

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Teori Medis**

##### **1. Kehamilan**

###### **a. Pengertian kehamilan**

Masa kehamilan dimulai dari konsepsi sampai lahirnya janin. Lamanya hamil normal adalah 280 hari (40 minggu atau 9 bulan 7 hari) dihitung dari hari pertama haid terakhir. Kehamilan dibagi menjadi 3 triwulan yaitu triwulan pertama dimulai dari konsepsi sampai 3 bulan, triwulan kedua dari bulan keempat sampai 6 bulan, triwulan ke tiga dari bulan ke tujuh sampai 9 bulan (Sarwono Prawirohardjo, 2012).

Kehamilan merupakan proses alami yang akan membuat perubahan baik fisik maupun psikologis. Perubahan kondisi fisik dan emosional yang kompleks, memerlukan adaptasi terhadap proses kehamilan yang terjadi.

Kehamilan terbagi dalam 3 trimester., dimana trimester 1 berlangsung 12 minggu, trimester 2 berlangsung 15 minggu (minggu ke-13 hingga ke-27), dan trimester 3 berlangsung 13 minggu (minggu ke-28 hingga ke-40) (Sarwono Prawirohardjo, 2012).

Kehamilan trimester pertama dimulai pada hari pertama haid terakhir dan berlangsung hingga akhir minggu ke-12. Pada trimester ini, kebanyakan ibu hamil mengalami morning sickness alias mual berulang. Jika setelah berhubungan intim, kamu tidak datang bulan setidaknya lebih dari seminggu, jangan ragu berbicara dengan dokter kandungan. Kondisi ini bisa menjadi

tanda awal kehamilan, apalagi bila disertai gejala fisik lain seperti perubahan suasana hati, kram di bawah perut, sering buang air kecil, perubahan payudara, sakit kepala, sembelit, dan perdarahan.

Kehamilan trimester 2 mulai di minggu ke-13 hingga minggu ke-27. Di masa kehamilan ini, hampir sebagian besar gejala hamil muda sudah mereda dan energi juga sudah mulai terkumpul kembali untuk beraktivitas seperti biasa. Adapun perubahan-perubahan yang sering terjadi seperti perut membesar, berat badan pun mulai naik, payudara membesar, area puting mulai menjadi lebih gelap. Seiring bertumbuhnya payudara di sekitar minggu ke-16 sampai 22 cairan kuning bernama kolostrum mungkin juga akan keluar. Kolostrum adalah ASI pertama. Mulai muncul *stretch mark* pada bagian perut dan payudara, nyeri punggung.

Kehamilan trimester III adalah kehamilan dengan usia 27-40 minggu, masa ini merupakan suatu yang lebih berorientasi pada realitas untuk menjadi orang tua yang menanti kelahiran anak dimana ikatan antara orang tua dan janin yang berkembang pada trimester ini (Mochtar, 2010).

Selama kehamilan, wanita akan mengalami perubahan baik secara anatomi, fisiologi maupun psikologi sehingga menyebabkan ketidaknyamanan selama kehamilan. Salah satu ketidaknyamanan yang sering dialami ibu hamil adalah nyeri punggung (varney, dkk, 2009).

Kehamilan membawa begitu banyak perubahan pada tubuh seorang wanita sehingga timbul beberapa rasa sakit dan nyeri. Meskipun tenaga kesehatan sering menyebutnya sebagai gangguan kecil semasa kehamilan,

keadaan ini jelas tidak dianggap ringan oleh wanita yang telah mengalaminya (Nolan, 2009). Para wanita mengalami berbagai macam ketidaknyamanan selama kehamilan, kebanyakan dari ketidaknyamanan ini berhubungan dengan perubahan anatomi dan fisiologis yang terjadi dan yang lainnya berhubungan dengan aspek-aspek emosi dalam kehamilan (Wasih, 2010). Salah satu ketidaknyamanan yang sering timbul adalah nyeri punggung. Nyeri punggung merupakan gangguan yang banyak dialami oleh ibu hamil yang tidak hanya terjadi pada trimester tertentu, tetapi dapat dialami sepanjang masa-masa kehamilan hingga periode pascanatal wanita yang pernah mengalami nyeri punggung sebelum kehamilan beresik( tinggi mengalami hal yang sama ketika hamil, oleh karena itu penting sekali untuk dapat membedakan nyeri punggung terjadi akibat kehamilan dengan nyeri punggung yang terjadi akibat penyebab lain (Fraser, 2009).

b. Perubahan Fisiologis Ibu Hamil pada Trimester III ( Ajeng, N. 2012)

1) Uterus

Pada akhir kehamilan (40 minggu) berat uterus menjadi 1000 gram (berat uterus normal 30 gram) dengan panjang 20 cm dan dinding 2,5 cm. Pada bulan-bulan pertama kehamilan, bentuk uterus seperti buah alpukat agak gepeng. Pada kehamilan 16 minggu, uterus berbentuk bulat. Selanjutnya pada akhir kehamilan kembali seperti bentuk semula, lonjong seperti telur. Hubungan antara besarnya uterus dengan tuanya kehamilan sangat penting diketahui antara lain untuk membentuk diagnosis, apakah wanita tersebut hamil fisiologik, hamil ganda atau menderita penyakit

seperti mola hidatidosa dan sebagainya. Pada kehamilan 28 minggu, fundus uteri terletak kira-kira 3 jari diatas pusat atau  $\frac{1}{3}$  jarak antara pusat ke *prosessus xipoides*. Pada kehamilan 32 minggu, fundus uteri terletak antara  $\frac{1}{2}$  jarak pusat dan *prosessus xipoides*. Pada kehamilan 36 minggu, fundus uteri terletak kira-kira 1 jari dibawah *prosessus xipoides*. Bila pertumbuhan janin normal, maka tinggi fundus uteri pada kehamilan 28 minggu adalah 25 cm, pada 32 minggu adalah 27 cm dan pada 36 minggu adalah 30 cm. Pada kehamilan 40 minggu, fundus uteri turun kembali dan terletak kira-kira 3 jari dibawah *prosessus xipoides*. Hal ini disebabkan oleh kepala janin yang pada primigravida turun dan masuk kedalam rongga panggul. Pada trimester III, *isthmus* uteri lebih nyata menjadi *corpus* uteri dan berkembang menjadi segmen bawah uterus atau segmen bawah rahim (SBR). Pada kehamilan tua, kontraksi otot-otot bagian atas uterus menyebabkan SBR menjadi lebih lebar dan tipis (tampak batas yang nyata antara bagian atas yang lebih tebal dan segmen bawah yang lebih tipis). Batas ini dikenal sebagai lingkaran retraksi fisiologik. Dinding uterus diatas lingkaran ini jauh lebih tebal daripada SBR.

## 2) Serviks Uteri

Serviks uteri pada kehamilan juga mengalami perubahan karena hormon estrogen. Akibat kadar estrogen yang meningkat dan dengan adanya hipervaskularisasi, maka konsistensi serviks menjadi lunak. Serviks uteri lebih banyak mengandung jaringan ikat yang terdiri atas

kolagen. Karena servik terdiri atas jaringan ikat dan hanya sedikit mengandung jaringan otot, maka serviks tidak mempunyai fungsi sebagai spinkter, sehingga pada saat partus serviks akan membuka saja mengikuti tarikan-tarikan *corpus* uteri keatas dan tekanan bagian bawah janin kebawah. Sesudah partus, serviks akan tampak berlipat-lipat dan tidak menutup seperti spinkter. Perubahan-perubahan pada serviks perlu diketahui sedini mungkin pada kehamilan, akan tetapi yang memeriksa hendaknya berhati-hati dan tidak dibenarkan melakukannya dengan kasar, sehingga dapat mengganggu kehamilan. Kelenjar-kelenjar di serviks akan berfungsi lebih dan akan mengeluarkan sekresi lebih banyak. Kadang-kadang wanita yang sedang hamil mengeluh mengeluarkan cairan pervaginam lebih banyak. Pada keadaan ini sampai batas tertentu masih merupakan keadaan fisiologik, karena peningkatan hormon progesteron. Selain itu prostaglandin bekerja pada serabut kolagen, terutama pada minggu-minggu akhir kehamilan. Serviks menjadi lunak dan lebih mudah berdilatasi pada waktu persalinan.

### 3) Vagina Dan Vulva

Vagina dan vulva akibat hormon estrogen juga mengalami perubahan. Adanya hipervaskularisasi mengakibatkan vagina dan vulva tampak lebih merah dan agak kebiru-biruan (*livide*). Warna porsio tampak *livide*. Pembuluh-pembuluh darah alat genetalia interna akan membesar.

Hal ini dapat dimengerti karena oksigenasi dan nutrisi pada alat-alat genitalia tersebut meningkat. Apabila terjadi kecelakaan pada kehamilan/persalinan maka perdarahan akan banyak sekali, sampai dapat mengakibatkan kematian. Pada bulan terakhir kehamilan, cairan vagina mulai meningkat dan lebih kental.

#### 4) Mammae

Pada kehamilan 12 minggu keatas, dari puting susu dapat keluar cairan berwarna putih agak jernih disebut kolostrum. Kolostrum ini berasal dari kelenjar-kelenjar asinus yang mulai bersekresi.

#### 5) Sirkulasi Darah

Volume darah akan bertambah banyak  $\pm 25\%$  pada puncak usia kehamilan 32 minggu. Meskipun ada peningkatan dalam volume eritrosit secara keseluruhan, tetapi penambahan volume plasma jauh lebih besar sehingga konsentrasi hemoglobin dalam darah menjadi lebih rendah. Walaupun kadar hemoglobin ini menurun menjadi  $\pm 120$  g/L. Pada minggu ke-32, wanita hamil mempunyai hemoglobin total lebih besar daripada wanita tersebut ketika tidak hamil. Bersamaan itu, jumlah sel darah putih meningkat ( $\pm 10.500/\text{ml}$ ), demikian juga hitung trombositnya. Untuk mengatasi pertambahan volume darah, curah jantung akan meningkat  $\pm 30\%$  pada minggu ke-30. Kebanyakan peningkatan curah jantung tersebut disebabkan oleh meningkatnya isi sekuncup, akan tetapi frekuensi denyut jantung meningkat  $\pm 15\%$ . Setelah kehamilan lebih dari 30 minggu, terdapat kecenderungan peningkatan tekanan darah.

#### 6) Sistem Respirasi

Pernafasan masih diafragmatik selama kehamilan, tetapi karena pergerakan diafragma terbatas setelah minggu ke-30, wanita hamil bernafas lebih dalam, dengan meningkatkan volume tidal dan kecepatan ventilasi, sehingga memungkinkan pencampuran gas meningkat dan konsumsi oksigen meningkat 20%. Diperkirakan efek ini disebabkan oleh meningkatnya sekresi progesteron. Keadaan tersebut dapat menyebabkan pernafasan berlebih dan PO<sub>2</sub> arteri lebih rendah. Pada kehamilan lanjut, kerangka iga bawah melebar keluar sedikit dan mungkin tidak kembali pada keadaan sebelum hamil, sehingga menimbulkan kekhawatiran bagi wanita yang memperhatikan penampilan badannya.

#### 7) Traktus Digestivus

Di mulut, gusi menjadi lunak, mungkin terjadi karena retensi cairan intraseluler yang disebabkan oleh progesteron. Spinkter esopagus bawah relaksasi, sehingga dapat terjadi regurgitasi isi lambung yang menyebabkan rasa terbakar di dada (heathburn). Sekresi isi lambung berkurang dan makanan lebih lama berada di lambung. Otot-otot usus relaks dengan disertai penurunan motilitas. Hal ini memungkinkan absorpsi zat nutrisi lebih banyak, tetapi dapat menyebabkan konstipasi, merupakan salah satu keluhan utama wanita hamil.

