

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. TINJAUAN MEDIS

1. Kehamilan

a. Definisi

Proses kehamilan merupakan mata rantai yang bersinambung dan terdiri dari *ovulasi*, migrasi *spermatozoa* dan *ovum*, konsepsi dan pertumbuhan *zigot*, nidasi (implantasi) pada uterus, pembentukan plasenta, dan tumbuh kembang hasil konsepsi sampai aterm (Manuaba, 2010).

Kehamilan adalah *fertilisasi* atau penyatuan dari spermatozoa dan ovum dan dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi. Kehamilan normal akan berlangsung dalam waktu 40 minggu atau 10 bulan atau 9 bulan menurut kalender internasional (Prawirohardjo, 2016)

b. Proses Kehamilan

Proses terjadinya kehamilan adalah sebagai berikut :

1) Ovulasi

Ovulasi adalah proses pelepasan ovum yang dipengaruhi oleh sistem hormonal yang kompleks. Selama masa subur yang berlangsung 20 sampai 35 tahun, hanya 420 buah ovum yang dapat mengikuti proses pematangan dan terjadi ovulasi.

2) *Spermatozoa*

Proses pembentukan *spermatozoa* merupakan proses yang kompleks. Spermatogonium berasal dari *sel primitif tubulus*, menjadi *spermatosit*

pertama, menjadi *spermatisit* kedua, menjadi *spermatid*, akhirnya *spermatozoa*. Pada setiap hubungan seksual dikeluarkan 3cc sperma mengandung sampai 60 juta spermatozoa setiap cc. Sebagian besar spermatozoa mengalami kematian dan hanya beberapa ratus yang dapat mencapai tuba fallopi. Spermatozoa yang masuk kedalam alat genitalia wanita dapat hidup selama tiga hari, sehingga cukup waktu untuk mengadakan konsepsi.

3) Konsepsi

Pertemuan inti ovum dengan inti *spermatozoa* disebut konsepsi atau fertilisasi dan membentuk *zigot*.

4) Proses Nidasi atau Implementasi

Dengan masuknya *spermatozoa* kedalam *sitoplasma* "*vitellus*" membangkitkan kembali pembelahan dalam inti ovum yang dalam keadaan "*metafase*" sehingga pronukleusnya menjadi "*haploid*". Pronukleus spermatozoa dalam keadaan haploid saling mendekati dengan inti ovum yang kini haploid dan bertemu dalam pasangan pembawa tanda dari pihak pria maupun wanita.

5) Pembentukan Plasenta

Nidasi atau implantasi terjadi pada bagian fundus uteri di dinding depan atau belakang. Pada blastula, penyebaran *sel trofoblas* yang tumbuh tidak rata, sehingga bagian blastula dengan inner cell mass akan tertanam kedalam *endometrium*. *SI trofoblas* menghancurkan endometrium sampai terjadi pembentukan plasenta yang berasal dari

primer vili korealis. Terjadi nidasi (implantasi) mendorong sel blastula mengadakan diferensiasi. Sel yang dekat dengan ruangan *eksolem* membentuk “*entoderm*” dan *yolk sac* (kantong kuning elor) sedangkan sel lain membentuk “*ektoderm*” dan ruang amnion. Plat embrio (*embryonal plate*) terbentuk diantara dua ruang yaitu ruang amnion dan kantong *yolk sac*. Plat embrio terdiri dari unsur ektoderm, endoderm, dan mesoderm. Ruang amnion dengan cepat mendekati korion sehingga jaringan yang terdapat diantara amnion dan embrio padat dan berkembang menjadi tali pusat (Manuaba, 2010).

c. Tujuan Asuhan Kehamilan

- 1) Memantau kemajuan kehamilan, memastikan kesejahteraan ibu dan tumbuh kembang janin.
- 2) Meningkatkan dan mempertahankan kesehatan fisik, mental, serta sosial ibu dan bayi.
- 3) Menemukan secara dini adanya masalah/gangguan dan kemungkinan komplikasi yang terjadi selama masa kehamilan.
- 4) Mempersiapkan kehamilan dan persalinan dengan selamat, baik ibu maupun bayi, dengan trauma seminimal mungkin.
- 5) Mempersiapkan ibu agar masa nifas dan pemberian ASI eksklusif berjalan normal.
- 6) Mempersiapkan ibu dan keluarga dapat berperan dengan baik dalam memelihara bayi agar dapat tumbuh dan berkembang secara normal (Sulistyawati, 2011).

d. Standar Pelayanan Antenatal

1) Kunjungan *Ante-natal Care* (ANC) minimal:

- (a) Satu kali pada trimester I (usia kehamilan 0-13 minggu);
- (b) Satu kali pada trimester II (usia kehamilan 14-27);
- (c) Dua kali pada trimester III (usia kehamilan 28-40).

2) Pelayanan standar, yaitu 10 T.

Sesuai dengan kebijakan Departemen Kesehatan, standar minimal pelayanan pada ibu hamil adalah sepuluh bentuk yang disingkat dengan 10T, antara lain sebagai berikut :

- (a) Penimbangan berat badan dan pengukuran tinggi badan.
- (b) Pengukuran tekanan darah.
- (c) Pengukuran Lingkar Lengan Atas (LILA).
- (d) Pengukuran tinggi puncak rahim (fundus uteri).
- (e) Penentuan status imunisasi tetanus dan pemberian imunisasi tetanus toxoid sesuai status imunisasi.
- (f) Pemberian tablet tambah darah minimal 90 tablet selama kehamilan.
- (g) Penentuan presentasi janin dan denyut jantung janin (DJJ).
- (h) Pelaksanaan temu wicara (pemberian komunikasi interpersonal dan konseling, termasuk Keluarga Berencana).
- (i) Pelayanan tes laboratorium sederhana, minimal tes haemoglobin darah (Hb), pemeriksaan protein urin, dan pemeriksaan golongan darah (bila belum pernah dilakukan sebelumnya).

(j) Tatalaksana kasus (Dinkes Jawa Tengah, 2017).

e. Standar Kunjungan Ibu selama Kehamilan

Kunjungan ibu hamil adalah kontak antara ibu hamil dengan petugas kesehatan guna mendapatkan pelayanan antenatal terstandar. Istilah kunjungan ibu hamil ini dapat diartikan berkunjungnya ibu hamil ke fasilitas pelayanan kesehatan, atau sebaliknya petugas kesehatan yang mengunjungi ibu hamil di rumahnya. Pelaksana pelayanan antenatal dapat dilakukan di Puskesmas, Rumah Sakit, tempat praktek bidan/dokter. Sedangkan di Desa dapat dilakukan di Polindes, Posyandu atau kunjungan ke rumah.

Pelayanan Asuhan Antenatal Terintegrasi adalah integrasi asuhan antenatal dengan pelayanan program gizi, Imunisasi, IMS-HIV-AIDS, ESK dan frambusia, TB dan Kusta, Malaria, Kecacingan, dan Intelegensia dengan pendekatan yang responsif gender untuk menghilangkan *missed opportunity* yang ada. Selanjutnya akan menuju pada pemenuhan hak reproduksi bagi setiap orang khususnya ibu hamil. Untuk itu perlu adanya perbaikan standar pelayanan asuhan antenatal yang terpadu, yang mengakomodasi kebijakan, strategi, kegiatan dari program yang terkait. Dalam pelaksanaannya perlu dibentuk tim pelayanan Asuhan Antenatal Terintegrasi, yang dapat memfasilitasi kemitraan antara dokter spesialis, dokter umum, bidan maupun dukun dengan sistem rujukan yang jelas (Manuaba, 2010)

Kunjungan antenatal 4 kali selama hamil adalah jumlah minimal.

Jadwal pemeriksaan antenatal yang dianjurkan adalah :

Tabel 2.1 Tabel kunjungan *antenatal care*

Kunjungan ke	Umur kehamilan	Tujuan
I	16 minggu	a. Penapisan dan pengobatan anemia b. Perencanaan persalinan c. Pengenalan komplikasi akibat kehamilan dan pengobatannya
II dan III	24-28 minggu dan 32 minggu	a. Pengenalan komplikasi akibat kehamilan. b. Penapisan preeklamsia, gemeli, infeksi alat reproduksi dan saluran perkemihan. c. Mengulang perencanaan persalinan.
IV	36 minggu sampai lahir	a. Kegiatan yang dilakukan sama dengan kunjungan I dan II b. Mengenali adanya

Sumber: Prawirohardjo, 2009.

f. Tanda-tanda Kehamilan

1) Tanda Dugaan Kehamilan

a) Amenorea (terlambat datang bulan)

Konsepsi dan nidasi menyebabkan tidak terjadi pembentukan *folikel de Graaf* dan ovulasi. Dengan mengetahui hari pertama haid terakhir dengan perhitungan rumus *Neaagle*, dapat ditentukan perkiraan persalinan.

b) Mual dan Muntah (amesis)

Pengaruh esterogen dan progesteron menyebabkan pengeluaran asam lambung yang berlebihan. Mual dan muntah terutama pada pagi hari disebut *morning sickness*. Dalam batas fisiologis, keadaan ini dapat diatasi. Akibat mual dan muntah, nafsu makan berkurang.

c) Ngidam

Wanita hamil sering menggingikakan makanan tertentu, keinginan yang demikian disebut ngidam.

d) *Sinkope* atau Pingsan

Terjadinya gangguan sirkulasi kedaerah kepala (sentral) menyebabkan iskemia susunan saraf pusat dan menimbulkan sinkop atau pingsan. Keadaan ini menghilang setelah usia kehamilan 16 minggu.

e) Payudara Tegang

Pengaruh esterogen-progesteron dan *somatomamotrofin* menimbulkan deposit lemak, air dan garam pada payudara. Payudara membesar dan tegang. Ujung saraf tertekan menyebabkan rasa sakit terutama pada hamil pertama.

f) Sering Miksi

Desakan rahim kedepan menyebabkan kandung kemih cepat terasa penuh dan sering miksi. Pada triwulan kedua, gejala ini sudah menghilang.

g) Konstipasi atau Obstipasi

Pengaruh progesteron dapat menghambat peristaltik usus, menyebabkan kesulitan untuk buang air besar.

h) Pigmentasi Kulit

Keluarnya *melanohore stimulating hormone hipofisis anterior* menyebabkan pigmentasi kulit disekitar pipi (kloasma gravidarum), pada dinding perut (strie lividae, strie nigra, linea

alba makin hitam), dan sekitar payudara (hiperpigmentasi aeola mammae, puting susu makin menonjol, kelnjar Montgomery menonjol, pembuluh darah menifes sekitar payudara).

i) Epulis

Hipertrofi gusi yang disebut epulis, dapat terjadi bila hamil.

j) Varises atau Penampakan Pembuluh Darah Vena

Karena pengaruh dari esterogen dan progesteron terjadi penampakan pembuluh darah vena, terutama bagi mereka yang mempunyai bakat. Penampakan pembuluh darah itu terjadi disekitar genitalia eksterna, kaki dan betis, dan payudara. Penampaka pembuluh darah ini dapat menghilang setelah persalinan.

