

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Teori Medis

1. Kehamilan

a. Pengertian kehamilan

Kehamilan adalah proses pertemuan dan persenyawaan antara spermatozoa (sel mani) dengan sel telur (ovum) yang menghasilkan zigot dan berakhir sampai permulaan persalinan (Maritalia dkk, 2013).

Kehamilan adalah fertilisasi atau penyatuan dari spermatozoa dan ovum dan dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi yang berlangsung dalam waktu 40 minggu atau 9 bulan (Prawirohardjo, 2014)

Jadi kehamilan adalah proses bersatunya sel sperma dan sel telur yang menghasilkan zigot yang berakhir sampai permulaan persalinan yaitu dalam waktu 40 minggu atau 9 bulan.

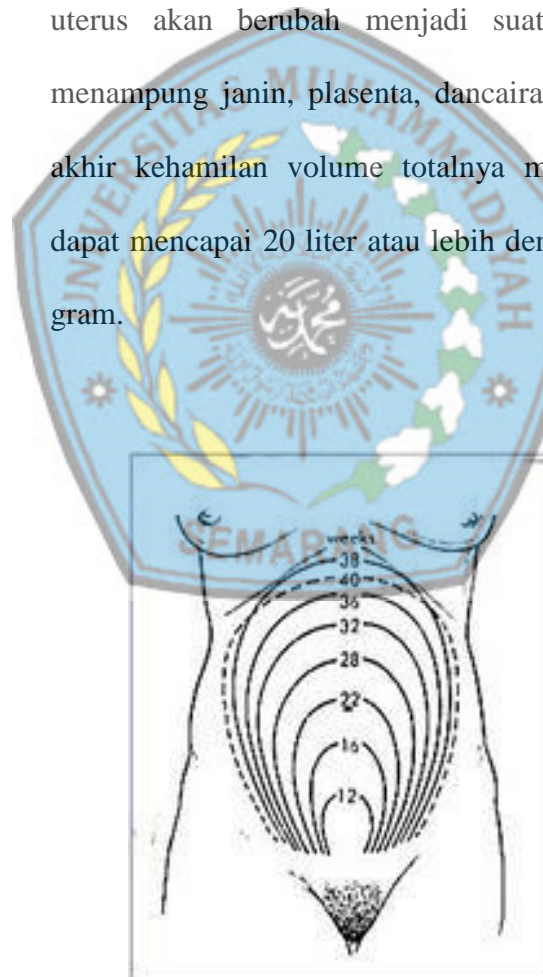
Kehamilan dipengaruhi berbagai hormon yaitu hormon estrogen, progesteron, human chorionic gonadotropin, human somatomotropin, prolaktin dsb. Human chorionic Gonadotroin (HCG) adalah hormon aktif khusus yang berperan selama awal

masa kehamilan berfluktuasi kadarnya selama kehamilan.(K Icesmi dan margareth,2015)

- b. Perubahan anatomi dan adaptasi fisiologi pada ibu hamil Menurut Menurut Prawirohardjo (2014) fisiologi kehamilan adalah :

1) Uterus

Pada perempuan tidak hamil uterus mempunyai berat 70 gram dan kapasitas 10 ml atau kurang. Selama kehamilan, uterus akan berubah menjadi suatu organ yang mampu menampung janin, plasenta, dan cairan amnion rata-rata pada akhir kehamilan volume totalnya mencapai 5 liter bahkan dapat mencapai 20 liter atau lebih dengan berat rata-rata 1100 gram.



Gambar 2.1 tinggi *fundus* uteri

Sumber prawirohardjo (2010)

Tabel 2.1 tinggi *fundus* uteri berdasarkan usia kehamilan

Usia Kehamilan	Tinggi Fundus Uteri (TFU)
28 minggu	3 Jari diatas pusat
32 minggu	Pertengahan pusat– <i>prosesus xiphoideus</i> (px)
36 minggu	3 Jari dibawah <i>prosesus xiphoideus</i> (px)
40 minggu	Pertengahan pusat– <i>prosesus xiphoideus</i> (px)

Sumber :Prawirohardjo (2010).

2) Vagina dan Vulva

Selama kehamilan peningkatan vaskularisasi dan hyperemia terlihat jelas pada kulit dan otot-otot di perineum dan vulva, sehingga pada vagina akan terlihat bewarna keunguan yang dikenal dengan tanda *Chadwicks*

3) Ovarium

Proses ovulasi selama kehamilan akan terhenti dan pematangan folikel baru juga ditunda. Hanya satu korpus luteum yang dapat ditemukan di ovarium. Folikel ini akan berfungsi maksimal selama 6-7 minggu awal kehamilan dan setelah itu akan berperan sebagai penghasil progesterone dalam jumlah yang relative minimal.

4) Kulit

Pada kulit dinding perut akan terjadi perubahan warna menjadi kemerahan, kusam, dan kadang-kadang juga akan mengenai daerah payudara dan paha. perubahan ini dikenal dengan nama *striae gravidarum*. Pada multipara selain striae kemerahan itu seringkali garis berwarna perak berkilau yang

merupakan sikatrik dan striae sebelumnya.

5) Mammae

Payudara mengalami pertumbuhan dan perkembangan sebagai persiapan memberikan ASI pada saat laktasi. Perkembangan payudara tidak dapat dilepaskan dari pengaruh hormone saat kehamilan, yaitu estrogen, progesterone. Jika payudara makin membesar, striae seperti diperut akan muncul.

6) Perubahan Metabolik

Dengan terjadinya kehamilan, metabolisme tubuh mengalami perubahan yang mendasar, dimana kebutuhan nutrisi makin tinggi untuk pertumbuhan janin dan persiapan pemberian ASI. Diperkirakan selama kehamilan berat badan akan bertambah 12,5 kg.

Pada kehamilan normal akan terjadi hipoglikemia puasa yang disebabkan oleh kenaikan kadar insulin, hiperglikemia postprandial dan hiperinsulinemia. Zinc (Zn) sangat penting untuk pertumbuhan dan perkembangan janin. Beberapa penelitian menunjukkan kekurangan zat ini dapat menyebabkan pertumbuhan janin terhambat.

Tabel 2.2 Analisis Penambahan Berat Berdasarkan Proses Fisiologis

Minggu Kehamilan	Janin	Plasenta	Cairan Amnion (mL)	Persentase Cairan
16	100	100	200	50
28	1000	200	1000	45
36	2500	400	900	24
40	3300	500	800	17

Sumber : Queenan (1991) dalam Cunningham (2013)

7) Sistem Kardiovaskuler

Pada kehamilan uterus akan membesar dan akan menekan vena kava inferior dan aorta bawah ketika dalam posisi terlentang. Penekanan vena kava inferior ini akan mengurangi darah balik ke vena jantung. Akibatnya terjadinya penurunan *preload* dan *cardiac output* sehingga akan menyebabkan terjadinya hipotensi arterial yang dikenal dengan sindrom supine dan pada keadaan yang cukup berat akan mengakibatkan ibu kehilangan kesadaran. Penekanan aorta ini akan juga akan mengurangi aliran darah uteroplasenta ke ginjal. Selama trimester terakhir posisi terlentang akan membuat fungsi ginjal menurun jika dibandingkan posisi miring. Karena alasan inilah tidak dianjurkan ibu hamil dalam posisi terlentang pada akhir kehamilan.

8) Traktus Digestivus

Seiring dengan makin besarnya uterus, lambung dan usus akan tergeser. Demikian juga dengan yang lainnya seperti apendiks yang akan bergeser ke arah atas dan lateral. Perubahan yang nyata akan terjadi pada penurunan motilitas otot polos pada traktus digestivus dan penurunan sekresi asam hidroklorid dan peptin di lambung sehingga akan menimbulkan gejala berupa *pyrosis (heartburn)* yang disebabkan oleh refluks asam lambung ke esofagus bawah sebagai akibat perubahan posisi lambung dan menurunnya sfingter esofagus bagian bawah. Mual terjadi akibat penurunan asam hidroklorid dan penurunan motilitas, serta konstipasi sebagai akibat penurunan motilitas usus besar.

9) Traktus Urinarius

Pada bulan-bulan pertama kehamilan kandung kemih akan tertekan oleh uterus yang mulai membesar sehingga menimbulkan sering kemih. Keadaan ini akan hilang dengan makin tuanya kehamilan bila uterus keluar dari rongga panggul. Pada akhir kehamilan, jika kepala janin sudah mulai turun ke pintu panggul, keluhan itu akan timbul kembali.

Tanda dan Gejala Kehamilan

b. Menurut Kusmiyati (2010) tanda dan gejala kehamilan adalah :

1) Tanda tidak pasti kehamilan

a) *Amenorea* (tidak dapat haid)

Gejala ini sangat penting karena umumnya wanita hamil tidak dapat haid lagi. Dengan diketahuinya tanggal hari pertama haid terakhir supaya dapat ditaksir umur kehamilan dan taksiran tanggal persalinan akan terjadi, dengan memakai rumus *Neagle*: $HT - 3 (\text{bulan} + 7)$.

b) Mual dan muntah

Biasa terjadi pada bulan-bulan pertama kehamilan hingga akhir triwulan pertama. Sering terjadi pada pagi hari disebut "*morning sickness*".

c) *Anoreksia* (tidak ada selera makan)

Hanya berlangsung pada triwulan pertama kehamilan, tetapi setelah itu nafsu makan timbul lagi.

d) *Mamae* menjadi tegang dan membesar.

Keadaan ini disebabkan pengaruh hormon estrogen dan progesteron yang merangsang duktus dan alveoli payudara.

e) Miksi sering

Sering buang air kecil disebabkan karena kandung kemih tertekan oleh uterus yang mulai membesar. Gejala ini akan hilang pada triwulan kedua kehamilan. Pada akhir

kehamilan, gejala ini kembali karena kandung kemih ditekan oleh kepala janin.

f) Konstipasi atau obstipasi

Ini terjadi karena tonus otot usus menurun yang disebabkan oleh pengaruh hormon steroid yang dapat menyebabkan kesulitan untuk buang air besar.

g) Pigmentasi (perubahan warna kulit)

Pada areola mammae, genital, cloasma, linea alba yang berwarna lebih tegas, melebar dan bertambah gelap terdapat pada perut bagian bawah.

h) *Epulis*

Suatu *hiperirofi papilla gingivae* (gusi berdarah).

Sering terjadi pada triwulan pertama.

i) *Varises* (pemekaran vena-vena)

Karena pengaruh dari hormon estrogen dan progesteron terjadi penampakan pembuluh darah vena.

Penampakan pembuluhdarah itu terjadi disekitar genetalia eksterna, kaki dan betis, dan payudara.

2) Tanda Kemungkinan Hamil

a) Perut membesar

Setelah kehamilan 14 minggu, rahim dapat diraba dari luar dan mulai pembesaran perut

b) Uterus membesar

Terjadi perubahan dalam bentuk, besar, dan konsistensi dari rahim. Pada pemeriksaan dalam dapat diraba bahwa uterus membesar dan bentuknya makin lama makin bundar.

c) Tanda *Hegar*

Konsistensi rahim dalam kehamilan berubah menjadi lunak, terutama daerah ismus. Pada minggu-minggu pertama ismus uteri mengalami hipertrofi seperti korpus uteri.

d) Tanda *Chadwick*

Perubahan warna menjadi kebiruan atau keunguan pada vulva, vagina, dan serviks. Perubahan warna ini disebabkan oleh pengaruh hormon estrogen.

e) Tanda *Piscaseck*

Uterus mengalami pembesaran, kadang-kadang pembesaran tidak rata tetapi di daerah telur bernidasi lebih cepattumbuhnya.

f) Tanda *Braxton-Hicks*

Bila uterus dirangsang mudah berkontraksi. Tanda khas untuk uterus dalam masa hamil. Pada keadaan uterus yang membesar tetapi tidak ada kehamilan misalnya pada mioma uteri, tanda *Braxton-Hicks* tidak ditemukan.

g) Teraba *ballotemen*

Merupakan fenomena bandul atau pantulan balik. Ini adalah tanda adanya janin di dalam uterus.

h) Reaksi kehamilan positif

Cara khas yang dipakai dengan menentukan adanya *Human Chorionic Gonadotropin*(HCG) pada kehamilan muda adalah air kencing pertama pada pagi hari. Dengan tes ini dapat membantu menentukan diagnosa kehamilan sedini mungkin.

