

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Teori

1. Konsep Dasar Kehamilan

a. Pengertian kehamilan

Kehamilan merupakan suatu proses yang fisiologis dan ilamiah, Dimana setiap Perempuan yang memiliki organ reproduksi sehat, telah mengalami menstruasi, dan melakukan hubungan seksual dengan seorang pria sehat maka besar kemungkinan akan mengakami kehamilan.

Kehamilan didefinisikan sebagai fertilasi dan dilanjutkan dengan nidasi atau implementasi. Masa kehamilan dimulai dari konsepsi sampai lahirnya bayi dengan lama 280 hari atau 40 minggu yang dihitung dari hari pertama haid terakhir. Pada keadaan normal, ibu hamil akan melahirkan pada saat bayi telas ater (mampu hidup di luar Rahim) yaitu saat usia kehamilan 37-42 minggu, tetapi kadang-kadang kehamilan justru berakhir sebelum janin mencapai aterm. Kehamilan dapa pula melewati batas waktu yang normal lewat dari 42 minggu.

b. Klafikasi Usia Kehamilan

Kehamilan terbagi dalam 3 trimester yaitu :

- 1) Trimester I : Dimulai dari konsepsi sampai 3 bulan (0-12 minggu)
- 2) Trimester II : Dimulai dari 4 bulan sampai 6 bulan (13-28 minngu)
- 3) Trimester III : Dimulai dari 7 bulan sampai 9 bulan (29 – 40 minggu)

c. Perubahan Fisiologi dan Psikologi Kehamilan Trimester III

1) Perubahan Fisiologi

a) Sistem reproduksi

1) Vulva

Selama proses kehamilan vulva mengalami perubahan. Pada vulva terjadi perubahan seperti vaskularitas meningkat dan warna vulva menjadi lebih biru dan gelap (tanda Chadwick).

2) Perineum

Pada periode kehamilan, terdapat adanya peningkatan vaskularisasi dan kongesti dapat diamati pada kulit, otot perineum dan genitalia bagian luar, disertai dengan pelunakan jaringan ikat di bawahnya.

3) Vagina

Peningkatan volume darah berdampak signifikan pada vagina, sehingga menimbulkan perubahan warna menjadi ungu atau yang kita kenal dengan tanda Chadwick. Peregangan dinding vagina dapat terjadi sebagai upaya dalam mempersiapkan proses persalinan dan melahirkan.

4) Serviks

Pada minggu terakhir kehamilan, di akhir trimester III, posisi serviks kembali mengalami perubahan. Secara bertahap, serviks akan melunak, memendek, dan akhirnya terbuka pada saat proses melahirkan.

5) Uterus

Memasuki fase akhir dalam kehamilan, rahim berada sedikit di atas bagian Tengah Rahim. Implantasi plasenta yang ada dapat memengaruhi ketebalan otot rahim, sehingga bagian rahi, yang menjadi tempat implantasi

plasenta lebih cepat berkembang dibandingkan bagian yang lain. Hal tersebutlah yang mengakibatkan adanya ketidakrataan pada tampilan rahim atau yang dikenal dengan tanda pascaseck

Dalam minggu terakhir menjelang perkiraan persalinan, ibu hamil akan Kembali mengalami kontraksi Braxton Hicks. Sebab, pada tahap ini ibu hamil menjadi sensitive terhadap peningkatan hormon oksitosin. Di akhir kehamilan, hormon oksitosin bekerja efektif untuk menginduksi persalinan.

6) Ovarium

Selama kehamilan, ovulasi terhenti karena adanya peningkatan estrogen dan progesterone, yang mencegah pelepasan hormon stimulasi folikel dan hormon lutein dari kelenjar pituitary anterior. Sampai urin terbentuk, yang mengambil alih pelepasan estrogen dan progesterone, jaringan luteal tetap hamil

b) Payudara

Payudara mengalami banyak perubahan selama kehamilan, seperti peningkatan ukuran, sensitivitas, dan perubahan pada puting serta aerola, perubahan ini terjadi sebagai respon terhadap peningkatan hormon seperti estrogen, progesterone, dan prolactin yang mempersiapkan payudara untuk proses laktasi (Afriani. 2024). Selama trimester terakhir kehamilan, pertumbuhan kelenjar susu menyebabkan payudara membesar. Pada usia kehamilan ke - 32 minggu, warna produksi asi susu sedikit putih dan encer. Diatas kehamilan 32 minggu sampai minggu terakhir mendekati kelahiran bayi, produksi air susu sudah lebih kental dan memiliki warna kekuningan yang mengandung banyak lemak, cairan itu disebut dengan kolostrum.

c) System pernapasan

Pada akhir kehamilan, laju pernapasan per menit meningkat sebesar 40%. Perubahan membuat ibu beresiko mengalami hiperventilasi. Hiperventilasi memungkinkan terjadinya alkalosis, hal tersebut terjadi dikarenakan adanya kenaikan sekresi bikarbonat oleh ginjal. Tetapi, hiperventilasi terjadi akibat dari feel langsung dari peningkatan hormon progesterone pada pusat pernapasan. Akibatnya, mungkin ibu hamil bisa saja merasa cemas dan sesak napas.

d) System perkemihan

Pada akhir kehamilan, kepala janin mulai memasuki panggul, keinginan buang air kecil kembali terjadi saat kandung kemih mulai berkontraksi lagi. Selain itu, pengenceran darah juga terjadi sehingga menciptakan kondisi yang menguntungkan bagi metabolisme.

e) System endokrin

Hormon somatomammotropin, estrogen dan progesterone menstimulasi kelenjar susu untuk membesar dan mengencang sebagai persiapan untuk menyusui.

f) System musculoskeletal

Pengaruh dan peningkatan hormon estrogen dan progesterone dalam kehamilan menyebabkan kelemahan jaringan ikat serta ketidakseimbangan persendian, hal ini terjadi maksimal pada satu minggu terakhir kehamilan. Postur tubuh ibu hamil secara bertahap mengalami perubahan karena janin membesar dalam abdomen, sehingga bahu lebih tertarik ke belakang dan tulang lebih melengkung, sendi tulang belakang lebih lentur, dan dapat menyebabkan nyeri punggung.

2) Perubahan psikologi

Perubahan yang terjadi pada kehamilan trimester III (Wulandari CL.2021)

- a) Rasa tidak nyaman timbul Kembali, merasa dirinya jelek, aneh dan tidak menarik
- b) Merasa tidak menyenangkan Ketika bayi tidak lahir tepat waktu
- c) Takut akan rasa sakit dan bahaya fisik yang akan timbul pada saat melahirkan, khawatir akan keselamatannya.
- d) Khawatir bayi akan dilahirkan dalam keadaan tidak normal, bermimpi yang mencerminkan perhatian dan kekhawatirannya
- e) Ibu tidak sabar menunggu kelahiran bayinnya
- f) Semakin ingin menyudahi kehamilannya
- g) Aktif mempersiapkan kelahiran bayinnya
- h) Bermimpi dan berkhayal tentang bayinya
- i) Rasa tidak nyaman
- j) Perubahan emosional

d. Ketidaknyamanan kehamilan trimester III

Menurut Fitriani A, dkk. (2022) ketidaknyamanan kehamilan trimester III yaitu sebagai berikut :

1) Konstipasi

- a) Minum setidaknya 6-8 gelas air setiap hari
- b) Makan banyak sayuran dan buah-buahan yang kaya serat
- c) Melakukan senam hamil
- d) Berjalan-jalan pagi secara teratur

2) Edema

- a) Anjurkan kepada ibu untuk menghindari makanan yang terlalu asin, makan makanan berprotein tinggi, dan menghindari penggunaan pakian ketat.
- b) Hindari duduk atau berdiri terlalu lama

- 3) Insomnia
 - a) Ibu dapat menggunakan posisi miring saat tidur
 - b) Mengarahkan keluarga untuk memberikan dukungan mental dan spiritual dalam persiapan persalinan
 - c) Melakukan senam hamil dan melakukan pijatan ringan pada bagian tubuh yang sakit
- 4) Nyeri pinggang
 - a) Anjutkan agar ibu rileks dengan menarik napas dalam-dalam
 - b) Memijat mengompres punggung yang sakit
 - c) Mengubah postur tidurnya menjadi posisi miring dengan bantal
- 5) Sering buang air kecil (nocturia)
 - a) Kurangi minum 2 jam sebelum tidur tetapi lanjutkan minum pada siang hari
 - b) Batasi minum kopi, the, dan soda
- 6) Haemoroid
 - a) Mengonsumsi lebih banyak makanan kaya serat dan lebih banyak bergerak, seperti selama kehamilan
 - b) Tidak duduk untuk waktu yang lama
 - c) Segera buang air besar saat terasa ingin buang air besar
- 7) Susah bernafas
 - a) Melatih pernapasan normal
 - b) Memvariasikan posisi duduk dan berdiri
- 8) Keputihan
 - a) Lakukan vulva hygiene
 - b) Pakai celana dalam dari bahan yang menyerap keringat
 - c) Ganti celana apabila basah dan keringkan

e. Tanda bahaya kehamilan trimester III

Tanda-tanda dini bahaya/komplikasi ibu dan janin masa kehamilan lanjut (Fitriani A. dkk. 2022).

- 1) Perdarahan pervaginam
- 2) Sakit kepala yang hebat
- 3) Penglihatan kabur
- 4) Bengkak di wajah dan jari tangan
- 5) Keluar cairan pervaginam
- 6) Sakit kepala yang hebat
- 7) Gerakan janin tidak terasa
- 8) Nyeri perut yang hebat

f. Asuhan pada ibu hamil Trimester I, II dan III. Menurut WHO – Antenatal Care (2022) A Positive Pregnancy Experience

1) Trimester I (0-13 minggu)

Asuhan yang diberikan yaitu :

a) Anamnesis

Tanggal HPHT, siklus haid, keluhan awal kehamilan (mual, muntah, lemas, pusing).

Riwayat kehamilan sebelumnya, penyakit kronis, Riwayat keluarga

b) Pemeriksaan fisik

TTV (TD, nadi, suhu, RR)

Pemeriksaan umum : konjungtiva, payudara, berat badan, tinggi badan, Pemeriksaan abdomen

c) Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan kehamilan (tes urin/USG transvaginal)

Laboratorium : Hb, golongan darah, VDRL, HBsAg, HIV, gula darah

- d) Pendidikan Kesehatan
Nutrisi ibu hamil, Tanda bahaya trimester I (perdarahan, nyeri hebat, mual-muntah berlebihan), Konseling tentang perubahan emosi
 - e) Pemberian Tablet Tambah Darah (TTD)
Minimal 90 tablet selama kehamilan
- 2) Trimester II (14-27 minggu)
- Asuhan yang diberikan
- a) Anamnesis
Gerakan janin pertama (biasanya mulai terasa minggu 18-22), Keluhan : pusing, kelelahan, edema, keputihan
 - b) Pemeriksaan fisik
TTV, berat badan, tinggi fundus uteri Pemeriksaan Leopold I-IV untuk posisi janin), DJJ (denyut jantung janin) dengan doppler
 - c) Laboratorium
Hb ulang, urin (protein, glukosa)
 - d) Pendidikan Kesehatan
Senam hamil, pentingnya istirahat, mengenal tanda preeklampsia, Nutrisi kaya zat besi, kalsium, dan vitamin D
Peningkatan dukungan keluarga
 - e) Imunisasi
TT 1 dan TT 2 jika belum lengkap
- 3) Trimester III (28-40 minggu)
- Asuhan yang diberikan
- a) Anamnesis
Frekuensi gerak janin, kontraksi palsu (Braxton Hicks)
keluhan nyeri punggung, sulit tidur
 - b) Pemeriksaan fisik
Berat badan, tekanan darah, DJJ, TFU, Leopold lengkap
Pemeriksaan panggul

c) Pemeriksaan laboratorium

Hb, protein urin, pemeriksaan ulang jika riwayat resiko

d) Tahapan persalinan

Rencana tempat persalinan, siapa yang menemani, transportasi, Konseling tanda-tanda persalinan (pinggang terasa sakit dan menjalar yang menjalar kedepan, pengeluaran lendir dan darah, pengeluaran cairan), Pengenalan tentang IMD dan ASI eksklusif, Konseling tentang KB pasca persalinan

e) Pendidikan Kesehatan

Persiapan mental ibu untuk menghadapi persalinan, Posisi tidur (miring kiri), mengenali pecah ketuban sebelum saatnya melahirkan.

g. Pemeriksaan kehamilan

Pelayanan antenatal care terbaru sesuai standar adalah pelayanan yang diberikan ibu hamil minimal 6 kali pemeriksaan dalam selama kehamilan dan minimal 2 kali pemeriksaan oleh dokter pada trimester I dan III. 2 kali pada trimester pertama (kehamilan 12 minggu), 1 kali pada trimester II (kehamilan 12 minggu sampe 26 minggu), 3 kali pada trimester ke III (diatas 26 minggu sampai 40 minggu) (Pedoman KIA, 2020)

h. Standar Pelayanan Antenatal Care (ANC) Terpadu

Standar pelayanan antenatal terpadu minimal adalah sebagai berikut (10T) (Kemenkes RI 2020).

1) Timbang berat badan dan ukur tinggi badan (T1)

Timbang BB dan pengukuran TB pertambahan BB yang normal pada ibu hamil yaitu berdasarkan massa tubuh (BMI: *Body Massa Index*), dimana metode ini menentukan pertambahan optimal selama masa kehamlan, karena merupakan hal yang penting untuk mengetahui BMI wanita hamil. Total pertambahan BB pada kehamilan yang normal adalah 11,5-16

Kg adapun TB menentukan tinggi panggul ibu, ukuran normal yang baik untuk ibu hamil tidak < 145 cm (Wulandari CL, dkk. 2021)

2) Ukur tekanan darah

- 1) Tekanan darah perlu diukur untuk mengetahui perbandingan nilai dasar selama kehamilan.
- 2) Tekanan darah yang adekuat perlu untuk mempertahankan fungsi plasenta, tetapi tekanan darah sistolik 140 mmHg atau diastolic 90 mmHg pada awal pemeriksaan dapat mengindikasikan potensi hipertensi.