2) Tanda Tidak Pasti Kehamilan

a) Rahim membesar, sesuai dengan tuanya hamil.

b) Pada pemeriksaan dalam, dijumpai tanda Hegar, tanda Chadwicks, kontraksi Braxton Hicks, dan teraba ballotement.

c) Pemeriksaan tes biologis kehamilan positif. Tetapi sebagian kemungkinan positif palsu.

3) Tanda Pasti Kehamilan

a) Gerakan janin dalam rahim.

b) Terlihat/teraba gerakan janin dan teraba bagian-bagian janin.

c) Denyut jantung janin, didengar dengan stetoskop leanec, alat kardiokografi, alat Doppler. Dilihat dengan ultrasonografi. Pemeriksaan dengan alat canggih, yaitu rontgen untuk melihat kerangka janin, ultasonografi (Manuaba, 2010)

2. Persalinan

a. Pengertian

Persalinan adalah rangkaian proses yang berakir dengan pengeluaran hasil konsepsi oleh ibu. Proses ini dimulai dengan kontraksi persalinan sejati, yang ditandai oleh perubahan progresif pada serviks, dan diakhiri dengan kelahiran plasenta (Varney, 2008).

Persalinan adalah suatu proses pengeluaran hasil konsepsi (janin + uri) yang dapat hidup didunia luar, dari rahim melalui jalan lahir atau dengan jalan lain (Mochtar, 2012).

Persalinan (Partus=labor) adalah proses pengeluaran produk konsepsi yang viable melalui jalan lahir (Mochtar, 2012).

b. Kala Persalinan

1) Kala I

Pekerjaan penolong (dokter, bidan, penolong lainnya) dalam kala I adalah mengawasi inpartu sebaik-baiknya serta menanamkan semangat kepada wanita tersebut bahwa proses persalinan adalah fisiologis. Tanamkan rasa percaya diri dan percaya pada penolong.

Pemberian obat atau tindakan hanya dilakukan apabila perlu dan ada indikasi. Apabila ketuban belum pecah, wanita inpartu boleh duduk atau berjalan-jalan. Jika berbaring, sebaiknya ke sisi terletaknya punggung janin. Jika ketuban sudah pecah, wanita tersebut dilarang berjalan-jalan, harus berbaring. Periksa dalam pervaginam dilarang kecuali ada indikasi, karena setiap pemeriksaan akan membawa infeksi, apalagi jika dilakukan tanpa memperhatikan

sterilitas (asepsis). Pada kala pembukaan, dilarang mengedan karena belum waktunya dan hanya akan menghabiskan tenaga ibu. Biasanya, kala I berakhir apabila pembukaan sudah lengkap sampai 10 cm.

Kala pembukaan dibagi atas 2 fase :

- (a) Fase laten : pembukaan serviks yang berlangsung lambat sampai pembukaan 3 cm, lamanya 7-8 jam.
- (b) Fase aktif : berlangsungnya selama 6 jam dan dibagi atas 3 subfase.
 - (1) Periode akselerasi : berlangsung 2 jam, pembukaan menjadi 4 cm.
 - (2) Periode dilatasi maksimal (steady) : selama 2 jam, pembukaan berlangsung cepat menjadi 9 cm.
 - (3) Periode deselerasi : berlangsung lambat, dalam waktu 2 jam pembukaan menjadi ; 10 cm (lengkap).

2) Kala II

Pada pembukaan kala II, umumnya kepala janin telah masuk dalam ruang panggul. Ketuban yang menonjol biasanya akan pecah sendiri. Apabila belum pecah, ketuban harus dipecahkan. His datang lebih sering dan lebih kuat, lalu timbullah his mengedan. Penolong harus telah siap untuk memimpin persalinan.

Ada 2 cara ibu mengedan :

- (a) Posisi berbaring sambil merangkul kedua pahanya dengan kedua lengan sampai batas siku. Kepala diangkat sedikit hingga dagu mengenai dada, mulut dikatup.

(b) Dengan sikap seperti diatas, tetapi badan miring kearah terdapatnya punggung janin dan hanya satu kaki yang dirangkul, yaitu yang sebelah atas.

Apabila kepala janin telah sampai didasar panggul, vulva mulai terbuka (membuka pintu), rambut kepala kelihatan. Setiap kali his, kepala lebih maju, anus terbuka, perineum meregang. Penolong harus menahan perineum dengan tangan kanan beralaskan kain kasa atau kain doek steril supaya tidak terjadi robekan (ruptur perinei). Pada primigravida, dianjurkan melakukan episiotomi.

(a) Episiotomi

Dilakukan jika perineum sudah menipis dan kepala janin tidak masuk lagi kedalam vagina yaitu dengan jalan mengiris atau menggunting perineum. Ada 3 arah irisan, yaitu medialis, mediolateralis, dan lateralis. Tujuan episiotomi adlah supaya tidak terjadi robekan perineum yang tidak teratur dan robekan pada m.spinchter ani (ruptur perinei totalis) yang jika tidak dijahit dan dirawat dengan baik akan menyebabkan inkontinensin alvi.

(b) Ekspresi Kristeller

Mendorong fundus uteri sewaktu ibu mengedan, tujuannya membantu tenaga ibu untuk melahirkan kepala. Cara ini kurang dibenarkan, jika akan dilakukan juga hanya boleh 2-3 kali saja. Bahayanya adalah ruptur uteri, atonia uteri, trama organ-organ dalam perut, dan sulosisio plasenta.

(c) Prasat Reagen

Apabila perineum meregang dan menipis, tangan kiri penolong menekan bagian belakang kepala janin ke arah anus, tangan kanan di perineum. Dengan ujung-ujung jari tangan kanan, dicoba mengait dagu janin untuk didorong pelan-pelan ke arah simfisis. Dengan pimpinan yang baik dan sabar, lahirlah kepala dengan ubun-ubun kecil (suboksiput) di bawah simfisis sebagai hipomoklion, kemudian secara berurut-urut tampaklah bregma (ubun-ubun besar), dahi, muka dan dagu. Perhatikan apakah tali pusat melilit leher, kalau ada lepaskan. Kepala akan mengadakan putaran esusitasi ke arah terdapatnya punggung janin. Lahirkan bahu depan dengan menarik kepala ke arah anus (bawah), lalu bahu belakang dengan menarik pelan-pelan ke arah simfisis (atas). Melahirkan badan, bokong, dan kaki lebih mudah, yaitu dengan mengait kedua ketiak janin.

3) Kala III

Setelah bayi lahir, kontraksi rahim beristirahat sebentar. Uterus teraba keras dengan fundus uteri setinggi pusat, dan berisi plasenta yang menjadi dua kali lebih tebal dari sebelumnya. Beberapa saat kemudian, timbul his pelepasan dan pengeluaran uri. Dalam waktu 5-10 menit, seluruh plasenta terlepas, terdorong ke dalam vagina, dan akan lahir spontan atau dengan sedikit dorongan dari atas simfisis atau fundus uteri. Seluruh proses biasanya berlangsung 5-30 menit setelah bayi lahir. Pengeluaran plasenta disertai dengan pengeluaran darah kira-kira 100-200 cc.

4) Kala IV

Kala IV adalah kala pengawasan selama 1 jam setelah bayi dan uri lahir untuk mengamati keadaan ibu, terutama terhadap bahaya perdarahan post partum. Lamanya persalinan pada primi 14 $\frac{1}{4}$ jam dan multi 7 $\frac{1}{4}$ jam (Mochtar, 2012).

c. Tanda Persalinan

- 1) Kekuatan His makin sering terjadi dan teratur dengan jarak kontraksi yang semakin pendek.
- 2) Dapat terjadi pengeluaran pembawa tanda (pengeluaran lendir, lendir bercampur darah).
- 3) Dapat disertai ketuban pecah.
- 4) Pada pemeriksaan dalam, dijumpai perubahan serviks (perluasan serviks, pendataran serviks, terjadi pembukaan serviks) (Manuaba, 2010).

d. Asuhan Persalinan Normal

Tujuan asuhan persalinan adalah mengupayakan kelangsungan hidup dan mencapai derajat kesehatan yang tinggi bagi ibu dan bayinya, melalui berbagai upaya yang terintegrasi dan lengkap serta intervensi minimal sehingga prinsip keamanan dan kualitas pelayanan dapat terjaga pada tingkat yang optimal (Prawirohardjo, 2011).

Asuhan persalinan normal :

Melihat tanda dan gejala kala dua yaitu :

- 1) Mengamati tanda dan gejala persalinan kala II
 - (a) Ibu mempunyai keinginan untuk meneran.

- (b) Ibu merasa tekanan yang semakin meningkat pada rectum dan/atau vagina.
- (c) Perineum menonjol.
- (d) Vulva vagina dan sfingter anal membuka.

Menyiapkan pertolongan persalinan

- 2) Memastikan perlengkapan, bahan, dan obat-obatan esensial siap digunakan. Mematahkan ampul oksitosin 10 unit dan menempatkan tabung suntik steril sekali pakai didalam partus set.
- 3) Mengenakan baju penutup atau clemek plastic yang bersih.
- 4) Melepaskan semua perhiasan yang dipakai dibawah siku, mencuci kedua tangan dengan sabun dan air bersih mengalir dan mengeringkan tangan dengan handuk satu kali pakai / pribadi yang bersih.
- 5) Memakai sarung tangan DTT atau steril untuk semua pemeriksaan dalam.
- 6) Menghisap oksitosin 10 unit kedalam tabung suntik (dengan memakai sarng tangan disinfeksi tingkat tinggi / steril) dan meletakan kembali ke partus set / wadah disinfeksi tingkat tinggi / steril tanpa mengontaminasi tabung suntik.

