

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. TEORI MEDIS

1. KEHAMILAN

a. Pengertian kehamilan

Menurut Prawirohardjo (2014) kehamilan adalah masa 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, dan triwulan ketiga dari bulan ketujuh sampai 9 bulan.

b. Fisiologi Proses Kehamilan menurut (Ichesmi dan Margareth, 2013).

1) Pembuahan (*Fertilisasi*)

Fertilisasi (pembuahan) adalah bertemunya sel telur/ovum wanita dengan sel benih / spermatozoa pria

2) Pembelahan Sel (*Zigot*) hasil pembuahan tersebut

3) Nidasi (*Implantasi*) *zigot* tersebut pada dinding saluran reproduksi (pada keadaan normal : implantasi pada lapisan endometrium dinding kavum uteri)

4) Pertumbuhan dan perkembangan

Zigot-embrio-janin menjadi bakal individu baru Kehamilan dipengaruhi berbagai hormon estrogen, progesteron, *Human*

Chorionic Gonadotropin (HCG) adalah hormon aktif khusus yang berperan selama awal masa kehamilan, berfluktuasi kadarnya selama masa kehamilan (Ichesmi dan Margareth, 2013).

c. Pertumbuhan dan Perkembangan Hasil Konsepsi

Menurut Sri R (2017), pertumbuhan hasil konsepsi dibagi menjadi 9 tahap, yaitu :

1) Embrio usia 2-4 minggu

- a) Terjadi perubahan yang semula buah kehamilan hanya berupa satu titik telur menjadi satu organ yang terus berkembang dengan pembentukan lapisan-lapisan di dalamnya.
- b) Jantung mulai memompa cairan melalui pembuluh darah pada hari ke-20 dan hari berikutnya muncul sel darah merah yang pertama. Selanjutnya, pembuluh darah terus berkembang di seluruh embrio dan plasenta.

2) Embrio usia 4-6 minggu

- a) Sudah terbentuk bakal organ-organ
- b) Jantung sudah berdenyut
- c) Pergerakan sudah nampak dalam pemeriksaan USG
- d) Panjang embrio 0,64 cm

3) Embrio usia 8 minggu

- a) Pembentukan organ dan penampilan semakin bertambah jelas, seperti mulut, mata dan kaki
- b) Pembentukan usus

- c) Pembentukan genetalia dan anus
- d) Jantung mulai memompa darah
- 4) Embrio usia 12 minggu
 - a) Embrio berubah menjadi janin
 - b) Usus lengkap
 - c) Genetelia dan anus sudah terbentuk
 - d) Menggerakkan anggota badan, mengedipkan mata, mengerutkan dahi, dan mulut membuka
 - e) BB 15-30 gram
- 5) Embrio usia 16 minggu
 - a) Gerakan fetal pertama (*Quickening*)
 - b) Sudah mulai ada mekonium dan verniks caseosa
 - c) Sistem musculoskeletal sudah matang
 - d) Sistem saraf mulai melaksanakan control
 - e) Pembuluh darah berkembang dengan cepat
 - f) Tangan janin dapat menggenggam
 - g) Kaki menendang dengan aktif
 - h) Semua organ mulai matang dan tumbuh
 - i) Denyut jantung janin dapat didengar dengan Doppler
 - j) Berat janin 0,2 kg
- 6) Janin usia 24 minggu
 - a) Kerangka berkembang dengan cepat karena aktivitas pembentukan tulang meningkat

b) Perkembangan pernafasan dimulai

c) Berat janin 0,7-0,8 kg

7) Janin usia 28 minggu

a) Janin dapat bernafas, menelan, dan mengatur suhu

b) Surfaktan terbentuk di dalam paru-paru

c) Mata mulai membuka dan menutup

d) Ukuran janin 2/3 saat lahir

8) Janin usia 32 minggu

a) Simpanan lemak coklat berkembang di bawah kulit untuk persiapan pemisahan bayi setelah lahir

b) Mulai menyimpan zat besi, kalsium dan fosfor

c) Bayi sudah tumbuh 38-43 cm

9) Janin usia 36 minggu

a) Seluruh uterus terisi oleh bayi, sehingga ia tidak dapat lagi bergerak dan memutar banyak

b) Antibodi ibu ditransfer ke janin, yang akan memberikan kekebalan selama 6 bulan pertama sampai bayi berkembang sendiri

d. Tanda-Tanda Kehamilan

1) Tanda tidak pasti kehamilan menurut (Prawirohardjo, 2014)

a) Tanda Chadwick

Perubahan warna menjadi kebiruan atau keunguan pada vulva, vagina, serviks.

b) Tanda Goodell.

Perubahan konsistensi (yang dianalogikan dengan konsistensi bibir) serviks dibandingkan dengan konsistensi kenyal (dianalogikan dengan ujung hidung) pada saat tidak hamil. (

c) Tanda Hegar.

Pelunakan dan kompresibilitas istmus serviks sehingga ujung-ujung jari seakan dapat ditemukan apabila istmus ditekan dari arah yang berlawanan.

d) Braxton Hicks.

Terjadi akibat peregangan miometrium yang disebabkan oleh terjadinya pembesaran uterus

2) Tanda pasti kehamilan menurut (Prawirohardjo, 2014).

a) Pembesaran uterus

Disertai dengan penipisan dinding juga memudahkan pemeriksaan untuk mengenali kehamilan secara lebih dini.

b) Jantung janin mulai berdenyut.

Sejak awal dari minggu keempat setelah fertilisasi, tetapi baru pada usia kehamilan 20 minggu bunyi jantung janin dapat dideteksi dengan fetoskop. Dengan menggunakan teknik *ultrasound* atau sistem doppler, bunyi jantung janin dapat dikenali lebih awal (12 – 20 minggu usia kehamilan).

c) Gerakan janin.

Bermula pada usia kehamilan mencapai 12 minggu, tetapi baru

dapat dirasakan oleh ibu pada usia kehamilan 16 – 20 minggu karena di usia kehamilan tersebut, dinding uterus mulai menipis dan gerakan janin menjadi lebih kuat.

d) Fenomena bandul atau pantulan balik.

Yang disebut dengan *ballottement* juga merupakan tanda adanya janin di dalam uterus.

3) Tanda mungkin Kehamilan menurut (Firman,2018) ,yaitu :

a) Pembesaran, serta perubahan bentuk dan konsistensi rahim pada pemeriksaan dalam, uterus teraba membesar dan makin lama makin bundar bentuknya. Kadang – kadang pembesaran tidak rata , tetapi di daerah lebih cepat tumbuhnya . Tanda ini dikenal dengan tanda Piskacek.

b) Tanda hegar yaitu konsistensi rahim dalam kehamilan juga berubah menjadi lunak. Sehingga jika kita meletakkan 2 jari dalam fornix posterior dan tangan satunya pada dinding perut di atas symphysis.

c) Perubahan pada cervix

Diluar Tanda doogell yaitu pelunakan warna merah tua atau kebiruan pada vagina akibat peningkatan vaskularisasi (usia 6-8 minggu).

d) Tanda Chadwick yaitu warna merah tua atau kebiruan pada vagina akibat peningkatan vaskularisasi (usia 6-8 minggu).

e) Kontraksi Braxton hick yaitu kontraksi uterus yang datanganya sewaktu-waktu, tidak beraturan dan tidak mempunyai irama tertentu (akhir trimester pertama)

f) Tes kehamilan positif (usia 7-10 hari setelah kontsepsi)

e. Perubahan fisiologis kehamilan TM III menurut (Kuswanti, 2014)

1) Sistem reproduksi

Isthmus lebih nyata menjadi bagian dari korpus uteri dan berkembang menjadi segmen bawah rahim (SBR).

2) Sistem perkemihan

Keluhan kencing sering akan timbul lagi karena pada akhir kehamilan kepala janin mulai turun ke pintu atas panggul dan kandung kemih akan mulai tertekan kembali.

3) Sistem musculoskeletal

Umbilikus menjadi lebih datar atau menonjol. Bahu lebih tertarik ke belakang dan tulang belakang lebih melengkung, sendi tulang belakang lebih lentur, dapat menyebabkan nyeri tulang punggung padaa wanita.

4) Sistem kardiovaskuler

Aliran darah meningkat dengan cepat seiring dengan pembesaran uterus, walaupun aliran darah uterus meningkat, ujuan konseptus meningkat lebihh cepat. Akibatnya lebih banya oksigen diambil dari darah uterus selama masa kehamilan lanjut.

5) Berat badan dan indeks masa tubuh.

Terjadi kenaikan berat badan sekitar 5,5kg, penambahan berat badan dari mulai awal kehamilan sampai akhir kehamilan.

Tabel 2.1 Analisis Penambahan Berat Berdasarkan Proses Fisiologis

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

Sumber: Cunningham (2013)

6) Sistem pernafasan

Pada umur kehamilan 32 minggu keatas,, usus tertekan uterus yang membesar ke arah diafragma, sehingga diafragma kurang leluasa bergerak dan mengakibatkan kebanyakan wanita hamil mengalami kesulitan bernafas.

f. Tanda bahaya dalam kehamilan Trimester III

1) Kehamilan dengan perdarahan

a) Perdarahan plasenta previa

Plasenta yang berimplantasi pada segmen bawah rahim demikian rupa sehingga menutupi seluruh atau sebagian dari ostium uteri internum (mulut rahim) (Prawirohardjo, 2014; Bandiyah,2009)

b) Perdarahan solusio plasenta

Terlepasnya sebagian atau seluruh permukaan maternal plasenta dari tempat implantasinya yang normal pada lapisan desisua endometrium sebelum waktunya, yaitu sebelum anak lahir (Prawirohardjo,2014)

Penyebab solusio plasenta dapat dikaitkan dengan trauma langsung pada kehamilan (jatuh saat hamil tua, trauma langsung pada perut), ibu yang mengidap tekanan darah tinggi, kehamilan disertai preeklamsi dan eklamsi serta ibu yang mengidap penyakit ginjal (Bandiyah,2009).

2) Kehamilan dengan ketuban pecah dini

Ketuban pecah dini adalah keadaan pecahnya selaput ketuban sebelum persalinan (Prawirohardjo,2014) atau sebelum usia 37 minggu gestasi (Fraser ,2012). Harus dibedakan antara urin dengan air ketuban, jika keluarnya cairan ibu tidak terasa, berbau amis dan warna putih keruh berarti yang keluar adalah air ketuban (Sulistyawati,2009)Sebab terjadinya ketuban pecah diantaranya karena trauma langsung pada perut ibu, kelainan letak janin dalam rahim atau pada kehamilan *grande multipara* (hamil lebih dari lima kali) (Bandiyah,2009)

3) Kematian janin dalam rahim

Kematian janin dalam rahim disebabkan karena kehamilan diatas umur hamil 36 minggu pada ibu dengan penyakit kencing ula

(diabetes mellitus), kemungkinan terjadi lilitan tali pusat yang mematikan, kehamilan lewat waktu lebih dari 14 hari, dan kehamilan dengan perdarahan (Bandiyah, 2009)

4) Kehamilan Posterm

Kehamilan posterm adalah kehamilan yang berlangsung sampai 42 minggu (294 hari) atau lebih, di hitung dari hari pertama haid terakhir menurut rumus Naegele dengan siklus haid rata-rata 28 hari (WHO 1977, FIGO 1986 dalam Prawirohardjo, 2014)

5) Sakit kepala yang hebat

Sakit kepala yang menunjukkan suatu masalah yang serius adalah sakit kepala hebat, yang menetap dan tidak hilang dengan beristirahat (Sulistyawati, 2009) kadang-kadang dengan sakit kepala yang hebat tersebut, ibu mungkin menemukan bahwa penglihatannya menjadi kabur atau berbayang. Sakit kepala yang hebat dalam kehamilan adalah gejala dari preeklamsi (Rukiyah, 2014).

6) Perubahan visual

Secara tiba-tiba (pandangan kabur, rabun senja) Masalah visual yang mengindikasikan keadaan yang mengancam jiwa adalah perubahan visual mendadak, misalnya pandangan kabur atau berbayang (Rukiyah, 2014; Rohani, 2013).

7) Nyeri abdomen yang hebat

Nyeri abdomen yang hebat, menetap, dan tidak hilang setelah beristirahat. Hal ini bisa berarti appendicitis, kehamilan ektopik atau

kehamilan dimana setelah fertilisasi, implantasi terjadi di luar *endometrium kavum uteri* (saifuddin, 2009), abortus yaitu janin atau mudigah yang dikeluarkan atau keluar dari uterus selama paruh pertama gestasi (20 minggu atau kurang) dengan berat kurang dari 500 gr (Cunningham.2006), pemyalit radang panggul, persalinan preterm, gastritis, penyakit kantong empedu, abrups plasenta, infeksi saluran kemih atau infeksi lain (Rukiyah,2014; Fraser,2012).

8) Bengkak pada muka atau tangan

Bengkak bisa menunjukkan adanya masalah serius jika muncul pada muka dan tangan, tidak hilang setelah beristirahat, dan disertai keluhan fisik yang lain. Hal ini dapat merupakan pertanda preeklamsi (Rukiah,2014; Sulistyawati, 2009).

9) Bayi kurang bergerak

Jika gerakan kurang dari 10 kali dalam 10 jam atau jika terjadi peningkatan waktu untuk mencapai 10 gerakan atau tidak ada gerakan selama 10 jam maka uji NST harus dilakukan secepatnya. (perhitungan Cardiff Count to ten dalam Rukiyah, 2014). Kesejahteraan janin dapat diketahui dari keaktifan gerakannya, minimal adalah 10 kali dalam 24 jam, jika kurang dari itu maka waspada akan adanya gangguan janin dalam rahim (Sulistyawati, 2009)

g. Ketidak nyamanan dalam kehamilan pada Trimester III

1) Hemoroid

Hemoroid disebabkan oleh progesteron mempercepat relaksasi otot polos yang menyebabkan kelemahan pada dinding pembuluh darah. Tekanan rahim yang sedang bertumbuh terhadap vena vena di sekelilingnya rectum dan anus menyebabkan dilatasi pembuluh darah. Konstipasi karena feses keras juga merupakan faktor terjadinya hemoroid, Cara mengatasi:

- a) Perubahan diet makanan Rendam duduk. Reposisi digital
- b) Pemberian krim atau suppositoria
- c) Hindari mengejan saat defekasi
- d) Kompres es.
- e) Masukkan kembali hemoroid ke dalam rectum (menggunakan lubrikasi), dilakukan sambil latihan mengencangkan perineum (kegel).

2) Sesak Nafas

Sesak nafas disebabkan oleh perubahan pernafasan akibat progesteron dan peningkatan laju metabolik maternal dan konsumsi oksigen janin yang menimbulkan ibu tidak dapat mengambil nafas. Sesak nafas dapat terjadi pada usia kehamilan 33-36 minggu.

