kearah kiri dan kanan.	
Cara pernafasan saat persalinan : Cari posisi yang nyaman, misal duduk bersandar antara duduk dan berbaring serta kaki diregangangkan. Kemudian tarik nafas dari hidung dan keluarkan melalui mulut.	
Cara mengejan : Cari posisi yang nyaman atau posisi ibu antara duduk dan berbaring serta kaki diregangangkan. Kemudian perlahan – lahan tarik nafas sebanyak 3 kali dan pada hitungan ke-4 tarik nafas kemudian tahan nafas, sesuai arahan penolong persalinan.	

Cara pernafasan pada saat melahirkan : Cara ini dilakukan jika bidan mengatakan tidak usah mengejan lagi, yaitu dengan cara letakkan kedua tangan di atas dada dan bukalah mulut lebar - lebar bernafaslah pendek.	
Senam untuk memperlancar ASI : Lipat lengan kedepan dengan telapak tangan di genggam dan berada di depan dada, gerakkan siku keatas dan kebawah. Lipat lengan keatas hingga menyentuh bahu, dalam posisi di li pat dengan di putar dari belakang kedepan, sehingga siku-siku bersentuhan dan mengangkat payudara lalu bernafaslah dengan lega.	

(Dartiwen & Yati Nurhayati, 2019)

2.2. Konsep Dasar Persalinan

2.2.1 Definisi Persalinan

Persalinan dan kelahiran normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung dalam 18 jam, tanpa komplikasi baik pada ibu maupun pada janin (Yulizawati, Insani, Sinta, & Andriani, 2019).

Persalinan adalah proses dimana bayi, plasenta dan selaput ketuban keluar dari uterus ibu. Persalinan dianggap normal jika prosesnya terjadi pada usia cukup bulan (setelah 37 minggu) tanpa disertai adanya penyulit. Persalinan dimulai (inpartu) sejak uterus berkontraksi dan menyebabkan perubahan seriks (membuka dan menipis) dan berakhir dengan lahirnya plasenta secara lengkap. (JNPK-KR, 2017).

2.2.2 Tanda Pasti dan Tanda Gejala Persalinan

A. Tanda Pasti Persalinan

1. Tanda Pasti Persalinan ada dua :
 - a. Pembukaan serviks telah lengkap, atau





- b. Terlihat bagian kepala bayi melalui introitus vagina (crowning). (JNPK-KR, 2017).

B. Tanda Gejala Persalinan ada empat :

- a. Dorang (adanya dorongan untuk meneram)
- b. Teknus (tekanan pada anus)
- c. Perjol (perineum menonjol)
- d. Vulva (vulva membuka)

2.2.3 Tahapan Dalam Persalinan

A. Kala I (dilatasi serviks)

Kala I persalinan dimulai sejak terjadinya kontraksi uterus dan pembukaan serviks hingga mencapai pembukaan lengkap (10 cm). Persalinan kala I dibagi menjadi dua fase, yaitu fase laten dan fase aktif (Bidan dan Dosen Kebidanan Indonesia, 2018).

1. Fase laten, yaitu ketika pembukaan serviks berlangsung lambat dimulai sejak awal kontraksi yang menyebabkan penipisan dan pembukaan secara bertahap sampai pembukaan 3 cm. Fase laten berlangsung 7-8 jam.
2. Fase aktif, yaitu ketika pembukaan serviks mulai dari 4 cm sampai lengkap (10 cm), berlangsung selama 6 jam. Fase ini dibagi menjadi 3 subfase atau periode.
 - a. Periode akselerasi, yaitu pembukaan berlangsung lambat dari pembukaan 3-4 cm selama 2 jam.
 - b. Periode dilatasi maksimal, yaitu pembukaan berlangsung cepat dari pembukaan 4 cm menjadi 9 cm selama 2 jam.
 - c. Periode deselerasi, yaitu pembukaan berlangsung sangat lambat dari pembukaan 9 cm menjadi 10 cm (pembukaan lengkap) selama 2 jam.

B. Kala II (pengeluaran bayi)

Kala II persalinan dimulai sejak pembukaan lengkap dan diakhiri dengan kelahiran bayi. Selama kala II persalinan, intensitas kontraksi meningkat, berlangsung selama 50-70 detik, dan terjadi pada



interval waktu 2-3 menit. Tekanan kepala janin ke bawah pada vagina menyebabkan anus menjadi meregang dan menonjol, daerah perineum menggembung, dan vulva membuka akibat semakin turunnya kepala (Anggorowati, Widiasih, & Nasution, 2019).