Memastikan pembukaan lengkap

- 7) Membersihkan vulva dan perineum, menekannya dengan hati-hati dari depan kebelakang dengan menggunakan kapas atau kasa yang sudah dibasahi air disinfeksi tingkat tinggi. Jika mulut vagina, perineum, atau anus terkontaminasi oleh kotoran ibu,

membersihkannya dengan seksama dengan cara menyeka dari depan kebelakang. Membuang kapas atau kasa yang terkontaminasi dalam wadah yang benar. Mengganti sarung tangan jika terkontaminasi (meletakkan kedua sarung tangan tersebut dengan benar di dalam larutan dekontaminasi).

- 8) Dengan menggunakan tehnik aseptik, melakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan bahwa pembukaan serviks sudah lengkap. Bila selapt ketuban belum pecah, sedangkan pembukaan sudah lengkap, lakukan amniotomi.
- 9) Mendekontaminasi sarng tangan dengan cara mencelupkan tangan yang masih memakai sarun tagan otor kedalam lartan klorin 0,5% dan kemudia melepaskannya dalam keadaan terbalik serta merendamnya di dalam lartan klorin 0,5% selama 10 menit. Mencuci kedua tangan.
- 10) Memeriksa denyut jantung janin (DJJ) setelah kontraksi berakhir untuk memastikan bahwa DJJ dalam batas normal (100-180 kali/menit).

Menyiapkan ibu dan keluarga

- 11) Memberi tahu ibu pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik. Membantu ibu berada dalam posisi nyaman sesuai dengan keinginannya.
 - (a) Menunggu hingga ibu mempunyai keinginan untuk meneran. Melanutkan pemantauan kesehatan dan kenyamanan ibu serta janin sesuai dengan pedoman persalinan aktif dan mendokumentasikan temuan.

(b) Menjelaskan kepada anggota keluarga bagaimana mereka dapat mendukung dan memberi semangat kepada ibu saat ibu mulai meneran.

12) Meminta bantuan keluarga untuk menyiapkan posisi ibu untuk meneran (pada saat ada his, bantu ibu dalam posisi setengah duduk dan pastikan ia merasa nyaman).

13) Melakukan pimpinan meneran saat ibu mempunyai dorongan yang kuat untuk meneran :

(a) Membimbing ibu untuk meneran saat ibu mempunyai keinginan untuk meneran.

(b) Mendukung dan memberi semangat atas usaha ibu untuk meneran.

(c) Membantu ibu dalam mengambil posisi yang nyaman sesuai dengan pilihannya (tidak meminta ibu berbaring terlentang).

(d) Menganjurkan ibu untuk beristirahat di antara kontraksi.

(e) Menganjurkan keluarga untuk mendukung dan memberi semangat pada ibu.

(f) Menganjurkan asupan cairan peroral.

(g) Menilai DJJ setiap 5 menit.

(h) Jika bayi belum lahir atau kelahiran bayi belum akan terjadi segera watu 120 menit (2 jam) meneran untuk ibu primipara atau 60 menit (1 jam) untuk multipara, merujuk segera. Jika ibu tidak mempunyai keinginan untuk meneran.

(i) Menganjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok, atau mengambil posisi yang aman. Jika ibu belum ingin meneran dalam 60 menit,

anjurkan ibu untuk mulai meneran pada puncak kontraksi-kontraksi tersebut dan beristirahat diantara kontraksi.

- (j) Jika bayi belum lahir atau kelahiran bayi belum akan terjadi segera setelah 60 menit meneran, merujuk ibu dengan segera.

Persiapan pertolongan kelahiran bayi

- 14) Jika kepala bayi sudah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm, letakan handuk bersih di atas perus ibu untuk memiringkan bayi.
- 15) Meletakkan kain yang bersih dilipat 1/3 bagian, dibawa bokong ibu.
- 16) Membuka partus set.
- 17) Memakai sarung tangan DTT atau steril pada kedua tangan.

Menolong kelahiran bayi

Lahirnya kepala

- 18) Saat kepala bayi membuka vulva dengan diameter 5-6 cm, lindungi perineum dengan sarung tangan yang dilapisi kain tadi, letakkan tangan yang lain di kepala bayi dan lakukan tekanan yang lembut dan tidak menghambat pada kepala bayi, membiarkan kepala kelar perlahan-lahan atau bernafas cepat saat kepala lahir.
- 19) Dengan lembut menyeka muka, mulut, dan hidung bayi dengan kain atau kasa yang bersih.
- 20) Memeriksa lilitan tali pusat dan mengambil tindakan yang sesuai jika hal itu terjadi, dan kemudian meneruskan segera proses kelahiran bayi :
- a) Jika tali pusat melilit leher janin dengan longgar, lepaskan lewat bagian atas kepala bayi.

b) Jika tali pusat melilit leher bayi dengan erat, mengklempna di dua tempat dan memotongnya.

21) menunggu hingga kepala bayi melakukan putaran paksi luar secara spontan.

Lahir bahu

22) Setelah kepala melakkan putaran paksi luar, tempatkan kedua tangan di masing-masing sisi muka bayi. Menganjurkan ibu untuk meneran saat berkontraksi beriktnya. Dengan lembut menariknya dearah bwah dan kearah luar sehingga bahu anterior muncul di bawah akus pubis dan kemudian dengan lembut menarik kearah aatas dan kearah luar untuk untuk melahirkan bahu psoterior.

23) Setelah kedua bahu dilahirkan, menelusurkan tangan mulai kepala bayi yang berada di bagian bawah kearah perineum, mebiarkan bahu dan lengan posterior lahir ketangan tersebut. Mengendalikan kelahiran siku dan tangan bayi saat melewati perineum, gunakan lengan bagian bawah untuk menyangga tubuh bayi saat di lahirkan menggunakan tangan anterior (bagian atas) untuk mengendalikan sik dan tangan anterior bayi saat keduanya lahir.

24) Setelah tubuuh dari lengan lahir, menelusurkan tangan yang ada diatas (anterior) dari punggung kearah kaki bayi untuk menyangganya saat punggung kaki lahir. Memegang kedua mata kaki bayi dengan hati-hati membantu kelahiran kaki.

Penanganan bayi baru lahir

- 25) Menilai bayi dengan cepat (dalam 30 detik), kemudian meletakkan bayi diatas perut ibu dengan posisi kepala bayi sedikit lebih rendah dari tubuhnya (bila tali pusat terlalu pendek, meletakkan bayi ditempat yang memungkinkan). Bila bayi mengalami asfiksia, lakukan resusitasi.
- 26) Segera membungkus kepala dan badan bayi dengan handuk dan biarkan kontak kulit ibu-bayi. Lakukan penyuntikan oksitosin secara IM.
- 27) Menjepit tali pusat menggunakan klem kira-kira 3 cm dari pusat bayi. Melakukan urutan pada tali pusat mulai dari klem kearah ibu dan memasang klem kedua 2 cm dari klem pertama (kearah ibu).
- 28) Memegang tali pusat dengan sarung tangan, melindungi bayi dari gunting dan memotong tali pusat diantara dua klem tersebut.
- 29) Mengeringkan bayi, mengganti handuk yang basah dan menyelimuti bayi dengan kain atau selimut yang bersih dan kering, menutupi bagian kepala, membiarkan tali pusat terbuka. Jika bayi mengalami kesulitan bernafas, ambil tindakan yang sesuai.
- 30) Memberikan bayi kepada ibunya dan menganjurkan ibu untuk memeluk bayinya dan memulai pemberian ASI jika ibu menghendaknya.
- 31) Meletakkan kain yang bersih dan kering. Melakukan palpasi abdomen untuk menghilangkan kemungkinan adanya bayi kedua.

- 32) Memberitahu kepada ibu bahwa ia akan disuntik.
- 33) Dalam waktu 2 menit setelah kelahiran bayi, berikan suntikan oksitosin 10 unit IM di gluteus 11/3 atas paha kanan ibu bagian luar, setelah mengaspirasinya terlebih dahulu.
- 34) Memindahkan klem tali pusat.
- 35) Meletakkan satu tangan diatas kain yang ada diperut ibu, tepat diatas tulang pubis, dan menggunakan tangan ini untuk melakukan palpasi kontraksi dan menstabilkan uterus. Meegang tali pusat dan klem dengan tangan yang lain.
- 36) Menunggu uterus berkontraksi dan kemudian melakukan penegangan kearah bawah pada tali pusat dengan lembut. Lakukan tekanan yang berlawanan arah pada bagian bawah uterus dengan cara menekan uterus kearah atas dan belakang (dorso kranial) dengan hati-hati untuk membantu mencegah terjadinya inversion uteri. Jika plasenta tidak lahir setelah 30-40 detik, hentikan penegangan tali pusat dan menunggu hingga kontraksi berikut mulai. Jika uterus tidak berkontraksi, meminta ibu atau seorang anggota keluarga untuk melakukan rangsangan puting susu.
- 37) Setelah plasenta terlepas, meminta ibu untuk meneran sambil menarik tali pusat kearah bawah dan kemudian kearah atas, mengikuti kurva jalan lahir sambil meneruskan tekanan berlawanan arah pada uterus.
- (a) Jika tali pusat bertambah panjang, pindahkan klem hingga berjarak sekitar 5-10 cm dari vulva.

- (b) jika plasenta tidak lepas setelah melakukan penegangan tali pusat selama 15 menit :
- i) Mengulangi pemberian oksitosin 10 unit I.M.
 - ii) Menilai kandung kemih dan dilakukan kateterisasi kandung kemih dengan menggunakan teknik aseptik jika perlu.
 - iii) Meminta keluarga untuk menyiapkan rujukan.
 - iv) Mengulangi penegangan tali pusat selama 15 menit berikutnya.
 - v) Merujuk ibu jika plasenta tidak lahir dalam waktu 30 menit sejak kelahiran bayi.
- 38) Jika plasenta terlihat di introitus vagina, melanjutkan kelahiran plasenta dengan dua tangan dan dengan hati-hati memutar plasenta hingga selaput ketuban terpinil. Dengan lembut perlahan melahirkan selaput ketuban tersebut.
- (a) Jika selaput ketuban robek, memakai sarung tangan disinfeksi tingkat tinggi atau steril dan memeriksa vagina dan serviks ibu dengan seksama. Menggunakan jari-jari tangan atau klem atau forceps disinfeksi tingkat tinggi atau steril untuk melepaskan bagian selaput yang tertinggal.
- 39) Segera setelah plasenta dan selaput ketuban lahir, lakukan masase uterus, meletakkan telapak tangan di fundus dan melakukan masase dengan gerakan melingkar dengan lembut sehingga uterus kontraksi (fundus menjadi keras).
- 40) Memeriksa kedua sisi plasenta baik yang menempel ke ibu maupun janin dan selaput ketuban untuk memastikan bahwa plasenta didalam kantung plastic atau tempat khusus.