3) Insomnia

Kesulitan tidur disebabkan oleh gangguan tidur yang dicetuskan oleh stressor psikologis, frekuensi berkemih, ketidaknyamanan fisik,

kesulitan memilih posisi yang nyaman, gerakan janin, dan perasaan sesak nafas. Kebutuhan istirahat yang cukup saat kehamilan yaitu minimal 8 jam pada malam hari dan 2 jam di siang hari (Saifuddin,2011).

4) Edema

Edema pada ekstremitas bawah terjadi karena peningkatan tekanan vena. Edema ekstremitas bawah bisa terjadi pada akhir kehamilan, terutama pada pagi hari, dan paling mungkin postural.

5) Kram Tungkai.

Kram kaki biasanya didefinisikan sebagai kontraksi tonik atau klonik tiba-tiba otot gastroknemius, biasanya terjadi pada malam hari. Hal ini disebabkan adanya perubahan rasio kalsium/fosfor dan kekurangan magnesium atau penambahan asam laktat dalam otot.

6) Keputihan

Keputihan terjadi karena peningkatan produksi lendir dan kelenjar endoservikal sebagai akibat dari peningkatan kadar estrogen. Keputihan yang normal mempunyai ciri – ciri tidak berbau, tidak lengket, tidak berwarna hijau, coklat dan kuning, tidak berair dan tidak menggumpal. Penyebab hiperplasia mukosa vagina.

h. Kebutuhan psikologis ibu hamil Trimester III

1) Persiapan saudara kandung (*sibling*)

Menurut Sulistyawati (2009), Untuk mencegah terjadinya *sibling rivalry*, ada beberapa langkah yang bisa dilakukan: Jelaskan pada

anak tentang posisinya (meskipun ada adiknya, ia tetap disayangi oleh ayah ibu) Libatkan anak dalam mempersiapkan kelahiran adiknya. Ajak anak untuk berkomunikasi dengan bayi sejak masih dalam kandungan .

2) Dukungan suami

Ada dua kebutuhan utama yang ditunjukkan wanita selama ia hamil . Kebutuhan pertama ialah menerima tanda-tanda bahwa ia dicintai dan dihargai. Kebutuhan kedua ialah merasa yakin akan penerimaan pasangannya terhadap anak dan mengasimilasi bayi tersebut dalam keluarga.

3) Dukungan keluarga

Ibu sangat membutuhkan dukungan dan ungkapan kasih sayang dari orang-orang terdekatnya berupa ketersediaannya menemani proses kehamilan lanjut sampai bayi lahir (Sulistyawati, 2009)

4) Dukungan lingkungan

Diperolehnya dari ibu-ibu pengajian atau perkumpulan atau kegiatan yang berhubungan dengan keagamaan atau social dalam bentuk doa untuk kesehatan ibu hamil dan bayinya, membicarakan dan menasihati tentang pengalaman hamil dan melahirkan, adanya diantara mereka yang mau mengantarkan ibu hamil untuk periksa, mereka seperti saudara bagi ibu hamil. (Rukiah, 2014)

5) Perasaan aman dan nyaman selama kehamilan

Selama kehamilan ibu banyak mengalami ketidaknyamanan fisik dan psikologis. Bidan bekerjasama dengan keluarga diharapkan berusaha dan secara antusias memberikan perhatian serta mengupayakan untuk mengatasi ketidaknyamanan dan ketidakamanan yang dialami oleh ibu (Sulistyawati, 2009)

i. Kebutuhan Fisiologis ibu hamil Trimester III

1) Nutri

Anjurkan ibu untuk makan makanan yang mengandung unsur - unsur yang diperlukan untuk janin. Zat-zat yang diperlukan antara lain protein, karbohidrat, zat lemak, mineral, atau bermacam-macam garam terutama kalsium, fosfor dan zat besi (Fe), vitamin dan air. (Mochtar 2005 dalam Rukiah 2014).

Tabel 2.2 Kebutuhan Nutrisi Ibu hamil

Jenis	Kebutuhan
Kalori	2500 Kkal
Protein	85 g
Kalsium	250 – 300 mg
Zat besi	30 mg
Fosfor	1200 mg
Vitamin A	800 IU
Vitamin B6	2,2 mg
Vitamin C	70 mg
Riboflavin	1,6 mg
Asam Folat	400 mg
Vitamin D	10 IU
Vitamin E	8 IU

Sumber : (Lowdermilk, 2013)

2) Personal Hygien

Selama hamil kebersihan tubuh harus tetap dijaga. Selain itu daerah vital perlu dijaga kebersihannya karena pada saat hamil terjadi pengeluaran sekret vaginayang berlebihan (Sulistyawati, 2009) dengan mengganti celana dalam minimal 2 kali sehari.

3) Kebutuhan akan eliminasi

Pada trimester III ibu mengalami sering buang air kecil karena penekanan kandung kemih karena kepala janin sudah turun memasuki rongga panggul dan menekan kandung kemih ditambah lagi karena ibu hamil biasanya banyak minum sehingga BAK menjadi lebih sering (Rukiah, 2014; Sulistyawati, 2009)

4) Kebutuhan seksual

Tidak dilarang selama hamil berhubungan seksual selama tidak ada riwayat penyakit seperti sering *abortus* dan kelahiran *prematur*, perdarahan *pervaginam*, hubungan seksual dilakukan dengan hati-hati, dan hubungan seksual dilarang bila ketubansudah pecah karena dapat menyebabkan infeksi (Cunningham, 2006; Sulistyawati, 2009).

5) Perawatan payudara

Sebelum bayi lahir perlu dilakukan perawatan payudara agar ibu dapat segera menyusui bayinya setelah melahirkan. Perawatan dilakukan dengan cara pengurutan pada payudara untuk mengeluarkan sekresi dan membuka duktus dan sinus laktiferus.

Pengurutan dengan tidak hati-hati dan benar menimbulkan kontraksi pada Rahim (Prawirohardjo. 2014)

6) Aktivitas dan Istirahat

Ibu hamil sebaiknya melakukan hal yang biasa dilakukan karena dapat menghentikan kelelahan ringan, dan latihan sebaiknya jangan dilakukan secara berlebihan. Kehamilan bukan saat untuk mempelajari jenis olahraga berat yang baru, latihan harian seperti berjalan-jalan di luar rumah sangat baik bagi kesehatan mental, relaksasi, pencernaan dan pengondisian otot (Varney, 2006)

j. Asuhan *Antenatal*

1) Pengertian

Asuhan *antenatal* adalah upaya *preventif* program pelayanan kesehatan obstetrik untuk mengoptimalisasi luaran maternal dan neonatal melalui pemantauan rutin selama masa kehamilan, guna mendukung kesehatan ibu dan perkembangan janin normal. (Prawirohardjo, 2014; Fraser, 2012)

2) Tujuan

Dalam pelaksanaan asuhan kebidanan, bidan berpedoman pada perannya yaitu sebagai pelaksana, pengelola, pendidik, dan peneliti. Adapun tujuan asuhan antenatal adalah sebagai berikut :

- a) Memantau perkembangan kehamilan serta memastikan kesehatan ibu dan tumbuh kembang bayi.

- b) Menemukan secara dini adanya masalah atau gangguan dan komplikasi yang mungkin terjadi saat kehamilan.
- c) Mempersiapkan kehamilan dan persalinan dengan selamat baik ibu maupun bayi dengan trauma seminimal mungkin.
- d) Mempersiapkan ibu dan keluarga dapat berperan dengan baik dalam memelihara bayi agar dapat tumbuh kembang secara normal (Kia, 2019)

3) Kunjungan antenatal

Kunjungan minimal antenatal 4 kali, yakni: satu kali pada trimester I (kehamilan sampai dengan 14 minggu), satu kali pada trimester II (kehamilan 14 minggu sampai 28 minggu), dua kali pada trimester III (kehamilan 28 minggu sampai 36 minggu dan sesudah 36 minggu, (Depkes.RI.2010)

4) Standar Pelayanan ANC

Menurut Depkes RI (2010) dalam melaksanakan pelayanan AntenatalCare, 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 :

- a) Timbang berat badan dan tinggi badan.
- b) Pemeriksaan tekanan darah.
- c) Nilai status gizi (ukur lingkar lengan atas).
- d) Pemeriksaan Tinggi Fundus Uteri (TFU).
- e) Tentukan presentasi dan denyut jantung janin

- f) Berikan Imunisasi TT
- g) Berikan Tablet Zat Besi
- h) Test laboratorium (rutin dan khusus)
- i) Tatalaksana khusus,
- J) Temu wicara (konseling)

2. PERSALINAN

a. Pengertian

Persalinaan adalah proses membuka dan menipisnya serviks dan janin turun ke dalam 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. (Ichesmi, 2015)

Persalinan merupakan proses pergerakan keluarnya janin, plasenta, dan membrane dari dalam Rahim melalui jalan lahir. Proses ini berawal dari pembukaan dan dilatasi serviks sebagai akibat kontraksi uterus dengan frekuensi, durasi, dan kekuatan yang teratur. Mula-mula kekuatan yang muncul kecil, kemudian terus meningkat sampai pada puncaknya pembukaan serviks lengkap sehingga siap untuk pengeluaran janin dari rahim ibu. (Rohani dkk, 2013)

b. Jenis – Jenis Persalinan

Menurut Mochtar (2011) dan Manuaba (2010), persalinan dibedakan menjadi dua yaitu:

Cara Persalinan:

1) Partus biasa (normal) / spontan

Proses lahirnya bayi dengan tenaga ibu sendiri, tanpa bantuan alat-alat, serta tidak melukai ibu dan bayi, yang umumnya berlangsung kurang dari 24 jam.

2) Partus luar biasa (abnormal)

Persalinan pervaginam dengan bantuan alat-alat atau melalui dinding perut dengan operasi *caesaria*

3) Partus anjuran

Bila kekuatan yang diperlukan untuk persalinan ditimbulkan dari luar melalui jalur rangsangan (Manuaba, 2009)

Menurut tua (umur) Kehamilan

1) Abortus (keguguran)

Terhentinya kehamilan sebelum janin dapat hidup (viabel), berat janin dibawah 1000g, tua kehamilan di bawah 28 minggu.

2) Partus prematurus

Persalinan (pengeluaran) hasil konsepsi pada kehamilan 28-36 minggu, janin dapat hidup tapi prematur, berat janin antara 1000-2500g.

3) Partus maturus atau aterm (cukup bulan)

Partus pada kehamilan 37-40 minggu, janin matur, berat badan diatas 2500g.

4) Partus *postmaturus/postdate* (serotinus)

Persalinan yang terjadi 2 minggu atau lebih setelah waktu partus yang ditaksir, janin disebut *postdate*. Menurut WHO (2006) yaitu kehamilan *postdate* adalah suatu kehamilan yang berlangsung melebihi 40 minggu ditambah satu atau lebih hari (setiap waktu yang melebihi tanggal waktu perkiraan), komplikasi yang terjadi antara lain:

- a) Janin yang kekurangan nutrisi dan oksigen akan mengalami pengrusakan diri sendiri sehingga metabolisme jaringan lemak bawah kulit tampak tua dan keriput (gejala janin dengan hamil lewat waktu)
- b) Air ketuban yang makin kental, akan sulit dibersihkan sehingga dapat menimbulkan gangguan pernafasan saat kelahirannya.
- c) Bila gangguan terlalu lama dan berat, janin dapat meninggal dalam rahim.
- d) Dengan makin besarnya janin dalam rahim memerlukan tindakan operasi persalinan.
- e) Kerugian pada ibu seperti tindakan induksi persalinan, sampai dengan resiko seksio sesarea (Manuaba, 2007)

5) Partus *presipitatus*

Partus yang berlangsung sangat cepat, mungkin di kamar mandi, di atas becak dan sebagainya.

6) Partus Percobaan

Suatu penilaian kemajuan persalinan untuk memperoleh bukti tentang ada atau tidaknya disproporsi sefalopelvik.

c. Tanda-Tanda Persalinan

Menurut Rohani (2011), sebelum terjadi persalinan, beberapa minggu sebelumnya wanita memasuki kala pendahuluan (*preparatory stage of labor*), dengan tanda-tanda sebagai berikut:

1) Terjadi *Lightening*

Menjelang minggu ke-36 pada *primigravida*, terjadi penurunan *fundus uteri* karena kepala bayi sudah masuk PAP. Pada *multigravida*, tanda ini tidak begitu kelihatan. Mulai menurunnya bagian terbawah bayi ke pelvis terjadi sekitar 2 minggu menjelang persalinan. Bila bagian terbawah bayi telah turun, maka ibu akan merasa tidak nyaman, selalu napas pendek pada trimester 3, ketidaknyamanan disebabkan karena adanya tekanan bagian terbawah pada struktur daerah pelvis, secara spesifik akan mengalami hal berikut :

- a) Kandung kemih tertekan, menyebabkan peluang untuk melakukan ekspansi berkurang, sehingga frekuensi berkemih meningkat
- b) Meningkatnya tekanan oleh sebagian besar bagian janin pada saraf yang melewati *foramen obturator* yang menuju kaki, menyebabkan sering terjadi kram kaki.

- c) Meningkatnya tekanan pada pembuluh darah vena menyebabkan terjadinya odema karena bagian terbesar janin menghambat darah yang kembali dari bagian bawah tubuh.
- 2) Terjadinya His Permulaan dengan sifat his sebagai berikut, rasa nyeri ringan di bagian bawah, his datang tidak teratur, tidak ada perubahan pada servik atau pembawa tanda, durasi his pendek, dan his tidak bertambah bila beraktivitas.
- 3) Perut kelihatan lebih melebar, *fundus uteri* turun
- 4) Perasaan sering atau susah buang air kecil karena kandung kemih tertekan oleh bagian terbawah janin
- 5) Servik menjadi lembek, mulai mendatar, dan sekresinya bertambah, kadang bercampur darah (*bloody show*). Mendekatnya persalinan mengakibatkan servik menjadi matang dan lembut, serta terjadi *obliterasi* servik dan kemungkinan sedikit dilatasi.
- 6) Persalinan palsu
- Persalinan palsu terdiri dari kontraksi uterus yang sangat nyeri, yang memberi pengaruh signifikan terhadap serviks. Kontraksi pada persalinan palsu sebenarnya timbul akibat kontraksi Braxton Hicks yang tidak nyeri, yang telah terjadi sejak sekitar enam minggu kehamilan (Varney, 2008)

7) *Bloody show*

Bloody show paling sering terlihat sebagai rabas lendir bercampur darah yang lengket dan harus dibedakan dengan cermat dari perdarahan murni (Varney, 2008)

Ada beberapa tanda persalinan menurut (R. Forte William, Harry Oxorn, 1990), yaitu:

- 1) Kontraksi uterus dengan interval yang teratur. Mula-mula timbul setiap 20 atau 30 menit, makin lama makin sering. Menurut Varney (2007), Kontraksi pada persalinan aktif berlangsung dari 45-90 detik dengan durasi rata-rata 60 detik. Pada persalinan awal, kontraksi mungkin hanya berlangsung 15-20 detik. Dengan semakin lanjutnya persalinan maka kontraksi menjadi tambah kuat dan tambah lama
- 2) Kontraksi uterus dirasakan nyeri
- 3) Dapat diraba uterus yang mengeras.
- 4) Nyeri dirasakan baik dibelakang maupun didepan abdomen
- 5) Persalinan sungguhan secara efektif mengakibatkan pembukaan servik.
- 6) Bagian terendah janin turun

d. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi proses Persalinan

1) *Passenger* (janin dan plasenta)

Passenger dalam persalinan adalah janin dan plasenta. Hal – hal yang perlu diperhatikan mengenai janin dalah ukuran kepala janin, presentasi, letak, sikap dan posisi janin, sedangkan yang perlu

diperhatikan pada plasenta adalah letak, besar dan luasnya (Sondakh, 2013).