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

Pengukuran LILA dilakukan hanya pada kunjungan pertama. Jika LILA ibu hamil kurang dari 23,5 cm maka ibu hamil akan dikatakan Kekurangan Energi Kronik (KEK) dan berisiko melahirkan Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR)

4) Ukur tinggi puncak rahim (fundus uteri)

Apabila usia kehamilan dibawah 24 minggu pengukuran dilakukan dengan jari, tetapi apabila kehamilan diatas 24 minggu memakai Mc Donald yaitu dengan cara mengukur tinggi fundus memakai metlin dari tepi atas symphysis sampai fundus uteri kemudian ditentukan sesuai rumusnya.

Tabel 2.1
Tinggi fundus uteri menurut usia kehamilan

Umur kehamilan	TFU
12 minggu	3 jari diatas simpisis
16 minggu	½ simpisis-pusat
20 minggu	3 jari diatas pusat
24 minggu	Setinggi pusat
28 minggu	1/3 diatas pusat
34 minggu	½ pusat-prosesus xyphoideus
36 minggu	Setinggi prosesus xyphoideus
40 minggu	2 jari dibawah prosesus xyphoideus

(Wulandari CL, dkk. 2021)

- 5) Tentukan presentasi janin dan denyut jantung janin (DJJ)
Presentasi janin dapat diketahui dengan melakukan pemeriksaan palpasi 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 ada masalah lain. Penghitungan DJJ dengan menggunakan Laennec pada usia kehamilan 20 minggu. DJJ lambat kurang dari 120/menit atau DJJ cepat lebih dari 160/menit menunjukkan adanya gawat janin.
- 6) Skrining status imunisasi tetanus dan berikan imunisasi tetanus difteri (Td) bila diperlukan Untuk mencegah terjadinya tetanus neonatorum, ibu hamil harus mendapat imunisasi TT. Kontak pertama ibu hamil dapat dilakukan skrining status imunisasi TT-nya. Pemberian imunisasi TT pada ibu hamil, disesuaikan dengan status imunisasi ibu saat ini.

Tabel 2.2
Jadwal Pemberian Imunisasi Tetanus Toxoid

Imunisasi	Interval	Lama Perlindungan
TT1	Pada kunjungan ANC pertama	Langkah awal pembentukan kekebalan tubuh terhadap penyakit tetanus.
TT2	4 minggu setelah TT1	3 Tahun
TT3	6 bulan setelah TT2	5 tahun
TT4	1 Tahun setelah TT3	10 tahun
TT5	1 Tahun setelah TT4	25 tahun atau seumur hidup

Sumber : (Nova Elok Mardalyana, dkk. 2022)

- 7) Pemberian tablet tambah darah minimal 90 tablet selama masa kehamilan.

Tablet tambah darah dapat mencegah anemia gizi besi, setiap ibu hamil harus mendapat tablet tambah darah dan asam folat minimal 90 tablet selama kehamilan yang diberikan sejak kontak pertama. Tiap tablet mengandung 60 mg zat besi dan 0,25 mg asam folat

- 8) Tes laboratorium: tes kehamilan, kadar hemoglobin darah, golongan darah, tes triple eliminasi (HIV, Sifilis dan Hepatitis B) dan malaria pada daerah endemis. Tes lainnya dapat dilakukan sesuai indikasi seperti: gluko-protein urin, gula darah sewaktu, sputum Basil Tahan Asam (BTA), kusta, malaria. daerah non endemis, pemeriksaan feses untuk kecacingan, pemeriksaan darah lengkap untuk deteksi dini thalasemia dan pemeriksaan lainnya

- 9) Tata laksana/penanganan kasus sesuai kewenangan

Berdasarkan hasil pemeriksaan antenatal diatas dan hasil laboratorium, setiap kelainan yang ditemukan pada ibu hamil harus ditangani dengan standar dan kewenangan dengan tenaga kesehatan.

10) Temu wicara (konseling)

Informasi yang disampaikan saat konseling minimal meliputi hasil pemeriksaan, perawatan sesuai usia kehamilan dan usia ibu, gizi ibu hamil, kesiapan mental, mengenali tanda bahaya kehamilan, persalinan, dan nifas, persiapan persalinan, kontrasepsi pascapersalinan, perawatan bayi baru lahir, inisiasi menyusui dini, ASI eksklusif.

h. Indeks Masa Tubuh

1) Pengertian

Indeks Massa Tubuh (IMT) atau Body Mass Index (BMI) adalah indikator yang digunakan untuk menilai status gizi seseorang berdasarkan berat badan relatif terhadap tinggi badan. IMT tidak mengukur lemak tubuh secara langsung, tetapi berkorelasi cukup baik dengan ukuran lemak tubuh pada sebagian besar populasi. (Menurut WHO 2022).

2) $IMT = \frac{\text{Tinggi badan (m)}^2}{\text{Berat badan (kg)}}$

3) Kategori IMT Dewasa

Kategori	IMT kg/m ²
Kurus	< 18,5
Normal	18,5 – 24,9
Kelebihan berat badan	25 – 29,9
Obesitas kelas I	30 – 34,9
Obesitas kelas II	35 – 39,9
Obesitas Kelas III	≥ 40

4) Tata laksana Indeks Masa Tubuh (IMT) pada ibu hamil

a. Kurus (<18,5)

Resiko bayi BBLR, premature

Konseling yang diberikan yaitu

- 1) Asupan tambahan 350-500 kkal/ hari
- 2) Pemantauan berat badan tiap bulan

- 3) Pemberian susu ibu hamil, dan edukasi makanan gizi seimbang.
- b. Normal (18,5–24,9)

Pertambahan BB ideal : 11-16 kg selama kehamilan
 - c. Overweight/obesitas (>25)

Resiko pre-eklampsia, GDM, makrosomia

Konseling yang diberikan yaitu :

 - 1) Batasi penambahan BB : 17,5 kg (overweight), 5-9 kg (obesitas)
 - 2) Diet terkontrol, olahraga ringan (jalan kaki, prenatal yoga)
 - 3) Skrining GDM di trimester II
 - 4) Pantau tekanan darah dan DJJ lebih sering.
- i. Deteksi dini kehamilan dengan KSPR
 - 1) Pengertian

Skor Poedji Rochjati adalah suatu cara untuk mendeteksi dini kehamilan yang memiliki risiko lebih besar dari biasanya (baik bagi ibu maupun bayinya), akan terjadinya penyakit atau kematian sebelum maupun sesudah persalinan. Ukuran risiko dapat dituangkan dalam bentuk angka disebut skor. Berdasarkan jumlah skor kehamilan dibagi menjadi tiga kelompok:

 - a) Kehamilan Risiko Rendah (KRR) dengan jumlah skor 2
 - b) Kehamilan Risiko Tinggi (KRT) dengan jumlah skor 6-10
 - c) Kehamilan Risiko Sangat Tinggi (KRST) dengan jumlah skor ≥ 12

- 2) Menilai faktor resiko dengan Skor Poedji Rochjati
 - a) Wanita risiko tinggi adalah wanita yang dalam lingkaran hidupnya dapat terancam kesehatan dan jiwanya oleh karena sesuatu penyakit atau oleh kehamilan, persalinan dan nifas.
 - b) Ibu risiko tinggi adalah faktor ibu yang dapat mempertinggi risiko kematian neonatal ataumaternal.
 - c) Kehamilan risiko tinggi dalah keadaan yang dapat mempengaruhi optimalisasi ibu maupun janin pada kehamilan yang dihadapi.

Tabel 2.3
Skor Poedji Rochjati

I Kel.	II No.	III Masalah atau Faktor Resiko	Skor	IV Tribulan			
				I	II	III.1	III.2
F.R.		Skor Awal Ibu Hamil	2				
I	1	Terlalu muda, hamil \leq 16 tahun	4				
	2	Terlalu tua, hamil \geq 35 tahun	4				
	3	Terlalu lambat hamil I, kawin \geq 4 Tahun	4				
		Terlalu lama hamil lagi (\geq 10 tahun)	4				
	4	Terlalu cepat hamil lagi ($<$ 2 tahun)	4				
	5	Terlalu banyak anak, 4 / lebih	4				
	6	Terlalu tua, umur \geq 35 tahun	4				
	7	Terlalu pendek \leq 145 cm	4				
	8	Pernah gagal kehamilan	4				
	9	Pernah melahirkan dengan : Tarikan tang / vakum	4				
	Uri dirogoh	4					
	Diberi infuse / transfuse	4					
	10	Pernah Operasi Sesar	8				
II II	11	Penyakit pada Ibu Hamil:					
		a) Kurang darah	4				
		b) Malaria					
		c) TBC paru	4				
		d) Payah jantung					
		e) Kencing manis (Diabetes)	4				
	f) Penyakit menular seksual	4					
	12	Bengkak pada muka / tungkai dan Tekanan darah tinggi	4				
13	Hamil kembar 2 atau lebih	4					
14	Hamil kembar air (Hydramnion)	4					
15	Bayi mati dalam kandungan	4					
16	Kehamilan lebih bulan	4					
17	Letak sungsang	4					
	18	Letak lintang	8				

	19	Perdarahan dalam kehamilan ini	8				
	20	Preeklamsi berat/kejang-kejang	8				
		Jumlah skor					

Ket :

Kehamilan resiko rendah : skor 2

Kehamilan resiko tinggi: skor 6-10

Kehamilan resiko sangat tinggi : skor ≥ 12

3) Tata laksana untuk semua kategori berdasarkan skor Poedji Rochjati

a) Kehamilan Resiko Rendah (KKR)

Skor total = 2 (hanya skor awal tanpa faktor resiko tambahan)

Penatalaksanaan :

Tempat persalinan : rumah, polindes atau puskesmas

Penolong : Bidan

Asuhan klinis : jadwal kunjungan ANC sesuai WHO, monitoring standar (TTV, berat badan, TFU, DJJ), edukasi nutrisi (senam hamil, dan tanda bahaya kehamilan)

Pemantauan : tetap waspada dan skroning ulang jika muncul resiko baru.

b) Kehamilan Resiko Tinggi (KRT)

Skor total 6-10 (minimal satu faktor 4 skor)

Penatalaksanaan :

Tempat persalinan : disarankan bersalin difasilitas kesehatan (polindes, Puskesmas, Rumah Sakit)

Penolong : Bidan/Dokter

Asuhan klinis intensif : monitoring tekanan darah, Hb, urin lebih lengkap, skrining komplikasi (GDM, pre-eklampsia), edukasi tambahan dan konseling kesiapan persalinan (rencana tempat lahir dan transportasi).

Rujukan : dipertimbangkan bila ada faktor resiko yang memburuk atau multi-faktor.

c) Kehamilan Resiko Sangat Tinggi (KRST)

Skor ≥ 12 (ada factor skor 8 seperti eclampsia, perdarahan, letak sungsang).

Penatalaksanaan :

Tempat persalinan : Harus di rumah sakit/SPOG dengan fasilitas lengkap dan dokter spesialis

Asuhan klinis : Pemantauan intensif (tanda vital, TFU, DJJ) laboratorium (Hb, protein elektrolit), terapkan RIK (Rapid Intervention and Care) untuk perdarahan atau hipertensi berat, siap rujuk segera jika kondisi memburuk.

Rujukan darurat : Dilakukan segera jika tanda-tanda emergensi muncul (ekg, eklampsia, perdarahan aktif).

2. Konsep dasar persalinan

a. Pengertian Persalinan

Persalinan adalah suatu proses pengeluaran hasil konsepsi yang dapat hidup di luar uterus melalui vagina ke dunia luar. Persalinan normal atau persalinan spontan adalah bila bayi lahir dengan letak belakang kepala tanpa melalui alat-alat atau pertolongan istimewa serta tidak melukai ibu dan bayi, dan umumnya berlangsung dalam waktu kurang dari 24 (Sulfianti, dkk. 2020).

Persalinan dan kelahiran normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37- 42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung dalam 18 jam, tanpa komplikasi baik pada ibu maupun pada janin (Namangdjabar OL, dkk, 2023).

b. Jenis –jenis Persalinan

1) Persalinan spontan

Persalinan spontan adalah proses persalinan lewat vagina yang berlangsung tanpa menggunakan alat maupun obat tertentu, baik itu induksi, vakum, atau metode lainnya. Persalinan spontan benar-benar hanya mengandalkan tenaga dan usaha ibu untuk mendorong keluarnya bayi. Persalinan spontan dapat dilakukan dengan presentasi belakang kepala (kepala janin lahir terlebih dahulu) maupun presentasi bokong (sungsang) (Sulfianti, dkk. 2020).

2) Persalinan normal

Persalinan normal (eutokia) adalah proses kelahiran janin pada kehamilan cukup bulan (aterm, 37-42 minggu), pada janin letak memanjang presentasi belakang yang disusul dengan pengeluaran plasenta dan seluruh proses kelahiran ini berakhir dalam waktu kurang dari 24 tanpa tindakan pertolongan buatan dan tanpa komplikasi (Sulfianti, dkk. 2020).

3) Persalinan anjuran (induksi)

Persalinan anjuran adalah persalinan yang baru dapat berlangsung setelah permulaannya dianjurkan dengan suatu perbuatan atau tindakan, misalnya dengan pemecahan ketuban atau dengan memberi suntikan oksitosin (Sulfianti, dkk. 2020).

4) Persalinan tindakan

Persalinan tindakan adalah persalinan yang tidak dapat berjalan normal secara spontan atau tidak berjalan sendiri, oleh karena terdapat indikasi adanya penyulit persalinan sehingga persalinan dilakukan dengan memberikan tindakan menggunakan alat bantu (Sulfianti, dkk. 2020).

c. Sebab-sebab Mulainya Persalinan

1) Penurunan kadar Progesteron Progesteron menimbulkan relaksasi otot-otot rahim sebaliknya estrogen meninggikan kerentanan otot rahim. Selama kehamilan dapat keseimbangan antara kadar

progesteron dan estrogen didalam darah tetapi pada akhir kehamilan kadar progesteron menurun sehingga timbul his (Namangdjabar OL, dkk, 2023).