- 41) Mengevaluasi adanya laserasi pada vagina dan perineum dan segera menjahit laserasi yang mengalami perdarahan aktif.

Melakukan Prosedur Pasca Persalinan

- 42) Menilai ulang uterus dan memastikanya berkontraksi dengan baik.
- 43) Mencelupkan kedua tangan yang memakai sarung tangan kedalam larutan klorin 0,5% membilas kedua tangan yang masih bersarung tangan tersebut dengan air desinfeksi tingkat tinggi dan mengeringkannya dengan kain bersih dan kering.
- 44) Menempatkan klem tali pusat disinfeksi tingkat tinggi atau steril atau mengikat tali disinfeksi tingkat tinggi dengan simpul mati kelilin tali pusat sekitar 1 cm dari pusat.
- 45) Mengikat satu lagi simpul mati di bagian pusat yang berseberangan dengan simpul mati yang pertama.
- 46) Melepaskan klem bedah dan meletakkannya kedalam larutan klorin 0,5%.
- 47) Menyelimuti kembali bayi dan menutupi bagian kepalanya. Memastikan handuk atau kainnya bersih atau kering.
- 48) Menganjurkan ibu untuk mulai memberrikan ASI.
- 49) Melanjutkan pemantauan kontraksi uterus dan perdarahan pervaginam:
- (a) 2-3 kali dalam 15 menit pertama pascapersalinan.
 - (b) Setiap 15 menit pada 1 jam pertama pasca persalinan.
 - (c) Setiap 20-30 menit pada jam kedua pasca persalinan.

- (d) Setiap 20-30 menit pada jam kedua pasca persalinan.
 - (e) Jika uterus tidak berkontraksi dengan baik laksanakan perawatan yang sesuai untuk menatalaksanaan atonia uteri.
 - (f) Jika ditemukan laserasi yang memerlukan penjahitan, lakukan penjahitan dengan anestesi local dan menggunakan teknik yang sesuai.
- 50) Mengajarkan pada ibu/keluarga bagaimana melakukan masase uterus dan memeriksa kontraksi uterus.
- 51) Mengevaluasi kehilangan darah.
- 52) Memeriksa tekanan darah, nadi dan kandung kemih setiap 15 menit selama satu jam pertama pasca persalinan dan setiap 30 menit jam kedua setelah persalinan.
- (a) Memeriksa temperatur tubuh ibu sekali setiap jam kedua dan jam pertama pasca persalinan.
 - (b) Melakukan tindakan yang sesuai untuk temuan yang tidak normal.
- 53) Menempatkan semua peralatan didalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit). Mencuci dan membilas peralatan setelah dekontaminasi.
- 54) Membuang bahan-bahan yang terkontaminasi kedalam tempat sampah yang sesuai.
- 55) Membersihkan ibu dengan menggunakan air disinfeksi tingkat tinggi. Membersihkan cairan ketuban, lendir, dan darah. Membantu ibu memakai pakaian yang bersih dan kering.

- 56) Memastikan bahwa ibu nyaman, membantu ibu memberikan ASI, menganjurkan keluarga untuk memberikan minuman dan makanan yang diinginkan.
- 57) Mendekontaminasi daerah yang digunakan untuk melahirkan dengan larutan klorin 0,5% dan membilas dengan air bersih.
- 58) Mencelupkan sarung tangan kotor kedalam larutan klorin 0,5% membalikkan bagian dalam keluar dan merendamnya dalam larutan klorin 0,5% dalam 10 menit.
- 59) Mencuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir.

Dokumentasi

- 60) Melengkapi patograf (Prawirohardjo, 2014)

3. Bayi Baru Lahir

a. Definisi

Neonatus adalah bayi baru lahir sampai dengan usia 28 hari. Pada masa tersebut terjadi perubahan yang sangat besar dari kehidupan didalam rahim dan terjadi pematangan organ hampir pada semua sistem (Kemenkes, 2016).

Bayi Baru Lahir Normal adalah bayi yang lahir pada usia kehamilan 37-42 minggu dengan berat lahir antara 2500-4000 gram dan panjang badan sekitar 50-55 cm (Sondakh, 2013).

b. Kriteria Bayi Baru Lahir Normal

- 1) Berat badan lahir bayi antara 2500-4000 gram.
- 2) Panjang badan bayi 48-50 cm.

- 3) Lingkar dada bayi 32-34 cm.
 - 4) Lingkar kepala bayi 33-35 cm.
 - 5) Bunyi jantung dalam menit pertama kurang lebih 180 kali/menit, kemudian turun sampai 140-120 kali/menit pada saat bayi berumur 30 menit.
 - 6) Pernapasan cepat pada menit-menit pertama kira-kira 80 kali/menit disertai pernapasan cuping hidung, retraksi suprasentral dan interkostal, serta rintihan hanya berlangsung 10-15 menit.
 - 7) Kulit kemerah-merahan dan licin karena jaringan subkutan cukup terbentuk dan dilapisi verniks kaseosa.
 - 8) Rambut lanugo telah hilang, rambut kepala tumbuh baik.
 - 9) Kuku telah agak panjang dan lemas.
 - 10) Genitalia : testis sudah turun (pada bayi laki-laki) dan labia mayoa telah menutupi labia minora (pada bayi perempuan).
 - 11) Refleks isap, menelan, dan moro telah terbentuk.
 - 12) Eliminasi, urin, dan mekonium normalna keluar pada 24 jam pertama. Mekonium memiliki karakteristik hitam kehijauan dan lengket (Sondakh, 2013).
- c. Perawatan Bayi Baru Lahir
- 1) Pertolongan pada saat bayi lahir
 - a) Sambil menilai penapasan secara cepat, letakan bayi dengan handuk di atas perut ibu.

- b) Dengan kain yang bersih dan kerin atau kasa, bersihkan daah atau lendir dari wajah bayi agar jalan udara tidak terhalang. Periksa ulang pernapasan bayi, sebagian besar bayi akan menangis atau bernapas secara spontan dalam waktu 0 detik setelah lahir.

2) Perawatan mata

Obat perlu diberikan pada jam pertama setelah persalinan untuk mencegah penyakit mata akibat klamidia (penyakit menular seksual).

3) Pemeriksaan fisik bayi

- a) Kepala : pemeriksaan terhadap ukuran, bentuk, sutura menutup/melebar, adanya caput succedaneum, cephal hematoma, kraniotabes, dan sebagainya.
- b) Mata : pemeriksaan terhadap perdarahan, subkonjungtiva, tanda-tanda infeksi (pus).
- c) Hidung dan mulut : pemeriksaan terhadap labio skisis, labiopalatoskisis, dan refleks isap (dinilai dengan mengamati bayi saat menyusu).
- d) Telinga : pemeriksaan terhadap preauricular tag, kelainan daun/bentuk telinga.
- e) Leher : pemeriksaan terhadap hematom sternocleidomastoideus, ductus thyroglossalis, hygroma colli.
- f) Dada : pemeriksaan terhadap bentuk, pembesaran buah dada,

pernapasan cuping hidung, serta bunyi paru-paru (sonor, vesikular, bronkial, dan lain-lain).

- g) Jantung : pemeriksaan terhadap pulsasi, frekuensi bunyi jantung, kelainan bunyi jantung.
- h) Abdomen : pemeriksaan terhadap membuncit (pembesaran hati, limpa, tumor aster), scaphoid (kemungkinan bayi menderita diafragma/ataresia esofagus tanpa fistula).
- i) Tali pusat : pemeriksaan terhadap perdarahan, jumlah darah pada tali pusat, warna dan besar tali pusat, hernia di tali pusat atau selakangan.
- j) Alat kelamin : pemeriksaan terhadap testis apakah berada dalam skrotum, penis berlubang pada ujung (pada bayi laki-laki), vagina berlubang, apakah labia mayora menutupi labia minora (pada bayi perempuan).
- k) Lain-lain : mekonium harus keluar dalam 24 jam sesudah lahir, bila tidak harus waspada terhadap atresia ani atau obstruksi usus. Selain itu, urin juga harus keluar dalam 24 jam. Kadang pengeluaran urin tidak diketahui karena pada saat bayi lahir urin keluar bercampur dengan air ketuban. Bila urin tidak keluar dalam 24 jam, maka harus diperhatikan kemungkinan adanya obstruksi saluran kemih.

4) Identifikasi bayi

Untuk memudahkan identifikasi bayi, alat pengenal bayi perlu

dipasang segera pasca persalinan. Pada alat/gelang identifikasi Asuhan Kebidanan Berkelanjutan..., MUFIDA YUNDI AZZAHRA, Fakultas Ilmu Kesehatan UMP, 2019

tercantum nama (bayi dan ibunya), tanggal lahir bayi, jenis kelamin, dan unit. Berat lahir, panjang bayi, lingkaran kepala, lingkaran perut diukur, kemudian dicatat dalam rekam medis.

5) Perawatan lain-lain

a) Lakukan perawatan tali pusat

Pertahankan sisa tali pusat dalam keadaan terbuka agar terkena udara dan ditutupi dengan kain bersih secara longgar, jika tali pusat terkena kotoran atau tinja, dicuci dengan sabun dan air bersih, kemudian dikeringkan sampai benar-benar kering.

b) Dalam waktu 24 jam dan sebelum ibu dan bayi dipulangkan ke rumah, diberikan imunisasi BCG, polio, dan hepatitis B.

c) Orang tua diajarkan tanda-tanda bahaya bayi dan mereka diberitahu agar merujuk bayi dengan segera untuk perawatan lebih lanjut jika ditemui hal-hal berikut :

(1) Pernapasan sulit atau lebih dari 60 kali/menit.

(2) Warna kuning (terutama pada 24 jam pertama), biru atau pucat.

(3) Tali pusat merah, bengkak, keluar cairan, bau busuk, berdarah.

(4) Infeksi, suhu meningkat, merah, bengkak, keluar cairan (nanah), bau busuk, pernapasan sulit.

(5) Feses/kemih : tidak berkemih dalam 24 jam, feses lembek, sering kejang, tidak bisa tenang, menangis terus-menerus.

d) Orang tua diajarkan cara merawat bayi dan melakukan perawatan harian untuk bayi baru lahir, meliputi :

(1) Pemberian ASI sesuai kebutuhan setiap 2-3 jam, mulai dari hari pertama.

(2) Menjaga bayi dalam keadaan bersih, hangat dan kering, serta mengganti popok.

(3) Menjaga tali pusat dalam keadaan bersih dan kering.