2) *Passage* (jalan lahir)

Jalan lahir merupakan komponen penting dalam proses persalinan yang terdiri dari jalan lahir keras dan jalan lahir lunak. Jalan lahir merupakan komponen tetap artinya, dalam konsep obstetrik modern tidak diolah untuk dapat melancarkan proses persalinan kecuali jalan lunak pada keadaan tertentu tanpa membahayakan janin (Manuaba, 2010). Hal-hal yang perlu diperhatikan dari jalan lahir keras adalah ukuran dan bentuk tulang panggul, sedangkan yang perlu diperhatikan pada jalan lahir lunak adalah segmen bawah uterus yang dapat meregang , serviks, otot dasar panggul, vagina, dan introitus vagina (Sondakh, 2013)

3) *Power* (Kekuatan)

Power (tenaga/kekuatan), kekuatan mendorong janin dalam persalinan adalah his, kontraksi otot-otot perut, kontraksi diafragma dan aksi dari ligament (Rohani, 2011).

Menurut Shondakh (2013), Faktor Kekuatan dalam persalinan dibagi 2 yaitu

a) Kekuatan primer (Kontraksi Involunter)

Kontraski berasal dari segmen atas uterus yang menebal dan dihantarkan ke uterus bawah dalam bentuk gelombang. Yang digambarkan dengan frekuensi, durasi dan intensitas

kontraksi. Mengakibatkan serviks menipis dan berdilatasi sehingga janin turun.

b) Kekuatan sekunder (Kontraksi Volunter)

Otot diafragma dan abdomen ibu berkontraksi dan mendorong keluar isi ke jalan lahir sehingga menimbulkan tekanan intra abdomen. His sempurna bila terdapat kontraksi yang simetris, kontraksi paling kuat atau adanya dominasi di fundus uteri dan sesudah itu terjadi relaksasi (Saifuddin, 2010).

4) Penolong

Peran dari penolong persalinan adalah mengantisipasi dan menangani komplikasi yang mungkin terjadi pada ibu dan janin. Dalam hal ini proses tergantung dari kemampuan skill dan kesiapan penolong dalam menghadapi proses persalinan (Rohani dkk, 2013).

5) Psikologis

Respons psikologis ibu dapat dipengaruhi oleh : Dukungan ayah bayi/ pasangan selama proses persalinan, dukungan kakek nenek (saudara dekat) selama persalinan, dan saudara kandung bayi selama persalinan.

e. Mekanisme Persalinan

1) *Engagement*

Engagement adalah peristiwa ketika diameter biparietal melewati pintu atas panggul dengan sutura sagitalis melintang/oblik didalam jalan lahir dan sedikit fleksi

Kebanyakan wanita nulipara, hal ini terjadi sebelum persalinan kala aktif dimulai karena otot-otot abdomen masih tegang, sehingga bagian presentasi terdorong kedalam panggul. Pada wanita multipara yang otot-otot abdomennya lebih kendur kepala seringkali tetap dapat digerakkan diatas permukaan anggul sampai persalinan dimulai

2) Penurunan kepala

Mekanisme ketika diameter biparietal-diameter transversal terbesar pada presentasi oksiput melewati aperture pelvis superior disebut engagement. Kepala janin dapat mengalami engage selama beberapa minggu terakhir kehamilan atau tidak mengalami engage hingga setelah permulaan persalinan. Pada banyak perempuan multipara dan perempuan nulipara, kepala janin bergerak bebas di atas aperture pelvis superior saat awitan persalinan. Pada keadaan ini, kepala kadang – kadang disebut “mengambang” (floating). Kepala janin biasanya memasuki aperture pelvis superior baik secara transversal ataupun oblik (Chunningham dkk, 2013). Penurunan disebabkan oleh tekanan kontraksi uterus kebawah, dan pada kala II dibantu oleh daya mengejan dari pasien dan sedikit oleh gaya berat (R. Forte William dan Harry Oxorn, 2010)

3) Fleksi

Fleksi merupakan menempelnya dagu di dada janin (Bandiyah, 2009). Ketika kepala janin menemui tahanan struktural tulang pelvis dan otot pelvis, kepala dipaksa masuk dengan sikap lebih fleksi. Fleksi

kepala terhadap toraks mungkin terjadi karena dagu dan mandibula janin biasanya sangat kecil dalam kaitannya dengan aspek lain wajah dan dapat lebih mudah terdorong ke belakang karena relaksin dapat meningkatkan fleski vertebrata servikalis lebih besar dari pada yang memungkinkan setelah kelahiran

4) Putar paksi dalam

Kepala yang sedang turun menemui diafragma pelvis yang berjalan dari belakang atas ke bawah depan. Akibat kombinasi elastis diafragma pelvis dan tekanan intrauterine di sebabkan karena his yang beulang-ulang, kepala mengedakan rotasi disebut pula putaran paksi dalam. Didalam hal mengadakan rotasi UUK akan berputar ke arah depan, sehingga didasar panggul UUK dibawah simfisis, dan dengan suboksiput sebagai hipomoklion, kepala mengadakan gerakan defleksi untuk dapat dilahirkan (Prawirohardjo, 2014).

5) Ekstensi

Saat kepala janin mencapai perinium, kepala akan defleksi ke arah anterior oleh perinium. Mula – mula oksiput melewati permukaan bawah simfisis pubis, kemudian kepala muncul akibat ekstensi : pertama – tama oksiput, kemudian wajah, dan akhirnya dagu (Lowdermilk, 2013).

6) Restitusi

Kepala janin memutar kembali ke arah punggung anak untuk menghilangkan torsi pada leher yang terjadi karena putaran paksi

dalam (Rohani dkk, 2013). Pada waktu kepala mencapai dasar panggul maka bahu memasuki panggul. Oleh karena panggul tetap berada pada diameter oblique sedangkan kepala berputar kedepan, maka leher ikut berputar. Ketika kepala dilahirkan, kurangnya tahanan memungkinkan untuk berotasi spontan 45 derajat ke kiri, sehingga menempatkannya ke dalam kesejajaran dengan tubuh (Walsh, 2007).

7) Putaran paksi luar

Bahu melintasi pintu dalam keadaan miring. Di dalam rongga panggul, bahu akan menyesuaikan diri dengan bentuk panggul yang dilaluinya sehingga di dasar panggul setelah kepala bayi lahir, bahu mengalami putaran dalam di mana ukuran bahu (diameter bisa kromial) menempatkan diri dalam diameter anteroposterior dari pintu bawah panggul. Bersamaan dengan itu kepala bayi juga melanjutkan putaran sehingga belakang kepala berhadapan dengan tuber iskiadikum sepihak (Rohani dkk, 2013).

8) Ekspulsi

Setelah putaran paksi luar, bahu depan sampai dibawah simfisis dan menjadi hipomochlion untuk kelahiran bahu belakang. Setelah kedua bahu bayi lahir, selanjutnya seluruh badan bayi dilahirkan searah dengan sumbu jalan lahir.

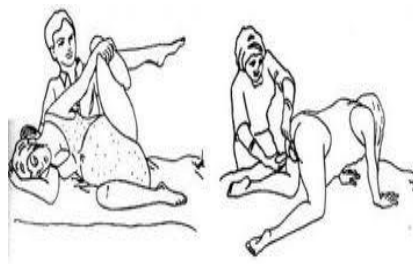
Kontraksi yang efektif, fleksi kepala yang adekuat, dan janin dengan ukuran yang rata-rata, sebagian oksiput yang posisinya posterior berputar cepat segera setelah mencapai dasar panggul sehingga

persalinan tidak begitu bertambah panjang. Akan tetapi, pada kira-kira 5-10% kasus keadaan yang menguntungkan ini tidak terjadi (Prawirohardjo, 2010).

f. Posisi – posisi melahirkan.

1) Miring atau lateral

Posisi ini mengharuskan si ibu berbaring miring ke kiri atau ke kanan. Salah satu kaki diangkat, sedangkan kaki lainnya dalam keadaan lurus. Posisi yang akrab disebut posisi lateral ini, umumnya dilakukan bila posisi kepala bayi belum tepat. Normalnya, posisi ubun-ubun bayi berada di depan jalan lahir. Posisi kepala bayi dikatakan tidak normal jika posisi ubun-ubunnya berada di belakang atau di samping. Dalam kondisi tersebut biasanya dokter akan mengarahkan ibu untuk mengambil posisi miring. Arah posisi ibu tergantung pada letak ubun-ubun bayi. Jika berada dikiri ibu dianjurkan mengambil posisi miring ke kiri sehingga bayi, bisa berputar, jika berada dikanan ibu dianjurkan mengambil posisi miring ke kanan sehingga bayi diharapkan bisa berputar. (JNPK-KR,2016)



Gambar 2.1 posisi miring atau lateral

(JNPK-KR,2016)

2) Posisi jongkok

Posisi jongkok membantu mempercepat kemajuan kala dua persalinan dan mengurangi rasa nyeri.(JNPK-KR,2016)



Gambar 2.2 posisi jongkok.
(JNPK-KR,2016)

3) Posisi merangkak.

Posisi merangkak seringkali membantu ibu mengurangi nyeri punggung saat persalinan. Posisi berbaring miring ke kiri memudahkan ibu untuk beristirahat diantara kontraksi jika ia mengalami kelelahan dan juga dapat mengurangi resiko terjadinya laserasi perineum.(JNPK-KR,2016)

4) Posisi semi duduk

Posisi ini posisi yang paling umum diterapkan diberbagai RS/RSB di segenap penjuru tanah air. Pada posisi ini, pasien duduk dengan punggung bersandar bantal, kaki ditekuk dan paha dibuka ke arah samping. Posisi ini cukup membuat ibu merasa nyaman.(JNPK-KR,2016)



Gambar 2.3 posisi semi duduk.

Sumber :(JNPK-KR,2016)

5) Posisi duduk.

Pada posisi ini, duduklah diatas tempat tidur dengan disangga beberapa bantal atau bersandar pada tubuh pasangan. Kedua kaki ditekuk dan dibuka tangan memegang lutut dan tangan pasangan membantu memegang perut ibu. (JNPK-KR,2016)

h. Tahap Persalinan

1) KALA I

Kala I adalah waktu yang diperlukan untuk pembukaan *serviks* sampai pembukaan lengkap 10 cm. Lamanya kala I untuk *primigavida* berlangsung 13 – 14 jam sedangkan *multigravida* sekitar 6 – 7 jam. Berdasarkan *kurve Friedman*, diperhitungkan penambahan pembukaaan pada *primigavida* 1 cm/jam dan penambahan pembukaan pada *multigravida* 2 cm/jam.(Prawirohardjo, 2014)

Untuk menilai pembukaan *serviks* dapat menggunakan VT (*Vagina Toucher*). VT atau pemeriksaan dalam sebaiknya dilakukan setiap 4 jam selama kala I pada persalinan, dan jika ada indikasi VT yaitu pemeriksaan yang dilakukan dengan memasukkan jari telunjuk dan jari tengah ke dalam liang senggama untuk mengetahui :

- a) Keadaan *vulva*
- b) Keadaan *perineum*
- c) Pengeluaran pervaginam
- d) Konsistensi *portio* : dimana akan menjadi tipis dan lunak bahkan tidak teraba saat pembukaan lengkap.
- e) Pembukaan *serviks*
- f) Air ketuban (utuh/pecah)
- g) Presentasi dan posisi janin
- h) Penurunan bagian terbawah janin yaitu untuk menentukan sampai di mana bagian terendah janin turun ke dalam panggul pada persalinan
- i) Penyusupan kepala janin/ *molase* (Saifuddin, 2009).

2) Kala II

Pada kala pengeluaran janin, *his* terkoordinasi, kuat, cepat, dan lebih lama, kira – kira 2 – 3 menit sekali. Pada *primigravida* 1 jam, sedangkan pada *multigravida* 30 menit. Kepala janin turun menyebabkan tekanan pada otot – otot dasar panggul dan menimbulkan rasa mencedas (Prawirohardjo, 2009).

Tanda dan gejala kala II :

- a) His semakin kuat, antara 2 sampai 3 menit.
- b) Ibu merasa ingin meneran bersamaan dengan adanya kontraksi.
- c) Ibu merasakan tekanan pada rectum
- d) Perineum menonjol
- e) Vulva vagina dan sfingter ani terlihat membuka.
- f) Pembukaan servik lengkap
- g) Terlihat bagian kepala di *introitus vagina*.

3) KALA III

Disebut juga sebagai kala pelepasan *plasenta*. Lepasnya *plasenta*, tanda-tandanya: *uterus* menjadi bundar (*globuler*), *uterus* terdorong ke atas karena *plasenta* dilepas ke segmen bawah rahim, tali pusat bertambah panjang, terjadi semburan darah secara tiba-tiba. (Sondakh, 2013).

4) Kala IV

Kala IV adalah kala observasi setelah persalinan karena perdarahan *postpartum* sering terjadi 2 jam pertama.

i. Perubahan Fisiologis pada Masa Persalinan

Sangat penting bagi bidan memahami perubahan-perubahan *fisiologis* pada ibu bersalin, agar dapat membedakan tanda-tanda dan gejala-gejala persalinan normal dan *abnormal*. Perubahan- perubahan *fisiologis* ibu bersalin meliputi

1) Tekanan Darah

Tekanan darah meningkat selama *kontraksi* disertai peningkatan *sistolik* rata-rata 10-20 mmHg dan *diastolik* rata-rata 5-10 mmHg. Di antara *kontraksi* tekanan darah kembali ke tingkat sebelum persalinan. Rasa sakit, takut dan cemas juga akan meningkatkan tekanan darah.

2) *Metabolisme*

Selama persalinan *metabolismekarbohidrat* baik *aerob* maupun *anaerob* meningkat dengan dengan kecepatan tetap secara berangsur disebabkan karena kecemasan dan aktivitas otot *skeletal*. Peningkatan aktifitas *metabolik* terlihat dari peningkatan suhu tubuh, denyut nadi, pernapasan, curah jantung, dan cairan yang hilang.

3) Suhu

Suhu badan sedikit meningkat selama persalinan, peningkatan yang dianggap normal yaitu tidak melebihi 0,5 sampai 1⁰C, yang mencerminkan peningkatan *metabolisme* selama persalinan.