C. Kala III (pengeluaran plasenta)

Kala III persalinan dimulai dengan kelahiran bayi dan diakhiri dengan kelahiran plasenta. Kala III persalinan terdiri atas dua fase, yaitu pelepasan plasenta dan pengeluaran (ekspulsi) plasenta (Anggorowati, Widiasih, & Nasution, 2019).

D. Kala IV (2 jam postpartum)

Kala IV dimulai setelah plasenta lahir dan berlanjut sampai dua jam berikutnya. Sebelum meninggalkan ibu, pastikan tanda-tanda vital ibu normal, kontraksi kuat, perdarahan normal dan mampu berkemih tanpa dibantu. Ajarkan ibu dan keluarganya cara menilai kontraksi dan melakukan masase uterus, pastikan bahwa bayi sudah disusukan, serta ajarkan ibu dan keluarganya untuk mencari asuhan segera bagi tanda-tanda bahaya seperti demam, perdarahan aktif, pusing dan lemas luar biasa (JNPK-KR, 2017).

2.2.4 Pemantauan Persalinan

Partograf adalah alat bantu untuk memantau kemajuan kala I persalinan dan informasi untuk membuat keputusan klinik. Tujuan dari partograf yaitu untuk mencatat hasil observasi dan kemajuan persalinan, mendeteksi kehamilan secara normal, dan data pelengkap terkait pemantauan kondisi ibu (JNPK-KR, 2017).

Pemeriksaan selama fase aktif persalinan dalam partograf anatara lain :

a. Informasi tentang Ibu dan Riwayat Kehamilan dan Persalinan:

1. Nama, umur
2. Gravida, para, abortus (keguguran)
3. Nomor catatan medis/nomor puskesmas



4. Tanggal dan waktu mulai dirawat (atau jika di rumah, tanggal dan waktu penolong persalinan mulai merawat ibu) - Waktu pecahnya selaput ketuban.
- b. Kondisi Janin:
 1. DJJ
 2. Warna dan adanya air ketuban
 3. Penyusupan (molase) kepala janin
- c. Kemajuan Persalinan:
 1. Pembukaan serviks
 2. Penurunan bagian terbawah janin atau presentasi janin
 3. Garis waspada dan garis bertindak
- d. Jam dan waktu:
 1. Waktu mulainya fase aktif persalinan
 2. Waktu aktual saat pemeriksaan atau penilaian
- e. Kontraksi Uterus: Frekuensi dan lamanya
- f. Obat-obatan dan cairan yang diberikan:
 1. Oksitosin
 2. Obat-obatan lainnya dan cairan IV yang diberikan
- g. Kondisi Ibu:
 - 6 Nadi, tekanan darah dan temperature tubuh
 - 7 Urin (volume, aseton atau protein)
 - 8 Asupan cairan dan nutrisi serta tatalaksana dan keputusan klinik
- h. Garis Waspada, Garis Bertindak dan Lajur Pemberian Oksitosin
 1. Jika grafik dilatasi melewati garis waspada maka penolong harus mewaspadaai bahwa persalinan yang sedang berlangsung telah memasuki kondisi patologis.
 2. Partograf menyediakan lajur pemberian oksitosin untuk persalinan patologis tetapi intervensi ini hanya dilakukan di fasilitas yang memiliki sumber daya dan sarana yang lengkap dan petugas memiliki kewenangan untuk melakukan prosedur tersebut.



2.2.5 Asuhan Persalinan Normal 60 Langkah

1. Patikan tanda gejala kala II
2. Memastikan kelengkapan peralatan dan obat obatan
3. Memakai APD
4. Cuci tangan dengan sabun dan air mengalir
5. Pakai sarung tangan untuk pemeriksaan dalam
6. Masukkan okstosin kedalam spuit.
7. Bersihkan vulva dan perineum
8. Lakukan pemeriksaan dalam dan pastikan pembukaan lengkap
9. Lepas sarung tangan dan dekontaminasi
10. Periksa DJJ
11. Beritahu ibu bahwa pembukaan lengkap dan kondisi janin baik.
12. Faslitasi pendamping dan posisi bersalin sesuai kenyamanan ibu.
13. Ajari ibu meneran
14. Lakukan pimpinan meneran saat ada his dan ibu ingin BAB.
15. Letakkan kain bersih di atas perut ibu.
16. Letakkan kain yang ujungnya dilipat segitiga diatas perut ibu.
17. Periksa kembali kelengkapan obat dan peralatan.
18. Pakai sarung tangan panjang dan double sarung tangan pendek.
19. Lahirkan kepala, saat diamter kepala tampak di vulva 5-6 cm
tangan kanan menahan perineum tangan kiri menahan puncak
kepala agar tidak terjadi defleksi terlalu cepat.
20. Periksa adanya lilitan tali pusat.
21. Tunggu janin melakukan putar paksi luar.
22. Lahirkan bahu, posisikan tangan biparietal tarik kepala perlahan
ke bawah untuk melahirkan bahu depan, tarik perlahan kepala
ke atas untuk mellahirkan bahu belakang.