(4) Menjaga keamanan bayi terhadap trauma dan infeksi (Sondakh, 2013).

d. Kunjungan Neonatal Bayi

Kunjungan neonatal menurut Permenkes No 53, 2014 pasal 5. Yaitu :

1) KN-1 : pada saat bayi berumur 6-48 jam.

2) KN-2 : pada saat bayi berumur 3-7 hari.

3) KN-3 : pada saat bayi berumur 8-28 hari.

Menurut Prawirohardjo (2008), kunjungan neonatal meliputi:

(a) Pemantauan 2 jam

Pemantauan 2 jam pertama bayi baru lahir bertujuan untuk melihat adanya kemampuan bayi menghisap dengan kuat, bayi tampak aktif atau lunglai dan warna kulit kemerahan atau biru seoran bidan sebelum meninggalkan bayi perlu melihat apakah terdapat gangguan pernafasan, hipotermi, infeksi, dan cacat bawaan.

(b) Pemantauan 0-6 jam

- (1) Adanya bayi baru lahir normal di laksanakan segera setelah lahir dan diletakan didekat ibu serta dalam ruangan yang sama.
- (2) Asuhan bayi baru lair dengan komplikasi dilaksanakan dalam ruangan ibu atau didalam ruangan khusus.

(c) Asuhan 2-6 hari

Pemeriksaan bayi baru lahir antara lain :

- (1) Menilai pertumbuhan bayi.
- (2) Pemberian minuman dan nutrisi.
- (3) Pemberian ASI eksklusif.

(d) Asuhan 6-28 hari

- (1) Pemeriksaan neonatus pada periode ini dapat dilaksanakan di pelayanan kesehatan atau meliputi kunjungan rumah.
- (2) Pemeriksaan neonatus dilaksanakan di dekat ibu, bayi, pinggir ibu atau keluarga saat dilakukan pemeriksaan.

4. Masa Nifas

a. Definisi

Masa nifas atau puerperium ialah dimulai sejak 1 jam setelah lahirnya plasenta sampai dengan 6 minggu (42 hari) setelah itu. Pelayanan pasca persalinan harus terselenggara pada masa itu untuk memenuhi kebutuhan ibu dan bayi yang meliputi upaya pencegahan, deteksi dini dan pengobserfasian komplikasi dan penyakit yang mungkin terjadi, serta

penyediaan pelayanan pemberian ASI, cara menjarangkan kehamilan, imunisasi, dan nutrisi bagi ibu (Prawirohardjo, 2014).

Periode pasca partum adalah masa dari kelahiran plasenta dan selaput janin (menandakan akhir periode intrapartum) hingga kembalinya traktus reproduksi wanita pada kondisi tidak hamil (Varney, 2008).

b. Masa Nifas dibagi dalam 3 periode

- 1) Puerperium dini yaitu kepulihan saat ibu telah diperbolehkan berdiri dan berjalan-jalan. Dalam agama islam dianggap telah berrsih dan bole bekerja setelah 40 hari.
- 2) Puerperium intermediat, yaiyu kepulihan menyeluruh alat-alat genetalia yang lamanya 6-8 minggu.
- 3) Puerium lanjut, yaitu waktu yang diperlukan untuk pulih dan kembali sehat sempurna, terutama jika selama hamil atau sewaktu persalinan timbul komplikasi. Waktu untuk mencapai kondisi sehat sempurna dapat berminggu-minggum bulanan, atau tahunan (Mochtar, 2012).

c. Perubahan Fisiologis

- 1) Uterus secara berangsur-angsur menjadi kecil (berinvolusi) hingga akhirnya kembali seperti sebelum hamil.
- 2) Bekas implantsi uri: placentar bed mengecil karena kontrasi dan menonjol ke kavum uteri dengan diameter 7,5 cm. Sesudah 2 minggu menjadi 3,5 cm, pada minggu keenam 2,4 cm, dan akhirnya pulih.
- 3) Luka-luka pada jalan lahir jika tidak disertai infeksi akan sembuh dalam 6-7 hari.

- 4) Rasa nyeri, yang disebut after pains (merian atau mulas-mulas) disebabkan kontraksi rahim, biasanya berlangsung 2-4 hari pasca persalinan. Perlu diberikan pengertian pada ibu mengenai hal tersebut dan jika terlalu menunggu, dapat diberikan obat-obatan antinyeri dan anti mulas.
- 5) Lokia adalah cairan sekret yang berasal dari kavum uteri dan vagina dalam masa nifas
 - (a) Lokia rubra (cruenta): berisi darah segar dan sisa-sisa selaput ketuban, sel-sel desidua, verniks kaseosa, lanugo, dan mekonium, selama 2 hari pasca persalinan.
 - (b) Lokia sanguinolenta : berwarna merah kuning, berisi darah dan lendir, hari ke 3-7 pasca persalinan.
 - (c) Lokia serosa : berwarna kuning, cairan tidak berdarah lagi, pada hari ke 7-14 pasca persalinan.
 - (d) Lokia alba : cairan putih, setelah 2 minggu. Lokia purulenta : terjadi infeksi, keluar cairan seperti nanah berbau busuk.
 - (e) Lokia stasis : lokia tidak lancar keluarnya.
- 6) Serviks

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

7) Ligamen-ligamen

Ligamen, fascia, dan diafragma pelvis yang meregang pada waktu persalinan, setelah bayi lahir, secara berangsur-angsur menjadi ciut dan pulih kembali. Akibatnya tidak jarang uterus jatuh ke belakang dan menjadi retrofleksi karena ligamentum rotundum menjadi kendur. Setelah melahirkan, wanita Indonesia memiliki kebiasaan “berkusuk” atau “berurut”. Sewaktu dikusuk, tekanan intraabdomen bertambah tinggi. Karena ligamentum, fascia, dan jaringan penunjang menjadi kendur setelah melahirkan, jika dilakukan kusuk/ urut, banyak wanita yang mengeluh “kandungannya turun” atau terbalik. Untuk memulihkan kembali, sebaiknya dengan latihan-latihan dan senam pasca persalinan (Mochtar, 2012).

d. Penatalaksanaan Pada Masa Nifas

Kunjungan nifas menurut Vivian, (2011; h. 94-97) :

1) Kunjungan pertama (Hari ke-1 sampai 7 hari)

- a) Pemberian ASI : bidan mendorong pasien untuk memberikan ASI secara eksklusif, cara menyatukan mulut bayi dengan puting susu, mengubah-ubah posisi, mengetahui cara memeras ASI dengan tangan seperlunya, atau dengan metode-metode untuk mencegah nyeri puting dan perawatan puting.
- b) Perdarahan : bidan mengkaji warna dan banyaknya atau jumlah yang semestinya adakah tanda-tanda perdarahan yang berlebihan, yaitu nadi cepat dan suhu naik. Uterus tidak keras dan TFU menaik. Kaji pasien apakah bisa memasase uterus dan ajari cara

- memasase uterus agar uterus bisa mengeras. Periksa pembalut untuk memastikan tidak ada darah berlebihan.
- c) Involusi uterus : bidan mengkaji involusi uterus dan beri penjelasan kepada pasien mengenai involusi uterus.
 - d) Pembahasan tentang kelahiran : kaji perasaan ibu dan adakah pertanyaan tentang proses tersebut.
 - e) Bidan mendorong ibu untuk memperkuat ikatan batin antara ibu dan bayi (keluarga), pentingnya sentuhan fisik, komunikasi, dan rangsangan.
 - f) Bidan memberikan penyuluhan mengenai tanda-tanda bahaya baik bagi ibu maupun bayi dan rencana menghadapi keadaan darurat.
- 2) Kunjungan kedua (Hari ke-8 sampai 28 hari)
- a) Memberikan penkes tentang nutrisi ibu nifas.
 - b) Memberikan penkes pada ibu tentang personal hygiene.
 - c) Mengajarkan senam nifas pada ibu.
 - d) Menganjurkan ibu untuk istirahat yang cukup.
 - e) Mengkaji adanya tanda-tanda post partum blues.
 - f) Memfasilitasi dan memberikan konseling KB.
 - g) Memberitahu ibu tentang tanda bahaya masa nifas dan menyarankan pada ibu apabila ada tanda-tanda bahaya masa nifas untuk segera datang ke bidan.
 - h) Melakukan kontrak waktu untuk kunjungan selanjutnya.
- 3) Kunjungan Ketiga (Hari ke- 28 sampai 42 hari)

- a) Penapisan adanya kontra indikasi terhadap metode keluarga berencana yang belum dilakukan.
- b) Riwayat tambahan tentang periode waktu sejak pertemuan terakhir.
- c) Evaluasi fisik dan panggul spesifik yang berkaitan dengan kembalinya saluran reproduksi dan tubuh pada status tidak hamil.
- d) Menentukan dan menyediakan metode dan alat KB.
- e) Merencanakan asuhan selanjutnya.
- f) Rencana untuk chek-up bayi serta imunisasi.

e. Tujuan Asuhan Masa Nifas

Pelayanan pasca persalinan untuk memenuhi kebutuhan ibu dan bayi, yang meliputi upaya pencegahan, deteksi dini dan pengobatan komplikasi dan penyakit yang mungkin terjadi, serta penyediaan pelayanan pemberian ASI cara menjarangkan kehamilan, imunisasi, dan nutrisi bagi ibu. Pada masa pasca persalinan (Sarwono, 2010).

f. Deteksi Dini Komplikasi Masa Nifas

- 1) Perdarahan pasca persalinan adalah komplikasi yang terjadi pada renggang waktu diantara persalinan dan masa persalinan. Faktor predisposisi anemia, penyebab perdarahan paling sering adalah atonia uteri serta retensia plasenta, yang lain adalah laserasi serviks atau vagina, ruptura uteri dan inversio uteri.
- 2) Infeksi nifas seperti sepsis, dengan demam salah satu gejala/tanda yang paling mudah dikenali. Faktor predisposisi yaitu persalinan macet, ketuban pecah dini, pemeriksaan dalam terlalu sering, pemantauan

janin intra vaginl, dan bedah sesar. Penyebab infeksi adalah kuman salah satunya streptococcus pyogenes.

3) Eklamsia, ibu dengan persalinan yang diikuti oleh eklamsia atau preeklamsia berat, harus dirawat inap. Pengobatan menggunakan magnesium slfas (Mgso4).

4) Komplikasi pasca persalinan lain adalah infeksi saluran kemih, retensio urin, atau inkontinesia.

5) Masalah psikologis, dapat dihindai dengan adanya dukungan sosial serta dukungan pelaksanaan pelayanan kesehatan selama kehamilan, persalinan, dan pasca persalinan (Prawihardjo, 2010).

