

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. Tinjauan teori medis

1. Kehamilan

a. Definisi

Periode antepartum adalah periode kehamilan yang dihitung sejak hari pertama haid terakhir (HPHT) hingga dimulainya persalinan sejati, yang menandai awal periode antepartum (Varney ; 2007 hal : 492).

Kehamilan adalah masa dimana terdapat janin didalam rahim seorang perempuan. Masa kehamilan didahului oleh terjadinya pembuahan yaitu bertemunya sel sperma laki – laki dengan sel telur yang dihasilkan oleh indung telur. Setelah pembuahan, terbentuk kehidupan baru berupa janin dan tumbuh didalam rahim ibu yang merupakan tempat berlindung yang aman dan nyaman bagi janin (Pudiastuti ; 2011 hal : 92).

Masa kehamilan dimulai dari konsepsi sampai lahirnya janin. Lamanya hamil normal adalah 280 hari (40 minggu atau 7 hari) dihitung dari hari pertama haid terakhir. Kehamilan dibagi dalam tiga trimester, yaitu trimester pertama dimulai dari konsepsi sampai tiga bulan, trimester kedua dari bulan keempat sampai enam bulan, trimester ketiga dari bulan ketujuh sampai sembilan bulan (Prawirohardjo : 2009 hal : 213).

b. Tanda – tanda kehamilan

1) Tanda tidak pasti kehamilan

a) Amenorhea

Konsepsi dan nidasi menyebabkan tidak terjadi pembentukan folikel de graaf dan ovulasi sehingga menstruasi tidak terjadi. Lamanya amenorhea dapat dikonfirmasi dengan memastikan hari pertama haid terakhir, dan digunakan untuk memperkirakan usia kehamilan dan tafsiran persalinan.

b) Mual dan muntah

Pengaruh estrogen dan progesteron terjadi pengeluaran asam lambung yang berlebih dan menimbulkan mual muntah yang terjadi terutama pada pagi hari yang disebut morning sickness. Dalam batas tertentu hal ini masih fisiologis, tetapi bila terlampau sering dapat menyebabkan gangguan kesehatan yang disebut dengan hiperemesis gravidarum.

c) Ngidam

Wanita hamil sering menginginkan makanan tertentu, keinginan yang demikian disebut ngidam. Ngidam sering terjadi pada bulan – bulan pertama kehamilan akan menghilang dengan makin tuanya kehamilan.

d) Mamae menjadi tegang dan membesar

Estrogen meningkatkan perkembangan sistem duktus pada payudara, sedangkan progesteron menstimulasi perkembangan sistem alveolar payudara. Bersama sematomamotropin, hormon – hormon ini menimbulkan pembesaran payudara, menimbulkan perasaan tegang dan nyeri selama dua bulan pertama kehamilan, pelebaran puting susu, serta pengeluaran colostrum.

e) Miksing sering (Sering buang air kecil)

Desakan uterus kedepan menyebabkan kandung kemih cepat terasa penuh dan sering miksing. Frekuensi miksing yang sering, terjadi pada trimester pertama akibat desakan uterus terhadap kandung kemih. Ada trimester kedua umumnya keluhan ini akan berkurang karena uterus membesar keluar dari rongga panggul. Pada akhir trimester, gejala bisa timbul karena janin mulai masuk ke rongga panggul dan menekan kembali kandung kemih.

f) Konstipasi atau obstipasi

Pengaruh progesteron dapat menghambat peristaltik usus (tonus otot menurun) sehingga kesulitan untuk BAB.

g) Pigmentasi (perubahan warna kulit)

Pigmentasi terjadi pada usia kehamilan lebih dari 12 minggu. Terjadi akibat pengaruh hormon kortikosteroid plasenta yang merangsang melanofor dan kulit.

h) Varises (pemekaran vena – vena)

Pengaruh estrogen dan progesteron menyebabkan pelebaran pembuluh darah terjadi disekitar genitalia ekstremitas, kaki dan betis serta payudara. Penampakan pembuluh darah ini dapat hilang setelah persalinan (Hani, 2011 ; hal : 72 – 74).

2) Tanda kemungkinan kehamilan

a) Perut membesar

Terjadi akibat pembesaran uterus. Hal ini terjadi pada bulan keempat kehamilan.

b) Uterus membesar

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

c) Tanda Hegar

Tanda hegar adalah pelunakan dan dapat ditekannya isthmus uteri.

d) Tanda Chadwick

Perubahan warna menjadi keunguan dan pada vulva dan mukosa vagina termasuk juga dan serviks.

e) Tanda pascaseck

Merupakan pembesaran uterus yang tidak simetris. Terjadi karena ovum berimplantasi pada daerah dekat dengan kornu sehingga daerah tersebut berkembang lebih dahulu.

f) Tanda Braxton – Hicks

Merupakan peregangan sel – sel otot uterus, akibat meningkatnya actomysin di dalam otot uterus. Kontraksi ini tidak ritmik, sporadic, tidak nyeri biasanya diamati dari pemeriksaan pada trimester ketiga.

g) Teraba ballotement

Ketukan yang mendadak pada uterus menyebabkan janin bergerak dalam cairan ketuban yang dapat dirasakan oleh tangan pemeriksa.

h) Pemeriksaan tes biologis kehamilan

Pemeriksaan ini adalah untuk mendeteksi adanya Human Chorionic Gonadotropin (HCG) yang diproduksi oleh sinsiotropoblastik sel kehamilan (Hani ; 2011 hal : 74 – 75).

3) Tanda pasti kehamilan

a) Gerakan janin ini harus dapat diraba jelas oleh pemeriksa.

b) Terdengar denyut jantung janin

c) Pada pemeriksaan USG terlihat adanya kantong kehamilan, ada gambaran embrio.

d) Pada pemeriksaan rontgen terlihat adanya kerangka janin (Hani ; 2011 hal : 75).

c. Penyebab terjadinya kehamilan

1) Konsepsi

Pertemuan antara ovum matang dan sperma sehat yang memungkinkan terjadinya kehamilan, konsepsi dapat terjadi apabila :

a) Senggama harus terjadi pada bagian siklus reproduksi wanita yang tepat.

b) Ovarium wanita melepaskan ovum yang sehat pada saat ovulasi.

c) Pria mengeluarkan sperma yang cukup normal dan sehat saat ejakulasi.

d) Tidak adanya hambatan atau barrier yang mencegah sperma mencapai, melakuakn penetrasi dan sampai akhirnya membuahi ovum.

2) Fertilisasi

Merupakan kelanjutan dari proses konsepsi, yaitu sperma bertemu dengan ovum, terjadi penyatuan sperma dengan ovum, sampai dengan terjadi pembuahan fisik dan kimiawi ovum – sperma hingga menjadi buah kehamilan. Gambaran

proses dari konsepsi sampai dengan fertilisasi adalah sebagai berikut :

a) Sperma masuk kedalam vagina

Sperma diejakulasikan di fornicks vagina saat coitus, menuju ke ampula tuba sampai tempat fertilisasi.

b) Proses kapasitas

Sperma mengalami perubahan biokimiawi agar lebih kuat mencapai ampula tuba.

c) Reaksi akromosom

Sperma mengeluarkan cairan hyaluronidase dan tripsin agar bisa menembus lapisan ovarium.

d) Sperma masuk zona pellusida dan corona radiata.

zat yang dikeluarkan melalui reaksi akromosom akan mengencerkan corona radiata dan zona pellusida.

e) Reaksi granula kortikal

Merupakan sel – sel granulose yang berada disekitar oosit yang akan menutup setelah satu buah sperma masuk kedalam oosit, sehingga mencegah sperma yang lain masuk.

f) Fertilisasi

(1) Kepala sperma membesar dan ini sel sperma membentuk pronekleus pria.

(2) Inti sel ovum membentuk pronukleus wanita

(3) Kedua pronukleus berfusi.

Dalam proses ini akhirnya kedua pronukleus bersatu dan membentuk zigot yang terdiri atas bahan genetik dari wanita dan pria. Dalam beberapa jam setelah konsepsi, mulailah terjadi proses pembelahan zigot. Segera setelah pembelahan sel terjadi, maka pembelahan – pembelahan sel selanjutnya akan berjalan dengan lancar dan akhirnya dalam waktu tiga hari terbentuk suatu kelompok sel – sel yang sama besarnya, disebut *morulla*. Proses selanjutnya adalah

perubahan morulla menjadi blastula. Hasil konsepsi tiba ke dalam kavum uteri pada tingkat blastula.

3) Implantasi

Implantasi adalah masuknya atau tertanamnya hasil konsepsi ke dalam endometrium. Blastula diselubungi oleh suatu sampai disebut trofoblas yang mampu menghancurkan atau mencairkan jaringan. Ketika blastula mencapai rongga rahim, jaringan endometrium berada dalam fase sekresi. Jaringan endometrium mengandung banyak nutrisi sehingga untuk terjadinya kesuburan dalam kehamilan (Sulistiyawati, 2009 hal : 35 – 37).

d. Standar asuhan kebidanan

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 minggu)
 - c) Dua kali pada trimester III (Usia kehamilan 28 – 40 minggu)
- (Suliatyawati, 2009 hal : 4)

2) Informasi yang diberikan ketika memberikan asuhan kebidanan

a. Trimester I

(1) Menjalin hubungan saling percaya

Ini merupakan langkah paling awal namun akan sangat menentukan kualitas asuhan di waktu – waktu berikutnya. Hubungan saling percaya antar pasien dan bidan mutlak harus dapat dipenuhi sehingga informasi dan penatalaksanaan yang diberikan oleh bidan dapat selalu sesuai dengan data yang disampaikan pasien secara jujur. Bisa dibayangkan jika pasien tidak dapat percaya dengan bidan dan memberikan data yang tidak sesuai, maka jika terjadi gangguan pada ibu, bidan tidak akan dapat mendeteksi sehingga akan berakibat fatal yaitu salah dalam memberikan pelayanan.

(2) Deteksi masalah

Pada tahap awal pemberian asuhan, bidan melakukan deteksi kemungkinan masalah atau komplikasi yang

muncul dengan melakukan penapisan – penapisan. Beberapa diantaranya adalah penapisan kelainan bentuk panggul dengan tinggi badan kurang dari 145 cm, pree eklampsia, hipertensi dalam kehamilan, infeksi dan sebagainya. Penapisan ini dilakukan melalui proses pengkajian data subjektif dan objektif serta ditunjang dengan pemeriksaan USG, serta rontgen.

(3) Mencegah masalah (TT dan anemia)

Pencegahan masalah anemia merupakan prioritas pertama yang harus dilakukan oleh bidan karena anemia merupakan penyebab utama perdarahan postpartum. Berdasarkan data Departemen Kesehatan, penyebab kematian ibu terbanyak di Indonesia adalah perdarahan. Selain anemia, bidan juga harus melakukan pencegahan penyakit tetanus neonatorum karena penyakit ini memberikan peran yang cukup besar dalam menyebabkan kematian bayi.

(4) Persiapan persalinan dan komplikasi

Meskipun proses persalinan masih cukup lama, namun bidan tetap harus menyampaikan informasi ini seawal mungkin sehingga pasien dan keluarga sudah mempunyai gambaran mengenai apa yang harus direncanakan. Selain itu untuk memberdayakan pasien dan keluarga, beberapa komplikasi yang mungkin terjadi dalam kehamilan juga perlu disampaikan sejak dini sehingga pasien dan keluarga dapat ikut aktif dalam pemantauan perjalanan kehamilannya.

(5) Perilaku sehat (gizi, latihan / senam, kebersihan, istirahat)

Untuk informasi ini bidan perlu menyampaikan materi perilaku hidup sehat secara terperinci karena aspek ini merupakan hal sangat menentukan kualitas kesehatan ibu hamil.

b. Trimester II

Setelah bidan menyimpulkan bahwa pasien sudah cukup dengan informasi yang harus diketahui pada trimester I, maka pada trimester II ini bidan memberikan informasi yang berkaitan dengan preeklampsia ringan. Bidan mengajak pasien dan keluarga untuk aktif dalam memantau kemungkinan gejala – gejala preeklampsia ringan dalam kehamilannya sehingga timbul tanggung jawab bagi pasien dan keluarga untuk mempertahankan kesehatannya secara mandiri.

c. Trimester III

(1) Gemelli (28 – 36 minggu)

Pada usia kehamilan ini informasi yang perlu disampaikan adalah hasil pemeriksaan kesejahteraan janin dalam kandungan, salah satunya adalah janin tunggal atau ganda. Informasi tersebut akan mengurangi beberapa kekhawatiran yang dirasakan oleh ibu dan keluarga berkaitan dengan janin.

(2) Letak janin (> 36 minggu)

Gambaran persalinan yang akan dilalui merupakan salah satu hal yang dikhawatirkan oleh ibu dan keluarga pada akhir masa kehamilan. Informasi mengenai kepastian letak janin dan posisi janin akan mengurangi kecemasan pasien. Ibu akan lebih siap jika diberikan gambaran mengenai proses persalinan secara lengkap (Sulistyawati, 2009 hal : 3 – 7).

3) Tujuan asuhan antenatal

Tujuan asuhan kebidanan dalam kehamilan pada prinsipnya adalah memberikan layanan atau bantuan untuk meningkatkan kesehatan ibu hamil dalam rangka mewujudkan kesehatan keluarga. Kegiatan yang dilakukan di dalam pelayanan kebidanan dapat berupa peningkatan, pencegahan, penyembuhan dan pemulihan.

Tujuan utama asuhan antenatal adalah sebagai berikut :

- a) Untuk memfasilitasi hasil yang sehat dan positif bagi ibu maupun bayinya dengan cara membina hubungan saling percaya dengan ibu.
- b) Mendeteksi komplikasi – komplikasi yang dapat mengancam jiwa
- c) Mempersiapkan kelahiran
- d) Memberikan pendidikan

Tujuan asuhan antenatal yang lain adalah sebagai berikut :

- a) Memantau kemajuan kehamilan untuk memastikan kesehatan ibu dan tumbuh kembang bayi.
- b) Meningkatkan dan mempertahankan kesehatan fisik, mental, dan sosial ibu juga bayi.
- c) Mengenali secara dini adanya ketidaknormalan atau komplikasi yang mungkin terjadi selama hamil, termasuk riwayat penyakit secara umum, kebidanan, dan pembedahan.
- d) Mempersiapkan persalinan cukup bulan, melahirkan dengan selamat, ibu maupun bayinya dengan trauma seminimal mungkin.
- e) Mempersiapkan ibu agar masa nifas berjalan normal dan pemberian ASI eksklusif.
- f) Mempersiapkan peran ibu dan keluarga dalam menerima kelahiran bayi agar dapat tumbuh kembang secara normal (Hani, 2010 hal : 5 – 6).

4) Pelayanan standar

Dalam melakukan pemeriksaan antenatal, tenaga kesehatan harus memberikan pelayanan yang berkualitas sesuai standar yang terdiri dari :

- a) Timbang berat badan dan ukur tinggi badan
Penimbangan berat badan pada setiap kali kunjungan antenatal dilakukan untuk mendeteksi adanya gangguan pertumbuhan janin. Penambahan baerat badan yang

kurang dari 9 kilogram selama kehamilan atau kurang dari 1 kg setiap bulannya menunjukkan adanya gangguan pertumbuhan janin.

Pengukuran tinggi badan pada pertama kali kunjungan dilakukan untuk menapis adanya faktor resiko paa ibu hamil. Tinggi badan ibu hamil kurang dari 145 cm meningkatkan resiko untuk terjadinya CPD (Cephalo Pelvic Disproportin).

b) Ukur tekanan darah

Pengukuran tekanan darah pada setiap kali kunjungan antenatal dilakukan untuk mendeteksi adanya hipertensi (tekanan darah > 140/90 mmHg) pada kehamilan dan preeklampsia (hipertensi disertai edema wajah dan atau tungkai bawah; dan atau proteinuria).

c) Nilai status gizi (ukur lingkar lengan atas/LILA)

Pengukuran LILA hanya dilakukan pada kontak pertama oleh tenaga kesehatan di trimester I untuk skrining ibu hamil beresiko Kurang Energi Kronis (KEK), disini maksudnya ibu hamil yang mengalami kekurangan gizi dan telah berlangsung lama (beberapa bulan/tahun) dimana LILA kurang dari 23,5 cm. Ibu hamil dengan KEK akan dapat melahirkan bayi berat badan rendah (BBLR).

d) Ukur tinggi fundus uteri

Pengukuran tinggi fundus uteri pada setiap kali kunjungan antenatal dilakukan untuk mendeteksi pertumbuhan janin sesuai atau tidak dengan umur kehamilan. Jika tinggi fundus uteri tidak sesuai dengan usia kehamilan, kemungkinan ada gangguan pertumbuhan janin. Standar pengukuran menggunakan pita pengukur setelah kehamilan 24 minggu.

e) Tentukan presentasi janin dan denyut jantung janin (DJJ)

Menentukan denyut jantung janin dilakukan pada akhir trimester II dan selanjutnya setiap kali kunjungan antenatal. Pemeriksaan ini dimaksudkan untuk mengetahui letak janin.