4) Denyut Nadi (Detak jantung)

Frekuensi denyut nadi di antara *kontraksi* sedikit lebih tinggi di bandingkan selama periode menjelang persalinan. Hal ini mencerminkan peningkatan *metabolisme* yang terjadi selama persalinan.

5) Pernafasan

Peningkatan *frekuensi* pernapasan masih normal selama proses persalinan karena terjadi peningkatan *metabolisme*. *Hiperventilasi* yang lama dianggap tidak normal dan bisa menyebabkan *alkaliosis*.

6) Perubahan pada ginjal

Poliurea sering selama persalinan kondisi ini dapat diakibatkan peningkatan lebih lanjut curah jantung selama proses persalinan dan kemungkinan peningkatan laju *filtrasi glomerulus* dan aliran *plasma* ginjal. *Proteinuria* dianggap biasa dalam persalinan (Varney, 2008).

7) Perubahan pada saluran cerna

Motilitas dan *absorpsi* lambung terhadap makanan padat jauh berkurang. Selain itu, pengeluaran getah lambung berkurang, menyebabkan aktivitas pencernaan hampir berhenti, dan pengosongan lambung menjadi sangat lambat. Mual muntah umum terjadi selama awal dan persalinan aktif dini. Mual dan muntah ini mempengaruhi asupan energi dan cairan yang dibutuhkan ibu bersalin. Ibu akan menolak untuk makan karena membuatnya muntah. Pilihan yang tepat untuk memenuhi kebutuhan energi meliputi karbohidrat yang mudah dicerna seperti roti bakar, krekers, sereal, buah segar, atau yogurt rendah lemak dan berbagai cairan (teh hangat manis) (Varney, 2007; Walsh, 2008).

j. Perubahan Psikologis pada Masa Persalinan

Perubahan *psikologis* ibu terutama terjadi selama fase *laten*, *aktif*, dan *transisi* pada kala satu persalinan. Kondisi *psikologis* seorang wanita yang akan menjalani persalinan sangat bervariasi, tergantung persiapan dan bimbingan antisipasi yang diterima selama kehamilan. Dukungan yang diberikan sangat mempengaruhi aspek *psikologisnya*. Tindakan memberikan dukungan dan kenyamanan merupakan ungkapan kepedulian, kesadaran, sekaligus mempertahankan keberadaan orang lain menemani wanita bersalin (Varney, 2008)

k. Kebutuhan Dasar Ibu Bersalin

Menurut Lesser dan Kenne dalam Varney (2008), kebutuhan dasar ibu bersalin meliputi :

1) Kebutuhan *Fisiologis*

Kebutuhan dasar ibu bersalin yang harus diperhatikan bidan untuk dipenuhi yaitu: kebutuhan oksigen, cairan dan nutrisi, *eliminasi*, *hygiene* (kebersihan personal), istirahat, posisi dan *ambulasi*, pengurangan rasa nyeri, penjahitan *perineum* (jika diperlukan), serta kebutuhan pertolongan persalinan yang terstandar. Pemenuhan kebutuhan dasar ini berbeda-beda, tergantung pada tahapan persalinan, kala I, II, III atau IV.

2) Kehadiran Pendamping

Pendamping merupakan keberadaan seseorang yang mendampingi atau terlibat langsung sebagai pemandu persalinan, di mana yang

terpenting adalah dukungan yang diberikan pendamping persalinan agar proses persalinan berjalan lancar dan memberi kenyamanan pada ibu bersalin.

3) Pengurangan Rasa Sakit

Nyeri saat persalinan dapat dikurangi dengan beberapa cara diantaranya dengan terapi *farmakologis* (dengan obat) dan terapi *non farmakologis* dengan cara kehadiran pendamping selama persalinan, perubahan posisi dan pergerakan, sentuhan dan *massage*, *effluerage*, *counterpressure*, *aromaterapi*, ataupun *relaksasi* dan teknik pernapasan.

4) Penerimaan Atas Sikap dan Perilakunya

Pada saat persalinan ibu akan lebih terpusat dengan dirinya daripada mengobrol dengan orang lain. Konsekuensinya ibu akan merasa tegang selama persalinan.

1. Asuhan Persalinan Normal

Menurut Depkes RI (2016) Langkah- Langkah Asuhan Persalinan Normal adalah :

MENGENALI GEJALA DAN TANDA KALA 2

1) Mendengar Dan Melihat Tanda Kala 2 Persalinan

- a) Ibu merasa ada dorongan kuat dan meneran
- b) Ibu merasakan tekanan yang semakin meningkat pada rektum dan vagina
- c) Perineum tampak menonjol

- d) Vulva dan sfingter ani membuka

MENYIAPKAN PERTOLONGAN PERSALINAN

- 2) Pastikan perlengkapan peralatan, bahan dan obat-obatan essensial untuk menolong persalinan dan menatalaksana segera pada ibu dan bayi baru lahir

Untuk asuhan bayi baru lahir atau resusitasi, siapkan:

- a) Tempat datar, keras, bersih, kering dan hangat
- b) Tiga handuk /kain bersih dan kering(termasuk ganjal bahu bayi)
- c) Alat penghisap lendir
- d) Lampu sorot 60 watt dengan jarak 60 cm dari ntubuh bayi

Untuk ibu :

- a) Menggelar kain di perut bawah ibu
- b) Menyiapkan oksitosi 10 unit
- c) Alat suntik steril sekali pakai di dalam partus set
- 3) Pakai celemek plastik atau dari bahan yang tidak tembus cairan
- 4) Melepaskan dan menyimpan semua perhiasanyang dipakai, cuci tangan dengan sabun dan air mengalir kemudian keringkan tangan dengan tisu atau handuk pribadi yang bersih dan kering
- 5) Pakai sarung tangan DTT pada tangan yang akan digunakan untuk periksa dalam
- 6) Masukkan oksitosin ke dalam tabung suntik (gunakan tangan yang memakai sarung tangan DTT atauga steril dan pastikan tidak terjadi kontaminasi pada alat suntik)

MEMASTIKAN PEMBUKAAN LENGKAP DAN KEADAAN JANIN

- 7) Membersihkan vulva dan perineum, menyekanya dengan hati-hati dari anterior (depan) ke posterior (belakang) menggunakan kapas atau kasa yang dibasahi air DTT
 - a) Jika introitus vagina, perineum atau anus terkontaminasi tinja, bersihkan dengan seksama dari arah depan ke belakang/ buang kapas atau kasa pembersih (terkontaminasi) dalam wadah yang tersedia
 - b) Ganti sarung tangan jika terkontaminasi, lakukan dekontaminasi, lepaskan dan rendam sarung tangan tersebut dalam larutan klorin 0,5 % .pakai sarung tangan DTT/ steril untuk melaksanakan langkah lanjutan
- 8) Lakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan pembukaan lengkap
Bila selaput ketuban masih utuh saat pembukaan sudah lengkap maka lakukan amniotomi
- 9) Dekontaminasi sarung tangan (celupkan tangan yang masih memakai sarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5% lepaskan sarung tangan dalam keadaan terbalik, dan rendam dalam larutan klorin 0, 5% selama 10 menit) cuci kedua tangan setelah sarung tangan dilepaskan.
- 10) Periksa denyut jantung janin (DJJ) setelah kontraksi uterus mereda (relaksasi) untuk memastikan DJJ masih dalam batas normal (120 – 160x/menit)

- a) Mengambil tindakan yang sesuai jika DJJ tidak normal
- b) Mendokumentasikan hasil – hasil pemeriksaan dalam, DJJ, semua temuan pemeriksaan dan asuhan yang diberikan ke dalam partograf

MENYIAPKAN IBU DAN KELUARGA UNTUK MEMBANTU PROSES MENERAN

- 11) Beritahu pada ibu bahwa pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin cukup baik, kemudian bantu ibu menemukan posisi yang nyaman dan sesuai dengan keinginannya
 - a) Tunggu hingga timbul kontraksi atau rasa ingin meneran, lanjutkan pemantauan kondisi dan kenyamanan ibu dan janin (ikuti pedoman pelaksanaan fase aktif) dan dokumentasikan semua tekanan yang ada
 - b) Jelaskan pada anggota keluarga tentang peran mereka untuk mendukung dan memberi semangat pada ibu dan meneran secara benar
- 12) Minta keluarga membantu menyiapkan posisi meneran jika ada rasa ingin meneran atau kontraksi yang kuat. Pada kondisi itu, ibu diposisikan setengah duduk atau posisi lain yang diinginkan dan pastikan ibu merasa nyaman.
- 13) Laksanakan bimbingan meneran pada saat ibu merasa ingin meneran atau timbul kontraksi yang kuat :

- a) Bimbing ibu agar dapat meneran secara benar dan efektif
 - b) Dukung dan beri semangat pada saat meneran dan perbaiki carta meneran apabila caranya tidak sesuai
 - c) Bantu ibu mengambil posisi yang nyaman sesuai pilihannya (kecuali posisi berbaring telentang dalam waktu yang lam)
 - d) Anjurkan ibu untuk beristirahat diantara kontraksi
 - e) Anjurkan keluarga memberi dukungan dan semangat untuk ibu
 - f) Berikan cukup asupan cairan per oral (minum)
 - g) Menilai DJJ setiap kontraksi uterus selesai
 - h) Segera rujuk jika bayi belum atau tidak akan segera lahir setelah pembukaan lengkap dan dipimpin meneran ≥ 120 menit (2 jam) pada primigravida atau ≥ 60 menit (1 jam) pada multigravida
- 14) Anjurkan i bu untuk berjalan, berjongkok, atau mengambil posisi yang nyaman, jika ibu belum merasa ada dorongan untuk meneran dalam selang waktu 60 menit

PERSIAPAN UNTUK MELAHIRKAN BAYI

- 15) Letakkan handuk bersih (untuk mengeringkan bayi) diperut bawah ibu, jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5 – 6 cm
- 16) Letakkan kain bersih yang dilipat sepertiga bagian sebagai alas bokong ibu
- 17) Buka tutup partus set dan periksa kembali kelengkapan peralatan dan bahan

- 18) Pakai sarung tangan DTT/ steril pada kedua tangan (sarung tangan panjang)

PERTOLONGAN UNTUK MELAHIRKAN BAYI

LAHIRNYA KEPALA

- 19) Setelah tampak kepala bayi dengan diameter 5 0-6 cm membuka vulva maka lindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi dengan kain bersih dan kering, tangan yang lain menahan belakang kepala untuk memeperatahkan posisi defleksi dan membantu lahirnya kepala. Anjurkan ibu meneran secara efektif atau bernafas cepat dan dangkal.
- 20) Periksa kemungkinan adanya lilitan tali pusat (ambil tindakan yang sesuai jika hal itu terjadi), segera lanjutkan proses kelahiran bayi
 - a) Jika tali pusat melilit leher secara longgar, lepaskan lilitan lewat bagian atas kepala
 - b) Jika tali pusat melilit lehersecar kuat, klem tali pusat di dua tempat dan potong tali pusat diantara klem tersebut
- 21) Setelah kepala lahir tunggu putaran paksi luar yang berlangsung secara spontan

LAHIRNYA BAHU

- 22) Setelah putaran paksi luar selesai, pegang kepala bayi secara biparietal. Anjurkan i u untuk menran saat kontraksi. Dengan lembut gerakkan kepala kearah bawah dan distal hingga bahu depan

munucul dibawah arcus pubis dan kemudian digerakkan kearah atas dan distal untuk melahirkan bahu belakang.

LAHIRNYA BADAN DAN TUNGKAI

- 23) Setelah kedua bahu lahir, geser tangan bawah untuk menopang kepala dan bahu. Gunakan tangan atas untuk menelusuri dan memegang lengan dan siku sebelah atas.
- 24) Setelah tubuh dan lengan lahir , penulusuran tangan atas berlanjut ke punggung bokong, tungkai dan kaki. Pegang kedua mata kaki (masukkan telunjuk diantara kedua kaki dan pegang kedua kaki dengan melingkarkan ibu jari pada satu sisi dan jari- jari lainnya pada sisi yang lain agar bertemu dengan jari telunjuk.

ASUHAN BAYI BARU LAHIR

- 25) Lakukan penilaian (selintas) :
 - a) Apakah bayi cukup bulan?
 - b) Apakah bayi menangis kuat dan/atau bernafas tanpa kesulitan?
 - c) Apakah bayi bergerak dengan aktif?

Bila salah satu jawaban adalah TIDAK lanjut ke langkah resusitasi pada bayi baru lahir dengan asfiksia

Bila semua jawaban YA lanjut langkah ke 26

- 26) Keringkan tubuh bayi, Keringkan tubuh bayi mulai dari muka, kepala dan bagian tubuh lainnya (kecuali kedua tangan) tanpa membersihkan verniks. Ganti handuk basah dengan handuk/kain

yang kering. Pastikan bayi dalam posisi dan kondisi aman di perut bagian bawah ibu

- 27) Periksa kembali uterus untuk memastikan tidak ada lagi bayi pada uterus
- 28) Beritahu ibu bahwa ia akan disuntik oksitosin agar uterus berkontraksi baik
- 29) Dalam waktu 1 menit setelah bayi lahir, suntikan oksitosin 10 unit (IM) di 1/3 distal lateral paha (lakukan aspirasi sebelum menyuntikan oksitosin)
- 30) Dalam waktu 2 menit setelah bayi lahir, pegang tali pusat dengan klem kira – kira 3 cm dari pusar bayi. Mendorong isis tali pusat kearah distal (ibu) dan jepit kembali tali pusat pada 2 cm distal dari klem pertama.
- 31) Pemotongan dan pengikatan tali pusat
 - a) Dengan satu tangan, pegang tali pusat yang telah dijepit (lindungi perut bayi), dan lakukan pengguntingan tali pusat di antara 2 klem tersebut.
 - b) Ikat tali pusat dengan benang DTT/ steril pada satu sisi kemudian melingkarkan kembali benang tersebut dan mengikatnya dengan simpul kunci pada sisi lainnya
 - c) Lepaskan klem dan masukkan dalam wadah yang telah disediakan

- 32) Letakkan bayi tengkurap di dada ibu untuk kontak kulit ibu – bayi. Luruskan bahu bayi sehingga dada bayi menempel di dada ibunya. Usahakan kepala berada diantara payudara ibu posisi lebih rendah dari puting susu atau areola mammae ibu.
- a) Selimuti ibu dan bayi dengan kain hangat dan pasang topi di kepala bayi
 - b) Biarkan bayi melakukan kontak kulit ke kulit paling sedikit 1 Jam
 - c) Sebagian besar bayi akan berhasil melakukan inisiasi menyusui dini dalam waktu 30 – 60 menit. Menyusu untuk pertama kali akan berlangsung sekitar 10 – 15 menit. Bayi cukup menyusui dari 1 payudara
 - d) Biarkan bayi berada di dada ibu selama 1 jam walaupun sudah berhasil menyusui

MANAJEMEN AKTIF KALA TIGA PERSALINAN (MAK III)

- 33) Pindahkan klem tali pusat hingga berjarak 5-10 cm dari vulva
- 34) Letakkan satu tangan di atas kain pada perut bawah ibu (di atas simpfisis), untuk mendeteksi kontraksi. Tangan lain memegang klem untuk menegangkan tali pusat
- 35) Setelah uterus berkontraksi, tegangkan tali pusat ke arah bawah sambil tangan yang lain mendorong uterus ke arah belakang-atas (dorso cranial) secara hati-hati (untuk mencegah inversion uteri). Jika plasenta tidak lahir setelah 30-40 detik, hentikan penegangan

tali pusat dan tunggu hingga timbul kontraksi berikutnya dan ulangi kembali prosedur diatas.