23. Lakukan sangga susur, tangan kanan menahan kepala dan leher tangan kiri menyusuri dari bahu, tangan, bokong, paha sampai tumit.
24. Jepit tumit.
25. Lakukan penilaian sepintas (nangisnya, geraknya,tonus otot).
26. Keringakan tubuh bayi kecuali kedua tangan dan bungkus bayi dengan kain bersih / gedong.
27. Periksa tinggi fundus uteri untuk memeriksa adanya bayi kedua.
28. Beritahu ibu akan disuntik oksitosin.
29. Suntikkan oksitosin pada 1/3 paha lateral ibu.
30. Jepit tali pusat dengan 2 klem (klem pertama jarak 2-3cm dari pusat dan jarak klem kedua kurang lebih 2cm dari klem pertama).
31. Potong tali pusat diantara dua klem lalu ikat menggunakan benang tali pusat.
32. Persiapkan bayi IMD.
33. Pindahkan koher 10-15 cm dekat vulva.
34. Periksa kontraksi.
35. Tegangkan tali pusat.
36. Lakukan dorso kranial.
37. Lahirkan plasenta, saat plasenta tampak di introitus vagina tangan kanan menangkap plasenta tangan kiri memutar plasenta searah jarum jam.
38. Lakukan masase uterus.
39. Evaluasi perdarahan dan laserasi.
40. Periksa kelengkapan plasenta dan selaput ketuban.
41. Periksa kontraksi dan pastikan kandung kemih kosong.
42. Lakukan pemantauan 2 jam postpartum.
43. Ajarkan ibu cara masase dan menilai kontraksi uterus.
44. Periksa nadi ibu dan pastikan ibu dalam keadaan baik



45. Estimasi jumlah perdarahan.
46. Periksa bayi dan pastikan bayi bernafas dengan baik.
47. Bersihkan ibu dengan air DTT.
48. Bersihkan tempat bersalin dengan larutan clorin 0,5%.
49. Fasilitasi kenyamanan dengan membantu ibu memakai baju dan pembalut.
50. Bantu ibu menyusui.
51. Fasilitasi nutrisi dan cairan ibu.
52. Dekontaminasi peralatan dalam larutan clorin 0,5%.
53. Buang sampah pada tempatnya.
54. Cuci bilas peralatan.
55. Lepas sarung tangan dan dekontaminasikan.
56. Cuci tangan dan keringkan,
57. Berikan salep mata dan injeksi vit K (1/3 paha kiri bayi).
58. Lakukan pemeriksaan fisik dan antropometri.
59. Berikan injeksi HB0 pada 1/3 paha kanan bayi
60. Lengkapi partograf.

2.2.6 Manajemen Nyeri Persalinan

Nyeri merupakan keluhan yang sering ditemukan pada wanita yang sedang dalam proses bersalin. Salah satu timbulnya rasa sakit yang berkepanjangan yang dirasakan oleh ibu adalah persalinan lama, dimana menyebabkan kecemasan, ketakutan dan kelelahan, serta kejadian lainnya. Kecemasan yang disebabkan oleh nyeri persalinan berkontribusi terhadap penurunan tingkat oksitosin dan persalinan lama (Ahmar, et al., 2021).

Ada beberapa metode dan terapi yang dapat digunakan untuk mengurangi nyeri yang timbul akibat persalinan selain menggunakan obat. Diantaranya sebagai berikut.



A. Metode Pernapasan

Pernapasan adalah salah satu alat yang paling efektif yang tersedia bagi wanita dalam persalinan. Pernapasan sering digunakan untuk meningkatkan relaksasi dan mengalihkan perhatian dari rasa sakit. Pernapasan terfokus juga dapat meningkatkan rasa percaya diri ibu hamil dan kemampuan untuk mengatasi kontraksi persalinan. Ketika ibu bersalin sadar akan ritme pernapasannya maka dia akan mampu menyesuaikan pernapasannya dengan intensitas persalinan (Ahmar, et al., 2021).

