

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. Tinjauan Teori Medis Kehamilan

1. Konsep Dasar Kehamilan

a. Pengertian Kehamilan

Kehamilan terjadi pada seorang wanita yang melakukan hubungan seksual dengan seorang pria yang mengakibatkan bertemunya sel telur dengan sel mani (*sperma*) yang disebut pembuahan atau fertilisasi (Mandriwati, dkk, 2017).

Menurut Bobak, Lowdermilk dan Jensen dalam Asuhan Keperawatan *Antenatal, Intranatal* dan Bayi Baru Lahir Fisiologis dan Patologis (2016) kehamilan adalah peristiwa yang dimulai dari bertemunya sel telur (*ovum*) dengan sel sperma kemudian berkembang menjadi janin dan berlangsung selama kira-kira 9 bulan atau 40 minggu atau 280 hari yang dihitung dari hari pertama periode menstruasi terakhir/*Last Menstrual Period (LMP)*.

Kehamilan didefinisikan sebagai fertilisasi atau penyatuan sel *spermatozoa* dan *ovum* berlanjut dengan nidasi atau implantasi. Dihitung dari fertilisasi hingga lahirnya bayi, masa kehamilan normal berlangsung selama 40 minggu atau 10 bulan atau 9 bulan menurut kalender internasional. Kehamilan terbagi dalam 3 trimester yaitu trimester pertama berlangsung dalam 12 minggu, trimester kedua 15 minggu (minggu ke-13

hingga ke-27), trimester ketiga 13 minggu (minggu ke-28 hingga ke-40) (Walyani dan Purwoastuti, 2015).

Menurut Prawirohardjo (2014) masa kehamilan dimulai dari konsepsi sampai lahirnya bayi lamanya 280 hari (40 minggu atau 9 bulan 7 hari) dihitung dari hari pertama haid terakhir.

Proses kehamilan dimulai dari pertemuan sel sperma dan ovum yang mana dibagi menjadi dua fase sebelum embrio terbentuk dan proses setelah embrio terbentuk dari awal FSH (Rahayu, 2017).

Kehamilan adalah masa dimana ibu mengalami perubahan fisik maupun psikis atau bisa disebut dengan perubahan fisiologis khususnya pada awal trimester dan trimester akhir dimana ibu menantikan bayinya selama 40 minggu atau 9 bulan di dalam kandungan.

Dari beberapa referensi tersebut disimpulkan kehamilan adalah masa dimulai dari bertemunya sel sperma dan *ovum* dan melakukan perkembangan menjadi janin, kemudian ibu mengandung dari kehamilan awal trimester sampai trimester akhir dimana ibu menantikan bayinya selama 40 minggu atau 9 bulan di dalam kandungan.

b. Fisiologi kehamilan

Pada kehamilan terdapat perubahan anatomi dan fisiologis pada seluruh tubuh wanita, khususnya pada alat genitalia eksterna dan interna serta pada payudara (*mammae*). Menurut

Prawirohardjo (2014) perubahan yang terdapat pada ibu hamil trimester III antara lain, yaitu :

1) Uterus

Pada usia gestasi 30 minggu, fundus uteri dapat dipalpasi dibagian tengah antara *umbilicus* dan *sternum*. Pada usia kehamilan 38 minggu, uterus sejajar dengan *sternum*. Frekuensi dan kekuatan kontraksi otot segmen atas rahim semakin meningkat atau bisa jarang pada satu atau dua minggu sebelum persalinan. Hal ini berkaitan dengan meningkatnya jumlah reseptor *oksitosin* dan *gap junction* di antara sel-sel *myometrium*. Kontraksi terjadi setiap 10 sampai 20 menit dan bisa di sebut dengan his palsu. Oleh karena itu segmen bawah uterus berkembang lebih cepat dan meregang secara radial, jika terjadi bersamaan dengan pembukaan serviks dan pelunakan jaringan dasar *pelvis*, akan menyebabkan presentasi janin mulai menurun ke dalam *pelvis* bagian atas hal ini disebut dengan *lightening*/penurunan *fundus uteri*.

Tabel 2.1
Tinggi Fundus Uteri Menurut Mc. Donald

No.	Usia kehamilan	Tinggi fundus uteri
1.	22-28 minggu	24-25 cm di atas simpisis
2.	28 minggu	26,7 cm di atas simpisis
3.	30 minggu	29,5-30 cm di atas simpisis
4.	32 minggu	29,5-30 cm di atas simpisis
5.	34 minggu	31 cm di atas simpisis
6.	36 minggu	32 cm di atas simpisis
7.	38 minggu	33 cm di atas simpisis
8.	40 minggu	37.7 cmdi atas simpisis

Sumber : Sofian, A. 2012.

Tabel 2.2
Tinggi Fundus Uteri Menurut Leopold

No.	Usia kehamilan	Tinggi fundus uteri
1.	28 minggu	2-3 jari di atas pusat
2.	32 minggu	Pertengahan pusat-px
3.	36 minggu	3 jari dibawah px atau sampai setinggi pusat
4.	40 minggu	Pertengahan pusat – px, tetapi melebar kesamping

Sumber : Sofian, A. 2012.

2) Servick uteri

Pada saat kehamilan mendekati aterm, terjadi penurunan lebih lanjut dari konsentrasi kolagen. Konsentrasinya menurun secara nyata dari keadaan relative, disperse dan *ter-remodel* menjadi serat. Penurunan konsentrasi kolagen secara klinis terbukti dengan melunaknya *servick* sehingga *serviks* akan mengalami perlunakan atau pematangan secara bertahap akibat bertambahnya aktivitas uterus selama kehamilan, dan akan mengalami dilatasi sampai pada kehamilan trimester III. Dengan proses *remodelling* berfungsi agar uterus dapat mempertahankan kehamilan sampai aterm dan kemudian proses *destruksi serviks* yang membuatnya berdilatasi memfasilitasi persalinan. Proses perbaikan serviks terjadi

setelah persalinan sehingga siklus kehamilan berikutnya akan berulang (Prawirohardjo, 2014).

3) Vulva dan Perenium

Selama kehamilan terjadi peningkatan vaskularisasi dan hiperemia terlihat jelas pada kulit dan otot-otot perenium dan vulva, sehingga pada vagina akan terlihat warna keunguan yang dikenal dengan tanda Cadwick. Peningkatan volume sekresi vagina juga terjadi, dimana sekresi akan berwarna keputihan, menebal, Dan pH antara 3,5-6 yang merupakan hasil dari peningkatan produksi asam laktat glikogen yang dihasilkan oleh epitel vagina sebagai aksi dari *Lactobacillus acidophilus* (Prawirohardjo, 2014).

4) Kulit

Perubahan warna kulit menjadi lebih gelap terjadi pada 90% ibu hamil. Hiperpigmentasi terlihat lebih nyata pada wanita berkulit gelap dan terlihat di area seperti aerola *mammae*, *perineum*, dan *umbilikus* juga di area yang cenderung mengalami gesekan seperti aksila dan paha bagian dalam. Hal ini disebabkan karena peningkatan hormon penstimulasi (*melanosit stimulating hormone-MSH*), estrogen dan progesterone (Prawirohardjo, 2014).

5) Payudara

Keluarnya cairan berwarna kekuningan dari payudara ibu yang disebut dengan *kolostrum*. Hal ini tidak berbahaya dan merupakan pertanda bahwa payudara sedang

menyiapkan Air Susu Ibu (ASI) untuk menyusui bayi nantinya (Prawirohardjo, 2014).

6) System kardiovascular

Kondisi tubuh dapat memiliki dampak besar pada tekanan darah. Posisi telentang dapat menurunkan curah jantung hingga 25%. Kompresi *vena cava inferior* oleh *uterus* yang membesar selama trimester ketiga mengakibatkan menurunnya aliran balik *vena*. Sirkulasi *uteroplasenta* menerima proporsi curah jantung yang terbesar, dengan aliran darah meningkat dari 1-2% pada trimester pertama hingga 17% pada kehamilan cukup bulan. Hal ini diwujudkan dalam peningkatan aliran darah maternal ke dasar plasenta kira – kira 500 ml/menit pada kehamilan cukup bulan (Marwita, 2017)

Anemia adalah suatu kondisi dimana terdapat kekurangan sel darah merah atau *haemoglobin*. Kadar Hb < 11 gr/dl (pada trimester I dan III) atau < 10,5 g/dl (pada trimester II) (Kemenkes RI, 2013).

7) System Muskuloskeletal

Postur tubuh wanita secara bertahap mengalami perubahan karena janin membesar dalam *abdomen*. (Marmi, 2015).

Lordosis yang progresif akan menjadi bentuk yang umum pada kehamilan. Akibat kompensasi dari pembesaran *uterus* ke posisi *anterior*, lordosis menggeser pusat daya berat ke belakang ke arah dua tungkai. *Sendi sakroiliaka*,

sakrokoksigis dan *pubis* akan meningkat mobilitasnya, yang diperkirakan karena pengaruh hormonal, mengakibatkan perubahan sikap ibu dan pada akhirnya dapat menyebabkan nyeri punggung pada beberapa wanita (Prawirohardjo, 2014).

8) Kenaikan Berat Badan

Normal berat badan meningkat sekitar 6-16 kg, terutama dari pertumbuhan isi konsepsi dan volume berbagai organ atau cairan *intrauterine* (Sukarni dan Margaret, 2016).



Tabel 2.3
Berat Badan Berdasarkan Indeks Masa Tubuh

Perhitungan Kategori	IMT	Rekomendasi
Rendah	< 19,8	12,5-18
Normal	19,8-26	11,5-16
Tinggi	26-29	7-11,5
Obesitas	> 29	≥ 7
Gamelli		16-20,5

Sumber : Walyani, E. 2015.

Ket : $IMT = BB/(TB)^2 \rightarrow$ IMT : Indeks Masa Tubuh

BB : Berat Badan (kg)

TB : Tinggi Badan (m)

2. Asuhan Kehamilan

Menurut Kemenkes RI (2013) untuk menghindari resiko komplikasi pada kehamilan dan persalinan, ibu hamil dianjurkan melakukan kunjungan antenatal yang berkualitas minimal 4 kali.

Tabel 2.4

Kunjungan Pemeriksaan Antenatal

Trimester	Jumlah kunjungan minimal	Waktu kunjungan yang dianjurkan
I	1X	Sebelum minggu ke 16
II	1X	Antara minggu ke 24-28
III	2x	Antara minggu 30-32 Antara minggu 36-38

Sumber : Kemenkes RI. 2013.

Standar waktu pelayanan dianjurkan untuk menjamin perlindungan terhadap ibu hamil dan janin berupa deteksi dini faktor risiko, pencegahan, dan penanganan dini komplikasi kehamilan (Profil Kesehatan Indonesia, 2016).

Tujuan dari asuhan *antenatal* adalah memantau kemajuan kehamilan untuk memastikan kesehatan ibu dan tumbuh kembang bayi dan mengenali secara dini adanya komplikasi yang mungkin terjadi selama hamil, termasuk riwayat penyakit secara umum, kebidanan dan pembedahan, mempersiapkan persalinan cukup bulan, melahirkan dengan selamat ibu maupun bayinya dengan trauma seminimal mungkin, hingga mempersiapkan ibu saat masa nifas berjalan normal dan pemberian ASI eksklusif, mempersiapkan peran ibu dan keluarga dalam menerima kelahiran bayi (Saifuddin dkk, 2013).

Pelayanan kesehatan ibu hamil dilakukan oleh tenaga kesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan. Pelayanan kesehatan ibu hamil yang diberikan harus memenuhi elemen pelayanan sebagai berikut :

- a. Penimbangan berat badan dan pengukuran tinggi badan.
- b. Pengukuran tekanan darah.
- c. Pengukuran Lingkar Lengan Atas (LILA).
- d. Pengukuran tinggi puncak rahim (fundus uteri).
- e. Penentuan status imunisasi tetanus dan pemberian imunisasi

tetanus toksoid sesuai status imunisasi.

- f. Pemberian tablet tambah darah minimal 90 tablet selama kehamilan.
- g. Penentuan presentasi janin dan denyut jantung janin (DJJ).
- h. Pelaksanaan temu wicara (pemberian komunikasi

interpersonal dan konseling, termasuk keluarga berencana).

- i. Pelayanan tes laboratorium sederhana, minimal tes *hemoglobin* darah (Hb), pemeriksaan protein urin dan pemeriksaan golongan darah (bila belum pernah dilakukan sebelumnya).

- j. Tatalaksana kasus.
 - Penilaian terhadap pelaksanaan pelayanan kesehatan ibu hamil dapat dilakukan dengan melihat cakupan K1 dan K4. Cakupan K1 adalah jumlah ibu hamil yang telah memperoleh pelayanan *antenatal* pertama kali oleh tenaga kesehatan dibandingkan jumlah sasaran ibu hamil di satu wilayah kerja. Sedangkan cakupan K4 adalah jumlah ibu hamil yang telah memperoleh pelayanan *antenatal* sesuai dengan standar paling sedikit empat kali sesuai jadwal yang dianjurkan di tiap trimester. Indikator tersebut memperlihatkan akses pelayanan kesehatan terhadap ibu hamil dan tingkat kepatuhan ibu hamil dalam memeriksakan kehamilannya ke tenaga kesehatan (Profil Kesehatan Indonesia, 2016).

Menurut Saifudin ddk (2013) penatalaksanaan ibu hamil secara keseluruhan meliputi komponen-komponen sebagai berikut :

- a. Mengupayakan kehamilan yang sehat.
- b. Melakukan deteksi dini komplikasi, melakukan penatalaksanaan awal serta rujukan bila diperlukan.
- c. Persiapan persalinan yang bersih dan aman.
- d. Perencanaan antisipatif dan persiapan dini untuk

melakukan rujukan jika terjadi komplikasi meliputi :

1) Melengkapi riwayat medis

Pada setiap kunjungan *antenatal*, petugas mengumpulkan dan menganalisis data mengenai kondisi ibu melalui anamnesis dan pemeriksaan fisik untuk mendapatkan diagnosis kehamilan *intrauterin*, serta ada tidaknya masalah atau komplikasi (Saifuddin, dkk, 2013).

Pada kunjungan pertama riwayat medis ibu yang harus dilengkapi adalah seperti tertera pada tabel dibawah ini dan kunjungan berikutnya memperhatikan catatan kunjungan sebelumnya kemudian tanyakan keluhan yang dialami ibu selama kehamilan berlangsung (Kemenkes RI, 2013).

Tabel 2.5

Riwayat Medis untuk Dilengkapi pada Kunjungan Pertama

Identitas	Riwayat Kehamilan Sekarang
1. Nama	1. HPHT
2. Usia	2. HPL
3. Nama suami (jk ada)	3. Perdarahan Pervaginam
	4. Keputihan

4. Alamat	5. Mual muntah
5. No. Telepon	6. Masalah pada kehamilan
6. Tahun Menikah (jika sudah menikah)	Pemakaian obat-obatan dan jaamu- jaman
7. Agama	8. Keluhan lain
8. Suku	

Riwayat Kontrasepsi	Riwayat Medis Lain
1. Riwayat kontrasepsi terdahulu	1. Penyakit jantung
2. Riwayat kontrasepsi terakhir sebelum kehamilan ini	2. Hipertensi
	3. Diabetes melitus
	4. Hepatitis
	5. HIV
	6. IMS
	7. Tuberculosis
	8. Alergi obat/makanan
	9. Penyakit ginjal kronik
	10. Talasemia dan gangguan hematologi lainnya
	11. Malaria
	12. Asma
	13. Epilepsy
	14. Riwayat penyakit kejiwaan
	15. Riwayat oprasi
	16. Status imunisasi TT
	17. Golongan darah
	18. Riwayat penyakit Keluarga
	19. Riwayat trauma kecelakaan

Riwayat Obstetri Lalu

1. Jumlah kehamilan
2. Jumlah persalinan
3. Jumlah persalinan cukup bulan
4. Jumlah persalinana premature
5. Jumlah anak hidup, berat lahir serta jenis kelamin
6. Cara persalinan
7. Jumlah keguguran
8. Jumlah aborsi
9. Perdarahan pada kehamilan, persalinan dan nifas yang terdahulu
10. Adanya hipertensi dalam kehamilan terdahulu
11. Riwayat berat bayi < 2,5 kg atau > 4 kg
12. Riwayat kehamilan sunsang
13. Riwayat kehamilan ganda

-
14. Riwayat pertumbuhan janin terhambat
 15. Riwayat penyakit dan kematian perinatal, neonatal dan kematian janin
-

Riwayat Sosial Ekonomi

1. Usia ibu saat pertama kali menikah
 2. Status perkawinan, berapa kali menikah
 3. Respon ibu dan keluarga terhadap kehamilan dan kesiapan persalinan
 4. Siapa pembuat keputusan dalam keluarga
 5. Kebiasaan atau pola makan minum
 6. Kebiasaan merokok, menggunakan obat-obatan dan alkohol
 7. Pekerjaan dan aktivitas sehari-hari
 8. Pekerjaan pasangan
 9. Pendidikan
 10. Kehidupan seksual
 11. Pilihan tempat untuk melahirkan
-

Sumber :Kemenkes RI. 2013.

2) Melengkapi Pemeriksaan Fisik Umum
Menurut Kemenkes RI (2013) pemeriksaan fisik umum yang harus dilakukan pada ibu hamil adalah sebagai berikut :

- a) Pemeriksaan fisik umum pada kunjungan pertama :
 - (1) Tanda vital : (tekanan darah, suhu badan, frekuensi nadi, frekuensi napas)
 - (2) Berat badan
 - (3) Tinggi badan
 - (4) Lingkar Lengan Atas (LILA)
 - (5) Muka : apakah ada edema atau terlihat pucat
 - (6) Status generalis atau pemeriksaan umum lengkap, meliputi kepala, mata, higiene mulut dan gigi, *karies*, *kelenjar tiroid*, jantung, paru, payudara (apakah terdapat benjolan, bekas operasi didaerah *aerola*, bagaimana kondisi puting), *abdomen* (terutama bekas operasi terkait *uterus*), tulang belakang, *ekstremitas* (*edema*, *varises*, *reflekspatella* serta kebersihan kulit).

- b) Pemeriksaan fisik umum pada kunjungan selanjutnya :
- (1) Tanda vital meliputi : tekanan darah, suhu badan,
frekuensi nadi, frekuensi napas
 - (2) Berat badan
 - (3) *Edema*
 - (4) Pemeriksaan terkait masalah yang telah teridentifikasi
pada kunjungan sebelumnya

3) Melengkapi pemeriksaan fisik obstetric
Menurut Kemenkes RI (2013) pemeriksaan fisik obstetri

dilakukan pada ibu hamil meliputi :

- a) Pemeriksaan fisik obstetri pada kunjungan pertama :
- (1) Tinggi *fundus uteri* (menggunakan pita ukur bila usia
kehamilan >20 minggu)
 - (2) *Vulva* atau *perineum* untuk memeriksa adanya *varises*,
kondiloma, *edema*, *haemooroid* atau kelainan lainnya

b) Pemeriksaan fisik obstetri pada setiap kunjungan
berikutnya :

- (1) Pantau tumbuh kembang janin dengan mengukur
tinggi *fundus uteri*.
- (2) Palpasi *abdomen* menggunakan manuver *Leopold*

- (a) Leopold I : menentukan tinggi *fundus uteri* dan bagian janin teratas *fundus uteri*
- (b) Leopold II : menentukan bagian janin
pada sisi kanan dan kiri ibu
- (c) Leopold III : menentukan bagian janin
yang terletak di bagian bawah uterus
- (d) Leopold IV : menentukan berapa jauh

masuknya janin ke pintu atas panggul (dilakukan
bila usia kehamilan >36 minggu)

- (3) Auskultasi denyut jantung janin menggunakan
Doppler (jika usia kehamilan >16 minggu).