- a) Jika uterus tidak segera berkontraksi, minta ibu, suami, atau anggota keluarga untuk melakukan stimulasi puting susu

MENGELUARKAN PLASENTA

36) Bila pada penekanan bagian bawah dinding depan uterus kearah dorsal ternyata diikuti dengan pergeseran tali pusat kearah distal maka lanjutkan dorongan kearah cranial hingga plasenta dapat dilahirkan

- a) Ibu boleh meneran tetapi tali pusat hanya ditegangkan (jangan ditarik secara kuat terutama jika uterus tidak berkontraksi) sesuai dengan sumbu jalan lahir (kearah bawah – sejajar lantai atas)
- b) Jika tali pusat bertambah panjang pindahkan klem hingga berjarak sekitar 5 – 10 cm dari vulva dan lahirkan plasenta
- c) Jika plasenta tidak lepas setelah 15 menit menegangkan tali pusat
 - (1) ulangi pemberian oksitosin 10 unit IM
 - (2) lakukan kateterisasi (gunakan teknik aseptik) jika kandung kemih penuh
 - (3) minta keluarga untuk menyiapkan rujukan
 - (4) ulangi tekanan dorso kranial dan penegangan tali pusat 15 menit berikutnya

- (5) jika plasenta tak lahir dalam 30 menit sejak bayi lahir atau terjadi perdarahan maka segera lakukan tindakan plasenta manual
- 37) Saat plasenta muncul di introitus vagina, lahirkan plasenta dengan kedua tangan. Pegang dan putar plasenta hingga selaput ketuban terpinil kemudian lahirkan dan tempatkan plasenta pada wajah yang telah disediakan.
- a) Jika selaput ketuban robek, pakai sarung tangan DTT/steril untuk melakukan eksplorasi sisa selaput kemudian gunakan jari-jari tangan atau klem ovum DTT/steril untuk mengeluarkan selaput yang tertinggal

RANGSANGAN TAKTIL (MASSASE) UTERUS

- 38) Segera setelah plasenta dan selaput ketuban lahir, lakukan masase uterus, letakkan telapak tangan di fundus dan lakukan masase dengan gerakan melingkar dengan lembut hingga uterus berkontraksi (fundus teraba keras)
- a) Lakukan tindakan yang diperlukan (KBI, kompresi aorta abdominalis, tampon kondom-kateter) jika uterus tidak berkontraksi dalam 15 detik setelah rangsangan taktil atau massase

MENILAI PERDARAHAN

- 39) Periksa kedua sisi plasenta (maternal-fetal) pastikan telah dilahirkan lengkap. Masukkan plasenta ke dalam kantung plastik atau tempat khusus
- 40) Evaluasi kemungkinan laserasi pada vagina dan perineum. Lakukan penjahitan bila terjadi laserasi yang luas dan menimbulkan perdarahan. Bila ada robekan yang menimbulkan perdarahn aktif, segera lakukan penjahitan

ASUHAN PASCAPERSALINAN

- 41) Pastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan pervaginam
- 42) Celupkan tangan yang masih memakai sarung tangan kedalam larutan klorin 0,5%, bersihkan noda darah dan cairan tubuh, lepaskan secara terbalik dan rendam sarung tangan dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit. Cuci tangan dengan sabun dan air bersih mengalir, keringkan tangan dengan tissue atau handuk pribadi yang bersih dan kering

EVALUASI

- 43) Pastikan kandung kemih kosong
- 44) Ajarkan ibu/keluarga cara melakukan masase uterus dan menilai kontraksi
- 45) Evaluasi dan estimasi jumlah kehilangan darah
- 46) Memeriksa nadi ibu dan pastikan keadaan umum ibu baik

- 47) Pantau keadaan bayi dan pastikan bahwa bayi bernafas dengan baik (40-60 kali/menit).
- a) Jika sulit bernafas, merintih atau retraksi, diresusitasi dan segera merujuk ke rumah sakit
 - b) Jika bayi nafas terlalu cepat atau sesak nafas, segera rujuk ke rumah sakit rujukan
 - c) Jika bayi teraba dingin pastikan ruangan hangat.lakukan kembali kontak kulit-bayi dan hangatkan ibu-bayi dalam satu selimut

KEBERSIHAN DAN KEAMANAN

- 48) Tempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit). Cuci dan bilas peralatan setelah didekontaminasi
- 49) Buang bahan-bahan yang terkontaminasi ke tempat sampah yang sesuai
- 50) Bersihkan ibu dari paparan darah dan cairan tubuh dengan menggunakan air DTT. Bersihkan cairan ketuban, lendir dan darah diranjang atau disekitar ibu berbaring. Bantu ibu memakai pakaian yang bersih dan kering
- 51) Pastikan ibu merasa nyaman. Bantu ibu memberikan ASI. Anjurkan keluarga untuk memberi ibu minuman dan makanan yang diinginkannya
- 52) Dekontaminasi tempat bersalin dengan larutan klorin 0,5% selama 10 menit.

- 53) Celupkan sarung tangan kotor kedalam larutan klorin 0,5%, balikan bagian dalam keluar dan rendam dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit
- 54) Cuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir kemudian keringkan tangan dengan tissue atau handuk pribadi yang bersih dan kering
- 55) Pakai sarung tangan bersih/DTT untuk melakukan pemeriksaan fisik bayi
- 56) Dalam satu jam pertama, beri salep/tetes mata profilaksis infeksi, vitamin K₁ 1 mg IM dipaha kiri bawah lateral, pemeriksaan fisik bayi baru lahir, pernapasan bayi (normal 40-60 kali/menit) dan temperature tubuh (normal 36,5 – 37,5⁰C) setiap 15 menit.
- 57) Setelah satu jam pemberian vitamin K₁ berikan suntikan imunisasi Hepatitis B dipaha kanan bawah lateral. Letakkan bayi di dalam jangkauan ibu agar sewaktu-waktu dapat disusukan
- 58) Lepaskan sarung tangan dalam keadaan terbalik dan rendam didalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit
- 59) Cuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir kemudian keringkan dengan tissue atau handuk pribadi yang bersih dan kering

DOKUMENTASI

- 60) Lengkapi partograf (halaman depan dan belakang), periksa tanda vital dan asuhan kala 4 persalinan.

3. BAYI BARU LAHIR (BBL)

a. Pengertian BBL

Menurut Saifuddin (2002) dalam Sri R (2017), bayi baru lahir adalah bayi yang baru dilahirkan selama satu jam jam kelahiran.

Menurut Vivian (2013, h: 1), 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. Perubahan Fisiologis Bayi Segera Setelah Lahir

1) Sistem pernafasan

Sistem pernafasan merupakan penyesuaian paling kritis bayi baru lahir. Paru-paru bayi baru lahir cukup bulan mengandung sekitar 20 ml cairan/kg. Udara harus diganti oleh cairan yang mengisi *traktus respiratorillklus* sampai *alveoli*. Setelah pernafasan mulai berfungsi, napas bayi menjadi dangkal dan tidak teratur, antara 30-60 kali per menit, disertai *apnea* singkat (kurang dari 15 detik) (Bobak, 2005).

Akan tetapi terdapat perbedaan menurut Fraser (2009) yaitu pada saat lahir, sistem pernapasan bayi masih belum berkembang sempurna, pertumbuhan alveoli baru terus berlangsung hingga beberapa tahun. Bayi normal memiliki frekuensi pernapasan 30-60 kali per menit, pernapasan diafragma, dada dan perut naik dan turun secara bersamaan

2) Sistem Kardiovaskuler dan Darah

Dengan berkembangnya paru-paru, tekanan oksigen di dalam *alveoli* meningkat, sebaliknya tekan karbondioksida menurun. Hal ini menyebabkan turunnya resistensi pembuluh-pembuluh darah paru, sehingga aliran darah meningkat, ini mengakibatkan darah dari *arteri pulmonalis* mengalir ke paru-paru dan *duktus arteriosus* menutup (Prawiroharjo, 2010).

Frekuensi denyut jantung bayi rata-rata 120-160 kali/ menit. Tekanan darah berkisar antara 50-55/ 25-30 mmHg hingga 80/50 mmHg pada 10 hari pertama kelahiran. Volume sirkulasi total darah mencapai 80 ml/kg berat badan. Hemoglobin bayi baru lahir masih tinggi yaitu 13-20 gr/dl (Fraser, 2009).

3) Termoregulasi

Bayi lahir cenderung menjadi cepat stress karena perubahan suhu lingkungan. Pada saat lahir, faktor yang berperan dalam kehilangan panas pada BBL meliputi tingkat area permukaan tubuh BBL yang luas, berbagai tingkat insulasi lemak subkutan, dan derajat fleksi otot (Varney, 2007).

Menurut Walsh (2008), suhu aksila normal BBL adalah $36,5^0$ sampai $37,5^0$ C. Pada saat lahir, faktor yang berperan dalam kehilangan panas pada bayi baru lahir meliputi tingkat area permukaan tubuh bayi baru lahir yang luas, berbagai tingkat insulasi lemak subkutan, dan derajat fleksi otot (Varney, 2009).

Menurut Rohani dkk (2013), kehilangan panas tubuh pada bayi baru lahir dapat terjadi melalui mekanisme berikut ini :

- a) Evaporasi adalah cara kehilangan panas karena menguapnya cairan ketubuh pada permukaan tubuh setelah bayi baru lahir karena tubuh tidak segera dikeringkan.
- b) Konduksi adalah kehilangan panas melalui kontak langsung antara tubuh bayi dengan permukaan yang dingin. Bayi diletakkan di atas meja, timbangan, atau tempat tidur.
- c) Konveksi adalah kehilangan panas yang terjadi saat bayi terpapar dengan udara sekitar yang lebih dingin, misalnya tiupan kipas angin, penyejuk ruangan tempat bersalin, dan lain-lain
- d) Radiasi adalah kehilangan panas yang terjadi saat bayi ditempatkan dekat benda yang mempunyai temperatur tubuh lebih rendah dari temperatur tubuh bayi. Bayi ditempatkan dekat jendela terbuka.

c. Menurut Vivian (2013) karakteristik Bayi Baru Lahir Normal

- 1) Lahir aterm antara 3-4 minggu.
- 2) BB 2500-4000 gram.
- 3) PB 48-52 cm.
- 4) Lingkar dada 30-38 cm.
- 5) Lingkar kepala 33-35 cm.
- 6) Lingkar lengan 11-12 cm.
- 7) Frekuensi denyut jantung 120-160 x/menit.

- 8) Pernafasan $\pm 40-60$ x/menit.
- 9) Kulit kemerah-merahan dan licin karena jaringan subkutan yang cukup.
- 10) Rambut lanugo tidak terlihat dan rambut kepala biasanya telah sempurna
- 11) Kuku agak panjang dan lemas
- 12) Nilai APGAR >7
- 13) Gerak aktif
- 14) Bayi lahir langsung menangis kuat.
- 15) *Reflek sucking* sudah terbentuk dengan baik.
- 16) *Reflek morro* sudah terbentuk dengan baik
- 17) *Reflek grasping* sudah baik
- 18) Genetalia
- 19) Pada laki-laki kematangan ditandai dengan testis yang berada pada skrotum dan penis yang berlubang
- 20) Pada perempuan kematangan ditandai dengan vagina dan uretra yang berlubang, serta adanya labia minora dan mayora
- 21) Eliminasi baik yang ditandai dengan keluarnya mekonium dalam 24 jam pertama dan berwarna hitam kecoklatan.

d. Penilaian Apgar Score

Tabel 2.3 Apgar Score

Tanda	0	1	2
<i>Appearance</i>	Pucat/biru (warna kulit) kemerahan	Tubuh merah seluruh tubuh Biru	Seluruh tubuh ekstremitas
<i>Pulse</i>	Tidak ada (denyut jantung)	<100	>100
<i>Grimace</i>	Tidak ada (tonus otot)	Ekstremitas	Gerakan aktif sedikit fleksi
<i>Activity</i>	Tidak ada (aktivitas) menangis	Sedikit gerak	Langsung
<i>Respiration</i>	Tidak ada (pernafasan)	Lemah/tidak teratur	Menangis

Sumber : Vivian (2013)

e. Asuhan Kebidanan pada BBL Normal

Menurut Vivian (2013), ada beberapa tahapan asuhan kebidanan pada BBL normal, yaitu :

1) Cara memotong tali pusat

- a) Menjepit tali dengan klem dengan jarak 3 cm dari pusat, lalu mengurut tali pusat ke arah ibu dan memasang klem ke-2 dengan jarak 2 cm dari klem
- b) Memegang tali pusat di antara 2 klem dengan menggunakan tangan kiri (jari tengah melindungi tubuh bayi) lalu memotong tali pusat di antara 2 klem

- c) Mengikat tali pusat dengan jarak ± 1 cm dari umbilicus dengan simpul mati lalu mengikat balik tali pusat dengan simpul mati. Untuk kedua kalinya bungkus dengan kassa steril, lepasakan klem pada tali pusat, lalu memasukkannya dalam wadah yang berisi larutan klorin 0,5%
- d) Membungkus bayi dengan kain bersih dan memberikannya kepada ibu
- e) Inisiasi menyusu dini (IMD).

Segera setelah di letakkan di dada atau perut atas ibu selama paling sedikit satu jam untuk memberi kesempatan pada bayi untuk mencari dan membantu stabilisasi pernafasan, mengendalikan suhu tubuh bayi lebih baik di bandingkan dengan inkubator, menjaga kolonisasi kuman yang aman untuk bayi dan mencegah infeksi nosokomial kadar bilirubin bayi juga lebih cepat normal karena pengeluaran mekonium lebih cepat sehingga menurunkan insiden ikterus bayi baru lahir, kontak kulit dengan kulit juga membuat bayi tenang sehingga didapat pola tidur yang lebih baik. Dengan demikian, berat badan dapat mengoptimalkan pengeluaran hormon oksitosin, prolaktin, dan secara psikologis dapat menguatkan ikatan batin antara ibu dan bayi (Prawirohardjo, 2010; 369).