#### 8) Traktus Urinarius

Pada akhir kehamilan, kepala janin mulai turun ke PAP, keluhan sering kencing dan timbul lagi karena kandung kencing mulai tertekan

kembali. Disamping itu, terdapat pula poliuri. Poliuri disebabkan oleh adanya peningkatan sirkulasi darah di ginjal pada kehamilan sehingga laju filtrasi glomerulus juga meningkat sampai 69%. *Reabsorpsi tubulus* tidak berubah, sehingga produk-produk ekskresi seperti urea, *uric acid*, glukosa, asam amino, asam folik lebih banyak yang dikeluarkan.

#### 9) Metabolisme Dalam Kehamilan

BMR meningkat hingga 15-20% yang umumnya ditemukan pada trimester III. Kalori yang dibutuhkan untuk itu diperoleh terutama dari pembakaran karbohidrat, khususnya sesudah kehamilan 20 minggu ke atas. Akan tetapi bila dibutuhkan, dipakailah lemak ibu untuk mendapatkan tambahan kalori dalam pekerjaan sehari-hari. Dalam keadaan biasa wanita hamil cukup hemat dalam hal pemakaian tenaganya. Janin membutuhkan 30-40 gr kalsium untuk pembentukan tulang-tulangnya dan hal ini terjadi terutama dalam trimester terakhir. Makanan tiap harinya diperkirakan telah mengandung 1,5-2,5 gram kalsium. Diperkirakan 0,2-0,7 gram kalsium tertahan dalam badan untuk keperluan semasa hamil. Ini kiranya telah cukup untuk pertumbuhan janin tanpa mengganggu kalsium ibu. Kadar kalsium dalam serum memang lebih rendah, mungkin oleh karena adanya hidremia, akan tetapi kadar kalsium tersebut masih cukup tinggi hingga dapat menanggulangi kemungkinan terjadinya kejang tetani. Segera setelah haid terlambat, kadar enzim diamino-oksidadase (histamine) meningkat dari 3-6 satuan dalam masa tidak hamil ke 200 satuan dalam masa hamil 16 minggu. Kadar ini



mencapai puncaknya sampai 400-500 satuan pada kehamilan 16 minggu dan seterusnya sampai akhir kehamilan. Pinosinase adalah enzim yang dapat membuat oksitosin tidak aktif. Pinosinase ditemukan banyak sekali di dalam darah ibu pada kehamilan 14-38 minggu.

c. Pemeriksaan ANC

Menurut Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) *Antenatal care* untuk mendeteksi dini terjadinya risiko tinggi terhadap kehamilan dan persalinan juga dapat menurunkan angka kematian ibu dan memantau keadaan janin. Idealnya bila tiap wanita hamil mau memeriksakan kehamilannya, bertujuan untuk mendeteksi kelainan-kelainan yang mungkin ada atau akan timbul pada kehamilan tersebut cepat diketahui, dan segera dapat diatasi sebelum berpengaruh tidak baik terhadap kehamilan tersebut dengan melakukan pemeriksaan antenatal care (Winkjosastro, 2006).

Dalam melaksanakan pelayanan Antenatal Care ada sepuluh standar pelayanan yang harus dilakukan oleh bidan atau tenaga kesehatan yang dikenal dengan 10 T. Pelayanan atau asuhan standar minimal 10 T adalah sebagai berikut (Depkes RI, 2009)

- 1) Timbang berat badan dan ukur tinggi badan
- 2) Pemeriksaan tekanan darah
- 3) Nilai status gizi (ukur lingkar lengan atas)
- 4) Pemeriksaan puncak rahim (tinggi fundus uteri)
- 5) Tentukan presentasi janin dan denyut jantung janin (DJJ)

- 6) Skrining status imunisasi Tetanus dan berikan imunisasi Tetanus Toksoid (TT) bila diperlukan.
- 7) Pemberian Tablet zat besi minimal 90 tablet selama kehamilan
- 8) Test laboratorium (rutin dan khusus)
- 9) Tatalaksana kasus
- 10) Temu wicara (konseling) , termasuk Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K) serta KB paska persalinan

Adapun 14 T pada pemeriksaan ANC meliputi :

- 1) Timbang berat badan (T1)Ukur BB dalam KG tiap kali kunjungan .  
kenaikan BB normal pada waktu hamil 0,5 kg per minggu mulai TM2
- 2) Ukur tekanan darah (T2)Tekanan darah yang normal 110/80-140/90 mmHg bila melebihi dari 140/90 mmHg perlu diwaspadai adanya preeklamsi
- 3) Ukur tinggi fundus uteri (T3)
- 4) Pemberian tablet besi minimal 90 tablet selama kehamilan (T4)
- 5) Pemberian imunisasi (Tetanus Toksoid) TT lengkap (T5)
- 6) Pemeriksaan Hb (T6)
- 7) Pemeriksaan VDRL (T7)
- 8) Perawatan payudara,senam payudara dipijat tekan payudara (T8)
- 9) Pemeliharaan tingkat kebugaran/senam ibu hamil (T9)
- 10) Temu wicara dalam rangka persiapan rujukan (T10)
- 11) Pemeriksaan Protein urine atas indikasi (T11)
- 12) Pemeriksaan Reduksi urine atas indikasi (T12)

13) Pemberian terapi kapsul yodium untuk daerah endemis gondok (T13)

14) Pemberian terapi anti malaria untuk daerah endemis gondok (T14)

## 2. Persalinan

### a. Pengertian Persalinan Normal

Persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan plasenta) yang telah cukup bulan atau dapat hidup di luar kandungan melalui jalan lahir atau jalan lain, dengan bantuan atau tanpa bantuan (kekuatan sendiri) (Manuaba, 2010).

Persalinan adalah proses membuka dan menipisnya serviks dan janin turun ke jalan lahir. Persalinan dan kelahiran normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37- 42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala, tanpa komplikasi baik ibu maupun janin (Sukarni dan Margareth, 2013).

Persalinan normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung dalam 18 jam, tanpa komplikasi baik pada ibu maupun pada janin (Prawirohardjo, 2010).

Jadi, persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan plasenta) pada kehamilan cukup bulan berlangsung tidak lebih dari 18 jam dan tanpa komplikasi pada ibu maupun pada janin.

### b. Macam- Macam Persalinan

Menurut Manuaba (2010), macam-macam persalinan adalah:

- 1) Persalinan spontan adalah bila persalinan seluruhnya berlangsung dengan kekuatan ibu sendiri.
- 2) Persalinan buatan ialah persalinan dengan bantuan dari tenaga dari luar.
- 3) Persalinan anjuran (*partus presipitatus*).

Macam-macam persalinan sesuai umur kehamilan dan berat janin menurut Manuaba (2010), antara lain:

- 1) *Abortus* ialah terhentinya dan keluarnya hasil konsepsi sebelum mampu hidup di luar kandungan. Usia kehamilan sebelum 28 minggu dan berat janin kurang dari 1000 gram.
- 2) Persalinan *prematuros* ialah persalinan sebelum usia kehamilan 28-36 minggu dan berat janin kurang dari 2499 gram.
- 3) Persalinan *aterm* ialah persalinan antara usia kehamilan 37-42 minggu dengan berat janin lebih dari 2500 gram.
- 4) Persalinan *serotinus* ialah persalinan melampaui usia kehamilan 42 minggu dan pada janin terdapat tanda postmaturitas.
- 5) Persalinan *presipitatus* ialah persalinan yang berlangsung cepat dan kurang dari 3 jam.

#### c. Faktor- Faktor yang Mempengaruhi Persalinan

Faktor yang mempengaruhi persalinan menurut Sukarni dan Margareth (2013), antara lain:

- 1) Power/ Tenaga yang Mendorong anak

Power atau tenaga yang mendorong anak adalah

a) His adalah kontraksi otot-otot rahim pada persalinan

(1) His persalinan yang menyebabkan pendataran dan pembukaan serviks. Terdiri dari: his pembukaan, his pengeluaran dan his pelepasan uri.

(2) His pendahuluan tidak berpengaruh terhadap serviks.

b) Tenaga Mengejan:

(1) Kontraksi otot-otot dinding perut

(2) Kepala di dasar panggul merangsang mengejan

(3) Paling efektif saat kontraksi/ his

2) Passage (panggul)

3) Passanger (fetus), hal yang menentukan kemampuan untuk melewati jalan lahir dari faktor passanger adalah:

a) Presentasi janin

b) Sikap janin

c) Posisi janin

d) Bentuk dan ukuran kepala janin

d. Mekanisme Persalinan

Gerakan utama kepala janin pada proses persalinan menurut Sukarni dan Margareth (2013), yaitu:

1) *Engagement*

2) *Flexion*

3) *Descent*

4) *Internal rotation*

5) *Extension*

6) *External rotation*

7) *Expulsion*

e. Tahapan Persalinan

Adapun tahapan persalinan menurut Darmayanti dkk (2014)

1) Kala I (Pembukaan)

Pasien dikatakan dalam tahap persalinan:

a) Jika sudah terjadi pembukaan serviks dan kontraksi terjadi teratur minimal 2 kali dalam 10 menit selama 40 detik.

b) Kala I adalah kala pembukaan yang berlangsung antara pembukaan 0-10 cm (pembukaan lengkap).

c) Proses pada kala I terbagi menjadi dua fase, yaitu:

(1) Fase laten (8 jam) dari pembukaan 0 cm sampai pembukaan 3 cm

(2) Fase aktif (7 jam) dari pembukaan serviks 3 cm sampai pembukaan 10 cm. Dibagi lagi menjadi 3 fase yaitu:

(a) Fase akselerasi (2 jam), dari pembukaan 3 cm sampai 4 cm

(b) Fase dilatasi maksimal (2 jam), dari pembukaan 4 cm sampai 9 cm

(c) Fase deselerasi (2 jam), dari pembukaan 9 cm sampai 10 cm

Lamanya untuk primigravida berlangsung 12-14 jam sedangkan pada multigravida sekitar 6-8 jam.

2) Kala II (Pengeluaran Bayi)

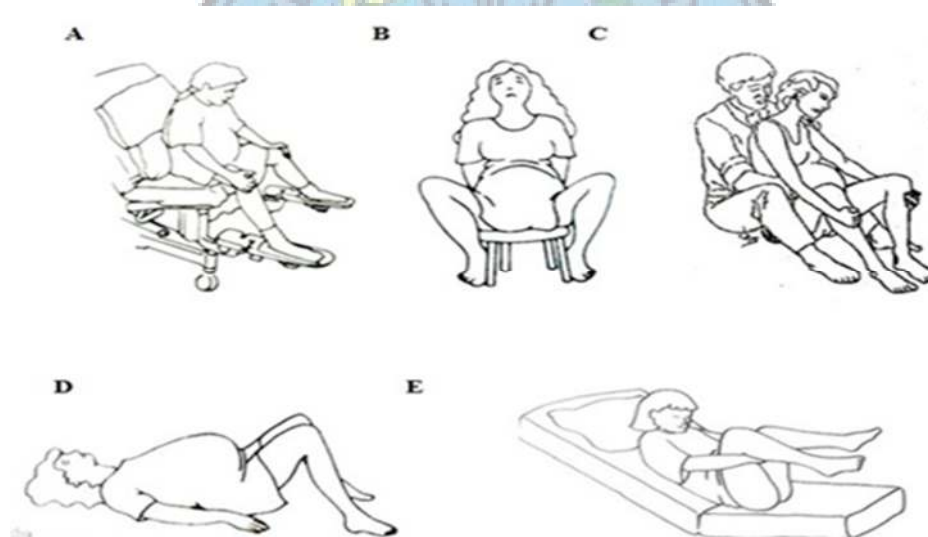
- a) Kala II adalah kala pengeluaran bayi, dimulai dari pembukaan lengkap sampai bayi lahir.
- b) Uterus dengan kekuatan hisnya ditambah kekuatan meneran akan mendorong bayi hingga lahir.
- c) Lamanya proses ini berlangsung selama 1 ½ -2 jam pada primigavida dan ½-1 jam pada multigavida.
- d) Diagnosis persalinan kala II ditegakkan dengan melakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan pembukaan sudah lengkap dan kepala janin sudah tampak di vulva dengan diameter 5-6 cm.
- e) Tanda gejala kala II : dorongan meneran, tekanan anus, perineum menonjol, dan vulva membuka.