- 2) Pada akhir kehamilan kadar oksitosin bertambah oleh karena itu timbul kontraksi otot-otot rahim
- 3) Keregangan otot-otot rahim dengan majunya kehamilan makin teregang otot-otot rahim dan makin rentan.
- 4) Pengaruh Janin Hipofise dan kelenjar suprarenal janin memegang peranan karena pada anencehalus kehamilan sering lebih lama dari biasa
- 5) Teori Prostaglandin Prostaglandin yang dihasilkan oleh desidua menjadi salah satu sebab permulaan persalinan. Hasil dari percobaan menunjukkan bahwa prostaglandin F2 dan E2 yang diberikan secara intravena, menimbulkan kontraksi myometrium pada setiap umur kehamilan. Hal ini juga disokong dengan adanya kadar prostaglandin yang tinggi baik dalam air ketuban maupun dalam perifer pada ibu-ibu hamil sebelum melahirkan atau selama persalinan
- 6) Teori iritasi mekanik
Di belakang serviks ada ganglion servikale (Plexus Frankenhouser). Bila digeser atau tertekan janin akan menyebabkan kontraksi uterus (Namangdjabar OL, dkk, 2023).

d. Tanda-tanda Persalinan

Tanda persalinan sudah dekat (Namangdjabar OL, dkk, 2023) yaitu:

1) Terjadinya lightening

Menjelang minggu ke-36, pada primigravida terjadi penurunan fundus uteri karena kepala bayi sudah masuk PAP yang disebabkan :

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

d) Gaya berat janin dimana kepala ke arah bawah

Gambaran lightening pada primigravida menunjukkan hubungan normal antara ketiga P yaitu power (kekuatan his), passage (jalan lahir normal) dan passanger (janin dan plasenta). Pada multi gambarannya tidak jelas, karena kepala janin masuk PAP menjelang persalinan.

2) Terjadinya his permulaan

Dengan makin tuanya umur kehamilan, pengeluaran estrogen dan progesteron makin berkurang, sehingga oksitosin dapat menimbulkan kontraksi yang lebih sering, disebut sebagai his palsu.

Sifat his permulaan (palsu):

- a) Rasa nyeri ringan di bagian bawah
- b) Datangnya tidak teratur
- c) Tidak ada perubahan pada serviks atau pembawa tanda
- d) Durasinya pendek
- e) Tidak bertambah bila beraktivitas

Tanda pasti persalinan

a. Terjadinya his persalinan

His persalinan mempunyai sifat:

- (1). Pinggang terasa sakit yang menjalar ke depan.
- (2). Sifatnya teratur, interval makin pendek dan kekuatannya makin besar.
- (3). Mempunyai pengaruh terhadap perubahan serviks.
- (4). Makin beraktivitas kekuatan makin bertambah.

b. Pengeluaran lendir dan darah (*show*)

Dengan his persalinan terjadi perubahan pada serviks yang menimbulkan

- (1). Pendataran dan pembukaan.
- (2). Pembukaan menyebabkan lendir yang terdapat pada kanalis servikalis lepas.

(3). Terjadi perdarahan karena kapiler pembuluh darah pecah.

c. Pengeluaran cairan

Pada beberapa kasus terjadi ketuban pecah yang menimbulkan pengeluaran cairan. Sebagian besar ketuban baru pecah menjelang pembukaan lengkap. Dengan pecahnya ketuban diharapkan persalinan berlangsung dalam waktu 24 jam.

e. Faktor-faktor yang mempengaruhi persalinan

Berikut merupakan faktor-faktor yang mempengaruhi persalinan (Kunang A, dkk, 2023).

1) Power/ Tenaga

Energi yang mendorong janin melalui proses persalinan terdiri dari kontraksi rahim (his), kontraksi otot perut, kontraksi diafragma, dan pergerakan ligamen. Daya utama yang diperlukan dalam persalinan adalah his, sedangkan daya sekundernya adalah usaha meneran yang dilakukan oleh ibu

2) Passage (Jalan Lahir)

Jalan lahir terdiri dari panggul ibu, bagian panggul yang keras, dasar panggul, vagina, dan introitus. Janin harus mampu menyesuaikan diri dengan jalan lahir yang relatif kaku ini, sehingga bentuk dan ukuran panggul harus diidentifikasi sebelum persalinan dimulai. Jalan lahir terbagi menjadi tiga bagian, yaitu bagian keras (tulang-tulang panggul), bagian lunak (segmen bawah rahim, serviks, vagina, otot, dan ligamen), dan otot dasar panggul.

3) Passenger/Janin

Cara janin bergerak melalui jalan lahir dipengaruhi oleh berbagai faktor, termasuk ukuran kepala janin, presentasi, letak, sikap, dan posisi janin.

4) Psikologi

Setiap ibu yang akan memasuki masa persalinan maka akan muncul perasaan takut, khawatir, ataupun cemas terutama pada ibu primipara. Perasaan takut dapat meningkatkan nyeri, otot – otot menjadi tegang dan ibu menjadi cepat lelah yang pada akhirnya akan menghambat proses persalinan. Dukungan dapat diberikan oleh orang – orang terdekat ibu seperti suami, keluarga, teman, perawat, bidan maupun dokter.

5) Penolong

Penolong persalinan adalah petugas kesehatan yang mempunyai legalitas dalam menolong persalinan antara dokter, bidan, serta mempunyai kompetensi dalam menolong persalinan, menangani kegawatdaruratan serta melakukan rujukan jika diperlukan.

f. Tahapan Persalinan

Pada proses persalinan melalui 4 tahapan (Wijayanti IT, dkk, 2023) :

1) Kala I (kala pembukaan)

Seorang ibu dikatakan memasuki tahapan persalinan kala I, jika sudah terjadi pembukaan serviks dan kontraksi teratur minimal 2x dalam 10 menit selama 40 detik.

Kala I adalah kala pembukaan yang berlangsung antara pembukaan 0-10 cm (pembukaan lengkap). Pada permulaan his, kala pembukaan berlangsung tidak begitu kuat sehingga ibu yang sedang bersalin masih dapat berjalan-jalan. Lamanya kala I untuk primigravida berlangsung kurang lebih 12 jam sedangkan pada multigravida berlangsung sekitar 8 jam.

Proses persalinan ini terbagi menjadi 2 fase yaitu:

a) Fase laten

Fase laten merupakan fase pembukaan serviks hingga 3 cm yang waktunya sekitar 8 jam. Selama fase ini bagian terbawah janin mengalami penurunan sedikit atau tidak sama sekali.

b) Fase aktif

Fase aktif merupakan fase pembukaan serviks dari 3 cm hingga 10 cm (pembukaan lengkap) yang waktunya sekitar 6- 7 jam. Pada fase ini kontraksi lebih kuat dan sering terjadi. Menurut manuaba, fase aktif dibagi dalam 3 fase antara lain:

1. Fase akselerasi yaitu dalam waktu 2 jam pembukaan 3 cm menjadi 4 cm.
2. Fase dilatasi yaitu dalam waktu 2 jam pembukaan sangat cepat, dari 5 cm menjadi 9 cm.
3. Fase deselerasi yaitu pembukaan menjadi lamban kembali dalam waktu 2 jam pembukaan 9 cm menjadi pembukaan lengkap.

Pembukaan serviks berbeda antara pada primigravida dan multigravida. Berdasarkan kurve friedman, diperhitungkan pembukaan primigravida 1 cm per jam dan pembukaan multigravida 2 cm per jam. Dengan perhitungan tersebut maka pembukaan lengkap dapat diperkirakan (Wijayanti IT, dkk, 2023).

2) Kala II (kala pengeluaran janin)

Kala II merupakan kala pengeluaran bayi, dimulai dari pembukaan lengkap sampai bayi lahir. Rahim dengan kekuatan kontraksinya 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 nampak di vulva 5-6 cm.

3) Kala III (kala pengeluaran plasenta)

Kala III merupakan persalinan kala pengeluaran plasenta yang berlangsung maksimal 30 menit dan kontraksi berhenti sekitar 510 menit. Dengan lahirnya bayi dan proses retraksi rahim maka plasenta lepas dari insersinya.

Lepasnya plasenta sudah dapat diperkirakan dengan memperhatikan tanda-tanda sebagai berikut:

- a) Bentuk uterus menjadi bundar
- b) Uterus terdorong keatas karena plasenta dilepas ke segmen bawah rahim
- c) Tali pusat bertambah panjang
- d) Adanya semburan darah
- e) Melahirkan plasenta dilakukan dengan dorongan ringan secara crede pada fundus uterus.

4) Kala IV (Observasi)

Kala IV (Observasi) dimulai dari lahirnya plasenta hingga 2 jam. Pada kala IV dilakukan observasi terhadap perdarahan setelah persalinan. Observasi yang dilakukan sebagai berikut:

- a) Tingkat kesadaran pasien
- b) Pemeriksaan tanda-tanda vital meliputi: tekanan darah, nadi, pernafasan
- c) Kontraksi uterus
- d) Perdarahan.

Dianggap perdarahan masih normal jika jumlahnya tidak melebihi 500 cc.

g. Mekanisme Persalinan Normal

Mekanisme persalinan adalah proses penurunan janin selama persalinan. Seorang bidan perlu memahami mekanisme persalinan. Meskipun sebagian besar janin memasuki panggul dalam presentasi kepala. Pemahaman mekanisme persalinan dari setiap presentasi dapat membantu bidan dalam menentukan asuhan yang sesuai bagi ibu. Proses mekanisme persalinan dimulai dari engagement, penurunan, flexi, putaran paksi dalam, ekstensi, rotasi eksternal dan ekspulsi (Kunang A, dkk, 2023).

1) Engagement

Engagement adalah peristiwa ketika diameter biparietal melewati pintu atas panggul dengan sutura sagitalis melintang/oblik didalam jalan lahir dan sedikit fleksi. Jika kepala masuk kedalam pintu atas panggul dengan sutura sagitalis melintang di jalan lahir, tulang parietal kanan dan kiri sama tinggi, maka keadaan ini disebut sinklitismus. Kepala saat melewati pintu atas panggul dapat juga dalam keadaan dimana sutura sagitalis lebih dekat ke promontorium atau ke symphysis maka hal ini disebut asinklitismus (Kunang A, dkk, 2023).

2) Penurunan kepala (descent)

Penurunan kepala (descent) terjadi terus menerus selama proses persalinan. Penurunan kepala tergantung dari kontraksi, gravitasi dan tenaga ibu meneran pada kala II. Dimulai sebelum onset persalinan/inpartu. Penurunan kepala terjadi bersamaan dengan mekanisme yang lain.

Menurut cunningham dalam buku obstetri william yang diterbitkan tahun 1995 dan ilmu kebidanan varney 2008:

- a) Tekanan cairan amnion
- b) Tekanan langsung fundus pada bokong
- c) Kontraksi otot – otot abdomen
- d) Ekstensi dan pelurusan badan janin atau tulang belakang janin.

3) Flexi

Flexi merupakan kondisi kepala janin menekuk sehingga dagu janin berada di dada (thorak) dengan penunjuk bawah subocciputbregmatik. Kepala menjadi flexi saat sudah ada engagement. Gerakan fleksi disebabkan karena janin terus didorong maju tetapi kepala janin terhambat oleh serviks, dinding panggul atau dasar panggul. Pada kepala janin, dengan adanya fleksi maka diameter oksipitofrontalis 12 cm berubah menjadi

sub oksipitobregmatika 9 cm. Posisi dagu bergeser ke arah dada janin. Pada pemeriksaan dalam ubun – ubun kecil lebih jelas teraba pada ubun – ubun besar.

4) Rotasi Internal

Rotasi Internal disebut juga “putaran paksi dalam” merupakan kondisi kepala janin melakukan rotasi Untuk menyesuaikan dengan ruang panggul, proses ini melibatkan pergerakan yang membuat diameter anteroposterior kepala janin sejajar dengan diameter anteroposterior panggul ibu. Dalam banyak kasus, oksiput berputar ke arah anterior panggul ibu dan bergerak di bawah simfisis pubis. Rotasi ini penting dalam persalinan pervaginam, kepala janin akan memutar hingga 45 derajat untuk menyesuaikan dengan kurva jalan lahir. Rotasi dalam atau putar paksi dalam adalah pemutaran bagian terendah janin dari posisi sebelumnya ke arah depan sampai dibawah simpisis. Bila presentasi belakang kepala dimana bagian terendah janin adalah ubun – ubun kecil maka ubun – ubun kecil memutar ke depan sampai berada di bawah simpisis. Gerakan ini adalah upaya kepala janin untuk menyesuaikan dengan bentuk jalan lahir yaitu bentuk bidang tengah dan pintu bawah panggul. Rotasi dalam terjadi setelah kepala melewati Hodge III (setinggi spina) atau setelah didasar panggul. Pada pemeriksaan dalam ubun – ubun kecil mengarah ke jam 12.

Sebab - sebab adanya putaran paksi dalam yaitu :

- a) Bagian terendah kepala adalah bagian belakang kepala pada letak fleksi.
- b) Bagian belakang kepala mencari tahanan yang paling sedikit yang di sebelah depan atas yaitu hiatus genitalis antara muskulus levator ani kiri dan kanan.

5) Ekstensi

Ekstensi adalah kondisi kepala melakukan putaran untuk dilahirkan menyesuaikan kurva jalan lahir. Kepala harus melakukan ekstensi karena pada saat di rongga panggul posisi kepala janin lebih rendah dari jalan keluar vagina. Gerakan ekstensi merupakan gerakan dimana aksiput berhimpit langsung pada margo inferior simpisis pubis. Penyebab dikarenakan sumbu jalan lahir pada pintu bawah panggul mengarah ke depan dan atas, sehingga kepala menyesuaikan dengan cara ekstensi agar dapat melaluinya. Gerakan ekstensi ini mengakibatkan bertambahnya penegangan pada perineum dan intruitus vagina. Ubun-ubun kecil semakin banyak terlihat dan sebagai hypomochlion atau pusat pergerakan maka berangsur – angsur lahirlah ubun – ubun kecil, ubun – ubun besar, dahi, mata, hidung, mulut, dan dagu. Pada saat kepala sudah lahir seluruhnya, dagu bayi berada di atas anus ibu.