6) Bendungan payudara

Secara fisiologis sesudah bayi lahir dan plasenta keluar, kadar estrogen dan progesteron turun dalam 2-3 hari. Bendungan ASI dapat terjadi paa hari ke 2-3 ketika payudara telah memproduksi air susu. Bendungan air susu disebabkan ole pengeluaran air susu yang tidak lancar, karena bayi tidak sering menyusu, produksi meningkat, terlambat menyusui, hubungan dengan bayi (bounding) kurang baik, dan dapat pula karena adanya pembatasan waktu menyusui (Prawirohardjo, 2010).

7) Mastitis

Mastitis adala infeksi dan peradangan parenkim kelenjar payudara pada masa nifas. Gejala awal mastitis demam yan disertai menggigil, nyeri.

Pada pemeriksaan payudara bengkak, lebih hangat, kemerahan dengan batas tegas, dan disertai rasa nyeri (Prawirohardjo, 2010). Predisposisi dan faktor resiko adalah primipara, stress, teknik menetek yang tidak benar sehingga pengosongan tidak terjadi dengan baik, pemakaian bra yang terlalu ketat, penghisapan bayi yang kurang juga dapat menyebabkan stesis dan obstruksi kelenjar payudara.

Adanya luka pada puting payudara juga dapat sebagai faktor resiko terjadinya mastitis (Prawirohardjo, 2010).

5. Keluarga Berencana (KB)

a. Pengertian KB

Menurut Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 87 Tahun 2014 Tentang Perkembangan Kependudukan dan Pembangunan Keluarga, Keluarga Berencana, dan Sistem Informasi Keluarga, yang dimaksud dengan program keluarga berencana (KB) adalah upaya mengatur kelahiran anak, jarak dan usia ideal melahirkan, mengatur kehamilan, melalui promosi, perlindungan, dan bantuan sesuai dengan hak reproduksi dan mewujudkan keluarga yang berkualitas (Dinkes Jawa Tengah, 2007).

Keluarga Berencana adalah kemampuan untuk membantu wanita atau pasangan suami istri secara lebih efektif (Varney, 2007).

b. Tujuan KB

Selanjutnya dengan Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 87 Tahun 2014 tentang Perkembangan Kependudukan dan

Pembangunan Keluarga, Keluarga Berencana, dan Sistem Informasi Keluarga, Program Keluarga Berencana (KB) merupakan salah satu strategi untuk mengurangi kematian ibu khususnya ibu dengan kondisi 4T; terlalu muda melahirkan (dibawah usia 20 tahun), terlalu sering melahirkan, terlalu dekat jarak melahirkan, dan terlalu tua melahirkan (diatas usia 35 tahun). Selain itu, program KB juga bertujuan untuk meningkatkan kualitas keluarga agar dapat timbul rasa aman, tentram, dan harapan masa depan yang lebih baik dalam mewujudkan kesejahteraan lahir dan kebahagiaan batin. KB merupakan salah satu cara yang paling efektif untuk meningkatkan ketahanan keluarga, kesehatan, dan keselamatan ibu, anak, serta perempuan. Pelayanan KB menyediakan informasi, pendidikan, dan cara-cara bagi laki-laki dan perempuan untuk dapat merencanakan kapan akan mempunyai anak, berapa jumlah anak, berapa tahun jarak antar anak, serta kapan akan berhenti mempunyai anak (Dinkes Jawa Tengah, 2014).

c. Syarat Kontrasepsi

Kontrasepsi hendaknya memenuhi syarat sebagai berikut :

- 1) Aman pemakaiannya dan dapat dipercaya.
- 2) Tidak ada efek sampingnya yang merugikan.
- 3) Tidak mengganggu hubungan seksual.
- 4) Cara penggunaannya sederhana.
- 5) Tidak memerlukan bantuan medik atau kontrol yang ketat selama pemakaiannya.

- 6) Harganya murah supaya dapat dijangkau masyarakat luas.
- 7) Dapat diterima oleh pasangan suami istri (Mochtar, 2012).

d. Metode Kontrasepsi

1) Metode Amenore Laktasi (MAL)

Kontrasepsi yang mengandalkan pemberian ASI secara eksklusif, artinya hanya diberikan ASI tanpa tambahan makanan ataupun minuman apapun lainnya.

- a) Keuntungan/manfaat MAL, yaitu efektivitasnya tinggi, segera efektif, tidak mengganggu senggama.
- b) Keterbatasan kontrasepsi MAL, yaitu perlu persiapan serta perawatan kehamilan, sulit dilaksanakan karena kondisi sosial, efektivitas hanya sampai kembalinya haid atau sampai dengan 6 bulan.
- c) Cara kerja MAL yaitu penundaan atau penekanan ovulasi.

2) Keluarga Berencana Alamiah (KBA)

Ibu harus belajar mengetahui kapan masa suburnya berlangsung, pasangan secara sukarela menghindari senggama pada masa subur ibu.

- a) Keuntungan atau manfaat, yaitu tidak ada efek samping sistematis dan tanpa biaya.
- b) Keterbatasan, yaitu keefektifan tergantung dari kemauan disiplin pasangan, perlu ada pelatihan (butuh pelatih/guru KBA, bukan tenaga medis), perl pencatatan setiap hari.

3) Senggama Terputus

Metode KB tradisional, dimana pria mengeluarkan alat kelamin (penis) nya dari vagina sebelum mencapai ejakulasi.

a) Keuntungan/manfaat, yaitu efektif bila dilaksanakan dengan benar, dapat digunakan sebagai metode KB lainnya dan tidak digunakan setiap waktu.

b) Keterbatasan, yaitu efektifitasnya sangat bergantung pada kesediaan pasangan untuk melakukan senggama terputus setiap melaksanakannya, memutus kenikmatan dalam berhubungan seksual.

c) Cara kerja, yaitu mencegah bertemunya sperma dengan ovum sehingga kehamilan dapat dicegah.

4) Metode Barrier (kondom)

Merupakan selubung/sarung karet yang dapat terbuat dari berbagai bahan diantaranya lateks (karet), plastik (vinil) atau bahan alami (produksi hewani) yang dipasang pada penis saat hubungan seksual.

a) Keuntungan/manfaat, yaitu murah dan dapat dibeli secara umum, tidak perlu pemeriksaan kesehatan khusus, *double protection* (selain mencegah kehamilan tetapi juga mencegah IMS termasuk HIV-AIDS).

b) Keterbatasan, yaitu cara penggunaannya sangat mempengaruhi keberhasilan kontrasepsi, agak mengganggu hubungan seksual (mengurangi sentuhan langsung), bisa menyebabkan kesulitan

untuk mempertahankan ereksi, malu membelinya di tempat umum.

- c) Cara kerja, yaitu menghalangi terjadinya pertemuan sperma dan sel telur dengan cara mengemas sperma di ujung selubung karet yang dipasang pada penis.

5) KB Hormonal

- a) Pil Kombinasi, Pil Progestin
- b) Suntikan Kombinasi, Suntik Progestin

6) Alat Kontrasepsi Bawah Kulit

Alat kontrasepsi bawah kulit yang mengandung progestin yang dibungkus dalam kapsul silastik silikon pilidimetri.

- a) Keuntungan, yaitu perlindungan jangka panjang (sampai 5 tahun), pengembalian tingkat kesuburan yang cepat setelah pencabutan, tidak memerlukan pemeriksaan dalam, tidak mengganggu ASI.
- b) Keterbatasan, yaitu membutuhkan tindakan pembedahan minor untuk insersi dan pencabutan, tidak dapat menghentikan sendiri pemakaian kontrasepsi, melainkan harus pergi ke faskes untuk tindakan pencabutan.
- c) Cara kerja, yaitu lendir serviks menjadi kental, mengganggu proses pembentukan endometrium sehingga sulit terjadi implantasi, mengurangi transportasi sperma, menekan ovulasi.

7) Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR)

Alat kontrasepsi yang terbuat dari plastik fleksibel, dipasang dalam rahim dengan menjepit kedua saluran yang menghasilkan indung telur sehingga tidak terjadi pembuahan.

- a) Keuntungan, yaitu efektivitas tinggi, efektivitas segera setelah pemasangan, metode jangka panjang, tidak mempengaruhi kualitas dan volume ASI, dapat dipasang segera setelah melahirkan atau sesudah abortus (apabila tidak terjadi infeksi), dapat digunakan sampai menopause (1 tahun atau lebih setelah haid terakhir).
- b) Keterbatasan, yaitu tidak baik digunakan pada perempuan dengan IMS atau perempuan yang sering berganti pasangan, diperlukan prosedur medis termasuk pemeriksaan pelvik, klien tidak dapat melepas AKDR sendiri, mungkin AKDR keluar dari uterus tanpa diketahui, klien harus memeriksa posisi benang AKDR dari waktu ke waktu dengan cara memasukkan jari kedalam vagina (sebagian perempuan tidak mau melakukan ini).
- c) Cara kerja, yaitu mencegah terjadinya fertilisasi, dimana tembaga pada AKDR menyebabkan reaksi inflamasi steril, toksik buat sperma sehingga tidak mampu untuk fertilisasi.

8) Kontrasepsi Mantap

- a) Metode Operasi Wanita (MOW)
- b) Metode operasi Pria (MOP) (Affandi, 2014).

6. Ketuban Pecah Dini

a. Pengertian

Ketuban pecah dini (KPD) adalah pecahnya ketuban sebelum terdapat tanda persalinan dan setelah ditunggu satu jam, belum ada persalinan. Waktu sejak pecah ketuban sampai terjadi kontraksi rahim, disebut kejadian ketuban pecah dini (fase laten) dan 6 jam setelah itu tidak diikuti dengan terjadinya persalinan (Maryunani, 2016; h. 199).

Pecahnya ketuban sebelum inpartu yaitu bila pembukaan pada primi kurang dari 3 cm dan pada multipara kurang dari 5 cm (Prawirohardjo, 2008).

b. Etiologi

Penyebab terjadinya ketuban pecah dini, yaitu:

- 1) Serviks inkompeten
- 2) Overdistensi uterus, seperti pada kehamilan ganda (gemelli), hidramnion.
- 3) Kelainan letak janin dalam rahim seperti letak sungsang, letak lintang.
- 4) Kemungkinan kesempitan panggul, seperti perut gantung, bagian terendah belum masuk pintu atas panggul (p.a.p), disproporsi sefalopelik (CPD) (Maryunani, 2016; h. 201)

c. Patofisiologi

- 1) Ketuban pecah dini berhubungan dengan kelemahan menyeluruh membrane fetal akibat kontraksi uteri dan peregangan berulang.
- 2) Membrane yang mengalami rupture premature ini tampak memiliki defek lokal dibanding kelemahan menyeluruh.