2) Mempertahankan suhu tubuh BBL dan mencegah hipotermia

a) Mengeringkan tubuh bayi segera setelah lahir

Kondisi bayi lahir dengan tubuh basah karena air ketuban atau aliran udara melalui jendela/pintu yang terbuka akan mempercepat terjadinya penguapan yang akan mengakibatkan bayi lebih cepat kehilangan suhu tubuh. Hal ini akan mengakibatkan serangan dingin (*cold stress*) yang merupakan gejala awal hipotermia. Bayi kedinginan biasanya tidak memperlihatkan gejala menggigil oleh karena control suhunya belum sempurna

b) Untuk mencegah terjadinya hipotermia, bayi yang baru lahir harus segera dikeringkan dan dibungkus dengan kain kering kemudian diletakkan telungkup di atas dada ibu untuk mendapatkan kehangatan dari dekapan ibu

c) Menunda memandikan BBL sampai tubuh bayi stabil

Pada BBL cukup bulan dengan berat badan lebih dari 2.500 gram dan mengis kuat bisa dimandikan $\pm$ 24 jam setelah kelahiran dengan tetap menggunakan air hangat. Pada BBL berisiko yang berat badannya kurang dari 2.500 gram atau keadannya sangat lemah sebaiknya jangan dimandikan sampai suhu tubuhnya stabil dan mampu mengisap ASI dengan baik

d) Menghindari kehilangan panas pada bayi baru lahir

Ada empat cara yang membuat bayi kehilangan panas, yaitu melalui radiasi, evaporasi, konduksi dan konveksi.

4. NIFAS

a. Pengertian Masa Nifas

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

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 (42 hari) setelah itu. Dalam bahasa latin, waktu mulai tertentu setelah melahirkan anak ini disebut *puerperium* yaitu dari kata *puer* yang artinya bayi dan *parous* melahirkan. Jadi, *puerperium* berarti masa setelah melahirkan bayi. *Puerperium* adalah masa pulih kembali, sekitar 50 % kematian ibu terjadi dalam 24 jam pertama postpartum sehingga pelayanan pasca persalinan yang berkualitas harus terselenggarakan pada masa itu untuk memenuhi kebutuhan ibu dan bayi (Vivian, dan Tri Sunarsih.2011).

5. Perubahan-Perubahan Masa Nifas

Menurut Sri Rahayu (2017), perubahan masa nifas ada 7 macam,yaitu :

1) Sistem Reproduksi

a) Uterus

Involusi uteri merupakan suatu proses dimana uterus kembali ke kondisi sebelum hamil dengan bobot hanya 60 gram. Proses involusi uteri adalah sebagai berikut :

Autolisis adalah proses penghancuran diri sendiri yang terjadi di dalam otot rahim. Dengan involusi uterus ini, maka lapisan luar dari desidua yang mengelilingi situs plasenta akan menjadi necrotic. Desidua yang mati akan keluar bersama sisa cairan, suatu campuran antara darah yang dinamakan lokia.

Lokia adalah cairan rahim selama masa postnatal. Lokia mempunyai reksi lokia yang dapat membuat organisme berkembang lebih cepat daripada kondisi asam yang ada pada vagina normal. Lokia mempunyai bau amis (anyir), meskipun tidak terlalu menyengat, dan volumenya berbeda-beda pada setiap wanita. Lokia mengalami perubahan karena proses involusi. (Manuaba, 2017)

Macam-macam lokia :

- (1) Lokia rubra: Lokia muncul pada hari pertama sampai ke empat masa postpartum. Warnanya merah mengandung darah dari robekan/luka pada plasenta dan serabut desidua dan chorion
- (2) Lokia serosa: Lokia yang muncul pada hari ke lima sampai sembilan hari berikutnya. Warnanya kecoklatan mengandung lebih sedikit darah dan lebih banyak serum terdiri dari leukosit dan robekan/laserasi plasenta

(3) *Lokia alba*: Berwarna lebih pucat, putih kekuningan mengandung lekosit, selaput lender serviks dan serabut jaringan yang mati

b) Perinium, Vagina dan Vulva

Berkurangnya sirkulasi progesterone mempengaruhi otot-otot pada panggul, perineum, vagina dan vulva. Proses ini membantu pemulihan kearah tonisitas/elastisitas normal dari ligamentum otot Rahim. Ini merupakan proses bertahap yang akan berguna apabila ibu melakukan ambulasi dini, senam masa postnatal dan mencegah timbulnya konstipasi. Progesteron juga meningkatkan pembuluh darah pada vagina dan vulva selama kehamilan dan persalinan biasanya menyebabkan timbulnya beberapa hematoma dan edema pada jaringan ini dan pada perineum. Bila melaksanakan latihan pengencangan otot perineum akan mengembalikan tonusnya dan wanita akan mengencangkan vaginanya. Pengencangan yang sempurna bila dilakukan setiap hari. Abrasi dan laserasi vulva dan perineum akan cepat sembuh.

c) Payudara

Laktasi akan dimulai dengan perubahan hormone saat melahirkan dan bila wanita tidak menyusui dapat terjadi kongesti payudara selama beberapa hari pertama postnatal karena tubuh mempersiapkan untuk memberikan nutrisi kepada bayi. Wanita yang menyusui berespons terhadap stimulus bayi yang disusui dan

akan terus melepaskan hormone yang akan merangsang alveoli untuk memproduksi susu.

2) Sistem Pencernaan

Seringkali diperlukan waktu 3 sampai 4 hari sebelum faal usus normal. Meskipun kadar progesterone menurun setelah melahirkan, namun asupan makanan juga mengalami penurunan selama 1 atau 2 hari gerak tubuh berkurang dan usus bagian bawah sering kosong jika melahirkan diberikan enema. Rasa sakit daerah perineum sering menghalangi keringanan ke belakang sehingga dapat menyebabkan obstipasi.

3) Sistem Perkemihan

Distensi yang berlebihan pada kantung kemih adalah hal yang umum terjadi karena peningkatan kapasitas kadung kemih, pembengkakan, mamar jaringan disekitar uretra, dan hilangnya sesuai terhadap tekanan yang meningkat. Kandung kemih yang penuh menggeser uterus dan dapat menyebabkan retensi uri, pengosongan kandung kemih yang adekuat umumnya kembali dalam 5-7 hari setelah terjadi pemulihan jaringan yang bengkak dan memar. Laju filtrasi glomerulus (GFR) tetap meningkat kira-kira 7 hari setelah melahirkan. Ureter yang berdilatasi dan pelvis renal kembali ke keadaan sebelum hamil dalam 6-10 minggu setelah melahirkan.

4) Sistem Muskuloskeletal

Adaptasi sistem muskuloskeletal ibu yang terjadi selama ibu yang terjadi selama masa hamil berlangsung secara terbalik pada masa postpartum. Adaptasi ini mencakup hal yang membantu relaksasi dan hipermobilitas sendi dan perubahan pusat gravitasi ibu akibat pembesaran rahim. Stabilitas sendi lengkap pada minggu ke 6 sampai minggu ke 8 postpartum. Akan tetapi, semua sendi yang lain kembali normal sebelum hamil tetapi kaki wanita tidak mengalami perubahan setelah melahirkan.

5) Sistem Endokrin

Kadar estrogen menurun 10% dalam waktu sekitar 3 jam postpartum. Progesteron turun pada hari ke 3 postpartum. Kadar prolaktin dalam darah berangsur-angsur hilang

6) Sistem Kardiovaskuler

Setelah terjadi diuresis yang mencolok akibat penurunan kadar estrogen volume darah kembali kepada keadaan tidak hamil. Jumlah sel darah merah dan hemoglobin kembali normal pada hari ke 5. Meskipun kadar estrogen mengalami penurunan yang sangat besar selama masa postnatal, namun kadarnya tetap lebih tinggi daripada normal.

7) Sistem Hematologi

Hari pertama postpartum, konsentrasi hemoglobin dan hematokrit berfluktuasi sedang seminggu setelah persalinan, volume darah akan kembali ke tingkat sebelum hamil.

6. Tahapan Masa Nifas

Menurut Vivian dan Tri (2011), tahapan masa nifas dibagi menjadi 3, yaitu :

1) *Puerperium Dini*

Kepulihan dimana ibu diperbolehkan berdiri dan berjalan, serta menjalankan aktivitas layaknya wanita normal lainnya.

2) *Puerperium Intermediate*

Suatu kepulihan menyeluruh alat-alat genetalia yang lamanya sekitar 6-8 minggu.

3) *Puerperium Remote*

Waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna terutama apabila ibu selama hamil atau persalinan mempunyai komplikasi.

7. Adaptasi Psikologis 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/faking 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 postpartum sering terjadi pada masa ini.

8. Gangguan psikologis masa nifas

1) Post partum *Blues*.

Merupakan kesedihan setelah melahirkan, biasanya hanya muncul sementara yakni sekitar dua hari hingga dua minggu sejak kelahiran bayi atau gangguan efek ringan (gelisah, cemas, lelah) yang sering tampak di minggu awal persalinan.

2) Depresi *Post Partum*

Depresi berat yang terjadi 7 hari setelah melahirkan dan berlangsung selama 30 hari.

9. Kunjungan Masa Nifas Menurut Sri Rahayu (2017)

1) Kunjungan I

Waktunya 6 – 8 jam setelah persalinan, bertujuan mencegah terjadinya perdarahan masa postnatal akibat atonia uteri, mendeteksi dan merawat penyebab lain perdarahan dan memberikan rujukan bila perdarahan berlanjut, memberikan konseling kepada ibu atau salah satu anggota keluarga mengenai cara mencegah perdarahan masa postnatal karena atonia uteri, pemberian ASI pada masa awal menjadi ibu, mengajarkan cara mempererat hubungan antara ibu dan bayi baru lahir, menjaga bayi tetap sehat dengan mencegah hipotermia, jika bidan menolong persalinan, maka bidan harus menjaga ibu dan bayi untuk 2 jam pertama setelah kelahiran atau sampai keadaan ibu dan bayi dalam keadaan stabil.

2) Kunjungan II

Waktunya 6 hari setelah persalinan, bertujuan memastikan involusi uteri berjalan normal, uterus berkontraksi, fundus di bawah umbilicus tidak ada perdarahan abnormal, dan tidak ada bau. Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi, atau kelainan pasca melahirkan. Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak ada tanda-tanda penyulit. Memberikan konseling pada ibu mengenai asuhan pada bayi, cara merawat tali pusat, menjaga bayi agar tetap hangat dan perawatan bayi sehari-hari. (Badriyah:2009)

3) Kunjungan III

Waktunya 2 minggu setelah persalinan, bertujuan sama seperti asuhan kunjungan 6 hari.

4) Kunjungan IV

Waktunya 6 minggu setelah persalinan, bertujuan menanyakan pada ibu tentang penyulit-penyulit yang dialami atau bayinya, memberikan konseling untuk KB secara dini.

10. Kebijakan Program Nasional Masa Nifas.

Menurut Vivian dan Tri (2011), kebijakan program nasional masa nifas, yaitu :

- 1) 6-8 jam setelah persalinan
 - a) Mencegah pendarahan masa nifas karena atonia uteri
 - b) Mendeteksi dan merawat penyebab lain pendarahan, rujuk bila pendarahan berlanjut

- c) Memberikan konseling pada ibu atau salah satu anggota keluarga bagaimana mencegah pendarahan masa nifas karena atonia uteri
- d) Pemberian ASI awal
- e) Melakukan hubungan antara ibu dan bayi baru lahir
- f) Menjaga bayi tetap sehat dengan cara mencegah hipotermi

2) 6 hari setelah persalinan

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

3) 2 minggu setelah persalinan

Memastikan rahim sudah kembali normal dengan mengukur dan meraba bagian rahim

4) 6 minggu setelah persalinan

- a) Menanyakan pada ibu tentang penyulit-penyulit yang ia atau bayi alami

- b) Memberikan konseling untuk KB secara dini

11. Tujuan Asuhan Masa Nifas Menurut Vivian, Tri Sunarsih (2011)

- 1) Mendeteksi adanya perdarahan masa nifas.
- 2) Menjaga kesehatan ibu dan banyinya.
- 3) Melaksanakan skrining secara komprehensif.
- 4) Memberikan pendidikan kesehatan diri, nutrisi, KB, menyusui, pemberian imunisasi kepada bayinya, dan perawatan bayi sehat. Ibu postpartum harus diberikan pendidikan mengenai pentingnya gizi antara lain kebutuhan gizi ibu menyusui, yaitu :
 - a) Mengonsumsi tambahan 500 kalori tiap hari.
 - b) Makan dengan diet berimbang untuk mendapatkan protein, mineral, dan vitamin yang cukup.
 - c) Minum sedikitnya 3 liter air setiap hari (anjurkan ibu untuk
- 5) Memberikan pendidikan laktasi dan perawatan payudara, yaitu sebagai berikut:
 - a) Menjaga payudara tetap bersih dan kering.
 - b) Menggunakan bra yang menyokong payudara.
 - c) Apabila puting susu lecet, oleskan kolostrum atau ASI yang keluar pada sekitar puting susu setiap kali selesai menyusui. Menyusui tetap dilakukan mulai dari puting susu yang tidak lecet.
 - d) Lakukan pengompresan apabila bengkak dan terjadinya bendungan ASI.

1. KELUARGA BERENCANA (KB)

a. Konsep Dasar Keluarga Berencana (KB)

1) Pengertian Keluarga Berencana (KB)

Keluarga berencana (KB) merupakan suatu upaya meningkatkan kepedulian dan peran serta masyarakat, melalui pendewasaan usia perkawinan, pengatran kelahiran, pembinaan ketahanan keluarga, peningkatan kesejahteraan keluarga kecil, bahagia dan sejahtera. Upaya ini juga berdampak terhadap penurunan angka kesakitan dan kematian ibu akibat kehamilan yang tidak direncanakan (Pusdiklatnakes, 2015).

2) Tujuan Keluarga Berencana (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 (Dyah dan Sujiyatini, 2011; 28)

b. Metode Kontrasepsi

1) Metode Amenorea Laktasi (MAL)

Metode Amenorea Laktasi (MAL) adalah kontrasepsi yang mengandalkan pemberian Air Susu Ibu (ASI) secara eksklusif, artinya hanya diberikan ASI tanpa tambahan makanan atau minuman apa pun lainnya. MAL dapat dipakai sebagai kontrasepsi bila menyusui secara penuh (*full breast feeding*); lebih efektif bila pemberian $\geq 8 \times$ sehari,

belum haid, dan umur bayi kurang dari 6 bulan. MAL efektif sampai 6 bulan dan harus dilanjutkan dengan pemakaian metode kontrasepsi lainnya. Cara kerja MAL yaitu penundaan/penekanan ovulasi. (Affandi, 2014)

a) Keuntungan Kontrasepsi MAL

Keuntungan Kontrasepsi MAL menurut, (Affandi, 2014) yaitu :

- (1) Efektifitas tinggi (keberhasilan 98% pada enam bulan pascapersalinan)
- (2) Segera efektif
- (3) Tidak mengganggu senggama
- (4) Tidak ada efek samping secara sistematis
- (5) Tidak perlu pengawasan medis
- (6) Tidak perlu obat atau alat
- (7) Tanpa biaya

b) Keuntungan Nonkontrasepsi (MAL)

Keuntungan Kontrasepsi MAL menurut (Affandi, 2014) yaitu :

(1) Untuk bayi

Mendapat kekebalan pasif (mendapatkan antibody perlindungan lewat ASI), sumber asupan gizi yang terbaik dan sempurna untuk tumbuh kembang bayi yang optimal dan terhindar dari keterpaparan terhadap kontaminasi dari air susu lain atau formula atau alat minum yang dipakai.