B. Metode Pendampingan Persalinan

Pendampingan dari suami atau keluarga, merupakan manajemen nyeri nonfarmakologis yang dapat mengurangi nyeri persalinan karena efek perasaan termasuk kecemasan pada setiap ibu bersalin berkaitan dengan persepsi orang yang mendukung. Kehadiran seorang pendamping persalinan memberikan pengaruh pada ibu bersalin karena dapat membantu ibu saat persalinan serta dapat memberikan perhatian, rasa aman, nyaman, semangat, menenangkan hati ibu, mengurangi ketegangan ibu atau status emosional menjadi lebih baik sehingga dapat mempersingkat proses persalinan (Ahmar, et al., 2021).



2.2.7. Penapisan

No	JENIS PENAPISAN	Ya	Tidak
1.	Riwayat bedah besar		
2.	Perdarahan pervaginam (semua umur kehamilan)		
3.	Kehamilan kurang bulan (< 37 minggu)		
4.	Ketuban pecah dengan meconium kental		
5.	Ketuban pecah lama (< 12 jam)		
6.	Ketuban dengan kehamilan kurang bulan		
7.	Ikterus		
8.	Anemia berat ($Hb \leq 8$ gram)		
9.	Pre-eklampsia berat atau eklampsia		
10.	Tinggi fundus uteri > 40 cm dan < 25 cm		
11.	Demam > 38 ⁰ C		
12.	Gawat janin (DJJ < 120 x/menit atau > 160 x/menit)		
13.	Presentasi bukan belakang kepala		
14.	Tali pusat menumbung		
15.	Gemerli		
16.	Presentasi majemuk		
17.	Primipara fase aktif palpasi 5/5		
18.	Shock		
19.	Hipertensi		
20.	Kehamilan dengan penyakit sistemik (asma, DM, jantung, TBC, kelainan darah)		
21.	Tinggi badan < 140 cm		
22.	Kehamilan diluar kandungan		
23.	Kehamilan lewat waktu (> 42 minggu)		
24.	Partus tak maju (Kala I lama, Kala II lama, Kala II tak maju)		
25.	Hamil dengan mioma uteri		
26.	Kehamilan dengan riwayat penyakit tertentu (hepatitis, HIV)		

(JNPK-KR,2021)



2.3. Konsep Dasar Nifas

2.3.1 Definisi Masa Nifas

Masa nifas adalah masa setelah lahirnya plasenta hingga organ reproduksi khususnya alat kandungan kembali pulih seperti keadaan sebelum hamil. Masa nifas dimulai sejak dua jam setelah lahirnya plasenta sampai dengan enam minggu (42 hari) setelahnya. Selain perubahan fisiologis masa nifas juga akan mengalami perubahan (Fitiani & Wahyuni, 2021).

2.3.2 Tahapan Masa Nifas

Masa nifas dibagi dalam 3 tahap, yaitu puerperium dini (early puerperium), puerperium intermedial (immediate puerperium), dan remote puerperium (later puerperium) (Sulfianti, et al., 2021).

- A. Puerperium dini (early puerperium) yaitu pemulihan dimana ibu telah diperbolehkan berdiri dan berjalan-jalan (waktu 0-24 jam postpartum).
- B. Puerperium intermedial (immediate puerperium) yaitu suatu masa dimana pemulihan organ-organ reproduksi secara menyeluruh selama kurang lebih 6-8 minggu.
- C. Remote puerperium (later puerperium) yaitu waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat kembali dalam keadaan yang sempurna secara bertahap terutama jika selama masa kehamilan dan persalinan ibu mengalami komplikasi, waktu untuk sehat bisa berminggu-minggu, bulan bahkan tahun.

2.3.3 Perubahan Fisiologis dan Psikologis Masa Nifas

A. Perubahan Fisiologis Masa Nifas

1. Involusi uterus

Pengecilan uterus merupakan suatu proses dimana uterus kembali pada bentuk saat sebelum hamil. Perubahan kembali ke ukuran normal uterus selama masa nifas sebagai berikut.



Tabel 2.7 Involusi Uteri

Involusi Uteri	Tinggi Fundus Uteri	Berat Uterus	Diameter Uterus
Plasenta lahir	Setinggi pusat	1000 gr	12,5 cm
7 hari (minggu 1)	Pertengahan antara pusat dan simfisis	500 gr	7,5 cm
14 hari (minggu 2)	Tidak teraba	350 gr	5 cm
6 minggu	Normal	60 gr	2,5 cm

(Fitriani & Wahyuni, 2021)

2. Lochea

Lochea merupakan pengeluaran cairan pada uterus selama masa nifas berlangsung dan mempunyai reaksi basa/alkalis yang membuat organisme berkembang lebih cepat daripada kondisi asam yang ada pada vagina normal. Lochea mengalami perubahan karena proses involusi uteri. Tahapan pengeluaran lochea terbagi menjadi 4 tahap.