Jika pada trimester III bagian bawah janin bukan kepala, atau kepala janin belum masuk ke panggul berarti ada kelainan letak, panggul sempit atau masalah lain.

Penilaian DJJ dilakukan pada akhir trimester I dan selanjutnya setiap kali kunjungan antenatal. DJJ lambat kurang dari 120 kali/menit atau DJJ lebih cepat lebih dari 160 kali/menit menunjukkan adanya gawat janin.

- f) Skrining status Imunisasi Tetanus dan berikan imunisasi Tetanus Toksoid (TT) bila diperlukan.

Untuk mencegah terjadinya tetanus neonatorum ibu hamil harus mendapat imunisasi TT. Pada saat kontak pertama, ibu hamil di skrining status imunisasi T-nya. Pemberian imunisasi TT pada ibu hamil, disesuaikan dengan status imunisasi T ibu saat ini. Ibu hamil minimal memiliki status imunisasi T2 agar mendapatkan perlindungan terhadap infeksi tetanus. Ibu hamil dengan status imunisasi T5 (TT long life) tidak perlu diberikan imunisasi TT lagi.

- g) Beri tablet tambah darah (tablet besi)

Untuk mencegah anemia gizi besi, setiap ibu hamil harus mendapat tablet tambah darah (tablet zat besi) dan Asam Folat minimal 90 tablet selama kehamilan yang diberikan sejak kontak pertama.

- h) Pemeriksaan laboratorium (rutin dan khusus)

Pemeriksaan laboratorium dilakukan pada saat antenatal tersebut meliputi :

- (1) Pemeriksaan golongan darah
- (2) Pemeriksaan kadar Hemoglobin darah (Hb)
- (3) Pemeriksaan protein dalam urin
- (4) Pemeriksaan kadar gula darah
- (5) Pemeriksaan darah malaria
- (6) Pemeriksaan tes sifilis
- (7) Pemeriksaan HIV
- (8) Pemeriksaan TBA

i) Tatalaksana / penanganan kasus

Berdasarkan hasil pemeriksaan antenatal di atas dan hasil pemeriksaan laboratorium, setiap kelainan yang ditemukan pada ibu hamil harus ditangani sesuai dengan standar dan kewenangan tenaga kesehatan. Kasus – kasus yang tidak dapat ditangani dirujuk sesuai dengan sistem rujukan.

j) Temu wicara (konseling)

Temu wicara (konseling) dilakukan pada setiap kunjungan antenatal yang meliputi :

- (1) Kesehatan ibu
- (2) Perilaku hidup bersih dan sehat
- (3) Peran suami / keluarga dalam kehamilan dan perencanaan persalinan.
- (4) Tanda bahaya dalam kehamilan, persalinan dan nifas serta kesiapan menghadapi komplikasi.
- (5) Asupan gizi seimbang.
- (6) Gejala penyakit menular dan tidak menular
- (7) Penawaran untuk melakukan testing dan konseling HIV di daerah terkonsentrasi HIV/bumil resiko tinggi terinfeksi HIV.
- (8) Inisiasi Menyusu dini (IMD) dan pemberian ASI eksklusif.
- (9) KB pasca persalinan
- (10) Imunisasi
- (11) Peningkatan kesehatan intelegensia pada kehamilan (Brain Booster) (Kemenkes RI 2012 hal 8 – 13).

e. Tanda bahaya kehamilan

Deteksi dini gejala dan tanda bahaya dalam kehamilan merupakan upaya terbaik untuk mencegah terjadinya gangguan yang serius terhadap kehamilan atau keselamatan ibu hamil. Faktor predisposisi dan adanya penyakit penyerta sebaiknya dieknali juga sejak dini sehingga bisa dilakukan sebagai upaya maksimal untuk mencegah gangguan yang berat, baik terhadap kehamilan dan keselamatan ibu maupun bayi yang dikandungnya.

Tanda bahaya kehamilan meliputi :

1) Perdarahan

Perdarahan pada kehamilan muda tau usia kehamilan dibawah 20 minggu, umumnya disebabkan oleh keguguran.

2) Nyeri hebat didaerah abdominopelvikum

Bila hal tersebut terjadi pada kehamilan trimester kedua dan ketiga dan disertai dengan beberapa riwayat atau tanda tertentu, diagnosis nya mengarah pada solusio plasenta.

3) Sakit kepala yang hebat

Sakit kepala yang bisa terjadi selama kehamilan, dan seringkali merupakan ketidaknyamanan yang normal dalam kehamilan. Pada umumnya, ibu hamil dengan usia kehamilan diatas 20 minggu disertai adanya peningkatan tekanan darah diatas normal. Sakit kepala yang menunjukkan kemungkinan masalah yang serius adalah sakit kepala hebat yang menetap dan tidak hilang dengan hanya beristirahat. Kadang – kadang dengan sakit kepala hebat, ibu mungkin merasakan bahwa penglihatannya menjadi akbur atau berbayang. Sakit kepala yang hebat dalam kehamilan adalah gejala dari preeklampsia.

4) Masalah penglihatan

Akibat pengaruh hormonal, ketajaman penglihatan ibu bisa berubah selama kehamilan. Masalah visual yang mengidentifikasi keadaan yang mengancam jiwa adalah perubahan visual mendadak. Misalnya pandangan kabur atau berbayang. Perubahan penglihatan ini mungkin disertai dengan sakit kepala hebat, dan mungkin merupakan tanda preeklampsia.

5) Bengkak pada muka dan tangan

Hampir separuh dari ibu hamil akan mengalami bengkak yang normal pada kaki, yang biasanya muncul pada sore hari, dan biasanya hilang setelah beristirahat atau meninggikan kaki. Bengkak bisa menunjukkan adanya masalah serius bila muncul pada muka dan tangan, tidak hilang setelah beristirahat, dan

disertai dengan keluhan fisik lain. Ini bisa jadi merupakan pertanda anemia, gagal jantung atau preeklampsia.

6) Bayi kurang bergerak seperti biasa

Ibu mulai merasakan gerakan bayinya selama bulan ke – 5 atau ke – 6, beberapa ibu bahkan meraskan gerakan bayinya lebih awal. Jika bayi tidur, gerakannya akan melemah. Bayi harus bergerak paling sedikit 3 kali dalam periode 3 jam. Gerakan bayi akan lebih mudah terasa jika ibu berbaring atau beristirahat dan bila ibu makan dan minum dengan baik (Asrinah, dkk, 2010 ; hal : 114 – 116).

2. Persalinan

a. pengertian

Persalinan adalah rangkaian proses yang berakhir 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. Penyebab awitan persalinan spontan tidak diketahui, walaupun sejumlah teori menarik telah dikembangkan dan profesional perawatan kesehatan mengetahui cara menginduksi pada kondisi tertentu (Varney, 2007 hal : 672).

Kelahiran bayi merupakan peristiwa penting bagi kehidupan seorang pasien dan keluarganya sangat penting untuk diingat bahwa persalinan adalah proses yang normal dan merupakan kejadian yang sehat. Namun demikian potensi terjadinya komplikasi yang mengancam nyawa selalu ada sehingga bidan harus mengamati dengan ketat pasien dan bayi sepanjang proses melahirkan. Dukungan yang terus menerus dan pelaksanaan yang terampil dari bidan dapat menyumbangkan suatu pengalaman melahirkan yang menyenangkan dengan hasil persalinan yang sehat (Sulistiyawati, 2013, hal : 4).

b. sebab – sebab mulainya persalinan

bagaimana terjadinya persalinan belum diketahui dengan pasti, sehingga menimbulkan beberapa teori yang berkaitan dengan mulainya kekuatan his.

Hormon – hormon yang dominan pada saat kehamilan yaitu :

1) estrogen

berfungsi untuk meningkatkan sensitivitas otot rahim dan memudahkan penerimaan rangsangan dari luar seperti rangsangan oksitosin, rangsangan prostaglandin, rangsangan mekanis.

2) Progesteron

Berfungsi menurunkan sensitivitas otot rahim, menyulitkan penerimaan rangsangan dari luar seperti oksitosin, rangsangan prostaglandin, rangsangan mekanis, dan menyebabkan otot rahim dan otot polos relaksasi.

Pada kehamilan kedua hormon tersebut berada dalam keadaan yang seimbang, sehingga kehamilan bisa dipertahankan. Perubahan keseimbangan kedua hormon tersebut menyebabkan oksitosin yang dikeluarkan oleh hipofise parst posterior dapat menimbulkan kontraksi dalam bentuk Braxton Hicks. Kontraksi ini akan menjadi kekuatan yang dominan pada saat persalinan dimulai, oleh karena semakin tua kehamilan maka frekuensi kontraksi semakin sering. Oksitosin diduga bekerja bersama atau emmulai prostaglandin yang makin meningkat mulai umur kehamilan minggu ke – 15 sampai aterm lebih – lebih sewaktu partus atau persalinan. Disamping faktor gizi ibu hamil dengan keregangan otot rahim dapat memberikan pengaruh penting untuk mulainya kontraksi rahim. Dengan demikian dapat dikemukakan beberapa teori yang memungkinkan terjadinya proses persalinan :

3) Teori keregangan

Otot rahim mempunyai kemampuan meregang daam batas tertentu. Setelah melewati batas waktu tersebut terjadi kontraksi sehingga persalinan dapat dimulai. Keadaan uterus yang dapat membesar dan menjadi tegang mengakibatkan iskemia otot – otot uterus. Hal ini mungkin merupakan faktor yang dapat mengganggu sirkulasi uteroplaster sehingga

plasenta mengalami degenerasi. Pada kehamilan ganda seringkali terjadi setelah keregangan tertentu, sehingga menimbulkan proses persalinan.

4) Teori penurunan progesteron

Proses penebaran plasenta terjadi mulai umur kehamilan 28 minggu, dimana terjadi penimbunan jaringan ikat, pembuluh darah mengalami penyempitan dan buntu. Vili korion mengalami perubahan – perubahan dan produksi progesteron mengalami penurunan, sehingga otot rahim lebih sensitif terhadap oksitosin. Akibatnya otot rahim mulai berkontraksi setelah tercapai tingkat penurunan progesteron tertentu.

5) Teori oksitosin internal

Oksitosin dikeluarkan oleh kelenjar hipofise pars posterior. Perubahan keseimbangan estrogen dan progesteron dapat mengubah sensitivitas otot rahim, sehingga sering terjadi kontraksi Braxton Hicks. Menurunnya konsentrasi progesteron akibat tuanya kehamilan maka oksitosin dapat meningkatkan aktifitas, sehingga persalinan dimulai.

6) Teori prostaglandin

Konsentrasi prostaglandin meningkat sejak umur kehamilan 15 minggu, yang dikeluarkan oleh desidua. Pemberian prostaglandin pada saat hamil dapat menimbulkan kontraksi otot rahim sehingga terjadi persalinan. Prostaglandin dianggap dapat merupakan pemicu terjadinya persalinan.

7) Teori hipotalamus – pituitari dan glandula suprarenalis

Teori ini menunjukkan pada kehamilan dengan anensefalus sering terjadi keterlambatan persalinan karena terbentuk hipotalamus. Teori ini dikemukakan oleh Linggin (1973). Malpas tahun 1933 mengangkat otak kelinci percobaan, hasilnya kehamilan kelinci menjadi lebih lama. Pemberian kortikosteroid yang dapat menyebabkan maturitas janin, induksi persalinan. Glandula suprarenal merupakan pemicu terjadinya persalinan.

8) Teori berkurangnya nutrisi

Berkurangnya nutrisi pada janin dikemukakan oleh Hippocrates untuk pertama kalinya. Bila nutrisi pada janin berkurang maka hasil konsepsi akan segera dikeluarkan.

9) Faktor lain

Tekanan pada ganglion servikalis dari pleksus Frankenhauser yang terletak dibelakang serviks. Bila ganglion ini tertekan, maka kontraksi uterus dapat dibangkitkan.

Bagaimana terjadinya persalinan masih tetap belum dapat dipastikan, besar kemungkinan semua faktor bekerja bersama – sama, sehingga pemicu persalinan menjadi multifaktor. Selanjutnya dengan berbagai tindakan, persalinan dapat pula dimulai, misalnya dengan memecahkan ketuban yang bertujuan untuk mengurangi keregangan otot rahim, sehingga kontraksi segera dapat dimulai. Keregangan yang melampaui batas melemahkan kontraksi rahim, sehingga perlu diperkecil, agar his dapat dimulai. Induksi persalinan dengan hormonal / kimiawi, dengan penyuntikan oksitosin dimana sebaiknya secara drip (melalui infus intravena), pemakaian prostaglandin. Induksi persalinan dengan mekanik, misalnya dengan memasukkan beberapa gagang laminaria stiff dalam kanalis servikalis untuk merangsang pleksus Frankenhauser. Persalinan dengan tindakan operasi, dengan tindakan bedah seksio sesaria (Sumarah, dkk. 2008 ; hal : 2 - 4).

c. Permulaan persalinan

Tanda persalinan sudah dekat

1) Lightening

Menjelang minggu ke-36 pada primigravida, terjadi penurunan fundus uterus karena kepala bayi sudah masuk ke dalam panggul.

Penyebab dari proses ini adalah sebagai berikut

- a) Kontraksi Braxton Hicks
- b) Ketegangan dinding perut
- c) Ketegangan Ligamentum rotundum

- d) Gaya berat janin, kepala ke arah bawah uterus

Masuknya kepala janin kedalam panggul dapat dirasakan oleh wanita hamil dengan tanda – tanda sebagai berikut :

- a) terasa ringan dibagian atas dan rasa sesak berkurang
- b) Dibagian bawah terasa penuh dan mengganjal
- c) Kesulitan saat benjolan
- d) Sering berkemih

gambaran lightening pada primigravida menunjukkan hubungan normal antara ketiga P yaitu : Power (His) ; passage (jalan lahir) ; dan passanger (bayi an plasenta) . pada multipara gambarannya menjai tidak sejelas pada primigravida, karena masuknya kepala janin keadalam panggul terjadi bersamaan dengan proses persalinan.