4) Melakukan pemeriksaan penunjang
Pemeriksaan penunjang meliputi pemeriksaan laboratorium (rutin maupun sesuai indikasi) dan pemeriksaan *ultrasonografi* (Kemenkes RI, 2013).

5) Memberikan Suplemen dan Pencegahan Penyakit
Menurut Kemenkes RI (2013) pemberian suplemen

dan pencegahan penyakit pada ibu hamil adalah sebagai

berikut :

a) Beri ibu 60 mg zat besi *elemental* segera setelah mual/muntah berkurang dan 400 µg asam folat 1x/hari sesegera mungkin selama kehamilan. 60 mg besi *elemental* setara 320 mg *sulfas ferosus*.

b) Efek samping dari zat besi adalah gangguan saluran cerna (mual, muntah, diare, konstipasi).

c) Tablet zat besi sebaiknya tidak diminum bersama dengan teh atau kopi karena mengganggu penyerapan.

d) Jika memungkinkan, ideal *asam folat* sudah mulai diberikan sejak 2 bulan sebelum hamil (saat perencanaan kehamilan).

6) Beri ibu vaksin tetanus toksoid (TT) sesuai status imunisasinya.

Pemberian immunisasi pada wanita usia subur atau ibu hamil didahului skrinning, untuk mengetahui jumlah dosis (status) imunisasi TT yang diperoleh. Pemberian imunisasi TT tidak mempunyai interval (selang waktu) maksimal, hanya terdapat interval minimal antar dosis TT.

a) Apabila ibu belum pernah imunisasi atau status imunisasinya tidak diketahui, berikan dosis vaksin (0,5 ml IM di lengan atas) sesuai tabel berikut.

Tabel 2.6
Pemberian Vaksin TT untuk Ibu yang Belum Pernah Imunisasi (DPT/TT/Td) atau Tidak Tahu Status Imunisasinya

Pemberian	Selang waktu minimal
TT1	Saat kunjungan pertama (sedini mungkin pada kehamilan)
TT2	4 minggu setelah TT1
TT3	6 bulan setelah TT2
TT4	12 bulan setelah TT3
TT5	12 bulan setelah TT4

Sumber : Kemenkes RI, 2013.

b) Dosis booster diperlukan pada ibu yang sudah pernah diimunisasi. Pemberian dosis booster 0,5 ml IM disesuaikan dengan jumlah vaksinasi yang pernah diterima sebelumnya seperti tabel berikut :

Tabel 2.7

Pemberian Vaksin Tetanus untuk Ibu yang Sudah Pernah Diimunisasi (DPT/TT/Td)

Pernah	Pemberian dan selang waktu minimal
1 kali	TT2, 4 minggu setelah TT1
2 kali	TT3, 6 bulan setelah TT2
3 kali	TT4, 1 tahun setelah TT3
4 kali	TT5, 1 tahun setelah TT4
5 kali	Tidak perlu lagi

Sumber : Kemenkes RI, 2013.

4) Memberikan Materi Konseling, Informasi dan Edukasi (KIE) Menurut Kemenkes RI (2013) buku Kesehatan Ibu dan

Anak (KIA) wajib dimiliki oleh setiap ibu hamil, karena materi konseling dan edukasi yang diperlu tercantum di buku tersebut. Pastikan bahwa ibu hamil memahami hal-hal

berikut :

- a) Persiapan persalinan, termasuk :
 - (1) Siapa yang akan menolong persalinan
 - (2) Dimana akan melahirkan
 - (3) Siapa yang akan menemani dalam persalinan
 - (4) Kemungkinan kesiapan donor darah bila timbul permasalahan
 - (5) Transportasi
 - (6) Dukungan biaya
- b) Pentingnya peran suami dan keluarga selama kehamilan dan persalinan.
- c) Pemberian makanan bayi, ASI eksklusif dan Inisiasi Menyusui Dini (IMD).
- d) Penyakit yang mempengaruhi kesehatan ibu dan janin.
- e) Perlunya menghentikan kebiasaan yang berisiko bagi kesehatan seperti merokok dan minum alkohol.
- f) Program KB terutama penggunaan kontrasepsi pascasalin.
- g) Kesehatan ibu termasuk kebersihan, aktivitas dan nutrisi.
- h) Hubungan suami istri boleh dilanjutkan selama kehamilan

(kondom)

3. Tanda Pasti Kehamilan

Manuaba (2011) menjelaskan tanda pasti kehamilan dapat

ditentukan melalui :

- a. Gerakan janin dalam Rahim
- b. Terlihat atau teraba gerakan janin dan teraba bagian-bagian janin
- c. Denyut jantung janin. Didengar dengan *stetoskop Laenec*, alat

kardiotokografi, alat *Dopler*. Dilihat dengan *ultrasonografi*.

Pemeriksaan dengan alat cangih, yaitu rontgen untuk melihat kerangka janin, *ultrasonografi*.

4. Tanda Bahaya Kehamilan

Menurut Sunarsih (2011) tanda bahaya kehamilan, diantaranya

adalah :

- a. Perdarahan per vaginam
- b. Bengkak pada muka dan tangan
- c. Gerakan bayi yang berkurang
- d. Ketuban pecah dini

B. Tinjauan Teori Medis Persalinan

1. Konsep Dasar Persalinan

a. Pengertian Persalinan

Persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi yang dapat hidup didalam *uterus* ke dunia luar yang mencakup proses fisiologi dengan serangkaian perubahan besar pada ibu untuk dapat melahirkan janinnya melalui jalan lahir. (Jannah, 2017).

Persalinan sebagai suatu proses dimana janin, plasenta dan selaput ketuban dikeluarkan melalui jalan lahir. Persalinan fisiologis terjadi pada kehamilan cukup bulan dan berjalan secara spontan disaat permulaan dengan janin menunjukkan kepala sebagai ujung depan (*vertex presentation*) proses tersebut berakhir dalam waktu 18 jam tanpa komplikasi apapun (Rahayu, 2017).

Menurut Sukarni dan Margareth (2016) persalinan fisiologis merupakan proses membuka serta menipisnya *serviks* dan janin turun ke dalam jalan lahir pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala, tanpa komplikasi baik ibu maupun janin.

Kejadian akhir persalinan dengan pengeluaran bayi dengan hamil cukup bulan, dengan dilanjutkan pengeluaran *plasenta* dan selaput janin dari tubuh ibu (Arum dan Sujyatini, 2016).

b. Fisiologi Persalinan

1. Fisiologi Persalinan Kala I

Menurut Jannah (2017) dan Rahayu (2017) perubahan

fisiologi yang terjadi pada ibu bersalin kala I sebagai berikut :

a) Perubahan *Serviks*

Kala I dimulai dari awal munculnya kontraksi yang

ditandai dengan perubahan *serviks* secara *progresif* dan

diakhiri dengan pembukaan *serviks* lengkap. Kala I menjadi

dua fase yaitu fase laten dan fase aktif. Fase laten

berlangsung mulai dari pembukaan *serviks* 0 sampai

berakhir di pembukaan *serviks* 3 cm. Pada fase ini,

kontraksi uterus meningkat frekuensi, durasi, dan

intensitasnya dari setiap 10-20 menit, 15-20 detik, lalu

intensitasnya cukup tinggi menjadi 5-7 menit, hingga durasi

30-40 detik dengan intensitas yang kuat.

Fase aktif dimulai dari pembukaan *serviks* 4 cm yang

diakhiri dengan pembukaan *serviks* 10 cm. Fase ini,

kontraksi uterus menjadi efektif. Di akhir fase kontraksi

berlangsung 2-3 menit sekali selama 60 detik. Fase aktif

dibedakan menjadi fase *akselerasi*, dilatasi maksimal,

deselerasi. Fase *akselerasi*, pembukaan *serviks* dari 3 cm

menjadi 4 cm. merupakan persiapan menuju fase

berikutnya.

Fase dilatasi maksimal ditandai dengan peningkatan

cepat dilatasi *serviks*, dari pembukaan 4 cm menjadi 9 cm

selama 2 jam. Normalnya, pembukaan *serviks* pada fase

tersebut konstan, yaitu 3 cm per jam untuk multipara dan 1-2 cm untuk primipara. Fase *deselerasi*, merupakan akhir fase aktif dengan dilatasi *serviks* dari 9 cm menuju pembukaan lengkap (10 cm). Dilatasi *serviks* fase ini paling lambat rata – rata 1 cm per jam, tetapi pada multipara lebih cepat. Adapun perubahan organ yang terjadi yaitu sebagai berikut :

(1) Perubahan *Kardiovaskular*

Pada setiap kontraksi, 400 ml darah dikeluarkan dari uterus dan masuk ke dalam sistem *vaskular* ibu. Hal tersebut dapat meningkatkan curah jantung 10-15%.

(2) Perubahan Tekanan Darah

Tekanan darah meningkat selama kontraksi (kenaikan *sistolik* rata-rata 15 mmHg dan *diastolik* 5-10 mmHg). Tekanan darah di antara kontraksi kembali normal seperti sebelum persalinan. Rasa sakit, takut dan cemas dapat juga meningkatkan tekanan darah.

(3) Perubahan *Metabolisme*

Selama persalinan, *metabolisme aerob* maupun *anaerob* terus menerus meningkat seiring dengan kecemasan dan aktivitas otot. Peningkatan *metabolisme* tersebut ditandai dengan peningkatan suhu tubuh, nadi pernafasan, curah jantung dan kehilangan cairan.

(4) Perubahan Suhu

Suhu tubuh dapat sedikit naik (0,5-10C) selama persalinan dan segera turun setelah persalinan. Hal ini

menunjukkan adanya peningkatan *metabolisme* dalam tubuh.

(5) Perubahan Nadi

Frekuensi nadi di antara dua kontraksi lebih meningkat dibandingkan sesaat sebelum persalinan.

Perubahan tersebut disebabkan oleh *metabolisme* yang meningkat.

(6) Perubahan Pernafasan

Peningkatan aktivitas fisik dan pemakaian oksigen terlihat dari peningkatan frekuensi pernafasan.

Hiperventilasi dapat menyebabkan *alkalosis respiratorik* (pH meningkat), *hipoksia*, dan *hipokapnea* (CO_2 menurun).

(7) Perubahan Ginjal

Poliuri dapat terjadi selama persalinan. Hal ini dapat disebabkan oleh peningkatan curah jantung selama persalinan dan *filtrasi glomerulus* serta aliran plasma ginjal.

(8) Perubahan *Gastrointestinal*

Pergerakan lambung dan absorpsi pada makanan padat sangat berkurang saat persalian. Hal itu diperberat dengan penurunan produksi asam lambung yang menyebabkan aktivitas pencernaan hampir berhenti, dan pengosongan lambung menjadi sangat lamban. Cairan tidak berpengaruh dan meninggalkan perut dengan tempo yang biasa. Mual dan muntah biasa terjadi sampai akhir kala I.

(9) Perubahan *Hematologik*

Hemoglobin meningkat sampai 12 g/100 ml selama persalinan dan akan kembali pada tingkat sebelum persalinan sehari setelah pasca bersalin, kecuali ada perdarahan *pascapartum*.

2) Fisiologi Persalinan Kala II

a) Kontraksi

Dorongan otot-otot dinding menurut Sumarah (2013)

kontraksi *uterus* pada persalinan mempunyai sifat tersendiri.

Sifat khas dari kontraksi persalinan, yaitu :

(1) Rasa sakit di fundus merata keseluruhan uterus sampai berlanjut ke punggung bawah.

Menurut Sari dan Rimandini (2014) penyebab rasa nyeri belum diketahui secara pasti. Beberapa dugaan penyebab antara lain :

(a) Pada saat kontraksi terjadi kekurangan *O₂* pada *miometrium*.

(b) Penekanan *ganglion* saraf di *serviks* dan *uterus* bagian bawah.

(c) Peregangan *serviks* akibat dari pelebaran *serviks*.

(d) Peregangan peritoneum sebagai organ yang menyelimuti uterus.

b) Uterus

Menurut Myles, otot *rahim* saling beranyaman sehingga pembuluh darah dapat tertutup dengan kuat saat

terjadi kontraksi. Terjadi perbedaan pada bagian uterus :

(1) Segmen atas : bagian yang berkontraksi, bila dilakukan palpasi akan teraba keras saat kontraksi.

(2) Segmen bawah : terdiri atas *uterus* dan *serviks*, merupakan daerah yang teregang, bersifat pasif. Hal ini

mengakibatkan pemendekan segmen bawah *uterus*.

(3) Batas antara segmen atas dan segmen bawah uterus membentuk lingkaran cincin retraksi fisiologis. Pada keadaan kontraksi *uterus inkoordinasi* akan membentuk cincin retraksi patologis yang dinamakan cincin bandl. Pergeseran organ dasar panggul menurut Prawirohardjo

(2014), pada kala I persalinan selaput ketuban dan bagian terbawah janin berperan penting untuk membuka bagian atas vagina. Setelah ketuban pecah, terjadi perubahan dasar panggul yang dihasilkan oleh tekanan yang diberikan oleh bagian terbawah janin seperti terjadi penipisan bagian tengah *perineum* yang berubah dari massa jaringan menjadi baji setebal 5 cm, kalau tidak dilakukan *episiotomy* struktur membran tipis hampir transparan dengan tebal kurang dari 1 cm. Ketika *perineum* teregang maksimal, *anus* menjadi jelas membuka dan terlihat sebagai lubang berdiameter 2 sampai 3 cm dan dinding *anterior rectum* menonjol. Sejumlah besar pembuluh darah yang memelihara vagina dan dasar panggul menyebabkan kehilangan darah yang sangat banyak kalau jaringan ini robek (Sari dan Rimandini, 2014).

Ekspulsi janin setelah terjadinya rotasi luar, bahu depan berfungsi sebagai *hypomochlion* untuk kelahiran bahu belakang. Setelah kedua bahu lahir disusul lahirlah *trochanter* depan dan belakang sampai lahir seluruhnya (Sari dan Rimandini, 2014).

3) Fisiologi Persalinan Kala III

Kala III adalah pengeluaran plasenta serta selaput ketuban yang melibatkan pengendalian perdarahan. Proses berlangsung dari lahirnya bayi hingga keluarkannya plasenta dan selaput ketuban (Rahayu, 2017).

Kala III merupakan tahap ketiga persalinan yang berlangsung setelah bayi lahir sampai *plasenta* dan selaput ketuban lahir (Sari dan Rimandini, 2014).

Pada kala III, otot *uterus (miometrium)* berkontraksi melakukan penyusutan volume rongga *uterus* setelah lahirnya bayi. Penyusutan ukuran menyebabkan berkurangnya ukuran tempat perlekatan *plasenta* karena tempat perlekatan menjadi semakin kecil, sedangkan ukuran plasenta tidak berubah jadi *plasenta* akan terlipat, menebal dan kemudian lepas dari dinding *uterus*. Setelah lepas, *plasenta* akan turun ke bagian bawah *uterus*. Setelah lahir, *uterus* berkontraksi yang mengakibatkan penciutan permukaan kavum *uteri*. Akibatnya, *plasenta* akan lepas dari tempat *implantasinya* (Sari dan Rimandini, 2014).

a) Tanda-tanda Pelepasan *Plasenta*

- (1) Perubahan bentuk dan tinggi *fundus*
- (2) Setelah bayi lahir dan sebelum *miometrium* berkontraksi, uterus berbentuk bulat penuh dan tinggi *fundus* biasanya dibawah pusat. Setelah *uterus* berkontraksi dan *plasenta* terdorong kebawah, uterus berbentuk segitiga atau seperti buah pear atau alpukat dan *fundus* berada di atas pusat.
- (3) Tali pusat memanjang
- (4) Tali pusat terlihat menjulur keluar melalui *vulva*.
- (5) Semburan darah mendadak dan singkat

Darah yang terkumpul di belakang *plasenta* akan mendorong *plasenta* keluar dan di bantu oleh gaya gravitasi. Apabila kumpulan darah (*retroplacental pooling*) dalam ruangan diantara dinding *uterus* dan permukaan dalam *plasenta* melebihi kapasitasampungannya maka darah tersembur keluar dari tepi *plasenta* yang terlepas. Penyebab terpisahnya *plasenta* dari dinding *uterus* adalah kontraksi *uterus* (spontan atau dengan *stimulus*) setelah kala II selesai. Tempat perlekatan *plasenta* menentukan kecepatan pemisahan dan metode *ekspulsi plasenta*. Selaput ketuban dikeluarkan dengan penonjolan bagian ibu atau bagian janin (Sari dan Rimandini, 2014).

4) Fisiologi Persalinan Kala IV

Segera setelah kelahiran *plasenta*, sejumlah perubahan maternal terjadi pada saat stress fisik dan emosional akibat persalinan dan kelahiran mereda serta ibu memasuki masa penyembuhan pascapartum atau bonding (ikatan). Pada keadaan ini bidan memfasilitasi fase *taking in* dan memastikan kemampuan ibu untuk partisipasi pada langkah-langkah vital dalam proses bonding. Periode ini bidan mengkaji setiap perubahan yang terjadi pada ibu seperti tanda-tanda vital, *uterus*, *serviks*, *vagina* dan *perineum* (Sari dan Rimandini, 2014).

Menurut Sari dan Rimandini (2014) setelah kelahiran *plasenta*, *uterus* berada ditengah *abdomen* kurang lebih dua pertiga sampai tiga perempat antara *simpisis pubis* dan *umbilikus*. Jika *uterus*

ditemukan berada di atas *umbilicus* dan bergeser ke kanan, cenderung menandakan kandung kemih penuh dan perlu dikosongkan. Perubahan fisiologi yang terjadi pada kala IV yaitu :

a) Tanda Vital

Tekanan darah, nadi, suhu dan pernapasan, harus menjadi stabil pada level pra-persalinan selama jam pertama *pascapartus*, pemantauan tekanan darah dan nadi selama interval ini untuk mendeteksi syok akibat kehilangan darah berlebihan. Suhu ibu berlanjut sedikit meningkat, tetapi biasanya dibawah 38°C (Sari dan Rimandini, 2014).

b) Gemetar

Umum bagi wanita mengalami tremor selama kala empat persalinan. Gemetar dianggap normal jika tidak disertai demam lebih dari 38°C atau tanda-tanda infeksi lain. Respon fisiologis terhadap keadaan ini disebabkan oleh penurunan volume *intra abdomen* dan pergeseran *hematologic* yang diakibatkan hilangnya ketegangan dan sejumlah energi saat melahirkan (Sari dan Rimandini, 2014).

c) Sistem *Gatrointestinal*

Mual dan muntah jika ada selama persalinan harus diatasi. Banyak ibu yang melaporkan haus dan lapar segera setelah melahirkan (Sari dan Rimandini, 2014).

d) Sistem *Renal*

Kandung kemih yang hipotonik disertai *retensi urine* dan pembesaran umum terjadi karena tekanan dan kompresi pada kandung kemih serta *uretra* selama persalinan. Mempertahankan

kandung kemih harus tetap kosong guna mencegah *uterus* berubah posisi dan atonia. *Uterus* yang berkontraksi dengan buruk meningkatkan perdarahan dan keparahan nyeri (Sari dan Rimandini, 2014).

e) Evaluasi *Uterus*

Tindakan pertama bidan setelah kelahiran *plasenta* adalah mengevaluasi konsistensi *uterus* dan melakukan *massase uterus* sesuai kebutuhan untuk memperkuat kontraksi. Perlunya ketersediaan orang kedua untuk memantau *konsistensi uterus* dan aliran *lochea* serta membantu *massase uterus*. Jika ibu bermaksud menyusui dan menempatkan bayi pada dada hal ini dapat *menstimulasi* kontraksi *uterus* dan meningkatkan *tonus* yang kuat. Kebanyakan *uterus* yang sehat dapat berkontraksi dengan sendirinya. Sehingga *uterus* yang berkontraksi normal harus keras ketika disentuh (Sari dan Rimandini, 2014).

f) Pemeriksaan *Serviks, Vagina* dan *Perineum*

Untuk mengetahui adanya robekan jalan lahir maka lakukan pemeriksaan daerah *perineum, vagina* dan vulva. Setelah bayi lahir, *vagina* akan mengalami peregangan, kemungkinan terjadi *oedema* dan lecet pada introitus vagina dan akan tampak terluka dan terbuka. Sehingga *vulva* bisa berwarna merah, bengkak dan mengalami lecet-lecet. Setelah kelahiran bayi, *serviks* dan vagina harus diperiksa secara menyeluruh untuk mencari ada tidaknya laserasi dan dilakukan perbaikan lewat pembedahan kalau diperlukan. *Serviks, vagina* dan *perineum* dapat diperiksa lebih

mudah sebelum pelepasan *plasenta*. Setelah kelahiran *plasenta*, perhatikan dan arah harus ditujukan pada setiap perdarahan rahim yang mungkin berasal dari tempat *implantasi plasenta* (Sari dan Rimandini, 2014).