Adapun macam-macam posisi meneran adalah sebagai berikut:

- 1) Duduk atau setengah duduk → posisi ini memudahkan bidan dalam membantu kelahiran kepala janin dan memperhatikan keadaan perineum.
- 2) Merangkak → posisi merangkak sangat cocok untuk persalinan dengan rasa sakit pada punggung, mempermudah janin dalam melakukan rotasi serta peregangan pada perineum berkurang.
- 3) Jongkok atau berdiri posisi jongkok atau berdiri memudahkan penurunan kepala janin, memperluas panggul sebesar 28% lebih besar pada pintu bawah panggul, dan memperkuat dorongan meneran. Namun posisi ini beresiko memperbesar terjadinya laserasi (perlukaan) jalan lahir.
- 4) Berbaring miring → posisi berbaring miring dapat mengurangi penekanan pada vena *cava inferior*, sehingga dapat mengurangi kemungkinan terjadinya

hipoksia janin karena suply oksigen tidak terganggu, dapat memberi suasana rileks bagi ibu yang mengalami kecapekan, dan dapat mencegah terjadinya robekan jalan lahir.

- 5) Hindari posisi telentang (dorsal recumbent) → posisi ini dapat mengakibatkan : hipotensi (beresiko terjadinya syok dan berkurangnya suplai oksigen dalam sirkulasi *uteroplacenter*, sehingga mengakibatkan hipoksia bagi janin), rasa nyeri yang bertambah, kemajuan persalinan bertambah lama, ibu mangalami gangguan untuk bernafas, buang air kecil terganggu, mobilisasi ibu kurang bebas, ibu kurang semangat, dan dapat mengakibatkan kerusakan pada syaraf kaki dan punggung.



Gambar 2.1 Macam-Macam Posisi Meneran

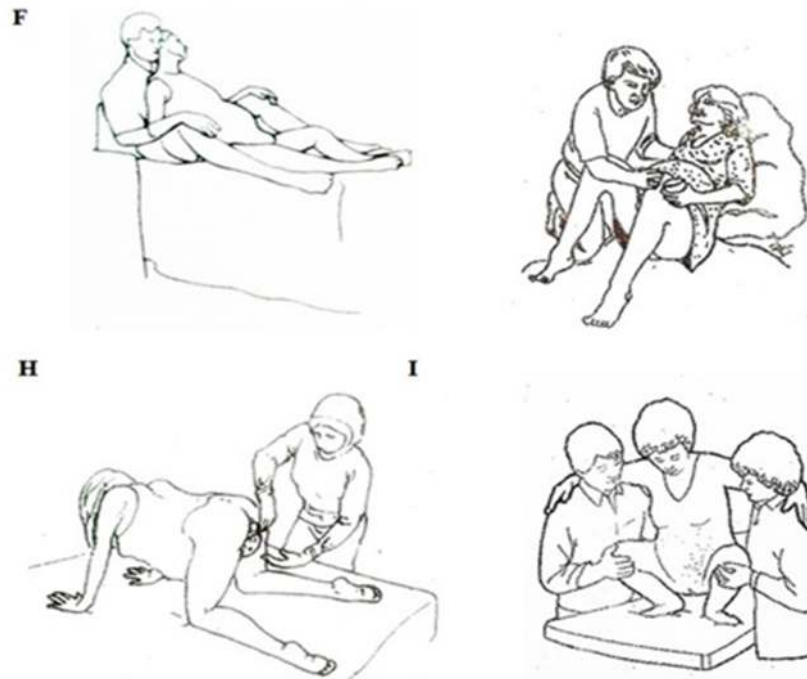
Keterangan :

- A. Posisi duduk pada meja yang dirancang khusus
- B. Posisi duduk pada kursi berlubang
- C. Posisi duduk dengan bersandar pada pasangan



D. Posisi telentang / *dorsal recumbent*

E. Posisi setengah duduk kombinasi *lithotomi*



Gambar 2.1 Macam-Macam Posisi Meneran

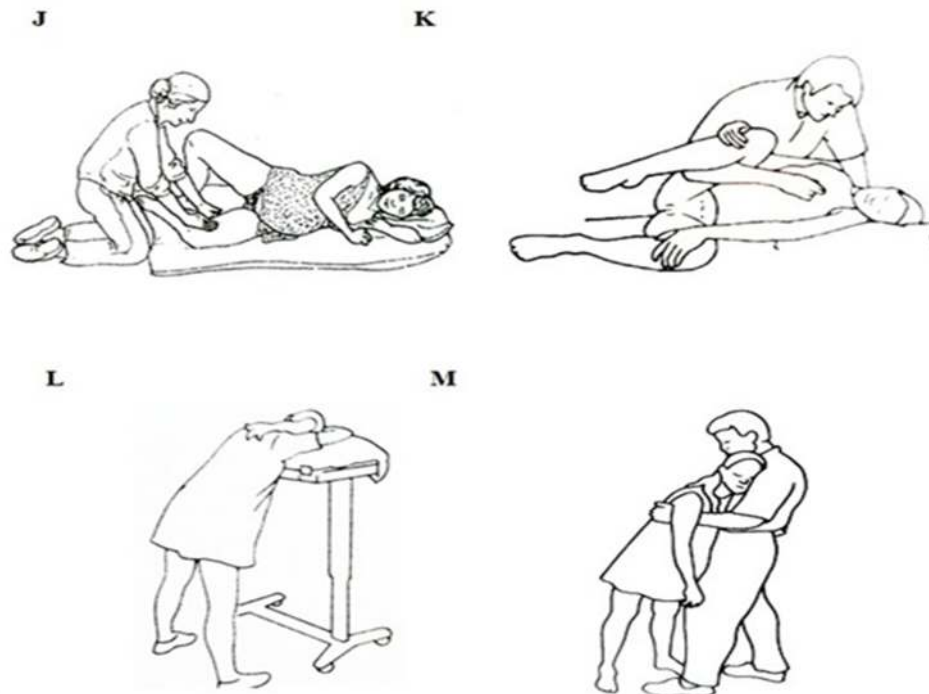
Keterangan :

F. Posisi setengah duduk dengan bersandar pada pasangan

G. Posisi setengah duduk dengan bersandar pada bantal

H. Posisi merangkak

I. Posisi jongkok



Gambar 2.1 Macam-Macam Posisi Meneran

Keterangan :

J. Posisi miring

K. Posisi miring dengan satu kaki diangkat

L. Posisi berdiri dengan bersandar pada meja khusus

M. Posisi berdiri dengan bersandar pada pasangan

(Sumber : JNPK-KR. 2008. Asuhan Persalinan Normal. JNPK-KR

Depkes RI, Jakarta.)

### 3) Kala III (pelepasan Plasenta)

- a) Kala III adalah waktu untuk pelepasan dan pengeluaran plasenta.
- b) Berlangsung setelah kala II yang tidak lebih dari 30 menit, kontraksi uterus berhenti sekitar 5-10 menit.

c) Dengan lahirnya bayi dan proses retraksi uterus, maka plasenta lepas dari lapisan *Nitabusch*.

d) Tanda-tanda terlepasnya plasenta, sebagai berikut:

(1) Uterus menjadi berbentuk bundar

(2) Tali pusat semakin panjang

(3) Terjadinya semburan darah

e) Melahirkan plasenta dilakukan dengan dorongan ringan secara *crede* pada fundus uterus.

#### 4) Kala IV (Observasi)

Hal penting yang harus diperhatikan pada Kala IV persalinan :

a) Kontraksi uterus harus baik

b) Tidak ada perdarahan pervaginam atau dari alat genital lain

c) Plasenta dan selaput ketuban harus sudah lahir lengkap

d) Kandung kemih harus kosong

e) Luka-luka di perineum harus dirawat dan tidak ada hematoma

f) Resume / observasi keadaan umum ibu dan bayi.

### 3. Konsep Dasar Nifas

#### a. Pengertian Masa Nifas

Masa Nifas (*puerperium*) dimulai setelah kelahiran plasenta dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil.

Masa Nifas atau *puerperium* dimulai sejak 2 jam setelah lahirnya plasenta sampai dengan 6 minggu atau 42 hari setelah itu. *Puerperium* adalah masa

pulih kembali, mulai dari persalinan selesai sampai alat-alat kandungan kembali seperti pra hamil (Pitriani dan Andriyani. 2014).

b. Tujuan Asuhan Masa Nifas

Dalam masa nifas ini, ibu memerlukan perawatan dan pengawasan yang dilakukan selama ibu tinggal di rumah sakit maupun setelah keluar dari rumah sakit. Adapun tujuan dari perawatan masa nifas adalah:

- 1) Menjaga kesehatan ibu dan bayinya, baik fisik maupun psikologis
- 2) Melaksanakan skrining yang komprehensif, mendeteksi masalah, mengobati atau merujuk bila terjadi komplikasi pada ibu maupun bayinya.
- 3) Mendukung dan memperkuat keyakinan diri ibu dan memungkinkan ia melaksanakan peran ibu dalam situasi keluarga dan budaya yang khusus.
- 4) Memberikan pendidikan kesehatan tentang perawatan kesehatan diri, nutrisi, keluarga berencana, menyusui, pemberian imunisasi, kepada bayinya dan perawatan bayi sehat.
- 5) Memberikan pelayanan keluarga berencana.
- 6) Mempercepat involusi alat kandungan.
- 7) Melancarkan fungsi gastrointestinal atau perkemihan.
- 8) Melancarkan pengeluaran *lochea*

Macam-macam *lochea* berdasarkan jumlah dan warnanya :

*Lochea rubra* : 1-3 hari berwarna merah dan hitam, terdiri dari sel desidua, verniks kaseosa, rambut lanugo, sisa mekonium, sisa darah.

*Lochea Sanguinolenta* : 3-7 hari berwarna putih campur merah kecoklatan. *Lochea Serosa* : 7-14 hari berwarna kekuningan. *Lochea alba* : setelah hari ke-14 berwarna putih.

9) Meningkatkan kelancaran peredaran darah sehingga mempercepat fungsi hati dan pengeluaran sisa metabolisme (Pitriani dan Andriyani 2014).

c. Peran dan Tanggung Jawab Bidan Dalam Masa Nifas

Bidan memiliki peran yang sangat penting dalam pemberian asuhan post partum. Adapun peran bidan pada masa nifas menurut Pitriani dan Andriyani (2014) merujuk dari Saleha (2012) adalah sebagai berikut:

- 1) Mengidentifikasi dan merespon kebutuhan dan komplikasi pada saat :
  - a) 6-8 jam setelah persalinan
  - b) 6 hari setelah persalinan
  - c) 2 minggu setelah persalinan
  - d) 6 minggu setelah persalinan
- 2) Mengidentifikasi dan memberi dukungan terus-menerus selama masa nifas yang baik dan sesuai dengan kebutuhan ibu agar mengurangi ketegangan fisik dan psikologis selama masa nifas.
- 3) Sebagai promotor hubungan yang erat antara ibu dan bayi secara fisik dan psikologis.
- 4) Mengkondisikan ibu untuk menyusui bayinya dengan cara yang baik dan benar.