2) Terjadinya His Permulaan

Pada saat hamil muda sering terjadi kontraksi Braxton Hicks yang kadang dirasakan sebagai keluhan karna rasa sakit yang ditimbulkan. Biasanya pasien mengeluh adanya rasa sakit dipinggang dan terasa sangat mengganggu, terutama pada pasien dengan ambang rasa sakit yang rendah. Adanya perubahan kadar hormon estrogen dan progesteron menyebabkan oksitoksin semakin meningkat dan dapat menjalankan fungsinya dengan efektif untuk menimbulkan kontraksi atau His permulaan. His permulaan ini sering di istilahkan sebagai His palsu dengan ciri-ciri – ciri sebagai berikut :

- a) Rasa nyeri ringan dibagian bawah
- b) Datang tidak teratur
- c) Tidak ada perubahan pada serviks atau tidak ada tanda – tanda kemajuan persalinan.
- d) Durasi pendek
- e) Tidak bertambah bila beraktifitas (Sulistyawati, 2010 hal : 6).

d. Tanda masuk dalam persalinan

1) Terjadinya his persalinan

Karakter dari his persalinan :

- a) Pinggang terasa sakit menjalar sampai kedepan
- b) Sifat his teratur, interval makin pendek dan kekuatan makin besar
- c) Terjadinya perubahan pada serviks
- d) Jika pasien menambah aktifitasnya, misalnya dengan berjalan, maka kekuatannya bertambah

2) Pengeluaran lendir dan darah (penanda persalinan)

Dengan adanya his persalinan terjadi perubahan pada serviks yang menimbulkan :

- a) Pendataran dan pembukaan
- b) Pembukaan menyebabkan selaput lendir yang terdapat pada kanalis serviks terlepas
- c) Terjadi perdarahan karena kapiler pembuluh darah pecah

3) Pengeluaran cairan

Sebagian pasien mengeluarkan air ketuban akibat pecahnya selaput ketuban. Jika ketuban sudah pecah maka ditargetkan persalinan dapat berlangsung dalam 24 jam . namun jika ternyata tidak tercapai maka persalinan akhirnya diakhiri dengan tindakan tertentu misalnya ekstraksi vakum, sectio sesaria (Sulistyawati, dkk 2013 ; hal : 6 - 7).

e. Tahapan persalinan

1) Kala 1 (pembukaan)

Pasien dikatakan dalam tahap persalinan kala 1 jika sudah terjadi pembukaan serviks dan kontraksi terjadi teratur minimal 2 kali dalam 10 menit selama 40 detik . kala 1 adalah kala pembukaan yang berlangsung antara pembukaan 0 sampai 10 cm (pembukaan lengkap). Proses ini dibagi menjadi 2 fase, yaitu :

- a) fase laten (8 jam) dimana serviks membuka sampai 3 cm.
- b) fase aktif (7 jam) dimana serviks membuka dari 3 sampai 10 cm. Kontraksi lebih kuat dan sering terjadi selama fase

aktif. Pada permulaan his , kala pembukaan berlangsung tidak begitu kuat sehingga parturient (ibu yang sedang bersalin) masih dapat berjalan – jalan. Lamanya kala 1 untuk primigravida berlangsung 12 jam sedangkan pada multigravida berlangsung 8 jam. Berdasarkan kurve friedman, diperhitungkan pembukaan primigravida 1 cm per jam dan pembukaan multigravida 2 cm per jam. Dengan perhitungan tersebut maka waktu pembukaan lengkap dapat diperkirakan (Sulystiawati, 2010 hal : 7)

c) Komplikasi kala I

1. Ketuban pecah disertai dengan keluarnya mekoneum kental.
2. Ketuban pecah dan air ketuban bercampur dengan sedikit mekonium disertai tanda – tanda gawat janin.
3. Ketuban pecah (lebih dari 24 jam) atau ketuban pecah pada kehamilan kurang bulan.
4. Tanda – tanda atau gejala infeksi seperti $> 38^{\circ}\text{C}$, menggigil, nyeri abdomen, cairan ketuban berbau.
5. Tekanan darah lebih dari 160/100 mmHg dan terdapat protein dalam urine.
6. Tinggi fundus uteri ≥ 40 cm.
7. DJJ ≤ 100 atau ≥ 160 kali per menit.
8. Primipara dalam fase aktif kala satu persalinan dengan penurunan kepala janin 5/5 (JNPK-KR 2008 hal : 48 – 49).

d) Asuhan kebidanan pada kala 1

1. Memanggil ibu sesuai namanya, hargai dan perlakukan ibu sesuai dengan martabatnya.
2. Menjelaskan asuhan dan perawatan yang akan diberikan kepada ibu.
3. Menjelaskan proses persalinan kepada ibu dan keluarga.

4. Menganjurkan kepada ibu untuk bertanya dan membicarakan rasa takut dan khawatir.
5. Mendengar dan menanggapi pertanyaan dan kekhawatiran ibu.
6. Memberikan dukungan, membesarkan hatinya dan menentramkan hati ibu serta anggota keluarga lainnya.
7. Menganjurkan ibu untuk ditemani suami atau anggota keluarganya (Prawirohardjo, 2010, hal : 336).

2) Kala II (pengeluaran bayi)

Kala II adalah kal pengeluaran bayi, dimulai dari pembukaan lengkap sampai bayi lahir. Uterus dengan kekuatan hisnya ditambah kekuatan meneran akan mendorong bayi hingga lahir. Proses ini biasanya berlangsung 2 jam pada primigravida dan 1 jam pada multigravida. Diagnosis persalinan kala II ditegakkan dengan melakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan pembukaan sudah lengkap dan kepala janin sudah tampak divulva dengan diameter 5 – 6 cm.

a) Gejala utama kala II adalah sebagai berikut :

1. His semakin kuat dengan interval 2 – 3 menit, dengan durasi 50 – 100 detik.
2. Menjelang akhir kala 1, ketuban pecah yang ditandai dengan pengeluaran cairan secara mendadak.
3. Ketuban pecah pada pembukaan mendekati lengkap diikuti keinginan meneran karena tertekannya fleksus frankenhauser.
4. Dua kekuatan, yaitu his dan meneran akan mendorong kepala bayi sehingga kepala membuka pintu : suboksiput bertindak sebagai hipomochlion, berturut – turut lahir ubun – ubun besar, dahi, hidung, dan muka, serta kepala seluruhnya.
5. Kepala lahir seluruhnya dan diikuti oleh putaran paksi luar, yaitu penyesuaian kepala pada punggung.
6. Setelah putaran paksi luar berlangsung, maka persalinan bayi ditolong dengan jalan berikut :

- a) Pegang kepala pada tulang oksiput dan bagian bawah dagu, kemudian ditarik curam kebawah untuk melahirkan bahu depan, dan curam ke atas untuk melahirkan bahu belakang.
- b) Setelah kedua bahu bayi lahir, ketiak dikait untuk melahirkan sisa badan bayi.
- c) Bayi lahir diikuti oleh sisa air ketuban.
- d) Lamanya kala II untuk primigravida 50 menit dan multigravida 30 menit (Sulistyawati, 2010 hal : 7 – 8).

b) Komplikasi kala II

1. Syok seperti nadi cepat atau lemah (110 x/menit atau lebih), tekanan darah rendah (sistolik kurang dari 90 mmHg), pucat pasi, berkeringat atau dingin dan kulit lembab, nafas cepat (lebih dari 30 x/menit), cemas bingung dan tidak sadar, produksi urin sedikit (kurang dari 30 cc/jam).
2. Dehidrasi seperti perubahan nadi (100 x/menit, urin pekat, produksi urin sedikit kurang dari 30 cc/jam).
3. Infeksi seperti nadi cepat (110 x/menit atau lebih), suhu lebih dari 38°C, menggigil, air ketuban atau cairan vagina yang berbau.
4. Pre-eklampsia ringan seperti tekanan darah diastolik 90 – 110 mmHg, proteinuria hingga 2+.
5. Tali pusat menumbung seperti tali pusat teraba atau terlihat saat pemeriksa dalam dan tanda tanda lilitan tali pusat.
6. Kehamilan kembar tak terdeteksi (JNPK-KR 2008 hal : 93 – 94).

c) Asuhan sayang ibu pada kala II

1. Memberikan rasa aman, dukungan, dan keyakinan kepada ibu bahwa ibu mampu bersalin
2. Membantu pernafasan.

3. Membantu teknik meneran.
4. Ikut sertakan dan hormati keluarga yang menemani.
5. Berikan tindakan yang menyenangkan.
6. Penuhi kebutuhan hidrasi.
7. Penerapan pencegahan infeksi.
8. Pastikan kandung kemih kosong (Sondakh, 2013 hal : 134).

d) Asuhan persalinan normal

58 langkah asuhan persalinan normal

1. Memastikan adanya tanda kala II
 - b. Ibu mempunyai keinginan untuk meneran
 - c. Ibu merasa ada tekanan yang meningkat pada rectum dan vagina
 - d. Perineum menonjol.
 - e. Vulva-vagina dan sfingter anal membuka
2. Memastikan kelengkapan partus set dan obat-obatan esensial untuk menolong persalinan dengan tambahan:
 - a. Menggelar kain di atas perut ibu
 - b. Menyiapkan oksitosin dan alat suntik steril
3. Memakai alat pelindung diri.
4. Melepaskan dan menyimpan semua perhiasan dan mencuci tangan dengan menggunakan sabun dan air mengalir.
5. Memakai sarung tangan DTT untuk melakukan VT.
6. Memasukkan oksitosin ke dalam tabung suntik dengan menggunakan tangan yang memakai sarung tangan.
7. Melakukan vulva hygiene.
8. Melakukan pemeriksaan dalam (VT).
9. Mendekontaminasikan sarung tangan yang telah dipakai ke dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit.
10. Memeriksa denyut jantung janin.
11. Memberitahu ibu bahwa pembukaan sudah lengkap.
12. Meminta keluarga membantu menyiapkan posisi serta ibu dalam keadaan mengejan.

13. Melaksanakan bimbingan untuk meneran ketika ada kontraksi.
14. Menganjurkan ibu untuk berbaring miring ke kiri jika belum ada dorongan meneran.
15. Meletakkan handuk bersih di perut ibu apabila kepala bayi telah membuka dengan diameter 5-6 cm.
16. Meletakkan 1/3 kain(underpad) bersih di bawah bokong ibu.
17. Membuka tutup partus set dan peiksa kembali kelengkapannya.
18. Memakai sarung tangan DTT.
19. Melakukan tindakan setelah kepala Nampak 5-6 cm membuka vulva, melindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi kain bersih dan kering, tangan yang lain (kiri) menahan kepala bayi agar mampu mengatur laju defleksi supaya tidak terlalu cepat, menganjurkan ibu untuk meneran perlahan sambil bernafas cepat dan dangkal.
20. Memeriksa adanya lilitan tali pusat.
21. Menunggu kepala bayi melakukan putaran paksi luar.
22. Menggerakkan atau memegang secara biparietal setelah adanya putaran paksi luar dengan cara gerakan kepala kearah bawah untuk melahirkan bahu depan kemudian gerakan kearah atas untuk melahirkan bahu belakang.
23. Menggeser tangan bawah kearah perineum untuk menyangga kepala lengan dan siku sebelah bawah menggunakan tangan atas untuk menelusuri dan memegang lengan serta siku sebelah atas.
24. Melakukan penelusuran sebelah tubuh dan lengan bayi lahir, berlanjut ke punggung bokong, tungkai serta kaki, memegang kedua mata kaki..
25. Melakukan penilaian bayi sepiintas.

26. Mengeringkan dan memposisikan tubuh bayi di atas perut ibu.
27. Memeriksa kembali perut ibu untuk memastikan janin tunggal.
28. Memberitahu pada ibu bahwa akan disuntik oksitosin.
29. Menyuntikkan oksitosin dalam waktu satu menit setelah bayi lahir di 1/3 paha atas distal lateral.
30. Menjepit tali pusat menggunakan klem dalam waktu 2 menit setelah bayi lahir dengan jarak 3 cm dari umbilicus bayi, sisi luar klem dorong tali pusat (pijat) kearah ibu dan lakukan penjepitan kedua dengan jarak 2 cm dari klem pertama.
31. Melakukan pemotongan dan pengikatan tali pusat.
32. Melakukan IMD dengan prinsip skin to skin.
33. Menyelimuti ibu dan bayi dengan kain hangat dan pasang topi di kepala bayi.
34. Memindahkan klem pada tali pusat hingga bejarak 5-10 cm dari vulva.
35. Meletakkan satu tangan diatas kain perut ibu di tepi atas simpisis dan tangan kanan melakukan penegangan tali pusat.
36. Menegangkan tali pusat setelah uterus kearah belakang- atas (dorsokranial) secara hati-hati .
37. Melakukan penegangan dan dorongan dorsokranial hingga plasenta lepas.
38. Melahirkan plasenta dengan kedua tangan saat plasenta muncul di introitus vagina, pegang dengan kedua tangan dan putar hingga selaput ketuban terpilin.
39. Melakukan masase uterus segera setelah plasenta lahir selama 10 detik.
40. Memeriksa kelengkapan plasenta bagian fetal dan maternal serta tidak ada bagian yang tertinggal.

41. Mengevaluasi kemungkinan laserasi pada vagina dan perineum.
42. Memastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan pervaginam.
43. Memberi cukup waktu untuk kontak kulit ibu dengan bayi
44. Melakukan penimbangan / pengukuran bayi, memberikan salep mata dan suntik vitamin K.
45. Memberikan suntikan imunisasi hepatitis B 1 jam setelah vitamin K.
46. Melanjutkan pemantauan kontraksi dan mencegah perdarahan pervaginam, yaitu :
 - a. 2-3x dalam 15 menit pertama pasca persalinan
 - b. 15 menit pada satu jam kedua pasca persalinan
 - c. Setiap 20-30 menit pada jam kedua psaca persalinan
47. Mengajarjan ibu dan keluarga cara melakukan masase uteus dan menilai kontraksi.
48. Mengevaluasi dan estimasi jumlah perdarahan/kehilangan darah.
49. Memantau kontraksi uterus jumlah perdarahan,TFU,TD,Nadi setiap 15 menit pada jam pertama post partum serta setiap 30 menit, pada jam kedua post partum dan mengukur suhu setiap 2 jam.
50. Memeriksa kembali kondisi bayi untuk memastikan bahwa bayi bernafas dengan baik(40-60x/menit) serta suhu normal (36,5-37,5 derajat Celcius)
51. Menempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5% untuk didekontaminasi selama 10 menit cuci dan bilas peralatan setelah di dekontaminasikan.
52. Membuang bahan-bahan yang terkontaminasi ke tempat sampah yang sesuai.

53. Membersihkan ibu dari sisa air ketuban, lendir darah, dan memastikan ibu dalam keadaan bersih dan nyaman.

54. Memastikan ibu merasa nyaman, memantau ibu dalam pemberian ASI dan menganjurkan keluarga untuk memberikan minuman kepada ibu dan makanan yang diinginkan.

55. Mendekontaminasikan tempat bersalin dengan larutan klorin 0,5%.

56. Mencelupkan sarung tangan kedalam larutan klorin 0,5%.

57. Mencuci kedua tangan dengan menggunakan sabun dan air mengalir.

58. Melengkapi partograf

3) Kala III (pelepasan plasenta)

Kala III adalah waktu untuk pelepasan dan pengeluaran plasenta. Setelah kala II yang berlangsung tidak lebih dari 30 menit, kontraksi uterus berhenti sekitar 5 – 10 menit. Dengan lahirnya bayi dan proses retraksi uterus, maka plasenta lepas dari lapisan nutabusch.

a) Tanda – tanda pelepasan plasenta sebagai berikut :

1. Uterus menjadi berbentuk bundar.
2. Uterus terdorong keatas, karena plasenta dilepas ke segmen bawah rahim.
3. Tali pusat bertambah panjang.
4. Terjadi perdarahan.

b) Manajemen aktif kala III

Tujuan manajemen aktif kala III adalah untuk menghasilkan kontraksi uterus yang lebih efektif sehingga dapat mempersingkat waktu, mencegah perdarahan, dan mengurangi kehilangan darah kala III.

1. Pemberian suntikan oksitosin.
2. Melakukan penegangan tali pusat terkendali.
3. Massase fundus uteri (JNPK-KN 2008 hal : 100 – 106).

c) Komplikasi kala III

1. Retensio plasenta yaitu plasenta tidak lahir setelah 30 menit bayi lahir.
2. Atonia uteri yaitu perdarahan pasca persalinan disebabkan karena uterus lembek dan tidak berkontraksi (JPNK-KR 2008 hal : 118).

d) Asuhan kebidanan pada kala III

1. Memberikan kesempatan kepada ibu untuk segera memeluk bayinya.
2. Memberitahu setiap tindakan yang akan dilakukan.
3. Pencegahan infeksi pada kala III.
4. Memantau keadaan ibu.
5. Melakukan kolaborasi atau rujukan bila terjadi kegawatdaruratan.
6. Pemenuhan kebutuhan nutrisi dan hidrasi.
7. Memberikan motivasi dan mendampingi selama persalinan kala III (Sondakh 2013 hal : 141).

4) Kala IV (observasi)

Kala IV dimulai dari lahirnya plasenta selama 1 – 2 jam. Pada kala IV dilakukan observasi terhadap perdarahan pasca persalinan, paling sering terjadi pada 2 jam pertama.

a) Observasi yang dilakukan adalah sebagai berikut :

1. Tingkat kesadaran pasien.
2. Pemeriksaan tanda – tanda vital.
3. Kontraksi uterus.
4. Terjadinya perdarahan

perdarahan dianggap masih normal bila jumlahnya tidak melebihi 400 – 500 cc (Sulistyawati, dkk. 2010 ; hal : 7 – 9).

b) Komplikasi kala IV

1. Perdarahan pasca persalinan yang disebabkan oleh lacerasi derajat tiga ataupun derajat empat.
2. Syok dengan tanda seperti nadi cepat / lemah (110 kali/menit atau lebih), tekanan darah rendah (sistolik

kurang dari 90 mmHg), pucat, berkeringat atau dingin, kulit lembab, nafas cepat (lebih dari 30 kali/menit), cemas, kesadaran menurun atau tidak sadar, produksi urin sedikit (kurang dari 30 cc/jam).