- 3) Daerah dekat tempat pecahnya membran tersebut ditandai dengan adanya pembengkakan. Daerah ini akan muncul sebelum ketuban pecah dini (Maryunani, 2016; h. 201).

d. Tanda gejala

Prawirohardji (2014) mengatakan bahwa tanda dan gejala ketuban pecah dini adalah sebagai berikut :

- 1) Keluarnya cairan ketuban merembes melalui vagina
- 2) Aroma air ketuban berbau amis dan tidak seperti bau amoniak, dengan ciri pucat dan bergaris warna merah
- 3) Cairan akan terus diproduksi sampai kelahiran. Tetapi bila anda berdiri atau duduk, kepala janin yang sudah erada dibawah biasanya terasa mengganjal atau menyumbat kebocoran untuk sementara.

Mekanisme terjadinya ketuban pecah dini dapat berlangsung sebagai berikut : selaput ketuban tidak kuat sebagai akibat kurangnya jaringan ikat dan *vasakukarisas*, bila terjadi pembukaan serviks maka selaput ketuban sangat lemah dan mudah pecah dengan mengeluarkan air ketuban (Manuaba, 2014; h. 283).

Diagnose ketuban pecah dini dapat ditegakkan dengan cara anamnesa menggali keterangan dari apa yang ibu rasakan. Inspeksi akan menemukan tampak keluar cairan dari vagina (Prawirohardjo, 2014).

e. Komplikasi Ketuban Pecah Dini

Komplikasi yang timbul akibat ketuban pecah dini bergantung pada usia kehamilan, yaitu :

1) Persalinan prematur

Setelah ketuban pecah biasanya segera disusul oleh persalinan. Periode laten tergantung umur kehamilan. Pada kehamilan aterm 90% terjadi dalam 24 jam setelah ketuban pecah. Pada kehamilan antara 28-34 minggu 50% persalinan dalam 24 jam. Pada kehamilan kurang dari 26 minggu persalinan terjadi dalam 1 minggu.

2) Infeksi

Risiko infeksi ibu dan anak meningkat pada ketuban pecah dini, pada ibu terjadi *karioamniosis*. Pada bayi dapat terjadi *septicemia, pneumonia, omfalitis*. Umumnya terjadi *karioamniosis* sebelum janin terinfeksi. Pada ketuban pecah dini prematur, infeksi lebih sering terjadi dari pada aterm. Secara umum insiden infeksi sekunder pada ketuban pecah dini meningkat sebanding dengan lamanya periode laten.

3) Hipoksia dan Asfiksia

Dengan pecahnya ketuban terjadi *oligohidramnion* yang menekan tali pusat sehingga terjadi asfiksia atau hipoksia. Terdapat hubungan antara terjadinya gawat janin dan oligohidramnion yaitu, semakin sedikit air ketuban, maka janin semakin gawat.

4) *Sindrome Deformatis Janin*

Ketuban pecah dini yang terjadi terlalu dini menyebabkan pertumbuhan janin terhambat, kelainan disebabkan kompresi muka dan anggota badan janin, serta hipoplasi pulmolar (Prawirohardjo, 2014).

f. Penatalaksanaan Medis

Penatalaksanaan medis pada ketuban pecah dini yaitu :

- 1) Pastikan diagnosis.
- 2) Tentukan umur kehamilan.
- 3) Evaluasi ada tidaknya infeksi maternal ataupun infeksi janin.
- 4) Apakah dalam keadaan inpartu, terdapat kegawatan janin.

Penanganan ketuban pecah dini secara konservatif, yaitu :

- 1) Rawat di rumah sakit.
- 2) Berikan antibiotik (ampisilin 4x500mg atau eritromisin) dan metronidazole 2x500mg selama 7 hari.
- 3) Jika umur kehamilan 32-34 minggu, dirawat selama air ketuban masih keluar, atau sampai air ketuban tidak keluar lagi.
- 4) Jika umur kehamilan 32-34 minggu, belum inpartu, tidak ada infeksi, observasi tanda-tanda infeksi, dan kesejahteraan janin.

Terminasi pada kehamilan 37 minggu.

- 5) Jika umur kehamilan 32-37 minggu, sudah inpartu, tidak ada infeksi berikan tokolitik (salbutamol). Dexametasone, dan induksi sesudah 24 jam.
- 6) Jika umur kehamilan 32-37 minggu, ada infeksi, beri antibiotik dan lakukan induksi.
- 7) Nilai tanda-tanda infeksi (suhu, *leukosit*, tanda-tanda infeksi *intrauterin*).
- 8) Pada usia kehamilan 32-34 minggu berikan steroid, untuk memacu kematangan paru janin, dan kalau memungkinkan periksa kadar lesitin dan spingomielin tiap minggu. Dosis betamethasone 12 mg sehari dosis tunggal selama 2 hari, dexamethasone IM 5 mg setiap 6 jam sebanyak 4 kali.

Penanganan KPD secara aktif yaitu bila kehamilan >37 minggu, induksi dengan oksitosin, bila gagal seksio sesaria. Dapat pula diberikan misoprostol/cytotec 25-50 mcg setiap 6-8 jam maksimal 4 kali dan bila ada tanda-tanda infeksi berikan antibiotik dosis tinggi, dan akhiri persalinan :

- 1) Bila skor pelvik <5, lakukan pematangan serviks, kemudian induksi.

Jika tidak berhasil, akhiri persalinan dengan seksio sesaria.

- 2) Bila scor pelvik >5, induksi persalinan, partus pervaginam (Prawirohardjo, 2010).

B. Tinjauan Asuhan Kebidanan

Asuhan Kebidanan Berkelanjutan..., MUFIDA YUNDI AZZAHRA, Fakultas Ilmu Kesehatan UMP, 2019

1. 7 Langkah Varney

Manajemen kebidanan dengan menggunakan kerangka bervikir Varney, yaitu :

a. Pengkajian

Pengkajian atau pengumpulan data dasar dilakukan untuk mengevaluasi keadaan pasien termasuk didalamnya, riwayat kesehatan, pemeriksaan fisik, catatan rumah sakit sebelum atau baru, data laboratorium.

b. Interpretasi Data Dasar

Identifikasi yang benar terhadap masalah atau diagnosa dan kebutuhan klien berdasarkan interpretasi yang benar atas data-data yang telah dikumpulkan. sehingga ditemukan masalah atau diagnosa yang spesifik. Masalah dan diagnosa keduanya digunakan karena beberapa masalah tidak dapat diselesaikan seperti diagnosa tetapi dibutuhkan penanganan yang dituangkan ke dalam sebuah rencana asuhan terhadap klien.

c. Identifikasi Diagnosa/Masalah Potensial

Setelah didapatkan masalah atau diagnosa, maka masalah tersebut dirumuskan mencakup masalah potensial yang berkaitan dengan diagnosa kebidanan adalah merupakan masalah yang mungkin timbul apabila tidak segera ditanggulangi maka dapat mempegaruhi keselamatan hidup pasien/klien. Oleh sebab itu masalah potensial haruslah segera diatasi, dicegah dan diawasi serta segera dipersiapkan untuk mengatasinya.

d. Identifikasi Kebutuhan Tindakan Segera

Beberapa hal yang mencerminkan kesinambungan dan kegiatan yang dilakukan dari mulai ANC sampai persalinan. Dalam langkah tersebut mencakup kegiatan yang dilakukan secara mandiri, kolaborasi ataupun rujukan. Bisa jadi dalam kegiatan ini dapat mengumpulkan data baru yang kemudian dievaluasi bila menunjukkan klien gawat dapat direncanakan tindakan segera baik mandiri maupun kolaborasi.

e. Perencanaan

Perencanaan asuhan kebidanan merupakan lanjutan dan masalah atau diagnosa yang telah ada. Di dalam langkah ini bidan dapat mencari informasi yang lengkap dan memberi informasi tambahan. Perencanaan asuhan yang mencakup kegiatan bimbingan, penyuluhan dan rujukan pada klien.

f. Pelaksanaan

Dalam langkah pelaksanaan ini, bidan dapat melakukan secara mandiri kolaborasi maupun rujukan, namun bidan tetap bertanggung jawab untuk terus mengarahkan pelaksanaan tindakan asuhan kebidanan.

g. Evaluasi

Menjelaskan tentang penilaian atau evaluasi terhadap asuhan yang telah dilaksanakan apakah efektif atau tidak, sehingga dapat diambil suatu kesimpulan apakah perlu mengulang kembali rencana asuhan pemeriksaan fisik seterusnya (Varney, 2009)

2. Standar Asuhan Kebidanan

Standar asuhan kebidanan adalah acuan dalam proses pengambilan keputusan dan tindakan yang dilakukan oleh bidan sesuai dengan wewenang dan ruang lingkup praktiknya berdasarkan ilmu dan kiat kebidanan. Mulai

dari pengkajian, perumusan diagnosa atau masalah kebidanan, perencanaan, implementasi, evaluasi dan pencatatan asuhan kebidanan.

a. Standar I : Pengkajian

1) Pernyataan standar

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

2) Kriteria Pengkajian :

a) Data tepat, akurat dan lengkap.

b) Terdiri dari Data Subjektif (hasil Anamnesa, biodata, keluhan utama, riwayat obstetri, riwayat kesehatan dan latar belakang sosial budaya).

c) Data Objektif (hasil pemeriksaan fisik, psikologis dan pemeriksaan penunjang).

b. Standar II : Perumusan Diagnosa atau Masalah Kebidanan

1) Pernyataan Standar

Bidan menganalisa diagnosa yang diperoleh pada pengkajian, menginterpretasinya secara akurat dan logis untuk menegakkan diagnosa dan masalah kebidanan yang tepat.

2) Kriteria Perumusan Diagnosa dan atau Masalah

a) Diagnosa sesuai dengan nomenklatur Kebidanan.

b) Masalah dirumuskan sesuai dengan kondisi klien.

c) Dapat diselesaikan dengan Asuhan Kebidanan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan.

c. Standar III : perencanaan

1) Pernyataan Standar

Bidan merencanakan asuhan kebidanan berdasarkan diagnosa dan masalah yang ditegakkan.