- 5) Membuat kebijakan, perencanaan program kesehatan yang berkaitan dengan ibu dan anak, serta mampu melakukan kegiatan administrasi,
- 6) Mendeteksi komplikasi dan perlunya rujukan.
- 7) Melakukan manajemen asuhan kebidanan dengan cara mengumpulkan data, menetapkan diagnosa, dan rencana tindakan, serta melaksanakannya untuk mempercepat proses pemulihan, mencegah komplikasi dengan memenuhi kebutuhan ibu dan bayi selama periode nifas.
- 8) Memberikan asuhan kebidanan secara professional.

d. Tahapan Masa Nifas

Tahapan masa nifas menurut Reva Rubin:

- 1) Periode *Taking In* (hari ke 1-2 setelah melahirkan)
  - a) Ibu masih pasif dan tergantung dengan orang lain
  - b) Perhatian ibu tertuju pada kekhawatiran perubahan tubuhnya
  - c) Ibu akan mengulangi pengalaman-pengalaman waktu melahirkan
  - d) Memerlukan ketenangan dalam tidur untuk mengembalikan keadaan tubuh ke kondisi normal
  - e) Nafsu makan ibu biasanya bertambah sehingga membutuhkan peningkatan nutrisi, Kurangnya makan menandakan proses pengembalian kondisi tubuh tidak berlangsung normal.
- 2) Periode *Taking On/Taking Hold* (hari ke 2-4 setelah melahirkan)
  - a) Ibu memperhatikan kemampuan menjadi orang tua dan meningkatkan tanggung jawab akan bayinya

- b) Ibu menfokuskan perhatian pada pengontrolan fungsi tubuh, BAK, BAB dan daya tahan tubuh
- c) Ibu berusaha untuk menguasai keterampilan merawat bayi seperti menggendong, menyusui, memandikan dan mengganti popok
- d) Ibu cenderung terbuka menerima nasehat bidan dan kritikan
- e) Kemungkinan ibu mengalami depresi postpartum karena merasa tidak mampu membesarkan bayinya.

### 3) Periode *Letting Go*

- a) Terjadi setelah ibu pulang ke rumah dan dipengaruhi oleh dukun dan serta perhatian keluarga
- b) Ibu sudah mengambil tanggung jawab dalam merawat bayi dan memahami kebutuhan bayi sehingga akan mengurangi hak ibu dalam kebebasan dan hubungan sosial
- c) Depresi *post partum* sering terjadi pada masa ini

### e. Kebijakan Program Nasional Masa Nifas

Berdasarkan Program dan kebijakan teknis masa nifas, paling sedikit dilakukan 4 kali kunjungan masa nifas, dengan tujuan yaitu :

- 1) Memelihara kondisi kesehatan ibu dan bayi
- 2) Melakukan pencegahan terhadap kemungkinan-kemungkinan adanya gangguan kesehatan ibu nifas dan bayinya,
- 3) Mendeteksi adanya komplikasi atau masalah yang terjadi pada masa nifas
- 4) Menangani komplikasi atau masalah yang timbul dan mengganggu kesehatan ibu dan bayi (Pitriani dan Andriyani. 2014).

f. Frekuensi Kunjungan Masa Nifas

Kunjungan Waktu Tujuan

1. 6-8 jam setelah persalinan

- a) Mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri.
- b) Mendeteksi dan merawat penyebab lain perdarahan rujuk bila perdarahan berlanjut.
- c) Memberikan konseling pada ibu atau salah satu anggota keluarga bagaimana mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri.
- d) Pemberian ASI awal
- e) Melakukan hubungan antara ibu dan bayi baru lahir seperti menjaga bayi tetap sehat dengan cara mencegah hipotermia..Jika petugas kesehatan menolong persalinan, ia harus tinggal dengan ibu dan bayi baru lahir untuk 2 jam pertama setelah kelahiran, atau sampai ibu dan bayi dalam keadaan stabil.

2. 6 hari setelah persalinan

- a) Memastikan involusi uterus berjalan normal,
- b) uterus berkontraksi, fundus di bawah umbilikus, tidak ada perdarahan abnormal, tidak ada bau.
- c) Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi atau perdarahan abnormal.
- d) Memastikan ibu mendapatkan cukup makanan, cairan dan istirahat, memastikan ibu menyusui dengan baik dan tak memperlihatkan tanda-tanda penyulit, memberikan konseling pada ibu mengenai asuhan pada bayi, tali pusat, menjaga bayi tetap hangat dan merawat bayi sehari-hari.



3. 2 minggu setelah persalinan, sama seperti di atas (6 hari setelah persalinan)
4. 6 minggu setelah persalinan, menanyakan pada ibu tentang penyulit-penyulit yang ia atau bayi alami dan memberikan konseling untuk KB secara dini.

#### 4. Konsep Dasar Bayi Baru Lahir

##### a. Pengertian Bayi Baru Lahir

Bayi baru lahir disebut juga neonatus merupakan individu yang sedang bertumbuh dan baru saja mengalami trauma kelahiran serta harus dapat melakukan penyesuaian diri dari kehidupan intrauterine ke kehidupan ektrauterine. Bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir pada usia kehamilan 37 minggu - 42 minggu dan berat badannya 2.500-4000 gram. (Dewi, 2011)

Bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir dalam presentasi belakang kepala melalui vagina tanpa memakai alat, pada usia kehamilan genap 37 minggu sampai dengan 42 minggu, dengan berat badan 2500-4000 gram, nilai apgar >7 dan tanpa cacat bawaan (Rukiyah, 2010).

Neonatus ialah bayi yang baru melalui proses kelahiran dan harus menyesuaikan diri dari kehidupan intrauteri ke kehidupan ektrauteri. Beralih dari kehidupan intra uteri ke kehidupan ekstra uteri. beralih dari ketergantungan mutlak pada ibu menuju kemandirian fisiologi. Tiga faktor yang mempengaruhi perubahan fungsi dan proses vital neonatus yaitu maturasi, adaptasi dan toleransi. Selain itu pengaruh kehamilan dan proses persalinan mempunyai peranan penting dalam morbiditas dan mortalitas bayi. Empat aspek transisi pada bayi baru lahir yang paling dramatic dan cepat

berlangsung adalah pada sistem pernafasan, sirkulasi, kemampuan menghasilkan sumber glukosa.( Rukiyah, 2010).

b. Ciri-ciri Bayi Normal

Menurut Sudarti (2010) ciri-ciri bayi normal dapat diketahui sebagai berikut:

- 1) Berat badan 2500-4000 gram
- 2) Panjang badan lahir 48-52 cm
- 3) Lingkar dada 30-38 cm
- 4) Lingkar kepala 33-35 cm
- 5) Bunyi jantung dalam menit-menit pertama kira-kira 180x/menit, kemudian menurun sampai 120-140 x/menit
- 6) Pernafasan pada menit-menit pertama cepat kira-kira 80 x/menit, kemudian menurun setelah tenang kira-kira 40 x/menit
- 7) Kulit kemerah-merahan dan licin karena jaringan subkutan cukup terbentuk dan diliputi vernix caseosa
- 8) Rambut *lanugo* telah tidak terlihat, rambut kepala biasanya telah sempurna
- 9) Kuku telah agak panjang dan lemas
- 10) Genetalia: Labia mayora sudah menutupi labia minora (padaperempuan), testis sudah turun pada laki-laki
- 11) Reflek hisap dan menelan sudah terbentuk dengan baik
- 12) Reflek moro sudah baik, bayi bila dikagetkan akan memperhatikan gerakan seperti memeluk
- 13) *Graff* reflek sudah baik, apabila diletakkan sesuatu benda diastelapak tangan, bayi akan menggenggam atau adanya gerakan reflek

14) Eliminasi baik, urin dan mekonium akan keluar dalam 24 jam pertama, mekonium bewarna hitam kecoklatan.

c. Kunjungan Neonatal

Setiap bayi baru lahir memperoleh pelayanan Kunjungan Neonatal minimal 3 kali, yaitu 1 kali pada 6-48 jam, 1 kali pada 3-7 hari, 1 kali pada 8-28 hari sesuai standar di satu wilayah kerja pada satu tahun (Kemenkes, 2014).

Pelayanan yang diberikan saat kunjungan neonatal adalah pemeriksaan sesuai standar Manajemen Terpadu Bayi Muda (MTBM) dan konseling perawatan bayi baru lahir termasuk ASI eksklusif dan perawatan tali pusat. Kunjungan neonatal pertama (KN1) adalah cakupan pelayanan kesehatan bayi baru lahir (umur 6-48 jam). Pada kunjungan neonatal pertama (KN1), bayi baru lahir mendapatkan vitamin K1 injeksi dan imunisasi hepatitis B (HB0) bila belum diberikan pada saat lahir (Kemenkes, 2014).

d. Perawatan Bayi Baru Lahir

1) Pemberian ASI

Air susu ibu merupakan makanan yang terbaik bagi bayi. ASI diketahui mengandung zat gizi yang paling sesuai untuk pertumbuhan dan perkembangan bayi, baik kualitas dan kuantitasnya. Berikan ASI sesering mungkin sesuai dengan kebutuhan bayi tanpa jadwal (*on demand*). Berikan ASI saja (ASI eksklusif) sampai bayi berusia 6 bulan.

2) Perawatan tali pusat

Banyak pendapat tentang cara terbaik dalam merawat tali pusat. Telah dilaksanakan beberapa uji klinis untuk membandingkan cara

perawatan tali pusat agar tidak terjadi peningkatan infeksi, yaitu dengan membiarkan luka tali pusat terbuka dan membersihkan luka hanya dengan membiarkan luka tali pusat terbuka dan membersihkan luka hanya dengan air bersih. Negara-negara yang beriklim tropis perlu mewaspadaai penggunaan alkohol yang dahulu populer dan terbukti efektif untuk membersihkan tali pusat, karena sesungguhnya alkohol akan mudah menguap di daerah panas dan dengan demikian efektifnya akan menurun.

Begitu dengan bedak antiseptik yang juga dapat kehilangan efektifitasnya terutama dalam kelembaban tinggi (bila tidak di jaga), sehingga penggunaan bahan tersebut dapat mengakibatkan peningkatan infeksi, kecuali bila obat tersebut dapat dijaga tetap kering dan dingin.

Oleh karena itu tidak ada bukti kuat akan efektifnya penggunaan alkohol tersebut, di samping itu juga karena harganya yang mahal serta sulit untuk mendapat bahan yang berkualitas, maka untuk sementara ibu nifas dianjurkan untuk membiarkan saja luka tali pusat bayinya mengering sendiri. Hasil penelitian tersebut diatas menunjukkan bahwa dengan membiarkan tali pusat mengering, tidak ditutup dan hanya dibersihkan setiap hari dengan air bersih merupakan cara yang paling efektif dan dengan biaya yang efisien pun untuk perawatan tali pusat.

Bidan hendaknya menasehati ibu agar tidak membubuhkan apapun pada daerah sekitar tali pusat karena dapat mengakibatkan infeksi. Hal ini diakibatkan karena meningkatkan kelembaban (akibat penyerapan olah

bahan tersebut) badan bayi sehingga menciptakan kondisi yang ideal bagi tumbuhnya bakteri (Dewi, 2011).

### 3) Memandikan Bayi

Memandikan bayi merupakan hal yang sering dilakukan, tetapi masih banyak kebiasaan yang salah dalam memandikan bayi, seperti memandikan bayi segera setelah lahir. Saat mandi bayi berada dalam keadaan telanjang sehingga mudah kehilangan panas. Karena itu harus dilakukan upaya untuk mengurangi terjadinya kehilangan panas.