3. Dehidrasi dengan tanda nadi meningkat (100x/menit atau lebih, suhu tubuh di atas 38 °C, urin pekat, produksi urine sedikit atau kurang dari 30 cc/jam).
4. Infeksi dengan tanda nadi cepat (110 kali/menit, suhu di atas 38°C, kedinginan, cairan vagina yang berbau busuk).
5. Preeklampsia ringan dengan tanda tekanan darah diastolik 90 – 110 mmHg dan proteinuria.
6. Preeklampsia berat atau eklampsia dengan tanda tekanan darah diastolik 110 mmHg atau lebih dan kejang (JPNK-KR 2008 hal : 118 – 121).

c) Asuhan pada kala IV

1. Anjurkan ibu untk selalu berdekatan dengan bayinya (rawat gabung).
2. Bantu ibu untuk mulai membiasakan menyusui dan anjurkan pemberian ASI sesuai permintaan.
3. Menganjurkan kepada ibu dan keluarganya mengenai nutrisi dan istirahat cukup setelah melahirkan.
4. Menganjurkan suami dan anggota keluarga untuk memeluk bayi dan mensyukuri kelahiran bayi.
5. Ajarkan kepada ibu dan anggota keluarganya tentang bahaya dan tanda – tanda bahaya yang dapat diamati dan anjurkan mereka untuk mencari pertolongan jika terdapat masalah atau kekhawatiran (Prawirohardjo 2008 hal : 337).

3. Nifas

a. Pengertian masa nifas

Masa nifas (puerperium) dimulai setelah kelahiran plasenta dan berakhir ketika alat – alat kandungan kembali seperti keadaan

sebelum hamil. Masa nifas (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 kala puer (bayi) dan parous (melahirkan). Puerperium berarti masa setelah melahirkan bayi. Puerperium adalah masa pulih kembali, mulai dari persalinan, selesai sampai alat – alat kandungan kembali seperti pra hamil. Sekitar 50% kematian ibu terjadi dalam 24 jam pertama postpartum sehingga pelayanan pasca persalinan yang berkualitas harus terselenggara pada masa itu untuk memenuhi kebutuhan ibu dan bayi (Vivian, dkk. 2011, hal : 1).

- b. Perubahan fisiologis masa nifas
 - 1) Perubahan sistem reproduksi
 - a) Perubahan uterus

Terjadinya kontraksi uterus yang meningkat setelah bayi keluar. Hal ini menyebabkan iskemia pada lokasi perlekatan plasenta (*placental site*) sehingga jaringan perlekatan antara plasenta dan dinding uterus, mengalami nekrosis dan lepas.

Ukuran uterus mengecil kembali (setelah 2 hari pasca persalinan, setinggi sekitar umbilikus, setelah 2 minggu masuk panggul, setelah 4 minggu kembali pada ukuran sebelum hamil).

Jika sampai 2 minggu postpartum, uterus belum masuk panggul, curiga adanya subinvolusi. Subinvolusi dapat disebabkan oleh infeksi atau perdarahan lanjut (late postpartum haemorrhage).

Jika terjadi subinvolusi dengan kecurigaan infeksi, diberikan antibiotika. Untuk memperbaiki kontraksi uterus dapat diberikan uterotonika (ergometrin maleat), namun ergometrin mempunyai efek samping menghambat produksi laktasi karena menghambat produksi prolaktin.

Uterus mengalami involusi secara berangsur – angsur sehingga akhirnya akhirnya kembali seperti sebelum hamil.

Mengenai tinggi fundus uterus dan berat uterus masa involusi sebagai berikut :

Tabel 2.1 tabel perubahan involusi uterus

Involusi	Tinggi fundus uterus	Berat uterus
Bayi lahir	Setinggi pusat	1000 gram
Uri lahir	Dua jari dibawah pusat	750 gram
Satu minggu	Pertengahan pusat – symphysis	500 gram
Dua minggu	Tak teraba diatas symphysis	350 gram
Enam minggu	Bertambah kecil	50 gram
Delapan minggu	Sebesar normal	30 gram

Segera setelah persalinan bekas implantasi plasenta berupa luka kasar dan menonjol kedalam cavum uteri. Penonjolan tersebut berdiameter kira – kira 7,5 cm. Sesudah 2 minggu diameternya berkurang menjadi 3,5 cm. Pada minggu keenam mengeci lagi sampai 2,4 cm, dan akhirnya akan pulih kembali. Disamping itu, dari cavm uteri keluar aciran sekret disebut lochia. Ada beberapa jenis lokhia, yakni :

- (1) Lokhia rubra (cruenta) : ini berisi darah segar dan sisa – sisa selaput ketuban, sel – sel desidua (decidua, yaitu selaput lendir rahim dalam keadaan hamil), vernix caseosa (yakni palit bayi, yaitu zat seperti salep berdiri dari palit atau semacam noda dan sel – sel epitel, yang menyelimuti kulit janin) lanugo, (yaitu bulu halus pada bayi baru lahir), dan meconeum (yaitu isi usus janin cukup bulan yang terdiri atas getah kelenjar usus dan air ketuban, berwarna hijau kehitaman), selama 2 hari pasca persalinan.
- (2) Lokhia sanguilenta : warnanya merah kuning berisi darah dan lendir. Ini terjadi pada hari 3 – 7 pasca persalinan.
- (3) Lokhia serosa : berwarna kuning dan cairan ini tidak berdarah lagi pada hari ke 7 – 14 pasca persalinan.
- (4) Lokhia alba : cairan putih yang terjadi pada hari setelah 2 minggu.

(5) Lokhia purulenta : ini terjadi karena infeksi, keluar cairan seperti nanah berbau busuk.

(6) Lochiotosis : lochia tidak lancar keluaranya.

b) Perubahan vagina dan perineum

(1) Vagina

Pada minggu ketiga, vagina mengecil dan timbul rugae (lipatan – lipatan atau kerutan – kerutan) kembali.

(2) Perlukaan vagina

Perlukaan vagina yang tidak berhubungan dengan luka perineum tidak sering dijumpai. Mungkin ditemukan setelah persalinan biasa, tetapi lebih sering terjadi sebagai akibat ekstraksi dengan cunam, terlebih apabila kepala janin harus diputar. Robekan terdapat pada dinding lateral dan baru terlihat pada pemeriksaan spekulum.

(3) Perubahan pada perineum

Terjadi robekan perineum hampir semua persalinan pertama dan tidak jarang juga pada persalinan berikutnya. Robekan perineum umumnya terjadi digaris tengah dan bisa menjadi luas apabila kepala janin lahir terlalu cepat, sudut arkus pubis lebih kecil daripada biasa, kepala janin melewati pintu panggul bawah dengan ukuran yang lebih besar daripada sirkumferensia suboksipitobregmatika.

Bila laserasi jalan lahir atau luka bekas episiotomi dilakukan penjahitan dan perawatan dengan baik.

2) Perubahan pada sistem pencernaan

Sering terjadi konstipasi pada ibu setelah melahirkan. Hal ini umumnya disebabkan karena makanan padat dan kurangnya serat selama persalinan. Disamping itu rasa takut untuk buang air besar, sehubungan dengan jahitan pada perineum, jangan sampai lepas dan juga takut akan rasa nyeri. Buang air besar harus dilakukan 3 – 4 setelah persalinan. Bilamana masih juga terjadi konstipasi dan fecesnya mungkin keras dapat diberikan obat laksan peroral atau per rektal.

Bilamana masih belum berhasil, dilakukan klyisma (klisma), enema (Ing) artinya suntikan urus – urus.

3) Perubahan perkemihan

Saluran kemih kembali normal dalam waktu 2 sampai 8 minggu, tergantung pada keadaan / status sebelum persalinan, lamanya partusa kala II dilalui, dan besarnya tekanan yang menekan pada saat persalinan.

Di samping itu, dari hasil pemeriksaan sistoscopic (sistoskopik) segera setelah persalinan tidak menunjukkan adanya edema dan hyperemia dinding vesica urinalia, akan tetapi sering terjadi extravasasi (extravasation, artinya keluarnya darah dari pembuluh – pembuluh darah didalam badan) ke mukosa.

Lagi pula vesica urinalia masa nifas mempunyai kapasitas bertambah besar dan relatif tidak sensitif terhadap tekanan cairan intra vesica. Oleh sebab itu pengembangannya yang berlebihan, terutama karena analgesia dan gangguan fungsi neural, sementara pada vesica urinalia memang merupakan faktor – faktor penunjang.

Adanya urine residual dan bacteriuria pada vesica urinalia yang mengalami cedera, ditambah dengan dilatasi pervis renalis dan ureter, membentuk kondisi yang optimal untuk tumbuhnya infeksi saluran kemih. Ureter dan pervis renalis yang mengalami dilatasi kembali ke keadaan sebelum hamil dari 2 – 8 minggu setelah persalinan.

4) Perubahan sistem muskuloskeletal atau Diatesis Rectie Abdominis

a) Diatesis

Setiap wanita nifas memiliki derajat diatesis / konstitusi (yakni keadaan tubuh yang membuat jaringan – jaringan tubuh bereaksi secara luar biasa terhadap rangsangan – rangsangan luar tertentu, sehingga membuat orang itu lebih peka terhadap penyakit tertentu). Kemudian demikian juga adanya rectie / musculus rektus yang terpisah dari

abdomen. Seberapa diatesis terpisah ini tergantung dari beberapa faktor termasuk kondisi umum dan tonus otot. Sebagian besar wanita melakukan ambulasi (ambulation = bisa berjalan) 4 – 8 jam postpartum. Ambulasi dini dianjurkan untuk menghindari komplikasi, meningkatkan involusi dan meningkatkan cara pandang emosional. Relaksasi dan peningkatan mobilitas artikulasi pelvik terjadi dalam 6 minggu setelah melahirkan.

Mobilisasi (gerakan) dan tonus otot gastrintestinal kembali ke keadaan sebelum hamil dalam 2 minggu postpartum.

Konstipasi terjadi umumnya selama periode postpartum awal karena tekanan pada dasar panggul dan mengejan selama persalinan.

Jumlah sel – sel otot tidak berkurang banyak, namun sel – selnya sendiri jelas berkurang ukurannya.

b) Abdominis dan peritonium

Akibat peritonium berkontraksi dan ber – retraksi pasca persalinan dan juga beberapa hari setelah itu, peritonium yang membungkus sebagian besar dari uterus, membentuk lipatan – lipatan dan kerutan – kerutan. Ligamentum dan rotundum sangat lebih kendur dari kondisi sebelum hamil. Memerlukan waktu cukup lama agar dapat kembali normal seperti semula.

Dinding abdomen tetap kendur untuk sementara waktu. Hal ini disebabkan karena sebagian konsekuensi dari putusny serat – serat elastis kulit dan distensi yang berlangsung lama akibat pembesaran uterus selama hamil. Pemulihannya harus dibantu dengan cara berlatih. Pasca persalinan dinding perut menjadi longgar, disebabkan karena teregang begitu lama. Namun demikian umumnya akan pulih dalam waktu 6 minggu.

5) Perubahan tanda – tanda vital pada masa nifas

a) Suhu tubuh

Sekitar hari ke – 4 setelah persalinan suhu ibu mungkin naik, 37,2 – 37,5°C. Kemungkinan disebabkan dari aktifitas payudara.

Bila kenaikan mencapai 38°C pada hari kedua sampai hari – hari berikutnya, harus diwaspadai adanya infeksi atau sepsis nifas.

b) Denyut nadi

Denyut nadi ibu akan melambat sampai sekitar 60 kali per menit, yakni pada waktu setelah persalinan karena ibu dalam keadaan istirahat penuh. Ini terjadi utamanya pada minggu pertama postpartum.

Pada ibu yang nervus nadinya bisa cepat, kira – kira 110 kali per menit. Bisa terjadi juga gejala syok karena infeksi, khususnya bila disertai peningkatan suhu tubuh.

c) Tekanan darah

Tekanan darah < 140/90 mmHg. tekanan darah tersebut bisa meningkat pra persalinan pada 1 – 3 hari post partum. Bila tekanan darah menjadi rendah menunjukkan adanya perdarahan postpartum. Sebaliknya bila tekanan darah tinggi, merupakan petunjuk kemungkinan adanya pre – eklampsia yang bisa timbul pada masa nifas. Namun hal seperti itu jarang terjadi.

d) Respirasi

Pada umumnya respirasi lambat atau bahkan normal. Disebabkan karena ibu dalam keadaan pemulihan atau dalam kondisi istirahat.

Bila ada respirasi cepat postpartum (> 30 kali per menit), mungkin karena adanya tanda – tanda syok (Suherni, dkk. 2009 ; hal : 77 – 84).

c. Perubahan psikologi masa nifas

Menurut Suherni (2009; hal :87-89) adaptasi psikologi masa nifas di kelompokkan menjadi 3 fase yaitu :

1) Fase taking in

Merupakan periode ketergantungan yang berlangsung dari hari pertama sampai hari kedua setelah melahirkan. Pada fase ini, perhatian ibu berfokus pada keadaan dirinya, menceritakan berulang – ulang pengalaman pada proses persalinan dan terlihat pasif terhadap lingkungannya.

Agar ibu dapat melewati fase ini dengan baik maka petugas kesehatan dapat menggunakan pendekatan yang empatik untuk mendengarkan dan memberikan perhatian pada ibu dan menganjurkan suami dan keluarga untuk memberikan dukungan moril dan menyediakan waktu untuk mendengarkan semua hal yang disampaikan ibu.

2) Fase taking hold

Merupakan periode yang berlangsung antara 3-10 hari setelah melahirkan. Pada fase ini timbul kekhawatiran ibu akan ketidakmampuan dan rasa tanggung jawab dalam merawat bayinya. Ibu mempunyai perasaan yang sangat sensitif sehingga mudah tersinggung dan marah. Oleh karena itu diperlukan dukungan moril untuk menumbuhkan kepercayaan diri ibu.

3) Fase letting go

Merupakan periode penerimaan tanggung jawab. Berlangsung pada 10 hari setelah melahirkan. Pada fase ini ibu mulai menyesuaikan diri dengan ketergantungan bayinya, lebih percaya diri dalam menjalankan peran barunya dan lebih mandiri dalam memenuhi kebutuhan diri dan bayinya.

d. Prinsip dan sasaran asuhan masa nifas

Berdasarkan standar pelayanan kebidanan standar pelayanan untuk ibu nifas meliputi perawatan bayi baru lahir (standar 13), penanganan 2 jam pertama setelah persalihan (standar 14), serta pelayanan bagi ibu dan bayi pada masa nifas (standar 15). Apabila merujuk pada kompetensi 5 (standar kompetensi bidan), maka prinsip asuhan kebidanan bagi ibu pada masa nifas dan menyusui harus yang bermutu tinggi serta tanggap terhadap

budaya setempat. Jika dijabarkan lebih luas sasaran asuhan kebidanan masa nifas meliputi hal – hal sebagai berikut :

- 1) peningkatan kesehatan fisik dan psikologis
 - 2) identifikasi penyimpangan dari kondisi normal baik fisik maupun psikis
 - 3) mendorong agar dilaksanakan metode yang sehat pemberian makan anak dan peningkatan pengembangan hubungan antara ibu dan anak yang baik
 - 4) mendukung dan mempeperkuat percaya diri ibu dan memungkinkan ia melaksanakan peran ibu dalam situasi keluarga dan budaya khsuus
 - 5) pencegahan, dianosis dini dan pengobatan komplikasi pada ibu
 - 6) merujuk ibu ke asuhan tenaga ahli jika perlu
 - 7) imunisasi ibu terhadap tetanus (Vivian, dkk, 2010 ; hal: 1).
- e. tujuan asuhan masa nifas

- 1) mendeteksi adanya perdarahan masa nifas.

Tujuan perawatan masa nifas adalah untuk menghindarkan atau mendeteksi adanya kemungkinan adanya perdarahan postpartum dan infeksi. Oleh karena itu penolong persalinan sebaiknya tetap waspada sekurang – kurangnya 1 jam postpartum untuk mengatasi kemungkinan terjadinya komplikasi persalinan. Unumnya wanita sangat lemah setelah melahirkan, terlebih bila partus berlangsung lama .

- 2) menjaga kesehatan ibu dan bayinya .