a. Lochea rubra

Keluar pada hari ke 1-3 setelah melahirkan, berwarna merah kehitaman. Cairan terdiri dari sel-sel desidua, verniks kaseosa, rambut lanugo, sisa mekonium dan sisa darah.

b. Lochea sanguinolenta/sanguelenta

Keluar pada hari ke 3-7 setelah melahirkan, berwarna putih bercampur merah. Cairan terdiri dari sisa darah yang bercampur lendir.

c. Lochea serosa

Keluar pada hari ke 7-14 setelah melahirkan, berwarna kekuningan atau kecoklatan. Cairan yang keluar sedikit mengandung darah dan lebih banyak serum, juga terdiri dari leukosit dan robekan laserasi plasenta.



d. Lochea alba

Keluar setelah hari ke-14 masa nifas, berwarna putih. Cairan mengandung leukosit, selaput lendir serviks dan serabut jaringan yang mati.

B. Perubahan Psikologis Masa Nifas

a. Fase taking in

Fase taking in terjadi pada hari ke 1-2 setelah melahirkan. Pada fase ini, ibu nifas cenderung pasif dan bergantung pada orang lain. Perhatian ibu akan tertuju pada kekhawatiran perubahan tubuhnya. Sehingga memerlukan ketenangan dalam tidur untuk mengembalikan keadaan tubuh ke kondisi normal. Nafsu makan ibu biasanya bertambah sehingga membutuhkan peningkatan nutrisi. Jika ibu kurang nafsu makan menandakan kondisi ibu tidak normal (Fitriani & Wahyuni, 2021).

b. Fase taking hold

Pada hari ke 2-4 setelah melahirkan ibu mulai memperhatikan kemampuan sebagai orangtua dan meningkatkan tanggung jawab terhadap bayinya. Ibu mulai berusaha menguasai keterampilan merawat bayi seperti menggendong, memandikan dan mengganti popok. Pada periode ini kemungkinan terjadi depresi postpartum (postpartum blues) karena ibu merasa tidak mampu merawat bayinya (Fitriani & Wahyuni, 2021).

c. Fase letting go

Setelah ibu pulang ke rumah, dukungan dan perhatian dari suami serta keluarga akan memengaruhi ibu dalam periode letting go (Fitriani & Wahyuni, 2021).

d. *Postpartum Blues*

Postpartum blues dikategorikan sebagai sindrom gangguan mental yang ringan, oleh sebab itu sering tidak dipedulikan sehingga tidak terdiagnosis dan tidak ada penatalaksanaan sebagaimana mestinya (Kementrian Kesehatan Direktorat Jendral Pelayanan Kesehatan, 2023).

2.3.4 Kebutuhan Dasar Masa Nifas

A. Nutrisi dan Cairan

Ibu dianjurkan minum vitamin A 200.000 IU, dan dianjurkan pada 24 jam pertama setelah persalinan supaya dapat menyalurkan vitamin A pada bayinya melalui ASI. Ibu nifas dianjurkan untuk minum 2-3 liter (Fitriani & Wahyuni, 2021).

B. Ambulasi

Pada persalinan normal proses ambulasi dilakukan 2 jam dimana ibu diperbolehkan miring kanan kiri, duduk dan berjalan yang dilakukan secara bertahap (Fitriyani & Wahyuni, 2021).

C. Eliminasi

Miksi atau buang air kecil normalnya keluar secara spontan 3-4 jam atau dalam 6 jam sesudah persalinan. Defekasi/BAB normalnya terjadi dalam 3 hari postpartum diharapkan ibu sudah bisa BAB, jika ibu belum BAB selama 2 hari maka perlu diberikan spuit gliserin atau obat-obatan.

D. Personal Hygiene

Untuk mencegah infeksi dan meningkatkan perasaan nyaman pada ibu maka anjurkan ibu untuk mandi minimal 2x sehari, mengganti pembalut setiap 3-4 jam atau bila pembalut sudah terasa penuh, cuci tangan menggunakan sabun dan air mengalir sebelum dan sesudah menyentuh daerah kelamin, cebok dari depan ke belakang dan keringkan dengan tisu atau handuk bersih.





E. Istirahat

Ibu dianjurkan untuk dapat beristirahat pada siang hari sekitar 2 jam dan malam hari sekitar 7-8 jam (Bidan dan Dosen Kebidanan Indonesia, 2018).

