

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Kajian Teori

1. Wewenang Bidan

Wewenang bidan diatur dalam Permenkes RI No. 28 tahun 2017 bagian kedua tercantum pada pasal 18 bahwa dalam penyelenggaraan praktik kebidanan, bidan memiliki kewenangan untuk memberikan pelayanan kesehatan ibu, pelayanan kesehatan anak dan pelayanan kesehatan reproduksi serta keluarga berencana.

Pasal 19 ayat (2) dan (3) Permenkes RI No. 28 Tahun 2017 menjelaskan bahwa kesehatan ibu sebagaimana dimaksud dalam Pasal 18 diberikan pada masa sebelum hamil, masa hamil, masa persalinan, masa nifas, masa menyusui, dan masa antara dua kehamilan. Pelayanan kesehatan ibu meliputi :

- a. Konseling pada masa sebelum hamil.
- b. Antenatal pada kehamilan normal.
- c. Persalinan normal.
- d. Pelayanan kesehatan ibu nifas normal.
- e. Pelayanan kesehatan pada ibu menyusui.
- f. Konseling pada masa antara dua kehamilan.

Kewenangan bidan dalam memberikan pelayanan kesehatan ibu dijelaskan pada Pasal 19 ayat (3), bidan berwenang melakukan:

- a. Efisiotomi dan pertolongan persalinan normal.
- b. Penjahitan luka jalan lahir tingkat I dan II.

- c. Memberikan penanganan kegawatdaruratan, dilanjutkan dengan rujukan.
- d. Memberikan tablet tambah darah pada ibu hamil.
- e. Pemberian vitamin A dosis tinggi pada ibu nifas.
- f. Memfasilitasi atau membimbing dalam Inisiasi Menyusu Dini dan promosi ASI eksklusif.
- g. Memberikan uterotonika pada manajemen aktif kala tiga dan *postpartum*.
- h. Memberikan penyuluhan dan konseling.
- i. Memberikan bimbingan pada kelompok ibu hamil, serta berwenang memberikan keterangan hamil dan kelahiran.

Bidan juga berwenang memberikan pelayanan kesehatan anak yang dijelaskan pada Pasal 20, meliputi :

- a. Memberikan pelayanan neonatal esensial.
- b. Penanganan kegawatdaruratan, dilanjutkan dengan rujukan.
- c. Pemantauan tumbuh kembang bayi, anak balita, dan anak prasekolah.
- d. Memberikan konseling dan penyuluhan.

Pasal 21 Permenkes RI No. 28 tahun 2017 menjelaskan wewenang bidan dalam memberikan pelayanan kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana, meliputi:

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

Selain wewenang yang telah dijelaskan pada Pasal 18, bidan juga memiliki kewenangan memberikan pelayanan berdasarkan penugasan dari pemerintah

sesuai kebutuhan dan pelimpahan wewenang melakukan tindakan pelayanan kesehatan secara mandat dari dokter.

2. Asuhan Kehamilan Trimester III

a. Pengertian Kehamilan Trimester III

Kehamilan adalah proses pertumbuhan dan perkembangan janin didalam rahim atau di intrauteri mulai dari sejak konsepsi sampai permulaan persalinan (Manuaba, dkk, 2012). Menurut Saifudin (2016), kehamilan dimulai dari konsepsi sampai lahirnya janin, lamanya hamil normal adalah 40 minggu (280 hari). Kehamilan trimester ketiga merupakan periode 3 bulan terakhir kehamilan yang dimulai pada usia kehamilan 28 minggu sampai 40 minggu.

Kehamilan dan kelahiran merupakan suatu proses yang normal dan alamiah yang harus dikelola dengan baik, namun jika tidak dikelola dengan baik maka akan menimbulkan komplikasi pada ibu dan janin.

b. Perubahan Anatomi dan Adaptasi Fisiologi Kehamilan Trimester III

1) Perubahan Sistem Reproduksi

a) Uterus

Pada trimester III itmus lebih nyata menjadi bagian korpus uteri dan berkembang menjadi segmen bawah rahim (SBR). Pada kehamilan trimester III karena mulai adanya kontraksi otot – otot bagian atas uterus sehingga segmen bawah rahim menjadi lebih lebar dan menipis (Pantikawati, I dan Saryono, 2010).

Pada kehamilan trimester III kontraksi meningkat pada satu dan dua minggu sebelum persalinan. Peningkatan kontraksi miometrium menyebabkan otot fundus uteri tertarik ke atas sehingga segmen atas uterus yang berkontraksi secara aktif menjadi tebal dan memendek serta memberikan tarikan yang stabil terhadap

serviks yang relatif terfiksasi menyebabkan pelebaran dan pembukaan servik (Rismalinda, 2015).

Tabel 1
Perkiraan Tinggi Fundus Uteri Berdasarkan Usia Kehamilan

Tinggi Fundus Uteri (cm)	Perabaan	Umur Kehamilan dalam Minggu
12 cm	3 jari diatas simfisis	12 minggu
16 cm	Pertengahan pusat dan simfisis	16 minggu
20 cm	3 jari bawah pusat	20 minggu
24 cm	Sepusat	24 minggu
28 cm	3 jari diatas pusat	28 minggu
32 cm	Pertengahan pusat dan prosesus xifoideus (px)	32 minggu
36 cmm	1-2 jari dibawah px	36 minggu
40 cm	2-3 jari bawah px	40 minggu

Sumber: Saifuddin A B, Ilmu Kebidanan, 2016.

b) Serviks

Akibat adanya kontraksi dan aktivitas uterus selama kehamilan, serviks mengalami dilatasi dan pematangan secara bertahap. Pada primigravida pembukaan serviks terjadi selama 2 minggu terakhir kehamilan dan biasanya tidak terjadi pada multigravida hingga persalinan dimulai (Rismalinda, 2015).

c) Vagina

Pada kehamilan trimester III dinding vagina mengalami banyak perubahan sebagai persiapan untuk mengalami peregangan pada waktu persalinan dengan meningkatnya ketebalan mukosa, mengendornya jaringan ikat, dan *hipertrofi* otot polos. Hal ini mengakibatkan bertambah panjangnya dinding vagina (Rismalinda, 2015).

d) Payudara

Selama kehamilan payudara bertambah besar, tegang dan berat. Pada trimester III sel – sel alveoli mulai memproduksi dan menskresikan cairan yang kental kekuningan sebagai kolustrum (Asrinah, dkk, 2010).

2) Perubahan Sistem Kardiovaskuler

Pada kehamilan trimester III aliran darah meningkat dengan cepat akibat pembesaran uterus. Akibatnya lebih banyak oksigen diambil dari darah uterus selama masa kehamilan. Pada kehamilan cukup bulan yang normal, seperenam volume darah total ibu berada di dalam sistem peredaran darah uterus. Kecepatan rata – rata aliran darah pada uterus yaitu 500 ml/menit dan konsumsi rata – rata oksigen ke uterus pada kehamilan trimester III yaitu 25 ml/menit (Pantikawati, I dan Saryono, 2010).

Sejak pertengahan kehamilan pembesaran uterus akan menekan *vena cava inferiordan* aorta bawah ketika berada dalam posisi terlentang, penekanan ini akan mengurangi darah balik vena menuju jantung. Akibatnya, terjadi penurunan *preload dan cardiac output* sehingga menyebabkan hipotensi arteri.

3) Perubahan Sistem Pernafasan

Pada umur kehamilan 32 minggu ke atas sering kali ibu hamil mengalami keluhan sesak nafas. Hal ini terjadi karena usus – usus tertekan oleh uterus yang semakin membesar ke arah diafragma sehingga diafragma kurang leluasa bergerak menyebabkan kurang efektifnya mekanisme pernafasan (Romauli, S, 2011).

4) Perubahan Sistem Pencernaan

Nafsu makan ibu hamil memasuki trimester III akan meningkat dan sekresi usus berkurang. Hal ini disebabkan usus besar bergeser ke arah lateral atas dan ke

arah posterior, sehingga aktivitas peristaltik usus menurun mengakibatkan bising usus menghilang dan menimbulkan konstipasi. Aliran darah ke panggul dan tekanan darah ke vena meningkat sehingga menyebabkan haemoroid sering terjadi pada kehamilan trimester III (Saifuddin, A.B, 2016).

5) Perubahan Sistem Perkemihan

Pada kehamilan trimester III normalnya kepala janin mulai turun ke pintu atas panggul keluhan sering kencing akan sering dialami ibu hamil, hal ini disebabkan karena kandung kemih tertekan bagian terbawah janin (Romauli, S, 2011).

6) Perubahan Sistem Metabolisme

Memasuki kehamilan trimester III, metabolisme tubuh mengalami perubahan yang mendasar, dimana nutrisi makin tinggi untuk pertumbuhan janin dan persiapan memberikan ASI. Pada wanita hamil *basal metabolic rate*(BMR) meningkat hingga 15 – 20% yang umumnya terjadi pada kehamilan trimester III. Peningkatan BMR mencerminkan konsumsi kebutuhan oksigen pada janin, plasenta, dan uterus mengalami peningkatan akibat peningkatan kerja jantung ibu (Romauli, S, 2011).

c. Perubahan Psikologis Pada Kehamilan Trimester III

Kehamilan trimester III sering kali disebut periode menunggu dan waspada, ibu sering merasa takut akan rasa sakit dan bahaya fisik yang akan dialami pada saat persalinan. Ibu merasa khawatir bahwa bayinya akan lahir sewaktu – waktu, serta takut bayi yang dilahirkan tidak normal. Rasa tidak nyaman kehamilan tidak timbul kembali, merasa diri aneh dan jelek, serta gangguan *body image*(Jannah, N, 2012).