Menjaga kesehatan ibu dan bayinya baik fisik maupun psikologis harus diberikan oleh penolong persalinan. Ibu dianjurkan untuk menjaga kebersihan seluruh tubuh. Bidan mengajarkan kepada ibu bersalin bagaimana membersihkan daerah kelamin dengan sabun dan air , pastikan bahwa ia mengerti untuk membersihkan daerah di sekitar vulva terlebih dahulu, dari depan ke belakang dan baru membersihkan daerah sekitar anus. Sarankan ibu untuk mencuci tangan dengan sabun dan air sebelum dan sesudah membersihkan

daerah kelaminnya. Jika ibu mempunyai luka episiotomi atau laserasi sarankan ibu untuk menghindari atau tidak menyentuh daerah luka.

3) melaksanakan skrining secara komprehensif

Melaksanakan skrining yang komprehensif dengan mendeteksi masalah, mengobati, dan merujuk bila terjadi pada ibu maupun bayinya. Pada hal ini seorang bidan bertugas untuk melakukan pengawasan kala IV yang meliputi pemeriksaan plasenta, pengawasan TFU pengawasan PPV, pengawasan konsistensi rahim, dan pengawasan keadaan ibu. Bila ditemukan permasalahan, maka harus segera melakukan tindakan sesuai dengan standar pelayanan pada penatalaksanaan masa nifas.

4) Memberikan pendidikan kesehatan diri

Memberikan pelayanan kesehatan tentang perawatan diri, nutrisi KB, menyusui, pemberian imunisasi kepada bayinya dan perawatan bayi sehat. Ibu – ibu postpartum harus diberikan pendidikan mengenai pentingnya gizi antara lain Kebutuhan gizi ibu menyusui, yaitu sebagai berikut :

- 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 setiap hari (anjurkan ibu untuk minum sebelum menyusui).

5) Memberikan pendidikan mengenai 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 dari puting susu yang tidak lecet.
- d) Lakukan pengompresan apabila bengkak dan terjadinya bendungan asi.

6) Konseling mengenai KB

Bidan memberikan konseling mengenai KB, antara lain :

- a) Idealnya pasangan harus menunggu sekurang – kurangnya 2 tahun sebelum ibu hamil kembali. Setiap pasangan harus menentukan sendiri kapan dan bagaimana mereka ingin merencanakan keluarganya dengan mengajarkan kepada mereka tentang cara mencegah kehamilan yang tidak diinginkan .
 - b) Biasanya wanita akan menghasilkan ovulasi sebelum ia mendapatkan lagi haidnya setelah persalinan. Oleh karena itu, penggunaan KB dibutuhkan sebelum haid pertama untuk mencegah kehamilan baru. Pada umumnya metode KB dapat dimulai 2 minggu setelah persalinan.
 - c) Sebelum menggunakan KB sebaiknya dijelaskan efektifitasnya, efek samping untung ruginya, serta kapan metode tersebut dapat digunakan.
 - d) Jika ibu dan pasangan telah memilih metode KB tertentu, dalam 2 minggu ibu dianjurkan untuk kembali. Hal ini untuk melihat apakah metode tersebut bekerja dengan baik (Vivian, dkk, 2011 ; hal : 2 – 3).
- f. Peran dan tanggung jawab bidan dalam masa nifas
- Peran bidan dalam masa nifas diantaranya sebagai berikut :
- 1) Memberikan dukungan secara berkesinambungan selama masa nifas sesuai dengan kebutuhan ibu untuk mengurangi ketegangan fisik dan psikologis selama masa nifas.
 - 2) Sebagai promotor hubungan antara ibu dan bayi, serta keluarga.
 - 3) Mendorong ibu untuk menyusui bayinya dengan meningkatkan rasa nyaman.
 - 4) Membuat kebijakan, rencana program kesehatan yang berkaitan ibu dan anak, serta mampu melakukan kegiatan administrasi.
 - 5) Mendeteksi komplikasi dan perlunya rujukan.

- 6) Memberikan konseling untuk ibu dan keluarganya mengenai cara mencegah perdarahan, mengenai tanda – tanda bahaya, menjaga gizi yang baik, serta mempraktikkan kebersihan yang aman.
- 7) Melakukan manajemen asuhan dengan cara mengumpulkan data, menetapkan diagnosis dan rencana tindakan juga melaksanakannya untuk mempercepat proses pemulihan, serta mencegah komplikasi dengan memenuhi kebutuhan ibu dan bayi selama periode nifas.
- 8) Memberikan asuhan secara profesional (Vivian, dkk , 2011 ; h : 3 – 4).

g. Tahapan masa nifas

Beberapa tahapan masa nifas adalah sebagai berikut :

1) Puerperium dini

Yaitu kepulihan dimana ibu diperbolehkan berdiri dan berjalan serta menjalankan aktifitas layaknya wanita normal lainnya.

2) Puerperium intermediate

Yaitu 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 melama hamil atau persalinan mempunyai komplikasi (Suherni, dkk, 2009 ; hal : 2).

h. Kebijakan program masa nifas

Pada kebijakan program nasional masa nifas paling sedikit 4 kali kunjungan yang dilakukan. Hal ini untuk menilai status ibu dan bayi baru lahir serta untuk mencegah, mendeteksi, dan menangani masalah – masalah yang terjadi antara lain sebagai berikut :

1) 6 – 8 jam setelah persalinan

- a) Mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri
- b) Mendeteksi dan merawat penyebab lain perdarahan rujuk bila perdarahan berlanjut.

- c) Memberikan konseling pada ibu atau salah satu anggota keluarga bagaimana mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri
 - d) Pemberian asi awal
 - e) Melakukan hubungan antara ibu dan bayi baru lahir
 - f) Menjaga bayi tetap sehat dengan cara mencegah hipotermi
- 2) 6 hari setelah persalinan
- a) Memastikan involusi uterus berjalan normal, uterus berkontraksi, fundus dibawah umbilikus tidak ada perdarahan abnormal, tidak ada bau.
 - b) Menilai adanya tanda – tanda demam , infeksi, dan perdarahan 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 (Vivian, dkk, 2011 ; h : 4 – 5).
- i. Komplikasi masa nifas
- 1) Perdarahan pervaginam
- Perdarahan pervaginam / perdarahan postpartum / postpartum hemoragi / hemoragi postpartum / PPH adalah kehilangan darah sebanyak 500cc atau lebih dari traktus genitalia setelah melahirkan.

Hemoragi postpartum primer adalah mencakup semua kejadian perdarahan dalam 24 jam setelah kelahiran.

Hemoragi postpartum sekunder adalah mencakup semua kejadian hemoragi postpartum yang terjadi antara 24 jam setelah kelahiran bayi dan 6 minggu masa postpartum.

2) Masalah nyeri

Sakit segera setelah persalinan merupakan hal yang fisiologis yang dikenal dengan istilah After Pain yaitu kondisi uterus yang mengalami kontraksi yang bersifat berulang dan berlangsung 2 – 4 hari postpartum pada primipara, sedangkan pada multipara After Pain terasa lebih berat karena relaksasi dan kontraksi yang periodik sehingga bida menimbulkan rasa sakit yang berlebihan sepanjang masa awal puerperium.

3) Infeksi nifas

Infeksi puerperalis adalah infeksi pada traktus genitalis setelah kelahiran.

Bentuk dan jenis infeksi pada masa nifas meliputi :

b) Laesi perineum, vulva dan vagina

Suatu laesi puerperalis yang biasa terjadi pada genitalia eksterna adalah infeksi pada laserasi atau luka episiotomi yang telah dijahit kembali. Pada luka yang telah dijahit berubah menjadi merah, kecoklatan dan bengkak.

c) Metritis

Bentuk infeksi puerperalis yang paling sering adalah yang terutama mengenai endometrium, atau lebih tepat desidua dan miometrium yang berdekatan. Dalam jangka waktu beberapa jam sampai beberapa hari setelah kelahiran, bakteri berhasil melakukan invasi ke dalam desidua yang tertinggal, biasanya pada tempat implantasi plasenta. Bila infeksi berhasil dibatasi pada permukaan, mukosa netrotik yang mengalami infeksi akan terlepas dalam beberapa hari.

d) Abses pervik

Nyeri perut bagian terbawah, pembesaran perut bagian bawah, demam yang terus menerus.

e) Peritonitis dan parametritis

Infeksi puerperalis yang menyebar melalui saluran limfe menyebabkan terjadinya peritonitis, penyebaran infeksi yang melalui dinding uterus dan mencapai peritoneum atau jaringan kendor dalam ligamentum latum menyebabkan parametritis.

f) Salpingitis

Seringkali pada sepsis postpartum tuba fallopi hanya terkena salpingitis tanpa berakibat oklusi tuba dan sterilitas. Serangan salpingitis gonorhea untuk pertama kali pada masa nifas jarang terjadi.

g) Tromboflebitis

Salah satu bentuk penyebaran infeksi puerperalis adalah melalui vena, terjadinya tromboflebitis terjadi berawal dan bersumber dari tempat perlekatan plasenta yang merupakan daerah vena yang terbuka dan mengalami trombosis dengan bentuk vektor berupa peptostreptococcus, bacterioides, dan bakteri anaerobik lainnya yang dalam kondisi fisiologis hidup dan berkembang di vagina karena adanya masuk ke daerah implantasi plasenta yang merupakan media anaerobik yang disediakan oleh trombi vena, sehingga mempermudah penjarangan infeksi (Lismawati 2013 hal : 197 – 212).

4) Kelainan payudara

a) Bendungan air susu

Selama 24 hingga 28 jam pertama sesudah terlihatnya sekresilakteal, payudara sering mengalami distensi menjadi keras dan berbenjol – benjol. Keadaan ini yang disebut dengan bendungan air susu atau “ caked breast “, sering menyebabkan rasa nyeri yang cukup hebat dan bisa disertai dengan kenaikan suhu. Kelainan tersebut menggambarkan aliran darah vena normal yang berlebihan dan pembengkakan limfatik dalam payudara, yang merupakan prekursor reguler untuk terjadinya laktasi.

Keadaan ini bukan merupakan overdestensi sistem lakteal oleh air susu.

b) Mastitis

Inflamasi parenkimatosi glandula mammae merupakan komplikasi antepartum yang jarang terjadi tetapi kadang – kadang dijumpai dalam masa nifas dan laktasi.

Gejala mastitis supuratif jarang terlihat sebelum akhir minggu pertama masa nifas dan umumnya baru ditemukan setelah minggu ketiga atau keempat. Bendungan yang mencolok biasanya mendahului inflamasi dengan keluhan pertamanya berupa mengigil atau gejala rigor yang sebenarnya, yang segera diikuti oleh kenaikan suhu tubuh dan peningkatan frekuensi denyut nadi. Payudara kemudian menjadi keras serta kemerahan, dan pasien mengeluhkan rasa nyeri (Suherni, dkk, 2009 ; hal : 128 – 189).

4. Bayi baru lahir

a. Definisi

* Bayi baru lahir normal adalah bayi yang baru lahir dari kehamilan 37 minggu sampai 42 minggu dan berat badan lahir 2500 gram sampai dengan 4000 gram (Arief, dkk. 2009 ; hal : 1)

b. Ciri – ciri bayi normal

- 1) Berat badan 2500 – 4000 gram.
- 2) Panjang badan lahir 48 – 52 cm.
- 3) Lingkar dada 30 – 38 cm.
- 4) Lingkar kepala 33 – 35 cm.
- 5) Bunyi jantung dalam menit – menit pertama kira – kira 180 x/menit, kemudian menurun sampai 120 – 140 kali / menit.
- 6) Pernafasan pada menit – menit pertama cepat kira – kira 80 kali/ menit, kemudian menurun setelah tenang kira – kira 40 kali / menit.
- 7) Kulit kemerah – merahan dan licin karena jaringan subkutan cukup terbentuk dan diliputi verivix caseosa.

- 8) Rambut lanugo telah tidak terlihat, rambut kepala biasanya telah sempurna.
 - 9) Kuku telah agak panjang dan lemas.
 - 10) Genitalia : labia mayora sudah menutupi labia minora (pada perempuan), testis sudah turun (pada laki – laki).
 - 11) Reflek hisap dan menelan sudah terbentuk dengan baik.
 - 12) Reflek Moro sudah baik, bayi bila dikagetkan akan memperlihatkan gerakan seperti memeluk
 - 13) Graff reflek sudah baik, apabila diletakkan sesuatu benda diatas telapak tangan, bayi akan menggenggam/ adanya gerakan reflex.
 - 14) Eliminasi baik, urin dan mekoneum akan keluar dalam 24 jam pertama, mekoneum berwarna hitam kecoklatan (Arief, dkk. 2009 ; hal : 1 - 2).
- c. Perubahan – perubahan yang terjadi pada bayi baru lahir.

1) Perubahan metabolisme karbohidrat

Dalam waktu 2 jam setelah lahir akan terjadi penurunan kadar gula darah, untuk menambah energi pada jam – jam pertama setelah lahir diambil dari hasil metabolisme asam lemak, bila karena suatu hal misalnya bayi mengalami hipotermi, metabolisme asam lemak tidak dapat memenuhi kebutuhan pada neonatus maka kemungkinan besar bayi akan menderita hipoglikemia, misalnya pada bayi BBLR, bayi dari ibu yang menderita DM dan lain – lainnya.

2) Perubahan suhu tubuh

Ketika bayi lahir bayi berada pada suhu lingkungan yang lebih rendah dari suhu lingkungan yang lebih rendah dari suhu didalam rahim ibu. Apabila bayi dibiarkan dalam suhu kamar 25 °C maka bayi akan kehilangan panas melai konveksi, radiasi dan evaporasi sebanyak 200 kal/kg bb/menit.

Sedangkan produksi panas yang dihasilkan tubuh bayi hanya 1/10 nya. Keadaan ini menyebabkan penurunan suhu tubuh sebanyak 2°C dalam waktu 15 menit, akibat suhu yang

rendah metabolisme jaringan meningkat dan kebutuhan oksigen pun meningkat.

3) Perubahan pernafasan

Selama dalam uterus, janin mendapat O₂ dari pertukaran gas melalui plasenta. Setelah bayi lahir pertukaran gas harus memalui paru – paru bayi.

Rangsangan untuk gerakan pernafasan pertama ialah :

- a) Tekanan mekanis dari toraks sewaktu melalui jalan lahir.
- b) Penurunan pa O₂ dan kenaikan pa CO₂ merangsang kemoreseptor yang terletak di sinuskarotis.
- c) Rangsangan dingin di daerah muka dapat merangsang permukaan gerakan pernafasan.
- d) Reflex deflasi Hering Breur.

Pernafasan pertama pada bayi baru lahir terjadi normal dalam waktu 30 detik setelah kelahiran, tekanan rongga dadad bayi pada saat melalui jalan lahir pervaginam mengakibatkan cairan paru – paru (pada bayi normal jumlahnya 80 – 100 ml) kehilangan 1/3 dari jumlah cairan tersebut, sehingga cairan yang hilang ini diganti dengan udara. Paru – paru berkembang sehingga rongga dada kembali pada bentuk semula pernafasan pada neonatus terutama pernafasan diafragmatik dan abdominal dan biasanya masih tidak teratur frekuensi dan dalamnya pernafasan.

4) Perubahan sirkulasi

Dengan berkembangnya paru – paru mengakibatkan tekanan O₂ meningkat dan tekanan CO₂ menurun, hal ini mengakibatkan turunnya resistensi pembuluh darah paru sehingga aliran darah ke alat tersebut meningkat, hal ini menyebabkan darah dari arteri pulmonalis mengalir ke paru – paru dan ductus arteriosus menutup.

Dengan menciutnya arteri dan vena umbilical kemudian tali pusat dipotong aliran darah dari plasenta melalui vena cava inferior dan foramen oval ke atrium kiri terhenti.

Sirkulasi janin sekarang berubah menjadi sirkulasi bayi sirkulasi bayi yang hidup diluar badan ibu.

5) Perubahan alat pencernaan hati, ginjal, dan alat lainnya mulai berfungsi (Arief, dkk. 2009 ; hal : 2 – 5).

d. Asuhan pada bayi baru lahir normal

1) Asuhan bayi baru lahir 0 – 2 jam

a) Pencegahan kehilangan panas

Mekanisme pengaturan temperatur tubuh pada BBL belum berfungsi sempurna. Oleh karena itu, jika tidak segera dilakukan upaya pencegahan kehilangan panas tubuh maka BBL dapat mengalami hipotermia. Bayi dengan hipotermia, sangat beresiko tinggi mengalami sakit berat bahkan kematian. Hipotermia mudah terjadi pada bayi yang tubuhnya dalam keadaan basah atau tidak segera dikeringkan dan diselimuti walaupun berada di dalam ruangan yang relatif hangat. Bayi prematur atau berat badan lahir rendah sangat rentan untuk mengalami hipotermia (JNPK-KN, 2008 hal : 127).