6) Ekspulsi

Ekspulsi merupakan gerakan kepala janin melakukan putaran 45 derajat (kekanan/kekiri sesuai dengan posisi punggung). Hal ini bersamaan dengan keluarnya kepala janin. Setelah terjadi rotasi luar, bahu depan berfungsi sebagai hypomochlion untuk kelahiran bahu belakang. Kemudian setelah kedua bahu lahir disusul lahirlah trochanter depan dan belakang sampai lahir janin seluruhnya. Gerakan kelahiran bahu depan, bahu belakang, badan seluruhnya.

7) Rotasi luar

Rotasi luar (Putaran paksi luar) adalah gerakan kepala janin memutar 45 derajat. Gerakan ini disesuaikan dengan punggung janin. Merupakan gerakan memutar ubun – ubun kecil ke arah punggung janin, bagian belakang kepala berhadapan dengan tuber ischiadikum kanan atau kiri, sedangkan muka janin menghadap salah satu paha ibu. Bila ubun – ubun kecil pada mulanya

disebelah kiri maka ubun – ubun kecil akan berputar ke arah kiri, bila pada mulanya ubun – ubun kecil disebelah kanan maka ubun – ubun kecil berputar ke kanan. Gerakan rotasi luar atau putar paksi luar ini menjadikan diameter biakromial janin searah dengan diameter anteroposterior pintu bawah panggul, dimana satu bahu di anterior di belakang simpisis dan bahu yang satunya di bagian posterior di belakang perineum. Sutura sagitalis kembali melintang.

3. Partograf

1. Pengertian Partograf

Partograf merupakan alat untuk mencatat informasi berdasarkan informasi atau riwayat dan pemeriksaan fisik pada ibu dalam persalinan dan alat penting khususnya untuk membuat keputusan klinis selama kala I. Hal Hal yang harus diamati pada kemajuan persalinan dalam menggunakan partograf antara lain:

a. Pembukaan serviks

Pembukaan serviks dinilai pada saat melakukan pemeriksaan vagina dan di tandai dengan huruf x. garis waspada adalah sebuah garis yang dimulai pada saat pembukaan serviks 4 cm hingga titik pembukaan penuh yang diperkirakan dengan laju 1 cm per jam.

b. Penurunan bagian terbawa janin

Metode perlimaan dapat mempermudah penilaian terhadap turunya kepala maka evaluasi penilaian dilakukan setiap 4 jam mulai dengan pemeriksaan luar dengan perlimaaan di atas simpisis, yaitu dngan memakai 5 jari, sebelum melakukan pemeriksaan dalam. Bila kepala masih di atas PAP maka masih dapat di rabah dengan 5 jari (rapat) dicatat dengan 5/5, paa angka 5 digaris vertical sumbuh X pada patograf ditandai dengan O dan dihubungkan dengan garis lurus.

c. Kontraksi Uterus (His)

Persalinan yang berlangsung normal his akan terasa semakin lama makin kuat, dan frekuensinya bertambah. Pengamatan his dilakukan setiap 1 jam dalam fase laten dan tiap jam pada fase aktif frekuensi his diamati setiap 10 menit lama his dihitung dalam detik dengan cara melakukan palpasi pada perut, pada patograf jumlah his digambarkan dengan kotak yang terdiri dari 5 kotak sesuai jumlah his dalam 10 menit. Lama his (duration) digambarkan pada patograf berupa arsiran di dalam kotak (titik titik) 20 menit, (garis- garis) 20-40 detik, (kotak dihitamkan) > 40 detik.

d. DJJ

Dapat diperiksa setiap setenga jam saat yang tepat untuk menilai DJJ segera setelah his terlalu kuat berlalu setelah 1 menit, dan ibu dalam posisi miring. Yang diamati adalah frekuensi dalam 1 menit dan keteraturan DJJ, pada patograf DJJ di catat dibagi atas, ada penebalan garis pada angka 120 dan 160 yang menandai batas normal. DJJ nilai kondisi ketuban setiap kali melakukan periksa dalam dan nilai warna air ketuban jika selaput ketuban pecah. Moulage berguna untuk memperkirakan beberapa jauh kepala bisa menyesuaikan dengan bagian keras panggul.

Kode moulage antara lain: 0 tulang tulang kepala janin terpisah, suturah dapat mudah dilepas. 1: tulang tulang kepala janin saling bersentuhan.

2 tulang tulang kepala janin saling tumpang tindih tapi masih bisa dipisahkan. 3: tulang tulang kepala janin saling tumpang tindih dan tidak bisa dipisahkan.

e. Keadaan ibu

Waktu pencatatan kondisi ibu dan bayi pada masa aktif adalah: DJJ setiap 30 menit, frekuensi dan lamanya kontraksi uterus setiap 30 menit, nadi setiap 30 menit tandai dengan titik, pembukaan

serviks setiap 4 jam, penurunan setiap 4 jam ditandai dengan panah, tekanan darah setiap 4 jam, suhu setiap 2 jam, Urine, aseton, protein setiap 2-4 jam (catat setiap kali berkemih). (Legawati, 2019).

2. Lembar Belakang Partograf

a. Data Dasar

Data dasar terdiri atas tanggal, nama bidan, tempat persalinan, alamat, tempat persalinan, alamat merujuk, tempat rujukan dan pendamping pada saat merujuk. Isi darah pada tempat yang telah disediakan atau dengan cara memberi tanda pada kotak di samping jawaban yang sesuai. Untuk pertanyaan nomor 5, lingkungan jawaban yang sesuai dan k dengan pertanyaan nomor 8.

b. Kala I

Kala I terdiri atas pertanyaan-pertanyaan tentang partograf saat melewati garis waspada, masalah-masalah yang dihadapi, penatalaksanaan, dan hasil penatalaksanaan tersebut. Untuk pertanyaan nomor 9, lingkari jawaban yang sesuai pertanyaan lain hanya dua jika terdapat masalah lainnya dalam persalinan.

c. Kala II

Kala II terdiri atas episiotomy persalinan, gawat janin, distosia bahu, masalah penyerah, penatalaksanaan dan hasilnya. Beri tanda V pada kotak di samping jawaban yang sesuai untuk pertanyaan no. 13, jika jawaban “Ya”. Tulis indikasinya, sedangkan untuk nomor 15 dan 16 jawaban “Ya”, isi jenis tindakan yang telah dilakukan. Untuk pertanyaan no 14, jawaban bisa lebih dari satu, sedangkan untuk masalah lain hanya diisi apabila terdapat masalah lain pada kala II.

d. Kala III

Kala III terdiri atas lama Kala III, pemberian oksitosin, penegangan talui pusat terkendali, pemijatan fundus, plasenta lahir lengkap,

plasenta tidak lahir > 30 menit, laserasi, atonia uteri, jumlah pendarahan, masalah penyerta, penatalaksanaan dan hasilnya. Isi jawaban pada tempat yang disediakan dan diberi tanda pada kotak di samping jawaban yang sesuai untuk nomor 25, 26, dan 28 lingkarkan jawaban yang benar.

e. Bayi Baru Lahir

Informasi bayi baru lahir terdiri atas berat dan panjang badan, jenis kelamin, penilaian kondisi bayi baru lahir, pemberian ASI, masalah penyertaan, tatalaksana terpilih dan hasilnya. Isi jawaban pada tempat yang disediakan serta beri tanda pada kotak di samping jawaban yang sesuai. Untuk pertanyaan no 36 dan 37 lingkarkan jawaban yang sesuai, sedangkan untuk no 38 jawaban bisa lebih dari 1,2,3,.

f. Kala IV

Kala IV berisi tentang tekanan darah, nadi, suhu, tinggi fundus, kontraksi uterus, kandung kemih, dan pendarahan. Pemantauan kala IV ini sangat penting terutama untuk menilai apakah terdapat resiko atau terjadi pendarahan pasca persalinan, pengisian pemantauan kala IV dilakukan setiap 15 menit pada satu jam pertama setelah melahirkan dan setiap 30 menit pada saat satu jam berikutnya, isi setiap kolom sesuai dengan hasil pemeriksaan dan jawab pertanyaan mengenai masalah kala IV pada tempat yang telah disediakan, bagian yang digelapkan tidak usah isi. (legawati 2019).

4. Konsep Dasar Bayi Baru Lahir

a. Pengertian

Bayi Baru Lahir (BBL) atau neonatus adalah masa kehidupan (0-28 hari), dimana terjadi perubahan yang sangat besar dari kehidupan di dalam rahim menuju luar rahim dan terjadi pematangan organ hampir pada semua sistem. (Rufaindah E, dkk, 2022)

b. Ciri-ciri bayi baru lahir

Ciri-ciri bayi baru lahir normal menurut (Ernawati, dkk, 2023) adalah sebagai berikut;

- 1) Berat badan 2500-4000 gram
- 2) Panjang badan lahir 48-52 cm
- 3) Lingkar dada 30-38 cm
- 4) Lingkar kepala 33-35 cm
- 5) Bunyi jantung dalam menit-menit pertama kira-kira 180x/menit kemudian menurun sampai 120-140x/menit.
- 6) Pernapasan pada menit-menit pertama cepat kira-kira 80x/menit kemudian menurun setelah tenang kira-kira 40x/menit.
- 7) Kulit kemerah-merahan dan licin karena jaringan sub cutan terbentuk dan diliputi vernix caseosa
- 8) Rambut lanugo tidak terlihat
- 9) Kuku telah agak panjang dan lemas
- 10) Genetalia: labia mayora sudah menutupi, labiya minora (perempuan) dan testis sudah turun (pada anak laki-laki)
- 11) Reflek isap dan menelan sudah terbentuk dengan baik
- 12) Reflek moro sudah baik
- 13) Eliminasi baik, urin dan mekoneum akan keluar dalam 24 jam pertama, mekoneum berwarna hitam kecoklatan
- 14) Nilai apgar > 7

Adapun penilaian pada bayi baru lahir dilakukan dengan penilaian APGAR skore.

Tabel 2.4
 Nilai APGAR skore bayi baru lahir

Tanda/klinis	Penilaian		
	0	1	2
Detak jantung	Tidak ada	<100x/menit	>100x/menit
Pernafasan	Tidak ada	Tidak teratur	Tangis kuat
Refleks	Tidak bereaksi	Sedikit gerakan	Reaksi menangis, melawan
Tonus otot	Lumpuh	lemah	Kuat, gerak aktif
Warna kulit	Biru pucat	Tubuh merah ekstremitas biru	Merah seluruh tubuh

c. Adaptasi pada Bayi Baru Lahir terhadap kehidupan diluar uterus Adaptasi neonatal (bayi baru lahir) adalah proses penyesuaian fungsional neonatus dari kehidupan di dalam uterus ke kehidupan di luar uterus. Kemampuan adaptasi fisiologis ini disebut juga homeostasis. Bila terdapat gangguan adaptasi, bayi akan sakit (Ibrahim F, dkk. 2023).

1) Sistem pernapasan

Sistem pernapasan adalah sistem yang paling tertantang ketika perubahan dari lingkungan intrauterin ke lingkungan uterin ekstra BBL harus segera mulai bernapas begitu lahir ke dunia. Ketika kepala dilahirkan, lendir keluar dari hidung dan mulut. Banyak bayi megap-megap dan bahkan menangis pada saat itu. Beberapa napas pertama membutuhkan tekanan tinggi karena udara mengalir masuk ke dalam ruang yang terisi penuh dengan cairan. Stimulasi taktil seperti dengan lembut mengusap punggung neonatus, mengeringkan bayi yang basah atau menjepitkan telapak kaki cukup

untuk menstimulasi pernafasan pada sebagian bayi baru lahir.

Bayi yang normal memiliki 30-60 tarikan napas per menit. Waktu bernapas perut dan dada turun naik dengan teratur.

2) Sistem Kardiovaskuler dan Darah

Aliran darah dari plasenta berhenti pada saat tali pusat diklem. Tindakan ini mendapat suplai oksigen plasenta dan menyebabkan terjadinya serangkaian reaksi selanjutnya. Bunyi jantung bayi 120-160 denyut per menit & berubah-ubah sesuai dengan fungsi pernapasan & kegiatan atau keadaan tidur si bayi. Perubahan sistem pembuluh darah dapat terjadi saat tali pusat dipotong, resistensinya akan meningkat dan tekanan atrium kanan akan menurun karena darah kurang ke atrium yang dapat menyebabkan volume dan tekanan atrium kanan.

3) Suhu

Ketika bayi lahir dan langsung berhubungan dunia luar (lingkungan) yang lebih dingin, maka dapat menyebabkan air ketuban menguap melalui kulit yang dapat mendinginkan darah bayi. Pada saat lingkungan dingin, terjadi pembentukan suhu tanpa melalui mekanisme menggigil yang merupakan cara untuk mendapatkan kembali panas tubuhnya serta hasil penggunaan lemak coklat untuk produksi panas (Ibrahim F, dkk. 2023).

Mekanisme kehilangan panas Bayi baru lahir dapat kehilangan panas tubuhnya melalui cara (Ibrahim F, dkk. 2023):

- a) Evaporasi adalah jalan utama bayi kehilangan panas. Kehilangan panas dapat terjadi karena penguapan cairan ketuban pada permukaan tubuh oleh panas tubuh bayi sendiri karena setelah lahir, tubuh bayi tidak segera dikeringkan. Panas juga terjadi pada bayi yang terlalu cepat dimandikan dan tubuhnya tidak segera dikeringkan dan diselimuti.
 - b) Konduksi adalah kehilangan panas tubuh melalui kontak langsung antara tubuh bayi dengan permukaan dingin. Meja, tempat tidur atau timbangan yang temperaturnya lebih rendah dari tubuh bayi akan menyerap panas tubuh bayi melalui mekanisme kondisi apabila bayi diletakkan di atas benda-benda tersebut.
 - c) Konveksi adalah kehilangan panas tubuh yang terjadi saat bayi terpapar udara sekitar yang lebih dingin. Bayi yang dilahirkan atau ditempatkan di dalam ruangan yang dingin akan cepat mengalami kehilangan panas. Kehilangan panas juga terjadi jika aliran udara dari kipas angin, hembusan udara melalui ventilasi atau pendinginan ruangan.
 - d) Radiasi adalah kehilangan panas yang terjadi karena bayi ditempatkan di dekat benda-benda yang mempunyai suhu yang lebih rendah dari suhu tubuh bayi. Bayi bias kehilangan panas dengan cara ini karena benda-benda tersebut menyerap radiasi panas tubuh bayi (walaupun tidak bersentuhan secara langsung).
- 4) Pengaturan Glukosa
- Sebelum kelahiran janin terpajan pada kadar glukosa darah yang hampir konstan, sekitar 60-70% kadar glukosa

yang esensial bagi fungsi otak neonatus BBL yang sehat harus didorong untuk menyusui segera mungkin setelah lahir, banyak BBL aktif menyusui menghasilkan glukosa dari glikogen.