Masa ini sejumlah ketakutan muncul dalam pemikiran ibu baik ketakutan akan dirinya sendiri maupun ketakutan akan bayinya seperti, apakah ia mampu melahirkan bayinya, apakah bayinya mampu melewati jalan lahir yang sempit, dan apakah organ vitalnya tidak cedera akibat tendangan bayi. Ibu hamil pada trimester III akan lebih berorientasi pada realitas untuk menjadi orang tua dan menantikan kelahiran anaknya (Pantikawati, I dan Saryono, 2010).

d. Kebutuhan Dasar Ibu Hamil Trimester III

1) Kebutuhan Fisik Ibu Hamil Trimester III

a) Kebutuhan oksigen

Kebutuhan oksigen selama kehamilan meningkatkan sebagai respon tubuh terhadap akselerasi *metabolisme rate* untuk menambah masa jaringan pada payudara, hasil konsepsi dan masa uterus. Wanita hamil bernafas lebih dalam karena meningkatnya volume tidal. Meningkatnya progesteron selama kehamilan mempengaruhi pusat pernafasan, CO₂menurun dan O₂meningkat. Progesteron dan estrogen bertanggung jawab terhadap meningkatnya sensitivitas pada pusat pernafasan. Pada kehamilan trimester III janin membesar dan menekan diafragma, menekan vena cava inferior yang menyebabkan rasa sesak nafas pada ibu dan nafas pendek – pendek(Rukiah, A.Y dan Yulianti, L, 2014).

b) Kebutuhan Nutrisi

Status gizi merupakan hal yang sangat pentingdiperhatikan selama kehamilan, karena faktor gizi sangat berpengaruh terhadap kesehatan ibu dan janin. Pada masa kehamilan zat gizi yang dibutuhkan harus ditingkatkan hingga 300 kalori perhari, makan makanan yang mengandung protein, zat besi, alam folat,

kalsium, mineral, vitamin, minum cukup cairan serta menu yang seimbang (Romauli, S, 2011)

Pada kehamilan trimester III kenaikan berat badan ibu adalah 6 kg atau 0,3 – 0,5 kg/minggu. Sekitar 60% kenaikan berat badan ini karena pertumbuhan jaringan janin, timbunan lemak pada ibu hamil trimester III kurang lebih 3 kg (Pantikawati, I dan Saryono, 2010).

c) Kebutuhan Eliminasi

Keluhan yang sering muncul pada ibu hamil adalah konstipasi dan sering buang air kecil. Tindakan pencegahan yang dapat dilakukan adalah dengan mengonsumsi makanan berserat dan banyak minum air putih.

d) Kebutuhan Seksual

Selama kehamilan berjalan normal, hubungan seksual dapat dilakukan, namun hubungan seksual tidak dibenarkan apabila terdapat perdarahan pervaginam, riwayat abortus berulang, abortus atau *partus prematurus imminens*, dan ketuban pecah dini (KPD) (Saifuddin, A.B, 2016)

e) Kebutuhan Olahraga dan Mobilisasi

Perubahan fisiologi pada ibu hamil dapat mengganggu kemampuan untuk melakukan aktivitas fisik. Olahraga dan mobilisasi sangat diperlukan bagi ibu hamil. Olahraga dan mobilisasi dilakukan pada saat kehamilan trimester III yaitu jalan – jalan ringan, yoga dan senam hamil. Senam Hamil merupakan terapi latihan gerak untuk mempersiapkan ibu hamil secara fisik atau mental, pada persalinan cepat, aman, dan spontan. Manfaat senam hamil yaitu berguna untuk melancarkan sirkulasi darah dan memperkuat otot dasar panggul (Kemenkes, RI, 2016).

f) Kebutuhan Istirahat

Ibu hamil setidaknya membutuhkan tidur pada malam hari selama kurang lebih selama delapan jam dan istirahat dalam keadaan tenang pada siang hari selama satu jam (Saifuddin, A.B, 2016).

2) Kebutuhan Psikologi Ibu Hamil Trimester III

Kehamilan trimester III merupakan periode penuh kewaspadaan. Ibu dan keluarga mulai mengalami rasa khawatir karena bayi dapat lahir kapanpun. Emosi wanita selama kehamilan berbeda dengan masa sebelum hamil. Wanita hamil cenderung lebih *sensitive*, beberapa wanita hamil dapat mengalami stres dimana hal tersebut terjadi karena adanya penyesuaian terhadap kehamilan, kecemasan terhadap kesejahteraan janinnya maupun terhadap dirinya sendiri seperti apakah ia mampu melahirkan bayinya, apakah bayinya mampu melewati jalan lahir yang sempit, apakah organ vitalnya akan cedera akibat tendangan bayinya. Oleh karena itu, dukungan dari keluarga terutama suami, dukungan orang terdekat serta dukungan dari tenaga kesehatan khususnya bidan sangat diperlukan untuk mempersiapkan ibu dalam menghadapi persalinannya (Romauli, S, 2011).

e. Standar Asuhan Kebidanan Kehamilan

Permenkes RI No. 43 tahun 2016 tentang standar pelayanan minimal bidang kesehatan, menerangkan bahwa pelayanan kesehatan masa hamil dilakukan minimal empat kali selama masa kehamilan yaitu:

- 1) Satu kali pada trimester pertama.
- 2) Satu kali pada trimester kedua.
- 3) Dua kali pada trimester ketiga.

Standar pelayanan antenatal adalah pelayanan yang dilakukan kepada ibu hamil dengan memenuhi kriteria 10 T (Kemenkes, RI, 2015), yaitu:

1) Timbang berat badan dan mengukur tinggi badan

Timbang berat badan dilakukan setiap kunjungan antenatal, penambahan berat badan yang kurang dari 9 kg selama kehamilan atau kurang dari 1 kg setiap bulannya menunjukkan adanya gangguan pertumbuhan janin. Pengukuran tinggi badan dilakukan pada pemeriksaan pertama untuk menapisikan adanya faktor resiko pada ibu hamil. Tinggi badan ibu yang kurang dari 145 cm meningkatkan resiko *Cephalo Pelvic Disproportion* (CPD).

2) Pengukuran tekanan darah

Pengukuran tekanan darah dilakukan setiap kali kunjungan antenatal tujuannya untuk mendeteksi adanya hipertensi dan kehamilan dan *preeklamsi* dalam kehamilan.

3) Nilai status gizi (pengukuran lingkaran lengan atas (LILA))

Pengukuran LILA hanya dilakukan pada kunjungan pertama untuk *skrining* ibu hamil yang berisiko kekurangan energi kronik (KEK), yaitu ibu dengan LILA kurang dari 23,5 cm.

4) Pengukuran tinggi fundus uteri (TFU)

Pengukuran tinggi fundus uteri dilakukan setiap kali kunjungan antenatal yang bertujuan untuk mendeteksi pertumbuhan janin sesuai dengan umur kehamilan.

5) Penentuan presentasi janin dan denyut jantung janin (DJJ)

Menentukan presentasi janin dilakukan pada usia kehamilan 36 minggu setiap kunjungan antenatal. Pemeriksaan ini bertujuan untuk mengetahui letak

janin. Penilaian DJJ dilakukan pada akhir trimester I dan selanjutnya setiap kali kunjungan antenatal untuk mendeteksi adanya gawat janin.

- 6) Penentuan status imunisasi tetanus dan pemberian imunisasi tetanus toksoid (TT) sesuai dengan status imunisasi

Imunisasi TT diberikan untuk mencegah terjadinya tetanus neonatorum. Pemberian imunisasi ini disesuaikan dengan status imunisasi ibu saat ditemukan pada kunjungan pertama.

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

Pemberian tablet tambah darah dan asam folat untuk mencegah terjadinya anemia pada kehamilan, ibu hamil harus mendapatkan tablet besi minimal 90 tablet selama kehamilan yang diberikan pada kunjungan kehamilan.

- 8) Pemeriksaan laboratorium

Pemeriksaan laboratorium yang dilakukan pada waktu kehamilan yaitu pemeriksaan golongan darah untuk mempersiapkan donor bagi ibu hamil bila diperlukan, pemeriksaan kadar hemoglobin darah untuk mengetahui apakah ibu mengalami anemia atau tidak, pemeriksaan protein dan glukosa dalam urine dilakukan atas indikasi, skrining dilakukan rutin pada semua ibu hamil selama trimester pertama dan awal trimester kedua, serta pemeriksaan HIV dan HbsAg dilakukan wajib dengan adanya program PPIA pada semua ibu hamil yang melakukan ANC.

- 9) Tatalaksana kasus

Berdasarkan hasil pemeriksaan antenatal dan hasil laboratorium, setiap kelainan yang ditemukan pada ibu hamil harus ditangani sesuai standar dan

kewenangan bidan. Kasus – kasus yang tidak dapat ditangani dirujuk sesuai dengan sistem rujukan.

10) Pelaksanaan temu wicara

Setiap ibu hamil diberikan bimbingan komunikasi informasi dan edukasi (KIE) dan konseling sesuai dengan kebutuhan dan keluhan yang dialami ibu termasuk bimbingan mengenai P4K dan kontrasepsi pascasalin.

f. Asuhan Komplementer Pada Kehamilan

1) *Prenatal Yoga*

Melakukan latihan yoga pada saat hamil akan mempersiapkan tubuh maupun pikiran untuk siap dan tegar menghadapi persalinan. Manfaat *prenatal yoga* dapat mempermudah proses persalinan, mengurangi kecemasan dan mempersiapkan mental Ibu untuk menghadapi persalinannya, mengurangi kecemasan, melancarkan sirkulasi darah dan asupan oksigen ke janin. Ibu hamil dengan melakukan prenatal yoga dapat melatih otot tubuh melalui gerakan tubuh disertai teknik pengaturan nafas dan pemusatan konsentrasi, fisik akan lebih sehat, bugar, kuat dan emosi akan lebih stabil. Yoga yang dilakukan selama kehamilan juga akan mengurangi terjadinya komplikasi (Wiadnyana, 2011)

g. Kehamilan Dengan Oligohidramnion

1) Pengertian

Oligohidramnion adalah suatu keadaan dimana air ketuban kurang dari normal, yaitu kurang dari 500 cc, atau juga didefinisikan dengan indeks cairan amnion 5 cm atau kurang dari 12% dari 511 kehamilan dengan usia kehamilan 41 minggu atau lebih. Penyebab oligohidramnion adalah kelainan kongenital, pertumbuhan janin terhambat, ketuban pecah, kehamilan lewat waktu, insufisiensi

plasenta. Kelainan kongenital yang paling sering menimbulkan oligohidramnion adalah kelainan sistem saluran kemih (Saifuddin, A.B, 2016).