Mekanisme hilangnya panas pada bayi baru lahir :

(1) Konduksi

Panas dihantarkan dari tubuh bayi ke benda sekitarnya yang kontak langsung dengan tubuh bayi (pemindahan panas dari tubuh bayi ke objek lain melalui kontak langsung). Contoh hilangnya panas tubuh bayi secara konduksi ialah menimbang bayi tanpa alas timbangan, tangan penolong yang dingin memegang bayi baru lahir, menggunakan stetoskop dingin untuk pemeriksaan bayi baru lahir.

(2) Konveksi

Panas hilang dari tubuh bayi keudara sekitarnya yang sedang bergerak (jumlah panas yang hilang tergantung pada kecepatan dan suhu udara). Contoh hilangnya panas tubuh bayi secara konveksi ialah membiarkan atau menempatkan bayi baru lahir dekat jendela,

membiarkan bayi baru lahir diruang yang terpasang kipas angin.

(3) Radiasi

Panas dipancarkan dari bayi baru lahir, keluar tubuhnya ke lingkungan yang lebih dingin (pemindahan panas antara 2 objek yang mempunyai suhu berbeda). Contoh bayi mengalami kehilangan panas tubuh secara radiasi, ialah bayi baru lahir dibiarkan dalam ruangan dengan AC tanpa diberikan pemanas (radiant warmer), bayi baru lahir dibiarkan dalam keadaan telanjang, bayi baru lahir ditudurkan berdekatan dengan ruangan yang dingin, misalnya dekat tembok.

(4) Evaporasi

Panas hilang melalui proses penguapan tergantung kepada kecepatan dan kelembaban udara (pemindahan panas dengan cara merubah cairan menjadi uap). Evaporasi dipengaruhi oleh jumlah panas yang dipakai, tingkat kelembaban udara, aliran udara yang melewati, apabila bayi baru lahir dibiarkan dalam suhu kamar 25 °C, maka bayi baru lahir akan kehilangan panas melalui konveksi, radisai dan evaporasi 200 perkilogram berat badan (per kg BB), sedangkan yang dibentuk hanya satu persepuluhnya.

Untuk mencegah kehilangan panas pada bayi baru lahir, antara lain mengeringkan bayi secara seksama, menyelimuti bayi dengan selimut atau kain bersih, kering dan hangat, menutup bagian kepala bayi, menganjurkan ibu untuk memeluk dan menyusukan bayinya, jangan segera menimbang atau memandikan bayi baru lahir, menempatkan bayi dilingkungan yang hangat (Muslihatun, 2010 ; hal : 12 - 14).

b) Merawat tali pusat

(2) Memotong dan mengikat tali pusat kira – kira 2 menit setelah bayi lahir.

(3) Nasehat untuk merawat tali pusat yaitu jangan membungkus puntung tali pusat atau mengoleskan cairan/bahan apapun ke puntung tali pusat.

c) Pemberian ASI (IMD)

d) Pencegahan infeksi mata

Salep mata untuk pencegahan infeksi mata diberikan setelah 1 jam kontak kulit ke kulit dan bayi selesai menyusu. Pencegahan infeksi tersebut menggunakan tetrasiklin 1%. Salep antibiotika harus tepat diberikan pada waktu satu jam setelah kelahiran. Upaya profilaksis infeksi mata tidak efektif jika diberikan lebih dari satu jam setelah kelahiran.

e) Pemberian Vitamin K1

Semua bayi baru lahir harus diberikan vitamin K1 injeksi 1 mg intramuskuler setelah 1 jam kontak kulit ke kulit dan bayi setelah menyusu untuk mencegah perdarahan BBL akibat defisiensi vitamin K yang dapat dialami oleh sebagian BBL.

* f) Pemberian imunisasi bayi baru lahir *

Imunisasi Hepatitis B bermanfaat untuk mencegah infeksi Hepatitis B terhadap bayi, terutama jalur penularan ibu – bayi. Imunisasi Hepatitis B pertama diberikan 1 jam setelah pemberian vitamin K1, pada saat bayi baru berumur 2 jam. Selanjutnya Hepatitis B dan DPT diberikan pada umur 2 bulan, 3 bulan dan 4 bulan. Dianjurkan BCG dan OPV diberikan pada saat bayi berumur 24 jam (pada saat bayi pulang dari klinik) atau pada usia 1 bulan (KN). Selanjutnya OPV diberikan selama 3 kali pada umur 2 bulan, 3 bulan dan 4 bulan. Lakukan pencatatan dan anjurkan ibu untuk kembali pada jadwal imunisasi berikutnya (JNPK-KN, 2008 ; hal : 130 – 140)

2) Asuhan bayi baru lahir sampai dengan 24 jam

a) Menjaga kehangatan bayi

- (1) Kenakan pakaian bayi atau selimuti dengan kain bersih, kering dan lembut, topi pada kepala bayi selama beberapa hari pertama, terutama bila bayi kecil.
- (2) Menjaga bayi mudah dijangkau ibu.
- (3) Menilai kehangatan bayi setiap 4 jam dengan meraba kaki bayi : jika kaki bayi dingin, hangatkan bayi dengan melakukan kontak kulit ke kulit.

b) Konseling ASI eksklusif

c) Ajarkan ibu untuk merawat bayi

d) Berikan obat sesuai resep menurut jadwal yang telah ditentukan.

e) Periksa sebelum bayi pulang (JNPK-KN, 2008 hal : 140 – 141).

3) Asuhan pada bayi usia 2 – 6 hari

Pada hari ke – 2 sampai hari ke – 6 setelah lahir, ada hal – hal yang perlu diperhatikan dalam asuhan pada bayi, yaitu sebagai berikut :

a) Anjurkan ibu untuk memberikan asi sesuai keinginan bayi dan berikan asi eksklusif

b) Pantau pola BAB / defekasi bayi

Bayi normal akan mengalami defekasi 5 – 6 kali sehari (1 kali defekasi setiap kali diberi makan) dan akan mulai berkurang pada minggu kedua menjadi 1 tau 2 kali sehari. Bayi memiliki pola defekasi normal pada minggu kedua kehidupannya. Dengan tambahan makanan padat.

c) Pantau pola BAK

Fungsi ginjal bayi masih belum sempurna selama dua tahun pertama kehidupannya. Biasanya terdapat urin dalam jumlah yang kecil pada kandung kemih bayi saat lahir, tetapi ada kemungkinan urin tersebut tidak dikeluarkan selama 12 – 24 jam. Berkemih sering terjadi setelah

periode ini dengan frekuensi 6 – 10 kali sehari dengan warna urin yang pucat.

d) Pantau pola tidur bayi

Dalam 2 minggu pertama setelah lahir, bayi normalnya sering tidur. Bayi baru lahir sampai usia 3 bulan rata – rata tidur selama 16 jam sehari. Pada umumnya bayi terbangun sampai malam ahri pada usia 3 bulan. Sebaiknya ibu selalu menyediakan selimut dan ruangan yang hangat, serya memastikan bayi tidak terlalu panas atau terlalu dingin.

e) Menjaga kebersihan kulit

Kebersihan kulit bayi perlu benar – benar dijaga. Walaupun mandi dengan membasahi seluruh tubuh tidak harus dilakukan setiap hari, tetapi bagian – bagian seperti muka, bokong dan tali pusat perlu dibersihkan secara teratur. Sebaiknya orang tua maupun orang lain yang ingin memegang bayi diharuskan untuk mencuci tangan terlebih dahulu.

f) Menjaga keamanan bayi

Hal – hal yang harus diperhatikan dalam menjaga keamanan bayi adalah denagn tetap menjaganya, jangan meninggalkan bayi tanpa ada yang menunggu. Selain itu juga perlu dihindari untuk memberikan apapun ke mulut bayi selain ASI.

g) Menilai tanda – tanda bahaya pada bayi

- a. Pernapasan sulit atau lebih dari 60 kali/menit.
- b. Terlalu hangat ($> 38^{\circ}\text{C}$) atau terlalu dingin ($< 36^{\circ}\text{C}$).
- c. Isapan saat menyusu lemah, rewel, sering muntah, mengantuk berlebihan.
- d. Tali pusat merah, bengkak, keluar cairan, berbau busuk, dan berdarah.
- e. Terdapat tanda – tanda infeksi seperti suhu tubuh meningkat, merah, bengkak, bau busuk, keluar cairan, dan pernafasan sulit.

- 4) Asuhan pada bayi berusia 1 – 6 minggu
 - a) Memastikan kepada ibu mengenai masalah – masalah yang dialami terutama dalam proses menyusui.
 - b) Jika ibu sedang menyusui bayinya, amati letak mulut bayi pada puting, posisi menyusui, isapan, dan refleks menelan bayi.
 - c) Memastikan bayi mengalami pertumbuhan dan penambahan berat badan.
 - d) Memastikan apakah bayi menunjukkan tanda bahaya.
 - e) Memastikan apakah bayi menyusui dengan baik.
 - f) Memastikan apakah bayi berkemih 6 – 8 kali/hari (Vivian, 2010 hal : 39).
- e. Komplikasi bayi baru lahir
 - 1) Asfiksia
 - a) Asfiksia adalah keadaan dimana bayi tidak bernafas secara spontan dan teratur segera setelah lahir. Seringkali bayi yang sebelumnya mengalami gawat janin akan mengalami asfiksia sesudah persalinan. Masalah ini mungkin berkaitan dengan keadaan ibu, tali pusat atau masalah pada bayi selama atau sesudah persalinan (JNPK-KR 2008 hal : 146).
 - b) Penatalaksanaan asfiksia dengan melakukan tindakan resusitasi dengan prinsip dasar resusitasi diantaranya :
 - (1) Memberikan lingkungan yang baik dan mengusahakan saluran pernapasan
 - (2) Memberikan bantuan pernapasan secara aktif
 - (3) Melakukan koreksi terhadap asidosis yang terjadi
 - (4) Menjaga agar sirkulasi darah tetap baik.

Cara untuk melakukan resusitasi diantaranya :

- (1) Tahap 1 : langkah awal
 - (a) Menjaga bayi tetap hangat
 - (b) Mengatur posisi bayi
 - (c) Menghisap lendir
 - (d) Mengeringkan dan merangsang bayi

- (e) Mengatur kembali posisi kepala bayi dan selimuti bayi
- (f) Melakukan penilaian bayi
- (2) Tahap 2 : Ventilasi
 - (a) Pasang sungkup
 - (b) Ventilasi 2 kali
 - (c) Ventilasi 20 kali dalam 30 detik
 - (d) Ventilasi 30 detik, hentikan dan lakukan penilaian ulang napas
 - (e) Menyiapkan rujukan jika bayi belum bernafas spontan sesudah 2 menit resusitasi
 - (f) Melanjutkan ventilasi sambil memeriksa denyut jantung bayi.
- (3) Tahap 3 : asuhan pascaresusitasi (Sondakh, 2013 ; hal : 182 – 184).

2) Bercak mongol

Bercak mongol (mongolian spots) adalah pembentukan pigmen gelap / bercak biru keunguan seperti memar pada bagian bawah belakang / di daerah pinggang bawah dan bokong bayi. Penyebabnya adalah penumpukan sel pigmen dan biasanya menghilang pada usia 4 tahun.

3) Hemangioma

Hemangioma atau strawberry hemangioma adalah area menonjol, sembab berwarna merah tua atau terang seperti strawberry yang dibentuk oleh penumpukan pembuluh darah prematur. Strawberry hemangioma sering terlihat dikepala. Umumnya tidak muncul pada saat lahir, tapi baru terlihat pada usia 2 bulan. Tanda lahir ini dapat membesar untuk beberapa bulan, dan secara bertahap menghilang, dan biasanya menghilang sempurna saat usia 9 tahun.

4) Ikterus

- a) Ikterus fisiologis pada bayi lahir adalah warna kuning yang ditemukan pada hari ke – 3 sampai ke – 14, tidak disertai tanda dan gejala ikterus patologis. Ikterus patologis apabila

ditemukan kuning pada dua hari pertama setelah lahir atau pada hari ke – 14, disertai bayi kurang bulan, tinja pucat, serta daerah lutut dan siku tampak sekali warna kekuningannya.

b) Tindakan untuk mengatasi ikterus fisiologis diantaranya :

- (1) sinari bayi dengan cahaya matahari pagi jam 07.00 – 08.00 selama 2 – 4 hari.
- (2) Atur posisi kepala bayi agar wajah tidak langsung menghadap ke cahaya matahari.
- (3) Lakukan penyinaran selama 30 menit, 15 menit bayi dalam posisi telentang, 15 menit bayi dalam posisi telungkup.
- (4) Lakukan penyinaran pada kulit seluas mungkin dan bati tidak memakai pakaian (telanjang).
- (5) Lakukan asuhan perawatan dasar pada bayi muda.
- (6) Beri penjelasan ibu kapan sebaiknya bayi dibawa ke petugas kesehatan.
- (7) Berikan penjelasan ibu kapan kunjungan ulang, setelah hari ke – 7.

c) Muntah dan gumoh

Muntah adalah mengeluarkan atau regurgitasi susu yang telah di minum dalam jumlah kecil. Muntah merupakan hal biasa pada bayi. Biasanya bersifat sementara dan tidak mengganggu pertumbuhan. Muntah pada bayi harus diwaspadai apabila muntah menyembrot, setiap saat tanpa memandang cara pemberian minum, setiap kali habis minum semua ASI / minuman dimuntahkan serta muntahan berwarna hijau atau bercampur darah.

Bayi sering meludahkan (gumoh, regurgitasi) sejumlah kecil susu ketika atau sesudah menyusu, seringkali disertai sendawa. Hal ini adalah normal.

d) Oral Trush

Apabila menemui kasus oral trush, lakukan pemeriksaan untuk membedakan trush dari bercak susu dengan

mengorek lidah secara lembut untuk melihat, apakah bercak putih mudah dilepas. Bercak putih karena pemberian susu mudah dilepas, sedangkan trush sukar dilepas.

Langkah pertama diawali dengan cuci tangan sebelum melakukan tindakan, membersihkan mulut bayi dengan ujung jari ibu yang dibungkus dengan kain bersih dan telah dicelupkan dalam air hangat bergaram. Olesi bercak trush dalam mulut bayi dengan larutan nistatin oral atau Gentian Violet 0,25 – 0,5 % tiga sampai empat kali sehari. Lanjutkan pemberian sampai dua hari setelah lesi menghilang. Menganjurkan ibu untuk mengolesi payudaranya dengan krim nistatin atau larutan Gentian Violet 0,5 % setiap kali setelah menyusui selama bayi diobati.

e) *Diaper Rash*

Diaper Rash atau ruam popok (penyakit kulit popok) adalah ruam merah terang disebabkan oleh iritasi dari kulit terkena urin atau kotoran yang berlangsung lama dibagian mana saja di bawah popok anak. Biasanya, daerah pada kulit yang terkena popok adalah yang paling sering terkena. Ruam popok juga bisa disebabkan oleh infeksi jamur *candida*, biasanya menyebabkan ruam merah terang pada lipatan kulit dan bercak kecil merah. Ruam popok sering disebabkan oleh bakteri. Ruam popok tidak selalu mengganggu anak tersebut. Hal itu bisa dicegah atau diperkecil dengan menggunakan popok yang dibuat dengan gel yang menyerap, dengan menghindari popok plastik yang ketat atau celana yang memperangkap lembab, dan dengan sering mengganti popok ketika ngompol. Bayi yang disusui cenderung mengalami beberapa ruam popok karena kotoran mereka mengandung beberapa enzim dan zat lain yang bisa mengiritasi kulit.

Pengobatan utama untuk ruam popok adalah sering membuang atau mengganti popok anak tersebut. Kulit anak tersebut harus di cuci dengan lembut dengan sabun lembut

dan air. Seringkali ruam hilang dengan cara ini dengan sendirinya. Menggunakan pelembab kulit dan salep pelindung, seperti seng, jel petroleum, atau salep Vitamin A dan D bisa membantu. Krim anti jamur (nistatin) atau larutan Gentian Violet 0,5 % kemungkinan diperlukan jika dokter mendiagnosa infeksi candida. Lanjutkan pemberian sampai 3 hari setelah lesi menghilang. Krim antibiotik juga bisa digunakan jika ruam disebabkan oleh bakteri (Muslihatun 2010 hal 100 – 105).