3) Tanda pasti kehamilan

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

b) Denyut jantung janin

(1) Didengar dengan stetoskop-monoral leanec

(2) Dicatat dan didengar dengan alat doppler

(3) Dicatat dengan fetu-elektro kardiogram

(4) Dilihat pada ultrasonograf.

c. Antenatal Care

1) Pengertian *Antenatal Care* (ANC)

Antenatal Care (pelayanan antenatal) adalah pelayanan kesehatan oleh tenaga kesehatan untuk ibu selama masa kehamilannya. Tujuan utama asuhan antenatal adalah untuk memfasilitasi hasil yang sehat dan positif bagi ibu maupun

bayinya dengan cara membina hubungan saling percaya

Dengan ibu mendeteksi komplikasi – komplikasi yang dapat menancam jiwa mempersiapkan keliran dan memberikan pendidikan (Kusmiyati dkk, 2014).

2) Tujuan *Antenatal Care* (ANC)

Tujuan utama dari pelayanan *Antenatal Care* (ANC) yaitu memantau kemajuan kehamilan untuk memastikan kesehatan ibu dan tumbuh kembang bayi, meningkatkan dan mempertahankan kesehatan fisik, mental dan sosial ibu dan bayi, mengenali secara dini adanya ketidak normalan atau komplikasi yang mungkin terjadi selama hamil, termasuk riwayat penyakit secara umum, kebidanan dan pembedahan, mempersiapkan persalinan cukup bulan, melahirkan dengan selamat, ibu dan bayinya dengan trauma semaksimal mungkin, serta mempersiapkan ibu agar masa nifas berjalan normal dan pemberian ASI Eksklusif, mempersiapkan peran ibu dalam menerima kelahiran bayi agar dapat tumbuh kembang secara normal (Nurul Jannah,2012).

d. Pemeriksaan Rutin Ibu Hamil

1) Identifikasi dan riwayat kesehatan :

a) Data umum pribadi : Nama, Usia, Alamat, Pekerjaan ibu/suami, Lamanya menikah, Kebiasaan yang dapat merugikan kesehatan.

- b) Keluhan saat ini : Jenis dan sifat gangguan yang dirasakan ibu, Lamanya mengalami gangguan tersebut
- c) Riwayat haid : Hari Pertama Haid Terakhir (HPHT), Usia kehamilan dan Tanggal Taksiran persalinan (TTP).

Memakai rumus Neagle :

- (1) HPHT bulan Januari-Maret

TTP = hari+7, bulan+9, tahun tetap

- (2) HPHT bulan April-Desember

TTP = hari+7, bulan-3, tahun+1 (Nurul Jannah,2012).

- d) Riwayat kehamilan dan persalinan : Asuhan (antenatal, persalinan, dan nifas kehamilan sebelumnya, Cara persalinan, Jumlah dan Jenis kelamin anak hidup, Berat badan lahir, Cara pemberian asupan bagi bayi yang dilahirkan, Informasi dan saat persalinan atau keguguran terakhir.
- e) Riwayat kehamilan saat ini : Identifikasi kehamilan, Identifikasi penyulit, penyakit lain yang diderita, Gerakan bayi dalam kandungan.
- f) Riwayat penyakit dalam keluarga : Diabetes melitus, Hipertensi, Hamil kembar, Kelainan bawaan.
- g) Riwayat penyakit ibu : Penyakit pernah diderita, DM, HDK, ISK, Penyakit jantung, Infeksi virus berbahaya,

Alergi obat atau makanan tertentu.

- h) Riwayat penyakit yang memerlukan tindakan pembedahan : Dilatasi dan Kuretase, Reparasi vagina, SC, Serviks inkompeten, Operasi non ginekologi (Kusmiyati dkk, 2009).

e. Jadwal Pemeriksaan Kehamilan

Kebijakan Program WHO

Pemeriksaan kehamilan dilaksanakan minimal 4 kali selama kehamilan, Yaitu:

- 1) Satu kali pada trimester pertama.
- 2) Satu kali pada trimester kedua.
- 3) Dua kali pada trimester ketiga (Nurul Jannah, 2012).

f. Tanda Bahaya dalam Kehamilan

Tanda bahaya kehamilan adalah suatu kehamilan yang memiliki suatu tanda bahaya atau resiko lebih besar dari biasanya (baik bagi ibu maupun bayinya), akan terjadinya penyakit atau kematian sebelum maupun sesudah persalinan .

Macam – macam tanda bahaya kehamilan menurut Nurul Jannah (2012) tanda bahaya kehamilan adalah :

- 1) Sakit kepala yang hebat

Sakit kepala selama kehamilan adalah umum dan seringkali merupakan ketidaknyaman yang normal dalam kehamilan. Sakit kepala yang menunjukkan suatu masalah

yang serius adalah sakit kepala yang hebat yang menetap dan tidak hilang dengan beristirahat. Kadang-kadang dengan sakit kepala yang hebat tersebut, ibu mungkin menemukan bahwa penglihatannya menjadi kabur atau berbayangan. Sakit kepala yang hebat dalam kehamilan adalah gejala dari pre eklamsia.

2) Bengkak pada muka dan tangan, kaki

Bengkak bisa menunjukkan adanya masalah serius jika muncul pada muka dan tangan tidak hilang setelah beristirahat dan diikuti dengan keluhan fisik yang lain. Hal ini bisa merupakan pertanda anemia, gagal jantung atau pre eklamsia.

3) Nyeri abdomen yang hebat

Nyeri abdomen yang dimaksud adalah yang tidak berhubungan dengan persalinan normal.

4) Bayi kurang bergerak seperti biasa

Ibu mulai merasakan gerakan bayinya selama bulan ke-5 atau ke-6, beberapa ibu dapat merasakan gerakan bayinya lebih awal. Bayi harus bergerak paling sedikit 3 kali dalam periode 3 jam.

5) Keluar air ketuban dari jalan lahir

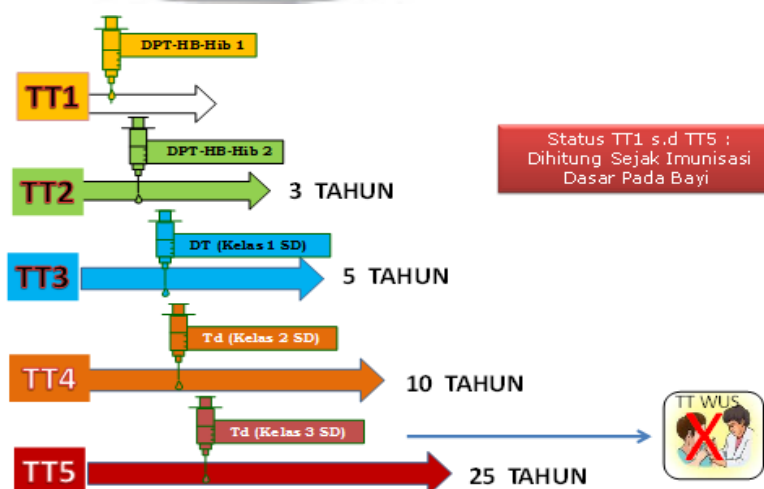
6) Ibu muntah terus menerus dan tidak bisa makan sama sekali

7) Demam tinggi

g. Standar Pelayanan Antenatal

Unsur penting dalam menurunkan angka kesakitan dan kematian ibu dan bayi adalah memberikan pelayanan dan pemeliharaan kesehatan sewaktu hamil secara memadai dan sesuai standar pelayanan kebidanan. Pelayanan antenatal sesuai standar meliputi anamnesis, pemeriksaan fisik (umum dan kebidanan), pemeriksaan laboratorium sesuai indikasi. Pelayanan antenatal dapat ditentukan dengan standar pelayanan sudah mulai disosialisasikan, antara lain:

- 1) Timbang berat badan dan ukur tinggi badan
- 2) Ukur tekanan darah
- 3) Nilai status gizi (ukur lingkar lengan atas)
- 4) Ukur tinggi fundus uteri
- 5) Tentukan presentasi janin dan denyut jantung janin (DJJ)
- 6) Pemberian imunisasi Tetanus Toksoid (TT)

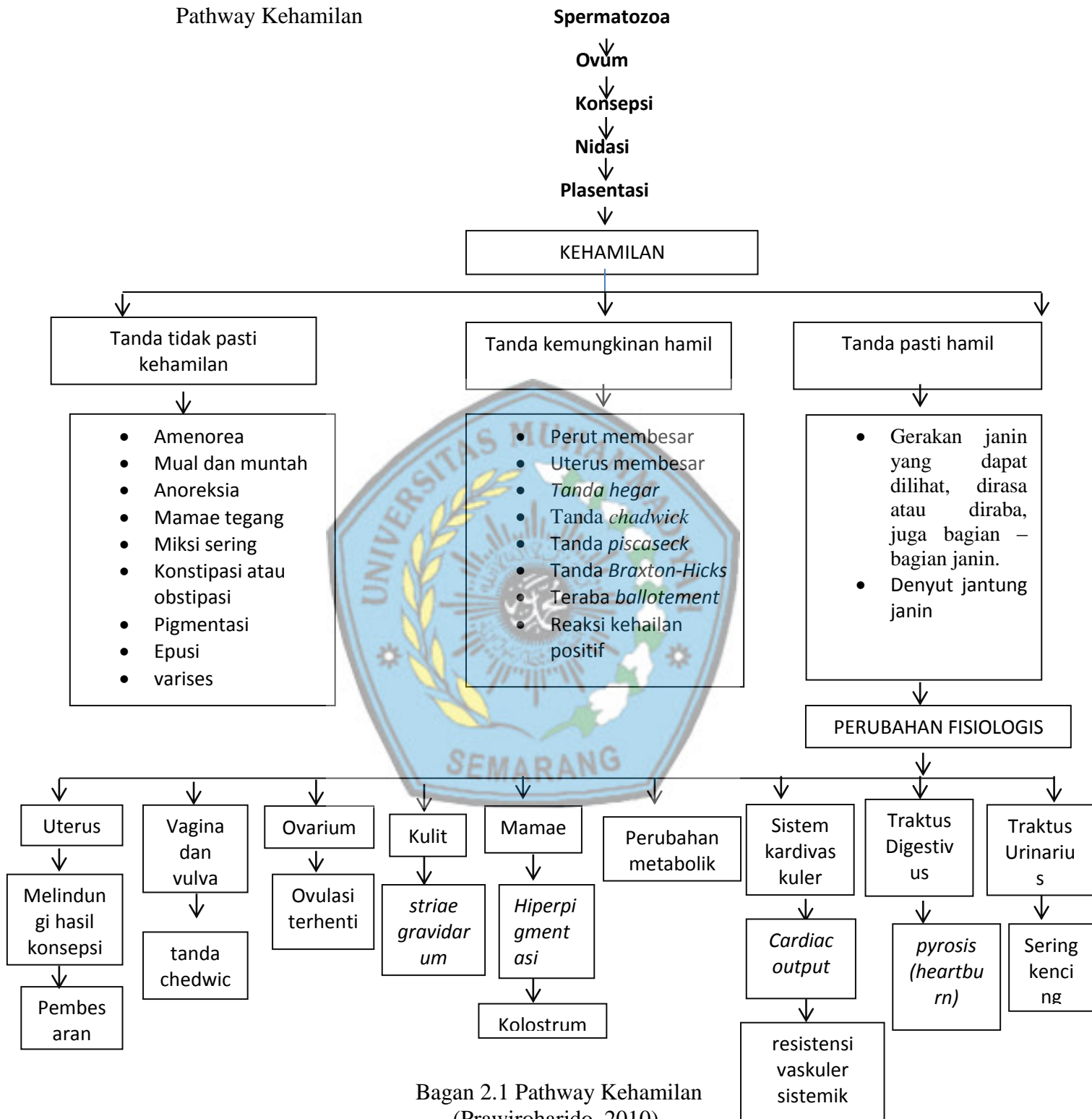


Gambar 2.2 Jadwal Imunisasi Lanjutan Tetanus Neonatorum
Sumber : Buku Ajar Imunisasi, 2015

- 7) Pemberian tablet Fe minimal 90 tablet selama kehamilan
- 8) Tes laboratorium (rutin dan khusus)
- 9) Tatalaksana kasus
- 10) Temu wicara dalam rangka persiapan rujukan (Depkes RI, 2009).