Urutan memandikan bayi yang benar dimulai dari membersihkan wajah, mata, lubang hidung dibersihkan perlahan, kemudian bersihkan bagian luar telinga. Kemudian bersihkan wajah bayi dengan waslap. Setelah wajah dibersihkan bukalah baju bayi lalu bersihkan kelamin dan bokong bayi. Usap seluruh tubuh dan lipatan tubuh bayi dengan waslap dan diberi sabun khusus bayi. Setelah selesai bayi dapat dimasukkan ke bak air hangat. Tangan kiri ibu menyangga kepala dan memegang erat ketiak bayi sedangkan tangan ibu membersihkan sabun ditubuh bayi. Untuk membersihkan punggung bayi, balikkan badan bayi perlahan dengan tangan kanan ibu sedangkan tangan kiri ibu tetap menopang badan bayi dan memegang erat ketiaknya. Pencucian rambut dilakukan hanya apabila rambut kotor atau ada kerak pada kulit kepala bayi dengan mengoleskan beberapa tetes baby oil atau shampo bayi di kulit kepala lalu disisir dengan sisir rambut halus untuk memudahkan lepasnya kerak di kulit kepala bayi. Selanjutnya usap rambut dan kepala bayi dengan waslap yang direndam air

hangat, sampai bersih. Segera bungkus bayi dengan handuk kering dan letakkan di atas handuk kering (Prawirohardjo,2010).

#### 4) IMD (Inisiasi Menyusu Dini)

*Protocol evidence based* yang baru telah diperbaharui oleh WHO dan UNICEF tentang asuhan bayi baru lahir untuk menyatakan satu jam pertama menyatakan bahwa bayi harus mendapat kontak kulit ke kulit dengan ibunya segera setelah lahir selama paling sedikit satu jam. Bayi harus dibiarkan untuk melakukan inisiasi menyusu dini dan ibunya dapat mengenali bahwa bayinya siap menyusu serta memberikan bantuan jika diperlukan menunda semua prosedur lainnya yang harus dilakukan kepada bayi baru lahir sampai dengan IMD selesai.

Inisiasi menyusu dini atau permulaan menyusu dini adalah bayi mulai menyusu sendiri segera setelah lahir. Cara bayi melakukan inisiasi menyusu dini ini dinamakan *the best crawl* atau merangkak mencari payudara (Ambarwati dkk,2010).

Tata laksana Inisiasi Menyusu Dini yaitu:

- a) Anjurkan suami atau keluarga mendampingi saat melahirkan
- b) Hindari penggunaan obat kimiawi dalam proses persalinan
- c) Segera keringkan bayi tanpa menghilangkan lapisan lemak putih (verniks)
- d) Dalam keadaan ibu dan bayi tidak memakai baju, tengkurapkan bayi di dada ibu, luruskan bahu bayi sehingga bayi menempel di dada ibu, kepala bayi harus berada diantara dada ibu agar terjadi sentuhan kulit ibu dan

bayi kemudian selimuti kedua agar tidak kedinginan. Tutp tubuh bayi dari kepala dengan kain yang kering dan bersih.

- e) Anjurkan ibu memberi sentuhan kepada bayi untuk merangsang bayi mendekati puting.
- f) Biarkan bayi bergerak sendiri mencari puting susu ibu.
- g) Biarkan kulit bayi bersentuhan langsung dengan kulit ibu selama minimal satu jam walaupun proses menyusui telah terjadi. Bila belum terjadi proses menyusui hingga 1 jam biarkan bayi berada di dada ibu sampai proses menyusui pertama kali selesai.
- h) Tunda tindakan lain seperti menimbang, mengukur, dan memberikan suntikan Vitamin K sampai menyusui pertama kali
- i) Proses menyusui dini dan kontak kulit ibu dan bayi harus di upayakan meskipun ibu melahirkan dengan cara operasi atau tindakan lain, kecuali ada indikasi medis yang jelas (Rukiyah,2010).

Kontak kulit ke kulit dini antara ibu dan bayi ini sangat penting untuk beberapa alasan yaitu:

- a) Kehangatan dada ibu dapat menghangatkan bayi, sehingga apabila bayi diletakan diperut dan dada ibunya segera setelah lahir dapat menurunkan resiko hipotermia dan menurunkan kematian akibat kedinginan.
- b) Saat bayi diletakan di dada ibu, bayi akan merasakan getaran cinta yaitu merasakan ketenangan, merasa dilindungi dan kuat secara psikis. Bayi akan lebih tenang dan mengurangi stres maka pernafasan dan detak jantungnya pun akan lebih stabil.

- c) Secara fisiologis *skin to skin contact* merangsang ibu dan bayi untuk kenal satu sama lain
- d) Setelah lahir, bayi kulitnya menjadi tempat bakterial berkoloni, hal ini menguntungkan karena bakteri tersebut masuk kedalam kulit ibu bayi yang tidak berbahaya sehingga kulit bayi tidak berkolonisasi oleh bakteri pemberi perawatan atau dari rumah sakit.
- e) Dengan mengupayakan bayi menyusu secara dini, bayi akan mendapatkan kolostrum yaitu berupa cairan emas yang kaya akan antibody dan sangat penting untuk pertumbuhan usus dan ketahanan terhadap infeksi yang sangat dibutuhkan bayi untuk kelangsungan hidupnya.
- f) Bayi yang diberikan kesempatan menyusu dini sedini mungkin akan mempunyai kesempatan lebih berhasil menyusu eksklusif
- g) Kemudian sentuhan, hisapan, dan jilatan bayi pada puting susu akan merangsang oksitosin yang penting agar:
  - 1) Menyebabkan rahim berkontraksi yang membantu uterus berkontraksi dan mengurangi perdarahan
  - 2) Merangsang pengaliran ASI dari payudara ke ibu (Maryunani dkk,2008).

Keuntungan dari inisiasi menyusu dini yaitu :

- a. Bagi bayi
  - 1) Makanan dengan kualitas dan kuantitas yang optimal agar kolostrum segera keluar yang disesuaikan dengan kebutuhan bayi



- 2) Memberikan kesehatan bayi dengan kekebalan pasif yang segera kepada bayi. Kolostrum adalah imunisasi pertama pada bayi
- 3) Meningkatkan kecerdasan
- 4) Membantu bayi mengkoordinasikan isap, telan dan nafas
- 5) Mencegah kehilangan panas
- 6) Merangsang kolostrum segera keluar

b. Bagi ibu

- 1) Merangsang produksi oksitosin dan prolactin
- 2) Meningkatkan produksi ASI
- 3) Meningkatkan jalinan kasih sayang ibu dan bayi (ambarwati dkk,2010).

Manfaat IMD bagi bayi adalah membantu stabilisasi pernafasan, mengendalikan suhu tubuh bayi lebih baik dibandingkan dengan inkubator, menjaga kolonisasi kuman yang untuk bayi dan mencegah infeksi nosokomial. Kadar bilirubin bayi juga lebih cepat normal karena pengeluaran mekonium lebih cepat sehingga dapat menurunkan insiden ikterus bayi baru lahir. Kontak kulit dengan kulit juga membuat bayi lebih tenang sehingga didapat pola tidur yang lebih baik. Dengan demikian, berat badan bayi lebih cepat meningkat dan lebih cepat keluar dari rumah sakit. Bagi ibu IMD dapat mengoptimalkan pengeluaran hormon oksitosin, prolaktin, dan secara psikologis dapat menguatkan ikatan batin antara ibu dan bayi. (Prawirohardjo. 2012)

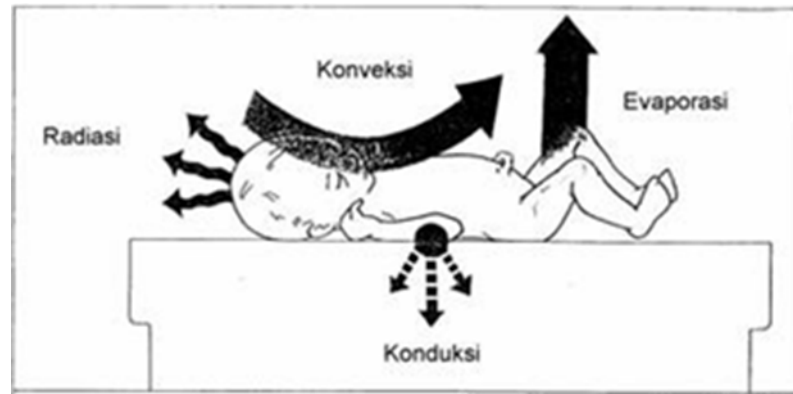
5) Mekanisme Kehilangan Panas pada Bayi Baru Lahir

Pengaturan suhu pada neonatus masih belum baik selama beberapa saat. Karena hipotalamus bayi masih belum matur, dan bayi masih rentan terhadap hipotermia, terutama jika terpajan dingin atau aliran udara dingin, saat basah, sulit bergerak bebas, atau saat kekurangan nutrisi. Bayi memasuki suasana yang jauh lebih dingin dari pada saat kelahiran, dengan suhu kamar bersalin  $21^{\circ}\text{C}$  yang sangat berbeda dengan suhu dalam kandungan, yaitu  $37,7^{\circ}\text{C}$ . Pada saat lahir, faktor yang berperan dalam kehilangan panas pada bayi baru lahir meliputi area permukaan tubuh bayi baru lahir, berbagai tingkat insulasi lemak subkutan, dan derajat fleksi otot.

Ini menyebabkan pendinginan cepat pada bayi saat amnion menguap dari kulit. Setiap milimeter penguapan tersebut memindahkan 500 kalori panas (Rutter 1992). Bayi kehilangan panas melalui empat cara, yaitu:

a. Konduksi

Konduksi adalah kehilangan panas melalui kontak langsung antara tubuh bayi dengan permukaan yang dingin. Bayi yang diletakkan di atas meja, tempat tidur atau timbanganyang dingin akan cepat mengalami kehilangan panas tubuh akibat proses konduksi.



Gambar 2.2 Mekanisme Kehilangan Suhu Tubuh

(Sumber : Varney, Hellen, (2009), *Buku Ajar Asuhan Kebidanan*, Jakarta: EGC)

#### b. Konveksi

Konveksi adalah kehilangan panas yang terjadi pada saat bayi terpapar dengan udara sekitar yang lebih dingin. Bayi yang melahirkan atau ditempatkan dalam ruangan yang dingin akan cepat mengalami panas. Kehilangan panas juga dapat terjadi jika ada tiupan kipas angin, aliran udara atau penyejuk ruangan.

Suhu udara di kamar bersalin tidak boleh kurang dari 20 C dan sebaiknya tidak berangin. Tidak boleh ada pintu dan jendela yang terbuka. Kipas angin dan AC yang kuat harus cukup jauh dari area resusitasi. Troli resusitasi harus mempunyai sisi untuk meminimalkan konveksi udara sekitar bayi.

#### c. Evaporasi

Evaporasi adalah cara kehilangan panas yang utama pada tubuh bayi. Kehilangan panas terjadi karena meguapnya cairan ketuban pada permukaan tubuh setelah bayi lahir karena tubuh bayi tidak segera

dikeringkan. Hal yang sama dapat terjadi setelah bayi dimandikan. Bayi baru lahir yang dalam keadaan basah kehilangan panas dengan cepat melalui cara ini. Karena itu bayi harus dikeringkan seluruhnya, termasuk kepala dan rambut, sesegera mungkin setelah dilahirkan. Lebih baik lagi menggunakan handuk hangat untuk mencegah kehilangan panas secara konduksi.

#### d. Radiasi

Radiasi adalah kehilangan panas yang terjadi saat bayi yang ditempatkan dekat benda yang mempunyai temperatur tubuh lebih rendah dari temperatur tubuh bayi. Bayi akan mengalami kehilangan panas melalui cara ini meskipun benda yang lebih dingin tersebut tidak bersentuhan langsung dengan tubuh bayi.