5. Kontrasepsi

a. Pengertian

Kontrasepsi adalah upaya untuk mencegah kehamilan, upaya ini dapat bersifat sementara, dapat pula bersifat permanen, penggunaan kontrasepsi merupakan salah satu variabel yang mempengaruhi fertilitas (Purwaningsih, 2010 ; h : 75).

b. Macam – macam metode kontrasepsi

1) Metode sederhana

a) Tanpa alat

(1) KB alamiah

Macam :

- (a) Metode kalender (Ogino – knaus)
- (b) Metode suhu badan basal (Termal)
- (c) Metode lendir serviks (Biliings)
- (d) Metode Simpto – Termal

(2) Coitus interruptus

b) Dengan alat

(1) Mekanis (Barrier)

Macam :

- a. Kondom pria
- b. Barrier intra vaginal , seperti : Diafragma, Kap serviks (cervical cap), spons (sponge), kondom wanita.

(5) Kimiawi

Spermisid

Macam :

- (a) Vaginam cream
- (b) Vaginam foam
- (c) Vaginal jelly
- (d) Vaginal suppositaria
- (e) Vaginal tablet (busa)
- (f) Vaginal soluble film

2) Metode modern

a) Kontrasepsi hormonal :

(1) Per – oral

Macam :

- (a) Pil oral kombinasi (POK)
- (b) Mini – pil
- (c) Morning – after pill

(2) Injeksi

Macam :

(DMPA, NET – EN, Microspheres, microcapsules).

(3) Sub – kutis : impant (Alat kontrasepsi bawah kulit)

Macam :

Implant non – biodegradable (Norplant, Norplant – 2, ST – 1435, Implanon).

Implant biodegradable (Capronor, Pellets)

b) Intra uterine devices (IUD)

c) Kontrasepsi mantap :

Macam :

(1) Pada wanita

- (a) Penyinaran (Radiasi sinar – X, radium, cobalt dan lain – lain, Sinar laser).
- (b) Operatif, medis Operatif Wanita : (Ligasi tuba fallopi, Elektro – koagulasi tuba fallopi, Fimbriektomi, Salpingektomi, Ovariectomi bilateral, Histerektomi, Fimbriectomy, Ovariectomy).
- (c) Penyumbatan tuba fallopi secara mekanis
- (d) Penyumbatan tuba fallopi secara kimiawi

(2) Pada pria

- (a) Operatif medis operatif pria (Vasektomi / Vasektomi tanpa pisau (VTP).
- (b) Penyumbatan vas deferens secara mekanis
- (c) Penyumbatan vas deveren secara kimiawi (hanafi, 2004 ; hal : 42 – 45).

c. Kontrasepsi pasca persalinan

Tabel 2.1 kontasepsi pasca persalinan

Metode kontrasepsi	Waktu pascapersalinan	Ciri – ciri khusus	Catatan
MAL	1.mulai segera pasca persalinan. 2.efektifitas tinggi sampai 6 bulan pascapersalinan dan belum haid.	1.manfaat kesehatan bagi ibu dan bayi. 2.memberi waktu untuk memilih metode kontrasepsi lain.	1.harus benar – benar ASI eksklusif. 2.efektifitas berkurang jika mulai suplementasi.
Kontrasepsi kombinasi	1. jika menyusui : Jangan dipakai sebelum 6 – 8 minggu pascapersalinan. Sebaiknya tidak dipakai dalam waktu 6 minggu – 6 bulan pascapersalinan 2. jika pakai MAL tunda sampai 6 bulan. 3. jika tidak menyusui dapat dimulai 3 minggu pascapersalinan.	1. selama 6 – 8 minggu pasca persalinan, kontrasepsi kombinasi akan mengurangi ASI dan mempengaruhi tumbuh kembang bayi. 2. jika klien tidak mendapat haid dan sudah " berhubungan seksual, mulailah kontrasepsi kombinasi setelah yakin tidak ada kehamilan.	1. kontrasepsi kombinasi merupakan pilihan terakhir pada klien menyusui. 2. dapat diberikan pada klien dengan riwayat preeklampsia atau hipertensi dalam kehamilan. 3. sesudah 3 minggu pascapersalinan tidak meningkatkan resiko pembekuan darah. Perdarahan ireguler dapat terjadi
Kontrasepsi progestin	1. sebelum 6 minggu pascapersalinan, klien menyusui jangan menggunakan kontrasepsi progestin. 2. jika menggunakan MAL, kontrasepsi progestin dapat ditunda sampai 6 bulan. 3. jika tidak menyusui, dapat segera dimulai. Jika tidak menyusui, lebih dari 6 minggu pascapersalinan, atau sudah dapat haid, kontrasepsi progestin dapat dimulai setelah yakin tidak ada kehamilan.	1. selama 6 minggu pertama persalinan, progestin mempengaruhi tumbuh kembang bayi. 2. tidak ada pengaruh terhadap ASI	
AKDR	1. dapat dipasang	1. tidak ada pengaruh	1. insersi

	<p>langsung pascapersalinan, sewaktu seksio sesarea, atau 48 jam pascapersalinan.</p> <p>2. jika tidak, insersi ditunda sampai 4 – 6 minggu pascapersalinan.</p> <p>3. jika laktasi atau haid sudah dapat, insersi dilakukan sesudah yakin tidak ada kehamilan.</p>	<p>terhadap ASI</p> <p>2. efek samping lebih sedikit pada klien yang menyusui</p>	<p>postplasental memerlukan petugas terlatih khusus.</p> <p>2. konseling perlu dilakukan sewaktu asuhan antenatal.</p> <p>3. angka pencabutan AKDR tahun pertama lebih tinggi pada klien menyusui.</p> <p>4. ekspulsi spontan lebih tinggi (6 – 10 %) pada pemasangan pascaplasental.</p> <p>5. sesudah 4 – 6 minggu pascapersalinan teknik sama dengan pemasangan waktu interval.</p>
Kondom/ Spermisida	<p>Dapat digunakan setiap saat pascapersalinan</p>	<p>1. tak ada pengaruh terhadap laktasi.</p> <p>2. sebagai cara sementara sambil memilih metode lain.</p>	<p>Sebaiknya pakai kondom yang diberi pelicin.</p>
diafragma	<p>Sebaiknya tunggu sampai 6 minggu pascapersalinan.</p>	<p>Tidak ada pengaruh terhadap laktasi.</p>	<p>1. perlu pemeriksaan dalam oleh petugas</p> <p>2. penggunaan spermisida membantu mengatasi masalah keringnya vagina.</p>
KB alamiah	<p>Tidak dianjurkan sampai siklus haid kembali teratur</p>	<p>Tidak ada pengaruh terhadap laktasi</p>	<p>1. lendir serviks tidak keluar seperti haid reguler lagi.</p> <p>2. suhu basal tubuh kurang akurat jika klien sering terbangun waktu malam untuk menyusui.</p>
Kuitus interuptus atau abstinensia	<p>Dapat digunakan setiap waktu</p>	<p>1. tidak ada pengaruh terhadap laktasi atau tumbuh kembang bayi.</p> <p>2. abstinensi 100% efektif.</p>	<p>1. beberapa pasangan tidak sanggup untuk abstinensia.</p> <p>2. perlu konseling</p>
Kontrasepsi mantap : tubektomi	<p>1. dapat dilakukan dalam 48 jam pascapersalinan.</p> <p>2. jika tidak, tunggu sampai 6 minggu pascapersalinan.</p>	<p>1. tidak ada pengaruh terhadap laktasi atau tumbuh kembang bayi.</p> <p>2. minilaparotomi pascapersalinan paling mudah dilakukan dalam 48 jam persalinan.</p>	<p>1. perlu anastesi lokal.</p> <p>2. konseling sudah harus dilakukan sewaktu asuhan antenatal.</p>
vasektomi	<p>Dapat dilakukan</p>	<p>Tidak segera efektif</p>	<p>Merupakan salah</p>

setiap saat

karena perlu paling satu cara KB untuk
sedikit 20 ejakulasi (± pria.
3 bulan) sampai
benar – benar steril

Sumber BKKBN, 2010 ; hal : 53 – 56

B. Tinjauan teori asuhan kebidanan

Manajemen kebidanan adalah pendekatan yang digunakan oleh bidan dalam menerapkan metode pemecahan masalah secara sistematis, mulai pengkajian, analisis data, diagnosis kebidanan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi (50 tahun IBI).

Manajemen kebidanan adalah metode dan pendekatan pemecahan masalah ibu dan anak yang khusus dilakukan oleh bidan untuk dilakukan dalam pemberian asuhan kebidanan kepada individu, keluarga dan masyarakat (Depkes RI).

Manajemen kebidanan merupakan suatu proses penyesuaian masalah yang menuntut bidan untuk lebih kritis didalsm mengantisipasi masalah. Manajemen kebidanan menurut varney ada 7 langkah, yaitu :

a. Langkah 1 : pengumpulan data

Kegiatan yang dilakukan pada langkah ini yaitu melakukan pengkajian dengan cara mengumpulkan semua yang diperlukan untuk dapat mengevaluasi klien secara lengkap. Data yang dikumpulkan antara lain :

- 1) Identitas klien
- 2) Keluhan klien
- 3) Pemeriksaan secara lengkap sesuai dengan kebutuhan
- 4) Meninjau catatan terbaru atau catatan sebelumnya
- 5) Meninjau data laboratorium

b. Langkah II : interpretasi data

Kegiatan yang dilakukan pada langkah ini yaitu menginterpretasikan semua data dasar yang telah dikumpulkan sehingga dapat disimpulkan pada sebuah diagnosa atau masalah. Diagnosa yang dikumpulkan adalah diagnosa dalam lingkup praktek kebidanan yang tergolong nomenklatur standar diagnosa, serta yang berkaitan dengan apa yang pernah dialami klien dari hasil pengkajian.

c. Masalah potensial

Kegiatan yang dilakukan pada langkah ini yaitu dengan cara mengidentifikasi masalah potensial yang mungkin akan terjadi pada klien berdasarkan rangkaian diagnosis dan masalah yang sudah teridentifikasi. Berdasarkan masalah yang dapat diidentifikasi bidan dapat mengantisipasi agar masalah tersebut dapat terantisipasi.

d. Langkah IV : identifikasi kebutuhan yang memerlukan penanganan segera

Kegiatan pada langkah ini yaitu mengidentifikasi perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter konsultan atau tenaga kesehatan lain. Contoh pada kasus kegawatdaruratan kebidanan, seperti perdarahan yang memerlukan tindakan KBI dan KBE. Hal ini harus segera ditangani segera oleh bidan, sementara kondisi yang lain masih bisa menunggu beberapa waktu lagi.

e. Langkah V : perencanaan asuhan yang menyeluruh

Kegiatan yang dilakukan pada langkah ini yaitu merencanakan asuhan secara menyeluruh yang ditentukan berdasarkan langkah – langkah sebelumnya. Asuhan yang menyeluruh tidak hanya dari kondisi klien atau dari setiap masalah yang berkaitan, tetapi dilihat juga dari apa yang diperkirakan terjadi selanjutnya, apakah dibutuhkan konseling dan apakah butuh merujuk ke dokter. Setiap asuhan yang direncanakan harus mendapat persetujuan oleh kedua belah pihak, yaitu bidan dan pasien.

f. Langkah VI : pelaksanaan

Kegiatan yang dilakukan pada langkah ini yaitu melaksanakan asuhan kebidanan yang sudah direncanakan pada langkah sebelumnya secara aman dan efisien. Kegiatan ini dapat dilakukan oleh bidan maupun tenaga kesehatan lain. Namun apabila tidak dilakukan oleh bidan, bidan tetap harus bertanggung jawab untuk mengarahkan pelaksanaannya. Dalam hal ini bidan harus melakukan kolaborasi dengan tim kesehatan lain dan atau dengan dokter. Dengan demikian, bidan bertanggung jawab atas terlaksananya rencana asuhan yang menyeluruh yang telah dibuat bersama tersebut.

g. Langkah VII : evaluasi

Kegiatan yang dilakukan pada langkah akhir yaitu :

- 1) Melakukan evaluasi keefektifan asuhan yang sudah diberikan, yaitu mencakup kebutuhan, untuk menilai apakah sudah benar – benar terlaksana sesuai dengan kebutuhan yang telah teridentifikasi dalam masalah atau diagnosa.
- 2) Mengulang kembali dari awal setiap asuhan yang tidak efektif untuk mengetahui mengapa proses manajemen yang diberikan tidak efektif.

Pendokumentasian asuhan kebidanan dengan metode SOAP

a. Subjektif

Pendokumentasian kebidanan yang diperoleh dari hasil pengumpulan data klien melalui anamnesa. Data subjektif ini berhubungan dengan masalah yang didapat dari klien (ekspresi mengenai kekhawatiran dan dari keluhannya).

b. Objektif

Pendokumentasian kebidanan ini dihasilkan dari pemeriksaan fisik klien, pemeriksaan laboratorium / pemeriksaan diagnostik lain dan informasi dari keluarga maupun orang lain.

c. Assesment

Pendokumentasian kebidanan hasil analisa dan interpretasi (kesimpulan) data subjektif dan objektif, diagnosa / masalah, masalah potensial dan antisipasi diagnosa.

d. Planning

Pendokumentasian tindakan (I) dan evaluasi (E), meliputi asuhan mandiri, kolaborasi, tes diagnosa / laboratorium, konseling dan tidak lanjut (Manguji, dkk, 2013 ; hal : 3 - 8).

C. Landasan Hukum

Peraturan menteri kesehatan republik indonesia nomor 1464/MENKES/PER/X/2010 tentang izin dan penyelenggaraan praktik bidan.

BAB I KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam peraturan ini dimaksudkan dengan :

2. Bidan adalah seorang perempuan yang lulus dari pendidikan bidan yang telah teregistrasi sesuai ketentuan peraturan perundang – undangan.
3. Fasilitas pelayanan kesehatan adalah tempat yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan baik promotif, preventif, kuratif maupun rehabilitatif, yang dilakukan oleh pemerintah, pemerintah daerah dan/atau masyarakat.
4. Surat tanda registrasi, selanjutnya disingkat STR adalah bukti tertulis yang diberikan oleh pemerintah kepada tenaga kesehatan yang diregistrasi setelah memiliki sertifikat kompetensi.
5. Surat ijin kerja bidan, selanjutnya disingkat SIKB adalah bukti tertulis yang diberikan kepada bidan yang sudah memenuhi persyaratan untuk bekerja di fasilitas pelayanan kesehatan.
6. Surat ijin praktek bidan, selanjutnya disingkat SIPB adalah bukti tertulis yang diberikan kepada bidan yang sudah memenuhi persyaratan untuk menjalankan praktik bidan mandiri.
7. Standar adalah pedoman yang harus dipergunakan sebagai petunjuk dalam menjalankan profesi yang meliputi standar pelayanan standar profesi, dan standar operasional prosedur.
8. Praktik mandiri adalah praktik budan swasta perorangan.
9. Organisasi profesi adalah Ikatan Bidan Indonesia (IBI).

BAB II (PERIZINAN)

Pasal 2

- (1) Bidan dapat menjalankan praktik mandiri dan / atau bekerja di fasilitas pelayanan kesehatan.
- (2) Bidan yang menjalankan praktik mandiri harus berpendidikan minimal Diploma III (D III) kebidanan.

Pasal 3

- a. Setiap bidan yang bekerja difasilitas pelayanan kesehatan wajib memiliki SIKB.
- b. Setiap bidan yang menjalankan praktik mandiri wajib memiliki SIKB.
- c. SIKB atau SIPB sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2) berlaku untuk 1 (satu) tempat.

Pasal 4

- (1) Untuk memperoleh SIKB/SIPB sebagaimana dimaksud dalam pasal 3, bidan harus mengajukan permohonan kepada pemerintah daerah kabupaten/kota dengan melampirkan :
 - a. Fotocopy STR yang masih berlaku dan dilegalisasi;
 - b. Surat keterangan sehat fisik dari dokter yang memiliki Surat Izin Praktek;
 - c. Surat pernyataan memiliki tempat kerja di fasilitas pelayanan kesehatan atau tempat praktik;
 - d. Pas foto berwarna terbaru ukuran 4x6 cm sebanyak 3 (tiga) lembar;
 - e. Rekomendasi dari kepala dinas kesehatan kabupaten/kota atau pejabat yang ditunjuk; dan
 - f. Rekomendasi dari organisasi profesi.
- (2) Kewajiban memiliki STR sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang – undangan.
- (3) Apabila belum terbentuk Majelis Tenaga Kesehatan Indonesia (MTKI), Majelis Tenaga Kesehatan Provinsi (MTKP) dan/atau proses STR belum dapat dilaksanakan, maka surat izin bidan ditetapkan sebagai STR.
- (4) Contoh surat permohonan memperboleh SIKB/SIPB sebagaimana dimaksud paa ayat (1) tercantum dalam formulir 1 terlampir.
- (5) Contoh SIKB sebagaimana tercantum dalam formulir II terlampir.
- (6) Contoh SIPB sebagaimana tercantum dalam formulir III terlampir.