2) Etiologi

Penyebab pasti terjadinya oligohidramnion masih belum diketahui secara pasti namun kelainan kongenital, pertumbuhan janin terhambat, ketuban pecah, kehamilan postterm/kehamilan lewat waktu, insufisiensi plasenta, dan obat – obatan (misalnya dari golongan antiprostaglandin) dicurigai menjadi penyebab oligohidramnion. Beberapa keadaan berhubungan dengan oligohidramnion hampir selalu berhubungan dengan obstruksi saluran traktus urinarius janin atau renal agenesis (Khumaira M, 2012). Oligohidramnion harus dicurigai jika tinggi fundus uteri lebih rendah secara bermakna dibandingkan yang diharapkan pada usia gestasi tersebut.

3) Komplikasi

Komplikasi oligohidramnion yaitu kelainan muskuloskeletal seperti distorsi wajah dan kaki pengkor, hipoplasia paru dan pertumbuhan janin terhambat. Menurut (Mohamed, 2012) menyebutkan bahwa oligohidramnion dikaitkan dengan peningkatan risiko kelahiran sesar yang signifikan untuk gawat janin, skor Apgar yang rendah pada 5 menit dan asidosis neonatal. Selama persalinan, oligohidramnion menyebabkan kompresi talipusat, cairan bercampur mekonium, denyut jantung janin abnormal, peningkatan risiko persalinan *sectio caesarea*, dan kematian neonatal (Chauhan et al., 2018).

4) Penatalaksanaan

Penanganan oligohidramnion bergantung pada situasi klinik dan dilakukan pada fasilitas kesehatan yang lebih lengkap mengingat prognosis janin yang tidak

baik. Kompresi tali pusat selama proses persalinan biasa terjadi pada oligohidramnion, oleh karena itu persalinan dengan *sectio caesarea* merupakan pilihan terbaik pada kasus oligohidramnion (Khumaira M, 2012).

Menurut (Rukiyah dan Yulianti, 2010) penatalaksanaan pada ibu dengan oligohidramnion yaitu :

- a) Tirah baring
- b) Hidrasi dengan kecukupan cairan
- c) Perbaiki nutrisi
- d) Pemantauan kesejahteraan janin (hitung pergerakan janin)
- e) Pemeriksaan USG yang umum dari volume cairan amnion.

h. Kehamilan *Postdate*

1) Pengertian

Kehamilan *postdate* adalah suatu kehamilan yang berakhir antara 40 dan 42 minggu. Kehamilan *postdate* adalah suatu kehamilan yang berlangsung melebihi 40 minggu ditambah satu atau lebih hari (setiap waktu yang melebihi tanggal perkiraan lahir) (Saifuddin, A.B, 2016).

2) Etiologi

Beberapa faktor yang diperkirakan menjadi penyebab kehamilan *postdate*, (Saifuddin, A.B, 2016) yaitu :

- a) Faktor hormonal, dimana kadar progesteron tidak cepat turun walaupun kehamilan telah cukup bulan sehingga kepekaan uterus terhadap oksitosin berkurang.
- b) Faktor herediter, karena *post maturitas* sering dijumpai pada suatu keluarga tertentu

- c) Kadar kortisol pada darah bayi yang rendah sehingga disimpulkan kerentanan akan stress merupakan faktor tidak timbulnya His
 - d) Kurangnya air ketuban
 - e) Insufisiensi plasenta
- 3) Patifisiologi

Kehamilan lewat waktu yang disebabkan karena faktor hormonal serta kurangnya produksi oksitosin akan menghambat kontraksi otot uterus secara alami dan adekuat, sehingga mengurangi respons serviks untuk menipis dan membuka. Akibatnya kehamilan bertahan lebih lama dan tidak ada kecenderungan untuk persalinan pervaginam (Saifuddin, A.B, 2016).

4) Faktor Risiko

Faktor risiko kehamilan *postdate* adalah riwayat kehamilan *postdate*, nuliparita, usia ibu yang lebih tua dari 30 tahun, terlalu sering melahirkan dan obesitas (Kusmardaji, D. 2010). Risiko *sectio caesarea* maupun induksi persalinan pada kehamilan ini meningkat bersama dengan umur ibu dan BMI serta lebih dari dua kali lipatnya pada wanita berumur ≥ 35 tahun. Risiko lima kali lipat terlihat pada wanita primigravida. Dengan kata lain, nuliparitas, peningkatan umur ibu dan obesitas merupakan faktor risiko terkuat untuk kehamilan *postdate*.

5) Gejala Klinis Kehamilan *Postdate*

Tanda dan gejala yang dapat ditemukan pada kehamilan *Postdate* adalah gerakan janin berkurang, yaitu secara subjektif kurang dari 7 kali/20 menit atau secara obyektif dengan kardiotokografi kurang dari 10 kali/20 menit (Nugroho, 2011).

Pada bayi akan ditemukan tanda-tanda kehamilan *Postdate*, yaitu :

- a) Stadium I, dimana kulit kehilangan *vernix caseosa* dan terjadi maserasi sehingga kulit kering, rapuh, dan mudah mengelupas
- b) Stadium II, seperti stadium I disertai pewarnaan mekonium (kehijauan) di kulit.
- c) Stadium III, seperti stadium I disertai pewarnaan kekuningan pada kuku, kulit, dan tali pusat (Nugroho, 2011).

6) Komplikasi

a) Perubahan pada plasenta

Menurut (Fadlun dan Feryanto, 2012) disfungsi plasenta merupakan faktor penyebab terjadinya komplikasi pada kehamilan kehamilan lewat waktu dan meningkatnya risiko pada janin. Hal itu disebabkan karena peningkatan penimbunan kalsium yang dapat menyebabkan terjadinya gawat janin. Selain itu selaput vaskulosinsisial menjadi tambah tebal dan jumlahnya berkurang yang mengakibatkan berkurangnya *ransport* plasenta, serta terjadi proses degenerasi jaringan plasenta seperti *oedema*.

b) Pengaruh pada janin

Menurut Saifuddin A B (2016), pengaruh kehamilan *postdate* terhadap janin, yaitu:

- (1) Bila terjadi perubahan anatomi yang besar pada plasenta, maka terjadi penurunan berat janin.
- (2) Sindrom *post maturitas*, seperti gangguan pertumbuhan, dehidrasi, kulit kering dan keriput, kuku tangan dan kaki panjang, serta rambut kepala lebat.
- (3) Gawat janin

c) Pengaruh pada ibu

(1) Morbiditas atau mortalitas ibu dapat meningkat akibat dari makrosomia janin dan tulang tengkorak menjadi lebih keras sehingga menyebabkan terjadi distosia persalinan, maupun partus lama.

(2) Gangguan emosional pada ibu

7) Penatalaksanaan

Penatalaksanaan kehamilan *Postdate* dilakukan dengan cara pengelolaan secara aktif (melakukan persalinan anjuran pada usia kehamilan 41 atau 42 minggu untuk memperkecil risiko terhadap janin) dan pengelolaan pasif atau ekspektatif yang didasarkan pada pandangan bahwa persalinan anjuran yang dilakukan semata-mata atas dasar *postdate* mempunyai risiko atau komplikasi cukup besar sehingga perlu dilakukan pengawasan secara terus-menerus terhadap kesejahteraan janin.

Penatalaksanaan *postdate* dalam persalinan antara lain :

- a) Apabila tidak ada tanda-tanda insufisiensi plasenta, persalinan spontan dapat ditunggu dengan pengawasan ketat.
- b) Pemeriksaan dalam untuk menilai kematangan serviks, kalau sudah matang dapat dilakukan induksi persalinan. Cara objektif untuk menilai kematangan serviks menggunakan sistem penilaian *Bishop Score*.
- c) Pada persalinan pervaginam diperhatikan bahwa partus lama sangat merugikan bayi.
- d) Pasien tidur miring sebelah kiri
- e) Penggunaan pemantauan elektronik jantung janin
- f) Beri oksigen bila ditemukan keadaan jantung yang abnormal
- g) Perhatikan jalannya persalinan.

3. Asuhan Persalinan

a. Pengertian Persalinan

Persalinan adalah proses dimana bayi, plasenta dan selaput ketuban keluar dari uterus ibu. Persalinan dianggap normal jika prosesnya terjadi pada usia kehamilan cukup bulan yaitu setelah usia kehamilan 37 minggu tanpa disertai penyulit. Persalinan dimulai (inpartu) sejak uterus berkontraksi dan menyebabkan perubahan pada serviks (membuka dan menipis) dan berakhir dengan lahirnya plasenta secara lengkap. Ibu belum dikatakan inpartu jika kontraksi uterus tidak mengakibatkan perubahan atau pembukaan pada serviks (JNPK-KR, 2017)

Persalinan adalah proses membuka dan menipisnya serviks, janin turun ke dalam jalan lahir. Persalinan normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan yaitu 37-42 minggu, lahir spontan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung tidak lebih dari 18 jam, tanpa komplikasi baik pada ibu maupun pada janin (Saifuddin, A.B, 2016).

b. Fase Dalam Persalinan

1) Kala I Persalinan

Kala I persalinan dimulai sejak uterus berkontraksi dan menyebabkan perubahan pada serviks (membuka atau menipis) hingga mencapai pembukaan lengkap. Kala I persalinan bagi dua fase yaitu fase laten ditandai dengan pembukaan serviks 1 sampai 3 cm yang berkisar antara 6 hingga 8 jam dan fase laten dimulai dari pembukaan 4 cm sampai lengkap dengan kecepatan rata – rata 1 cm hingga 2 cm perjam pada multigravida (JNPK-KR, 2017).