Pathway Kehamilan



Bagan 2.1 Pathway Kehamilan (Prawiroharjdo, 2010). (Maritalia dkk, 2013).

2. Intrapartum (Persalinan)

a. Definisi

Persalinan adalah proses dimana bayi, plasenta dan selaput ketuban keluar dari uterus ibu. Persalinan dianggap normal jika prosesnya terjadi pada usia kehamilan cukup bulan (setelah 37 minggu) tanpa disertai penyulit. Persalinan dimulai sejak uterus berkontraksi dan menyebabkan perubahan pada serviks (membuka dan menipis) dan berakhir dengan lahirnya plasenta secara lengkap. Ibu belum dapat dikategorikan in partu jika kontraksi uterus tidak mengakibatkan perubahan serviks (JNPK - KR,2016)

b. Jenis-jenis Persalinan

1) Menurut cara :

a) Persalinan Spontan

Persalinan yang berlangsung dengan kekuatan ibu sendiri dan melalui jalan lahir.

b) Persalinan Buatan

Persalinan yang dibantu oleh tenaga dari luar misalnya ekstraksi dengan forcep atau dilakukan operasi secsio sesaria.

c) Persalinan Anjuran

Persalinan yang tidak dimulai dengan sendirinya tetapi baru berlangsung setelah pemecahan ketuban, pemberian pytocin atau prostaglandin (Rukiyah, dkk. 2009).

2) Menurut Umur Kehamilan dan BB bayi

a) Abortus (keguguran)

terhentinya kehamilan sebelum janin dapat hidup (viable), berat janin \pm 500 gram, usia kehamilan dibawah 22 minggu.

b) Partus Immaturus

penghentian kehamilan sebelum janin viable atau berat janin antara 500 – 1000 gram dan usia kehamilan antara 22 sampai dengan 28 minggu.

c) Persalinan Prematurus

persalinan dari konsepsi pada kehamilan 26 – 36 minggu, janin hidup tetapi premature, berat janin antara 1000 – 2500 gram.

d) Persalinan Mature atau aterm (cukup bulan)

persalinan pada kehamilan 37 – 42 minggu, janin mature, berat badan diatas 2500 gram.

e) Persalinan postmaturus (serotinus)

persalinan yang terjadi 2 minggu atau lebih dari waktu persalinan yang ditafsirkan.

f) Partus Presipitatus

persalinan yang berlangsung cepat kurang dari 3 jam. Partus presipitatus akan menimbulkan berbagai komplikasi terhadap ibu, diantaranya menimbulkan ruptur uteri,

laserasi yang luas pada uterus, vagina, dan perineum, serta perdarahan dari tempat implantasi plasenta (Prawirohardjo, 2013).

c. Faktor-faktor Yang Mempengaruhi Jalannya Persalinan

Faktor-faktor tersebut adalah sebagai berikut :

1) *Power*

a) Kontraksi Uterus

Kontraksi adalah gerakan memendek dan menebal otot-otot rahim yang terjadi untuk sementara waktu. Kontraksi ini terjadi diluar sadar (involunter), dibawah pengendalian sistem saraf simpatis dan secara tidak langsung dipengaruhi oleh endokrin.

b) Tenaga Mendedan

Refleks yang di timbulkan oleh adanya kontraksi otot dinding perut yang mengakibatkan peninggian tekanan intra abdomen sehingga klien menutup glotisnya, mengkontraksikan otot perut dan menekan diafragmanya ke bawah, menekan uterus pada semua sisi, sebagai usaha untuk mengeluarkan janin (Manuaba, 2010).

2) *passage*

a) Bagian lunak, yaitu terdiri dari otot dan ligamen jaringan ikat.

b) Bagian keras, yaitu terdiri dari tulang panggul seperti :

Os coxae (dua tulang pangkal paha) terdiri dari : os ischium (tulang duduk), os pubis (tulang kemaluan),

(1) os illium (tulang usus).

(2) Os sacrum (satu tulang kelangkang)

(3) Os cocygis (satu tulang tungging) (Manuaba, 2010).

3) *Passanger*

Pada persalinan, kepala anak adalah bagian yang terpenting, karena dalam persalinan perbandingan antara besarnya kepala dan luasnya panggul merupakan hal yang menentukan. Jika kepala dapat melalui jalan lahir, bagian-bagian lainnya dapat menyusul dengan mudah (Manuaba, 2010).

4) *Psikis* (psikologis)

Perasaan positif berupa kelegaan hati, seolah-olah pada saat itulah benar-benar terjadi realitas kewanitaan sejati yaitu munculnya rasa bangga bisa melahirkan atau memproduksi anaknya. Mereka seolah- olah mendapatkan kepastian bahwa kehamilan yang semula dianggap sebagai suatu keadaan yang belum pasti sekarang menjadi hal yang nyata (Manuaba, 2010).

5) *Penolong*

Peran dari penolong persalinan dalam hal ini Bidan adalah mengantisipasi dan menangani komplikasi yang mungkin terjadi pada ibu dan janin. Proses tergantung dari kemampuan

skill dan kesiapan penolong dalam menghadapi proses persalinan (Manuaba, 2010).

Tahapan Persalinan

d. Tahapan persalinan dibagi dalam 4 kala, yaitu :

1) Persalinan Kala I

Persalinan kala I dimulai dari his persalinan sampai pembukaan servik menjadi lengkap.

Tabel 2.3 Penilaian dan Intervensi Selama Kala I

Parameter	Frekuensi pada <i>kala I</i> <i>laten</i>	Frekuensi pada <i>kala I</i> <i>aktif</i>
Tekanan darah	Tiap 4 jam	Tiap 4 jam
Suhu	Tiap 4 jam	Tiap 2 jam
Nadi	Tiap 30-60 menit	Tiap 30-60 menit
Denyut jantung janin	Tiap 1 jam	Tiap 30 menit
Kontraksi	Tiap 1 jam	Tiap 30 menit
Pembukaan serviks	Tiap 4 jam*	Tiap 4 jam*
Penurunan kepala	Tiap 4 jam*	Tiap 4 jam*
Warna cairan amnion	Tiap 4 jam*	Tiap 4 jam*

*Dinilai pada setiap pemeriksaan dalam
Sumber : World Health Organization, 2013

a) Fase Laten

Fase laten adalah periode waktu dari awal persalinan hingga ke titik ketika pembukaan mulai berjalan secara progresif, yang pada umumnya dimulai sejak kontraksi

mulai muncul hingga umumnya pembukaan tiga sampai 4 cm atau pemulaan fase aktif (JNPK-KR, 2016).

b) Fase Aktif

Fase aktif adalah periode waktu dari awal kemajuan aktif pembukaan hingga pembukaan menjadi lengkap dan mencakup fase transisi. Pembukaan umumnya dimulai dari tiga sampai empat sentimeter (akhir kala I persalinan).

Serviks membuka dari 4 ke 10 cm, dan biasanya dengan kecepatan 1 cm atau lebih perjam (nullipara atau primigravida) atau lebih dari 1 cm hingga 2 cm (multipara). Terjadi penurunan bagian bawah janin (JNPK-KR, 2016).

2) Persalinan Kala II

Dimulai dari pembukaan lengkap dan berakhir dengan lahirnya bayi. Kala dua disebut juga kala pengeluaran bayi (JNPK-KR, 2016).

a) Tanda gejala kala II yaitu:

- (1) Ibu merasakan adanya dorongan ingin meneran bersamaan dengan terjadinya kontraksi.
- (2) Ibu merasakan tekanan yang semakin meningkat pada rektum atau vagina.
- (3) Perineum ibu semakin menonjol.
- (4) Vulva vagina dan spinter ani membuka.

b) Tanda pasti kala dua ditentukan melalui periksa dalam (informasi obyektif) yang hasilnya adalah :

- (1) Pembukaan serviks telah lengkap
- (2) Terlihat bagian kepala bayi melalui introitus vagina.

3) Persalinan Kala III

Kala III atau kala pelepasan uri adalah periode yang dimulai ketika bayi lahir dan berakhir pada saat plasenta seluruhnya sudah dilahirkan. Lama kala III pada primigravida dan multigravida hampir sama berlangsung ± 10 menit.

Asuhan yang diberikan kepada ibu bersalin kala III atau manajemen aktif kala III.

a) Menurut (Saifuddin,dkk, 2009)

- (1) Jepit dan gunting tali pusat.
- (2) Memastikan tidak ada janin lagi dalam uterus.
- (3) Memberikan oxytosin 10 unit IM.
- (4) Melakukan peregangan tali pusat terkendali.
- (5) Mengidentifikasi tanda-tanda pelepasan placenta.
- (6) Melahirkan plasenta.
- (7) Kaji kelengkapan plasenta dan selaputnya, catat kelainan bila ada.
- (8) Melakukan massase fundus uteri.
- (9) Mengajarkan ibu menilai kontraksi dan massase fundus.

- (10) Catat waktu akhir kala III.
- (11) Ukur dan kaji jumlah perdarahan.
- (12) Kaji luka jalan lahir dan lakukan penjahitan.
- (13) Lihat kondisi bayi, catat kondisi ibu, lihat bahwa ibu mampu buang air kecil dan nyaman.
- (14) Catat semua data dengan akurat tentang ibu dan bayi

b) Metode pelepasan plasenta

(1) Schultze

Metode yang paling sering terjadi (80%), lepasnya seperti menutup payung, biasanya perdarahan tidak ada sebelum plasenta lahir dan banyak setelah plasenta lahir yaitu dimulai dari bagian tengah terlebih dahulu yang terlepas, kemudian diikuti bagian lain yang terlepas (Rohani dkk., 2011).

(2) Duncan

Lepasnya plasenta dimulai dari bagian pinggir plasenta, diikuti bagian tengah sampai lahir keseluruhan, kemudian darah akan mengalir keluar antara selaput ketuban (Rohani dkk., 2011).

c) Teknik memastikan pelepasan plasenta

Menurut Rohani dkk. (2011), untuk memastikan plasenta sudah lepas dapat dilakukan pemeriksaan dengan 3 teknik yaitu :

(1) Kustner

Yaitu dengan meletakkan tangan disertai tekanan diatas simfisis, tali pusat ditegangkan, maka bila tali pusat masuk berarti plasenta belum lepas, tetapi bila diam atau maju berarti plasenta sudah lepas.

(2) Klien

Yaitu sewaktu ada his, rahim didorong sedikit, bila tali pusat kembali berarti plasenta belum lepas, tetapi bila diam atau turun berarti plasenta sudah lepas.

(3) Strassman

Yaitu dengan menegangkan tali pusat dan ketok pada fundus, bila tali pusat bergetar berarti plasenta belum lepas, tetapi bila tidak bergetar berarti plasenta sudah lepas.

d) Tanda pelepasan plasenta

Menurut Rohani dkk. (2011), tanda pelepasan plasenta dibedakan menjadi:

- (1) Uterus globuler dan perubahan tinggi fundus
- (2) Tali pusat bertambah panjang
- (3) Semburan darah tiba-tiba

4) Persalinan Kala IV

Setelah plasenta lahir :

- a) Lakukan rangsangan taktil (masase) uterus untuk merangsang uterus berkontraksi baik dan kuat.
- b) Evaluasi tinggi fundus dengan meletakkan jari tengah anda secara melintang dengan pusat sebagai patokan .
umumnya fundus uteri setinggi atau beberapa jari di bawah pusat.
- c) Perkirakan kehilangan darah secara keseluruhan
- d) Periksa kemungkinan perdarahan dari robekan (laserasi atau episiotomi) perineum
- e) Evaluasi keadaan umum ibu (JNPK-KR, 2008).
- f) Pemantauan keadaan umum ibu selama 2 jam pasca persalinan :
 - (1) Pantau tekanan darah, nadi, tinggi fundus, kandung kemih dan darah yang keluar setiap 15 menit dalam 1 jam pertama dan setiap 30 menit selama 1 jam kedua kala empat
 - (2) Masase uterus untuk membuat kontraksi uterus menjadi baik setiap 15 menit selama 1 jam pertama dan setiap 30 menit selama 1 jam kedua kala empat.
 - (3) Pantau temperatur suhu tubuh setiap jam dalam 2 jam pertama pascapersalinan

- (4) Nilai perdarahan, periksa perineum dan vagina setiap 15 menit setiap 1 jam pertama dan setiap 30 menit jam kedua pada kala empat.
- (5) Ajarkan pada ibu dan keluarga bagaimana menilai kontraksi uterus dan jumlah darah yang keluar dan bagaimana melakukan masase uterus jike uterus menjadi lembek
- (6) Minta anggota keluarga untuk memeluk bayi (JNPK-KR, 2008).

e. Mekanisme persalinan

Menurut Kurniarum (2016) mekanisme persalinan adalah :

- 1) Turunnya Kepala (Engagement) : masuknya bagian terbesar kepala janin ke dalam PAP.
- 2) Fleksi : Dengan adanya his atau tahanan dari dasar panggul yang makin besar, maka kepala janin akan makin turun dan semakin fleksi sehingga dagu janin menekan dada dan kepala menjadi bagian terbawah.
- 3) Putaran paksi dalam : makin turunnya kepala janin akan berputar sedemikian rupa sehingga diameter terpanjang rongga panggul atau diameter anterior posterior kepala janin akan bersesuaian dengan diameter terkecil hal ini memungkinkan terjadi gerakan skrup sewaktu turun dalam jalan lahir. Bahu tidak berputar bersama kepala.