2.3.5 Kunjungan Masa Nifas

- a. Kunjungan 1 (6-8 jam setelah persalinan)
 1. Mencegah terjadinya perdarahan pada masa nifas.
 2. Mendeteksi dan merawat penyebab lain perdarahan, lakukan rujukan bila perdarahan berlanjut.
 3. Memberikan konseling pada ibu atau salah satu anggota keluarga bagaimana mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri.
 4. Pemberian ASI pada masa awal menjadi ibu.
 5. Mengajarkan ibu untuk mempererat hubungan antara ibu dan bayi.
 6. Menjaga bayi tetap sehat dengan cara mencegah hipotermi.
- b. Kunjungan 2 (6 hari setelah persalinan)
 1. Memastikan involusi uteri berjalan normal, uterus berkontraksi, fundus dibawah umbilicus
 2. Menilai adanya tanda-tanda infeksi.
 3. Memastikan ibu mendapat cukup makanan, cairan, dan istirahat.
 4. Memberikan konseling kepada ibu mengenai asuhan pada bayi, cara merawat tali pusat, dan menjaga bayi agar tetap hangat dan merawat bayi sehari-hari.
 5. Memastikan ibu menyusui bayinya dengan benar dan tidak ada penyulit.
- c. Kunjungan 3 (2 minggu setelah persalinan)

Mengevaluasi kunjungan ke 2.
- d. Kunjungan 4 (6 minggu setelah persalinan)
 1. Menanyakan pada ibu tentang penyulit-penyulit yang dialami selama masa nifas ataupun masalah pada bayinya
 2. Memberikan konseling untuk KB secara dini.



2.4. Konsep Dasar Neonatus

2.4.1. Definisi neonatus

Neonatus atau *nonate* adalah bayi baru lahir sampai usia 28 hari (Ahyar & Muzir, 2019).

2.4.2. Ciri ciri neontus fisiologis

- a. Usia kehamilan aterm (39-40 minggu)
- b. Berat badan 2,5 kg – 4 kg
- c. Panjang badan 47-52 kg
- d. Lingkar dada 30-38 cm
- e. Lingkar kepala 33-35 cm
- f. Lingkar lengan 11-12 cm
- g. Detak jantung 120-160x/menit
- h. Kulit kemerahan
- i. Pernafasan 40-60x/menit
- j. Nilai apgar > 7
- k. Gerak aktif
- l. Menangis kuat setelah lahir
- m. Refleks rooting (menghisap) baik
- n. Refleks sucking (menelan) baik
- o. Refleks morro (kaget) baik
- p. Refleks grasping (menggenggam) baik
- q. Genetalia tidak ada kelainan , jika pada laki laki testis sudah turun dan penis berlubang sedangkan pada perempuan vagina dan uretra berlubang serta labia mayora sudah menutupi labio minora.
- r. Estimasi baik

2.4.3. Klasifikasi neonatus

1. Neonatus berat lahir rendah : kurang dari 2,5 kg
2. Neonatus berat lahir cukup : antara 2,5 kg – 4 kg
3. Neonatus berat lahir lebih : lebih dari 4 kg



2.4.4. Teknik menyusui yang benar

Teknik perlekatan yang benar saat menyusui adalah dengan rumus AMUBIDA, yaitu:

1. **A (Aerola)**

Aerola merupakan bagian berwarna gelap di daerah puting, ketika menyusui sebagian besar aerola bagian bawah dimasukkan ke mulut bayi.

2. **MU (Mulut Terbuka Lebar)**

Ketika memasukkan aerola ke dalam mulut bayi pastikan mulut terbuka lebar.

3. **BI (Bibir Harus Dower)**

Bibir bayi dipastikan dower ke bawah sehingga sebagian aerola bagian bawah masuk ke dalam mulut bayi ketika menghisap puting.

4. **DA (Dagu Menempel Pada Payudara)**

Memposisikan dagu menempel pada payudara ibu agar hidung bayi tidak tertutup

2.4.5. Pencegahan infeksi pada neonatus

1. Hindari segera memandikan bayi baru lahir, bayi baru lahir mudah sekali kehilangan panas karena sistem pengaturan panas di dalam tubuhnya belum sempurna, sebaiknya memandikan bayi 6 jam setelah lahir untuk mencegah hipotermia.
2. Merawat tali pusat
 - a. Minggu pertama bayi dimandikan dengan air hangat untuk menyesuaikan suhu tubuh bayi dengan udara. Membersihkan tali pusat dengan air hangat dapat membunuh bakteri yang menempel pada tali pusat.
 - b. Jangan membubuhi apapun pada tali pusat, cukup baluti dengan kasa.
 - c. Segera bersihkan tali pusat jika terkena kotoran.