2) Kala II Persalinan

Pada persalinan kala II dimulai dari pembukaan lengkap (10 cm), dilanjutkan dengan upaya menolong bayi keluar dari jalan lahir. Adapun tanda dan gejala kala II yaitu ibu merasa ingin meneran bersamaan dengan terjadinya kontraksi, ibu merasakan adanya peningkatan tekanan pada rektum dan vaginanya, perinium menonjol, vulva-vagina dan *sfincter ani* membuka, dan meningkatnya pengeluaran lendir bercampur darah. Tanda pasti kala dua ditentukan dengan cara pemeriksaan dalam yang hasilnya adalah pembukaan serviks lengkap dan terlihatnya bagian kepala bayi melalui *introitus* vagina (JNPR-KR, 2017).

3) Kala III Persalinan

Batas kala III persalinan dimulai setelah kelahiran bayi sampai lahirnya plasenta dan selaput ketuban. Penatalaksanaan yang dilakukan pada kala tiga persalinan adalah Manajemen Aktif Kala (MAK) III. Tujuan dari MAK III adalah membuat uterus berkontraksi lebih efektif sehingga dapat mempersiapkan waktu, mencegah perdarahan dan mengurangi kehilangan darah selama kala tiga persalinan jika dibandingkan dengan pelepasan plasenta secara spontan (JNPR-KR, 2017).

4) Kala IV Persalinan

Kala IV persalinan dimulai setelah lahirnya plasenta dan berakhir dua jam *post partum*. Selama dua jam *post partum* pantau TTV, tinggi fundus uteri, kandung kemih, dan darah yang keluar setiap 15 menit selama satu jam pertama dan setiap 30 menit selama satu jam kedua kala empat. Jika ada temuan yang tidak normal, tingkatkan frekuensi observasi dan penilaian kondisi ibu, ajarkan ibu dan

keluarganya cara menilai kontraksi uterus dan melakukan *masasse* jika uterus lembek (JNPR-KR, 2017).

c. Kebutuhan Dasar Ibu Bersalin

Menurut JNPK-KR (2017) menerangkan bahwa kebutuhan dasar ibu bersalin antara lain:

1) Dukungan Emosional

Dukungan yang diberikan kepada ibu bersalin berupa dukungan dari suami, keluarga, teman serta dari tenaga kesehatan khususnya bidan untuk mendampingi ibu selama persalinan dan proses kelahiran bayinya. Suami dan keluarga harus berperan aktif dalam mendukung dan menggali berbagai upaya yang mungkin sangat membantu kenyamanan ibu.

2) Kebutuhan Makanan dan Cairan

Anjurkan ibu dan keluarga untuk memenuhi asupan makanan ringan dan minum air disela – sela kontraksi selama persalinan dan proses kelahiran bayinya. Sebagian ibu masih ingin makan dan minum selama fase laten tetapi setelah memasuki fase aktif kebanyakan ibu bersalin hanya ingin minum cairan saja di sela- sela kontraksi. Anjurkan agar keluarga atau pendamping sesering mungkin menawarkan minum air gula dan makanan yang mudah dicerna selama proses persalinan.

3) Kebutuhan Eliminasi

Pada proses persalinan kandung kemih harus dikosongkan setiap 2 jam selama proses persalinan. Bila pasien tidak dapat berkemih sendiri dapat dilakukan katektisasi oleh karena kandung kemih yang penuh akan menghambat penurunan bagian terbawah janin, selain itu juga akan meningkatkan rasa tidak nyaman yang

tidak dikenali pasien karena bersama dengan munculnya kontraksi uterus. Rektum yang penuh juga akan mengganggu penurunan bagian terbawah janin, namun bila pasien mengingatkan ingin BAB, bidan harus memastikan kemungkinan adanya tanda dan gejala masuk pada kala II.

4) Mengatur Posisi

Anjurkan ibu untuk mencoba posisi – posisi yang nyaman selama persalinan dan melahirkan bayinya serta anjurkan suami untuk membantu ibu berganti posisi. Ibu boleh berjalan, berdiri, duduk, jongkok, berbaring atau miring.

5) Peran Pendamping

Kehadiran suami atau orang terdekat ibu untuk memberikan dukungan pada ibu yang bersalin dapat membantu proses persalinan sehingga ibu merasa lebih tenang dan proses persalinannya dapat berjalan dengan lancar.

6) Pengurangan Rasa Nyeri

Mengurangi rasa nyeri bisa dilakukan dengan pijatan, jalan – jalan, atau dengan teknik aroma terapi. Pijatan dapat dilakukan pada lumbo sakralis dengan arah melingkar. Selain itu pengurangan rasa nyeri dapat dilakukan dengan memberikan sentuhan yang nyaman, dan dorongan dari orang yang memberikan *support*, perubahan dan pergerakan sentuhan dan masasse untuk mengurangi tegangnya ligament, pijatan ganda pada panggul, visualisasi dan pemusatan perhatian (dengan berdoa) serta dengan musik yang lembut dan menenangkan ibu.

7) Pencegahan Infeksi

Mencegah lingkungan tetap bersih selama proses persalinan merupakan hal yang penting dalam mewujudkan persalinan yang aman dan bersih bagi ibu dan bayinya, juga akan melindungi penolong persalinan dan pendamping dari infeksi.

d. Lima Benang Merah

Aspek dasar atau lima benang merah yang penting dan saling terkait dalam asuhan persalinan yang bersih dan aman. Berbagai aspek tersebut melekat pada setiap persalinan baik normal maupun patologis. Lima benang merah tersebut antara lain membuat keputusan klinik, asuhan sayang ibu dan bayi, pencegahan infeksi, pencatatan asuhan persalinan dan rujukan. Kelima aspek dasar tersebut dicerminkan dalam setiap asuhan persalinan mulai dari asuhan persalinan kala I hingga kala IV (JNPK-KR, 2017) sebagai berikut.

1) Membuat Keputusan Klinik

Membuat keputusan merupakan proses yang menentukan untuk menyelesaikan suatu masalah dan menentukan asuhan yang akan diberikan kepada pasien. Keputusan itu harus akurat, komprehensif, dan aman baik bagi pasien dan keluarganya maupun petugas yang memberikan pertolongan. Dalam membuat keputusan klinik ada tujuh langkah meliputi:

- a) Pengumpulan data utama dan relevan untuk membuat keputusan.
- b) Menginterpretasikan data dan mengidentifikasi masalah.
- c) Membuat diagnosis dan menentukan masalah yang terjadi atau dihadapi.
- d) Menilai adanya kebutuhan dan kesiapan intervensi untuk mengatasi masalah.
- e) Menyusun rencana pemberian asuhan atau intervensi untuk mengatasi masalah.
- f) Melaksanakan asuhan atau intervensi terpilih.
- g) Memantau dan mengevaluasi efektivitas asuhan atau intervensi.

2) Asuhan Sayang Ibu Dan Sayang Bayi

Asuhan sayang ibu adalah asuhan yang menghargai budaya, kepercayaan dan keinginan ibu. Beberapa prinsip dasar asuhan sayang ibu adalah dengan

mengikut sertakan suami dan keluarga selama proses persalinan dan kelahiran bayi. Banyak hasil penelitian menunjukkan bahwa jika ibu diperhatikan maka asuhan yang akan mereka terima dapat memberikan rasa aman dan hasil yang lebih baik serta akan dapat mengurangi terjadinya persalinan dengan vakum dan seksio sesar dan persalinan dapat berlangsung lebih cepat.

3) Pencegahan Infeksi

Tindakan pencegahan infeksi tidak terpisah dari komponen – komponen lain dalam asuhan selama persalinan dan kelahiran bayi. Tindakan ini harus diterapkan dalam setiap aspek asuhan yang melindungi ibu, bayi baru lahir, keluarga dan penolong persalinan serta tenaga kesehatan lainnya dengan mengurangi infeksi karena bakteri, virus dan jamur. Upaya untuk menurunkan risiko terjadinya penularan penyakit – penyakit berbahaya juga perlu dilakukan seperti mencegah penyakit hepatitis dan HIV/AIDS.

4) Pencatatan atau Dokumentasi

Pencatatan adalah bagian terpenting dari proses membuat keputusan klinik karena memungkinkan penolong persalinan untuk terus memperhatikan asuhan yang diberikan selama proses persalinan dan kelahiran bayi. Mengkaji ulang catatan memungkinkan untuk menganalisa data yang telah dikumpulkan dan dapat lebih efektif dalam merumuskan suatu diagnosa serta membuat rencana asuhan atau perawatan bagi ibu dan bayinya. Ada beberapa aspek – aspek yang perlu diperhatikan dalam pencatatan atau pendokumentasian (JNPK-KR, 2017), yaitu:

- a) Tanggal dan waktu asuhan tersebut diberikan.
- b) Identifikasi penolong pasien
- c) Paraf atau tanda tangan dari penolong persalinan pada semua catatan.

- d) Mencangkup informasi yang berkaitan secara tepat, dicatat dengan jelas dan dapat dibaca.
 - e) Adanya suatu sistem untuk memelihara catatan pasien sehingga selalu siap tersedia.
 - f) Kerahasiaan dokumen – dokumen medis harus dijaga.
- 5) Rujukan

Rujukan dalam kondisi optimal dan tepat waktu ke fasilitas rujukan yang memiliki sarana yang lebih lengkap, diharapkan mampu menyelamatkan jiwa ibu dan bayi. Meskipun sebagian besar ibu akan mengalami persalinan normal, namun sekitar 10 – 15% diantaranya akan mengalami masalah dalam proses persalinan dan kelahiran bayinya sehingga perlu di rujuk ke fasilitas kesehatan rujukan. Anjurkan ibu dan keluarga terutama suami untuk membahas atau membuat rencana rujukan. Tawarkan agar penolong mempunyai kesempatan berbicara dengan suami atau keluarga untuk memperjelas perlunya rencana rujukan apabila diperlukan. Rujukan tepat waktu memerlukan unggulan asuhan sayang ibu dalam mendukung keselamatan ibu dan bayi baru lahir.