Menurut Sari dan Rimandini (2014) laserasi dapat dikategorikan dalam :

- 1) Derajat I : *mukosa* dan kulit *perineum*, tidak perlu dijahit.
- 2) Derajat II : *mukosa vagina*, kulit dan jaringan *perineum*.
- 3) Derajat III : *mukosa vagina*, kulit, jaringan *perineum* dan *sfincter ani*.
- 4) Derajat IV : *mukosa vagina*, kulit, jaringan *perineum* dan *sfincter ani* yang meluas hingga ke *rectum*, rujuk segera.



Gambar 2.1

Derajat laserasi perenium, Midwifery Manual Of MaternalCare And Varnay Midwivery, Edisi ke 3

Sumber : (JNPK-KR, 2016).

Selama kala IV bidan harus meneruskan proses penatalaksanaan kebidanan yang telah mereka lakukan selama

kala I, II, III untuk memastikan ibu tidak menemui masalah apapun. (Sari dan Rimandini, 2014).

Pemantauan bidan setelah tidak adanya masalah pada kala IV mengenai perubahan fisiologis yaitu:

1) Tanda Vital

Memonitor tekanan darah dan denyut jantung merupakan hal penting selama kala IV karena sebagai salah satu cara untuk mendeteksi adanya syok yang timbul akibat dari kehilangan darah (Rahayu, 2017).

Pantau tanda vital meliputi Tekanan Darah (TD), Nadi (*Pols*) dan *Respiration Rate* (RR) selama kala IV segera setelah *plasenta* lahir. Tanda tersebut dievaluasi setiap 15 menit sampai keadaan ibu stabil seperti sebelum melahirkan atau lebih sering jika terdapat indikasi. Jika TD rendah atau $<90/60$ mmHg, sedangkan denyut nadinya normal, maka tidak akan menjadi masalah. Namun, jika TD $<90/60$ mmHg dan nadinya >100 x/m, maka identifikasi adanya suatu masalah (Sari dan Rimandini, 2014).

2) Suhu

Pantau suhu ibu satu kali/jam. Jika suhu meningkat pantau lebih sering. Suhu tubuh yang normal adalah $<38^{\circ}\text{C}$. Jika suhunya $>38^{\circ}\text{C}$ maka bidan harus mengumpulkan data-data lain untuk memungkinkan identifikasi masalah. Suhu yang tinggi mungkin disebabkan oleh *dehidrasi* (karena persalinan yang lama dan tidak cukup minum) atau adanya infeksi (Sari dan Rimandini, 2014).

3) Tonus otot dan tinggi *fundus uteris*

Jika kontraksi tidak baik maka uterus teraba lembek, tinggi *fundus uteri* normal yaitu sejajar pusat atau dibawah pusat. Jika *uterus* teraba lembek, lakukan *masase uteri*, bila perlu berikan injeksi oksitosin atau methergin. Lakukan *masase uteri* untuk memastikan *uterus* menjadi keras setiap 15 menit dalam 1 jam pertama, dan setiap 30 menit dalam jam kedua kala IV (Sari dan Rimandini, 2014).

4) Perdarahan

Perdarahan yang normal setelah kelahiran 6 jam pertama mungkin hanya akan sebanyak satu pembalut perempuan per jam, atau seperti darah haid yang banyak. Jika perdarahan lebih banyak dari ini, ibu hendaknya diperiksa lebih sering dan penyebab-penyebab perdarahan berat harus diidentifikasi (Sari dan Rimandini, 2014).

5) System gestasional

Rasa mual sebelumnya akan berhenti dengan berakhir dengan proses persalinan. Pada dasarnya ibu akan merasa haus dan akan merasa lapar (Rahayu, 2017).

6) Kandung Kemih

Membesarnya kantung kemih dikarenakan oleh trauma yang ditimbulkan dari tekanan dan kompresi terhadap kantung kemih dan uretra selama persalinan dan kelahiran (Rahayu, 2017).

Kandung kemih harus dievaluasi dan dikosongkan jika teraba penuh. Anjurkan ibu untuk mengosongkan kantung kemihnya. Jika kandung kemih penuh dengan air seni, *uterus*

tidak dapat berkontraksi dengan baik (Sari dan Rimandini, 2014).

2. Asuhan Persalinan

a. Asuhan Persalinan Normal

Menurut Nurjasmii, dkk (2016) tatalaksana asuhan persalinan

normal tergabung dalam 60 langkah APN yaitu :

1) Mengenali Tanda Gejala Kala II

a) Mendengar dan melihat tanda kala II persalinan

(1) Ibu merasa ada dorongan kuat dan *meneran*

(2) Ibu merasakan tekanan yang semakin meningkat pada

rectum dan vagina.

(3) *Perineum* tampak menonjol

(4) *Vulva* dan *sphincter* ani membuka)

2) Menyiapkan Pertolongan Persalinan

a) Pastikan kelengkapan peralatan, bahan dan obat-obatan

esensial untuk menolong persalinan dan penatalaksanaan

komplikasi segera pada ibu dan bayi baru lahir. Untuk asuhan

bayi baru lahir atau *resusitasi* → siapkan :

(1) Tempat datar, rata bersih, kering dan hangat

(2) 3 handuk/kain bersih dan kering (termasuk ganjal bahu

bayi)

(3) Alat hisap lendir

(4) Lampu sorot 60 watt dengan jarak 60 cm dari tubuh bayi

Persiapan ibu untuk melahirkan bayinya antara lain :

(1) Menggelar kain di perut bawah ibu

(2) Menyiapkan *oksitosin* 10 unit

(3) Alat suntik steril sekali pakai di dalam partus set

b) Pakai celemek plastik atau dari bahan yang tidak tembus

cairan.

c) Melepaskan dan menyiapkan semua perhiasan yang dipakai,

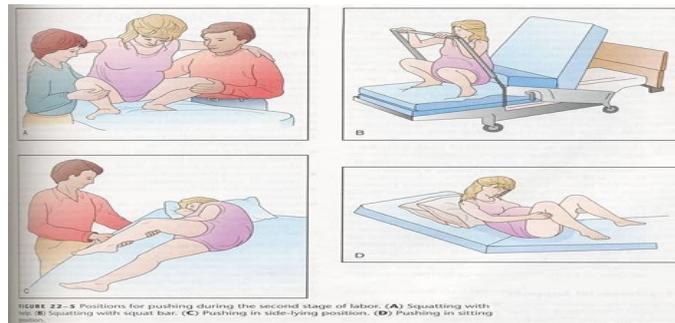
cuci tangan dengan sabun dan air bersih mengalir kemudian

keringkan tangan dengan tisu/handuk pribadi yang bersih dan

kering.

- d) Pakai sarung tangan DTT pada tangan yang akan digunakan untuk periksa dalam.
- e) Masukkan *oksitosin* ke dalam tabung suntik (gunakan tangan yang memakai sarung tangan DTT atau steril dan pastikan tidak terjadi *kontaminasi* pada alat suntik).
- 3) Memastikan pembukaan lengkap dan keadaan janin
- a) Membersihkan *vulva* dan *perineum* , menyekanya dengan hati-hati dari *anterior* (depan) ke *posterior* (belakang) menggunakan kapas atau kasa yang dibasahi air DTT.
- (1) Jika *introitus vagina*, *perineum* atau *anus terkontaminasi* tinja, bersihkan dengan seksama dari arah depan ke belakang
- (2) Buang kapas atau kasa pembersih (*terkontaminasi*) dalam wadah yang tersedia.
- (3) Jika *terkontaminasi*, lakukan *dekontaminasi*, lepaskan dan rendam sarung tangan tersebut dalam larutan *klorin 0,5%* selanjutnya langkah ke 9. Pakai sarung tangan DTT/steril untuk melaksanakan langkah lanjutanya.
- b) Lakukan periksa dalam untuk memastikan pembukaan lengkap.
- (1) Bila selaput ketuban masih utuh saat pembukaan sudah lengkap maka lakukan *amniotomi*.
- c) *Dekontaminasi* sarung tangan (celupkan tangan yang masih memakai sarung tangan ke dalam larutan *klorin 0,5%*, lepaskan sarung tangan dalam keadaan terbalik, dan rendam dalam *klorin 0,5%*, selama 10 menit). Cuci kedua tangan setelah sarung tangan dilepaskan. Tutup kembali partus set.

- d) Periksa denyut jantung janin (DJJ) setelah kontraksi *uterus* mereda (*relaksasi*) untuk memastikan DJJ masih dalam batas normal (120-160 x/menit).
- (1) Mengambil tindakan yang sesuai jika DJJ tidak normal.
 - (2) Mendokumentasikan hasil pemeriksaan dalam, DJJ, dan temuan pemeriksaan asuhan yang diberikan ke dalam partograf.
- e) Menyiapkan ibu dan keluarga untuk membantu proses *meneran*
- (1) Beritahu pada ibu bahwa pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin cukup baik, kemudian bantu ibu menemukan posisi yang nyaman dan sesuai dengan keinginannya.
 - (2) Tunggu timbul kontraksi atau rasa ingin *meneran*, lanjutkan pemantauan kondisi dan kenyamanan ibu dan janin (ikuti pedoman penatalaksanaan fase aktif) dan dokumentasikan semua temuan.
 - (3) Jelaskan pada anggota keluarga tentang peran untuk mendukung dan memberi semangat ibu serta *meneran* yang benar.
- f) Meminta keluarga membantu menyiapkan posisi *meneran* jika ada rasa ingin *meneran* atau kontraksi yang kuat. Posisikan setengah duduk atau posisi lain yang diinginkan dan pastikan ibu merasa nyaman.
- g) Laksanakan bimbingan *meneran* pada saat ibu merasa ingin *meneran* atau timbul kontraksi yang kuat.
- (1) Bimbing ibu agar dapat *meneran* secara benar dan efektif.
 - (2) Dukung dan beri semangat pada saat *meneran* dan perbaiki cara *meneran* apabila caranya tidak sesuai.



Gambar 2.2
Posisi meneran

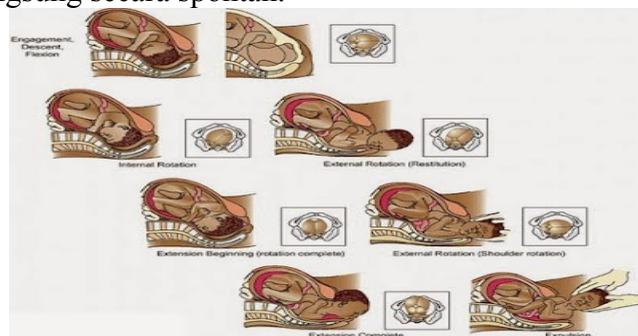
Sumber : (JNPK-KR, 2016)

- (3) Bantu mengambil posisi yang nyaman sesuai pilihannya (kecuali posisi berbaring terlentang dalam waktu yang lama).
- (4) Anjurkan ibu untuk beristirahat di antara kontraksi.
- (5) Anjurkan keluarga memberi dukungan dan semangat untuk ibu.
- (6) Menilai DJJ setiap kontraksi *uterus* selesai.
- (7) Segera rujuk jika bayi belum atau tidak akan segera lahir setelah pembukaan lengkap dan dipimpin *meneran* >120 menit (2 jam) pada *primigravida* atau >60 menit (1 jam) pada *multigravida*.
- h) Anjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok atau mengambil posisi yang nyaman, jika ibu belum merasa ada dorongan untuk *meneran* dalam selang waktu 60 menit.

4) Persiapan untuk melahirkan

- i) Letakkan handuk bersih (untuk mengeringkan bayi) di perut bawah ibu, jika kepala bayi telah membuka *vulva* dengan diameter 5-6 cm.
- j) Letakkan kain bersih yang dilipat 1/3 bagian sebagai alas bokong ibu.

- k) Buka tutup *partus set* dan periksa kembali kelengkapan peralatan dan bahan.
- l) Pakai sarung tangan DTT/steril pada kedua tangan
- 5) Pertolongan untuk melahirkan bayi
- Lahirnya kepala :
- a) Setelah tampak kepala bayi dengan diameter 5-6 cm membuka vulva maka lindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi dengan kain bersih dan kering, tangan yang lain menahan belakang kepala untuk mempertahankan posisi *fleksi* dan membantu lahirnya kepala. Anjurkan ibu *meneran* secara efektif atau bernafas cepat dan dangkal.
- b) Periksa kemungkinan adanya lilitan tali pusat (ambil tindakan yang sesuai jika hal itu terjadi), segera lanjutkan proses kelahiran bayi dan perhatikan :
- (1) Jika tali pusat melilit leher secara longgar, lepaskan lilitan lewat bagian atas kepala bayi
- (2) Jika tali pusat melilit leher secara kuat, klem tali pusat di dua tempat dan potong tali pusat di antara dua klem tersebut.
- c) Setelah kepala lahir, tunggu putaran paksi luar yang berlangsung secara spontan.



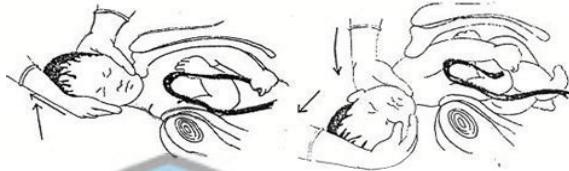
Gambar 2.3

Mekanisme lahirnya kepala

Sumber : (JNPK-KR, 2016)

Lahirkan Bahu Bayi :

- d) Setelah putaran paksi luar selesai, pegang kepala bayi secara *biparental*. Anjurkan ibu *meneran* saat kontraksi. Kemudian gerakkan kepala kearah bawah/*distal* hingga bahu depan muncul di bawah arkus pubis dan lalu gerakkan kearah atas/*distal* untuk melahirkan bahu belakang.

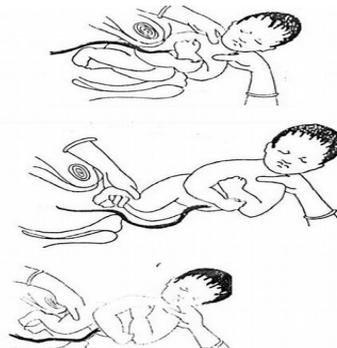


Gambar 2.4

Mekanisme lahirnya bahu anterior & posterior, Varnay 1997
Sumber : (JNPK-KR, 2016)

Lahirkan Badan dan Tungkai :

- e) Setelah bahu lahir, satu tangan menyangga kepala dan bahu belakang, tangan yang lain menelusuri dan memegang lengan dan siku bayi sebelah atas.
- f) Setelah tubuh dan lengan lahir, penelusuran tangan atas berlanjut ke punggung, bokong, tungkai dan kaki. Pegang kedua mata kaki (masukkan telunjuk diantara kedua kaki dan pegang kedua kaki dengan melingkarkan ibu jari pada satu dan jari-jari lainnya pada sisi yang lain agar bertemu dengan jari telunjuk)



Gambar 2.5

Lahirnya tubuh bayi, Varnay, 1997

Sumber : (JNPK-KR, 2016)

- 6) Asuhan Bayi Baru Lahir
- g) Lakukan penilaian (selintas) :
- (1) Apakah bayi cukup bulan?
 - (2) Apakah bayi menangis kuat dan/atau bernafas tanpa kesulitan?
 - (3) Apakah bayi bergerak dengan aktif?
- Bila salah satu jawaban adalah “TIDAK” lanjut ke langkah *resusitasi* pada bayi baru lahir dengan *asfiksia*. Bila semua jawaban adalah “YA”, lanjut ke-26.
- h) Keringkan tubuh bayi mulai dari muka, kepala dan bagian tubuh lainnya (kecuali kedua tangan) tanpa membersihkan *verniks*. Ganti handuk basah dengan handuk/kain yang kering. Pastikan bayi dalam posisi dan kondisi aman diperut bagian bawah ibu.
- i) Periksa kembali uterus untuk memastikan hanya satu bayi yang lahir (hamil tunggal) dan bukan kehamilan ganda (*gemeli*)
- j) Beritahu ibu bahwa dia akan disuntik *oksitosin* agar uterus berkontraksi baik
- k) Dalam waktu 1 menit setelah bayi lahir, suntikkan *oksitosin* 10 unit (*intramuskuler*) di 1/3 *distal lateral* paha (lakukan aspirasi sebelum menyuntikkan *oksitosin*)
- l) Dalam waktu 2 menit setelah bayi lahir, jepit tali pusat dengan klem kira-kira 2-3 cm dari pusat bayi. Gunakan jari telunjuk dan jari tengah tangan yang lain untuk mendorong isi tali kearah ibu, dan klem tali pusat pada sekitar 2 cm dari klem pertama.

m) Pemotongan dan pengikatan tali pusat

- (1) Dengan satu tangan, pegang tali pusat yang telah di jepit (lindungi perut bayi), dan pengguntingan tali pusat di antara 2 klem tersebut.
- (2) Ikat tali pusat dengan benang DTT/steril pada satu sisi kemudian lingkarkan lagi benang tersebut dan ikat tali pusat dengan simpul kunci pada sisi lainnya.
- (3) Lepaskan klem dan masukkan dalam wadah yang telah disediakan.

n) Letakkan bayi tengkurap di dada ibu untuk kontak kulit ibu-bayi. Luruskan bahu bayi sehingga dada bayi menempel di dada ibunya. Usahakan kepala bayi berada di antara payudara ibu dengan posisi lebih rendah dari puting susu atau *areola mammae* ibu, seperti berikut :

- (1) Selimuti ibu-bayi dengan kain kering dan hangat, pasang topi di kepala bayi.
- (2) Biarkan bayi melakukan kontak kulit ke kulit di dada ibu paling sedikit 1 jam.
- (3) Sebagian besar bayi akan berhasil melakukan *inisiasi* menyusui dini dalam waktu 30-60 menit. Bayi cukup menyusui dari satu payudara.
- (4) Biarkan bayi berada di dada ibu selama 1 jam walaupun bayi sudah berhasil menyusui.

7) Manajemen Aktif Kala III Persalinan (MAK III)

- a) Pindahkan klem tali pusat hingga berjarak 5-10 cm dari *vulva*
- b) Letakkan satu tangan diatas kain pada perut bawah ibu (diatas *simfisis*), untuk mendeteksi kontraksi. Tangan lain memegang klem untuk menegangkan tali pusat.

c) Setelah uterus berkontraksi, tegangankan tali pusat ke arah bawah sambil tangan yang lain mendorong *uterus* ke arah belakang-atas (*dorso kranial*) secara hati-hati (untuk mencegah *inversio uteri*). Jika plasenta tidak lahir setelah 30-40 detik, hentikan penegangan tali pusat dan tunggu hingga timbul kontraksi berikutnya dan ulangi kembali prosedur diatas.

(1) Jika *uterus* tidak segera berkontraksi, minta ibu, suami atau anggota keluarga untuk melakukan *stimulasi* puting susu.