### 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 yaitu terlalu muda untuk melahirkan (di bawah usia 20 tahun), terlalu sering melahirkan, terlalu dekat jarak melahirkan, dan terlalu tua untuk 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 Program KB

Tujuan umumnya adalah membentuk keluarga kecil sesuai dengan kekuatan social ekonomi suatu keluarga, dengan cara pengaturankelahiran anak agar diperoleh suatu keluarga bahagia dan sejahterayang dapat memenuhi kebutuhan hidupnya. (Sulistyawati, 2012)

Tujuan lain meliputi kelahiran, pendewasaan, perkawinan, peningkatan ketahanan, dan kesejateraan keluarga. Hal ini sesuaidengan teori pembangunan menurut Alex Inkeles dan David Smithyang mengatakan bahwa pembangunan bukan sekadar perkarapemasok modal dan teknologi saja tapi juga membutuhkan sesuatuyang mampu mengembangkan sarana yang berorientasi pada masasekarang dan masa depan, memiliki kesanggupan untukmerencanakan, dan percaya bahwa manusia dapat mengubah alam,bukan sebaliknya (Sulistyawati, 2012).

c. Macam-macam Alat Kontrasepsi

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

1) Non hormonal

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

b) Metode keluarga berencana alamiah

(1)Senggama terputus

Senggama terputus adalah metode keluarga berencana tradisional, di mana 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), plastic (*vinil*), atau bahan alami (produksi hewani) yang dipasang pada penis saat hubungan seksual. Kondom terbuat dari karet sintetis 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 indung telur sehingga tidak terjadi pembuahan, terdiri dari bahan plastik *polietilena*, ada yang dililit oleh tembaga dan ada yang tidak.

d) Kontrasepsi mantap (tubektomi dan vasektomi)

Tubektomi (Metode Operasi Wanita/MOW) adalah metode kontrasepsi mantap yang bersifat sukarela bagi seorang wanita bila tidak ingin hamil lagi dengan cara mengoklusi 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 mengoklusi *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;MK-31)

- (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 dengan 7 tablet tanpa hormone aktif.
- (c) Trifasik adalah Pil yang tersedia dalam kemasan 21 tablet mengandung hormone aktif ekstrogen dan progestin (E/P) dengan 3 dosis yang berbeda dengan 7 tablet tanpa hormone aktif.

#### (2) Cara Kerja Pil Kombinasi yaitu :

- (a) Menekan ovulasi
- (b) Mencegah implantasi
- (c) Lendir serviks mengental sehingga sulit dilalui oleh sperma.

(d)Pergerakan tuba terganggu sehingga transportasi telur dengan sendirinya akan terganggu pula(Bkkbn,2014;MK- 31).

(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)Siklus 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;MK-31)

(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 pembekuan darah pada vena dalam sedikit meningkat. Pada perempuan usia > 35 tahun dan merokok perlu hati-hati.
  - (k) Tidak mencegah IMS (Infeksi Menular Seksual), HBV, HIV/AIDS. (BKKBN, 2014;MK-32)
- (5) Yang dapat Menggunakan Pil Kombinasi menurut (BKKBN, 2014;MK-32)

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

- (a) Usia reproduksi.
- (b) Telah memiliki anak ataupun yang belum memiliki anak.
- (c) Gemuk atau kurus.

- (d) Menginginkan metode kontrasepsi dengan efektivitas tinggi.
  - (e) Setelah melahirkan dan tidak menyusui.
  - (f) Setelah melahirkan 6 bulan yang tidak memberikan ASI eksklusif, sedangkan semua cara kontrasepsi yang dianjurkan tidak cocok bagi ibu tersebut.
  - (g) Pasca keguguran.
  - (h) Anemia karena haid berlebihan.
  - (i) Nyeri haid hebat.
  - (j) Siklus haid tidak teratur.
  - (k) Riwayat kehamilan ektopik.
  - (l) Kelainan payudara jinak
  - (m) Kencing manis tanpa komplikasi pada ginjal.
  - (n) Pembuluh darah, mata dan saraf.
  - (o) Penyakit teroid, penyakit radang panggul, endometriosis atau tumor ovarium jinak.
  - (p) Menderita tuberculosis (kecuali yang sedang rivampisin).
  - (q) Varises vena.
- (6) Progestin menurut Saifuddin (2010) terbagi atas injeksi, pil, implant, dan AKDR dengan progestin :
- a) 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.

- b) Kontrasepsi pil progestin (mini pil) 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.
- c) Kontrasepsi implan efektif 5 tahun untuk *Norplant*, 3 tahun untuk *Jadena*, *Inoplant*, atau *Implanon*, nyaman, dapat dipakai oleh semua ibu dalam usia reproduksi, kesuburansegera kembali setelah implan dicabut, efek samping utama berupa perdarahan tidak teratur, perdarahan bercak dan amenore, aman dipakai pada masa laktasi.
- d) AKDR dengan progestin efektif dengan proteksi jangka panjang (satu tahun), tidak mengganggu hubungan suami istri, tidak berpengaruh terhadap ASI, kesuburan segera kembali sesudah AKDR diangkat, efek sampingnya sangat kecil, memiliki efek sistemik yang sangat kecil.
- (7) Kombinasi: pil dan injeksi
- (a) Pil kombinasi sangat efektif dan reversible, harus diminum setiap hari, pada bulan-bulan pertama efek samping berupamual dan perdarahan bercak yang tidak berbahaya dan segera akan hilang, efek samping serius sangat jarang terjadi, dapat dipakai oleh semua ibu usia reproduksi, baik yang sudah mempunyai anak maupun

belum, dapat mulai diminum setiap saat bila yakin sedang tidak hamil, tidak dianjurkan pada ibu yang menyusui, dapat dipakai sebagai kontrasepsi darurat.

(b)Keuntungan kontrasepsi suntikan kombinasi risiko terhadap kesehatan kecil, tidak berpengaruh pada hubungan suami istri, tidak diperlukan pemeriksaan dalam, jangka panjang, efek samping sangat kecil, klien tidak perlu menyimpan obat suntik (Saifuddin, 2010).

## B. Teori Manajemen Asuhan Kebidanan

### 1. Pengertian Asuhan Kebidanan

Menurut Norma. D dan Dwi. S (2013), asuhan kebidanan adalah bantuan yang diberikan oleh bidan kepada individu pasien/klien yang pelaksanaannya dilakukan dengan bertahap dan sistematis serta melalui suatu proses yang disebut manajemen kebidanan

### 2. Manajemen Kebidanan

#### a. Pengertian

Menurut Varney (1997) manajemen kebidanan adalah proses pemecahan masalah yang digunakan sebagai metode untuk mengorganisasikan pikiran dan tindakan berdasarkan teori ilmiah, temuan serta keterampilan suatu keputusan yang berfokus pada pasien (Miratu, dkk. 2015).

Manajemen kebidanan terdiri atas tujuh langkah yang berurutan, diawali dengan pengumpulan data sampai dengan evaluasi. Proses ini bersifat siklik

(dapat berulang), dengan tahap evaluasi sebagai data awal pada siklus berikutnya (Miratu, dkk. 2015).

## b. Langkah-Langkah

### 1) Langkah I: Pengumpulan Data Dasar

Pada langkah pertama ini berisi semua informasi yang akurat dan lengkap dari semua data subjektif dan objektif. Data subjektif adalah yang menggambarkan pendokumentasian hasil pengumpulan data klien melalui anamnesa, yang termasuk data subjektif antara lain biodata, riwayat menstruasi, riwayat kesehatan, riwayat kehamilan, persalinan dan nifas, biopsikologi, spiritual, pengetahuan klien (Norma D dan Dwi S, 2013).

Data objektif adalah yang menggambarkan pendokumentasian hasil pemeriksaan fisik, hasil laboratorium dan test diagnostik lain yang dirumuskan dalam data fokus. Data objektif terdiri dari pemeriksaan fisik yang sesuai dengan kebutuhan dan pemeriksaan tanda- tanda vital, pemeriksaan khusus (inspeksi, palpasi, auskultasi, perkusi), pemeriksaan penunjang (laboratorium, catatan baru dan sebelumnya) (Norma D dan Dwi S, 2013).

Menurut Mufdlilah (2012) Tehnik pengumpulan data ada 3 yaitu :

#### a) Observasi

Observasi adalah pengumpulan data melalui indera: penglihatan (perilaku, tanda fisik, kecacatan, ekspresi wajah), Pendengaran (bunyi batuk, bunyi nafas), Penciuman (bau nafas, bau luka), Perabaan (suhu badan, nadi).

b) Wawancara

Wawancara adalah pembicaraan terarah yang umumnya dilakukan pada pertemuan tatap muka. Dalam wawancara yang penting diperhatikan adalah data yang ditanyakan diarahkan ke data yang relevan.

c) Pemeriksaan

Pemeriksaan dilakukan dengan memakai instrument/alat pengukur. Tujuannya untuk memastikan batas dimensi angka, irama, kuantitas. Misalnya : tinggi badan dengan meteran, berat badan dengan timbangan, tekanan darah dengan tensimeter.

a) Riwayat obstetri

(a) Riwayat menstruasi

Menanyakan riwayat menstruasi yang meliputi tentang menarche, siklus menstruasi, lamanya, banyaknya darah, disminorhea (nyeri haid), sifat darah, bau, warna, dan HPHT (Walyani, 2015).

(b) Riwayat kehamilan sekarang

Menurut Walyani (2015) meliputi yaitu:

(1) HPHT

Untuk mengetahui tanggal hari pertama dari menstruasi terakhir klien untuk memperkirakan kapan kira-kira sang bayi akan lahir.

## (2) HPL

Gambaran riwayat menstruasi klien yang akurat biasanya membantu penetapan tanggal perkiraan kelahiran (*estimated date of delivery* [EDC]) yang disebut taksiran partus (*estimated date of confinement* [EDC]) di beberapa tempat.

## (3) Kehamilan yang ke-

Jumlah kehamilan ibu perlu ditanyakan karena terdapatnya perbedaan perawatan antara ibu yang baru pertama hamil dengan ibu yang sudah beberapa kali hamil, apabila ibu tersebut baru pertama kali hamil otomatis perlu perhatian ekstra pada kehamilannya.

## (4) Tanda-tanda kehamilan (trimester I)

Pergerakan fetus belum dirasakan

## (5) Keluhan yang dirasakan

Menanyakan kepada klien apakah ada keluhan atau masalah pada kehamilannya.

## (c) Riwayat kehamilan, persalinan dan nifas terdahulu

Menanyakan riwayat kehamilan, persalinan dan nifas terdahulu yang meliputi: jumlah kehamilan, jumlah anak yang hidup, jumlah kelahiran premature, jumlah keguguran, persalinan dengan tindakan, riwayat perdarahan pada persalinan atau pasca persalinan, kehamilan dengan tekanan darah tinggi, berat bayi < 2,5 kg atau > 4 kg, masalah lain (Walyani, 2015)

(d) Riwayat kesehatan

(1) Riwayat kesehatan dahulu

Tanyakan kepada klien penyakit apa yang pernah diderita. Apabila klien pernah menderita penyakit keturunan, maka ada kemungkinan janin yang ada dalam kandungannya tersebut beresiko menderita penyakit yang sama (Walyani, 2015).

(2) Riwayat pembedahan

Kaji adanya pembedahan yang pernah dialami oleh klien, jenis pembedahan, kapan, oleh siapa dan dimana tindakan tersebut berlangsung

(3) Riwayat penyakit yang pernah diderita

Kaji adanya penyakit yang pernah dialami oleh klien (Aspiani, 2017).

(4) Riwayat kesehatan sekarang

Tanyakan kepada klien penyakit apa yang sedang ia derita sekarang. Tanyakan bagaimana urutan kronologis dari tanda-tanda dan klasifikasi dari setiap tanda penyakit tersebut. Hal ini diperlukan untuk menentukan bagaimana asuhan berikutnya (Walyani, 2015).