4. Persalinan Dengan Ketuban Pecah Dini

a. Pengertian

Ketuban pecah dini adalah pecahnya ketuban sebelum persalinan mulai pada tahapan kehamilan manapun (Arma, *et.al*, 2015). Ketuban pecah dini ditandai dengan keluarnya cairan berupa air-air dari vagina setelah kehamilan berusia 22 minggu dan dapat dinyatakan pecah dini terjadi sebelum proses persalinan berlangsung. Cairan keluar melalui selaput ketuban yang mengalami robekan, muncul setelah usia kehamilan mencapai 28 minggu dan setidaknya satu jam

sebelum waktu kehamilan yang sebenarnya. Dalam keadaan normal 8-10% perempuan hamil aterm akan mengalami KPD. Jadi ketuban pecah dini adalah pecahnya ketuban sebelum waktunya melahirkan.

Ketuban pecah dini dapat berpengaruh terhadap kehamilan dan persalinan. Jarak antara pecahnya ketuban dan permulaan persalinan disebut periode laten atau dengan sebutan *Lag Period*. Ada beberapa perhitungan yang mengukur *Lag Period*, diantaranya 1 jam atau 6 jam sebelum intrapartum, dan diatas 6 jam setelah ketuban pecah. Bila periode laten terlalu panjang dan ketuban sudah pecah, maka dapat terjadi infeksi pada ibu dan juga bayi (Fujiyarti, 2016).

b. Etiologi

Adapun penyebab terjadinya ketuban pecah dini menurut (Manuaba, 2007) yaitu sebagai berikut:

- a) Multipara dan Grandemultipara
- b) Hidramnion
- c) Kelainan letak: sungsang atau lintang
- d) Cephalo Pelvic Disproportion (CPD)
- e) Kehamilan ganda
- f) Pendular abdomen (perut gantung)

Adapun hasil penelitian yang dilakukan (Rahayu dan Sari 2017) mengenai penyebab kejadian ketuban pecah dini pada ibu bersalin bahwa kejadian KPD mayoritas pada ibu multipara, usia ibu 20-35 tahun, umur kehamilan ≥ 37 minggu, pembesaran uterus normal dan letak janin preskep.

c. Tanda dan Gejala

Tanda yang terjadi adalah keluarnya cairan ketuban merembes melalui vagina, aroma air ketuban berbau manis dan tidak seperti bau amoniak, berwarna pucat, cairan ini tidak akan berhenti atau kering karena uterus diproduksi sampai kelahiran mendatang. Tetapi, bila duduk atau berdiri, kepala janin yang sudah terletak di bawah biasanya “menganjal” atau “menyumbat” kebocoran untuk sementara. Sementara itu, demam, bercak vagina yang banyak, nyeri perut, denyut jantung janin bertambah cepat merupakan tanda-tanda infeksi yang terjadi (Sunarti, 2017).

d. Faktor yang mempengaruhi Ketuban Pecah Dini

Menurut (Morgan, 2009) Kejadian Pecah Dini (KPD) dapat disebabkan oleh beberapa faktor meliputi :

a) Usia

Karakteristik pada ibu berdasarkan usia sangat berpengaruh terhadap kesiapan ibu selama kehamilan maupun menghadapi persalinan. Usia untuk reproduksi optimal bagi seorang ibu adalah antara umur 20-35 tahun. Di bawah atau di atas usia tersebut akan meningkatkan risiko kehamilan dan persalinan. Usia seseorang sedemikian besarnya akan mempengaruhi sistem reproduksi, karena organ-organ reproduksinya sudah mulai berkurang kemampuannya dan keelastisannya dalam menerima kehamilan (Sudarto, 2016).

b) Paritas

Wanita yang telah melahirkan beberapa kali dan pernah mengalami KPD pada kehamilan sebelumnya serta jarak kelahiran yang terlampau dekat diyakini lebih berisiko akan mengalami KPD pada kehamilan berikutnya (Helen, 2008).

Kehamilan yang terlalu sering, multipara atau grademultipara mempengaruhi proses embriogenesis, selaput ketuban lebih tipis sehingga mudah pecah sebelum waktunya. Pernyataan teori dari menyatakan semakin banyak paritas, semakin mudah terjadinya infeksi amnion karena rusaknya struktur serviks pada persalinan sebelumnya. KPD lebih sering terjadi pada multipara, karena penurunan fungsi reproduksi, berkurangnya jaringan ikat, vaskularisasi dan servik yang sudah membuka satu cm akibat persalinan yang lalu (Nugroho, 2010).

c) Anemia

Anemia pada kehamilan merupakan adalah anemia karena kekurangan zat besi. Jika persediaan zat besi minimal, maka setiap kehamilan akan mengurangi persediaan zat besi tubuh dan akhirnya menimbulkan anemia. Pada kehamilan relatif terjadi anemia karena darah ibu hamil mengalami hemodelusi atau pengencangan dengan peningkatan volume 30% sampai 40% yang puncaknya pada kehamilan 32 sampai 34 minggu. Pada ibu hamil yang mengalami anemia biasanya ditemukan ciri-ciri lemas, pucat, cepat lelah, mata berkunang-kunang. Pemeriksaan darah dilakukan minimal 2 kali selama kehamilan yang pada trimester pertama dan trimester ke tiga.

d) Serviks yang Inkompetensik

Inkompetensia serviks adalah istilah untuk menyebut kelainan pada otot otot leher atau leher rahim (serviks) yang terlalu lunak dan lemah, sehingga sedikit membuka ditengah-tengah kehamilan karena tidak mampu menahan desakan janin yang semakin besar. Inkompetensia serviks adalah serviks dengan suatu kelainan anatomi yang nyata, disebabkan laserasi sebelumnya melalui ostium uteri atau merupakan suatu kelainan kongenital pada serviks yang memungkinkan terjadinya

dilatasi berlebihan tanpa perasaan nyeri dan mules dalam masa kehamilan trimester kedua atau awal trimester ketiga yang diikuti dengan penonjolan dan robekan selaput janin serta keluarnya hasil konsepsi.

e. Komplikasi

Adapun pengaruh KPD terhadap ibu dan janin menurut (Sunarti, 2017) yaitu:

a) Pada Ibu

Komplikasi yang dapat disebabkan KPD pada ibu yaitu infeksi dalam persalinan, infeksi masa nifas, partus lama, perdarahan post partum, meningkatnya tindakan *operatif obstetric* (khususnya SC), morbiditas dan mortalitas maternal.

b) Prognosis Janin

Komplikasi yang dapat disebabkan KPD pada janin itu yaitu prematuritas, retinopati prematuritas, perdarahan intraventrikular, gangguan otak dan risiko cerebral palsy (lumpuh otak), hiperbilirubinemia, anemia, sepsis, prolaps tali pusat, hipoksia dan asfiksia sekunder pusat, skor APGAR rendah, dan oligohidromnion dan pertumbuhan janin terhambat (Marmi dkk, 2016).

f. Penatalaksanaan

Pastikan diagnosis terlebih dahulu kemudian tentukan umur kehamilan, evaluasi ada tidaknya infeksi maternal ataupun infeksi janin serta dalam keadaan inpartu terdapat gawat janin. Penanganan ketuban pecah dini dilakukan secara konservatif dan aktif, pada penanganan konservatif yaitu rawat di rumah sakit. Penatalaksanaan ketuban pecah dini pada ibu hamil aterm atau preterm dengan atau tanpa komplikasi harus dirujuk ke rumah sakit. Untuk penanganan aktif yaitu untuk

kehamilan > 37 minggu induksi dengan oksitosin, apabila gagal lakukan seksio sesarea (Saifuddin, A.B, 2016).

5. *Sectio Caesarea* (SC)

a. Pengertian *Sectio Caesarea*

Sectio Caesarea (SC) adalah suatu tindakan untuk melahirkan bayi dengan berat 500 gram, melalui sayatan pada dinding uterus yang masih utuh (*Intacct*) (Saifuddin, A.B, 2016).

b. Indikasi

Indikasi dilakukan tindakan SC adalah disporsi kepala panggul, *disporsi sefalopelvik*, disfungsi uterus, distosia, plasenta previa, kelainan letak, kegagalan induksi persalinan, janin besar, gawat janin, letak lintang, hamil kembar, riwayat persalinan SC (Saifuddin, A.B, 2016).

Indikasi persalinan dengan *Sectio Caesarea* (SC), yaitu :

- 1) *Power*, dilakukan SC apabila daya mengejan ibu lemah, ibu dengan penyakit jantung atau penyakit menahun lain yang mempengaruhi tenaga.
- 2) *Passanger*, dilakukan SC apabila ada kelainan letak pada janin yaitu letak lintang, primigravida diatas 35 tahun dengan letak sungsang, anak yang terlalu lama tertekan pada pintu atas panggul dan janin mengalami *fetal distress syndrom* (gawat janin).
- 3) *Passage*, dilakukan SC bila terdapat kelainan pada jalan lahir seperti panggul sempit, trauma persalinan serius pada jalan lahir, adanya infeksi pada jalan lahir yang diduga dapat menular pada anak.

c. Persiapan Sebelum Dilakukan *Sectio Caesarea* (SC)

Persiapan sebelum dilakukan *sectio caesarea* (SC) menurut (Saifuddin, A.B, 2016), yaitu :

- 1) Kaji ulang indikasi, periksa kembali presentasi dan pastikan persalinan pervaginam tidak memungkinkan.
- 2) Melakukan *informed consent* kepada suami dan satu orang perwakilan keluarga dan melengkapi surat persetujuan tindakan medis.
- 3) Periksa kembali apakah sudah lengkap pemeriksaan yang diperlukan seperti darah rutin, fungsi ginjal, gula darah (untuk *sectio caesaria* selektif). Untuk *sectio caesaria* emergensi cukup pemeriksaan Hb, Ht dan golongan darah.
- 4) Ganti baju pasien dengan baju khusus untuk dipakai ke ruang operasi.
- 5) Pasang infus Ringer Laktat atau NaCl 0,9%.
- 6) Baringkan pasien dengan posisi tidur dengan dipasangkan tensimeter atau stetoskop precordial.
- 7) Pasien dipasangkan *folley kateter* dan kantong penampung *urine*.
- 8) Persiapkan alat – alat atau instrument operasi.
- 9) Operator dan asisten yang akan memasuki ruang operasi harus memakai pelindung plastik, masker dan penutup kepala serta mencuci tangan dan memakai jas operasi.