- 4) Ekstensi : setelah putaran paksi dalam selesai terjadilah ekstensi karena sumbu jalan lahir pada pintu bawah panggul mengarah kedepan dan keatas sehingga kepala harus ekstensi.
 - 5) Putaran paksi luar : Setelah ekstensi diikuti dengan putaran paksi luar sehingga sumbu panjang bahu dengan kepala janin berada dalam satu garis lurus.
 - 6) Ekspulsi : setelah putaran paksi luar bahu depan sampai di bawah symfisis dan sedikit keluar kemudian diikuti dengan pengeluaran bahu belakang dan seluruh tubuh bayi.
- f. Robekan Jalan lahir
- Menurut Depkes RI (2016) robekan jalan lahir adalah :
- 1) Derajat 1 : Robekan hanya terjadi ada selaput lendir vagina dengan atau tanpa mengenai kulit perineum
 - 2) Derajat 2 : Robekan pada selaput lendir vagina dan otot perinci terasversalis tetapi tidak mengenai spinter ani.
 - 3) Derajat 3 : Robekan mengenai perineum sampai otot spinter ani.
 - 4) Derajat empat : Mukosa vagina, komisura posterior, kulit perineum, otot perineum, otot sfingter ani,dinding depan rektum. RUJUK.

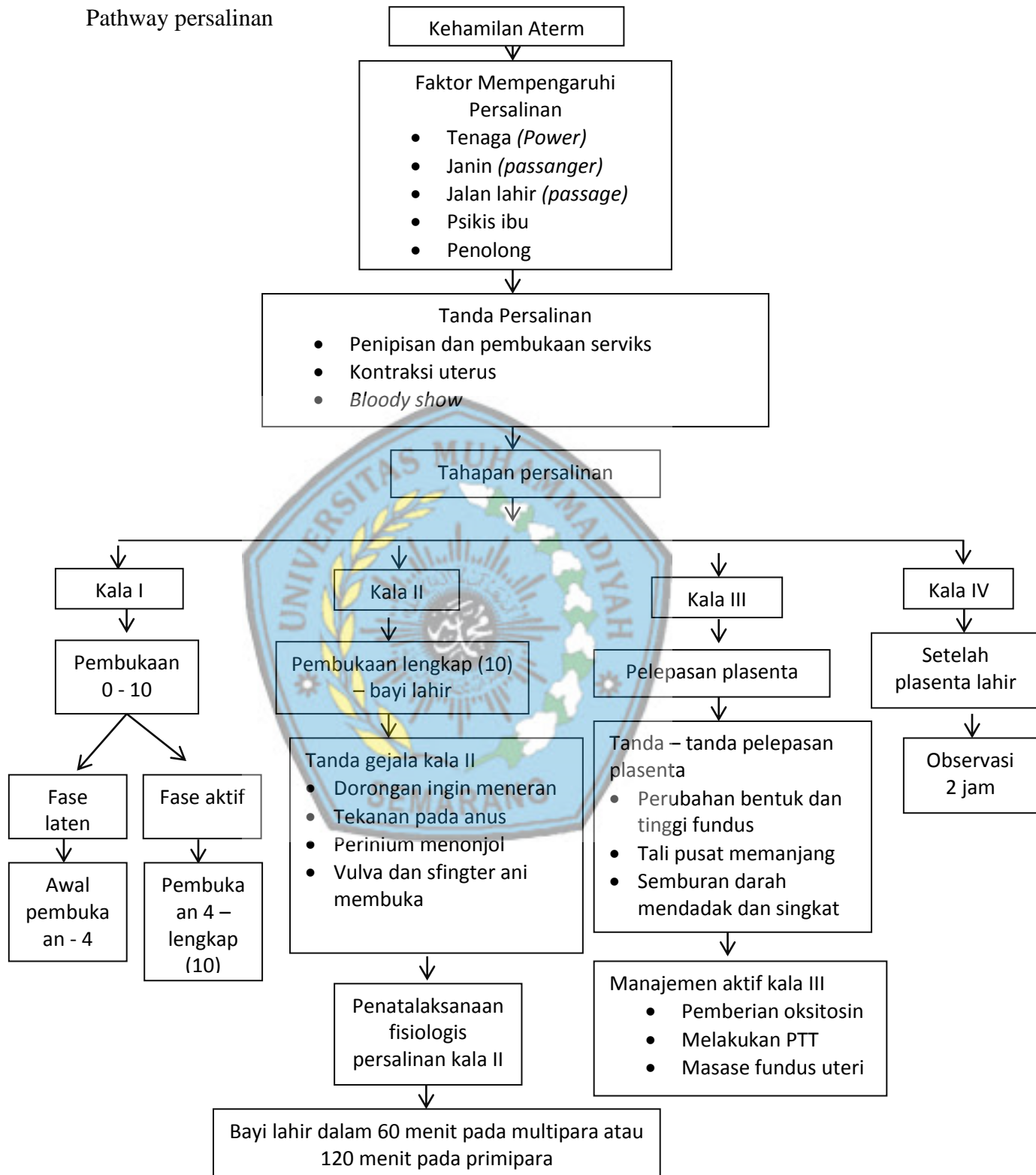
g. Partograf

Partograf adalah alat bantu untuk memantau kemajuan kala satu persalinan dan informasi untuk membuat keputusan klinik.

Tujuan utama dari penggunaan partograf adalah untuk :

- 1) Mencatat hasil observasi dan kemajuan persalinan dengan menilai pembukaan serviks melalui pemeriksaan dalam.
- 2) Mendeteksi apakah proses persalinan berjalan secara normal. Dengan demikian juga dapat melakukan deteksi secara dini setiap kemungkinan terjadinya partus lama (Prawirohardjo, 2013).
- 3) Jika digunakan dengan tepat dan konsisten, partograf akan membantu penolong persalinan untuk:
 - a) Mencatat kemajuan persalinan
 - b) Mencatat kondisi ibu dan janinnya
 - c) Mencatat asuhan yang diberikan selama persalinan dan kelahiran
 - d) Menggunakan informasi yang tercatat untuk identifikasi dini penyulit persalinan.
 - e) Menggunakan informasi yang tersedia untuk membuat keputusan klinik yang sesuai dan tepat waktu (Prawirohardjo, 2014).

Pathway persalinan



Bagan 2.4 Pathway Persalinan
Sumber: (JNPK-KR,2016)

3. Post Partum (Nifas)

a. Pengertian Nifas

Masa nifas atau masa puerperium adalah masa setelah persalinan selesai sampai 6 minggu atau 42 hari. Selama masa nifas, organ reproduksi secara perlahan akan mengalami perubahan seperti keadaan sebelum hamil. Perubahan organ reproduksi ini disebut involusi (Dewi Maritalia,2014)

Menurut (Sri Rahayu, 2017), masa nifas adalah masa dimulai dari beberapa jam sesudah lahirnya plasenta dan mencakup enam minggu berikutnya dan kondisi tidak hamil, Masa ini disebut juga masa puerperium. Asuhan postnatal haruslah memberikan tanggapan terhadap kebutuhan khusus ibu selama masa yang istimewa.

b. Tahapa masa nifas

Masa nifas dibagi menjadi 3 tahap

1) Puer perium dni

Merupakan masa pemulihan awal dimana ibu dipebolehkan untuk berdiri dan berjalan – jalan. Ibu yang melahirkan per vaginam tanpa komplikasi dalam 6 jam pertama setelah kala IV dianjurkan untuk mobilisasi segera.

2) Puerperium intermedial

Suatu masa pemulihan dimana organ – organ reproduksi secara berangsur – angsur akan kembali ke keadaan sebelum hamil.

Masa ini berlangsung selama kurang lebih enam minggu atau 42 hari.

3) Remote puerperium

Waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat kembali dalam keadaan sempurna terutama bila ibu selama hamil atau waktu persalinan mengalami komplikasi. Rentang waktu remote puerperium berbeda untuk setiap ibu, tergantung dari berat ringannya komplikasi yang dialami selama hamil atau persalinan

(Dewi Maritalia, 2014)

c. Perubahan Fisiologis Nifas

Masa nifas berlangsung selama enam minggu sejak persalinan.

Selama waktu tersebut terdapat perubahan-perubahan yang terjadi selama kehamilan kembali ke keadaan sebelum hamil, diantaranya:

1) Involusi Uterus

Involusi merupakan suatu proses kembalinya uterus pada kondisi sebelum hamil. Dengan *involusi* uterus ini, lapisan luar dari *desidua* yang mengelilingi situs plasenta akan menjadi *neurotic* (layu/mati) (sulistiyawati, 2009)

Tabel 2.4 Involusi Uterus

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

Sumber: Mochtar, 2013



Gambar 2.3 Penurunan TFU
Sumber : Manuaba, 2007

2) Perubahan pada serviks dan vagina

Vagina lambat laun mencapai ukuran normal pada minggu ketiga rugae akan mulai nampak kembali.

3) Involusi tempat plasenta

Setelah persalinan, tempat plasenta merupakan tempat dengan permukaan yang kasar, dan kira-kira ada sebesar

telapak tangan. Dengan cepat luka ini mengecil, pada akhir minggu ke 2 hanya sebesar 3-4 cm, pada akhir nifas 1-2 cm.

4) Perubahan ligament diafragma pelvik

Perubahan ini terjadi pada saat melahirkan oleh karena peregangan ini berangsur-angsur pulih kembali pada waktu 6 minggu.

5) Perubahan traktus urinarius

Pada dinding kandung kemih mengalami oedema sehingga menyebabkan hyper anemial terkadang sampai terjadi obstruksi sehingga menekan urethra dan terjadi retensi urin, ini akan pulih kembali setelah 2 minggu.

6) Laktasi

Perubahan yang terjadi pada mammae yaitu proliferasi jaringan, kelenjar alveolus, lemak. Pengaruh oksitosin merangsang kelenjar susu berkontraksi karena rangsangan pada puting susu.

7) Lochea

Lochea adalah sekret yang berasal dari cavum uteri selama masa nifas (Dewi Maritalia,2014). Karakteristik lochea dalam masa nifas adalah sebagai berikut :

a) Lochea rubra (Kruenta)

yaitu 1-2 hari postpartum, terdiri dari darah segar bercampur sisa – sisa selaput ketuban, sel – sel desidua

sis – sisa verniks kaseosa, lanugo dan mekoneum.

b) Lochea sanguinolenta

yaitu timbul pada hari ke 3 sampai dengan hari ke 7 post partum, karakteristik lochea sanguinolenta berupa darah bercampur lendir.

c) Lochea serosa

Merupakan cairan bewarna agak kunig, timbul setelah 1 minggu post partum.

d) Lochea alba

Timbul setelah 2 minggu postpartum dan hanya merupakan cairan putih.

d. Adaptasi Psikologis Ibu Masa Nifas

Pada masa nifas seorang ibu akan melakukan beberapa tahap untuk beradaptasi dengan kehahiran seorang bayi, diantaranya :

1) *Taking In*

- a) Periode ini terjadi 1-2 hari sesudah melahirkan.
- b) Ibu baru pada umumnya pasif dan tergantung pada lingkunganya
- c) Perhatiannya tertuju pada tubuhnya (Dewi Maritalia,2014)

2) *Taking Hold*

- a) Periode ini berlangsung pada hari ke 3-10 post partum
- b) Agak sensitif dan merasa khawatir akan ketidakmampuan dalam perawatan bayinya

c) Cenderung menerima nasihat bidan (Dewi Maritalia).