(5) Riwayat kesehatan keluarga

Menanyakan riwayat kesehatan keluarga yang meliputi adakah penyakit menular atau penyakit keturunan/genetik (Walyani, 2015).



b) Kebiasaan sehari-hari

1) Pola Nutrisi

Menurut Walyani (2015) Pola nutrisi yang meliputi:

(1) Jenis makanan

Menanyakan jenis makanan apa yang biasa ia makan. Anjurkan klien mengkonsumsi makanan yang mengandung zat besi (150 mg besi sulfat, 300 mg besi glukonat), asam folat (0,4-0,8 mg/hari), kalori (ibu hamil umur 23-50 tahun perlu kalori sekitar 2300 kkal), protein (74 gr/hari), vitamin, dan garam mineral (kalsium, fosfor, magnesium, seng, yodium).

(2) Porsi

Tanyakan bagaimana porsi makan klien. Anjurkan untuk makan dengan porsi sedikit namun sering

(3) Frekuensi

Tanyakan bagaimana frekuensi makan klien per hari. Anjurkan klien untuk makan dengan porsi sedikit dan dengan frekuensi sering.

(4) Pantangan

Tanyakan apakah klien mempunyai pantangan dalam hal makanan.

2) Pola Eliminasi

Menurut Walyani (2015) Pada pola eliminasi meliputi:

(a) BAB (Buang Air Besar)

(b) Frekuensi

Tanyakan kepada klien apakah BABnya teratur atau tidak

(c)Warna

Tanyakan kepada klien, apa warna fesesnya. (Normalnya feses berwarna kuning kecoklatan, coklat muda)

(d)Masalah

Tanyakan kepada klien apakah ada masalah-masalah dalam eliminasi feses seperti yang telah disebutkan pada poin frekuensi diatas

(e)BAK (Buang Air Kecil)

(f) Frekuensi

Tanyakan kepada klien seberapa sering ia berkemih dalam sehari

(g)Warna

Tanyakan bagaimana warna urin klien

(h)Bau

Tanyakan kepada klien, bagaimana bau urinnya. Bau urin normal seperti bau Amonia ( $\text{NH}_3$ )

(i) Masalah

Tanyakan kepada klien, apakah ada masalah dalam proses eliminasi urin.

c) Personal hygiene

Menurut Walyani (2015) personal hygiene meliputi:

(a)Frekuensi mandi

Tanyakan kepada klien seberapa sering ia mandi

(b)Frekuensi gosok gigi

Tanyakan kepada klien seberapa sering ia menyikat gigi

(c) Frekuensi ganti pakaian

Tanyakan kepada klien seberapa sering ia ganti pakaiannya

(d) Kebersihan vulva

Tanyakan kepada klien apakah ada masalah terhadap daerah vulvanya

d) Aktivitas

Tanyakan kepada klien pola aktivitas klien. Anjurkan kepada klien untuk menghindari mengangkat beban berat, kelelahan, latihan yang berlebihan dan olah raga yang berat. Aktivitas harus dibatasi bila didapatkan penyulit karena dapat mengakibatkan persalinan premature, KPD (Ketuban Pecah Dini), dan sebagainya (Walyani, 2015).

e) Pola Istirahat

Menurut Walyani (2015) pola istirahat meliputi:

(a) Tidur siang

Kebiasaan tidur siang perlu ditanyakan karena tidur siang menguntungkan dan baik untuk kesehatan. Apabila ternyata klien tidak terbiasa tidur siang, anjurkan ibu untuk mencoba dan membiasakannya

(b) Tidur malam

Pola tidur malam perlu ditanyakan karena wanita hamil tidak boleh kurang tidur, apalagi tidur malam, jangan kurang dari 8 jam. Tidur malam merupakan waktu dimana proses pertumbuhan janin berlangsung

(c) Masalah

Masalah klien dalam pola istirahat terutama tidur perlu ditanyakan karena mengingat wanita hamil perlu istirahat yang cukup untuk menjaga kehamilannya.

f) Seksualitas dan kontrasepsi

Mengkaji mengenai aktivitas seksual klien, jenis kontrasepsi yang pernah digunakan serta keluhan yang menyertainya (Aspiani, 2017).

g) Pemeriksaan fisik

Menurut Saminem (2006) pemeriksaan fisik meliputi pengukuran tinggi badan yang dilakukan pada ibu yang pendek karena terdapat resiko tinggi. Pengukuran berat badan dapat dilakukan setiap ibu memeriksakan kehamilannya. Pertambahan berat badan pada ibu hamil berasal dari plasenta dan janin, uterus dan payudara yang membesar, serta volume darah yang bertambah. Pemeriksaan lain meliputi pemeriksaan jantung dan paru oleh dokter serta pemeriksaan tekanan darah untuk mengetahui apakah ada gejala keracunan kehamilan. Pemeriksaan edema dapat dilakukan pada wajah, kelopak mata, perut, dan kaki.

Pemeriksaan inspeksi menurut Saminem (2006) dengan urutan :

- (1) Wajah (misalnya kloasma gravidarum dan kesembapan/ oedema)
- (2) Mata (misalnya warna sclera dan konjungtiva)

- (3) Mulut (misalnya kebersihan mulut, lidah, gigi, karies gigi, bibir pucat/ tidak, dan gigi palsu)
- (4) Rambut (misalnya kebersihan, warna dan kesuburan)
- (5) Telinga (misalnya, kebersihan dan kelainan)
- (6) Leher (misalnya pembesaran kelenjar tiroid dan pembesaran vena jugularis)
- (7) Payudara (misalnya, kebersihan, hiperpigmentasi pada aerola, puting susu menonjol, vena membayang, bekas operasi, dan kelenjar montgomery menonjol)
- (8) Perut (misalnya, pembesaran perut, adanya linea, stria, gerakan janin, dan bekas operasi)
- (9) Vulva (misalnya warna, varises, perineum, *flour albus*, prolaps dinding vagina, kondiloma, dan kelenjar bartolin)
- (10) Anus (misalnya hemorroid)
- (11) Tungkai (misalnya varises dan oedema)

Pemeriksaan dengan palpasi menurut Sanimen (2006) (terutama abdomen) dilakukan untuk menentukan :

- (1) Bagian janin yang baru dapat diraba pada kehamilan 20 minggu. Bagian yang mudah diraba adalah kepala, bokong, punggung, dan bagian kecil janin.
- (2) Letak janin dalam uterus.
- (3) Masuknya bagian terendah.

(4) Umur kehamilan. Keseimbangan Antara bagian terendah janin dengan panggul.

(5) Palpasi abdomen menggunakan cara Leopold yang dibagi menjadi empat tahap, yaitu:

(a) *Leopold I* untuk menentukan tinggi fundus uteri (TFU) dan menentukan bagian yang terdapat pada fundus uteri.

(b) *Leopold II* untuk menentukan letak punggung dan bagian kecil janin (ekstremitas).

(c) *Leopold III* untuk menentukan bagian yang terdapat pada bagian bawah uterus apakah masih dapat digerakan.

(d) *Leopold IV* untuk menentukan seberapa dalam bagian terendah yang telah masuk pintu atas panggul.

Pemeriksaan melalui auskultasi menurut Sanimen (2006) dilakukan untuk mendengar denyut jantung janin. Dengan terdengarnya denyut jantung janin, dapat dipastikan adanya kehamilan, janin hidup, dan letak janin dalam uterus. Suara auskultasi tidak hanya dilakukan untuk memeriksa janin, hal ini juga dilakukan kepada ibu yaitu denyut aorta, bising uterus dan bising usus.

h) Pemeriksaan penunjang/ Laboratorium

Pemeriksaan laboratorium yang dilakukan pada ibu hamil menurut Sanimen (2006) meliputi pemeriksaan terhadap urin (protein dan reduksi), darah (Hb, VDRL, golongan darah) dan USG (Jika diperlukan).

## 2) Langkah II: Interpretasi Data

Pada langkah ini dilakukan identifikasi terhadap diagnosa atau masalah atau masalah berdasarkan interpretasi yang benar atau data- data yang telah dikumpulkan (Norma D dan Dwi S, 2013).

Masalah adalah kesenjangan yang diharapkan dengan fakta/ kenyataan. Analisa adalah proses pertimbangan tentang nilai sesuatu dibandingkan dengan standar. Standar adalah aturan/ ukuran yang telah diterima secara umum dan digunakan sebagai dasar perbandingan dalam kategori yang sama. Hambatan yang berpotensi tinggi menimbulkan masalah kesehatan (faktor resiko). Dalam bidang kebidanan pertimbangan butir-butir tentang profil keadaan dalam hubungannya dengan status sehat-sakit dan kondisi fisiologis yang akhirnya menjadi faktor agen yang akan mempengaruhi status kesehatan orang bersangkutan (Mufdlilah, 2012)

## 3) Langkah III: Mengidentifikasi Diagnosa atau Masalah Potensial dan Mengantisipasi Penanganannya

Pada langkah ini mengidentifikasi masalah potensial atau diagnosa potensial berdasarkan diagnosa atau masalah yang sudah diidentifikasi. Langkah ini membutuhkan antisipasi, bila memungkinkan dilakukan pencegahan. Bidan diharapkan dapat waspada dan bersiap- siap diagnosa atau masalah ini benar-benar terjadi (Norma D dan Dwi S, 2013).

## 4) Langkah IV: Menetapkan kebutuhan terhadap tindakan segera untuk melakukan konsultasi, kolaborasi dengan segera dengan tenaga kesehatan lain berdasarkan kondisi klien.

Mengidentifikasi perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter untuk dikonsulkan atau ditangani bersama dengan anggota tim kesehatan lain sesuai dengan kondisi klien (Norma D dan Dwi S, 2013).

5) Langkah V: Menyusun Rencana Asuhan yang Menyeluruh

Pada langkah ini direncanakan usaha yang ditentukan oleh langkah-langkah sebelumnya. Langkah ini merupakan kelanjutan manajemen terhadap masalah atau diagnosa yang telah diidentifikasi/ diantisipasi (Norma D dan Dwi S, 2013).

Rencana asuhan yang menyeluruh tidak hanya meliputi apa yang sudah teridentifikasi dari kondisi/masalah klien, tapi juga dari kerangka pedoman antisipasi terhadap klien tersebut, apakah kebutuhan perlu konseling, penyuluhan dan apakah klien perlu dirujuk karena ada masalah-masalah yang berkaitan dengan masalah kesehatan lain. Pada langkah ini tugas bidan adalah merumuskan rencana asuhan sesuai dengan hasil pembahasan rencana bersama klien dan keluarga, kemudian membuat kesepakatan bersama sebelum melakukannya (Walyani, 2015)

6) Langkah VI: Pelaksanaan Langsung Asuhan dengan Efisien dan Aman

Pada langkah keenam ini terencana asuhan menyeluruh seperti yang diuraikan pada langkah kelima dilaksanakan secara efisien dan aman. Perencanaan ini bisa dilakukan seluruhnya oleh bidan atau sebagian lagi oleh klien atau anggota tim kesehatan lainnya. Walaupun bidan tidak melakukan sendiri ia tetap memikul tanggung jawab untuk mengarahkan pelaksanaannya (Norma D dan Dwi S, 2013).



### 7) Langkah VII: Evaluasi

Pada langkah ini dilakukan dilakukan evaluasi keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan meliputi pemenuhan kebutuhan akan bantuan apakah benar-benar tetap terpenuhi sesuai dengan kebutuhan sebagaimana telah diidentifikasi di dalam diagnosa dan masalah. Rencana tersebut dianggap efektif jika memang benar dalam pelaksanaan (Norma D dan Dwi S, 2013).