Mengeluarkan *plasenta* :

d) Bila pada penekanan bagian bawah dinding depan *uterus* ke arah *dorsal* ternyata diikuti dengan pergeseran tali pusat ke arah *distal* maka lanjutkan dorongan ke arah kranial hingga *plasenta* dapat di lahirkan.

(1) Ibu boleh *meneran* tetapi tali pusat hanya ditegangkan (jangan ditarik secara kuat terutama jika *uterus* tak berkontraksi) sesuai dengan sumbu jalan lahir (ke arah bawah-sejajar lantai-atas)

(2) Jika tali pusat bertambah panjang, pindahkan klem hingga berjarak sekitar 5-10 cm dari *vulva* dan lahirkan *plasenta*

(3) Jika *plasenta* tidak lepas setelah 15 menit menegangkan tali pusat :

(a) Ulangi pemberian *oksitosin* 10 unit IM.

(b) Lakukan *kateterisasi* (gunakan teknik aseptik) jika kandung kemih penuh.

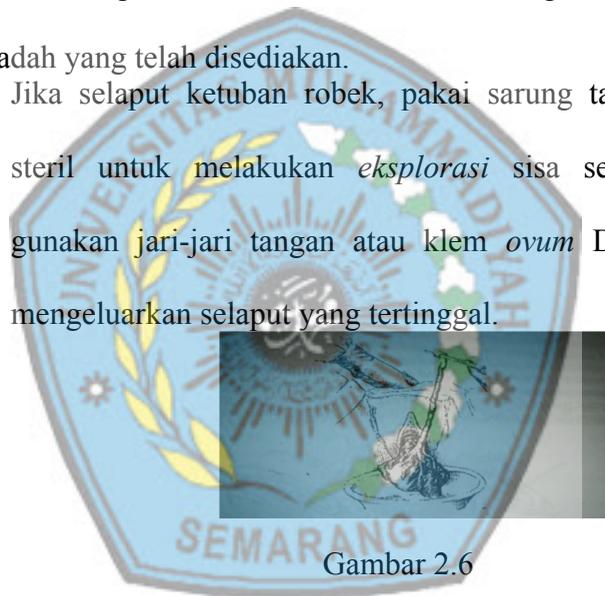
- (c) Minta keluarga untuk menyiapkan rujukan.
- (d) Ulangi tekanan *dorso-kranial* dan penegangan tali pusat

15 menit berikutnya.

- (e) Jika *plasenta* tak lahir dalam 30 menit sejak bayi lahir atau terjadi perdarahan maka segera lakukan tindakan *plasenta manual*.

e) Saat *plasenta* muncul di *introitus vagina*, lahirkan *plasenta* dengan kedua tangan. Pegang dan putar *plasenta* hingga selaput ketuban terpinil kemudian lahirkan dan tempatkan *plasenta* pada wadah yang telah disediakan.

- 1) Jika selaput ketuban robek, pakai sarung tangan DTT atau steril untuk melakukan *eksplorasi* sisa selaput kemudian gunakan jari-jari tangan atau klem *ovum* DTT/Steril untuk mengeluarkan selaput yang tertinggal.



Gambar 2.6

Melahirkan plasenta & menempatkan dalam wadah, Donforth's Obstetrics & Gynecology, 1999

Sumber : (JNPK-KR, 2016)

Rangsangan Taktil (*Masase*) *Uterus* :

- f) Segera setelah *plasenta* dan selaput ketuban lahir, lakukan *masase* uterus, letakkan telapak tangan di *fundus* dan lakukan *masase* dengan gerakan melingkar dengan lembut hingga uterus berkontraksi (*fundus* teraba keras)

- (1) Lakukan tindakan yang diperlukan (*kompresi bimanual internal, kompresi aorta abdominalis, tampon kondom-kateter*) jika *uterus* tidak berkontraksi dalam 15 detik setelah rangsangan taktil/*masase*.
- 8) Menilai Perdarahan
- a) Periksa kedua sisi *plasenta (maternal-fetal)* pastikan *plasenta* telah dilahirkan lengkap. Masukkan *plasenta* kedalam kantong plastik atau tempat khusus.
 - b) Evaluasi kemungkinan *laserasi* pada *vagina* dan *perineum*.
Lakukan penjahitan bila terjadi *laserasi* derajat 1 dan 2 yang menimbulkan perdarahan.
Bila ada robekan yang menimbulkan perdarahan aktif, segera lakukan penjahitan.
- 9) Asuhan *Pasca* Persalinan
- a) Pastikan *uterus* berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan pervaginam.
 - b) Pastikan kandung kemih kosong. Jika penuh lakukan *kateterisasi*.
- 10) Evaluasi
- a) Celupkan tangan yang masih memakai sarung tangan kedalam larutan *klorin* 0,5 %, bersihkan noda darah dan cairan tubuh, dan bilas di air DTT tanpa melepas sarung tangan, kemudian keringkan dengan handuk.
 - b) Ajarkan ibu/keluarga cara melakukan *masase uterus* dan menilai kontraksi.
 - c) Memeriksa nadi ibu dan pastikan keadaan umum ibu baik.
 - d) Evaluasi dan *estimasi* jumlah kehilangan darah

- e) Pantau keadaan bayi dan pastikan bahwa bayi bernafas dengan baik (40-60 kali/menit).
- (1) Jika bayi sulit bernafas, merintih, atau *retraksi*, *resusitasi* dan segera merujuk ke rumah sakit.
 - (2) Jika bayi nafas terlalu cepat atau sesak nafas, segera rujuk ke Rumah Sakit (RS) Rujukan.
 - (3) Jika kaki teraba dingin, pastikan ruangan hangat.

Lakukan kembali kontak kulit ibu dengan bayi dan hangatkan ibu dan bayi dalam satu selimut.

11) Kebersihan dan Keamanan

- a) Tempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan *klorin* 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit). Cuci dan bilas peralatan setelah di *dekontaminasi*.
- b) Buang bahan-bahan yang terkontaminasi ke tempat sampah yang sesuai.
- c) Bersihkan ibu dari paparan darah dan cairan tubuh dengan menggunakan air DTT. Bersihkan cairan ketuban, lendir dan darah di ranjang atau di sekitar ibu berbaring. Bantu ibu memakai pakaian yang bersih dan kering.
- d) Pastikan ibu merasa nyaman. Bantu ibu memberikan ASI.

Anjurkan keluarga untuk memberi ibu minuman dan makanan yang diinginkannya.

- e) *Dekontaminasi* tempat bersalin dengan larutan *klorin* 0,5%.
- f) Celupkan tangan yang masih memakai sarung tangan ke dalam larutan *klorin* 0,5%, lepaskan sarung tangan dalam keadaan terbalik, dan rendam dalam larutan *klorin* 0,5% selama 10 menit.

- g) Cuci ke dua tangan sabun dan air mengalir kemudian keringkan tangan dengan tissue atau handuk pribadi yang bersih dan kering.
- h) Pakai sarung tangan bersih/DTT untuk melakukan pemeriksaan fisik bayi.
- i) Lakukan pemeriksaan fisik bayi baru lahir. Pastikan kondisi bayi baik, pernapasan normal, (40-60 kali/menit) dan temperatur stubuh normal (36,5-37,5°C) setiap 15 menit.
- j) Setelah 1 jam pemberian vitamin K1, berikan suntikan hepatitis B di paha kanan bawah lateral. Letakkan bayi di dalam jangkauan ibu agar sewaktu-waktu dapat disusukan.
- k) Lepaskan sarung tangan dalam keadaan terbalik dan rendam di dalam larutan *klorin* 0,5% selama 10 menit.
- l) Cuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir kemudian keringkan dengan tissue atau handuk pribadi yang bersih dan kering.
- 12) Dokumentasi
- a) Lengkapi partograf (halaman depan dan belakang), periksa tanda vital dan asuhan kala IV persalinan.
- Observasi Persalinan dengan menggunakan partograf menurut Kemenkes RI (2013) dimulai pada pembukaan 4 cm. kemudian, petugas harus mencatat kondisi ibu dan janin sebagai berikut :
- 1) Kondisi janin dan air ketuban
 - a) Denyut jantung janin
 - b) Air ketuban
 - c) U : selaput ketuban utuh
 - d) J : air ketuban jernih
 - e) M: bercampur *meconium*
 - f) D : bercampur darah
 - g) K : kering
 - 2) Perubahan bentuk kepala janin (*molase*)

- a) 0 : sutura masih terpisah
 - b) 1 : sutura menempel
 - c) 2 : sutura tumpang tindih tapi masih bisa diperbaiki
 - d) 3 : sutura tumpang tindih dan tidak bisa diperbaiki
- 3) Pembukaan *serviks*, dinilai tiap 4 jam dan ditandai

dengan tanda silang.

- 4) Penurunan kepala bayi, menggunakan sistem perlimaan, catat dengan tanda lingkaran (0). Pada posisi 0/5, sinsiput (S), atau paruh atas kepala berada *di simfisis pubis*.

- 5) Waktu, menyatakan berapa lama penanganan sejak pasien diterima

- 6) Jam, catat jam sesungguhnya

- 7) Kontraksi, frekuensi dan lamanya kontraksi *uterus* setiap ½ jam lakukan *palpasi* untuk hitung banyaknya kontraksi dalam 10 menit dan lamanya. Lama kontraksi dibagi dalam hitungan detik : <20 detik, 20-40 detik, dan >40 detik.

- 8) *Oksitosin*, catat jumlah oksitosin pervolume cairan infus serta jumlah tetes permenit.

- 9) Obat yang diberikan

- 10) Nadi, setiap ½ jam sekali tandai dengan titik besar.

- 11) Tekanan darah, setiap 4 jam sekali tandai dengan anak panah.

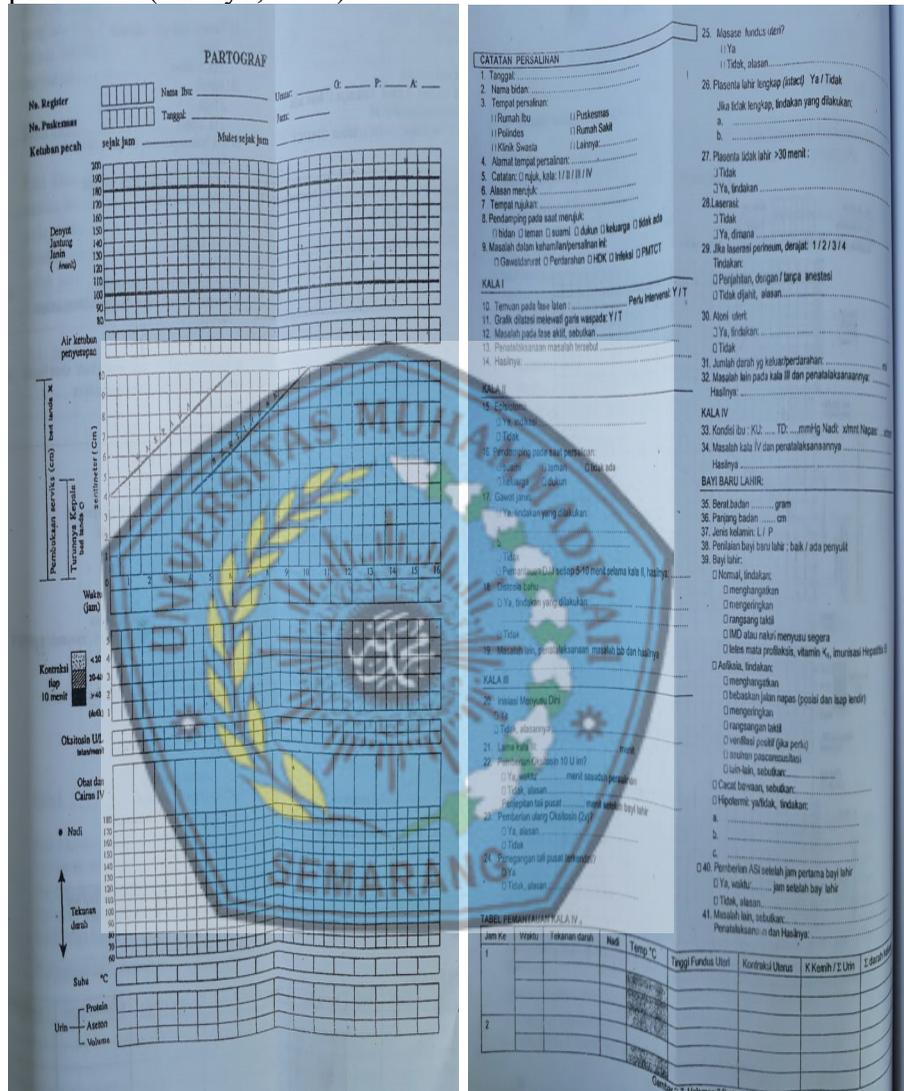
- 12) Suhu tubuh, setiap 4 jam sekali.

- 13) Protein, aseton, volume urin, catat setiap ibu berkemih

3. Patograf

Partograf merupakan alat untuk memantau kemajuan kala satu, mencatat informasi pada observasi/riwayat dan pemeriksaan fisik ibu dalam proses persalinan serta alat utama sebagai pengambilan keputusan klinik khususnya pada kala satu. Partograf digunakan untuk

semua ibu bersalin dalam fase aktif dan memberikan asuhan persalinan pada ibu bersalin di semua tempat pada waktu menolong persalinan (Rahayu, 2017).



Gambar 2.7
Partograf

Sumber : (JNPK-KR., 2016)

C. Tinjauan Teori Medis Bayi Baru Lahir

1. Konsep Dasar Bayi Baru Lahir

a. Pengertian Bayi Baru Lahir

Menurut M. Sholeh Kosim (2015), bayi baru lahir normal adalah berat bayi lahir antara 2500-4000 gram, cukup bulan, lahir langsung menangis dan tidak ada kelainan *kongenital* (cacat bawaan) yang berat (Marmi dan Rahardjo, 2015).

Bayi baru lahir disebut neonatus merupakan individu yang sedang bertambah dan sedang mengalami trauma kelahirannya serta harus dapat melakukan penyesuaian diri dari kehidupan intrauterine ke kehidupan ekstrauterin (Dewi, 2013).

Menurut Saifuddin (2011), bayi baru lahir adalah bayi yang baru lahir selama satu jam pertama kelahiran.

Dari referensi di atas dapat disimpulkan bahwa bayi baru lahir normal yaitu bayi yang lahir secara spontan tanpa bantuan alat apapun dengan presentasi letak kepala, hamil aterm dan berat badan ≥ 2500 gram tanpa disertai kecacatan bawaan.

b. Fisiologi Bayi Baru Lahir

Fisiologi neonatus adalah ilmu yang mempelajari fungsi dan proses vital pada neonatus. Dapat diuraikan beberapa fungsi dan

proses vital neonatus antara lain :

1) Sistem Pernapasan

Masa yang paling kritis pada bayi baru lahir adalah ketika harus mengatasi resistensi paru pada saat pernapasan yang pertama kali. Dan proses pernapasan ini bukanlah kejadian yang mendadak, tetapi telah dipersiapkan lama sejak *intrauterin*.

Selama dalam uterus, janin mendapat oksigen dari pertukaran gas melalui plasenta. Setelah bayi lahir, pertukaran gas harus melalui paru-paru bayi. Perkembangan sistem

pulmoner terjadi sejak masa *embrio*, tepatnya pada umur kehamilan 24 hari dan pada umur kehamilan 34-36 minggu struktur paru-paru matang, artinya paru-paru sudah bisa mengembangkan sistem alveoli. Pernafasan pertama pada bayi normal terjadi dalam waktu 30 detik pertama sesudah lahir (Prawirohardjo, 2014)

Saat kepala bayi melewati jalan lahir, ia akan mengalami penekanan yang tinggi pada toraksnya, dan tekanan ini akan hilang dengan tiba-tiba setelah bayi lahir. Proses mekanis ini menyebabkan cairan yang ada di dalam paru-paru hilang karena terdorong ke bagian perifer paru-paru untuk kemudian diabsorpsi. Karena terstimulus oleh sensor kimia, suhu, serta mekanis akhirnya bayi memulai aktivasi napas untuk yang pertama kalinya (Marmi dan Rahardjo, 2015).

- 2) Perubahan Peredaran Darah Neonatus/*system kardiovaskuluer*
System kardiovaskuluer merupakan mekanisme besar yang menyebabkan tekanan atrium kanan menurun dan aliran darah pulmoner kembali meningkat ke jantung sehingga tekanan dalam atrium meningkat dan menyebabkan foramen ovale menutup dan terjadinya sianosis ringan. Frekuensi denyut jantung bayi rata-rata 140x/menit saat lahir dengan variasi berkisar 120 dan 160x/menit dan tekanan *sistolik* bayi baru lahir ialah 78 dan tekanan *diastolic* rata-rata 42. Volume darah bayi baru lahir bervariasi dari 80-110ml/kg selama beberapa hari

pertama dan meningkat dua kali lipat pada akhir tahun pertama (Rahayu, 2017).

Aliran darah dari plasenta berhenti pada saat tali pusat diklem. Tindakan ini menyebabkan suplai oksigen ke plasenta menjadi tidak ada dan menyebabkan serangkaian reaksi selanjutnya (Marmi dan Rahardjo, 2015).

Karena tali pusat di klem, sistem tekanan rendah yang berada pada unit janin plasenta terputus sehingga berubah menjadi sistem sirkulasi tertutup, bertekanan tinggi dan berdiri sendiri. Efek yang terjadi segera setelah tali pusat di klem adalah peningkatan tahanan pembuluh darah sistemik. Hal ini terjadinya peningkatan tahanan pembuluh darah dan tarikan napas pertama terjadi secara bersamaan (Marmi dan Rahardjo, 2015).

Kombinasi tekanan yang meningkat dalam sirkulasi sistemik dan menurun dalam sirkulasi paru menyebabkan perubahan tekanan aliran darah dalam jantung. Tekanan akibat peningkatan aliran darah di sisi kiri jantung menyebabkan foramen ovale menutup, duktus *antriorius* yang mengalirkan darah teroksigenasi ke otak janin tak lagi diperlukan. Dalam 48 jam, duktus ini akan mengecil dan secara fungsional menutup akibat penurunan kadar prostaglandin E₂, yang sebelumnya disuplai oleh plasenta. Darah teroksigenasi yang secara rutin mengalir melalui *duktus antriorius* serta *foramen ovale* melengkapi perubahan radikal pada anatomi dan fisiologi

jantung. Darah yang tidak kaya akan oksigen masuk ke jantung bayi menjadi teroksigenasi sepenuhnya di dalam paru, kemudian dipompakan ke seluruh bagian tubuh. (Marmi dan Rahardjo, 2015).

3) System ginjal

Bayi baru lahir mengekresikan sejumlah kecil, urin pada 48 jam pertama kehidupan sebanyak 30-60 ml. fungsi ginjal dalam kehidupan janin sampai bayi lahir yaitu urin berwarna jernih dan tidak berbau dari hal tersebut ginjal baru memperlihatkan penurunan aliran darah dan ginjal dalam penurunan laju *filtrasi glomerulus* (Rahayu, 2017).

4) System cerna *gastrointestinal*

System *gastrointestinal* pada bayi baru lahir cukup bulan relative sudah matang sehingga reflek hisapan dan tindakan menelan seperti batuk dan muntah sudah sempurna pada saat lahir (Rahayu, 2017).

5) System imunologi

Sel-sel tubuh memberikan fungsi imunitas yang terdapat pada saat lahir guna membunuh mikroorganismenya asing. Tiga sel yang berfungsi dalam *fagositosis* (menelan dan membunuh) mikroorganismenya yaitu *neutrofil polimorfomuklear*, *monosit* dan *makrofa*. Dengan adanya defisiensi kekebalan alami sehingga bayi baru lahir rentan terhadap infeksi oleh karena itu pencegahan terhadap mikroba seperti praktik persalinan yang aman, memberikan ASI dini dan deteksi dini terhadap infeksi (Rahayu, 2017).