3) *Letting Go*

a) Ibu telah sembuh

b) Ibu menerima peran baru

c) Dapat melakukan kegiatan sehari-hari.

d) Merasa tanggung jawab terhadap perawatan (Dewi Maritalia,2014).

e. Pelayanan Kesehatan Ibu Nifas

Selama ibu berada pada masa nifas, paling sedikit 4 kali bidan harus melakukan kunjungan, dilakukan untuk menilai keadaan ibu dan bayi baru lahir, dan untuk mencegah, mendeteksi, dan menangani masalah-masalah yang terjadi. Seorang bidan pada saat memberikan asuhan kepada ibu dalam masa nifas, ada beberapa hal yang harus dilakukan, akan tetapi pemberian asuhan kebidanan pada ibu masa nifas tergantung dari kondisi ibu sesuai dengan tahapan perkembangannya antara lain :

1) Kunjungan ke-1 (6-8 jam setelah persalinan)

mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri, mendeteksi dan merawat penyebab lain perdarahan : rujuk bila perdarahan berlanjut, memberikan konseling pada ibu atau salah satu anggota keluarga bagaimana mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri, pemberian ASI awal, melakukan hubungan antara ibu dan bayi baru lahir, menjaga

bayi tetap sehat dengan cara mencegah hipotermia, jika petugas kesehatan menolong persalians berjalannya, ia harus tinggal dengan ibu dan bayi baru lahir untuk 2 jam pertama setelah kelahiran, atau sampai ibu dan bayi dalam keadaan sehat.

2) Kunjungan ke-2 (6 hari setelah persalinan)

memastikan involusi uterus berjalan normal, uterus berkontraksi, fundus dibawah umbilikus, tidak ada perdarahan abnormal, tidak ada bau: memastikan ibu mendapat cukup makanan, cairan dan istirahat: memastikan ibu menyusui dengan baik dan tak memperhatikan tanda-tanda penyulit: memberikan konseling pada ibu mengenai asuhan pada bayi, tali pusat, menjaga bayi tetap hangat dan merawat bayi sehari-hari.

3) Kunjungan ke-3 (2 minggu setelah persalinan), sama seperti diatas.

4) Kunjungan ke-4 (6 minggu setelah persalinan) : menanyakan pada ibu tentang penyulit yang ia atau bayi alami, memberikan konseling untuk KB secara dini (Sulistiyawati ari, 2009).

f. Kebutuhan Dasar Ibu Masa Nifas

1) Nutrisi dan Cairan

Mengonsumsi tambahan 500 kalori tiap hari, makan dengan diet berimbang untuk mendapatkan protein, mineral

dan vitamin yang cukup. Minum sedikitnya 3 liter air setiap hari, pil zat besi harus di minum untuk menambah zat gizi setidaknya selama 40 hari pascapersalinan, minum kapsul vitamin A (200.000 unit) agar bisa memberikan vitamin A kepada bayinya melalui ASI (Rukiyah dkk, 2010).

2) Ambulasi

Ibu yang baru melahirkan mungkin enggan banyak bergerak karena merasa letih dan sakit namun ibu harus dibantu turun dari tempat tidur dalam 24 jam pertama setelah kelahiran pervaginam, ambulasi dini sangat penting dalam mencegah trombosis vena. Tujuan dari ambulasi dini adalah untuk membantu menguatkan otot-otot perut dan dengan demikian menghasilkan bentuk tubuh yang baik, mengencangkan otot dasar panggul sehingga mencegah atau memperbaiki sirkulasi darah ke seluruh tubuh (Rukiyah dkk, 2010).

Banyaknya keuntungan dari ambulasi dini dikonfirmasi oleh sejumlah penelitian yang terkontrol baik. Para wanita yang menyatakan bahwa mereka merasa lebih baik dan lebih kuat setelah ambulasi awal. Komplikasi kandung kencing dan konstipasi kurang sering terjadi. Yang penting, ambulasi dini juga menurunkan banyak frekuensi trombosis dan emboli paru pada masa nifas (Rukiyah dkk, 2010).

3) Eliminasi : BAB/BAK

Diuresis yang nyata akan terjadi pada satu atau dua hari pertama setelah melahirkan, dan kadang-kadang ibu mengalami kesulitan untuk mengosongkan kandung kemihnya karena merasa sakit, memar atau gangguan pada tonus otot, ia dapat di bantu untuk duduk diatas kursi berlubang tempat buang air kecil (commode) jika masih belum diperbolehkan berjalan sendiri dan mengalami kesulitan untuk buang air kecil dengan pispot diatas tempat tidur. Meskipun sedapat mungkin dihindari, karterisasi baik dilakukan daripada terjadi infeksi saluran kemih akibat urin yang tertahan (Rukiyah dkk, 2010).

Faktor-faktor diet memegang peranan penting dalam memulihkan faal usus, ibu mungkin memerlukan bantuan untuk memilih jenis makanan yang tepat dari menyunya, ia mungkin pula harus diingatkan mengenai manfaat ambulasi dini dan meminum cairan tambahan untuk menghindari konstipasi (Rukiyah dkk, 2010).

4) Kebersihan Diri/Perineum

Pada ibu masa nifas sebaiknya anjurkan kebersihan seluruh tubuh. Mengajarkan pada ibu bagaimana membersihkan daerah kelamin dengan sabun dan air. Pastikan bahwa ia mengerti untuk daerah disekitar vulva terlebih

dahulu, dari depan ke belakang anus. Nasehatkan ibu untuk membersihkan diri setiap kali selesai buang air kecil dan besar (Rukiyah dkk, 2010).

Sarankan ibu untuk mengganti pembalut atau kain pembalut setidaknya dua kali sehari. Kain dapat digunakan ulang jika telah dicuci dengan baik, dan dikeringkan dibawah sinar matahari atau disetrika, sarankan ibu untuk mencuci tangan dengan sabun dan air sebelum dan sesudah membersihkan daerah kelaminnya. Jika ibu mempunyai luka episiotomi atau laserasi sarankaj kepada ibu untuk menghindari menyentuh daerah luka (Rukiyah dkk, 2010).

5) Istirahat

Istirahat pada ibu selama masa nifas beristirahat cukup untuk mencegah kelelahan yang berlebihan sarankan ia untuk kembali ke kegiatan-kegiatan rumah tangga biasa perlahan-lahan, serta untuk tidur siang atau beristirahat selagi bayi tidur. Kurang istirahat akan mempengaruhi ibu dalam beberapa hal, mengurangi jumlah ASI yang diproduksi, memperlambat proses involusi uterus dan memperbanyak perdarahan, menyebabkan depresi dan ketidak mampuan untuk merawat bayi dan dirinya sendiri. Istirahat yang memuaskan bagi ibu merupakan masalah yang sangat penting sekalipun kadang-kadang tidak mudah dicapai. Keharusan ibu untuk istirahat

sesudah melahirkan memang tidak diragukan lagi, kehamilan dengan beban kandungan yang berat dan banyak keadaan yang mengganggu lainnya (Rukiyah dkk, 2010).

6) Seksual

Secara fisik aman untuk memulai hubungan suami istri begitu darah merah berhenti dan ibu dapat memasukan satu atau dua jarinya kedalam vagina tanpa rasa nyeri. Begitu darah merah berhenti dan ibu tidak merasakan ketidaknyamanan. Aman untuk memulai melakukan hubungan suami istri kapan saja ibu siap.

Banyak budaya yang mempunyai tradisi menunda hubungan suami istri sampai masa waktu tertentu, misalnya setelah 40 hari atau 6 minggu setelah persalinan. Keputusan tergantung pada pasangan yang bersangkutan (Rukiyah dkk, 2010).

7) Keluarga Berencana

Idealnya pasangan harus menunggu sekurang-kurangnya 2 tahun sebelum ibu hamil kembali. Setiap pasangan harus menentukan sendiri kapan dan bagaimana mereka ingin merencanakan tentang keluarganya. Namun, petugas kesehatan dapat membantu merencanakan keluarganya dengan mengajarkan kepada mereka tentang cara mencegah kehamilan yang tidak diinginkan.

Biasanya wanita tidak akan menghasilkan telur (ovulasi) sebelum ia mendapatkan lagi haidnya selama meneteki. Oleh karena itu metode Amenorrhoe laktasi dapat dipakai sebelum haid pertama kembali untuk mencegah terjadinya kehamilan baru. Resiko cara ini adalah 2 % kehamilan (Rukiyah dkk, 2010).

8) Latihan/Senam Nifas

Latihan/senam nifas, diskusikan pentingnya mengembalikan otot-otot perut dan panggul kembali normal. Ibu akan merasa lebih kuat dan ini akan menyebabkan otot perutnya menjadi kuat sehingga mengurangi rasa sakit pada punggung, jelaskan bahwa latihan tertentu beberapa menit setiap hari sampai membantu. Beberapa latihan yang dapat ibu lakukan dengan mudah antara lain, dengan tidur terlentang dengan tangan disamping, menarik otot prut selagi menarik nafas, tahan nafas kedalam dan angkat dagu kedada tahan satu hitungan sampai 5, rileks dan ulangi 10 kali. Untuk memperkuat tonus otot vagina (latihan kegel).

Berdiri dengan tungkai dirapatkan, kencangkan otot-otot, pantat dan panggul dan sampai 5 hitungan, kendurkan dan ulangi latihan sebanyak 5 kali. Mulai dengan mengerjakan 5 kali latihan untuk setiap gerakan, setiap minggu naikan jumlah latihan 5 kali lebih banyak. Pada minggu ke-6 setelah

persalinan ibu harus mengerjakan setiap gerakan sebanyak 30 kali (Rukiyah dkk, 2010).

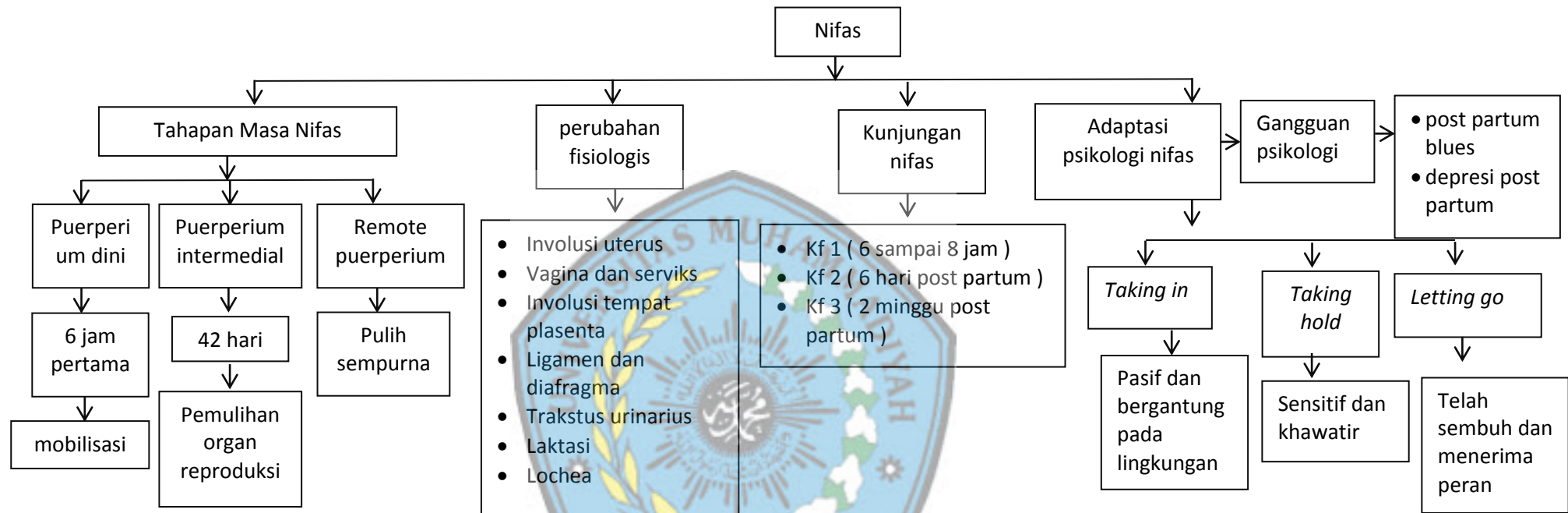
g. Tanda-Tanda Bahaya Masa Nifas

Tanda-tanda bahaya masa nifas antara lain:

- 1) Perdarahan peraginam
- 2) Infeksi masa nifas
- 3) Sakit kepala, nyeri epigastrik dan penglihatan kabur
- 4) pembengkakan diwajah atau ekstremitas
- 5) Demam, muntah, rasa sakit waktu berkemih
- 6) Payudara berubah menjad merah, panas dan sakit
- 7) Kehilangan nafsu makan untuk jangka waktu yang lama
- 8) Rasa sakit, merah dan pembengkakan kaki
- 9) Merasa sedih atau tidak mampu merawat bayi dan diri sendiri

(Sulistitiyawati Ari, 2009)

Pathway Nifas



Bagan 2.4 Pathway Nifas
 Sumber: (Vivian dan Tri. S, 2011)
 (Dewi maritalia,2014)

4. Neonatal (Bayi Baru Lahir)

a. Pengertian

Menurut (Vivian dan Tri Sunarsih, 2013), bayi baru lahir disebut juga neonates merupakan individu yang sedang bertambah dan baru saja mengalami trauma kelahiran serta harus dapat melakukan penyesuaian diri dari kehidupan intrauterine ke kehidupan ekstrauterin. Bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir pada usia kehamilan 37-42 minggu dan berat badannya 2.500-4.000 gram.

b. Ciri-ciri Bayi Baru Lahir Normal

Menurut Dwienda (2014) ciri-ciri bayi baru lahir normal sebagai berikut:

- 1) Berat badan 2500 -4000 gram.
- 2) Panjang badan 48 – 52 cm.
- 3) Lingkar dada 30 – 38 cm
- 4) Lingkar kepala 33-35 cm
- 5) Frekuensi jantung 120 -160 x/menit
- 6) Pernafasan \pm 40- 60 x/menit
- 7) Kulit kemerah-merahan dan licin karena jaringan *subkutan* cukup.
- 8) Rambut *lanugo* tidak terlihat, rambut kepala biasanya telah sempurna.
- 9) Kuku agak panjang dan lemas.

- 10) Genetalia: perempuan labia *mayora* menutupi labia *minora*.
Laki-laki *testis* sudah turun, *skrotum* sudah ada.
- 11) Refleks isap dan menelan sudah terbentuk dengan baik.
- 12) Refleksi *morrow* atau gerak memeluk bila dikagetkan sudah baik.
- 13) Refleksi *graps* atau menggenggam sudah baik.
- 14) Eliminasi baik, mekonium akan keluar dalam 24 jam pertama, mekonium berwarna hitam kecoklatan

c. Asuhan Bayi Baru Lahir

Menurut (JNPK – KR,2016) Asuhan segera bayi baru lahir adalah asuhan yang diberikan pada bayi selama satu jam pertama pada kelahiran, yaitu :

- 1) Jaga kehangatan
- 2) Bersihkan jalan nafas (jika perlu)
- 3) Keringkan
- 4) Pemantauan tanda bahaya
- 5) Klem,potong dan ikat tali pusat tanpa membubuhi apapun, kira – kira 2 menit setelah lahir
- 6) Lakukan Inisiasi Menyusui Dini
- 7) Beri suntikan vitamin k1 1mg intra muskular, dipaha kiri anterolateral setelah Inisiasi Menyusui Dini
- 8) Beri salep mata antibiotika tetrasiklin 1% pada kedua mata
- 9) Pemeriksaan fisik

10) Beri imunisasi hepatitis B 0,5 ml intramuskular, di paha kan anterolateral, kira – kira 1 – 2 jam setelah pemberian vitamin K1.

d. Kebutuhan Dasar Bayi Baru Lahir (BBL)

Menurut Dwienda 2014 kebutuhan dasar bayi baru lahir, diantaranya:

1) Penilaian Awal

Untuk semua BBL, lakukan penilaian awal dengan menjawab 4 pertanyaan :

Sebelum bayi lahir :

- a) Apakah kehamilan cukup bulan?
- b) Apakah air ketuban jernih, tidak bercampur mekonium?

Segera setelah bayi lahir, sambil meletakkan bayi di atas kain bersih dan kering yang telah disiapkan pada perut bawah ibu, segera lakukan penilaian berikut :

- a) Apakah bayi menangis atau bernapas/tidak mengangap?
- b) Apakah tonus otot bayi baik/bayi bergerak aktif?

Untuk BBL cukup bulan dengan air ketuban jernih yang langsung menagis atau bernapas spontan dan bergerak aktif cukup dilakukan manajemen BBL normal. Jika bayi kurang bulan (<37 minggu/259 hari) atau bayi lebih bulan (\geq 42 minggu/283 hari) dan atau air

ketuban bercampur mekonium dan atau tidak bernapas/mengap-mengap dan atau tonus otot tidak baik lakukan manajemen BBL dengan Asfiksia.

2) Membersihkan jalan nafas

Bayi normal akan menangis seponan segera setelah lahir. Apabila bayi tidak langsung menangis, penolong segera membersihkan jalan nafas.

3) Memotong tali pusat

Tali pusat dipotong sebelum atau sesudah plasenta lahir tidak begitu menentukan dan tidak akan mempengaruhi bayi, kecuali pada bayi kurang bulan. Apabila bayi lahir tidak menangis, maka tali pusat segera dipotong untuk memudahkan melakukan tindakan resusitasi pada bayi. Setelah plasenta lahir dan kondisi ibu dinilai sudah stabil, maka lakukan pengikatan tali pusat atau jepit dengan klem plastik tali pusat.

4) Menjaga kehangatan

Mekanisme pengaturan temperatur tubuh pada bayi baru lahir, belum berfungsi sempurna. Oleh karena itu, jika tidak segera dilakukan upaya pencegahan kehilangan panas tubuh maka bayi baru lahir dapat mengalami hipotermia.

5) Kontak dini dengan ibu

Berikan bayi kepada ibu secepat mungkin. Kontak dini antara ibu dan bayi penting untuk :

- a) Kehangatan dan mempertahankan panas yang sesuai pada bayi baru lahir.
- b) Ikatan batin dan pemberian ASI.
- c) Dorongan ibu untuk menyusui bayinya apabila bayi telah “siap” (dengan menunjukkan *refleks rooting*).

6) Memberi Vitamin K

Semua BBL harus diberi vitamin K (Phytomenadione) injeksi 1 mg *intramuscular* setelah proses IMD dan bayi selesai menyusui untuk mencegah perdarahan BBL akibat defisiensi vitamin K yang dapat dialami oleh sebagian BBL. Jika menggunakan sediaan 10 mg/mL suntikan secara IM di paha kiri anterolateral sebanyak 0,1 mL, sedangkan jika sediaan 2 mg/mL maka suntikan vit.K sebanyak 0,5 mL.

7) Memberi obat tetes mata atau salep mata

Salep atau tetes mata untuk pencegahan infeksi mata diberikan setelah proses IMD dan bayi selesai menyusui. Pencegahan infeksi mata tersebut mengandung tetrakisiklin 1% atau antibiotika lain. Upaya pencegahan infeksi mata kurang efektif jika diberikan >1 jam setelah kelahiran.

8) Nasihat untuk merawat Tali Pusat

- (1) Jangan membungkus puntung tali pusat dan jangan mengoleskan cairan atau bahan apapun ke puntung tali pusat.

- (2) Mengoleskan alkohol atau betadine (terutama jika pemotong tali pusat tidak terjamin DTT atau steril) masih diperkenankan, tetapi tidak diperkenankan apabila alkohol dikompreskan ke tali pusat karena dapat menyebabkan tali pusat basah/lembab.
 - (3) Lipat popok dibawah puntung tali pusat
 - (4) Jika puntung tali pusat kotor, bersihkan (hati-hati) dengan air DTT dan sabun dan segera keringkan secara seksama dengan menggunakan kain bersih.
 - (5) Anjurkan ibu untuk mencari bantuan jika tali pusat menjadi merah, bernanah atau berdarah atau berbau.
 - (6) Tali pusat biasanya lepas setelah mengalami *nekrosis* menjadi kering pada hari keenam sampai hari ke delapan (Prawirohardjo, 2012).
- 9) Pencegahan Infeksi pada Mata
- Salep mata untuk pencegahan infeksi pada mata diberikan setelah 1 jam kontak kulit ke kulit dan bayi selesai menyusui, pencegahan infeksi tersebut mengandung antibiotika Tetrasiklin 1%. Salep antibiotika tersebut harus diberikan dalam waktu satu jam setelah kelahiran. Untuk pencegahan infeksi mata tidak efektif jika diberikan lebih dari satu jam setelah kelahiran (JPNK-KR, 2008).

e. Pemeriksaan fisik Bayi Baru Lahir

- 1) Saat bayi berada di klinik
- 2) Saat kunjungan Tindak Lanjut (KN), yaitu 1 kali pada umur 1-3 hari, 1 kali pada umur 4-7 hari dan 1 kali pada umur 8-28 hari (JPNK-KR, 2008).

f. Tahapan Bayi Baru Lahir

- 1) Tahap I terjadi segera setelah lahir, selama menit-menit pertama kelahiran. Pada tahap ini digunakan sistem *scoring* apgar untuk fisik dan *scoring gray* untuk interaksi bayi dan ibu.

Tabel 2.5 Nilai Apgar

Skor	0	1	2
Denyut jantung	Tidak ada	100/ menit	>100 denyut/menit
Pernapasan	Tidak ada	Lemah, menangis lemah	Baik, menangis kuat
Otot	Lemas	Refleks Lemah	Gerak aktif, refleks Baik
Reaksi terhadap Rangsang	Tidak ada	Meringis	Menangis
Warna kulit	Biru pucat	Badan merah, ekstremitas pucat	Seluruhnya merah

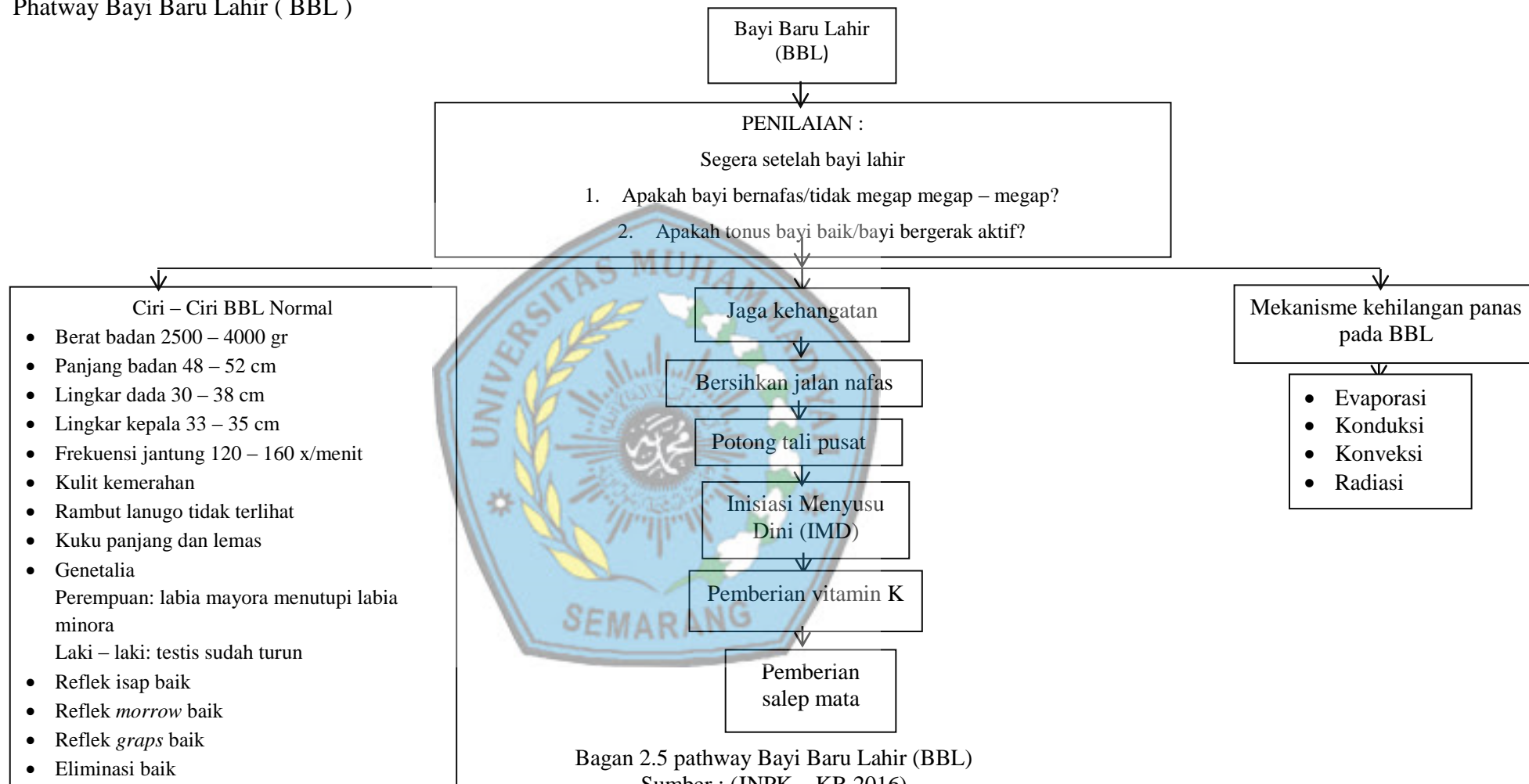
Sumber : Manuaba, 2010.