6. Asuhan Masa Nifas

a. Pengertian Masa Nifas

Masa nifas yaitu masa yang dimulai dari 1 jam setelah lahirnya plasenta sampai dengan 6 minggu (42 hari) setelah melahirkan. Periode pascapersalinan meliputi masa transisi kritis bagi ibu, bayi, dan keluarganya secara fisiologi, emosional dan sosial (Saifuddin, A.B, 2016).

b. Tahapan masa Nifas

Menurut (Kemenkes, RI, 2018), tahapan – tahapan masa nifas dibagi menjadi:

1) Periode *Immediate Postpartum*

Pada periode ini merupakan masa segera setelah plasenta lahir sampai 24 jam. Masa ini juga sering disebut masa kritis, sering terjadi insiden perdarahan postpartum karena atonia uteri. Oleh karena itu, bidan perlu melakukan pemantauan secara berkelanjutan, yang meliputi kontraksi uterus, pengeluaran lochia, 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, lochia 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 fase ini bidan tetap melakukan asuhan dan pemeriksaan sehari – hari serta konseling perencanaan KB.

4) *Remote Puerperium*

Pada fase ini merupakan waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat terutama bila selama hamil atau bersalin memiliki penyulit atau komplikasi.

c. Perubahan Fisiologis Masa Nifas

Menurut (Nugroho, T, dkk, 2014) perubahan – perubahan yang terjadi pada masa nifas adalah sebagai berikut:

1) Proses involusi

Involusi atau pengerutan uterus merupakan suatu proses dimana uterus kembali pada kondisi sebelum hamil dengan berat sekita 60 gram. Proses ini dimulai

segera setelah plasenta lahir akibat kontraksi otot – otot polos pada uterus. Pada akhir persalinan kala tiga, fundus uteri 2 cm dibawah umbilikus, dalam beberapa hari kemudian perubahan involusi berlangsung dengan cepat, fundus turun kira – kira 1 – 2 cm setiap 24 jam, hari keenam dipertengahan pusat simpisis, dan hari kesembilan tidak teraba.

2) Perubahan Lokia

Lokia adalah ekresi cairan rahim selama masa nifas. Lokia mengandung darah dan sisa jaringan desidua yang nekrotik dari dalam uterus. Perubahan lokia terdiri sebagai berikut:

- a) Lokia rubra, lokia ini muncul pada hari 1 – 3 hari pascasalin, mengandung darah dan debris trofoblastiks, verniks caseosa, lanugo dan sisa mekonium, aliran menyembur, warnanya merah kehitam.
- b) Lokia sanguinolenta yaitu cairan yang keluar berwarna merah kecoklatan dan berlendir, terdiri dari sisa darah bercampur lendir, muncul pada hari keempat sampai hari ketujuh pascasalin.
- c) Lokia serosa, pada lokia ini muncul setelah hari ketujuh sampai hari ke-14 pascasalin, berwarna coklat terdiri dari darah lama, serum, leukosit dan debris jaringan.
- d) Lokia alba, lokia ini mengandung leukosit, sel desidua, sel epitel, muscus, serum dan bakteri. Lokia alba bisa bertahan selama dua sampai enam minggu.

3) Serviks

Serviks mengalami involusi bersama – sama uterus. Setelah persalinan, *ostium eksterna* dapat dimasuki oleh dua hingga tiga jari tangan, setelah enam minggu persalinan serviks akan menutup.

4) Vulva dan vagina

Setelah tiga minggu vulva dan vagina kembali kepada keadaan tidak hamil dan *rugae* dalam vagina secara berangsur – angsur akan muncul kembali sementara labia menjadi menonjol.

5) Perineum

Segera setelah melahirkan, perineum menjadi kendur karena sebelumnya teregang oleh tekanan kepala bayi yang bergerak maju. Pada *postpartum* hari kelima, perineum sudah mendapatkan kembali sebagian besar tonusnya sekalipun tetap lebih kendur daripada keadaan sebelum melahirkan.

6) Payudara

Perubahan pada payudara dapat meliputi penurunan kadar progesteron secara tepat dengan peningkatan hormon prolaktin setelah persalinan, kolostrum sudah ada saat persalinan, produksi ASI terjadi pada hari kedua atau hari ketiga setelah persalinan, payudara menjadi besar dan keras sebagai tanda mulainya proses laktasi. Refleks prolaktin berperan sebagai pembentukan dan pengeluaran ASI.

7) Sistem perkemihan

Buang air kecil sering sulit selama 24 jam pertama, kemungkinan terdapat spasme sfingter dan edema leher buli –buli sesudah bagian ini mengalami kompresi antara kepala janin dan tulang pubis selama persalinan. Keadaan ini menyebabkan diuresis dalam 12 – 36 jam. Diuresis merupakan keadaan untuk membuang kelebihan cairan interstitial dan kelebihan volume darah.

8) Sistem gastrointestinal

Ibu setelah melahirkan sangat memerlukan energi untuk memulihkan tenaga yang digunakan selama proses persalinan. Ibu bisa diberikan makan satu jam atau

dua jam setelah melahirkan. Konstipasi mungkin menjadi masalah karena ibu mengalami nyeri perineum.

9) Sistem kardiovaskuler

Setelah terjadi diuresis yang mencolok akibat penurunan kadar estrogen, volume darah akan kembali keadaan tidak hamil. Jumlah sel darah merah dan hemoglobin kembali normal pada hari kelima. Plasma darah tidak begitu mengandung cairan sehingga daya koagulasi meningkat. Pembekuan darah harus dicegah dengan penanganan yang cermat dan penekanan pada ambulasi dini.

10) Sistem endokrin

Kadar estrogen menurun 10% dalam waktu sekitar tiga jam pascalin. Progesteron turun pada hari ketiga pascalin. Kadar prolaktin dalam darah berangsur – angsur hilang.

11) Sistem Integumen

Penurunan melanin umumnya penurunan melanin umumnya setelah persalinan menyebabkan berkurangnya hiperpigmentasi kulit. Perubahan pembuluh darah yang tampak pada kulit karena kehamilan dan persalinan akan menghilang pada saat estrogen menurun.

d. Proses Adaptasi Psikologi masa Nifas

Menurut Kemenkes RI tahun 2018 adaptasi psikologi ibu masa nifas meliputi:

1) Fase *Taking In*

Fase ini merupakan proses ketergantungan yang berlangsung dari hari pertama sampai hari ke dua setelah melahirkan. Ketidaknyaman yang dialami ibu antara lain antara mules, nyeri pada luka jahitan, kurang tidur, dan kelelahan. Hal

yang perlu diperhatikan pada fase ini yaitu istirahat yang cukup, komunikasi yang baik dan asupan nutrisi ibu.

2) Fase *Taking Hold*

Fase ini merupakan fase ketergantungan dan ketidaktergantungan berlangsung antara tiga sampai sepuluh hari setelah melahirkan. Ibu merasa khawatir akan ketidaknyaman dan rasa tanggung jawab dalam perawatan bayinya, dimana ibu lebih sensitif sehingga mudah tersinggung. Hal yang perlu diperhatikan yaitu komunikasi yang baik, dukungan dan pemberian penyuluh atau pendidikan kesehatan tentang perawatan diri dan bayinya.

3) Fase *Letting Go*

Fase ini merupakan fase menerima tanggung jawab akan peran barunya. Fase ini berlangsung sepuluh hari setelah melahirkan. Ibu sudah mulai dapat menyesuaikan diri dengan ketergantungan bayinya, dimana juga terjadi peningkatan akan perawatan diri dan bayinya. Ibu merasa percaya dirinya akan peran barunya, serta lebih mandiri dalam memenuhi kebutuhan dirinya dan bayinya. Hal yang perlu diperhatikan yaitu kebutuhan ibu akan istirahat untuk menjaga kondisi fisiknya, serta dukungan suami dan keluarga untuk dapat membantu merawat bayinya.

e. Kebutuhan Dasar Ibu Masa Nifas

1) Nutrisi

Kebutuhan nutrisi pada masa nifas dan menyusui meningkat 25% karena berguna untuk proses penyembuhan setelah melahirkan dan untuk produksi ASI untuk pemenuhan kebutuhan bayi. Kebutuhan nutrisi akan meningkat tiga kali dari kebutuhan biasa, pada ibu nifas dan menyusui kebutuhan nutrisi meningkat menjadi 3000-3800 kalori, dan mengonsumsi tambahan 500 kalori tiap hari. Makan yang

dikonsumsi ibu nifas dan menyusui yaitu makanan dengan diet berimbang untuk mendapatkan protein, mineral, dan vitamin yang cukup, minum sedikitnya 3 liter air setiap hari, suplemen besi diminum setidaknya selama 3 bulan pascasalin terutama di daerah prevalensi anemia tinggi (Kemenkes RI, 2018).