6) System skelet

Tulang-tulang neonates lunak karena sebagian besar tulang terdiri dari *kartilago* yang hanya mengandung sejumlah kecil kalsium (Rahayu, 2017).

7) System *nouromuskuler*

Pada saat bayi lahir memiliki otot yang lambat dan lentur, otot tersebut memiliki kemampuan untuk berkontraksi ketika dirangsang, tetapi bayi kurang mempunyai kemampuan mengontrolnya. System persarafan bayi belum terintrigasi secara sempurna (Rahmawati, 2017).

8) System termal

Suhu bayi yang normal pada bayi baru lahir adalah 36,5-37,5°C. *Hipotermia* terjadi pada waktu suhu tubuh turun dibawah 36,5°C. Bayi baru lahir sangat peka terhadap *hipotermia* selama periode stabilisasi 6-12 jam setelah kelahiran hidip (Rahayu, 2017).

2. Asuhan Bayi Baru Lahir

Menurut Patricia (2015), bayi baru lahir juga membutuhkan perawatan yang dapat meningkatkan kesempatan menjalani masa transisi dengan berhasil. Tujuan asuhan kebidanan selama masa ini adalah memberikan perawatan komprehensif kepada bayi baru lahir pada saat ia dalam ruang rawat, untuk mengajarkan orang tua bagaimana merawat bayi mereka dan memberi motivasi terhadap upaya pasangan menjadi orang tua, sehingga orang tua percaya diri dan mantap (Marmi dan Rahardjo, 2015).

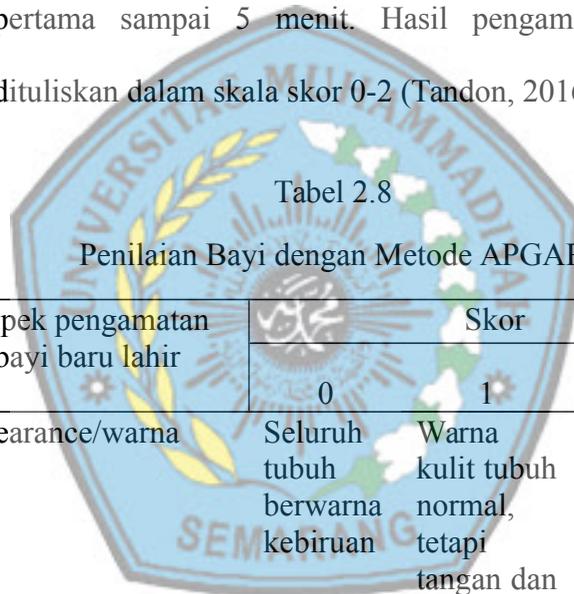
a. Asuhan Bayi Segera Lahir

Asuhan segera bayi baru lahir adalah asuhan yang diberikan pada bayi selama jam pertama setelah kelahiran. Aspek-aspek penting asuhan segera bayi baru lahir meliputi :

1) Memantau pernafasan dan warna kulit bayi setiap 5 menit sekali

(Marmi dan Rahardjo, 2015).

Evaluasi nilai APGAR, yaitu *Apperance* (Warna kulit), *Pulse* (denyut nadi), *Grimace* (respon refleks), *Activity* (tonus otot) dan *Respiratory* (pernafasan) dilakukan mulai dari menit pertama sampai 5 menit. Hasil pengamatan setiap aspek dituliskan dalam skala skor 0-2 (Tandon, 2016).



Tabel 2.8
Penilaian Bayi dengan Metode APGAR

Aspek pengamatan bayi baru lahir	Skor		
	0	1	2
Appearance/warna kulit	Seluruh tubuh berwarna kebiruan	Warna kulit tubuh normal, tetapi tangan dan kaki berwarna kebiruan	Warna kulit seluruh tubuh normal
Pulse/denyut nadi	Denyut nadi tidak ada	Denyut nadi < 100 x/menit	Denyut nadi ≥ 100 x/menit
Grimace/respon reflex	Tidak ada respon terhadap stimulus	Wajah meringis saat distimulasi	Meringis, menarik, bersin atau batuk saat distimulasi
Activity/tonus otot	Lemah tidak ada gerakan	Lengan dan kaki dalam posisi fleksi	Bergerak aktif dan spontan

Respiration/pernafasan	Tidak bernafas, bernafas lambat tidak teratur	dengan sedikit gerakan Menangis lemah, terdengar seperti merintih	Menangis kuat, pernafasan baik dan teratur
------------------------	---	---	--

Sumber : Tandon, N.M. 2016.

- 2) Jaga agar bayi tetap kering dan hangat dengan cara ganti handuk atau kain yang basah dengan kain kering dan bungkus bayi dengan selimut serta pastikan kepala bayi telah terlindung
- 3) Memeriksa telapak kaki bayi setiap 15 menit :
 - a) Jika telapak bayi dingin periksa suhu *aksila* bayi.
 - b) Jika suhu kurang dari 36,5°C segera hangatkan bayi.
- 4) Kontak dini dengan bayi
Berikan bayi kepada ibunya sesegera mungkin untuk :
 - a) Kehangatan bayi yaitu untuk mempertahankan suhu bayi
 - b) Untuk ikatan batin dan pemberian ASI :
 - (1) Jangan pisahkan ibu dengan bayi paling sedikit 1 jam setelah persalinan (Marmi dan Kuku, 2016).
 - (2) Segera setelah bayi lahir dan tali pusat diikat, kenakan topi pada bayi dan diletakkan secara tengkurap di dada ibu, lakukan kontak langsung antara kulit dada bayi dan kulit dada ibu. Bayi akan merangkak mencari puting susu ibu dan menyusunya (GAVI, 2015).
- 5) Perawatan Mata
Obat mata *eritromisin* 0,5% atau *tetrasiklin* 1% dianjurkan untuk pencegahan penyakit mata karena *klamidia* (penyakit menular seksual). Obat mata perlu diberikan pada jam pertama setelah persalinan, yang lazim digunakan adalah larutan Perak

Nitrat atau *Neosporin* dan langsung diteteskan pada mata bayi

segera setelah bayi lahir (Saifuddin, 2014).

b. Asuhan 24 Jam Bayi Baru Lahir

Menurut Marmi dan Kuku (2016) dalam waktu 24 jam, bila

bayi tidak mengalami masalah apapun berikanlah asuhan berikut :

1) Lanjutkan pengamatan pernafasan, warna dan aktifitas bayi.

2) Pertahankan suhu tubuh bayi :

a) Mandikan bayi minimal 6 jam setelah itu jika tidak terdapat

masalah medis serta suhunya $36,5^{\circ}\text{C}$ lakukan perawatan

lanjut.

b) Bungkus bayi dengan kain yang kering atau hangat.

c) Kepala bayi harus tertutup.

3) Pemeriksaan fisik bayi

Lakukan pemeriksaan fisik bayi baru lahir :

a) Gunakan tempat yang hangat dan bersih.

b) Cuci tangan sebelum dan sesudah memeriksa, gunakan

sarung tangan dan bertindak lembut pada saat menangani

bayi.

c) Lihat, dengar dan rasakan tiap-tiap daerah mulai dari kepala

sampai jari-jari kaki.

d) Jika ada faktor resiko dan masalah minta bantuan lebih lanjut

jika diperlukan.

e) Rekam hasil pengamatan.

4) Berikan vitamin K untuk mencegah terjadinya perdarahan

karena defisiensi vitamin K pada BBL.

5) Identifikasi bayi.

6) Perawatan lain :

a) Lakukan perawatan tali pusat.

b) Dalam waktu 24 jam dan sebelum ibu dan bayi pulang ke

rumah beri imunisasi *BCG*, *Polio Oral* dan *Hepatitis B*.

c) Ajarkan tanda-tanda bahaya bayi pada orang tua.

d) Ajarkan pada orang tua cara merawat bayi.

e) Beri ASI sesuai kebutuhan setiap 2-3 jam.

f) Jaga keamanan bayi terhadap trauma dan penyakit atau

infeksi.

g) Ukur suhu tubuh bayi jika tampak sakit atau menyusui kurang baik.

h) Penyuluhan sebelum bayi pulang :

- (1) Perawatan tali pusat
- (2) Pemberian ASI
- (3) Jaga kehangatan bayi
- (4) Tanda-tanda bahaya
- (5) Imunisasi
- (6) Perawatan harian atau rutin
- (7) Pencegahan infeksi

c. Asuhan 2-6 Hari Bayi Baru Lahir

Pada hari ke 2-6 setelah persalinan ada hal-hal yang perlu

diperhatikan pada bayi yaitu :

1) Minum

Berikan ASI sesering mungkin sesuai keinginan ibu sesuai kehendak bayi atau sesuai kebutuhan bayi setiap 2-3 jam (paling sedikit setiap 4 jam) bergantian pada payudara kiri dan kanan.

Pemberian ASI saja cukup pada periode usia 0-6 bulan.

Pemberian makanan lain akan mengganggu produksi ASI dan mengurangi kemampuan bayi menghisap. Pemberian makanan tambahan akan menyebabkan gangguan tidur dan reaksi alergi oleh karena itu ASI merupakan makanan yang paling ideal untuk bayi dan jangan lupa untuk bantu menyendawakan bayi setelah menyusui (Rahayu, 2017).

2) Buang Air Besar

Feses bayi di dua hari pertama setelah persalinan biasanya berbentuk seperti ter atau aspal lembek. Feses ini berasal dari pencernaan bayi yang dibawa dari kandungan.

Umumnya warna feses bayi dapat dibedakan menjadi warna kuning, coklat, hijau, merah dan putih atau keabuan. Normal

atau tidaknya sistem pencernaan bayi dapat dideteksi dari

warna-warna feses tersebut, meliputi :

a) Feses kuning : normal (ASI penuh yaitu foremilk/ASI
depan dan hindmilk/ASI belakang).

b) Feses hijau : normal (tidak boleh terus-menerus karena
bayi hanya mendapat foremilk saja).

c) Feses merah : disebabkan adanya tetesan darah yang
menyertai.

d) Feses keabu-abuan : waspada (disebabkan gangguan pada
hati)

3) Buang Air Kecil

Bayi baru lahir cenderung sering BAK 7-10x/hari. Jika
urine pucat, kondisi ini menunjukkan masukan cairan yang
cukup.

4) Tidur

Dalam 2 minggu pertama setelah bayi lahir normalnya
sering tidur, bayi baru lahir sampai usia 3 bulan rata-rata tidur
selama 16 jam sehari.

5) Kebersihan

Kulit Muka, pantat dan tali pusat bayi perlu dibersihkan
secara teratur. Selalu mencuci tangan sebelum dan sesudah
memegang bayi.

6) Keamanan

Jangan sekali-sekali meninggalkan bayi tanpa ada yang
menunggu. Hindari pemberian apapun ke mulut bayi selain ASI.

D. Tinjauan Teori Medis Nifas

1. Konsep Dasar Nifas

a. Pengertian Nifas

Masa postnatal dimulai beberapa jam sesudah lahirnya
plasenta dan mencakup enam minggu berikutnya dalam kondisi

tidak hamil. Ibu dalam masa postnatal membutuhkan dukungan dan informasi serta konseling mengenai pengasuhan anak karena ibu postnatal bisa merasa takut (Rahayu, 2017).

Masa nifas adalah masa sesudah persalinan dan kelahiran bayi, plasenta, serta selaput yang diperlukan untuk memulihkan kembali organ kandungan seperti sebelum hamil dengan waktu kurang lebih 6 minggu (Walyani & Purwoastuti, 2015).

Masa nifas atau puerperium adalah setelah kala IV sampai dengan enam minggu berikutnya (pulihnya alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil). Akan tetapi seluruh otot genitalia baru pulih kembali seperti sebelum kehamilan dalam waktu 3 bulan. Masa ini merupakan periode kritis baik bagi ibu maupun bayinya. (Nurjasmi, E, dkk. 2016).

Masa nifas (puerperium) dimulai setelah plasenta lahir dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil. Masa nifas berlangsung selama kira-kira 6 minggu atau 42 hari, namun secara keseluruhan akan pulih dalam waktu 3 bulan (Kemenkes RI, 2015).

Berdasarkan referensi di atas dapat disimpulkan, masa nifas adalah masa yang dimulai dari setelah plasenta lahir atau dimulai dari kala IV yang berlangsung selama 6 minggu atau 42 hari yang berakhir dengan kembalinya alat-alat kandungan seperti sebelum hamil.

b. Fisiologi Nifas

Menurut Kemenkes RI (2015), dalam masa nifas alat-alat genetalia interna maupun eksterna akan berangsur pulih kembali seperti keadaan semula sebelum hamil atau disebut involusio uteri.

1) Uterus

Involusi atau pengerutan uterus merupakan suatu proses dimana uterus kembali ke kondisi sebelum hamil dengan berat sekitar 30 gram. Proses ini dimulai segera setelah plasenta lahir akibat kontraksi otot – otot polos uterus.

Involusi uteri merupakan suatu proses dimana uterus kembali ke kondisi sebelum hamil dengan bobot 60 gram (Rahayu, 2017).



Tabel 2.9
TFU dan Berat Uterus menurut Masa Involusi

Involusi uteri	Tinggi fundus uteri	Berat uterus
Saat bayi lahir	Setinggi pusat, 2 jari dibawah pusat	1000 gram
1 minggu post partum	Pertengahan pusat-simpisis	500 gram
2 minggu post partum	Tidak teraba diatas simpisis	350 gram
6 minggu post partum	Normal	50 gram
8 minggu post partum	Normal seperti sebelum hamil	30 gram

Sumber : Kemenkes RI. 2015.

2) Serviks

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

3) Lochea

Lochea adalah ekskresi cairan rahim selama masa nifas. Lochea mengandung darah dan sisa jaringan desidua yang nekrotik dari dalam uterus. Pemeriksaan lochea meliputi perubahan warna dan bau karena lochea memiliki ciri khas : bau amis atau khas darah dan adanya bau busuk menandakan adanya infeksi. Jumlah total pengeluaran seluruh periode lochea rata – rata \pm 240-270 ml

Tabel 2.10
Perbedaan Masing – Masing Lochea

Lochea	Waktu	Warna	Ciri-ciri
Rubra/merah (cruenta)	1-3 hari	Merah	Terdiri dari darah segar, jaringan sisa-sisa plasenta, dinding Rahim, lemak bayi, lanugo, dan meconium
Sanguinolenta	4-7 hari	Merah kecoklatan dan berlendir	Sisa darah dan berlendir
Serosa	8-14 hari	Kuning kecoklatan	Mengandung serum, leukosit dan robekan raserasi plasenta.
Alba putih	> 14 hari	Putih	Mengandung leukosit, sel desidua, sel epitel, selaput lender serviks, dan serabut jaringan yang mati

Sumber : Kemenkes RI. 2015.

4) *Vulva, Vagina* dan *Perineum*

Vulva dan vagina mengalami penekanan serta peregangan yang sangat besar selama proses melahirkan bayi, dan dalam beberapa hari pertama sesudah proses tersebut, kedua organ tetap berada dalam keadaan kendur. Setelah 3 minggu vulva dan vagina kembali atau berangsur-angsur akan muncul kembali sementara labia menjadi lebih menonjol. Himen tampak sebagai tonjolan kecil dan dalam proses pembentukan berubah menjadi *kurunkulae motiformis* yang khas bagi wanita *multipara*.

Perubahan pada perineum pasca melahirkan terjadi pada saat perineum mengalami robekan. Robekan jalan lahir dapat terjadi secara spontan ataupun dilakukan *episiotomy* dengan indikasi tertentu.

Ukuran vagina akan selalu lebih besar dibandingkan keadaan saat sebelum persalinan pertama. Meskipun demikian, latihan otot perineum dapat mengembalikan tonus otot tersebut dan dapat mengencangkan vagina hingga tingkat tertentu. Hal ini dapat dilakukan pada akhir puerperium dengan latihan harian (Marmi, 2015).

5) Sistem Pencernaan

Pasca melahirkan, kadar *progesterone* juga mulai menurun. Namun demikian fungsi usus memerlukan waktu 3-4 hari untuk kembali normal. Buang air besar secara spontan bisa tertunda selama 2-3 hari setelah ibu melahirkan. Keadaan ini bisa disebabkan karena tonus otot usus menurun selama proses

persalinan dan pada awal masa pascapartum, diare sebelum persalinan, enema sebelum melahirkan, kurang makan atau dehidrasi. Pada ibu yang mengalami *episiotomi*, laserasi dan hemoroid sering menduga nyeri saat defekasi sehingga ibu sering menunda untuk defekasi. Faktor tersebut mendukung konstipasi pada ibu nifas dalam minggu pertama. Suppositoria dibutuhkan untuk membantu eliminasi pada ibu nifas. Akan tetapi proses konstipasi juga dapat dipengaruhi oleh kurangnya pengetahuan ibu dan kekhawatiran lukanya akan terbuka bila ibu buang air besar (Marmi, 2015).

6) System Pencenaan

Sering kali memerlukan waktu 3-4 hari sebelum faal usus normal. Meskipun kadar progesterone menurun setelah melahirkan dan asupan makan pun menurun selama 1-2 hari gerak tubuh berkurang dan usus bagian bawah sering kosong jika melahirkan diberikan *enema*. Dan adanya rasa sakit pada *perenium* sehingga menyebabkan *obtipasi* (Rahayu, 2017).

7) Sistem Perkemihan

Ibu *postpartum* dianjurkan segera buang air kecil, agar tidak mengganggu proses involusi uteri dan ibu merasa nyaman. Namun, paska melahirkan ibu sulit merasa buang air kecil karena trauma yang terjadi pada *uretra* dan kandung kemih selama proses melahirkan. Kombinasi trauma akibat kelahiran akibat peningkatan kapasitas kandung kemih setelah bayi lahir, dan efek konduksi anestesi menyebab keinginan untuk berkemih menurun.

Selain itu, rasa nyeri pada panggul yang timbul akibat dorongan saat melahirkan, laserasi vagina, atau *episiotomi* menurunkan atau mengubah reflex berkemih. Penurunan berkemih, seiring *diuresis pascapartum* bisa menyebabkan distensi kandung kemih. Distensi kandung kemih yang muncul segera setelah wanita melahirkan dapat menyebabkan perdarahan berlebih karena keadaan ini bisa menghambat uterus berkontraksi dengan baik. Apabila terjadi distensi berlebih pada kandung kemih dalam mengalami kerusakan lebih lanjut (atoni). Dengan mengosongkan kandung kemih secara adekuat, tonus kandung kemih biasanya akan pulih kembali dalam 5-7 hari setelah bayi lahir (Marmi, 2015).

8) System *Muskuloskeletal*

Adaptasi system *musculoskeletal* mencakup hal yang membantu relaksasi dan hipermobilitas sendi serta perubahan pusat gravitasi akibat pembesaran *Rahim*. Stabilitas sendi lengkap terjadi pada minggu ke-6 sampai minggu ke-8 postpartum (Rahayu, 2017).

9) Tanda – tanda Vital

a) Suhu tubuh

Suhu tubuh wanita inpartu tidak lebih dari 37,2°. Pasca melahirkan, suhu tubuh dapat naik kurang lebih 0,5° dari keadaan normal. Kenaikan suhu badan ini akibat dari kerja keras sewaktu melahirkan, kehilangan cairan maupun kelelahan. Kurang lebih pada hari ke-4 postpartum, suhu badan akan naik lagi. Apabila kenaikan suhu tubuh diatas 38°C, waspada terhadap infeksi postpartum.

b) Nadi

Denyut nadi normal pada orang dewasa 60-80x/menit.