Interpretasi :

- a) Nilai 1-3 asfiksia berat
 - b) Nilai 4-6 asfiksia sedang
 - c) Nilai 7-10 asfiksia ringan (normal) (Dewi, 2010).
- 2) Tahap II disebut tahap transisional reaktivitas. Pada tahap II dilakukan pengkajian selama 24 jam pertama terhadap adanya perubahan perilaku.
- 3) Tahap III disebut tahap periodic, pengkajian dilakukan setelah 24 jam pertama yang meliputi pemeriksaan seluruh tubuh (Dewi, 2010).



Phatway Bayi Baru Lahir (BBL)



5. Keluarga Berencana

a. Pengertian Keluarga Berencana

Program Keluarga Berencana (KB) merupakan salah satu strategi untuk mengurangi kematian ibu khususnya ibu dengan kondisi 4 T: terlalu muda melahirkan (di bawah usia 20 tahun), terlalu sering melahirkan, terlalu dekat jarak melahirkan, dan terlalu tua melahirkan (di atas usia 35 tahun) (Kemenkes RI, 2013).

Keluarga berencana (KB) merupakan salah satu cara yang paling efektif untuk meningkatkan ketahanan keluarga, kesehatan, dan keselamatan ibu, anak, serta perempuan. Pelayanan KB menyediakan informasi, pendidikan, dan cara-cara bagi laki-laki dan perempuan untuk merencanakan kapan akan mempunyai anak, berapa tahun jarak usia antara anak, serta kapan akan berhenti mempunyai anak (Kemenkes RI, 2013).

b. Tujuan Utama Program KB

Tujuan utama KB nasional adalah untuk memenuhi perintah masyarakat akan pelayanan KB dan kesehatan reproduksi yang berkualitas, menurunkan tingkat/angka kematian ibu bayi dan anak serta penanggulangan masalah kesehatan reproduksi dalam rangka membangun keluarga kecil (Saifuddin, 2010)

c. Macam-macam Alat Kontrasepsi

Metode kontrasepsi terbagi atas 2 jenis menurut Saifuddin (2010), yaitu

1) Non hormonal

a) Metode Amenore Laktasi (MAL) : kontrasepsi yang mengandalkan pemberian Air Susu Ibu (ASI) secara eksklusif, artinya hanya diberikan ASI tanpa tambahan makanan atau minuman apa pun lainnya.

b) Metode keluarga berencana alamiah

(1) Senggama terputus

Senggama terputus adalah metode keluarga berencana tradisional, dimana pria mengeluarkan alat kelaminnya (penis) dari vagina sebelum pria mencapai ejakulasi.

(2) Metode barrier (kondom, diafragma, spermisida)

Kondom merupakan selubung atau sarung karet yang dapat terbuat dari berbagai bahan di antaranya lateks (karet), plastik (vinil), atau bahan alami (produksi hewani) yang dipasang pada penis saat hubungan seksual. Kondom terbuat dari karet sintesis yang tipis, berbentuk silinder, dengan muaranya berpinggir tebal, yang bila digulung berbentuk rata atau mempunyai bentuk seperti puting susu. Berbagai bahan telah ditambahkan pada kondom baik untuk meningkatkan efektivitasnya (misalnya penambahan spermisida) maupun sebagai aksesoris aktivitas seksual).

c) Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR)

AKDR adalah alat kontrasepsi yang dipasang dalam Rahim dengan menjepit kedua saluran yang menghasilkan indungtelur sehingga tidak terjadi pembuahan, terdiri dari bahan plastic polietilena, ada yang dililit oleh tembaga dan ada yang tidak.

d) Kontrasepsi mantap (tubektomi dan vasektomi)

Tubektomi (Metode Operasi Wanita/M MOW) adalah metode kontrasepsi mantap yang bersifat sukarela bagi seorang wanita bila tidak ingin hamil lagi dengan cara mengklusi tuba fallopi mengikat (mengikat dan memotong atau memasang cincin), sehingga sperma tidak dapat bertemu dengan ovum, sedangkan vasektomi adalah prosedur klinik untuk menghentikan kapasitas reproduksi pria dengan cara mengklusi vas deferens sehingga alur transportasi sperma terhambat dan proses fertilisasi (penyatuan dengan ovum) tidak terjadi (Kemenkes,2013).

2) Hormonal

Kontrasepsi Kombinasi (Hormon ekstrogen dan progesterone). Menurut Bkkbn tahun 2014 kontrasepsi kombinasi atau hormonal yaitu :

a) Pil kombinasi (Hormon Progesteron)

(1) Jenis pil kombinasi menurut (Bkkbn,2014)

- (a) Monifasik adalah pil yang tersedia dalam kemasan 21 tablet mengandung hormone aktif ekstrogen atau progestin (E/P) dalam dosis yang sama, tanpa 7 tablet tanpa hormone aktif.
 - (b) Bifasik adalah pil yang tersedia dalam kemasan 21 tablet mengandung hormone aktif ekstrogen/progestin (E/P) dengan dua dosis yang berbeda denagn 7 tablet tanpa hormone aktif.
 - (c) Trifasik adsalah Pil yang tersedia dalam kemasan 21 tablet mengandung hormone aktic ekstrogen dan progestin (E/P) dengan 3 dosis yang berbeda denagn 7 tablet tanpa hormone aktif.
- (2) Cara Kerja Pil Kombinasi yaitu :
- (a) Menekan ovulasi
 - (b) Mencegah implentansi
 - (c) Lendir serviks mengental sehingga sulit dilalui oleh sperma.
 - (d) Pergerakan tuba terganggu sehingga transportasi telur dengan sendirinya akan terganggu pula (Bkkbn,2014).
- (3) Manfaat Pil Kombinasi
- (a) Memiliki efektivitas yang tinggi (hamper menyerupai efektivitas tubektomi), bila

digunakan setiap hari (1 kehamilan per 1000 perempuan dalam tahun pertama penggunaan).

- (b) Resiko terhadap kesehatan sangat kecil
 - (c) Tidak mengganggu hubungan seksual.
 - (d) Siklis haid menjadi teratur, banyaknya darah haid berkurang (mencegah anemia), tidak terjadi nyeri.
 - (e) Dapat digunakan jangka panjang selama perempuan masih ingin menggunakannya untuk mencegah kehamilan.
 - (f) Dapat digunakan sejak usia remaja hingga menopause.
 - (g) Mudah dihentikan setiap saat.
 - (h) Kesuburan segera kembali setelah penggunaan pil dihentikan.
 - (i) Dapat digunakan sebagai alat kontrasepsi darurat
- (Bkkbn,2014)

(4) Keterbatasan

- (a) Mahal dan membosankan karena harus menggunakannya setiap hari.
- (b) Mual, terutama 3 bulan pertama.
- (c) Perdarahan bercak atau perdarahan sela, terutama 3 bulan pertama.

- (d) Pusing.
 - (e) Nyeri payudara.
 - (f) Berat badan naik sedikit, tetapi pada perempuan tertentu kenaikan berat badan justru memiliki dampak positif.
 - (g) Berhenti haid (amenorea), jarang pada pil kombinasi.
 - (h) Tidak boleh diberikan pada perempuan menyusui (mengurangi ASI).
 - (i) Pada sebagian kecil perempuan dapat menimbulkan depresi, dan perubahan suasana hati, sehingga keinginan untuk melakukan hubungan seksual berkurang.
 - (j) Dapat meningkatkan tekanan darah dan retensi cairan, sehingga resiko stroke, dan gangguan
 - (k) pembekuan darah pada vena dalam sedikit meningkat. Pada perempuan usia > 35 tahun dan merokok perlu hati-hati.
 - (l) Tidak mencegah IMS (Infeksi Menular Seksual), HBV, HIV/AIDS. (Bkkbn, 2014)
- (5) Yang dapat Menggunakan Pil Kombinasi menurut (Bkkbn, 2014)

Pada prinsipnya hampir semua ibu boleh menggunakan pil kombinasi, seperti:

- (a) Usia reproduksi. Telah memiliki anak ataupun yang belum memiliki anak.
- (b) Gemuk atau kurus: Menginginkan metode kontrasepsi dengan efektivitas tinggi.
- (c) Setelah melahirkan dan tidak menyusui.
- (d) Setelah melahirkan 6 bulan yang tidak memberikan ASI eksklusif, sedangkan semua cara kontrasepsi yang dianjurkan tidak cocok bagi ibu tersebut.
- (e) Pasca keguguran.
- (f) Anemia karena haid berlebihan.
- (g) Nyeri haid hebat.
- (h) Siklus haud tidak teratur.
- (i) Riwayat kehamilan ektopik.
- (j) Kelainan payudara jinak
- (k) Kencing manis tanpa komplikasi pada ginjal.
- (l) Pembuluh darah, mata dan saraf.
- (m) Penyakit teroid, penyakit radang panggul, endometriosis atau tumor ovarium jinak.
- (n) Menderita tuberculosis (kecuali yang sedang rivampisin).

- (o) Varises vena.
- b) Progestin menurut Saifuddin (2010) terbagi atas injeksi, pil, implant dan AKDR dengan progestin :
- (1) Kontrasepsi suntikan progestin sangat efektif, aman, dapat dipakai oleh semua perempuan dalam usia reproduksi, kembalinya kesuburan lebih lambat rata-rata 4 bulan, dan cocok untuk masa laktasi karena tidak menekan produksi ASI.
 - (2) Kontrasepsi pil progestin (minipil) cocok untuk perempuan menyusui yang ingin memakai pil KB, sangat efektif pada masa laktasi, dosis rendah, tidak menurunkan produksi ASI, tidak memberikan efek samping estrogen, efek samping utama adalah gangguan pendarahan; perdarahan bercak, atau perdarahan tidak teratur, dapat dipakai sebagai kontrasepsi darurat.
 - (3) Kontrasepsi implan efektif 5 tahun untuk Norplant, 3 tahun untuk Jadena, Inoplant, atau Implanon, nyaman, dapat dipakai oleh semua ibu dalam usia reproduksi, kesuburan segera kembali setelah implant dicabut, efek samping utama berupa perdarahan tidak teratur, perdarahan bercak dan amenore, aman dipakai pada masa laktasi.