(2) Untuk ibu

Mengurangi perdarahan pascapersalinan, mengurangi resiko anemia dan meningkatkan hubungan psikologik ibu dan bayi.

c) Keterbatasan

Keterbatas menurut Kontrasepsi MAL menurut (Affandi, 2014) yaitu:

- (1) Perlu persiapan sejak perawatan kehamilan agar segera menyusui dalam 30 menit pascapersalinan.
- (2) Mungkin sulit dilaksanakan karena kondisi sosial.
- (3) Efektifitas tinggi hanya sampai kembalinya haid atau sampai dengan 6 bulan.
- (4) Tidak melindungi terhadap IMS termasuk virus hepatitis B/HBV dan HIV/AIDS

2) Metode Alami

Metode Keluarga berencana alami (KBA) menurut (Affandi, 2014) adalah ibu harus belajar mengetahui kapan masa suburnya berlangsung, efektif bila dipakai dengan tertib, tidak efek samping dan pasangan secara sukarela menghindari senggama pada masa subur untuk mencapai kehamilan.

Macam-macam KB ALAMI menurut (Affandi, 2014) yaitu :

a) *Metode Ovulassi Billings (MOB)*

Metode Lendir Serviks atau lebih dikenal sebagai *Metode Ovulasi Billings (MOB)* intruksi kepada klien yaitu anda dapat mengenali

masa subur dengan memantau lender serviks yang keluar dari vagina, pengamatan sepanjang hari dan ambil kesimpulan pada malam hari. Periksa lender dengan jari tangan atau tisu diluar vagina dan perhatikan perubahan perbahan perasaan kering-basah. Tidak dianjurkan untuk memeriksa ke dalam vagina (Bkkbn,2014).

Untuk menggunakan MOB ini, seorang perempuan harus belajar mengenali pola kesuburan dan pola dasar ke-tidak-suburannya. Untuk menghindari kekeliruan dan untuk menjamin keberhasilan pada awal masa belajar, pasangan diminta secara penuh tidak bersenggama pada saat siklus haid, untuk mengenali pola kesuburan dan pola ketidaksuburan (Affandi,2014)

b) Metode Suhu Basal

Ibu dapat mengenali masa subur ibu dengan mengukur suhu badan secara teliti dengan termometer khusus yang bias mencatat perubahan suhu sampai $0,1^{\circ}\text{C}$ untuk mendeteksi, bahkan suatu perubahan kecil, suhu tubuh anda. Pakai Aturan Perubahan Suhu

- (1) Ukur suhu ibu pada waktu yang hamper sama setiap pagi (sebelum bangkit dari tempat tidur) dan catat suhu ibu pada kartu yang disediakan oleh instruktur KBA ibu.
- (2) Pakai catatan suhu pada kartu tersebut untuk 10 hari pertama dari siklus haid ibu ntuk menentukan suhu tertinggi dari suhu yang “normal, rendah” (misalnya, catatan suhu harian pada

pola tertentu tanpa satu kondisi yang luar biasa). Abaikan setiap suhu tinggi yang disebabkan oleh demam atau gangguan lain.

(3) Tarik garis pada $0,05^{\circ}\text{C}$ di atas suhu tertinggi dari suhu 10 hari tersebut. Ini dinamakan garis pelindung (*cover line*) atau garis suhu.

(4) Masa tak subur mulai pada sore setelah hari ketiga berturut-turut suhu berada di atas garis pelindung tersebut (Aturan Perubahan Suhu)

Catatan, jika salah satu dari 3 suhu berada dibawah garis pelindung (*cover line*) selama perhitungan 3 hari, ini mungkin tanda bahwa ovulasi belum terjadi. Untuk menghindari kehamilan tunggu sampai 3 hari berturut-turut suhu tercatat diatas garis pelindung sebelum memulai senggama. Kemudian ketika mulai masa tak subur, tidak perlu untuk mencatat suhu basal ibu. Ibu dapat berhenti mencatat sampai haid berikutnya mulai dan bersenggama sampai ahri pertama haid berikutnya (Affandi,2014)

c) Metode Simtomtermal

Ibu harus mendapat instruksi untuk Metode Lendir Serviks dan suhu basal. Ibu dapat menentukan masa subur ibu dengan mengamati suhu tubuh dan lender serviks. Setelah darah haid berhenti, ibu dapat bersenggama pada malam hari pada hari kering dengan berselang sehari selama masa tak subur. Ini adalah aturan selang hari kering (aturan awal). Aturan yang sama dengan Metode

Lendir Serviks. Masa subur mulai ketika ada perasaan basah atau munculnya lender, ini adalah aturan awal. Aturan yang sama dengan lender serviks. Berpantang bersenggama sampai masa subur berakhir. Pantang bersenggama sampai hari puncak dan aturan perubahan suhu telah terjadi. Apabila aturan ini tidak mengidentifikasi hari yang sama sebagai akhir masa subur, selalu ikuti aturan yang paling konservatif, yaitu aturan yang mengidentifikasi masa subur yang paling panjang (Affandi, 2014).

3) Senggama Terputus.

Senggama terputus adalah metode keluarga berencana tradisional, di mana pria mengeluarkan alat kelaminnya (penis) dari vagina sebelum pria mencapai ejakulasi. Cara kerjanya yaitu alat kelamin (penis) dikeluarkan sebelum ejakulasi sehingga sperma tidak masuk ke dalam vagina sehingga tidak ada pertemuan antara sperma dan ovum dan kehamilan dapat dicegah (Affandi, 2014)

Manfaat senggama terputus menurut (Affandi, 2014) yaitu:

a) *Kontrasepsi*

- (1) Efektif bila dilaksanakan dengan benar
- (2) Tidak mengganggu produksi ASI
- (3) Dapat digunakan sebagai pendukung metode KB lainnya
- (4) Tidak ada efek samping
- (5) Dapat digunakan setiap waktu
- (6) Tidak membutuhkan biaya

b) *Nonkontrasepsi*

- (1) Meningkatkan keterlibatan suami dalam keluarga berencana
- (2) Untuk pasangan memungkinkan hubungan lebih dekat dan pengertian yang sangat dalam

Keterbatasan senggama terputus menurut (Affandi, 2014) yaitu,

- a) Efektifitas sangat bergantung pada kesediaan pasangan untuk melakukan senggama terputus setiap melaksanakannya (angka kegagalan 4 – 27 kehamilan per 100 perempuan per tahun),
- b) Efektivitas akan jauh menurun apabila sperma dalam 24 jam sejak ejakulasi masih melekat pada penis.
- c) Memutus kenikmatan dalam berhubungan seksual.

Indikasi senggama terputus menurut (Affandi, 2014) yaitu :

- a) Suami yang ingin berpartisipasi aktif dalam keluarga berencana
- b) Pasangan yang taat beragama atau mempunyai alasan filosofi untuk tidak memakai metode-metode lain
- c) Pasangan yang memerlukan kontrasepsi dengan segera
- d) Pasangan yang memerlukan metode sementara, sambil menunggu metode yang lain
- e) Pasangan yang memerlukan kontrasepsi dengan segera
- f) Pasangan yang melakukan hubungan seksual tidak teratur

Kontraindikasi senggama terputus menurut (Affandi, 2016) yaitu :

- a) Suami dengan pengalaman ejakulasi dini
- b) Suami yang sulit melakukan senggama terputus

- c) Suami yang memiliki kelainan fisik atau psikologis
 - d) Istri yang mempunyai pasangan yang sulit bekerja sama
 - e) Pasangan yang kurang dapat saling berkomunikasi
 - f) Pasangan yang tidak bersedia melakukan senggama terputus
- 4) Metode barrier (Kondom, Diafragma, Spermisida)
- a) Kondom

Kondom tidak hanya mencegah kehamilan, tetapi juga mencegah IMS termasuk HIV/AIDS. Efektif bila dipakai dengan baik dan benar. Kondom dapat dipakai bersama kontrasepsi lain untuk mencegah IMS. Kondom merupakan selubung/sarung karet yang dapat terbuat dari berbagai bahan diantaranya lateks (karet), plastic (vinil), atau bahan alami (produksi hewani) yang dipasang pada penis saat berhubungan seksual. Kondom terbuat dari karet sintesis yang tipis, berbentuk silinder dengan muaranya berpinggir tebal, yang bila diglung berbentuk rata atau mempunyai bentuk seperti puting susu (Affandi, 2014)

Cara kerja kondom menurut Bkkbn, (2014) yaitu, kondom menghalang terjadinya pertemuan sperma dan sel telur dengan cara mengemas sperma diujung selubung karet yang dipasang pada penis sehingga sperma tidak tercurah ke dalam saluran reproduksi perempuan.

b) Diafragma

Diafragma adalah kap berbentuk bulat cembung, terbat lateks (karet) yang diinsersikan kedalam vagina sebelum berhubngan seksual dan menutup serviks. Cara kerjanya yaitu menahan sperma agar mendapatkan akses mencapai saluran alat reproduksi bbagian atas (uterus dan tba falopii) dan sebagai alat tempat spermisida (Bkkbn,2014).

c) Spermisida

Spermisida adalah bahan kimia (biasanya non oksinol-9) dignakan untuk menonaktifkan atau membunuh sperma. Dikemas dalam bentuk Aerosol (busa), Tablet vagina, suppositoria atau *dissolvable film*. Cara kerjanya yaitu, menyebabkan sel membrane sperma terpecah,memperlambat pergerakan sperma, dan menurunkan kemampuan pembuahan sel telur (saefudin,2014).

5) Pil Kombinasi

Jenis pil kombinasi menurut (saefudin,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 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.

Cara Kerja Pil Kombinasi menurut (saefudin,2014) 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.

Manfaat Pil Kombinasi menurut (Bkkbn ,2014) :

- a) Memiliki efektivitas yang tinggi (hampir 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.

Keterbatasan Pil Kombinasi menurut (Bkkbn, 2014) yaitu :

- 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 stoke, 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.

Yang dapat Menggunakan Pil Kombinasi menurut (saefudin , 2014) yaitu :

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.

6) Suntikan Kombinasi

Jenis suntikan kombinasi adalah 25 mg Depo Medroksiprogesteron Asetat dan 5 mg Estradiol Sipionat yang diberikan injeksi IM. Sebulan sekali (Cyclofem), dan 50 mg Noretidron Enantat dan 5 mg Estradiol Valerat yang diberikan injeksi IM sebulan sekali. Cara Kerjanya yaitu

menekan ovulasi, membuat lender serviks menjadi kental sehingga penetrasi sperma terganggu, perubahan pada endometrium (atrofi) sehingga implantasi terganggu. Dan menghambat transportasi gamet oleh tuba (vivian,2017)

Cara penggunaan Suntik Kombinasi menurut Bkkbn, (2014) yaitu, suntikan kombinasi diberikan setiap bulan dengan suntikan secara IM dalam. Klien diminta datang setiap 4 minggu. Suntikan ulang dapat diberikan 7 hari lebih awal, dengan kemungkinan terjadi gangguan perdarahan. Dapat juga diberikan setelah 7 hari dari jadwal yang telah ditentukan, asal saja diyakini ibu tersebut tidak hamil. Tidak dibenarkan melakukan hubungan seksual selama 7 hari atau menggunakan metode kontrasepsi yang lain untuk 7 hari saja.

7) Suntikan Progestin

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 (Bkkbn,2014)

Jenis Suntikan Progestin menurut (Affandi, 2014) yaitu tersedia 2 jenis kontrasepsi suntikan yang hanya mengandung progestin :

- a) Depo Medroksiprogesteron Asetat (Depo prevera), mengandung 150 mg DMPA, yang diberikan setiap 3 bulan dengan cara disuntik IM (didarat bokong)

- b) Depo Nerotisteron Enantat (Depo Noristrat), yang mengandung 200 mg Noretindron Enantat, diberikan setiap 2 bulan dengan cara disuntikan secara IM.

Cara kerja suntukan Progestin menurut (badriyah, 2013) yaitu mencegah ovulasi, mengentalkan lender serviks sehingga menurunkan kemampuan penetrasi sperma. Menjadikan selaput lender Rahim tipis dan atrofi dan menghambat transportasi gamet oleh tuba.

Kekurangan Suntikan Progestin menurut (badriyah, 2014) yaitu :

- a) Sering ditemukan gangguan haid
- b) Tidak dapat dihentikan sewaktu-waktu sebelum suntikan berikutnya.
- c) Permasalahan berat badan merupakan efek samping tesering.
- d) Terlambatnya kembali kesuburan setelah penghentian pemakaian.

8) Pil Progestin (Mini pil)

Cocok untuk perempuan yang 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 perdarahan bercak atau perdarahan tidak teratur, dan dapat dipakai sebagai kontrasepsi darurat (Vivian, 2017)

Jenis Minipil dan cara kerjanya menurut (Affandi, 2014) yaitu, Jenis kemasan dengan isi 35 pil: 300 µg levonorgestrel atau 350 µg noretindron. Jenis Kemasan dengan isi 28 pil: 75 µg desogestrel. Cara kerja minipil yaitu, menekan sekresi dan sintesis steroid seks di

ovarium (tidak begitu kuat) dan endometrium mengalami transformasi lebih awal sehingga implantasi lebih sulit.

9) Implant

Implant adalah metode kontrasepsi hormonal yang efektif, tidak permanen dan dapat mencegah terjadinya kehamilan antara tiga hingga lima tahun. Metode ini dikembangkan oleh *The Population Council*, yaitu suatu organisasi internasional yang didirikan tahun 1952 untuk mengembangkan teknologi kontrasepsi (Affandi, 2014).

Jenis implant menurut (Bkkbn, 2014) yaitu :

- a) Norplant, terdiri dari 6 kapsul yang secara total bermuatan total 2016 mg levonorgestrel. Panjang kapsl 34 mm dengan diameter 2,4 mm. penggunaan selama 5 tahun. Enam kapsul norplant dipasang menurut konfigurasi kipas di lapisan subdermal lengan atas.
- b) Norplant II, memakai levonorgestrel 150 mg dalam kapsl 43 mm dan diameter 2,5 mm. Masa kerja Norplant-2 5 tahun.
- c) Implanon, kontrasepsi subdermal kapsul tunggal yang mengandung etonogestrel (3-ketodesogestrel). Masa kerjanya hanya direkomendasikan untuk 3 tahun penggunaan walaupun ada penelitian yang menyatakan masa aktifnya dapat mencapai 4 tahun.