Pasca melahirkan, denyut nadi dapat mejadi *bradikardi* maupun lebih cepat. Denyut nadi yang melebihi 100x/menit, harus waspada kemungkinan infeksi atau perdarahan postpartum.

c) Tekanan Darah

Tekanan darah adalah tekanan yang dialami darah pada pembuluh arteri ketika darah dipompa oleh jantung ke seluruh anggota tubuh manusia. Tekanan darah normal manusia adalah *sistolik* antara 90/120 mmHg dan *diastolic* 60-80 mmHg. Pasca melahirkan pada kasus normal, tekanan darah biasanya tidak berubah. Perubahan tekanan darah menjadi lebih rendah pasca melahirkan diakibatkan oleh perdarahan. Sedangkan tekanan darah tinggi pada postpartum merupakan tanda terjadinya preeklampsia postpartum.

d) Pernafasan

Frekuensi pernafasan normal pada orang dewasa adalah 16-24x/menit. pada ibu postpartum umumnya pernafasan lambat atau normal dikarenakan ibu dalam keadaan pemulihan atau dalam kondisi istirahat. Keadaan pernafasan selalu berhubungan dengan keadaan suhu dan denyut nadi. Bila pernafasan pada masa *postpartum* menjadi lebih cepat, kemungkinan ada tanda-tanda syok (Marmi, 2015).

10) System *Endokrin*

Kadar *esterogen* menurun 10% dalam waktu sekitar 3 jam *postpartum* progesterone turun pada hari ke 13 postpartum dan

kadar prolactin dalam darah berangsur-angsur hilang (Rahayu, 2017).

11) System *Cardiovascular*

Setelah terjadi diuresis yang mencolok akibat penurunan kadar *esterogen* volume darah kembali keadaan tidak hamil dan jumlah sel darah merah dan *haemoglobin* kembali normal pada hari ke-5 (Rahayu, 2017).

12) System Hematologi

Hari pertama *postpartum* konsentrasi *haemoglobin* dan *hematokrit* berfluktuasi sedang pada waktu seminggu setelah persalinan. Volume darah akan kembali seperti sebelum hamil (Rahayu, 2017).

13) Proses Laktasi

Pada masa laktasi payudara optimal memproduksi air susu (ASI). Dari alveolus ASI disalurkan ke saluran kecil (*duktulus*), saluran kecil bergabung membentuk saluran besar (*duktus*). Kemudian saluran besar mengalami pelebaran disebut sinus. Kemudian saluran besar memusat ke dalam puting dan bermuara ke luar. Di dalam dinding alveolus maupun saluran, terdapat otot yang apabila berkontraksi dapat memompa ASI keluar.

Tabel 2.11

Jenis – Jenis ASI

Jenis-jenis ASI	Ciri-ciri
Kolostrum	Cairan pertama yang dikeluarkan oleh kelenjar payudara pada hari 1-3, berwarna kuning keemasan, mengandung protein tinggi rendah laktosa
ASI Transisi	Keluar pada hari 3-8, jumlah ASI meningkat tetapi protein rendah dan lemak, hidrat arang tinggi

Sumber : Kemenkes RI. 2015.

2. Asuhan Nifas

Asuhan masa nifas diperlukan karena merupakan masa kritis baik ibu maupun bayinya (Walyani, 2014).

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 (Saifuddin, dkk, 2013).

Tabel 2.12
Frekuensi Kunjungan Masa Nifas



Kunjungan	Waktu	Tujuan
I	6-8 jam setelah persalinan	<ol style="list-style-type: none">1. Mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri2. Mendeteksi penyebab lain perdarahan serta melakukan rujukan bila perdarahan berlanjut.3. Melakukan konseling pada ibu untuk keluarga jika terjadi masalah.4. Memfasilitasi ibu untuk pemberian ASI awal.5. Memfasilitasi, mengajarkan cara hubungan

		ibu dan bayi (Bouding attachment)
		6. Menjaga bayi tetap sehat dan hangat dengan cara mencegah hipotermia
		7. Memastikan ibu merawat bayi dengan baik (perawatan tali pusat, memandikan bayi) .
II	6 hari setelah persalinan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memastikan involusi uteri berjalan normal, uterus berkontraksi baik, tinggi fundus uteri dibawah pusat (umbilicus), tidak ada perdarahan, lochea tidak berbau 2. Mendeteksi tanda – tanda : demam, perdarahan abnormal, sakit kepala hebat, dll 3. Memastikan ibu mendapatkan asupan nutrisi, hidrasi dan istirahat yang cukup 4. Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tak memperhatikan tanda – tanda



		<p>penyulit</p> <p>5. Memberikan konseling pada ibu memberikan asuhan pada tali pusat, menjaga bayi tetap hangat dan merawat bayi sehari – hari</p> <p>6. Melakukan konseling KB secara mandiri</p> <p>7. Memastikan ibu untuk melakukan pemeriksaan bayi ke pelayanan kesehatan terdekat</p>
III	2 minggu setelah persalinan	Sama dengan kunjungan ke II
IV	6 minggu setelah persalinan	<p>1. Menanyakan kepada ibu adakah masalah/penyulit yang dialami ibu maupun bayinya.</p> <p>2. Memastikan ibu untuk memilih kontrasepsi efektif/sesuai kebutuhan</p>

Sumber : Saifuddin, dkk, 2013

a) Anamnesis

Tabel 2.13
Anamnesis pada Ibu Nifas

Riwayat ibu	Riwayat social ekonomi	Riwayat bayi
-------------	------------------------	--------------

1. Nama, umur	1. Respon ibu dan keluarga terhadap bayi	1. Menyusu
2. Tanggal dan tempat lahir	2. Kehadiran anggota keluarga untuk membantu ibu dirumah	2. Keadaan tali pusat
3. Penolong	3. Para pembuat keputusan dirumah	3. Vaksinasi
4. Jenis persalinan	4. Kebiasaan minum, merokok dan menggunakan obat	4. Buang air kecil/besar
5. Masalah-masalah selama persalinan	5. Kepercayaan dan adat istiadat	
6. Nyeri		
7. Menyusui atau tidak		
8. Keluhan saat ini		
9. Rencana masa datang kontrasepsi yang akan digunakan		

Sumber : Saifuddin, dkk, 2013.

b) Pemeriksaan kondisi ibu



Tabel 2.14

Pemeriksaan Fisik pada Ibu Nifas

Umum	Payudara	Perut/uterus	Vulva/perenium
1. Suhu tubuh	1. Puting susu pecah, pendek, rata	1. Tinggi fundus uteri	1. Luka episiotomi
2. Denyut nadi	2. Nyeri tekan	2. Kontraksi uterus	2. Pembengka
3. Tekanan darah	3. Abses	3. Kandung kemih	3. Pengeluaran lochea
4. Tanda-tanda anemia	4. Pembengkan		4. Haemoroid
5. Tanda-tanda edema/tromboflebitis	5. Pengeluaran ASI		
6. Refleks			
7. Varices			
8. CVAT (cortical vertebral area tenderness)			

Sumber : Saifuddin, dkk, 2013.

c) Penanganan

Tabel 2.15

Tindakan yang Baik untuk Masa Nifas

Tindakan	Diskriptif dan keterangan
Kebersihan diri	<ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan kebersihan seluruh tubuh. 2. Mengajarkan ibu bagaimana membersihkan daerah kelamin. 3. Sarankan ibu untuk mengganti pembalut setidaknya dua kali sehari.
Istirahat	<ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan ibu untuk beristirahat cukup untuk mencegah kelelahan yang berlebihan. 2. Sarankan ia untuk kembali ke kegiatan-kegiatan rumah tangga biasa perlahan-lahan, serta untuk tidur siang atau beristirahat selagi bayi tidur.
Gizi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ibu menyusui harus : <ol style="list-style-type: none"> a. mengkonsumsi tambahan 500 kalori tiap hari b. makan dengan diet berimbang untuk mendapatkan protein, mineral dan vitamin yang cukup c. minum setidaknya 3 liter air setiap hari (anjurkan ibu untuk minum setiap kali menyusui) d. pil zat besi harus diminum untuk menambah zat gizi setidaknya selama 40 hari pasca bersalin e. minum kapsul vitamin A (200.000 unit) agar bisa memberikan vitamin A kepada bayi melalui ASInya.
Perawatan payudara	<ol style="list-style-type: none"> 1. menjaga payudara tetap bersih dan kering. 2. Menggunakan BH yang menyokong payudara. 3. Apabila puting susu lecet oleskan kolostrum atau ASI yang keluar pada sekitar puting setiap kali selesai menyusui.
Hubungan perkawinan	<p>Secara fisik aman untuk memulai hubungan suami istri begitu darah merah berhenti dan ibu dapat memasukkan satu atau dua jarinya kedalam vagina tanpa rasa nyeri.</p>
Keluarga berencana	<ol style="list-style-type: none"> 1. Idealnya pasangan harus menunggu sekurang-kurangnya 2 tahun sebelum ibu hamil kembali. 2. Meskipun beberapa metoda KB mengandung resiko, menggunakan kontrasepsi tetap lebih aman terutama apabila ibu sudah haid lagi. 3. Sebelum menggunakan metoda KB, hal-hal berikut sebaiknya dijelaskan dahulu kepada ibu : <ol style="list-style-type: none"> a. Bagaimana metoda ini dapat mencegah kehamilan dan efektivitasnya b. Kelebihan dan keuntungannya c. Kekurangannya d. Efek samping e. Bagaimana menggunakan metoda itu

-
- f. Kapan metoda itu dapat mulai digunakan untuk wanita pascasalin yang menyusui.

Sumber : Saifuddin, dkk, 2013.

E. Tinjauan Teori Medis Keluarga Berencana

1. Konsep Dasar Keluarga Berencana

a. Pengertian keluarga berencana

Keluarga berencana adalah usaha untuk mengukur jumlah dan jarak anak yang diinginkan (Rahayu, 2017).

Kontrasepsi adalah upaya untuk mencegah terjadinya kehamilan yang bersifat sementara maupun permanen dan dapat dilakukan dengan menggunakan cara, alat atau obat-obatan (Proverawati dkk, 2015).

Kontrasepsi adalah suatu cara, alat atau obat-obatan untuk mencegah terjadinya kehamilan baik bersifat hormonal maupun non hormonal, jangka panjang dan juga jangka pendek.

b. Fisiologi Keluarga Berencana

Menurut Proverawati dkk (2015) idealnya pasangan harus menunggu sekurang-kurangnya dua tahun sebelum ibu hamil kembali. Biasanya ibu tidak akan menghasilkan telur (*ovulasi*) sebelum ia mendapatkan lagi haidnya selama meneteki (*amenorhoe laktasi*). Meskipun beberapa metode KB mengandung resiko,

penggunaan kontrasepsi tetap lebih aman terutama bila ibu sudah

haid lagi. Adapun macam-macam metode KB antara lain :

1) Metode Amenore Laktasi (MAL)

MAL adalah metode kontrasepsi sementara yang mengandalkan pemberian Air Susu Ibu (ASI) secara eksklusif, artinya hanya diberikan ASI saja tanpa tambahan makanan dan minuman lainnya. Metode ini khusus digunakan untuk menunda kehamilan selama 6 bulan setelah melahirkan dengan memberikan ASI eksklusif. MAL dapat dipakai sebagai alat kontrasepsi apabila :

- a) Menyusui secara penuh (*full breast feeding*), lebih efektif jika diberikan minimal 8 kali sehari.
- b) Belum mendapat haid.
- c) Umur bayi kurang dari 6 bulan.

Cara kerja MAL adalah menunda atau menekan terjadinya *ovulasi*. Pada masa laktasi/menyusui, hormon yang berperan adalah *prolaktin* dan *oksitosin*. Semakin sering menyusui, maka kadar prolaktin meningkat dan hormon *gonadotropin* melepaskan hormon penghambat (*inhibitor*). Hormon penghambat dapat mengurangi kadar *estrogen*, sehingga *ovulasi* tidak terjadi. MAL memiliki efektifitas sangat tinggi sekitar 98% apabila digunakan secara benar dan memenuhi persyaratan, yaitu digunakan selama enam bulan pertama setelah melahirkan, belum mendapat haid pasca melahirkan dan menyusui secara eksklusif (Proverawati dkk, 2015).

Manfaat kontrasepsi MAL antara lain :

- a) Efektifitas tinggi (98%) apabila digunakan selama enam bulan pertama setelah melahirkan, belum mendapat haid dan menyusui eksklusif.
- b) Dapat segera dimulai setelah melahirkan.
- c) Tidak memerlukan prosedur khusus, alat maupun obat.
- d) Tidak memerlukan pengawasan medis.
- e) Tidak mengganggu senggama.
- f) Mudah digunakan.
- g) Tidak perlu biaya.
- h) Tidak menimbulkan efek samping sistemik.
- i) Tidak bertentangan dengan budaya maupun agama.

MAL mempunyai keterbatasan antara lain :

- a) Memerlukan persiapan dimulai sejak kehamilan.
- b) Metode ini hanya efektif digunakan selama 6 bulan setelah melahirkan, belum mendapat haid dan menyusui secara eksklusif.
- c) Tidak melindungi dari penyakit menular seksual termasuk Hepatitis dan HIV.
- d) Tidak menjadi pilihan bagi wanita yang tidak menyusui.
- e) Kesulitan dalam mempertahankan pola menyusui secara eksklusif

(Proverawati dkk, 2015).

2) Kontrasepsi Pil

Pil adalah obat pencegah kehamilan yang diminum secara oral berisi hormone esterogen dan hormone progesterone

(Rahayu, 2017).

- a) Kontrasepsi Pil Kombinasi

Kontrasepsi pil kombinasi adalah pil yang mengandung hormon estrogen dan progesteron dengan dosis tertentu (Rahayu, 2017).

Mekanisme utama pil kombinasi untuk mencegah terjadinya kehamilan dengan menghambat keluarnya sel telur (*ovum*) dari indung telur (*ovarium*). Kontrasepsi pil kombinasi tidak akan mengganggu kembalinya kesuburan. Apabila dihentikan, kehamilan dapat terjadi pada bulan berikutnya (kecuali bila ditemukan gangguan lainnya). Penggunaan kontrasepsi pil kombinasi tidak dapat mencegah terjadinya infeksi menular seksual (IMS) pada penggunaannya.

Efek samping yang sering terjadi :

- (1) Amenore (tidak haid).
- (2) Mual, pusing atau muntah.
- (3) Perdarahan pervaginam/spotting.

Keadaan yang perlu mendapat perhatian :

- (1) Nyeri dada hebat, batuk dan napas pendek.
 - (2) Sakit kepala hebat.
 - (3) Nyeri tungkai hebat (betis atau paha).
 - (4) Nyeri abdomen hebat.
 - (5) Pandangan kabur
- b) Kontrasepsi pil progestin

Kontrasepsi pil progestin atau minipil adalah pil yang mengandung progestin dalam dosis yang sangat rendah. Mekanisme kontrasepsi pil progestin terjadi melalui penebalan lendir serviks sehingga menghambat penetrasi sperma melalui *kanalis servikalis*, menghambat lonjakan tengah siklus *hormon luteal* (LH) dan *folikel stimulating*

hormon (FSH), inhibisi perjalanan *ovum* di saluran tuba, mengganggu pematangan endometrium dan supresi ovulasi (hanya terjadi pada 50% dari keseluruhan pengguna).

Dengan penggunaan yang benar, efektifitas kontrasepsi pil progestin adalah 99,95% atau angka kegagalan hanya 0,5%. Tetapi dengan adanya keterlambatan jeda minum obat maka angka kegagalannya mencapai 5%. Efek samping penggunaan pil progestin diantaranya :

- (1) Gangguan frekuensi dan lamanya haid.
- (2) Sefalgia.

(Rahayu, 2017)

3) Kontrasepsi Suntik

Kontrasepsi suntik adalah suatu cara kontrasepsi melalui penyuntikan hormone, baik hormone progesterone saja sebagai suatu usaha pencegahan kehamilan pada wanita usia subur (Rahayu, 2017).

a) Kontrasepsi suntik kombinasi

Menurut Rahayu (2017) kontrasepsi suntik kombinasi terdiri dari dua hormon yaitu progestin dan estrogen seperti hormon alami pada tubuh seorang perempuan. Suntikan kombinasi dipasarkan dengan nama dagang *Ciclofem, Ciclofemia, Cyclofem, Cyclo-povera*, dan lain-lain.

Efektifitas kontrasepsi suntik kombinas :

- (1) Sangat efektif (0,1-0,4 kehamilan per 100 perempuan) selama tahun pertama penggunaan.

(2) Risiko kehamilan lebih besar jika perempuan terlambat disuntik atau melewati satu atau beberapa kali suntikan.

Efek samping dan masalah :

- (1) Amenore.
- (2) Mual, pusing dan muntah.
- (3) Perdarahan pervaginam/spotting.

Tanda-tanda yang harus diwaspadai pada pengguna suntikan kombinasi :

- (1) Nyeri dada hebat atau nafas pendek.
- (2) Sakit kepala hebat atau gangguan penglihatan.
- (3) Nyeri tungkai hebat. Tidak terjadi perdarahan atau spotting selama 7 hari sebelum suntikan berikutnya, kemungkinan terjadi kehamilan.

b) Kontrasepsi Suntik Progestin
Menurut BKKBN (2014) kontrasepsi suntik progestin yang umum digunakan adalah *Depo Medroxyprogesteron acetate* (DMPA) dan *Norethisteron Enanthate* (Net-En). Kontrasepsi progestin, tidak mengandung estrogen sehingga dapat digunakan pada masa laktasi dan perempuan yang tidak dapat menggunakan kontrasepsi yang mengandung estrogen. Suntikan progestin memiliki efektifitas yang tinggi (3 kehamilan per 1000 perempuan) pada tahun pertama penggunaan, asal penyuntikannya

dilakukan secara teratur sesuai jadwal yaitu setiap 12

minggu. Efek samping kontrasepsi suntik progestin :

- (1) Amenore.
- (2) Perdarahan ireguler.
- (3) Kenaikan berat badan.
- (4) Perut kembung dan tidak nyaman.
- (5) Perdarahan banyak atau berkepanjangan.
- (6) Sefalgia.

4) Kontrasepsi Implan

Menurut Proverawati (2015) implan mengandung

hormon *progestin*. Hormone *progestin* ditempatkan didalam kapsul implan satu atau dua batang, yang dipasang pada lapisan bawah kulit dibagian medial lengan atas dengan jangka 3 tahun. Waktu mulai menggunakan implant yaitu :

a) Implan dapat diberikan dalam waktu 7 hari siklus haid.

Tidak diperlukan kontrasepsi tambahan.

b) Bila implan diberikan setelah hari ke 7 siklus haid, klien tidak boleh melakukan hubungan seksual selama 7 hari atau menggunakan kontrasepsi tambahan selama 7 hari.

c) Bila klien tidak mendapat haid, implan dapat diberikan setiap saat, asal saja dapat dipastikan klien tidak hamil.

Klien tidak boleh melakukan hubungan seksual untuk 7 hari lamanya atau menggunakan metode kontrasepsi lain selama 7 hari.

d) Bila klien pasca persalinan 6 minggu – 6 bulan, menyusui, serta belum haid, implan dapat diberikan, asal dapat dipastikan klien tidak hamil.

e) Bila pasca persalinan > 6 minggu dan telah mendapat haid, maka implan dapat dipasang setiap saat, tetapi jangan

melakukan hubungan seksual selama 7 hari atau menggunakan kontrasepsi tambahan selama 7 hari.