5) Perubahan pada Darah

Nilai darah BBL lebih bervariasi dari pada nilai pada orang dewasa dan anak yang lebih tua. Saat bayi lahir, nilai rata-rata hemoglobin, hemotrokit, dan SDM lebih tinggi dari nilai normal orang dewasa. Hb BBL berkisar antara 14,5-22,5 g/dl. Hemotrokit bervariasi dari 44 %-72% dan hitung SDM berkisar antara 5-7,5 juta/mm³.

6) Perubahan pada Gastrointestinal

Bagaimana pun juga, kemampuan BBL cukup bulan untuk menelan dan mencerna sumber makanan luar terbatas. Sebagian besar keterbatasan tersebut membutuhkan berbagai enzim dan hormon pencernaan yang terdapat di semua bagian saluran cerna dari mulut sampai ke usus. Kapasitas lambung pada bayi tersebut cukup terbatas. Kurang dari 30 cc untuk BBL cukup bulan.

7) Perubahan pada Sistem Imun

Sel-sel yang menyuplai imunitas bayi berkembang pada awal kehidupan janin. Namun, sel-sel ini tidak aktif selama beberapa bulan. Selama 3 bulan pertama kehidupan, bayi dilindungi oleh kekebalan pasif yang diterima dari ibu. Bayi yang menyusui mendapat kekebalan pasif dari kolostrum dan ASI.

8) Perubahan Sistem Ginjal

Pada BBL, hampir semua massa yang teraba di abdomen berasal dari ginjal. Fungsi ginjal yang mirip dengan fungsi yang dimiliki orang dewasa. Biasanya sejumlah kecil

urine terdapat dalam kandung kemih BBL tetapi BBL mungkin tidak mengeluarkan urine selama 12 jam-24 jam. Berkemih sering-sering terjadi setelah periode ini. Berkemih 6-10 kali dengan warna urine pucat menunjukkan masukan cairan yang cukup. Umumnya, bayi cukup bulan mengeluarkan urine 15-60 ml/kg/hari (16)

d. Rencana Asuhan pada Bayi Baru Lahir

Adapun rencana asuhan bayi baru lahir adalah sebagai berikut (Tambunan D, dkk. 2023)

1) Minum Bayi

Pastikan bayi diberi minum sesegera mungkin setelah lahir (dalam waktu 30 menit) atau dalam 3 jam setelah masuk rumah sakit, kecuali apabila pemberian minum harus ditunda karena masalah tertentu. Bila bayi dirawat di rumah sakit, upayakan ibu mendampingi dan tetap memberikan ASI.

2) ASI Eksklusif

Anjurkan ibu untuk memberikan ASI dini (dalam 30 menit 1 jam setelah lahir) dan eksklusif. ASI eksklusif mengandung zat gizi yang diperlukan untuk tumbuh kembang bayi, mudah dicerna dan efisien, mencegah berbagai penyakit infeksi. Berikan ASI sedini mungkin. Jika ASI belum keluar, bayi tidak usah diberi apa-apa, biarkan bayi mengisap payudara ibu sebagai stimulasi keluarnya ASI. Cadangan nutrisi dalam tubuh bayi cukup bulan dapat sampai selama 4 hari pasca persalinan.

3) Buang Air Besar (BAB)

Kotoran yang dikeluarkan oleh bayi baru lahir pada hari-hari pertama kehidupannya adalah berupa mekoneum. Mekoneum adalah ekskresi gastrointestinal bayi baru

lahir yang diakumulasi dalam usus sejak masa janin, yaitu pada usia kehamilan 16 minggu. Warna mekoneum adalah hijau kehitam-hitaman, lembut, terdiri atas mucus sel epitel, cairan amnion yang tertelan, asam lemak dan pigmen empedu. Mekoneum ini keluar pertama kali dalam waktu 24 jam setelah lahir.

4) Buang Air Kecil (BAK)

Bayi baru lahir harus sudah BAK dalam waktu 24 jam setelah lahir. Hari selanjutnya bayi akan BAK sebanyak 6-8 kali/hari. Pada awalnya volume urine bayi sebanyak 20-30 ml/hari, meningkat menjadi 100-200 ml/hari pada akhir minggu pertama. Warna urin keruh/merah muda dan berangsur-angsur jernih karena intake cairan meningkat. Jika dalam 24 jam bayi tidak BAK, bidan atau petugas kesehatan harus mengkaji jumlah intake cairan dan kondisi uretra.

5) Tidur

Memasuki bulan pertama kehidupan, bayi baru lahir menghabiskan waktunya untuk tidur. Macam tidur bayi adalah tidur aktif atau tidur ringan dan tidur lelap. Pada siang hari hanya 15% waktu digunakan bayi dalam keadaan terjaga, yaitu untuk menangis, gerakan motorik, sadar dan mengantuk. Sisa waktu yang 85% lainnya digunakan bayi untuk tidur.

6) Kebersihan Kulit

Kulit bayi masih sangat sensitif terhadap kemungkinan terjadinya infeksi. Untuk mencegah terjadinya infeksi pada kulit bayi, keutuhan kulit harus senantiasa dijaga. Verniks kaseosa bermanfaat untuk melindungi kulit bayi, sehingga jangan dibersihkan pada saat memandikan bayi.

Memandikan bayi terlalu awal (dalam waktu 24 jam pertama) cenderung meningkatkan kejadian hipotermi. Untuk menghindari terjadinya hipotermi, sebaiknya memandikan bayi setelah suhu tubuh bayi stabil (setelah 24 jam).

7) Perawatan Tali Pusat

Pusat harus selalu kering dan bersih. Tali pusat merupakan tempat koloni bakteri, pintu masuk kuman dan biasa terjadi infeksi lokal. Perlu perawatan tali pusat sejak manajemen aktif kala III pada saat menolong kelahiran bayi. Sisa tali pusat harus dipertahankan dalam keadaan terbuka dan ditutupi kain bersih secara longgar. Pemakaian popok sebaiknya popok dilipat di bawah tali pusat. Jika tali pusat terkena kotoran/feses, maka tali pusat harus dicuci dengan sabun dan air mengalir, kemudian keringkan.

8) Keamanan Bayi

Bayi merupakan sosok yang masih lemah dan rentan mengalami kecelakaan. Untuk menghindari terjadinya kecelakaan atau hal-hal yang tidak diinginkan pada bayi, sebaiknya tidak membiarkan bayi sendiri tanpa ada yang menunggu. Tidak membiarkan bayi sendirian dalam air atau tempat tidur, kursi atau meja.

e. Tanda-tanda bahaya pada bayi baru lahir

- 1) Tidak dapat menyusu sejak lahir, atau berhenti menyusu dengan baik
- 2) Kejang-kejang atau tidak bisa bergerak sejak lahir
- 3) Pernapasan cepat: Dua kali hitungan 60 kali napas atau lebih dalam satu menit
- 4) Dada tidak bisa digerakkan
- 5) Suhu tinggi: $37,5^{\circ}\text{C}$ atau lebih

- 6) Suhu sangat rendah: 35,4°C atau kurang
- 7) Telapak kaki berwarna kuning
- 8) Gerakan hanya saat dirangsang, atau tidak ada gerakan bahkan saat dirangsang
- 9) Tanda-tanda infeksi lokal: pusar merah atau mengeluarkan nanah, bisul pada kulit, atau mata berair nanah

f. Kunjungan Neonatus (KN 1-3)

Waktu kunjungan neonatal yaitu (Kemenkes RI 2020):

- 1) KN 1: pada periode 6 (enam) jam sampai dengan 48 (empat puluh delapan) jam setelah lahir;

Asuhan yang diberikan :

- a) Pemeriksaan umum bayi baru lahir : pernapasan, warna kulit, tonus otot, refleks menghisap, tangis.
- b) Tanda bahaya neonates : sesak napas, hipotermia, sianosis, muntah berulang, tidak mau menyusu.
- c) Pemeriksaan tali pusat : infeksi (merah, bernanah, bau), cara perawatan tali pusat.
- d) Berat badan : nilai apakah ada penurunan >10%
- e) Edukasi ibu : perawatan bayi, ASI eksklusif, perawatan tali pusat
- f) Imunisasi dasar : BCG dan polio 1.

- 2) KN 2: pada periode 3 (tiga) hari sampai dengan 7 (tujuh) hari setelah lahir;

Asuhan yang diberikan :

- a) Tanda bahaya ulang : demam, ikterus seluruh badan, tidak menyusu
- b) Berat badan : harus mulai naik Kembali setelah 5 hari
- c) Kondisi menyusu : evaluasi pelekatan, frekuensi, kecukupan ASI

- d) Perawatan tali pusat : lanjut edukasi perawatan bersih kering
 - e) Dukungan ibu menyusui : konseling menyusui eksklusif.
 - f) Tata laksana : Rujuk jika ada tanda bahaya (ikterus patologi, infeksi)
- 3) KN3: pada periode 8 (delapan) hari sampai dengan 28 (dua puluh delapan) hari setelah lahir.
- Asuhan yang diberikan :
- a) Pemeriksaan fisik menyeluruh : TTV, refleks neonatal, tonus, fontanel
 - b) Berat badan : Harus sudah Kembali atau melebihi berat lahir
 - c) Perkembangan : respons suara, gerakan, refleks moro, menghisap
 - d) Status ASI dan bonding ibu-bayi
 - e) Imunisasi lanjutan
 - f) Pencatatan dan pemantauan buku KIA
 - g) Rujukan bila perlu : Bayi gagal naik BB, lemas, tanda infeksi, bayi premature.

5. Konsep dasar Nifas

a. Pengertian Masa Nifas

Masa nifas (puerperium) adalah dimulai setelah plasenta lahir dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil. Masa nifas berlangsung kira-kira 6 minggu, akan tetapi, seluruh alat genital baru pulih kembali seperti keadaan sebelum hamil dalam waktu 3 bulan (Wijaya W, 2023).

Masa nifas (puerperium) adalah masa setelah lahirnya plasenta hingga organ reproduksi khususnya alat-alat kandungan kembali pulih seperti keadaan sebelum hamil. Masa nifas atau disebut puerperium dimulai sejak 2 (dua) jam setelah lahirnya

plasenta sampai dengan 6 minggu (42 hari) setelah itu (Fitriani L, 2021).

b. Tujuan Asuhan Masa Nifas

Berikut ini adalah tujuan asuhan masa nifas, antara lain sebagai berikut (Wijaya W, 2023):

- 1) Menjaga kesehatan ibu dan bayinya baik fisik maupun psikologis dimana dalam asuhan pada masa ini peranan keluarga sangat penting, dengan pemberian nutrisi, dukungan psikologi maka kesehatan ibu dan bayi selalu terjaga.
- 2) Melaksanakan skrining yang komprehensif (menyeluruh) dimana bidan harus melakukan manajemen asuhan kebidanan pada ibu masa nifas secara sistematis yaitu mulai pengkajian, interpretasi data dan analisa masalah, perencanaan, penatalaksanaan dan evaluasi. Sehingga dengan asuhan kebidanan masa nifas dan menyusui dapat mendeteksi secara dini penyulit maupun komplikasi yang terjadi pada ibu dan bayi.
- 3) Melakukan rujukan secara aman dan tepat waktu bila terjadi penyulit atau komplikasi pada ibu dan bayinya, ke fasilitas pelayanan rujukan.
- 4) Memberikan pendidikan kesehatan tentang perawatan kesehatan nifas dan menyusui, kebutuhan nutrisi, perencanaan pengaturan jarak kelahiran, menyusui, pemberian imunisasi kepada bayinya, perawatan bayi sehat serta memberikan pelayanan keluarga berencana, sesuai dengan pilihan ibu.

c. Peran dan Tanggung Jawab bidan pada masa nifas

Peran dan tanggung jawab bidan secara komprehensif dalam asuhan masa nifas sebagai berikut (Wijaya W, 2023):

- 1) Memberikan dukungan secara berkesinambungan selama masa nifas sesuai dengan kebutuhan ibu untuk mengurangi ketegangan fisik dan psikologis selama masa nifas.

- 2) Sebagai promotor yang memfasilitasi hubungan antara ibu dan bayi serta keluarga.
 - 3) Mendorong ibu untuk menyusui serta meningkatkan rasa nyaman ibu dan bayi.
 - 4) Mendeteksi penyulit maupun komplikasi selama masa nifas dan menyusui serta melaksanakan rujukan secara aman dan tepat waktu sesuai dengan indikasi.
 - 5) Memberikan konseling untuk ibu dan keluarganya mengenai cara mencegah perdarahan, mengenali tanda-tanda bahaya pada masa nifas dan menyusui, pemenuhan nutrisi yang baik, serta mempraktikkan personal hygiene yang baik.
 - 6) Melakukan manajemen asuhan dengan langkah-langkah; pengkajian, melakukan interpretasi data serta menetapkan diagnosa, antisipasi tindakan segera terhadap permasalahan potensial, menyusun rencana asuhan serta melakukan penatalaksanaan dan evaluasi untuk mempercepat proses pemulihan, mencegah komplikasi, serta untuk memenuhi kebutuhan ibu dan bayi selama periode nifas.
 - 7) Memberikan asuhan kebidanan nifas dan menyusui secara etis profesional
- d. Tahapan Masa Nifas

Berikut ini adalah tahapan pada masa nifas antara lain sebagai berikut (Wijaya W, 2023):

1) Periode Immediate Postpartum

Masa segera setelah plasenta lahir sampai dengan 24 jam. Pada masa ini merupakan fase kritis, sering terjadi insiden perdarahan postpartum karena atonia uteri. Oleh karena itu, bidan perlu melakukan pemantauan secara kontinu, yang meliputi; kontraksi uterus, pengeluaran lokia, kandung kemih, tekanan darah dan suhu.