2) Kebutuhan Ambulasi, Istirahat dan *Exercise*

Mobilisasi dini pada ibu *postpartum* yaitu upaya sesegera mungkin untuk membimbing ibu keluar dari tempat tidurnya dan membimbing berjalan. Ibu diperbolehkan bangun dari tempat tidur dalam 24 – 48 jam *postpartum*. Ibu yang bersalin secara normal dua jam pascasalin sudah diperbolehkan untuk miring kanan atau kiri, kemudian bertahap jika kondisi ibu baik, ibu diperbolehkan duduk, berdiri dan jalan – jalan di sekitar tempat tidur. Keuntungan yang diperoleh ibu jika dilakukannya mobilisasi dini (Kemenkes RI, 2018), yaitu:

- a) Ibu merasa lebih baik, lebih sehat dan lebih kuat.
- b) Faal usus dan kandung kemih lebih baik.
- c) Sirkulasi dan peredaran darah menjadi lebih lancar.

3) Kebutuhan *Personal Higiene*

Menurut Kemenkes RI (2018), kebutuhan personal higiene pada ibu nifas yang paling utama mencakup:

- a) Perawatan payudara

Menjaga payudara tetap bersih dan kering dengan menggunakan bra yang dapat meyokong payudara. Apabila puting susu lecet oleskan kolostrum atau ASI yang keluar pada sekitar puting setiap selesai menyusui. Menyusui tetap dilakukan dimulai dari puting susu yang tidak lengket. Apabila puting susu sudah lecet pada

tahap yang berat dapat diistirahatkan selama 24 jam, ASI dikeluarkan dan kemudian diminumkan pada bayi menggunakan sendok.

4) Kebutuhan Seksual

Hubungan seksual dapat dilakukan jika darah sudah berhenti dan luka perinium sudah sembuh serta ibu dapat melakukan stimulasi dengan cara memasukan satu atau dua jari ke dalam vagina. Apabila sudah tidak terasa sakit atau nyeri, maka aman untuk melakukan hubungan suami istri (Kemenkes RI, 2018).

5) Metode kontrasepsi dan keluarga berencana

Penentuan alat kontrasepsi dan keluarga berencana bagi ibu nifas sangatlah penting. Jelaskan kepada ibu mengenai pentingnya kontrasepsi dan keluarga berencana pasca melahirkan. Terdapat beberapa pilihan metode kontrasepsi yang bisa digunakan setelah persalinan karena tidak mengganggu proses menyusui, (Kemenkes, RI, 2018) seperti:

- a) Metode amenorea laktasi (MAL), dapat dipakai bila ibu menyusui secara terus menerus dan sering (lebih dari 8 kali/hari), ibu belum haid dan umur bayi kurang dari 6 bulan.
- b) Kontrasepsi Mantap, bisa digunakan jika ibu tidak ingin mempunyai anak lagi.
- c) Alat kontrasepsi dalam rahim (AKDR) merupakan pilihan kontrasepsi paling aman digunakan sebagai pilihan kontrasepsi yang aman dan efektif bagi ibu yang ingin membatasi kehamilan.
- d) Implan, bisa digunakan anatar 6 minggu sampai 6 bulan pascasalin. Pemasangan implan dapat dilakukan 6 minggu melahirkan setelah terjadinya haid.
- e) Suntikan progestin, kontrasepsi ini tidak mengganggu produksi ASI, pada ibu menyusui suntikan dapat diberikan setelah 6 minggu pascasalin.

- f) Minipil, berisikan progestin dan tidak mengganggu produksi ASI. Pemakaian setiap hari 1 strip untuk 1 bulan.
- g) Kondom, merupakan pilihan kontrasepsi untuk pria yang digunakan sebagai kontrasepsi sementara.

f. Standar Pelayanan Pada Ibu Nifas

Menurut Kemenkes RI (2020), pelayanan kesehatan ibu masa nifas dilakukan minimal 4 kali, yaitu:

1) KF 1 (pada masa nifas 6 jam – 2 hari setelah melahirkan)

Pada masa nifas 6 jam sampai 2 hari asuhan yang dapat diberikan berupa pemeriksaan tanda – tanda vital, pemantauan jumlah darah yang keluar, pemeriksaan cairan yang keluar dari vagina, pemeriksaan payudara dan anjurkan ibu untuk memberikan ASI secara eksklusif selama enam bulan. Menganjurkan ibu untuk mobilisasi dini, pemberian kapsul vitamin A, minum tablet darah setiap hari(Kemenkes, RI, 2017).

2) KF 2 (masa nifas hari ke 3 – 7 hari setelah melahirkan)

Asuhan yang dapat diberikan bidan pada masa nifas hari ke-3 sampai 7 hari yaitu pemeriksaan tanda – tanda vital, pemantauan jumlah darah yang keluar, pemeriksaan cairan yang keluar dari vagina serta menilai adanya tanda – tanda infeksi, menganjurkan ibu untuk selalu memenuhi nutrisi dan istirahat dan memberikan konseling mengenai asuhan bayi seperti perawatan tali pusat, menjaga bayi tetap hangat, serta membimbing ibu tentang cara perawatan bayi sehari – hari.

3) KF 3 (hari ke 8 sampai 28 hari masa nifas)

Asuhan yang diberikan pada hari ke 8 sampai 28 hari masa nifas sama dengan asuhan nifas KF 2 yaitu pemeriksaan tanda – tanda vital, pemantauan

pengeluaran jumlah darah dari vagina dan mendeteksi tanda – tanda infeksi, menganjurkan ibu untuk memenuhi nutrisi dan istirahat, serta memberikan KIE tentang perawatan bayi sehari – hari.

4) KF 4 (hari ke 29 sampai 42 hari masa nifas)

Pada masa nifas hari ke-29 sampai 42 hari masa nifas, asuhan yang dapat diberikan sama dengan asuhan pada KF 3, dan ditambah dengan menanyakan mengenai penyulit – penyulit yang ibu dan bayi alami, dan memberitahu ibu mengenai pemilihan KB secara dini.

g. Asuhan Kebidanan Masa Nifas Selama Pandemi Covid-19

Pelaksanaan kunjungan nifas dapat dilakukan dengan metode kunjungan rumah oleh tenaga kesehatan atau pemantauan menggunakan media online (d disesuaikan dengan kondisi daerah terdampak Covid-19), dengan melakukan upaya-upaya pencegahan penularan Covid-19 baik dari petugas, ibu dan keluarga. Pelayanan KB tetap dilaksanakan sesuai jadwal dengan membuat perjanjian dengan petugas (Kemenkes RI, 2020).

h. Asuhan Pada Ibu Post Section Caesarea

Setelah pasca operasi, ada hal-hal yang perlu diperhatikan karena pada tahap ini ibu sangat rentang terhadap infeksi akibat perlukaan karena persalinan. Dengan memberikan asuhan dan pemantauan khusus pada ibu pasca operasi maka kemungkinan terjadinya infeksi pada klien lebih rendah (Unmi Solikhah, 2011).

1) Pemberian cairan intravena. Kebutuhan cairan intravena, termasuk darah selama dan setelah SC sangat bervariasi, cairan yang diberikan secara intravena terdiri dari larutan Ringer Laktat atau larutan sejenis dan Dekstrosa 5% dalam air.

2) Ruang pemulihan. Di ruang pemulihan, jumlah perdarahan dari vagina harus

dipantau dengan ketat, dan fundus harus sering diperiksa dengan palpasi untuk memastikan bahwa uterus tetap berkontraksi kuat.

3) Pemberian analgesik (anti nyeri). Untuk ibu dengan ukuran tubuh rata-rata, diberikan meperidin 75 mg, atau morfin 10 mg secara intramuskulus sampai sesering tiap 3 jam untuk menghilangkan rasa nyaman.

4) Tanda Vital. Tekanan darah, nadi, jumlah urin, dan fundus uteri diperiksa paling tidak setiap 4 jam. Setiap kelainan dilaporkan. Setelah itu, selama 24 jam pertama, hal-hal diatas bersamaan dengan suhu, diperiksa setiap 4 jam.

5) Terapi cairan dan makanan. Secara umum, 3 liter cairan, termasuk Ringer Laktat untuk pembedahan dan 24 jam pertama sesudahnya. Namun jika pengeluaran urine kurang dari 30 ml per jam, pasien harus segera dievaluasi kembali.

6) Kandung kemih dan usus. Kateter umumnya dapat dilepas dari kandung kemih 12 jam setelah operasi atau pagi hari setelah operasi. Kemampuan ibu mengosongkan kandung kemihnya sebelum terjadi peregangan yang berlebihan harus dipantau seperti pada persalinan pervaginam. Bising usus biasanya tidak terdengar pada hari pertama pembedahan dan aktif pada hari ketiga.

7) Ambulasi. Umumnya, sehari setelah pembedahan pasien harus turun sebentar dari tempat tidur dengan bantuan paling tidak dua kali. Lama waktu ambulasi *Post SC* dengan general anastesi dan regional anastesi cenderung sama. Selisih rata-rata lama waktu ambulasi dini hanya 2 jam 40 menit (Unmi Solikhah, 2011).

7. Asuhan Bayi Baru Lahir, Neonatus dan Bayi

a. Bayi Baru Lahir (BBL)

1) Pengertian BBL

Bayi Baru Lahir adalah bayi umur 0 sampai dengan 28 hari. Bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir dengan umur kehamilan lebih dari atau sama dengan 37 minggu dengan berat lahir 2500 – 4000 gram. Bayi baru lahir membutuhkan perawatan yang dapat meningkatkan kesempatan menjalani masa transisi dengan berhasil (Kemenkes RI, 2014).