2.4.6. Kunjungan pada neonatus

A. Kunjungan pertama

1. Pencegahan infeksi.
2. Periksa TTV, eliminasi, tali pusat, dan refleks.
3. Jelaskan pada ibu atau keluarga cara merawat tali pusat.
4. Jelaskan tentang ASI eksklusif (0-6 bulan) dan memberi ASI sesering mungkin 2-3 jam sekali.
5. Jelaskan cara menyusui yang benar.
6. Jelaskan pada ibu cara memandikan bayi.
7. Informasikan kepada ibu untuk kunjungan selanjutnya.
8. Dokumentasi hasil kegiatan.

B. Kunjungan kedua

1. Pencegahan infeksi.
2. Jelaskan tentang kebutuhan nutrisi bayi.
3. Evaluasi kunjungan neonatus pertama.
4. Jelaskan pada ibu tanda bahaya pada bayi.
5. Beritahu ibu jika terdapat tanda bahaya pada bayim untuk segera membawa ke tenaga kesehatan.
6. Informasikan pada ibu untuk kunjungan selanjutnya.
7. Dokumentasi hasil kegiatan.

C. Kunjungan ketiga

1. Pencegahan infeksi.
2. Tanyakan pada ibu tentang kondisi bayi.
3. Evaluasi kunjungan ke 2 .
4. Informasikan pada ibu untuk tetap memberikan ASI eksklusif minimal 6 bulan tanpa tambahan apapun.
5. Jelaskan pada ibu tanda bahaya bayi.
6. Jelaskan pada ibu tentang pentingnya Imunisasi Dasar Lengkap (IDL).
7. Dokumentasi hasil kegiatan.



2.5. Konsep Dasar KB

2.5.1. Definisi KB

Keluarga Berencana (KB) adalah upaya untuk meningkatkan kepedulian dan peran serta masyarakat melalui pendewasaan usia perkawinan, pengaturan kelahiran, pembinaan keluarga, peningkatan kesejahteraan keluarga untuk mewujudkan keluarga kecil bahagia sejahtera (Hutomo, et al., 2022).

2.5.2. Tujuan Keluarga Berencana

1. Mengatur jarak dan mencegah kehamilan agar tidak terlalu dekat
2. Mencegah kehamilan yang tidak diinginkan.
3. Menjaga dan meningkatkan kesehatan ibu dan bayi.
4. Ibu memiliki waktu dan perhatian yang cukup untuk dirinya sendiri, anak dan keluarga (Buku Kesehatan Ibu dan Anak, 2021).

2.5.3. Metode Kontrasepsi

1. Metode Kontrasepsi Jangka Panjang

Metode kontrasepsi jangka panjang merupakan kontrasepsi yang sekali pemakaiannya dapat bertahan selama 3 tahun sampai seumur hidup (BKKBN, 2021).

Jenis kontrasepsi jangka panjang

a. Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR)

AKDR atau IUD merupakan alat kontrasepsi yang dimasukkan melalui serviks dan dipasang didalam rahim (BKKBN, 2021).

b. Alat Kontrasepsi Bawah Kulit (AKBK)

AKBK atau implan adalah alat yang dipasang di bawah kulit pada lengan atas sebelah kiri bagian dalam (BKKBN, 2021).

2. Metode Kontrasepsi Jangka Pendek

KB suntik merupakan kontrasepsi yang diberikan melalui suntikan. Metode KB suntik adalah dengan cara menyuntikkan hormon progesteron yang diberikan secara IM. Setelah



disuntikkan cairan tersebut akan masuk ke pembuluh darah lalu secara bertahap akan diserap oleh tubuh guna mencegah kehamilan (Kemenkes Dirjen, 2022).

KB suntik di klasifikasin menjadi dua, yaitu:

a. KB Suntik 1 bulan

Metode kontrasepsi yang diberikan 7 hari pertama mengalami menstruasi atau 6 minggu setelah proses melahirkan. Suntikan diberikan 1 bulan sekali. Suntikan yang diberikan merupakan kombinasi *hormon medroxyprogesterone acetate* (hormon progestin) dengan *estradiol cypionate* (hormon estrogen).

b. KB Suntik 3 bulan

Jenis KB yang diberikan 3 bulan sekali, yaitu dengan menyuntikkan hormon progestin dengan volume 150 mg. Sama seperti KB suntik 1 bulan, KB suntik 3 bulan dimulai setelah 7 hari menstruasi atau 6 minggu setelah melahirkan (Kementrian Kesehatan Direktorat Jendral, 2022).