2) Periode Early Postpartum (>24 Jam-1 Minggu)

Pada fase ini bidan memastikan involusi uteri dalam keadaan normal, tidak ada perdarahan, lokia tidak berbau busuk, tidak demam, ibu cukup mendapatkan makanan dan cairan, serta ibu dapat menyusui dengan baik.

3) Periode Late Postpartum (>1 Minggu-6 Minggu)

Pada periode ini bidan tetap melakukan asuhan dan pemeriksaan sehari-hari serta konseling perencanaan KB.

4) Remote Puerperium

Adalah waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat terutama bila selama hamil atau bersalin memiliki penyulit atau komplikasi.

Tahapan masa nifas menurut Reva Rubin, yaitu :

1) Periode Taking In (Hari ke 1-2 setelah melahirkan)

- a) Ibu pasif dan tergantung dengan orang lain
- b) Perhatian ibu tertuju pada kekhawatiran perubahan tubuhnya
- c) Ibu akan mengulangi pengalaman-pengalaman waktu melahirkan
- d) Memerlukan ketenangan dalam tidur untuk mengembalikan keadaan tubuh ke kondisi normal
- e) Nafsu makan ibu biasanya bertambah sehingga membutuhkan peningkatan nutrisi. Jika ibu Kurang nafsu makan menandakan kondisi tubuh tidak normal.

2) Periode Taking On/Taking Hold (hari ke-2-4 setelah melahirkan)

- a) Ibu memperhatikan kemampuan sebagai orang tua dan meningkatkan tanggung jawab terhadap bayinya
- b) Ibu memfokuskan perhatian pada pengontrolan fungsi tubuh bayi, BAK, BAB dan daya tahan tubuh bayi

- c) Ibu berusaha untuk menguasai keterampilan merawat bayi seperti menggendong, menyusui, memandikan dan mengganti popok.
 - d) Ibu cenderung terbuka menerima nasehat bidan dan kritikan pribadi
 - e) Kemungkinan ibu mengalami depresi postpartum karena merasa tidak mampu membesarkan/merawat bayinya.
- 3) Periode Letting Go
- a) Terjadi setelah pulang ke rumah dan dipengaruhi oleh dukungan serta perhatian suami serta keluarga
 - b) Mengambil tanggung jawab dalam perawatan bayi dan memahami kebutuhan bayi sehingga akan mengurangi hak ibu dalam interaksi sosial
 - c) Depresi postpartum rentan terjadi pada masa ini (Fitriani L, 2021).
- e. Kebijakan program nasional masa nifas
- Kebijakan program nasional pada masa nifas yaitu paling sedikit empat kali melakukan kunjungan pada masa nifas, dengan tujuan untuk:
- 1) Menilai kondisi kesehatan ibu dan bayi. Melakukan pencegahan terhadap kemungkinan-kemungkinan adanya gangguan kesehatan ibu nifas dan bayinya.
 - 2) Mendeteksi adanya komplikasi atau masalah yang terjadi pada masa nifas
 - 3) Menangani komplikasi atau masalah yang timbul dan mengganggu kesehatan ibu nifas maupun bayinya (Aritonang J, 2021).

Tabel 2.5
Jadwal kunjungan Nifas

Kunjungan	Waktu	Asuhan
I	6 jam – 3 hari <i>postpartum</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mencegah pendarahan masa nifas karena Atonia uteri. 2. Mendeteksi dan merawat penyebab lain pendarahan rujuk jika pendarahan berlanjut. 3. Memberikan konseling pada ibu atau salah satu keluarga mengenai bagaimana cara mencegah pendarahan masa nifas karena Atonia uteri. 4. Pemberian ASI awal 5. Melakukan hubungan antara ibu dan bayi yang baru lahir. 6. Menjaga bayi tetap sehat dengan cara mencegah hipotermi. 7. Jika petugas kesehatan menolong persalinan, ia harus tinggal dengan ibu dan bayi yang baru lahir selama 2 jam pertama setelah kelahiran atau sampai ibu dan bayinya dalam keadaan stabil.
II	6 hari <i>postpartum</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memastikan involusi uterus berjalan normal dimana uterus berkontraksi, fundus dibawah umbilicus, tidak ada pendarahan abnormal dan tidak ada bau. 2. Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi dan perdarahan. 3. Memastikan ibu mendapatkan cukup makanan, cairan dan istirahat. 4. Memastikan ibu menyusui dengan baik. 5. Memberikan konseling tentang bayi baru lahir, perawatan tali pusat, menjaga bayi

		tetap hangat dan lain- lain
III	2 minggu <i>postpartum</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memastikan involusi uterus berjalan normal dimana uterus berkontraksi, fundus dibawah umbilicus, tidak ada perdarahan abnormal dan tidak ada bau. 2. Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi dan pendarahan 3. Memastikan ibu mendapatkan cukup makanan, cairan dan istirahat. 4. Memastikan ibu menyusui dengan baik 5. Memberikan konseling tentang bayi baru lahir, perawatan tali pusat, menjaga bayi tetap hangat dan lain- lain
IV	6 minggu <i>postpartum</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menanyakan penyulit-penyulit yang dialami ibu selama masa nifas 2. Memberikan konseling KB secara dini

f. Kebutuhan Dasar Masa Nifas

1) Kebutuhan Nutrisi dan Cairan

Bagi ibu yang menyusui harus mendapatkan gizi/nutrisi yang baik untuk tumbuh kembang bayinya. Untuk itu, Ibu yang menyusui harus:

- a) Mengonsumsi tambahan 500-800 kalori tiap hari (ibu harus mengonsumsi 3 sampai 4 porsi setiap hari)
- b) Makan dengan diet berimbang untuk mendapatkan karbohidrat, protein, mineral, dan vitamin yang cukup
- c) Minum sedikitnya 3 liter air setiap hari (anjurkan ibu untuk minum setiap kali menyusui).
- d) Pil zat besi harus diminum untuk menambah zat gizi setidaknya selama 40 hari pasca bersalin
- e) Minum kapsul vitamin A (200.000 iu) agar bisa memberikan vitamin A kepada bayinya melalui ASI nya. Pemberian vit

dalam bentuk suplementasi dapat meningkatkan kualitas asi, meningkatkan daya tahan tubuh dan meningkatkan kelangsungan hidup anak pada bulan-bulan pertama kehidupan bayi bergantung pada vit A yang terkandung dalam ASI.

2) Kebutuhan Ambulasi

Mobilisasi dini (*early mobilization*) bermanfaat untuk:

- a) Melancarkan pengeluaran lokia, mengurangi infeksi puerperium
- b) Ibu merasa lebih sehat dan kuat.
- c) Mempercepat involusi alat kandungan.
- d) Fungsi usus, sirkulasi, paru-paru dan perkemihan lebih baik.
- e) Meningkatkan kelancaran peredaran darah, sehingga mempercepat fungsi ASI dan pengeluaran sisa metabolisme.
- f) Memungkinkan untuk mengajarkan perawatan bayi pada ibu.
- g) Mencegah trombosis pada pembuluh tungkai.

3) Kebutuhan Eliminasi BAK/BAK

a) Miksi

Pada persalinan normal masalah berkemih dan buang air besar tidak mengalami hambatan apapun. Kebanyakan pasien dapat melakukan BAK secara spontan dalam 8 jam setelah melahirkan. Miksi hendaknya dilakukan sendiri secepatnya, kadang-kadang wanita mengalami sulit kencing, karena sfingter uretra ditekan oleh kepala janin dan spasme oleh iritasi musculus spinchter ani selama persalinan, juga karena adanya edema kandung kemih yang terjadi selama persalinan. Bila dalam 3 hari ibu tidak dapat berkemih, dapat dilakukan rangsangan untuk berkemih

dengan mengompres vesica urinaria dengan air hangat, jika ibu belum bisa melakukan maka ajarkan ibu untuk berkemih sambil membuka kran air, jika tetap belum bisa melakukan juga maka dapat dilakukan kateterisasi.

b) Defekasi

Buang air besar akan biasa setelah sehari, kecuali bila ibu takut dengan luka episiotomi. Bila sampai 3-4 hari belum buang air besar, sebaiknya dilakukan diberikan obat rangsangan per oral atau per rektal, jika masih belum bisa dilakukan klisma untuk merangsang buang air besar sehingga tidak mengalami sembelit dan menyebabkan jahitan terbuka.

4) Kebersihan diri atau personal hygiene

Kebersihan diri ibu membantu mengurangi sumber infeksi dan meningkatkan perasaan nyaman pada ibu. Anjurkan ibu untuk menjaga kebersihan diri dengan cara mandi yang teratur minimal 2 kali sehari, mengganti pakaian dan alas tempat tidur serta lingkungan di mana ibu tinggal. Ibu harus tetap bersih, segar dan wangi. Merawat perineum dengan baik dengan menggunakan antiseptik (PK/Dethol) dan selalu diingat bahwa membersihkan perineum dari arah depan ke belakang. Jaga kebersihan diri secara keseluruhan untuk menghindari infeksi, baik pada luka jahitan maupun kulit.

5) Kebutuhan Istirahat dan Tidur

Ibu nifas memerlukan istirahat yang cukup, istirahat tidur yang dibutuhkan ibu nifas sekitar 8 jam pada malam hari dan 1 jam pada siang hari.

- 1) Anjurkan ibu untuk istirahat cukup untuk mencegah kelelahan yang berlebihan.
- 2) Sarankan ibu untuk kembali ke kegiatan-kegiatan rumah tangga

3) Kurang istirahat akan mempengaruhi ibu dalam berbagai hal:

- a) Mengurangi jumlah ASI yang diproduksi.
- b) Memperlambat proses involusi uterus dan memperbanyak perdarahan.
- c) Menyebabkan depresi dan ketidakmampuan untuk merawat bayi dan dirinya.

6) Kebutuhan Seksual

Secara fisik aman untuk memulai hubungan suami istri begitu darah merah berhenti dan ibu dapat memasukkan satu atau dua jarinya ke dalam vagina tanpa rasa nyeri. Begitu darah merah berhenti dan ibu tidak merasa nyeri, aman untuk memulai, melakukan hubungan suami istri kapan saja ibu siap.

Hubungan seksual dapat dilakukan dengan aman ketika luka episiotomi telah sembuh dan lokia telah berhenti. Hendaknya pula hubungan seksual dapat ditunda sedapat mungkin sampai 40 hari setelah persalinan, karena pada waktu itu diharapkan organ-organ tubuh telah pulih kembali. Untuk itu bila sanggama tidak mungkin menunggu sampai hari ke-40, suami/istri perlu melakukan usaha untuk mencegah kehamilan. Pada saat inilah waktu yang tepat untuk memberikan konseling tentang pelayanan KB.

7) Kebutuhan Perawatan Payudara

Sebaiknya perawatan mammae telah dimulai sejak wanita hamil supaya puting lemas, tidak keras, dan kering sebagai persiapan untuk menyusui bayinya.

- a) Bila bayi meninggal, laktasi harus dihentikan dengan cara: pembalutan mammae sampai tertekan, pemberian obat estrogen untuk supresi LH seperti tablet Lynoral dan Pardolel

- b) Ibu menyusui harus menjaga payudaranya untuk tetap bersih dan kering.
- c) Menggunakan Bra yang menyokong payudara.
- d) Apabila puting susu lecet oleskan kolostrum atau ASI yang keluar pada sekitar puting susu setiap kali selesai menyusui, kemudian apabila lecetnya sangat berat dapat diistirahatkan selama 24 jam. Asi dikeluarkan dan diminumkan dengan menggunakan sendok. Selain itu, untuk menghilangkan rasa nyeri dapat minum Paracetamol 1 tablet setiap 4-6 jam.

8) Latihan Senam Nifas

Selama kehamilan dan persalinan ibu banyak mengalami perubahan fisik seperti dinding perut menjadi kendur, longgarnya liang sanggama dan otot dasar panggul. Untuk mengembalikan kepada keadaan normal dan menjaga kesehatan agar tetap prima, senam nifas sangat baik dilakukan pada ibu setelah melahirkan. Ibu tidak perlu takut untuk banyak bergerak, karena dengan ambulasi dini (bangun dan bergerak setelah beberapa jam melahirkan) dapat membantu rahim untuk kembali ke bentuk semula.

Senam nifas adalah senam yang dilakukan sejak hari pertama melahirkan setiap hari sampai hari yang kesepuluh, terdiri dari sederetan gerakan tubuh yang dilakukan untuk mempercepat pemulihan keadaan ibu (Aritonang J, 2021)

g. Tanda Bahaya Pada Masa Nifas

Tanda-tanda bahaya masa nifas (Fitriani L, 2021) yaitu:

- 1) Perdarahan hebat atau peningkatan perdarahan secara tiba-tiba (melebihi haid biasa atau jika perdarahan tersebut membasahi lebih dari 2 pembalut dalam waktu setengah jam)
- 2) Pengeluaran cairan vaginal dengan bau busuk yang menyengat
- 3) Rasa nyeri di perut bagian bawah atau punggung

- 4) Sakit kepala yang terus menerus, nyeri epigastric, atau terdapat masalah/gangguan penglihatan
- 5) Pembengkakan pada wajah dan tangan demam, muntah, rasa Bakit sewaktu buang air seni, atau merasa tidak enak badan
- 6) Payudara yang berwarna kemerahan, panas, dan/atau sakit
- 7) Kehilangan selera makan untuk waktu yang berkepanjangan
- 8) Rasa sakit, warna merah, kelembutan dan/atau pembengkakan pada kaki
- 9) Merasa sangat sedih atau tidak mampu mengurus diri sendiri atau mengurus bayi
- 10) Merasa sangat letih atau bernapas terengah-engah

6. Konsep Dasar Keluarga Berencana

a. Pengertian Keluarga Berencana

Keluarga Berencana (KB) adalah suatu program yang dicanangkan pemerintah dalam upaya peningkatan kepedulian dan peran serta masyarakat melalui pendewasaan usia perkawinan (PUP), pengaturan kelahiran, pembinaan ketahanan keluarga, peningkatan kesejahteraan keluarga kecil, bahagia dan sejahtera. (Fajrin DH, dkk. 2021)

Keluarga berencana merupakan usaha suami istri untuk mengukur jumlah dan jarak anak yang diinginkan. Usaha yang dimaksud termasuk kontrasepsi atau pencegahan kehamilan dan perencanaan keluarga. Prinsip dasar metode kontrasepsi adalah mencegah sperma laki laki mencapai dan membuahi telur wanita (fertilisasi) atau mencegah telur yang sudah dibuahi untuk berimplantasi (melekat) dan berkembang didalam rahim (Fauziah. 2020).

b. Tujuan Keluarga Berencana

Tujuan dilaksanakan program KB yaitu untuk membentuk keluarga kecil sesuai dengan kekuatan sosial ekonomi suatu keluarga

dengan cara pengaturan kelahiran anak agar diperoleh suatu keluarga bahagia dan sejahtera yang dapat memenuhi kebutuhan hidupnya.