### 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 dengan serotinus, landasan hukum yang digunakan yaitu:

Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 28 Tahun 2017 tentang kewenangan bidan dalam asuhan dan konseling selama kehamilan yang terkait dalam kasus ini adalah:

#### 1. Pasal 18

Dalam penyelenggaraan Praktik Kebidanan, Bidan memiliki kewenangan untuk memberikan:

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

## 2. Pasal 19

- a. Pelayanan kesehatan ibu sebagaimana dimaksud dalam Pasal 18 huruf a diberikan pada masa sebelum hamil, masa hamil, masa persalinan, masa nifas, masa menyusui, dan masa antara dua kehamilan.
- b. Pelayanan kesehatan ibu sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi pelayanan:
  - 1) konseling pada masa sebelum hamil;
  - 2) antenatal pada kehamilan normal;
  - 3) persalinan normal;
  - 4) ibu nifas normal;
  - 5) ibu menyusui; dan
  - 6) konseling pada masa antara dua kehamilan.
- c. Dalam memberikan pelayanan kesehatan ibu sebagaimana dimaksud pada ayat (2), Bidan berwenang melakukan:
  - 1) episiotomi;
  - 2) pertolongan persalinan normal;
  - 3) penjahitan luka jalan lahir tingkat I dan II;
  - 4) penanganan kegawat-daruratan, dilanjutkan dengan perujukan;
  - 5) pemberian tablet tambah darah pada ibu hamil;
  - 6) pemberian vitamin A dosis tinggi pada ibu nifas;
  - 7) fasilitasi/bimbingan inisiasi menyusui dini dan promosi air susu ibu eksklusif;
  - 8) pemberian uterotonika pada manajemen aktif kala tiga dan postpartum;
  - 9) penyuluhan dan konseling;

- 10) bimbingan pada kelompok ibu hamil; dan
- 11) pemberian surat keterangan kehamilan dan kelahiran.

### 3. Pasal 20

- 1) Pelayanan kesehatan anak sebagaimana dimaksud dalam Pasal 18 huruf b diberikan pada bayi baru lahir, bayi, anak balita, dan anak prasekolah.
- 2) Dalam memberikan pelayanan kesehatan anak sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Bidan berwenang melakukan:
  - a) pelayanan neonatal esensial;
  - b) penanganan kegawatdaruratan, dilanjutkan dengan rujukan;
  - c) pemantauan tumbuh kembang bayi, anak balita, dan anak prasekolah; dan
  - d) konseling dan penyuluhan.
- 3) Pelayanan neonatal esensial sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf a meliputi inisiasi menyusui dini, pemotongan dan perawatan tali pusat, pemberian suntikan Vit K1, pemberian imunisasi B0, pemeriksaan fisik bayi baru lahir, pemantauan tanda bahaya, pemberian tanda identitas diri, dan merujuk kasus yang tidak dapat ditangani dalam kondisi stabil dan tepat waktu ke Fasilitas Pelayanan Kesehatan yang lebih mampu.
- 4) Penanganan kegawatdaruratan, dilanjutkan dengan rujukan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf b meliputi:
  - a) penanganan awal asfiksia bayi baru lahir melalui pembersihan jalan nafas, ventilasi tekanan positif, dan/atau kompresi jantung;

- b) penanganan awal hipotermia pada bayi baru lahir dengan BBLR melalui penggunaan selimut atau fasilitasi dengan cara menghangatkan tubuh bayi dengan metode kangguru;
- c) penanganan awal infeksi tali pusat dengan mengoleskan alkohol atau povidon iodine serta menjaga luka tali pusat tetap bersih dan kering; dan
- d) membersihkan dan pemberian salep mata pada bayi baru lahir dengan infeksi *gonore* (GO).

#### 4. Pasal 22

Selain kewenangan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 18, Bidan memiliki kewenangan memberikan pelayanan berdasarkan:

- 1) penugasan dari pemerintah sesuai kebutuhan; dan/atau
- 2) pelimpahan wewenang melakukan tindakan pelayanan kesehatan secara mandat dari dokter.

#### 5. Pasal 25

- 1) Kewenangan berdasarkan program pemerintah sebagaimana dimaksud dalam Pasal 23 ayat (1) huruf a, meliputi:
  - a) pemberian pelayanan alat kontrasepsi dalam rahim dan alat kontrasepsi bawah kulit;
  - b) asuhan antenatal terintegrasi dengan intervensi khusus penyakit tertentu;
  - c) penanganan bayi dan anak balita sakit sesuai dengan pedoman yang ditetapkan;
  - d) pemberian imunisasi rutin dan tambahan sesuai program pemerintah;

- e) melakukan pembinaan peran serta masyarakat di bidang kesehatan ibu dan anak, anak usia sekolah dan remaja, dan penyehatan lingkungan;
- f) pemantauan tumbuh kembang bayi, anak balita, anak pra sekolah dan anak sekolah;
- g) melaksanakan deteksi dini, merujuk, dan memberikan penyuluhan terhadap Infeksi Menular Seksual (IMS) termasuk pemberian kondom, dan penyakit lainnya.

6. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 4 Tahun 2019 tentang Kebidanan

Pasal 14

- (1) Dosen pada Wahana Pendidikan Kebidanan memberikan pendidikan serta melakukan penelitian dan pengabdian kepada masyarakat dan pelayanan kesehatan.
- (2) Dosen pada Wahana Pendidikan Kebidanan memiliki kesetaraan, pengakuan, dan angka kredit yang memperhitungkan kegiatan pelayanan kesehatan.
- (3) Ketentuan lebih lanjut mengenai kesetaraan, pengakuan, dan angka kredit dosen pada Wahana Pendidikan Kebidanan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) diatur dalam Peraturan Pemerintah.

Pasal 41

- (1) Praktik Kebidanan dilakukan di:
  - a. Tempat Praktik Mandiri Bidan; dan
  - b. Fasilitas Pelayanan Kesehatan lainnya.

- (2) Praktik Kebidanan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) harus dilakukan sesuai dengan kompetensi dan kewenangan serta mematuhi kode etik, standar profesi, standar pelayanan profesi, dan standar prosedur operasional.

#### Pasal 42

- (1) Pengaturan, penetapan dan pembinaan Praktik Kebidanan dilaksanakan oleh Konsil.
- (2) Konsil sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan bagian dari Konsil Tenaga Kesehatan Indonesia yang diatur dengan Peraturan Presiden.

#### Pasal 43

- (1) Bidan lulusan pendidikan diploma tiga hanya dapat melakukan Praktik Kebidanan di Fasilitas Pelayanan Kesehatan.
- (2) Bidan lulusan pendidikan profesi dapat melakukan Praktik Kebidanan di Tempat Praktik Mandiri Bidan dan di Fasilitas Pelayanan Kesehatan lainnya.
- (3) Praktik Mandiri Bidan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dilakukan hanya pada 1 (satu) Tempat Praktik Mandiri Bidan.

#### Pasal 44

- (1) Bidan lulusan pendidikan profesi yang menjalankan Praktik Kebidanan di Tempat Praktik Mandiri Bidan wajib memasang papan nama praktik.
- (2) Ketentuan mengenai papan nama praktik sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (3) Bidan yang tidak memasang papan nama praktik sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dikenai sanksi administratif berupa:
- a. Teguran Lisan;

- b. Peringatan Tertulis;
  - c. Denda Administratif; Dan/Atau
  - d. Pencabutan Izin.
- (4) Ketentuan lebih lanjut mengenai tata cara pengenaan sanksi administratif sebagaimana dimaksud pada ayat (3) diatur dengan Peraturan Menteri.

#### Pasal 45

- (1) Bidan yang menjalankan Praktik Kebidanan di Tempat Praktik Mandiri Bidan wajib melengkapi sarana dan prasarana pelayanan sesuai dengan standar pelayanan dan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (2) Bidan yang tidak melengkapi sarana dan prasarana pelayanan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dikenai sanksi administratif berupa:
- a. Teguran Lisan;
  - b. Peringatan Tertulis;
  - c. Denda Administratif; Dan/Atau
  - d. Pencabutan Izin.
- (3) Ketentuan mengenai tata cara pengenaan sanksi administratif sebagaimana dimaksud pada ayat (2) diatur dengan Peraturan Menteri.

#### Pasal 46

- (1) Dalam menyelenggarakan Praktik Kebidanan, Bidan bertugas memberikan pelayanan yang meliputi:
- a. Pelayanan Kesehatan Ibu;
  - b. Pelayanan Kesehatan Anak;
  - c. Pelayanan Kesehatan Reproduksi Perempuan Dan Keluarga Berencana;

- d. Pelaksanaan Tugas Berdasarkan Pelimpahan Wewenang; Dan/Atau
- (2) Pelaksanaan Tugas Dalam Keadaan Keterbatasan Tertentu.
- (3) Tugas Bidan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat dilaksanakan secara bersama atau sendiri.

Pelaksanaan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan secara bertanggung jawab dan akuntabel.

#### Pasal 47

- (1) Dalam menyelenggarakan Praktik Kebidanan, Bidan dapat berperan sebagai:
  - a. Pemberi Pelayanan Kebidanan;
  - b. Pengelola Pelayanan Kebidanan;
  - c. Penyuluh Dan Konselor;
  - d. Pendidik, Pembimbing, Dan Fasilitator Klinik;
  - e. Penggerak Peran Serta Masyarakat Dan Pemberdayaan Perempuan; Dan/Atau
  - f. Peneliti.
- (2) Peran Bidan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

#### Pasal 48

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

- 7. Undang-Undang tentang Keluarga Berencana (KB) yaitu UNDANG-UNDANG REPUBLIK INDONESIA NOMOR 10 TAHUN 1992 pasal 1 ayat 12, (tentang Perkembangan Kependudukan dan Pembangunan Keluarga Sejahtera) adalah



upaya peningkatan kepedulian dan peran serta masyarakat melalui pendewasaan usia perkawinan (PUP), pengaturan kelahiran, pembinaan ketahanan keluarga, peningkatan kesejahteraan keluarga kecil, bahagia dan sejahtera. Sedangkan pengertian program Keluarga Berencana (KB) menurut UNDANG-UNDANG REPUBLIK INDONESIA NOMOR 52 TAHUN 2009, BAB I PASAL 1 AYAT 8 KETENTUAN UMUM (tentang Perkembangan Kependudukan dan Pembangunan Keluarga) Keluarga Berencana adalah upaya mengatur kelahiran anak, jarak dan usia ideal melahirkan, mengatur kehamilan melalui promosi, perlindungan dan bantuan sesuai dengan hak reproduksi untuk mewujudkan keluarga yang berkualitas.

8. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 52 Tahun 2009 tentang Perkembangan Kependudukan dan Pembangunan Keluarga, yang telah disahkan pada tanggal 29 Oktober 2009, berimplikasi terhadap perubahan kelembagaan, visi, dan misi BKKBN. Visi BKKBN adalah “Penduduk Tumbuh Seimbang 2015” dengan misi “mewujudkan pembangunan yang berwawasan kependudukan dan mewujudkan keluarga kecil bahagia sejahtera”. Untuk mencapai visi dan misi tersebut, BKKBN mempunyai tugas dan fungsi untuk melaksanakan pengendalian penduduk dan penyelenggaraan keluarga berencana sebagaimana diamanatkan dalam Pasal 56 Undang-Undang tersebut di atas. Dalam rangka pengendalian penduduk dan penyelenggaraan keluarga berencana di daerah, pemerintah daerah membentuk Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Daerah yang selanjutnya disingkat BKKBD di tingkat provinsi dan kabupaten dan kota yang

dalam melaksanakan tugas dan fungsinya memiliki hubungan fungsional dengan BKKBN (pasal 54 ayat 1 dan

(Sumber:[https://id.wikipedia.org/wiki/Badan\\_Kependudukan\\_dan\\_Keluarga\\_Berencana\\_Nasional](https://id.wikipedia.org/wiki/Badan_Kependudukan_dan_Keluarga_Berencana_Nasional))