2) Kriteria Perencanaan

- a) Rencana tindakan disusun berdasarkan prioritas masalah dan kondisi klien, tindakan segera, tindakan antisipasi, dan asuhan secara komprehensif.
 - b) Melibatkan klien/pasien dan atau keluarga.
 - c) Mempertimbangkan kondisi psikologi, sosial budaya klien/keluarga.
 - d) Memilih tindakan yang aman sesuai kondisi dan kebutuhan klien berdasarkan evidence based dan memastikan bahwa asuhan yang diberikan bermanfaat untuk klien.
 - e) Mempertimbangkan kebijakan dan peraturan yang berlaku, sumberdaya serta fasilitas yang ada.
- d. Standar IV : Implementasi

1) Pernyataan Standar

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

2) Kriteria Implementasi

- a) Memperhatikan keunikan klien sebagai makhluk bio-psiko-sosial-spiritual-kultural.
- b) Setiap tindakan asuhan harus mendapatkan persetujuan dari klien atau keluarganya (inform consent).

- c) Melakukan tindakan asuhan berdasarkan evidence based.
 - d) Melibatkan klien/ pasien dalam setiap tindakan.
 - e) Menjaga privacy klien/pasien.
 - f) Melaksanakan prinsip pencegahan infeksi.
 - g) Mengikuti perkembangan kondisi klien secara berkesinambungan.
 - h) Menggunakan sumber daya, sarana dan fasilitas yang ada dan sesuai.
 - i) Melakukan tindakan sesuai standar.
 - j) Mencatat semua tindakan yang sudah dilakukan.
- e. Standar V : Evaluasi
- 1) Pernyataan Standar
Bidan melakukan evaluasi secara sistematis dan berkesinambungan untuk melihat keefektifan dari asuhan yang diberikan, sesuai dengan perubahan perkembangan kondisi klien.
 - 2) Kriteria Evaluasi
 - a) Penilaian dilakukan segera setelah selesai melaksanakan asuhan sesuai kondisi klien.
 - b) Hasil evaluasi segera dicatat dan dikomunikasikan pada klien dan keluarga.
 - c) Evaluasi dilakukan sesuai dengan standar.
 - d) Hasil evaluasi tindak lanjut sesuai dengan kondisi klien/pasien.
- f. Standar VI : Pencatatan Asuhan Kebidanan

1) Pernyataan Standar

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

- a) Kriteria Pencatatan Asuhan Kebidanan
- b) Pencatatan dilakukan segera setelah melakukan asuhan pada formulir yang tersedia (Rekan medis/KMS/Status pasien/buku KIA).
- c) Ditulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP
 - (1) S adalah data Subjektif, mencatat hasil anamnesa.
 - (2) O adalah data Objektif, mencatat hasil pemeriksaan.
 - (3) A adalah hasil analisa, mencatat diagnosa masalah kebidanan.
 - (4) P adalah pelaksanaan, mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antisipatif, tindakan segea, tindakan secara komprehensif: penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi/follow up dan rujukan (Kepmenkes, 2007).

C. Aspek Hukum

Menurut Permenkes RI No. 28 Tahun 2017 bidan memiliki kewenangan seperti :

1. Pasal 18

Dalam penyelenggaraan Praktik Kebidanan, Bidan memiliki kewenangan untuk memberikan :

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

2. Pasal 19

(1) Pelayanan kesehatan ibu sebagaimana dimaksud dalam pasal 18 huruf a diberikan pada masa sebelum hamil, masa hamil, masa persalinan, masa nifas, masa menyusui, dan masa antara dua kehamilan.

(2) Pelayanan kesehatan ibu sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi pelayanan :

- a. Koseling pada masa sebelum hamil
- b. Antenatal padaa kehamilan normal
- c. Persalinan normal
- d. Ibu nifas normal
- e. Ibu menyusui
- f. Konseling pada masa antara dua kehamilan.

(3) Dalam memberikan pelayanan kesehatan ibu sebagaimana dimaksud pada ayat (2), Bidan berwenang melakukan :

- a. Episiotomi
- b. Pertolongan persalinan normal
- c. Penjahitan luka jalan lahir tingkat I dan II

- d. Penanganan kegawat daruratan, dilanjutkan dengan perujukan
- e. Pemberian tablet tambah dara pada ibu hamil
- f. Pemberian vitamin A dosis tinggi pada ibu nifas
- g. Fasilitasi/bimbingan inisiasi menyusui dini dan promosi air susu ibu eksklusif
- h. Pemberian uterotonika pada manajemen aktif kala tiga dan postpartum
- i. Penyuluhan dan konseling
- j. Bimbingan pada kelompok ibu hamil dan
- k. Pemberian surat keterangan kehamilan dan kelahiran.

3. Pasal 20

- (1) Pelayanan kesehatan anak sebagaimana dimaksud dalam pasal 18 huruf b diberikan pada bayi baru lahir, bayi, anak alita, dan anak prasekolah.
- (2) Dalam memberikan pelayanan kesehatan anak sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Bidan berwenang melakukan :
 - a. Pelayanan neonatal esensial
 - b. Penanganan kegawatdaruratan, dilanjutkan dengan perujukan
 - c. Pemantauan tumbuh kembang bayi, anak balita, dan anak prasekolah. Dan
 - d. Konseling dan penyuluhan
- (3) Pelayanan neonatal sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf a meliputi inisiasi menyusui dini, pemotongan dan perawatan tali pusat, pemberian suntikan Vit K1, pemberian imunisasi BO, pemeriksaan fisik bayi baru lahir, pemantauan tanda bahaya, pemberian identitas diri, dan

merujuk kasus yang tidak dapat ditangani dalam kondisi stabil dan tepat waktu ke Fasilitas Pelayanan Kesehatan yang lebih mampu.

- (4) Penanganan kegawat dauratan, dilanjutkan dengan perujukan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf b meliputi :
- (a) Penanganan awal asfiksia bayi baru lahir melalui pembersihan jalan nafas, ventilasi tekanan positif, dan/atau kompresi jantung.
 - (b) Penanganan awal hipotermia pada bayi baru lahir dengan BBLR melalui penggunaan selimut atau fentilasi dengan cara menghangatkan tubuh bayi dengan metode kangguru.
 - (c) Penanganan awal infeksi tali pusat dengan mengoles alkohol atau povidon iodine serta menjaga luka tali pusat tetap bersih dan kering; dan
 - (d) Membersihkan dan pemberian salep mata pada bayi baru lahir dengan infeksi gonore (GO).
 - (e) Pemantauan tumbuh kembang bayi, anak balita, dan anak prasekolah sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf c meliputi kegiatan penimbangan berat badan, pengukuran lingkar kepala, pengukuran tinggi bdana, stimulasi deteksi dini, dan intervensi dini penyimpangan tumbuh kembang balita dengan menggunakan Kuosioner Pra Skrining Perkembangan (KPSP)
 - (f) Konseling dan penyuluhan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf d meliputi pemberian komunikasi, informasi, edukasi (KIE) kepada ibu dan keluarga tentang perawatan bayi baru lahir, ASI

eksklusif, tanda bahaya pada bayi baru lahir, pelayanan kesehatan, imnisasi, gizi seimbang, PHBS, dan tumbuh kekebang.

4. Pasal 21

Dalam memberikan pelayanan kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana sebagaimana dimaksud dalam pasal 18 huruf c, Bidan berwenan memberikan :

- a. Penyuluhan dan konseling kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana; dan
- b. Pelayanan kontrasepsi oral, kondom, dan suntikan.

5. Pasal 22

Bagian Ketiga Pelimpahan Kewenangan Pasal 22 selain kewenangan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 18, Bidan memiliki kewenangan membeikan pelayanan berdasarkan :

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

6. Pasal 23

- (1) Kewenangan memberikan pelayanan berdasarkan penugasan dari pemerintah sesai kebuthan sebagaimana dimaksud dalam pasal 22 huruf terdiri atas :
 - a. Kewenangan berdasarkan program pemerintah; dan
 - b. Kewenangan karena tidak adanya tenaga kesehatan lain di suatu wilayah tempat Bidan bertugas.

- (2) Kewenangan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diperoleh Bidan setelah mendapatkan pelatihan.
- (3) Pelatihan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) diselenggarakan oleh Pemerintah Pusat atau Pemerintah Daerah bersama organisasi profesi terkait berdasarkan modul dan kurikulum yang terstandarisasi sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (4) Bidan yang telah mengikuti pelatihan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) berhak memperoleh sertifikat pelatihan.
- (5) Bidan yang diberi kewenangan sebagaimana dimaksud ayat (1) harus mendapatkan penetapan dari kepala dinas kesehatan Kabupaten/Kota.

7. Pasal 24

- (1) Pelayanan kesehatan yang diberikan oleh Bidan ditempat kerjanya, akibat kewenangan sebagaimana dimaksud dalam pasal 23 harus sesuai dengan kompetensi yang diperoleh selama pelatihan.
- (2) Untuk menjamin kepatuhan terhadap penerapan kompetensi yang diperoleh Bidan selama pelatihan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota harus melakukan evaluasi pasca pelatihan di tempat kerja Bidan.
- (3) Evaluasi pasca pelatihan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dilaksanakan paling lama 6 (enam) bulan setelah pelatihan.

8. Pasal 25

- (1) Kewenangan berdasarkan program pemerintah sebagaimana dimaksud dalam pasal 23 ayat (1) huruf a, meliputi :

- a. Pemberian pelayanan alat kontrasepsi dalam rahim dan alat kontrasepsi bawah kulit.
 - b. Asuhan antenatal terintegrasi dengan intervensi khusus penyakit tertentu.
 - c. Penanganan bayi dan anak balita sakit sesuai dengan pedoman yang ditetapkan.
 - d. Pemberian imunisasi rutin dan tambahan sesuai program pemerintah.
 - e. Melakukan pembinaan peran serta masyarakat dibidang kesehatan ibu dan anak, anak usia sekolah dan remaja, dan penyehatan lingkungan.
 - f. Pemantauan tumbuh kembang bayi, anak balita, anak pra sekolah dan anak sekolah.
 - g. Melaksanakan deteksi dini, merujuk, dan memberikan penyuluhan terhadap Infeksi Menular Seksual (IMS) termasuk pemberian kondom, dan penyakit lainnya.
 - h. Pencegahan penyalahgunaan Narkotika, Psikotropika dan Zat Adiktif lainnya (NAPZA) melalui informasi dan edukasi. Dan
 - i. Melaksanakan pelayanan kebidanan komunitas.
- (2) Kebutuhan dan penyediaan obat, vaksin, dan/atau kebutuhan logistik lainnya dalam pelaksanaan Kewenangan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), harus dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.