Masa pemakaian menurut (Bkkbn,2014) Bila dipasang sebelum tanggal kadaluwarsa, Implan-2 bekerja efektif mencegah kehamilan hingga 3-4 tahun. Kapsul yang dipasang harus dicabut menjelang akhir

masa 3-4 than (masa pakai). Kapsul yang baru dapat dipasang kembali setelah pencabutan apabila dikehendaki oleh klien.

10) Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR)

Sangat efektif, reversibel dan berjangka panjang (dapat sampai 10 tahun: CuT-380). Haid menjadi lebih lama dan lebih banyak, pemasangan dan pencabutan memerlukan pelatihan, dapat dipakai oleh semua perempuan usia reproduksi dan tidak boleh dipakai oleh perempuan yang terpapar pada IMS (Bkkbn,2014).

Jenis AKDR menurut (Affandi,2014) yaitu :

- a) AKDR CuT-380A. Kecil, Kerangka dari plastik yang fleksibel, berbentuk T diselbungi oleh kawat halus yang terbat dari tembaga (Cu)
- b) AKDR lain yang beredar di Indonesia ialah NOVA T (Schering).

Cara kerjanya yaitu menghambat kemampuan sperma untuk masuk ke tuba falopi. Mempengaruhi fertilitas sebelum ovum mencapai kavum uteri. AKDR bekerja terutama mencegah sperma mencegah sperma dan ovum bertemu, walaupun AKDR membuat sperma sulit masuk kedalam alat reproduksi perempuan dan mengurangi kemampuan sperma untuk fertilisasi. Dan memungkinkan untuk mencegah implantasi telur dalam uterus (Affandi,2014).

11) Tubektomi

Tubektomi menurut (Affandi,2014) adalah metode kontrasepsi untuk perempuan yang tidak ingin anak lagi. Perlu prosedur beda untuk

melakkan tubektomi sehingga diperlukan pemeriksaan fisik dan pemeriksaan tambahan lainnya untuk memastikan apakah seorang klien sesuai untuk menggunakan metode ini. Tubektomi termasuk metode efektif dan tidak menimbulkan efek samping jangka panjang. Efektifitas Tubektomi :

- a) Kurang dari 1 kelahiran per 100 (5 per 1000) perempuan pada tahun pertama penggunaan.
- b) Pada 10 tahun penggunaan, terjadi sekitar 2 kehamilan per 100 perempuan (18-19 per 1000 perempuan).
- c) Efektifitas kontraseptif terkait juga dengan teknik tubektomi (penghambatan atau oklusi tuba) tetapi secara keseluruhan, efektifitas tubektomi cukup tinggi dibandingkan metode kontrasepsi lainnya. Metode dengan efektifitas tinggi adalah tubektomi minilaparotomi pascapersalinan.

Keuntungan tubektomi mempunyai efek protektif terhadap kehamilan dan penyakit radang panggul (PID). Beberapa studi menunjukkan efek protektif terhadap kanker ovarium (Affandi, 2014).

Risiko Tubektomi, terjadi komplikasi tindakan pembedahan dan anestesi. Penggunaan anestesi lokal sangat mengurangi risiko yang terkait dengan tindakan anestesi umum (Saefudin, 2014)

12) Vasektomi

Vasektomi adalah metode kontrasepsi untuk lelaki yang tidak ingin anak lagi. Perlu prosedur bedah untuk melakukan vasektomi sehingga

diperlukan pemeriksaan fisik dan pemeriksaan tambahan lainnya untuk memastioakan apakah seorang klien sesuai menggunakan metode ini. Vasektomi disebut juga metode kontrasepsi operatif lelaki. Metode permanen untk pasangan tidak ingin anak lagi. Metode iniin membuat sperma (yang disalrkan melalui vas deferens) tidak dapat mencapai vesikla seminalis yang pada saat ejakulasi dikeluarkan bersamaan dengan cairan semen, untuk oklusi vas deferens, diperlukan tindakan insisi kecil (minor) pada daerah rafe skrotalis. Penyesalan terhadap vasektomi, tidak segera memulihkan fungsi reproduksi karena memerlukan tindakan pembedahan ulang (Affandi, 2014).



B. TEORI ASUHAN KEBIDANAN

Berisi tentang dokumentasi asuhan kebidanan yang telah dilaksanakan. Adapun untuk metode dokumentasi awal atau hari pertama menggunakan manajemen Varney yang lengkap, sedangkan untuk dokumentasi hari kedua dan selanjutnya menggunakan metode SOAP.

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 mengidentifikasikan masalah atau diagnosa potensia lain berdasarkan rangkaian masalah dan diagnosa yang telah diidentifikasi. Langkah ini membutuhkan antisipasi, 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)

Mengidentifikasikan 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.

Asuhan kebidanan yang didokumentasikan sebaiknya dari pasien datang sampai pasien pulang, jika di rumah sakit, atau dari sakit sampai sembuh, jika selain di rumah sakit. Jika lebih dari 7 hari, bisa didokumentasikan hanya jika ada perkembangan berarti dari kasus tersebut. Adapun sistematikanya adalah sebagai berikut :

Hari pertama

a. Pengumpulan data dasar

Berisi tentang data subyektif dan obyektif yang telah dikumpulkan.

b. Interpretasi data

Berisi rumusan diagnosa dan masalah. Diagnosa dirumuskan sesuai dengan urutan diagnosa nomenklatur kebidanan. Sedangkan jika ada masalah yang membutuhkan penatalaksanaan tapi tidak bisa dimasukkan ke dalam diagnosa, bisa di rumuskan sebagai rumusan masalah.

c. Identifikasi diagnosa atau masalah potensial dan antisipasinya

Berisi tentang rumusan diagnosa potensial ataupun rumusan masalah potensial yang mengancam jiwa pasien. Dituliskan jika ada.

d. Kebutuhan tindakan segera

Berisi tentang tindakan segera yang harus dilakukan jika diagnosa atau masalah potensial muncul.

e. Rencana asuhan

Berisi tentang seluruh rencana yang telah ditetapkan, baik yang rutin maupun kasuistik. Dituliskan berdasarkan prioritas dan kondisi pasien.

f. Pelaksanaan

Berisi tentang pelaksanaan dari rencana yang telah ditetapkan disertai jam pelaksanaannya. Ditulis berdasarkan urutan perencanaan.

g. Evaluasi

Berisi tentang hasil dari pelaksanaan disertai jam evaluasinya. Ditulis berdasarkan urutan pelaksanaan.

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.

Hari kedua dan seterusnya (data perkembangan)

a. Data subyektif

Berisi data subyektif yang dikumpulkan berdasarkan anamnesa.

b. Data obyektif

Berisi data obyektif yang dikumpulkan berdasarkan pemeriksaan fisik, pemeriksaan obyektif dan pemeriksaan penunjang jika ada.

c. Analisa

Berisi rumusan diagnosa dan rumusan masalah.

d. Penatalaksanaan

Berisi seluruh penatalaksanaan yang sudah diberikan disertai jam pelaksanaannya, termasuk evaluasinya.

Untuk asuhan selanjutnya dilanjutkan dengan asuhan Ibu Hamil, Bersalin, Nifas, BBL dan pelayanan KB dengan menggunakan SOAP.

Catatan Perkembangan : Asuhan Ibu dalam Masa Kehamilan (Kunjungan Selanjutnya)

- a. Subyektif: keluhan ibu hamil di Trimester III
- b. Obyektif:: tanda , gejala, hasil pemeriksaan ibu hamil Trimester III
- c. Analisa: diagnosa ibu dalam kelamilan Trimester III
- d. Penatalaksanaan: penatalaksanaan kebutuhan ibu hamil di Trimester III dan hasil tindakan

Catatan Perkembangan : Asuhan Ibu dalam Masa Persalinan

Kala I

- a. Subyektif: keluhan ibu bersalin Kala I
- b. Obyektif: tanda , gejala, hasil pemeriksaan ibu bersalin Kala I
- c. Analisa: diagnosa ibu dalam persalinaan Kala I
- d. Penatalaksanaan: penatalaksanaan kebutuhan ibu bersalin Kala I

Kala II

- a. Subyektif: keluhan ibu bersalin Kala II
- b. Obyektif: tanda , gejala, hasil pemeriksaan ibu bersalin Kala II
- c. Analisa: diagnosa ibu dalam persalinaan Kala II
- d. Penatalaksanaan: penatalaksanaan kebutuhan ibu bersalin Kala II

Kala III

- a. Subyektif: keluhan ibu bersalin Kala III
- b. Obyektif: tanda , gejala, hasil pemeriksaan ibu bersalin Kala III

- c. Analisa: diagnosa ibu dalam persalinaan Kala III
- d. Penatalaksanaan: penatalaksanaan kebutuhan ibu bersalin Kala III

Kala IV

- a. Subyektif: keluhan ibu bersalin Kala IV
- b. Obyektif: tanda , gejala, hasil pemeriksaan ibu bersalin Kala IV
- c. Analisa: diagnosa ibu dalam persalinaan Kala IV
- d. Penatalaksanaan: penatalaksanaan kebutuhan ibu bersalin Kala IV

Catatan Perkembangan : Asuhan Ibu dalam Masa Nifas

Masa Nifas 6 Jam

- a. Subyektif: keluhan ibu masa nifas 6 jam
- b. Obyektif: tanda , gejala, hasil pemeriksaan ibu masa nifas 6 jam
- c. Analisa: diagnosa ibu dalam masa nifas 6 jam
- d. Penatalaksanaan: penatalaksanaan kebutuhan masa nifas 6 jam

Masa Nifas 6 Hari

- a. Subyektif: keluhan ibu masa nifas 6 hari
- b. Obyektif: tanda , gejala, hasil pemeriksaan ibu masa nifas 6 hari
- c. Analisa: diagnosa ibu dalam masa nifas 6 hari
- d. Penatalaksanaan: penatalaksanaan kebutuhan masa nifas 6 hari

Masa Nifas 2 minggu

- a. Subyektif: keluhan ibu masa nifas 2 minggu
- b. Obyektif: tanda, gejala, hasil pemeriksaan ibu masa nifas 2 minggu
- c. Analisa: diagnosa ibu dalam masa nifas 2 minggu

- d. Penatalaksanaan: penatalaksanaan kebutuhan masa nifas 2 minggu dan pelayanan KB

Catatan Perkembangan : Asuhan Bayi Baru Lahir (BBL)

Masa BBL 6 Jam

- a. Subyektif: - (hasil anamnesa ibu)
- b. Obyektif: data focus Bayi Baru Lahir usia 6 jam
- c. Analisa: diagnosa BBL 6 jam
- d. Penatalaksanaan: penatalaksanaan dan hasil tindakan BBL 6 jam

Masa BBL 6 Hari

- a. Subyektif: - (hasil anamnesa ibu)
- b. Obyektif: data focus Bayi Baru Lahir usia 6 hari
- c. Analisa: diagnosa BBL 6 hari
- d. Penatalaksanaan: penatalaksanaan dan hasil tindakan BBL 6 hari

Masa BBL 2 minggu

- a. Subyektif: - (hasil anamnesa ibu)
- b. Obyektif: data focus Bayi Baru Lahir usia 2 minggu
- c. Analisa: diagnosa BBL 2 minggu
- d. Penatalaksanaan: penatalaksanaan dan hasil tindakan 2 minggu

D. Teori Kewenangan Bidan

1. Pengertian

Menurut kamus besar bahasa indonesia, kata wewenang disamakan dengan kata kewenangan, yang diartikan sebagai hak dan kekuasaan untuk bertindak, kekuasaan membuat keputusan, memerintah dan melimpahkan tanggung jawab kepada orang/badan lain.

Menurut Frans Magnis Suseno kewenangan adalah kekuasaan yang dilembagakan. Sedangkan Menurut H.D Stoud kewewenangan adalah keseluruhan aturan-aturan yang berasal dari hukum organisasi pemerintahan, yang dapat dijelaskan sebagai seluruh aturan-aturan yang berkenaan dengan perolehan dan penggunaan wewenang-wewenang pemerintahan oleh subjek hukum publik didalam hubungan hukum publik.

Dari referensi diatas dapat disimpulkan bahwa pengertian kewenangan adalah suatu hak yang sudah ditentukan oleh pemerintah dan wajib mengikuti kewenangan yang sudah ditetapkan tersebut.

2. Undang-Undang Republik indonesia no 4 tahun 2019 tentang kebidanan

a. Tugas dan Wewenang

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
 - e) Pelaksanaan tugas dalam keadaan keterbatasan tertentu.
- 2) Tugas Bidan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat dilaksanakan secara bersama atau sendiri
- 3) Pelaksanaan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan secara bertanggung jawab dan akuntabel.
- b. Pelayanan kesehatan ibu

Pasal 49

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

- 1) Memberikan Asuhan Kebidanan pada masa sebelum hamil ;
- 2) Memberikan Asuhan Kebidanan pada masa kehamilan normal;
- 3) Memberikan asuhan kebidanan pada masa persalinan dan menolong persalinan normal;
- 4) Memberikan Asuhan Kebidanan pada masa nifas;
- 5) Melakukan pertolongan pertama kegawatdaruratan ibu hamil, bersalin, nifas, dan rujukan; dan
- 6) Melakukan deteksi dini karena resiko dan komplikasi pada masa kehamilan, masa persalinan, pasca persalinan, masa nifas, serta asuhan pascakeguguran dan dilanjutkan dengan rujukan.

c. Pelayanan Kesehatan Anak

Pasal 50

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

- 1) Memberikan Asuhan Kebidanan pada bayi baru lahir, bayi, balita dan anak prasekolah;
- 2) Memberikan imunisasi sesuai program Pemerintah Pusat;
- 3) Melakukan pemantauan tumbuh kembang pada bayi, balita, dan anak prasekolah serta deteksi dini kasus penyulit, gangguan tumbuh kembang, dan rujukan; dan
- 4) Memberikan pertolongan pertama kegawatdaruratan pada bayi baru lahir di lanjutkan dengan rujukan.

d. Pelayanan Kesehatan Reproduksi Perempuan dan Keluarga Berencana

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-undang.

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 51 di atur dengan Peraturan Menteri.

- 1) Memperoleh persetujuan dari Klien atau keluarganya atas tindakan yang akan diberikan;
- 2) Merujuk Klien yang tidak dapat ditangani ke dokter atau Fasilitas Pelayanan Kesehatan;
- 3) Mendokumentasikan Asuhan Kebidanan sesuai dengan standar;
- 4) Menjaga kerahasiaan kesehatan Klien;
- 5) Menghormati hak Klien;
- 6) Melaksanakan tindakan pelimpahan wewenang dari dokter sesuai dengan Kompetensi Bidan;
- 7) Melaksanakan penugasan khusus yang ditetapkan oleh Pemerintah Pusat;
- 8) Meningkatkan Mutu Pelayanan Kebidanan;
- 9) Mempertahankan dan meningkatkan pengetahuan dan/atau ketrampilan melalui pendidikan dan/atau penelitian; dan/atau
- 10) Melakukan pertolongan gawat darurat.