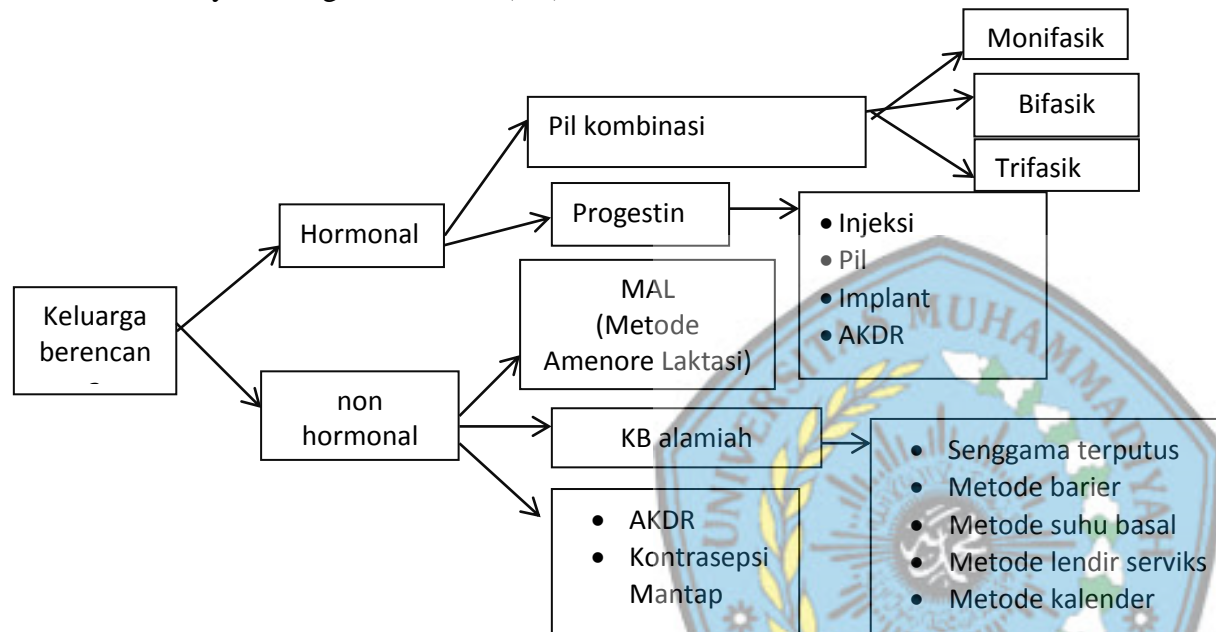
(4) AKDR dengan progestin efektif dengan proteksi jangkapanjang (satu tahun), tidak mengganggu hubungan suamiistri, tidak berpengaruh terhadap ASI, kesuburan segerakembali sesudah AKDR diangkat, efek sampingnya sangatkecil, memiliki efek sistemik yang sangat kecil.

c) Kombinasi: pil dan injeksi

(1) Pil kombinasi sangat efektif dan reversible, harus diminumsetiap hari, pada bulan-bulan pertama efek samping berupamual dan perdarahan bercak yang tidak berbahaya dansegera akan hilang, efek samping serius sangat jarangterjadi, dapat dipakai oleh semua ibu usia reproduksi, baikyang sudah mempunyai anak maupun belum, dapat mulaidinum setiap saat bila sedang tidak hamil, tidakdianjurkan pada ibu yang menyusui, dapat dipakai sebagaikontrasepsi darurat.

(2) Keuntungan kontrasepsi suntikan kombinasi risikoterhadap kesehatan kecil, tidak berpengaruh pada hubungan suami istri, tidak diperlukan pemeriksaan dalam, jangkapanjang, efek samping sangat kecil, klien tidak perlumenyimpan obat suntik (Saifuddin, 2010).

Pathway Keluarga Berencana (Kb)



Bagan 2.6 Pathway Keluarga Berencana (Kb)

Sumber : (Affandi,Dkk, 2012)

(Maritalia dkk, 2013).

B. Teori Manajemen Asuhan Kebidanan

Menurut Nurrobikha (2018) Teori manajemen kebidanan adalah :

1. Manajemen Kebidanan Varney

Varney 1997 menjelaskan bahwa manajemen kebidanan adalah proses pemecahan masalah digunakan sebagai metode untuk mengorganisasikan pikiran dan tindakan berdasarkan teori ilmiah, penemuan-penemuan, dalam rangkaian tahapan yang logis untuk pengambilan suatu keputusan berfokus pada klien.

a. Langkah I (Pengumpulan Data Dasar)

Pada langkah ini dilakukan pengkajian dengan pengumpulan semua data yang diperlukan untuk mengevaluasi keadaan klien secara lengkap yaitu:

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

Pada langkah pertama ini dikumpulkan semua data yang akurat dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi pasien. Bidan mengumpulkan data dasar awal yang lengkap.

b. Langkah II (Interpretasi Data Dasar)

Pada langkah ini dilakukan identifikasi yang benar terhadap diagnosa atau masalah dan kebutuhan klien berdasarkan

interpretasi yang benar atas data-data yang telah dikumpulkan. Data dasar yang telah dikumpulkan diinterpretasikan sehingga ditemukan masalah atau diagnosa yang spesifik. Kata masalah dan diagnosa keduanya digunakan karena beberapa masalah tidak dapat diselesaikan seperti diagnosa, tetapi sngguh membutuhkan penanganan yang dituangkan kedalam sebuah rencana asuhan terhadap klien.

c. Langkah III (Identifikasi Diagnosis atau Masalah Potensial)

Pada langkah ini kita mengidentifikasi masalah atau diagnosa potensia lain berdasarkan rangkaian masalah dan diagnosa yang telah diidentifikasi. Langkah ini membutuhkanantisipasi, bila memungkinkan dilakukan pencegahan, sambil mengamati klien, bidan dapaty diharapkan bersiap-siap bila diagnosa/ masalah potensial ini benar-benar terjadi. Pada langkah ini penting sekali melakukan asuhan yang aman.

d. Langkah IV (Identifikasi Tindakan Segera)

Mengidentifikasi perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter dan atau untuk dikonsultasikan atau ditangani bersama dengan anggota tim kesehatan yang laindengan kondisi klien. Langkah keempat ini mencerminkan kesinambungan dari proses manajemen kebidanan.

e. Langkah V (Perencanaan)

Rencana asuhan kebidanan dibuat berdasarkan diagnosa kebidanan. Pada langkah ini direncanakan asuhan yang menyeluruh yang ditentukan oleh langkah-langkah sebelumnya. Langkah ini merupakan kelanjutan manajemen terhadap diagnosa atau masalah yang telah diidentifikasi atau diantisipasi. Pada langkah ini informasi/ data dasar yang tidak lengkap dapat dilengkapi. Setiap rencana asuhan haruslah disetujui oleh kedua belah pihak, yaitu oleh bidan dan klien agar dapat dilaksanakan dengan efektif karena klien merupakan bagian dari pelaksanaan rencana tersebut.

f. Langkah VI (Pelaksanaan)

Pada langkah ini rencana asuhan menyeluruh seperti yang telah diuraikan pada langkah sebelumnya dilaksanakan secara efisien dan aman. Perencanaan ini dapat dilakukan seluruhnya oleh bidan atau sebagian oleh klien atau anggota tim kesehatan lainnya. Dalam situasi ketika bidan berkolaborasi dengan dokter untuk menangani klien yang mengalami komplikasi, keterlibatan bidan dalam manajemen asuhan bagi klien adalah bertanggung jawab terhadap terlaksananya asuhan bersama yang menyeluruh tersebut. Manajemen yang efisien akan menyingkat waktu dan menghemat biaya serta meningkatkan mutu asuhan klien.

g. Langkah VII (Evaluasi)

Pada langkah ini dilakukan evaluasi keefektifan asuhan yang sudah diberikan, meliputi kebutuhan terhadap masalah yang diidentifikasi di dalam masalah dan diagnosis.

2. Metode dokumentasi SOAP

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

Kriteria pencatatan Asuhan Kebidanan adalah sebagai berikut:

a. Pencatatan dilakukan segera setelah melaksanakan asuhan pada formulir yang tersedia (Rekam Medis atau KMS atau buku KIA).

b. Ditulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP

1) S (Subjektif)

Yaitu menggambarkan pendokumentasian hasil pengumpulan data klien melalui anamnesa

2) O (Objektif)

Yaitu menggambarkan pendokumentasian hasil pemeriksaan fisik klien, laboratorium, dan tes diagnosis lain yang dirumuskan dalam data fokus yang mendukung.

3) A (Assesment)

Yaitu menggambarkan pendokumentasian hasil anamnesa dan interpretasi data subjektif dan objektif dalam suatu identifikasi atau masalah potensial.

4) P (Plann)

Yaitu menggambarkan pendokumentasian dari perencanaan dan evaluasi berdasarkan assesment.



C. Teori Hukum Kewenangan Bidan

Sebagai seorang bidan dalam memberikan asuhan harus berdasarkan aturan atau hukum yang berlaku, sehingga penyimpangan terhadap hukum (mal praktik) dapat dihindarkan dalam memberikan asuhan kebidanan harus berdasarkan landasan hukum yang digunakan yaitu:

Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 4 Tahun 2019 Tentang Kebidanan, Bagian Kedua Tugas dan Wewenang

1. Pasal 46
 - a. Dalam menyelenggarakan Praktik Kebidanan, Bidan bertugas memberikan pelayanan yang meliputi:
 1. pelayanan kesehatan ibu;
 2. pelayanan kesehatan anak;
 3. pelayanan kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana;
 4. pelaksanaan tugas berdasarkan pelimpahan wewenang; dan/atau
 5. pelaksanaan tugas dalam keadaan keterbatasan tertentu.
 - b. Tugas Bidan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat dilaksanakan secara bersama atau sendiri.
 - c. Pelaksanaan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan secara bertanggung jawab dan akuntabel.

2. Pasal 47

a. Dalam menyelenggarakan Praktik Kebidanan, Bidan dapat berperan sebagai:

1. pemberi Pelayanan Kebidanan;
2. pengelola Pelayanan Kebidanan;
3. penyuluh dan konselor;
4. pendidik, pembimbing, dan fasilitator klinik;
5. penggerak peran serta masyarakat dan pemberdayaan perempuan; dan/atau
6. peneliti.

b. Peran Bidan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

3. Pasal 48

Bidan dalam penyelenggaraan Praktik Kebidanan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 46 dan Pasal 47, harus sesuai dengan kompetensi dan kewenangannya.

Paragraf 1

Pelayanan Kesehatan Ibu

1. Dalam menjalankan tugas memberikan pelayanan kesehatan ibu sebagaimana dimaksud dalam pasal 46 ayat (1) huruf a, Bidan berwenang:

- a. memberikan Asuhan Kebidanan pada masa sebelum hamil;
- b. memberikan Asuhan Kebidanan pada masa kehamilan normal;
- c. memberikan Asuhan Kebidanan pada masa persalinan dan menolong persalinan normal;
- d. memberikan Asuhan Kebidanan pada masa nifas;
- e. melakukan pertolongan pertama kegawatdaruratan ibu hamil, bersalin, nifas, dan rujukan; dan
- f. melakukan deteksi dini kasus risiko dan komplikasi pada masa kehamilan, masa persalinan, pascapersalinan, masa nifas, serta asuhan pascakeguguran dan dilanjutkan dengan rujukan.

Paragraf 2

Pelayanan Kesehatan Anak

1. Pasal 50

Dalam menjalankan tugas memberikan pelayanan kesehatan anak sebagaimana dimaksud dalam Pasal 46 ayat (1) huruf b, Bidan berwenang:

- a. memberikan Asuhan Kebidanan pada bayi baru lahir, bayi, balita, dan anak prasekolah;
- b. memberikan imunisasi sesuai program Pemerintah Pusat;
- c. melakukan pemantauan tumbuh kembang pada bayi, balita, dan anak prasekolah serta deteksi dini kasus penyulit, gangguan tumbuh kembang, dan rujukan; dan

- d. memberikan pertolongan pertama kegawatdaruratan pada bayi baru lahir dilanjutkan dengan rujukan.

Paragraf 3

Pelayanan Kesehatan Reproduksi Perempuan dan Keluarga Berencana

1. Pasal 51

Dalam menjalankan tugas memberikan pelayanan kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana sebagaimana dimaksud dalam Pasal 46 ayat (1) huruf c, Bidan berwenang melakukan komunikasi, informasi, edukasi, konseling, dan memberikan pelayanan kontrasepsi sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

2. Pasal 52

Ketentuan lebih lanjut mengenai pelayanan kesehatan ibu, pelayanan kesehatan anak, dan pelayanan kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana sebagaimana dimaksud dalam Pasal 49 sampai dengan Pasal 51 diatur dengan Peraturan Menteri.