2.6. Standar Asuhan Kebidanan Masa Kehamilan, Persalinan, Neonatus, Nifas dan KB (PERMENKES NO 938 TAHUN 2007))

2.6.1. Standar Asuhan Kebidanan

Standar asuhan kebidanan adalah acuan dalam proses pengambilan keputusan dan tindakan yang dilakukan oleh bidan sesuai dengan wewenang dan ruang lingkup praktiknya berdasarkan ilmu dan kiat kebidanan. Mulai dari pengkajian, perumusan diagnosa dan atau masalah kebidanan, perencanaan, implementasi, evaluasi dan pencatatan asuhan kebidanan.

**1. Standar I : Pengkajian****a. Pernyataan Standar**

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

b. Terdiri dari Data Subjektif (hasil anamnesa, biodata, keluhan utama, riwayat obstetri, riwayat kesehatan dan latar belakang sosial budaya) dan Data Obyektif (hasil pemeriksaan fisik, psikologis dan pemeriksaan penunjang).**2. Standar II : Perumusan Diagnosa dan atau Masalah Kebidanan****a. Pernyataan Standar****b. Bidan menganalisa data yang diperoleh pada pengkajian, menginterpretasikannya secara akurat dan logis untuk menegakkan diagnosa dan masalah kebidanan yang tepat.****c. Kriteria Perumusan Diagnosa dan atau Masalah**

- 1) Diagnosa sesuai dengan nomenklatur kebidanan.
- 2) Masalah dirumuskan sesuai dengan kondisi klien.
- 3) Dapat diselesaikan dengan asuhan kebidanan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan.

3. Standar III : Perencanaan**a. Pernyataan Standar****b. Bidan merencanakan asuhan kebidanan berdasarkan diagnosa dan masalah yang ditegakkan.****c. Kriteria Perencanaan**

- 1) Rencana tindakan disusun berdasarkan prioritas masalah dan kondisi klien; tindakan segera, tindakan antisipasi, dan asuhan secara komprehensif.
- 2) Melibatkan klien/pasien dan atau keluarga.
- 3) Mempertimbangkan kondisi psikologi, sosial budaya klien/keluarga.



- 4) Memilih tindakan yang aman sesuai kondisi dan kebutuhan klien berdasarkan evidence based dan memastikan bahwa asuhan yang diberikan bermanfaat untuk klien.
- 5) Mempertimbangkan kebijakan dan peraturan yang berlaku, sumberdaya serta fasilitas yang ada.

4. Standar IV : Implementasi

a. Pernyataan Standar

Bidan melaksanakan rencana asuhan kebidanan secara komprehensif, efektif, efisien dan aman berdasarkan evidence based kepada klien/pasien, dalam bentuk upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif. Dilaksanakan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan.

b. Kriteria Implementasi

- 1) Memperhatikan keunikan klien sebagai makhluk bio-psiko-sosial-spiritual-kultural.
- 2) Setiap tindakan asuhan harus mendapatkan persetujuan dari klien dan atau keluarganya (informed consent).
- 3) Melaksanakan tindakan asuhan berdasarkan evidence based.
- 4) Melibatkan klien/pasien dalam setiap tindakan.
- 5) Menjaga privacy klien/pasien.
- 6) Melaksanakan prinsip pencegahan infeksi.
- 7) Mengikuti perkembangan kondisi klien secara berkesinambungan.
- 8) Menggunakan sumber daya, sarana dan fasilitas yang ada dan sesuai.
- 9) Melakukan tindakan sesuai standar.
- 10) Mencatat semua tindakan yang telah dilakukan.



5. Standar V : Evaluasi

a. Pernyataan Standar

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

b. Kriteria Evaluasi

- 1) Penilaian dilakukan segera setelah selesai melaksanakan asuhan sesuai kondisi klien.
- 2) Hasil evaluasi segera dicatat dan dikomunikasikan pada klien dan keluarga.
- 3) Evaluasi dilakukan sesuai dengan standar.
- 4) Hasil evaluasi ditindaklanjuti sesuai dengan kondisi klien/pasien.

6. Standar VI : Pencatatan Asuhan Kebidanan

a. Pernyataan Standar

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

b. Kriteria Pencatatan Asuhan Kebidanan

- 1) Pencatatan dilakukan segera setelah melaksanakan asuhan pada formulir yang tersedia (rekam medis/KMS/status pasien/buku KIA).
- 2) Ditulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP.
- 3) S adalah data subjektif, mencatat hasil anamnesa.
- 4) O adalah data objektif, mencatat hasil pemeriksaan.
- 5) A adalah hasil analisa, mencatat diagnosa dan masalah kebidanan.

- 6) P adalah penatalaksanaan, mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan secara komprehensif: penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi/follow up dan rujukan.