Efek samping atau masalah yang ditemukan :

- (1) Amenore.
- (2) Ekspulsi.
- (3) Perdarahan pervaginam/spotting.
- (4) Infeksi pada daerah insersi
- (5) Berat badan naik/turun

5) Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR)

Menurut Nurjismi (2016) AKDR merupakan salah satu metode jangka panjang yang cukup efektif karena hanya terjadi kurang dari 1 kehamilan diantara 100 pengguna AKDR di tahun pertama memakai AKDR. AKDR post partum adalah AKDR yang dipasang pada saat 10 menit setelah plasenta lahir hingga 48 jam post partum. Perdarahan haid yang lebih lama serta nyeri dibawah perut merupakan efek samping utama dalam waktu 3-6 bulan penggunaan.

Cara kerja dari alat kontrasepsi AKDR adalah sebagai

berikut :

- a) Menghambat kemampuan sperma masuk ke *tuba fallopi*.
- b) Mempengaruhi fertilisasi sebelum *ovum* mencapai kavum uteri.
- c) AKDR bekerja mencegah sperma dan ovum bertemu, walaupun AKDR membuat sperma sulit masuk ke dalam alat reproduksi perempuan dan mengurangi kemampuan sperma untuk fertilisasi.
- d) Memungkinkan untuk mencegah implantasi.

6) Kontrasepsi Mantap

a) Tubektomi

Tubektomi merupakan suatu tindakan memotong atau menutup saluran tuba fallopi sehingga memutuskan jalur pertemuan ovum dan sperma (Rahayu, 2017).

Tubektomi adalah tindakan pada kedua saluran telur wanita yang mengakibatkan wanita tersebut tidak akan mendapat keturunan lagi. Jenis kontrasepsi ini bersifat permanen, karena dilakukan penyumbatan pada saluran telur wanita yang dilakukan dengan cara diikat, dipotong ataupun dibakar. Keuntungan dari kontrasepsi tubektomi adalah :

- (1) Penggunaannya sangat efektif, yaitu 0,5 kehamilan per 100 perempuan selama tahun pertama penggunaan.
- (2) Tidak mempengaruhi terhadap proses menyusui (breast feeding).
- (3) Tidak bergantung pada faktor senggama.
- (4) Baik bagi klien bila kehamilan akan menjadi resiko kehamilan yang serius.
- (5) Pembedahan sederhana, dapat dilakukan dengan anastesi lokal.
- (6) Tidak ada efek samping dalam jangka waktu yang panjang.

Namun, metode tubektomi ini juga memiliki keterbatasan-keterbatasan yang harus diperhatikan, yaitu :

- (1) Harus dipertimbangkan sifat mantap metode kontrasepsi ini (tidak dapat dipulihkan kembali), kecuali dengan reanalisis.
- (2) Klien dapat menyesal di kemudian hari.
- (3) Resiko komplikasi kecil, namun dapat meningkat apabila menggunakan anastesi umum.
- (4) Rasa sakit atau ketidaknyamanan muncul dalam waktu pendek setelah tindakan.
- (5) Dilakukan oleh dokter terlatih, yaitu dokter spesialis ginekologi untuk proses laparoskopopi.
- (6) Tidak melindungi diri dari IMS.
(Proverawati dkk, 2015).

b) Vasektomi

Vasektomi adalah tindakan memotong dan menutup saluran sperma (vasdeferens) yang menyalurkan sperma keluar dari testis (Rahayu, 2017).

Vasektomi adalah metode sterilisasi dengan cara mengikat saluran sperma (vas deferens) pria. Beberapa alternatif untuk mengikat saluran sperma tersebut, yaitu dengan mengikat saja, memasang klip tantalum, kauterisasi, menyuntikkan sclerotizing agent, menutup saluran dengan jarum dan kombinasinya (Proverawati dkk, 2015).

Angka keberhasilan vasektomi adalah sekitar 99%. Tetapi untuk dapat memastikan keberhasilan tersebut, sebaiknya 3 (tiga) bulan setelah dilakukan vasektomi maka diadakan pemeriksaan analisa sperma. Vasektomi

akan dikatakan berhasil manakala hasil pemeriksaannya

adalah azoospermia (Proverawati dkk, 2015).

2. Asuhan Keluarga Berencana

Menurut BKKBN (2014) tindakan konseling hendaknya

diterapkan 6 langkah yang dikenal dengan kata SATU TUJU yaitu :

SA : **S**apa dan **S**alam kepada klien secara terbuka dan sopan

T : **T**anyakan pada klien informasi tentang dirinya

U : **U**raikan kepada klien mengenai pilihannya dan beritahu beberapa jenis kontrasepsi yang paling mungkin.

TU : **BanT**Ulah klien menentukan pilihannya

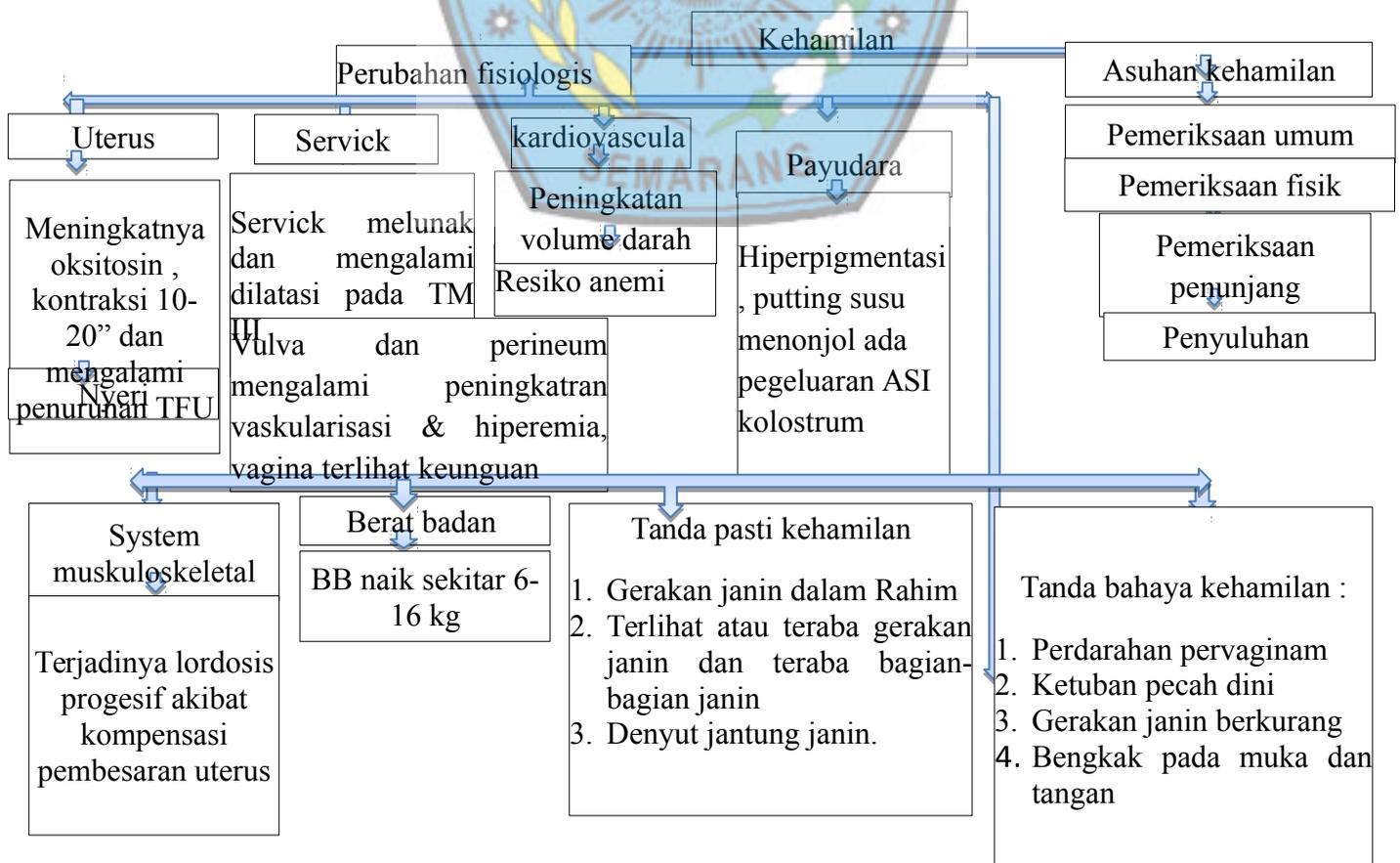
J : **J**elaskan secara lengkap bagaimana menggunakan kontrasepsi

pilihannya.

U : perlunya dilakukan kunjungan Ulang

F. Pathway

1. Pathway kehamilan trimester III

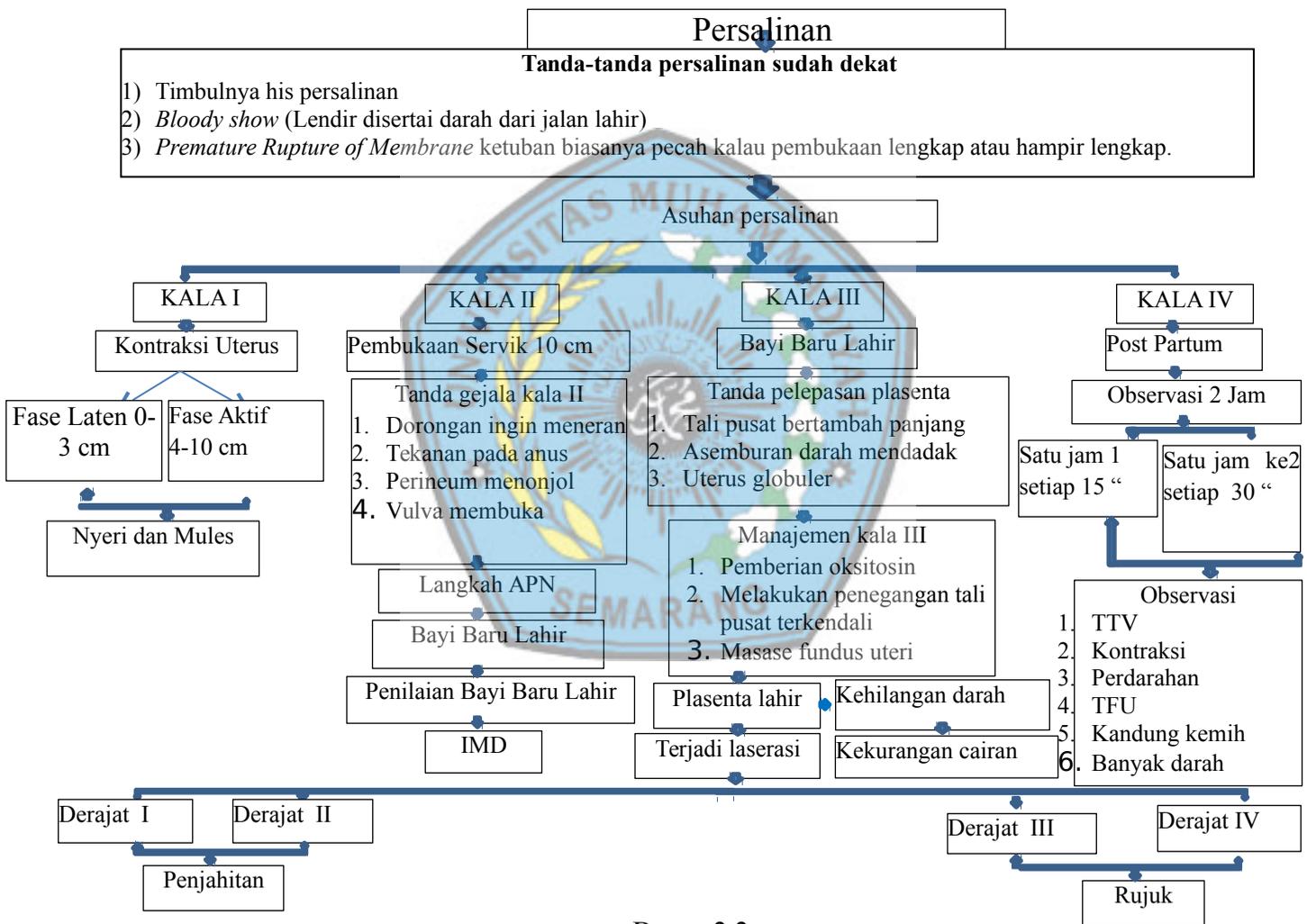


Pathway kehamilan trimester III

Sumber :

(Prawirohardjo, 2014), (Marmi, 2015), (Saifudin dkk, 2013), (Walyani, 2015), (Kemenkes RI, 2013), (Manuaba, 2011), (Sunarsih, 2011).

2. Pathway persalinan



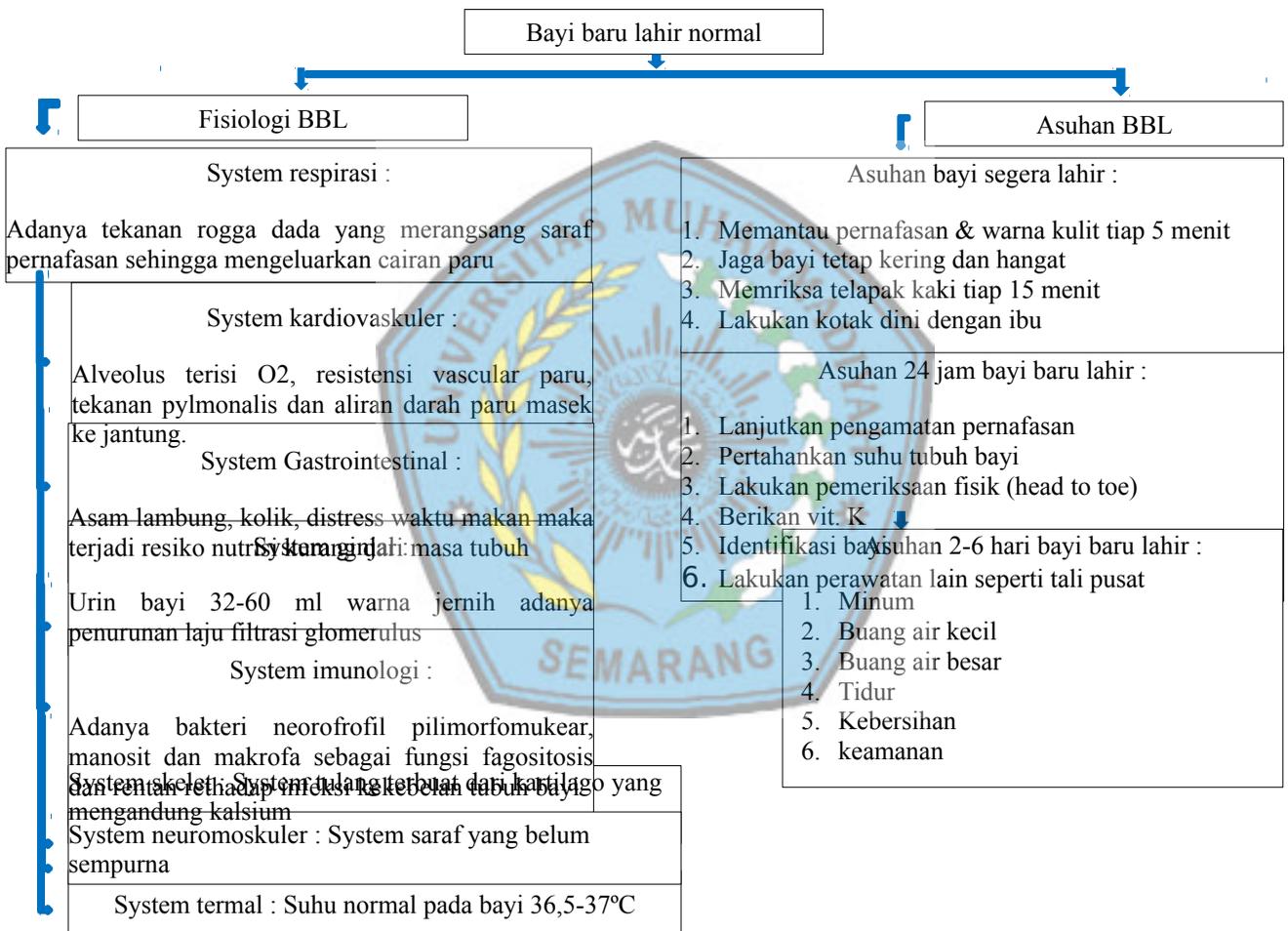
Bagan 2.2

Pathway persalinan

Sumber :

(Jannah, 2017), (Rahayu, 2017), (Sujiatini, 2016), (Prawirohardjo, 2014), (Sari dan Rimandini, 2014), (Nurjasmi dkk, 2016), (Sofian, 2011).

3. Pathway BBL



Bagan 2.3

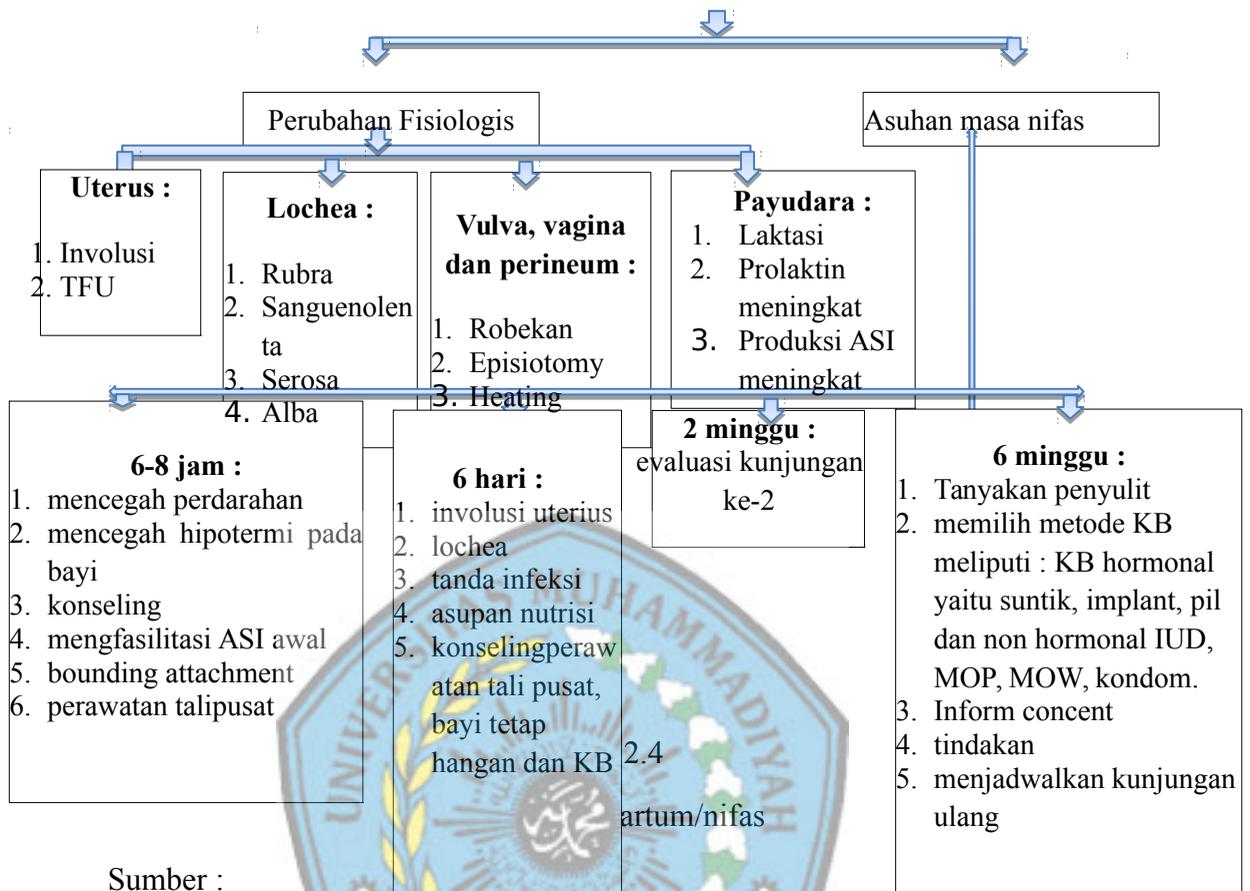
Patway bayi baru lahir

Sumber :

(Rahayu, 2017), (Rahmawati, 2017), (Tandon, 2016), (Marmi dan Kukul, 2016), (GAVI, 2015), (Marmi dan Raharjo, 2015), (Prawirohardjo, 2014), (Saifuddin, 2014), (Dewi, 2013), (Saifuddin, 2011).