Pasal 5

- (1) SIKB/SIPB dikeluarkan oleh pemerintah daerah kabupaten/kota.
- (2) Dalam hal SIKB/SIPB dikeluarkan oleh dinas kesehatan kabupaten/kota maka persyaratan sebagaimana dimaksud dalam pasal 4 ayat (1) huruf e tidak diperlukan.
- (3) Permohonan SIKB/SIPB yang disetujui atau ditolak harus disampaikan oleh pemerintah daerah kabupaten/kota atau dinas kesehatan kabupaten/kota kepada pemohon dalam waktu selambat – lambatnya 1 (satu) bulan sejak tanggal permohonan diterima.

Pasal 6

Bidan hanya dapat menjalankan praktik dan/atau kerja paling banyak di 1 (satu) tempat kerja dan 1 (satu) tempat praktik.

Pasal 7

- (1) SIKB/SIPB berlaku selama STR masih berlaku dan dapat diperbaharui kembali jika habis masa berlakunya.
- (2) Pembaharuan SIK/SIPB sebagaimana dimaksud ayat (1) diajukan kepada pemerintah daerah kabupaten/kota setempat dengan melampirkan :
 - a. Fotokopi SIKB/SIPB yang lama;
 - b. Fotokopi STR;
 - c. Serat keterangan sehat fisik dari dokter yang memiliki surat izin praktek;
 - d. Pas foto berwarna terbaru ukuran 4x6 cm sebanyak 3 (tiga) lembar;
 - e. Rekomendasi dari kepala dinas kesehatan kabupaten/kota atau pejabat yang ditunjuk sesuai ketentuan pasal 4 ayat (1) huruf e; dan
 - f. Rekomendasi dari organisasi profesi.

Pasal 8

SIKB/SIPB dinyatakan tidak berlaku karena :

- a. Tempat kerja/praktek tidak sesuai lagi dengan SIKB/SIPB

- b. Masa berlakunya habis dan tidak diperpanjang.
- c. Dicanut oleh pejabat berwenang memberikan izin.

BAB III (PENYELENGGARAAN PRAKTIK)

Pasal 9

Bidan dalam menjalankan praktik, berwenang untuk memberikan pelayanan yang meliputi :

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

Pasal 10

- (1) Pelayanan kesehatan ibu sebagaimana dimaksud dalam pasal 9 huruf a diberikan pada masa pra hamil, kehamilan, masa persalinan, masa nifas, masa menyusui dan masa antara dua kehamilan.
- (2) Pelayanan kesehatan ibu sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi :
 - a. Pelayanan konseling pada masa pra hamil;
 - b. Pelayanan antenatal pada kehamilan normal;
 - c. Pelayanan persalinan normal;
 - d. Pelayanan ibu nifas normal;
 - e. Pelayanan ibu menyusui; dan
 - f. Pelayanan konseling pada masa antara dua kehamilan.
- (3) Bidan dalam memberikan pelayanan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) berwenang untuk :
 - a. Episiotomi;
 - b. Penjahitan luka jalan lahir tingkat I dan II;
 - c. Penanganan kegawat daruratan, dilanjutkan dengan rujukan;
 - d. Pemberian tablet Fe pada ibu hamil;
 - e. Pemberian vitamin A dosis tinggi pada ibu nifas;
 - f. Fasilitasi/bimbingan inisiasi menyusui dini dan promosi air susu ibu eksklusif;

- g. Pemberian uterotonika pada manajemen aktif kala III dan postpartum.
- h. Penyuluhan dan konseling;
- i. Bimbingan pada kelompok ibu hamil;
- j. Pemberian surat keterangan kematian; dan
- k. Pemberian surat keterangan cuti bersalin.

Pasal 11

- (1) Pelayanan kesehatan anak bagaimana dimaksud dalam pasal 9 huruf b diberikan pada bayi baru lahir, bayi, anak balita, dan anak pra sekolah.
- (2) Bidan dalam memberikan pelayanan kesehatan anak sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berwenang untuk :
 - a. Melakukan asuhan bayi baru lahir normal termasuk resusitasi, pencegahan hipotermi, inisiasi menyusui dini, injeksi vitamin K1, perawatan bayi baru lahir pada masa neonatal (0 – 28 hari), dan perawatan tali pusat;
 - b. Penanganan hipotermi pada bayi baru lahir dan segera merujuk;
 - c. Penanganan kegawat daruratan, dilanjutkan dengan perujukan;
 - d. Pemberian imunisasi rutin sesuai program pemerintah;
 - e. Pemantauan tumbuh kembang bayi, anak balita dan anak pra sekolah;
 - f. Pemberian konseling dan penyuluhan;
 - g. Pemberian surat keterangan kelahiran; dan
 - h. Pemberian surat keterangan kematian.

Pasal 12

Bidan dalam memberikan pelayanan kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana sebagaimana dimaksud dalam pasal 9 huruf c, berwenang untuk :

- a. Memberikan penyuluhan dan konseling kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana; dan
- b. Memberikan alat kontrasepsi oral dan kondom.

Pasal 13

- (1) Selain kewenangan sebagaimana dimaksud dalam pasal 10, pasal 11, dan pasal 12, bidan yang menjalankan program pemerintah berwenang melakukan pelayanan kesehatan meliputi :
- a. Pemberian alat kontrasepsi suntikan, alat kontrasepsi dalam rahim, dan memberikan pelayanan alat kontrasepsi bawah kulit;
 - b. Asuhan antenatal terintegrasi dengan intervensi khusus penyakit kronis tertentu dilakukan dibawah supervisi dokter.
 - c. Penanganan bayi dan anak balita sakit sesuai pedoman yang ditetapkan;
 - d. Melakukan pembinaan peran serta msyarakat dibidang kesehatan ibu dan anak, anak usia sekolah dan remaja, dan penyehatan lingkungan;
 - e. Pemantauan tumbuh kembang bayi, anak balita, anak pra sekolah dan anak sekolah;
 - f. Melaksanakan pelayanan kebidanan komunitas;
 - g. Melaksanakan deteksi dini, merujuk dan memberikan penyuluhan terhadap Infeksi Menular Seksual (IMS) termasuk pemberi kondom, dan penyakit lainnya.
 - h. Pencegahan penyalahgunaan Narkotika, Psikotropika dan Zat Adiktif lainnya (NAPZA) melalui informasi dan edukasi; dan
 - i. Pelayanan kesehatan lain yang merupakan program pemerintah.
- (2) Pelayanan alat kontrasepsi bawah kulit, asuhan antenatal terintegrasi, penanganan bayi dan anak balita sakit, dan pelaksanaan deteksi dini, merujuk, dan memberikan penyuluhan terhadap Infeksi Menular Seksual (IMS) dan penyakit lainnya, serta pencegahan penyalahgunaan Narkotika, Psikotropika dan Zat Adiktif Lainnya (NAPZA) hanya dapat dilakukan oleh bidan yang dilatih untuk itu.

Pasal 14

- (1) Bagi bidan yang menjalankan praktik didaerah yang tidak memiliki dokter, dapat melakukan palayanan kesehatan di luar kewenangan sebagaimana dimaksud dalam pasal 9.

- (2) Daerah yang tidak memiliki dokter sebagaimana dimaksud pada ayat (1) adalah kecamatan atau kelurahan/desa yang ditetapkan oleh kepala ins kesehatan kabupaten/kota.
- (3) Dalam hal daerah sebagaimana dimaksud pada ayat (2) telah terdapat dokter, kewenangan bidan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) tidak berlaku.

Pasal 15

- i. Pemerintah daerah provinsi/kabupaten/kota menugaskan bidan praktik mandiri tertentu untuk melaksanakan program pemerintah.
- ii. Bidan praktik mandiri yang ditugaskan sebagai pelaksana program pemerintah berhak atas pelatihan dan pembinaan dari pemerintah daerah provinsi/kabupaten/kota.

Pasal 16

- (1) Pada daerah yang belum memiliki dokter, pemerintah dan pemerintah daerah harus menempatkan bidan dengan pendidikan minimal Diploma III Kebidanan.
- (2) Apabila tidak terdapat tenaga bidan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), pemerintah dan pemerintah daerah dapat menempatkan bidan yang telah mengikuti pelatihan.
- (3) Pemerintah daerah provinsi/kabupaten/kota bertanggung jawab menyelenggarakan pelatihan bagi bidan yang memberikan pelayanan di daerah yang tidak memiliki dokter.

Pasal 17

- (1) Bidan dalam menjalankan praktik mandiri harus memenuhi persyaratan meliputi :
 - a. Memiliki tempat praktik, ruangan praktik dan peralatan untuk tindakan asuhan kebidanan, serta peralatan untuk menunjang pelayanan kesehatan bayi, anak balita dan pra sekolah yang memenuhi persyaratan lingkungan sehat;
 - b. Menyediakan maksimal 2 (dua) tempat tidur untuk persalinan; dan

- c. Memiliki sarana, peratan dan obat sesuai dengan ketentuan yang berlaku.
- (2) Ketentuan persyaratan tempat praktik dan peralatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) tercantum dalam lampiran peraturan ini.

Pasal 18

- (1) Dalam melaksanakan praktik/kerja, bidan berkewajiban untuk :
- a. Menghormati hak pasien;
 - b. Memberikan informasi tentang masalah kesehatan pasien dan yang dibutuhkan;
 - c. Merujuk kasus yang bukan kewenangannya atau tidak dapat dengan tepat waktu;
 - d. Meminta persetujuan tindakan yang akan dilakukan;
 - e. Menyimpan rahasia pasien sesuai dengan ketentuan perundang – undangan;
 - f. Melakukan pencatatan asuhan kebidanan dan pelayanan lain sistematis;
 - g. Mematuhi standar; dan
 - h. Melakukan pencatatan dan pelaporan penyelenggaraan praktik termasuk pelaporan kelahiran dan kematian.
- (2) Bidan dalam menjalankan praktik/kerja senantiasa meningkatkan pelayanan profesinya, dengan mengikuti perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi melalui pendidikan dan pelatihan sesuai dengan tugasnya.
- (3) Bidan dalam menjalankan praktik kebidanan harus membantu pemerintah dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat.

Pasal 19

Dalam melaksanakan praktik/kerja, bidan mempunyai hak :

- a. Memperoleh perlindungan hukum dalam melaksanakan praktik/kerja sesuai standar;
- b. Memperoleh informasi yang lengkap dan benar dari pasien dan keluarganya;

- c. Melaksanakan tugas sesuai dengan kewenangan dan standar; dan
- d. Menerima imbalan jasa profesi.

BAB IV (PENCATATAN DAN PELAPORAN)

Pasal 20

- (1) Dalam melakukan tugasnya bidan wajib melakukan pencatatan dan pelaporan sesuai dengan pelayanan yang diberikan.
- (2) Pelaporan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditujukan ke Puskesmas wilayah tempat praktik.
- (3) Dikecualikan dari ketentuan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) untuk bidan yang bekerja di fasilitas pelayanan kesehatan.

BAB V (PEMBINAAN DAN PENGAWASAN)

Pasal 21

- (1) Menteri, pemerintah Daerah provinsi, pemerintah Daerah Kabupaten/Kota melakukan pembinaan dan pengawasan dengan mengikutsertakan majelis tenaga kesehatan provinsi, organisasi profesi dan asosiasi institusi pendidikan yang bersangkutan.
- (2) Pembinaan dan pengawasan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diarahkan untuk meningkatkan mutu pelayanan, keselamatan pasien dan melindungi masyarakat terhadap segala kemungkinan yang dapat menimbulkan bahaya bagi kesehatan.
- (3) Kepala dinas kesehatan Kabupaten/kota harus melaksanakan pembinaan dan pengawasan penyelenggaraan praktik bidan.
- (4) Dalam pelaksanaan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota harus membuat pemetaan tenaga bidan praktik mandiri dan budan di desa serta menetapkan dokter puskesmas terdekat untuk pelaksanaan tugas supervisi terhadap bidan di wilayah tersebut.

Pasal 22

Pimpinan fasilitas pelayanan kesehatan wajib melaporkan bidan yang bekerja dan yang berhenti bekerja di fasilitas pelayanan kesehatannya

pada tiap triwulan kepada kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dengan tembusan kepada organisasi profesi.

Pasal 23

- (1) Dalam rangka pelaksanaan pengawasan sebagaimana dimaksud dalam pasal 21, Menteri, pemerintah daerah provinsi, dan pemerintah daerah Kabupaten/Kota dapat memberikan tindakan administratif kepada bidan yang melakukan pelanggaran terhadap ketentuan penyelenggaraan praktik dalam peraturan ini.
- (2) Tindakan administratif sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan melalui :
 - a. Teguran.
 - b. Teguran tertulis.
 - c. Pencabutan SIKB/SIPB untuk sementara paling lama 1 (satu) tahun, atau
 - d. Pencabutan SIKB/SIPB selamanya.

Pasal 24

- (1) Pemerintah daerah kabupaten/kota dapat memberikan sanksi berupa rekomendasi pencabutan surat izin/STR kepada kepala dinas kesehatan provinsi/Majelis Tenaga Kesehatan Indonesia (MTKI) terhadap bidan yang melakukan praktik tanpa memiliki SIPB atau kerja tanpa memiliki SIKB sebagaimana dimaksud dalam pasal 3 ayat (1) dan ayat (2).
- (2) Pemerintah daerah kabupaten/kota dapat mengenakan sanksi teguran lisan, teguran tertulis sampai dengan pencabutan izin fasilitas pelayanan kesehatan sementara/tetap kepada pimpinan fasilitas pelayanan kesehatan yang memperkerjakan bidan yang tidak mempunyai SIKB.

BAB VI (KETENTUAN PERALIHAN)

Pasal 25

- (1) Bidan yang telah mempunyai SIPB berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 900/Menkes/SK/VII/2002 tentang Registrasi dan praktik bidan dan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor HK.02.02/Menkes/149/I/2010 tentang perizinan dan penyelenggaraan praktik bidan dinyatakan telah memiliki SIPB berdasarkan peraturan ini sampai dengan masa berlakunya berakhir.
- (2) Bidan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) harus memperbaharui SIPB apabila surat izin bidan yang bersangkutan telah habis jangka waktunya, berdasarkan peraturan ini.

Pasal 26

Apabila Majelis Tenaga Kesehatan Indonesia (MTKI) dan Majelis Tenaga Kesehatan Provinsi (MTKP) belum dibentuk dan/atau belum dapat melaksanakan tugasnya maka registrasi bidan dilaksanakan sesuai dengan ketentuan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 900/SK/VII/2002 tentang Registrasi dan praktik bidan.

Pasal 27

Bidan yang telah melaksanakan kerja difasilitas pelayanan kesehatan sebelum ditetapkan peraturan ini harus memiliki SKB berdasarkan peraturan ini paling selambat – lambatanya 1 (satu) tahun sejak peraturan ini di tetapkan.

Pasal 28

Bidan yang berpendidikan di bawah Diploma III (D III) Kebidanan yang menjalankan praktik mandiri harus menyesuaikan dengan ketentuan peraturan ini selambat – lambatanya 5 (lima) tahun sejak peraturan ini ditetapkan.

BAB VII (KETENTUAN PENUTUP)

Pasal 29

Pada saat peraturan ini mulai berlaku :

- a. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 900/Menkes SK/VII/2002 tentang Registrasi dan Praktik Bidan sepanjang yang berkaitan dengan perizinan dan praktik bidan; dan
- b. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor HK.02.02.Menkes/149/2010 tentang Izin dan penyelenggaraan Praktik Bidan dicabut dan dinyatakan tidak berlaku.

Pasal 30

Peraturan ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

Agar setiap orang mengetahuinya, memerintahkan pengundangan dengan menempatkannya dalam Berita Negara Republik Indonesia.