Tujuan program KB lainnya yaitu untuk menurunkan angka kelahiran yang bermakna, untuk mencapai tujuan tersebut maka diadakan kebijakan yang dikategorikan dalam tiga fase (menjarangkan, menunda, dan menghentikan) maksud dari kebijakan tersebut yaitu untuk menyelamatkan ibu dan anak akibat melahirkan pada usia muda, jarak kelahiran yang terlalu dekat dan melahirkan pada usia tua.

c. Sasaran KB

Untuk mencapai tujuan program KB, maka penggarapan program KB nasional diarahkan pada 2 bentuk sasaran yaitu:

- 1) Sasaran langsung, yaitu Pasangan Usia Subur (PUS) agar mereka menjadi peserta KB lestari sehingga memberikan efek langsung pada penurunan fertilitas.
- 2) Sasaran tidak langsung yaitu organisasi-organisasi, lembaga-lembaga kemasyarakatan, instansi pemerintah maupun swasta, dan tokoh tokoh masyarakat (wanita dan pemuda), yang diharapkan dapat memberikan dukungan terhadap proses pembentukan sistem nilai di kalangan masyarakat (Bakoil MB, 2021).

d. Akseptor KB

Akseptor KB adalah proses yang disadari oleh pasangan untuk memutuskan jumlah dan jarak anak serta waktu kelahiran. Adapun jenis – jenis akseptor KB, (21) yaitu:

1) Akseptor Aktif

Satu cara/alat kontrasepsi untuk menjarangkan kehamilan atau mengakhiri kesuburan.

2) Akseptor Aktif Kembali

Akseptor aktif kembali adalah pasangan usia subur yang telah menggunakan kontrasepsi selama 3 (tiga) bulan atau lebih yang tidak diselingi suatu kehamilan, dan kembali menggunakan cara

alat kontrasepsi baik dengan cara yang sama maupun berganti cara setelah berhenti/istirahat kurang lebih 3 (tiga) bulan berturut-turut dan bukan karena hamil.

3) Akseptor KB baru

Akseptor KB baru adalah akseptor yang baru pertama kali menggunakan alat/obat kontrasepsi atau pasangan usia subur yang Kembali menggunakan alat kontrasepsi setelah melahirkan atau abortus.

4) Akseptor KB dini

Akseptor KB dini merupakan para ibu yang menerima salah satu cara kontrasepsi dalam waktu 2 minggu setelah melahirkan atau abortus.

5) Akseptor KB langsung

Akseptor Kb langsung merupakan para istri yang memakai salah satu cara kontrasepsi dalam waktu 40 hari setelah melahirkan atau abortus.

6) Akseptor KB dropout

Akseptor KB dropout adalah akseptor yang menghentikan pemakaian kontrasepsi lebih dari 3 bulan (Fajrin DH, dkk. 2021).

e. Metode Kontrasepsi Rasional

BKKBN membagi metode kontrasepsi rasional berdasarkan tiga tujuan utama dalam perencanaan keluarga (BKKBN. Pedoman Pelayanan Kontrasepsi dan Keluarga Berencana. 2021)

1) Menunda Kehamilan Anak Pertama (bagi pasangan muda, usia di bawah 20 tahun):

Tujuan : Memberi kesempatan pada pasangan untuk menyelesaikan pendidikan, mencapai kematangan emosional, serta kesiapan finansial dan psikologis sebelum memiliki anak. Ini juga krusial untuk mencegah kehamilan terlalu dini yang berisiko pada kesehatan ibu dan anak, sekaligus mendukung program pencegahan stunting.

Metode yang Disarankan :

- a) Kondom: Memberikan perlindungan ganda (kontrasepsi dan pencegahan Infeksi Menular Seksual/IMS).
- b) Pil KB: Mudah digunakan, namun memerlukan kedisiplinan harian.
- c) Suntikan KB: Praktis karena hanya perlu disuntik setiap 1 atau 3 bulan.
- d) Implan: Pilihan yang sangat efektif dan tahan lama (hingga 3 tahun), ideal untuk penundaan jangka menengah.

- 2) Menjarangkan Kelahiran Anak (bagi pasangan usia subur, usia 20-35 tahun, yang ingin memberi jarak antar anak):

Tujuan: Memastikan jarak yang sehat antara kelahiran anak (idealnya minimal 3 tahun). Ini penting untuk pemulihan kesehatan ibu setelah melahirkan, pengasuhan optimal bagi anak yang sudah ada, dan peningkatan kualitas hidup keluarga. Sangat relevan dalam upaya percepatan penurunan stunting.

Metode yang Sangat Dianjurkan (Prioritas BKKBN) :

- a) Metode Kontrasepsi Jangka Panjang (MKJP): Ini adalah prioritas utama BKKBN karena efektivitasnya yang sangat tinggi, angka kegagalan yang rendah, dan tidak memerlukan kepatuhan harian.
 - b) IUD (Alat Kontrasepsi Dalam Rahim/AKDR): Sangat efektif dan bisa bertahan 5-10 tahun tergantung jenisnya.
 - c) Implan (Alat Kontrasepsi Bawah Kulit/AKBK): Efektif hingga 3-5 tahun.
 - d) Pilihan lain: Suntikan KB dan Pil KB masih tersedia, namun MKJP lebih diutamakan karena manfaat jangka panjangnya.
- 3) Tidak Hamil Lagi (bagi pasangan yang sudah memiliki jumlah anak yang diinginkan, biasanya usia di atas 35 tahun atau paritas tinggi):

Tujuan: Menghentikan kesuburan secara permanen untuk

membatasi jumlah anak, memungkinkan fokus penuh pada pembinaan dan peningkatan kualitas keluarga yang sudah ada.

Metode yang Disarankan (Permanen):

- a) MOW (Metode Operasi Wanita) / Tubektomi: Sterilisasi permanen untuk wanita.
- b) MOP (Metode Operasi Pria) / Vasektomi: Sterilisasi permanen untuk pria. BKKBN secara aktif mendorong partisipasi pria dalam KB melalui vasektomi, yang umumnya merupakan prosedur yang lebih sederhana dan aman.
- c) Sebagai alternatif jangka panjang jika sterilisasi belum dipilih, IUD juga bisa menjadi opsi.

f. Metode kontrasepsi

1) MAL

a) Pengertian

Metode Amenore Laktasi adalah salah satu kontrasepsi alami yang menggunakan prinsip menyusui secara eksklusif selama 6 bulan penuh tanpa tambahan makanan dan minuman apapun.

b) Cara Kerja

Cara kerja MAL adalah menunda atau menekan terjadinya ovulasi, pada saat menyusui hormon yang berperan adalah prolaktin dan oksitosin semakin sering ibu menyusui maka kadar prolaktin dan hormon gonadotropin melepaskan hormon penghambat dan akan mengurangi kadar estrogen sehingga tidak terjadi ovulasi.

c) Keuntungan

- (1). Segera efektif
- (2). Tidak mengganggu senggama
- (3). Tidak ada efek samping secara sistemik
- (4). Tidak perlu pengawasan medis

(5). Tidak perlu obat

(6). Tanpa biaya

d) Kerugian

(1). Perlu persiapan sejak perawatan kehamilan agar segera menyusui selama 30 menit pasca persalinan

(2). Efektivitas tinggi hanya sampai kembalinya menstruasi atau sampai dengan 6 bulan

(3). Tidak melindungi terhadap IMS, termasuk virus hepatitis, HIV/AIDS.

7. **Manajemen kebidanan**

a. Konsep manajemen kebidanan

Menurut Helen Varney (1997), proses penyelesaian masalah merupakan salah satu upaya yang dapat digunakan dalam manajemen kebidanan, Varney berpendapat bahwa dalam melakukan manajemen kebidanan, bidan harus memiliki kemampuan berpikir secara kritis untuk menegakkan diagnosis atau masalah potensial kebidanan.

b. Langkah asuhan Kebidanan Menurut Varney (1997).

1) Pengumpulan data dasar

Melakukan pengkajian melalui proses pengumpulan data yang diperlukan untuk mengevaluasi keadaan pasien secara lengkap seperti riwayat kesehatan, pemeriksaan fisik sesuai dengan kebutuhan, peninjauan catatan terbaru atau catatan sebelumnya, data dari laboratorium dan mengevaluasi keadaan pasien secara lengkap seperti riwayat kesehatan, pemeriksaan fisik sesuai dengan kebutuhan, peninjauan catatan terbaru atau catatan sebelumnya, data dari laboratorium dan membandingkannya dengan hasil studi. Semua data dikumpulkan dari semua sumber yang berhubungan dengan kondisi pasien.

2) Interpretasi data dasar

Langkah ini dilakukan dengan mengidentifikasi adat secara benar terhadap diagnosis atau masalah kebutuhan pasien. Masalah atau

diagnosis yang spesifik dapat ditemukan berdasarkan interpretasi yang benar terhadap data dasar.

3) Identifikasi diagnosis atau masalah potensial

Langkah ini dilakukan dengan mengidentifikasi masalah atau diagnosis potensial yang lain berdasarkan beberapa masalah dan diagnosis yang sudah diidentifikasi. Langkah ini membutuhkan antisipasi yang cukup dan apabila memungkinkan dilakukan proses pencegahan atau dalam kondisi tertentu pasien membutuhkan tindakan segera.

4) Identifikasi dan penetapan kebutuhan yang memerlukan penanganan segera

Tahapan ini dilakukan oleh bidan dengan melakukan identifikasi masalah dan menetapkan beberapa kebutuhan setelah diagnosis dan masalah ditegakkan. Kegiatan bidan pada tahap ini konsultasi, kolaborasi dan rujukan

5) Perencanaan asuhan secara menyeluruh

Setelah beberapa kebutuhan pasien ditetapkan, diperlukan perencanaan secara menyeluruh terhadap masalah dan diagnosis yang ada. Dalam proses perencanaan asuhan secara menyeluruh juga dilakukan identifikasi beberapa data yang lengkap agar pelaksanaan secara menyeluruh dapat berhasil.

6) Pelaksanaan perencanaan

Tahap ini merupakan tahap pelaksanaan dari semua rencana sebelumnya, baik terhadap masalah pasien ataupun yang ditegakkan. Pelaksanaan yang dilakukan oleh bidan secara mandiri maupun berkolaborasi dengan tim kesehatan lainnya.

7) Evaluasi

Merupakan tahap akhir dalam manajemen kebidanan, yaitu dengan melakukan evaluasi dari perencanaan maupun pelaksanaan yang dilakukan oleh bidan. Evaluasi merupakan sebagai bagian dari proses terus menerus untuk meningkatkan

pelayanan secara komprehens dan selalu berubah sesuai dengan kondisi atau kebutuhan klien.

8. SOAP

Pendokumentasian kebidanan dapat diterapkan dengan metode SOAP

Dalam metode SOAP

S adalah data subjektif

O adalah data objektif

A adalah analisis/assessment

P adalah planning

Merupakan catatan yang bersifat sederhana, jelas, logis, dan singkat.

Prinsip dari metode SOAP ini merupakan proses pemikiran

Penatalaksanaan manajemen kebidanan.

1. S (data Subjektif) merupakan pendokumentasian manajemen kebidanan menurut Helen Varney langkah pertama (pengkajian data), terutama data yang diperoleh melalui anamnesis. Data Subjektif ini berhubungan dengan masalah dari sudut pandang pasien. Ekspresi pasien mengenai kekhawatiran dan keluhannya yang dicatat sebagai kutipan langsung atau ringkasan yang akan berhubungan langsung dengan diagnosis. Data Subjektif ini nantinya akan menguatkan diagnosis yang akan disusun. Pada pasien yang bisu, dibagian data di belakang huruf "S", diberi tanda huruf "O". tanda ini akan menjelaskan bahwa pasien adalah penderita tuna wicara.
2. O (Data Objektif) merupakan pendokumentasian manajemen kebidanan menurut Helen Varney pertama (pengkajian data), terutama data yang diperoleh melalui hasil observasi yang jujur dari pemeriksaan fisik pasien, pemeriksaan laboratorium/pemeriksaan diagnostik lain. Catatan medik dan informasi dari keluarga atau orang lain dapat dimasukkan dalam data objektif ini. Data ini akan memberikan bukti gejala klinis pasien dan fakta yang berhubungan dengan diagnosis.

3. A (*Assesment*) merupakan pendokumentasian hasil analisis dan interpretasi (kesimpulan) dari data subjektif dan objektif. Dalam pendokumentasian manajemen kebidanan, karena keadaan pasien yang setiap saat bisa mengalami perubahan dan akan ditemukan informasi baru dalam data subjektif maupun data objektif, maka proses pengkajian data akan menjadi sangat dinamis. Analisis data yang tepat dan akurat mengikuti perkembangan data pasien akan menjamin cepat diketahuinya perubahan pada pasien, dapat terus diikuti dan diambil keputusan/tindakan yang tepat.
4. P (*Planning*) planning/perencanaan adalah membuat rencana asuhan saat ini dan yang akan datang. Rencana disusun berdasarkan hasil analisis dan interpretasi data. Rencana asuhan ini bertujuan untuk mengusahakan tercapainya kondisi pasien seoptimal mungkin dan mempertahankan kesejahteraannya. Rencana asuhan ini harus bisa mencapai kriteria tujuan yang ingin dicapai dalam batas waktu tertentu. Tindakan yang akan dilaksanakan harus mampu membantu pasien mencapai kemajuan dan harus sesuai dengan hasil kolaborasi tenaga kesehatan lain, antara lain dokter. Dalam Planning juga harus mencantumkan evaluation/evaluasi, yaitu tafsiran dari efek tindakan yang telah diambil melalui efektivitas asuhan/hasil pelaksanaan tindakan. Evaluasi berisi analisis hasil yang telah dicapai dan merupakan fokus ketepatan nilai tindakan/asuhan (Pedvin Ratna Meikawati, 2022).