4. Pathway Nifas

Postpartum/Nifas



Sumber :

(Rahayu, 2017), (Nurjismi, 2016), (Kemenkes RI, 2015), (Marmi, 2015), (Proverawati dkk, 2015), (Walyani dan Prawirohardjo, 2015), (BKKBN, 2014), (Saifuddin dkk, 2013).

G. Asuhan Manejemen Kebidanan

Manajemen kebidanan adalah proses pemecahan masalah kebidanan yang digunakan sebagai metode mengorganisasikan pikiran dan tindakan berdasarkan teori ilmiah, temuan, ketrampilan, dalam rangkaian atau tahapan yang logis dalam mengambil keputusan yang berfokus pada

pasien. Menejemen standart asuhan kebidanan merupakan indicator dalam menentukan apakah seorang bidan telah melanggar kewajibanya dalam menjalankan tugas profesinya (Walyani E.S.2014).

1. Manajemen kebidanan menurut Helen Varney

Menurut Walyani E.S (2014) metode asuhan varnay merupakan metode asuhan yang dilakukan dengan manajemen asuhan kebidanan dengan tujuh langkah, yaitu sebagai berikut :

a. Langkah I : Pengumpulan Data Dasar

Pada langkah ini dilakukan pengkajian dengan mengumpulkan semua data untuk mengevaluasi keadaan klien secara lengkap, sistematis dan berkesinambungan. Kemudian data yang diperoleh dicatat dan dianalisis, berupa :

- 1) Riwayat kesehatan
- 2) Pemeriksaan fisik sesuai dengan kebutuhan.
- 3) Meninjau catatan terbaru atau catatan sebelumnya.
- 4) Meninjau data laboratorium dan membandingkannya dengan hasil studi.

Pada langkah awal ini, mengumpulkan semua data akurat yang berkaitan dengan kondisi dan keadaaan pasien dari semua sumber yang berhubungan dengan kondisi klien.

b. Langkah II : Intrepretasi Data

Langkah awal dari perumusan diagnosis masalah adalah melakukan pengolahan dan analisis data dengan menggabungkan data sehingga tergambar suatu fakta (Nurhayati dkk, 2013).

Pada langkah ini, dilakukan identifikasi yang benar terhadap diagnosis atau masalah dan kebutuhan klien berdasarkan interpretasi yang benar atas dasar data-data yang telah di kumpulkan. Data dasar yang sudah dikumpulkan diinterpretasikan

sehingga di temukan masalah atau diagnosis yang spesifik.

Diagnosis kebidanan yaitu diagnosis yang di tegakan oleh profesi (bidan) dalam lingkup praktik kebidanan dan memenuhi standar

nomenklatur (tata nama) diagnosis kebidanan meliputi :

- 1) Diakui dan telah disyahkan oleh profesi.
- 2) Berhubungan langsung dengan praktis kebidanan.
- 3) Memiliki ciri khas kebidanan.
- 4) Didukung oleh clinical judgment dalam praktik kebidanan.
- 5) Dapat diselesaikan dengan pendekatan manajemen kebidanan.

c. Langkah III : Mengidentifikasi diagnosis atau masalah potensial

Diagnosis kebidanan dirumuskan dengan mengarah pada

asuhan kebidanan yang diperlukan oleh klien sesuai dengan wewenang bidan berdasarkan analisis data yang telah dikumpulkan (Walyani,2014).

Langkah ini, melakukan identifikasi masalah atau diagnosis potensial berdasarkan rangkaian masalah dan diagnosis yang telah diidentifikasi. Dalam mengidentifikasi masalah bidan membutuhkan antisipasi, bila memungkinkan dilakukan pencegahan, sambil mengamati klien, bidan diharapkan dapat bersiap-siap bila diagnosis/masalah potensial ini benar-benar terjadi.

d. Langkah IV : Mengidentifikasi dan menetapkan kebutuhan yang

memerlukan penanganan segera

Mengidentifikasi perlunya tindakan segera oleh bidan atau

dokter dengan di konsultasikan atau ditangani bersama dengan tim kesehatan lain sesuai dengan kondisi klien. Adanya kemungkinan

data yang diperoleh memerlukan tindakan yang harus dilakukan bidan (Mangkuji dkk, 2012).

e. Langkah V : Merencanakan asuhan yang menyeluruh

Langkah perencanaan dilakukan secara menyeluruh berdasarkan diagnosis kebidanan. Langkah ini merupakan kelanjutan manajemen terhadap diagnosis atau masalah yang telah diidentifikasi atau diantisipasi, pada langkah ini informasi atau data dasar yang tidak lengkap dapat dilengkapi (Walyani,2014).

f. Langkah VI : Melaksanakan perencanaan

Tindakan kebidanan dilaksanakan berdasarkan rencana dan perkembangan keadaan klien dan dilanjutkan evaluasi keadaan klien (Walyani,2014).

Pada langkah ini, rencana asuhan yang menyeluruh harus dilaksanakan secara efisien dan aman. Pelaksanaan ini bisa dilakukan seluruhnya oleh bidan atau anggota tim kesehatan lainnya.

g. Langkah VII : Evaluasi

Evaluasi asuhan kebidanan dilaksanakan secara terus menerus seiring dengan tindakan kebidanan yang dilaksanakan dan dievaluasi dari rencana yang telah dirumuskan (Walyani,2014).

Evaluasi keefektifan dari asuhan yang sudah diberi meliputi pemenuhan kebutuhan akan bantuan telah terpenuhi sesuai dengan kebutuhan sebagaimana telah diidentifikasi didalam masalah dan diagnosis.

2. Menejemen Kebidanan SOAP

Menurut Jannah (2012) catatan SOAP dipakai untuk pendokumentasian asuhan kebidanan karena pendokumentasian dengan metode SOAP berupa kemajuan yang sistematis yang mengorganisir penemuan dan kesimpulan hingga terwujud rencana asuhan.

Metode ini merupakan penyaringan dari proses penatalaksanaan kebidanan untuk tujuan dari penyediaan dan pendokumentasian asuhan. SOAP merupakan catatan yang bersifat sederhana, jelas logis dan tertulis (Walyani 2014).

Adapun contoh aplikasi Menejemn Asuhan Kebidanan SOAP yaitu :

a. S : Subjektif (langkah I)

Mengambarkan pendokumentasian hanya pengumpulan data dari pasien, suami atau keluarga melalui anamnesis (wawancara) yang merupakan ungkapan langsung tentang identitas berupa (nama, umur, pekerjaan, pendidikan dan alamat), keluhan masalah KB, riwayat menstruasi, riwayat kehamilan dan nifas yang lalu, riwayat KB, riwayat kesehatan dan pola kebiasaan sehari-hari.

b. O : Objektif (langkah I)

Mengambarkan pendokumentasian hasil analisa dan fisik klien, hasil lab dan tes diagnostik lain yang dirumuskan dalam data fokus untuk mendukung assessment. Pada data objektif yang diperoleh dari hasil pemeriksaan (tanda keadaan umum, tanda vital, fisik dan pemeriksaan lab atau pemeriksaan penunjang). Pemeriksaan dengan inspeksi, palpasi, auskultasi dan perkusi.

c. A : Assesment (langkah II,III,IV)

Assesment merupakan pendokumentasian hasil analisis dan interpretasi (kesimpulan) dari data subjektif dan objektif (Mangkuji, 2012).

Berdasarkan data yang terkumpul kemudian dibuat kesimpulan meliputi diagnosis, antisipasi diagnosis atau masalah potensial, serta perlu tidaknya tindakan segera. Dalam pendokumentasian manajemen kebidanan, 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.

d. P : Pelaksanaan (V,VI,VII)

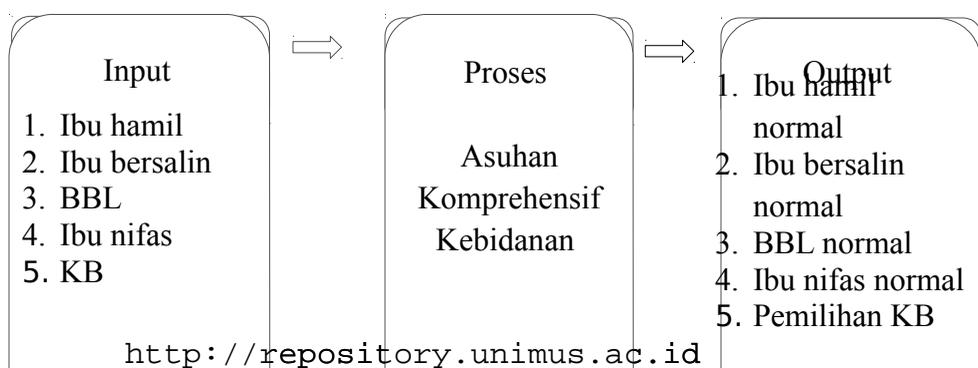
Mengambarkan pendokumentasian dan perencanaan serta evaluasi berdasarkan assessment (Mangkuji, 2012).

Rencana dari tindakan yang akan diberikan termasuk asuhan mandiri, kolaborasi, tes diagnosis atau laboratorium, serta konseling untuk tindak lanjut. Pada tahap terakhir ini melakukan kunjungan ulang dan mengkaji serta menanyakan keadaan umum dan TTV, menimbang berat badan, riwayat menstruasi, efek samping yang terjadi setelah memakai implan seperti amenorea, pendarahan spotting, rasa nyeri pada lengan, luka bekas insisi mengeluarkan darah atau nanah, eksplusi.

E. Kerangka Konseptual

Berdasarkan uraian dan tinjauan teori yang telah dijelaskan maka asuhan kebidanan pada ibu dan bayi mencakup asuhan kebidanan pada ibu hamil, asuhan kebidanaan pada ibu bersalin, asuhan kebidanan pada bayi baru lahir, asuhan kebidanan ibu nifas dan asuhan keluarga berencana (Walyani dan Elisabet, 2014).

Adapun kerangka konsep asuhan kebidanan pada ibu dan adalah sebagai berikut :





Bagan 2.5

Kerangka konseptual asuhan kebidanan komprehensif

Sumber : (Marwita, 2017).



I. Teori Kewenangan Bidan

1. Konsep Dasar PERMENKES RI Nomer 4 Tahun 2019

a. PERMENKES RI No. 4 Tahun 2019

Pada PERMENKES RI No.4 Tahun 2019 tentang standar teknis pemenuhan mutu pelayanan dasar pada standar pelayanan minimal bidang kesehatan, bahwa :

- 1) Standar Pelayanan Minimal (SPM) bidang kesehatan adalah merupakan ketentuan mengenai jenis dan mutu pelayanan dasar minimal bidang kesehatan yang merupakan urusan pemerintahan wajib yang berhak diperoleh setiap warga negara.
- 2) Standar Teknis SPM bidang kesehatan adalah ketentuan standar jumlah dan kualitas barang dan/atau jasa, personal/sumber daya manusia kesehatan dan petunjuk teknis atau tata cara

- memenuhi standar dari masing-masing jenis dan mutu pelayanan dasar SPM Bidang Kesehatan.
- 3) Pelayanan Dasar Minimal Bidang Kesehatan adalah pelayanan publik untuk memenuhi kebutuhan dasar kesehatan warga Negara.
 - 4) Jenis Pelayanan dasar SPM Bidang Kesehatan adalah jenis pelayanan dalam rangka penyediaan barang dan/atau jasa kebutuhan dasar minimal kesehatan yang berhak diperoleh setiap warga Negara.
 - 5) Mutu Pelayanan dasar minimal Bidang Kesehatan adalah ukuran kuantitas dan kualitas barang dan/atau jasa kebutuhan dasar kesehatan serta pemenuhan sesuai standar teknis agar hidup secara layak.
 - 6) Urusan pemerintahan wajib bidang kesehatan adalah urusan pemerintahan bidang kesehatan yang wajib diselenggarakan oleh pemerintah daerah provinsi/kabupaten/kota.
 - 7) Pemerintah Pusat adalah Presiden Republik Indonesia yang memegang kekuasaan pemerintahan Negara Republik Indonesia yang dibantu oleh wakil Presiden dan Menteri sebagaimana dimaksud dalam Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945.
 - 8) Daerah Otonom, yang selanjutnya disebut Daerah adalah kesatuan masyarakat hukum yang mempunyai batas-batas wilayah yang berwenang mengatur dan mengurus urusan pemerintahan dan kepentingan masyarakat setempat menurut

prakarsa sendiri berdasarkan aspirasi masyarakat dalam Sistem Negara Kesatuan Republik Indonesia.

9) Pemerintah Daerah adalah kepala daerah sebagai unsur penyelenggara Pemerintahan Daerah yang memimpin pelaksanaan urusan pemerintahan yang menjadi kewenangan Daerah.

10) Penduduk adalah Warga Negara Indonesia dan Orang Asing yang bertempat tinggal di Indonesia.

11) Warga Negara Indonesia, yang selanjutnya disebut Warga Negara adalah orang bangsa Indonesia asli dan orang bangsa lain yang disahkan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

b. Pemenuhan Mutu Pelayanan Dasar Pada SPM Bidang

Kesehatan Daerah Kabupaten/Kota

1) Pelayanan Kesehatan Ibu Hamil

a) Standar Jumlah dan Kualitas Personil/Sumber Daya Manusia

Kesehatan Tenaga kesehatan meliputi :

- (1) Dokter/ dokter spesialis kebidanan, atau
- (2) Bidan, atau
- (3) Perawat

b) Petunjuk Teknis atau Tata Cara Pemenuhan Standar

(1) Pernyataan Standar Setiap ibu hamil mendapatkan

pelayanan antenatal sesuai standard dan yang wajib

memberikan pelayanan kesehatan ibu hamil di wilayah

kerja kabupaten/kota tersebut dalam kurun waktu satu

tahun.

(2) Pelayanan antenatal yang sesuai standar yang meliputi :

- 1) Standar kuantitas. 2) Standar kualitas.

c) Mekanisme Pelayanan

- (1) Penetapan sasaran ibu hamil di wilayah kabupaten/kota dalam satu tahun menggunakan data proyeksi BPS atau data riil yang diyakini benar, dengan mempertimbangkan estimasi dari hasil survei/ riset yang terjamin validitasnya, yang ditetapkan oleh Kepala Daerah.
 - (2) Standar kuantitas adalah Kunjungan 4 kali selama periode kehamilan (K4) dengan ketentuan :
 - (a) Satu kali pada trimester pertama.
 - (b) Satu kali pada trimester kedua.
 - (c) Dua kali pada trimester ketiga.
 - d) Standar kualitas yaitu pelayanan antenatal yang memenuhi 10 T, meliputi: a. Pengukuran berat badan, b. Pengukuran tekanan darah, c. Pengukuran Lingkar Lengan Atas (LILA), d. Pengukuran tinggi puncak rahim (fundus uteri), e. Penentuan Presentasi Janin dan Denyut Jantung Janin (DJJ), f. Pemberian imunisasi sesuai dengan status imunisasi, g. Pemberian tablet tambah darah minimal 90 tablet, h. Tes Laboratorium, i. Tatalaksana/penanganan kasus, j. Temu wicara (konseling).
- 2) Pelayanan Kesehatan Ibu Bersalin
- a) Standar Jumlah dan Kualitas Personil/Sumber daya Manusia Kesehatan Tenaga kesehatan meliputi : a. Dokter/ dokter spesialis kebidanan dan kandungan, atau b. Bidan, atau c. Perawat
 - b) Petunjuk Teknis atau Tata Cara Pemenuhan Standar
 - (1) Pernyataan Standar Setiap ibu bersalin mendapatkan pelayanan persalinan sesuai standar dan yang wajib memberikan Pelayanan Kesehatan Ibu Bersalin kepada

semua ibu bersalin di wilayah kerja kabupaten/kota tersebut dalam kurun waktu satu tahun.

(2) Pengertian Pelayanan persalinan sesuai standar meliputi

: 1) Persalinan normal dan 2) Persalinan komplikasi.

c) Mekanisme Pelayanan

(1) Penetapan sasaran ibu bersalin di wilayah kabupaten/kota dalam satu tahun menggunakan data proyeksi BPS atau data riil yang diyakini benar, dengan mempertimbangkan estimasi dari hasil survei/ riset yang terjamin validitasnya, yang ditetapkan oleh Kepala Daerah.

(2) Standar persalinan normal adalah Acuan Persalinan Normal (APN) sesuai standar : a) Dilakukan di fasilitas pelayanan kesehatan, b) Tenaga penolong minimal 2 orang, terdiri dari : (1) Dokter dan bidan, atau (2) 2 orang bidan, atau (3) Bidan dan perawat

(3) Standar persalinan komplikasi mengacu pada Buku Saku Pelayanan Kesehatan Ibu di fasilitas pelayanan kesehatan

Dasar dan Rujukan.

3) Pelayanan Kesehatan Bayi Baru Lahir

a) Standar Jumlah dan Kualitas Personil/Sumber Daya Manusia

Kesehatan Tenaga kesehatan meliputi : a. Dokter/ dokter spesialis anak, atau b. Bidan, atau c. Perawat

b) Petunjuk Teknis atau Tata Cara Pemenuhan Standar

(1) Pernyataan Standar Setiap bayi baru lahir mendapatkan pelayanan kesehatan neonatal esensial sesuai standar kepada semua bayi usia 0-28 hari di wilayah kerja kabupaten/kota tersebut dalam kurun waktu satu tahun.

- (2) Pengertian Pelayanan kesehatan bayi baru lahir sesuai standar meliputi : 1) Standar kuantitas, dan 2) Standar kualitas.
- c) Mekanisme Pelayanan
- (1) Penetapan sasaran bayi baru lahir di wilayah kabupaten/kota dalam satu tahun menggunakan data proyeksi BPS atau data riil yang diyakini benar, dengan mempertimbangkan estimasi dari hasil survei/ riset yang terjamin validitasnya, yang ditetapkan oleh Kepala Daerah
- (2) Standar kuantitas adalah kunjungan minimal 3 kali selama periode neonatal, dengan ketentuan : a) Kunjungan Neonatal 1 (KN1) 6 - 48 jam, b) Kunjungan Neonatal 2 (KN2) 3 - 7 hari, c) Kunjungan Neonatal 3 (KN3) 8 - 28 hari.
- (3) Standar kualitas : a) Pelayanan Neonatal Esensial saat lahir (0-6 jam). Perawatan neonatal esensial saat lahir meliputi : (1) Pemotongan dan perawatan tali pusat, (2) Inisiasi Menyusu Dini (IMD), (3) Injeksi vitamin K1, (4) Pemberian salep/tetes mata antibiotic, (5) Pemberian imunisasi (injeksi vaksin Hepatitis B0). b) Pelayanan Neonatal Esensial setelah lahir (6 jam – 28 hari). Perawatan neonatal esensial setelah lahir meliputi : (1) Konseling perawatan bayi baru lahir dan ASI eksklusif.
- (2) Memeriksa kesehatan dengan menggunakan

pendekatan MTBM, (3) Pemberian vitamin K1 bagi yang lahir tidak di fasilitas pelayanan kesehatan atau belum mendapatkan injeksi vitamin K1, (4) Imunisasi Hepatitis B injeksi untuk bayi usia < 24 jam yang lahir tidak ditolong tenaga kesehatan, (5) Penanganan dan rujukan kasus neonatal komplikasi.