B. Standar Asuhan Kebidanan

Standar asuhan kebidanan berdasarkan Keputusan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia No.938/Menkes/SK/VII/2007. Standar asuhan kebidanan adalah acuan dalam proses pengambilan keputusan dan tindakan yang dilakukan oleh bidan sesuai dengan wewenang dan ruanglingkup praktik berdasarkan ilmu dan kiat kebidanan. Mulai dari pengkajian, perumusan diagnosa, perencanaan, implementasi, evaluasi dan pencatatan asuhan kebidanan.

Standar 1: Pengkajian

1. Pernyataan standar Bidan mengumpulkan semua informasi yang akurat, relevan dan lengkap dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi klien.
2. Kriteria pengkajian
 - a. Data tepat, akurat dan lengkap
 - b. Terdiri dari data subjektif (hasil anamnesa: Biodata, keluhan utama, riwayat obstetri, riwayat kesehatan dan latar belakang sosial budaya).
 - c. Data Obyektif (hasil pemeriksaan fisik, psikologis dan pemeriksaan penunjang).

Standar 2: Perumusan diagnosa dan atau masalah kebidanan

1. Pernyataan standar Bidan menganalisa data yang diperoleh pada pengkajian, menginterpretasikannya secara akurat dan logis untuk menegakkan diagnosa dan masalah kebidanan yang tepat.
2. Kriteria perumusan diagnosa dan atau masalah
 - a. Diagnosa sesuai dengan nomenklatur kebidanan.
 - b. Masalah dirumuskan sesuai dengan kondisi klien.
 - c. Dapat diselesaikan dengan asuhan kebidanan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan.

Standar 3: perencanaan

1. Pernyataan standar Bidan merencanakan asuhan kebidanan berdasarkan diagnosa dan masalah yang ditegakkan.
2. Kriteria perencanaan rencana tindakan disusun berdasarkan prioritas masalah dan kondisi klien; tindakan segera, tindakan antisipasi dan asuhan secara komperhensif.
 - a. Melibatkan klien/pasien dan atau keluarga.
 - b. Mempertimbangkan kondisi psikologi, sosial budaya klien/keluarga.

- c. Memilih tindakan yang aman sesuai kondisi dan kebutuhan klien berdasarkan evidence based dan memastikan bahwa asuhan yang diberikan bermanfaat untuk klien.
- d. Mempertimbangkan kebijakan dan peraturan yang berlaku sumber daya serta fasilitas yang ada.

Standar 4: implementasi

1. Pernyataan standar

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

2. Kriteria

Memperhatikan keunikan klien sebagai makhluk bio-psiko-sosial-spiritual-kultural.

- a. Setiap tindakan asuhan harus mendapatkan persetujuan dari klien dan atau keluarganya (inform consent).
- b. Melaksanakan tindakan asuhan berdasarkan evidence based.
- c. Melibatkan klien/pasien dalam setiap tindakan.
- d. Menjaga privacy klien/pasien.
- e. Melaksanakan prinsip pencegahan infeksi.
- f. Mengikuti perkembangan kondisi klien secara berkesinambungan
- g. Menggunakan sumber daya, sarana dan fasilitas yang ada dan sesuai.
- h. Melakukan tindakan sesuai standar.
- i. Mencatat semua tindakan yang telah dilakukan.

Standar 5: evaluasi

1. Pernyataan standar Bidan melakukan evaluasi secara sistematis dan berkesinambungan untuk melihat keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan, sesuai dengan perubahan perkembangan kondisi klien.
2. Kriteria evaluasi
 - a. Penilaian dilakukan segera setelah selesai melaksanakan asuhan sesuai kondisi klien.
 - b. Hasil evaluasi segera dicatat dan dikomunikasikan pada klien/ dan keluarga.
 - c. Evaluasi dilakukan sesuai dengan standar.
 - d. Hasil evaluasi ditindaklanjuti sesuai dengan kondisi klien/pasien.

Standar 6: pencatatan asuhan kebidanan

1. Pernyataan standar Bidan melakukan pencatatan secara lengkap, akurat, singkat dan jelas mengenai keadaan/kejadian yang ditemukan dan dilakukan dalam memberikan asuhan kebidanan.
2. Kriteria pencatatan asuhan kebidanan
 - a. Pencatatan dilakukan segera setelah melaksanakan asuhan pada formulir yang tersedia (rekam medis/ KMS/ status pasien/ buku KIA)
 - b. Ditulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP
 - c. **S** adalah subjektif, mencatat hasil anamnesa
 - d. **O** adalah data objektif, mencatat diagnosa dan masalah kebidanan
 - e. **A** adalah hasil analisa, mencatat diagnosa dan masalah kebidanan
 - f. **P** adalah penatalaksanaan, mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan secara komprehensif: penyuluhan, dukungan, kolaborasi evaluasi/follow up.

C. Kewenangan Bidan

Berdasarkan undang-undang Nomor 4 tahun 2019, dalam BAB III Tentang Registrasi dan izin praktik Bidan yaitu :

a. Pasal 21

- 1) Setiap Bidan yang akan menjalankan praktik kebidanan wajib memiliki STR
- 2) STR sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diberikan oleh konsil kepada bidan yang memenuhi persyaratan
- 3) Persyaratan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) meliputi:
 - a) Memeiliki ijazah dari perguruan tinggi yang menyelenggarakan pendidikan kebidanan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
 - b) Memiliki Sertifikat Kompetensi atau sertifikat Profesi
 - c) Memiliki surat keterangan sehat fisik dan mental
 - d) Memiliki surat pernyataan telah mengucapkan sumpah/janji profesi; dan
 - e) Membuat pernyataan tertulis untuk mematuhi dan melaksanakan ketentuan etika profesi.

b. Pasal 22

- 1) STR berlaku selama 5 (lima) tahun dan dapat diregistrasi ulang setelah memenuhi persyaratan.
- 2) Persyaratan untuk registrasi ulang sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi :
 - a) Memiliki STR lama
 - b) Memiliki Sertifikat Kompetensi atau sertifikat Profesi
 - c) Memiliki surat keterangan sehat fisik dan mental;
 - d) Membuat pernyataan tertulis mematuhi dan melaksanakan ketentuan etika profesi;
 - e) Telah mengabdikan diri sebagai tenaga profesi atau vokasi; dan

f) Memenuhi kecukupan dalam kegiatan pelayanan, pendidikan, pelatihan, dan atau kegiatan ilmiah lainnya.

c. Pasal 23

Konsil harus menerbitkan STR paling lama 30 (tiga puluh) hari kerja terhitung sejak pengajuan STR diterima.

d. Pasal 24

Ketentuan lebih lanjut mengenai tata cara Registrasi dan Registrasi ulang sebagaimana di maksud dalam pasal 21 sampai pasal 23 diatur dalam peraturan konsil.

e. Pasal 25

- 1) Bidan yang akan menjalankan Praktik Kebidanan wajib memiliki izin praktik
- 2) Izin praktik sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diberikan dalam bentuk SIPB
- 3) SIPB sebagaimana dimaksud pada ayat (2) diberikan oleh Pemerintah Daerah kabupaten/kota atas rekomendasi pejabat kesehatan yang akan berwenang di kabupaten/kota tempat bidan menjalankan praktiknya
- 4) Pemerintah Daerah kabupaten/kota sebagaimana dimaksud pada ayat (3) harus menerbitkan SIPB paling lama 15(lima belas) hari kerja sejak pengajuan SIPB diterima.
- 5) Untuk mendapatkan SIPB sebagaimana dimaksud pada ayat (3), bidan harus memiliki :
 - a) Yang masih berlaku; dan
 - b) Tempat praktik
- 6) SIPB berlaku apabila:
 - a) STR masih berlaku; dan
 - b) Bidan berpraktik di tempat sebagaimana tercantum dalam SIPB.

f. Pasal 26

- 1) Etika pasal 26 bidan paling banyak mendapatkan 2 (dua) SIPB.
- 2) SIPB sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berlaku untuk:
 - a) 1 (satu) ditempat praktik mandiri bidan dan 1 (satu) Di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Selain Di Tempat Praktik Mandiri Bidan; atau
 - b) 2 (dua) Praktik Kebidanan di fasilitas pelayanan kesehatan selain di tempat praktik mandiri bidan

g. Pasal 27

SIPB tidak berlaku apabila:

- 1) Bidan meninggal dunia
- 2) Habis masa berlakunya
- 3) Dicabut berdasarkan ketentuan perundang-undangan;
- 4) Atas permintaan sendiri

h. Pasal 28

- 1) Setiap bidan harus menjalankan praktik kebidanan ditempat praktik yang sesuai dengan SIPB
- 2) Bidan yang menjalankan praktik kebidanan di tempat praktik yang tidak sesuai dengan SIPB sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dikenai sanksi administratif berupa:
 - a) Teguran tertulis
 - b) Penghentian kegiatan
 - c) Pencabutan izin

i. Pasal 29

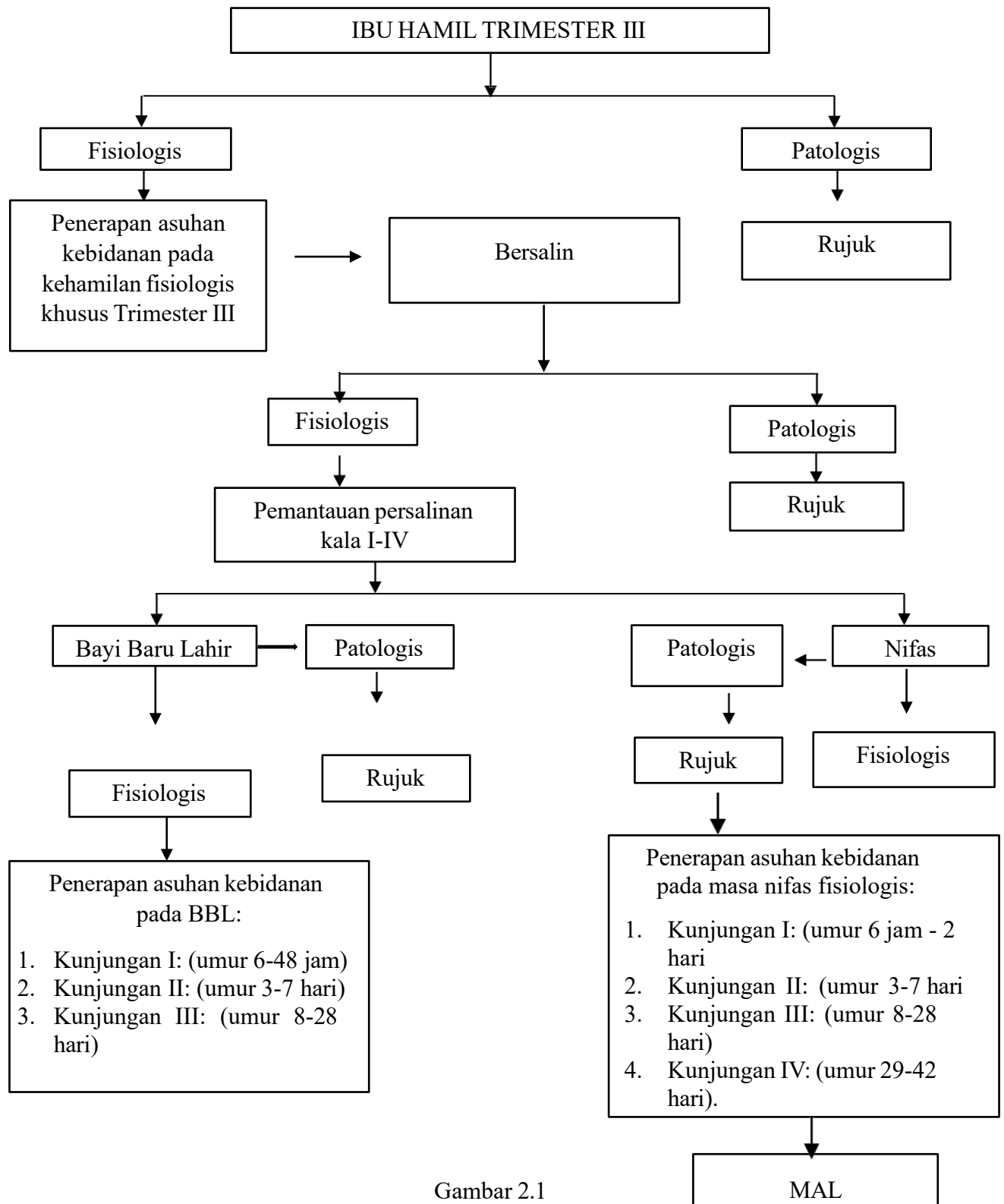
Ketentuan lebih lanjut mengenai izin praktik bidan sebagaimana dimaksud dalam pasal 25 sampai pasal 28 diatur dengan peraturan menteri.

j. Pasal 30

- 1) Penyelenggara fasilitas pelayanan kesehatan yang dapat gunakan bidan yang tidak memiliki STR dan SIPB

- 2) sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dekenai sanksi administratif berupa:
 - a) Teguran tertulis
 - b) Penghentian sementara kegiatan
 - c) Pencabutan izin
- k. Ketentuan lebih lanjut mengenai tata cara pengenaan sanksi administratif sebagaimana dimaksud pada ayat (2) di atur denagn peraturan menteri.

D. Kerangka pikiran/pendekatan Masalah



Gambar 2.1

Kerangka Pikir menurut (Wulandari, dkk 2021) pada Ny. N.A