2) Asuhan Bayi Baru Lahir

a) Melakukan penilaian segera Bayi Baru lahir

Penilaian awal pada bayi baru lahir adalah apakah bayi cukup bulan, bayi menangis atau bernafas, warna kulit, dan tonus otot bayi baik atau bergerak aktif. Apabila semua dalam keadaan normal maka segera setelah bayi lahir lakukan manajemen bayi baru lahir normal (JNPK-KR, 2017).

b) Mencegah kehilangan panas dengan mengeringkan bayi, menyelimuti bayi dengan kain bersih dan hangat, memfasilitasi ibu untuk melakukan Inisiasi Menyusui Dini (IMD), serta memperhatikan tanda – tanda bahaya bayi baru lahir (JNPK-KR, 2017).

c) Memfasilitasi Ibu dan Bayi Melakukan IMD

Segera setelah lahir bayi diletakkan di dada atau di atas perut ibu selama paling sedikit selama satu jam, untuk memberikan kesempatan pada bayi mencari puting susu bayinya. Manfaat IMD bagi bayi adalah membantu stabilisasi pernapasan, mengendalikan suhu tubuh bayi, mencegah infeksi nosokomial, dapat menurunkan insiden ikterus pada bayi baru lahir, dan memperkuat reflek hisap bayi.

Bagi ibu manfaat IMD dapat mengoptimalkan pengeluaran oksitosin, prolaktin, dan secara psikologis dapat menguatkan ikatan batin antara ibu dan bayi (JNPK-KR, 2017).

d) Asuhan bayi satu jam pertama

Pada bayi baru lahir satu jam pertama asuhan yang dapat diberikan yaitu timbang berat badan, melakukan pemeriksaan fisik lengkap, mengukur tanda – tanda vital, lingkaran dada, lingkaran kepala, dan panjang badan, perawatan mata dengan salep mata dengan salep mata tetrasiklin 1% untuk mencegah terjadinya infeksi pada mata bayi karena Gonore (GO), melakukan injeksi vitamin K 1 mg secara IM untuk mencegah terjadinya pendarahan akibat defisiensi vitamin K, melakukan perawatan tali pusat (JNPK-KR, 2017).

b. Asuhan Pada Neonatus

Neonatus merupakan periode dari bayi baru lahir sampai 28 hari. Menurut Kementerian RI (2010) asuhan yang diberikan pada bayi baru lahir hingga periode neonatus antara lain:

1) Kunjungan neonatal pertama (KN 1)

Kunjungan neonatal pertama dilakukan dari 6 sampai 48 jam setelah bayi lahir, asuhan yang dapat diberikan yaitu menjaga kehangatan tubuh bayi, memberikan ASI eksklusif, pencegahan infeksi, perawatan mata, perawatan tali pusat, pemberian injeksi vitamin K, dan imunisasi HB-0.

2) Kunjungan neonatal kedua (KN 2)

Pada kunjungan neonatal kedua dilakukan pada dari 3 hari sampai 7 hari setelah bayi lahir. Asuhan yang dapat diberikan adalah menjaga kehangatan tubuh

bayi, membimbing ibu teknik pemberian ASI eksklusif, memandikan bayi, perawatan tali pusat dan imunisasi.

3) Kunjungan neonatal lengkap (KN 3)

Kunjungan neonatal lengkap dilakukan pada hari ke 8 sampai 28 hari setelah bayi lahir. Asuhan yang dapat diberikan kepada bayi adalah memeriksa tanda bahaya dan gejala sakit pada bayi, menjaga kehangatan tubuh bayi, memberikan imunisasi.

c. Asuhan Pada Bayi Umur 29 hari sampai 42 Hari

Asuhan yang dapat diberikan pada bayi usia 29 – 42 hari adalah memberikan imunisasi polio dan BCG. Imunisasi polio diberikan sebagai pencegahan terjadinya lumpuh pada tungkai dan lengan. Imunisasi diberikan pada umur bayi satu bulan. Imunisasi BCG diberikan sebagai pencegahan penyakit tuberkulosis (TBC) yang berat. Imunisasi ini juga dapat diberikan pada usia bayi 1 bulan (Kemenkes, RI, 2014).

d. Asuhan Komplementer Pada Bayi

1. Pijat Bayi

Pemijatan bayi dalam rangkaian perawatan *baby spa* akan membuat bayi tidak *'rewel'* dan dapat meningkatkan nafsu makan bayi. Usia bayi yang dipijat bervariasi, rentang umur dari 0-12 bulan. Temuan ini didukung oleh penjelasan Idward (2012), bahwa pijat bayi mempunyai banyak keuntungan, antara lain mengurangi kebiasaan menangis, menaikkan berat badan, membuat bayi mudah tidur, melatih *eye contact* dengan ibu, mengurangi level stress hormon bayi, juga membantu bayi untuk buang air besar. Pijat bayi dilakukan pada saat bayi dalam keadaan santai dan tempat yang hangat.

8. Asuhan Kebidanan Komplementer

Menurut PP Nomor 103 Tahun 2014 Pelayanan Kesehatan Tradisional Komplementer sebagaimana dimaksud dalam Pasal 7 ayat (1) huruf b merupakan pelayanan kesehatan tradisional dengan menggunakan ilmu biomedis dan biokultural yang manfaat dan keamanannya terbukti secara ilmiah. Surat Izin Praktik Tenaga Kesehatan Tradisional, yang selanjutnya disingkat SIPTKT adalah bukti tertulis yang diberikan kepada tenaga kesehatan tradisional dalam rangka pelaksanaan pemberian Pelayanan Kesehatan Tradisional Komplementer.

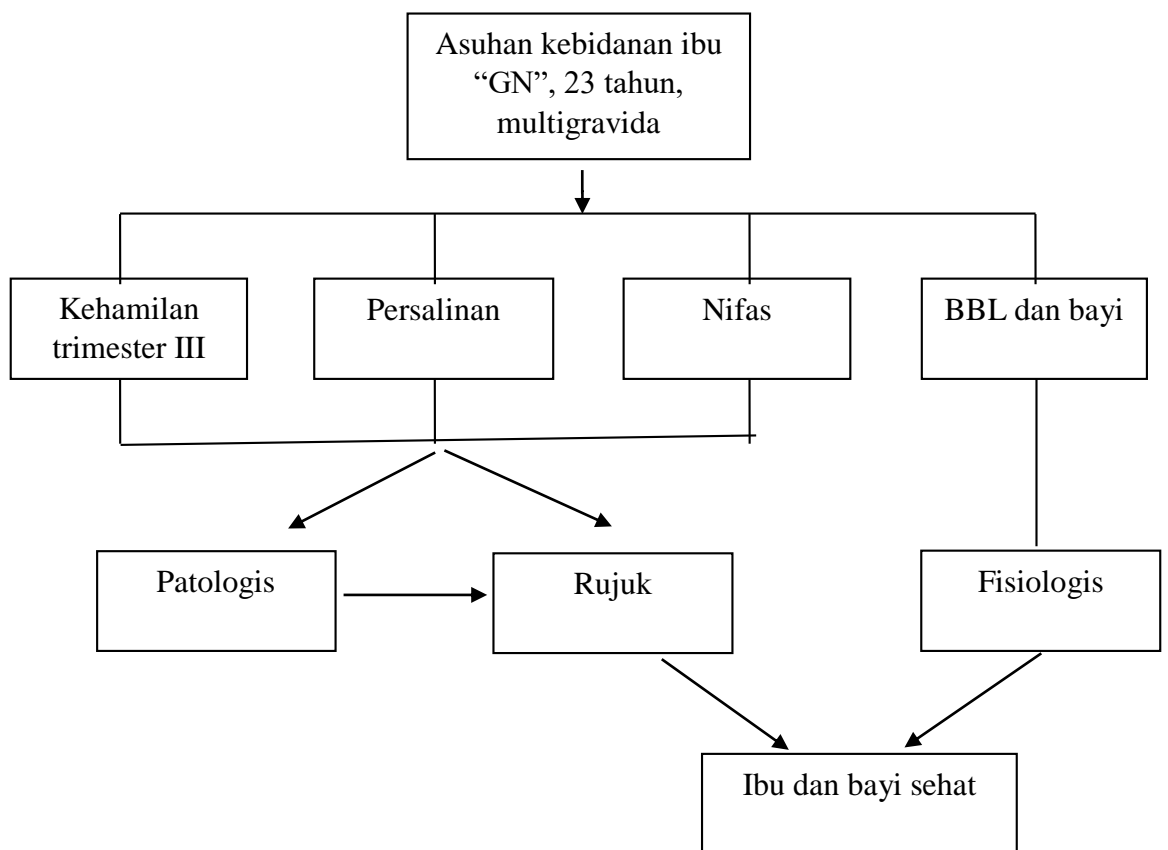
Pelayanan Kesehatan Tradisional Komplementer dapat menggunakan satu cara pengobatan/perawatan atau kombinasi cara pengobatan/perawatan dalam kesatuan Pelayanan Kesehatan Tradisional Komplementer. Pelayanan Kesehatan Tradisional Komplementer sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Tradisional. Pelayanan Kesehatan Tradisional Komplementer yang memenuhi kriteria tertentu dapat diintegrasikan pada Fasilitas Pelayanan Kesehatan. Kriteria tertentu sebagaimana dimaksud pada ayat (4) meliputi :

- a. Mengikuti kaidah-kaidah ilmiah;
- b. Tidak membahayakan kesehatan pasien/klien;
- c. Tetap memperhatikan kepentingan terbaik pasien/klien;
- d. Memiliki potensi promotif, preventif, kuratif, rehabilitative, dan meningkatkan kualitas hidup pasien/klien secara fisik, mental, dan social;
- e. Dilakukan oleh tenaga kesehatan tradisional.

Pelayanan kesehatan tradisional komplementer dilakukan dengan cara pengobatan/perawatan dengan menggunakan keterampilan atau ramuan. Pelayanan

Kesehatan Tradisional Komplementer yang menggunakan keterampilan dilakukan dengan menggunakan teknik manual, terapi energi dan terapi olah pikir. Pelayanan ini dapat dilakukan dengan menggunakan ramuan yang berasal dari tanaman, hewan, mineral dan atau sediaan sarian (*gelenik*) dari bahan-bahan yang mengutamakan ramuan Indonesia.

B. Kerangka Konsep



Gambar 1. Bagan Kerangka Konsep Asuhan Kebidanan Ibu “GN” Umur 23 Tahun Multigravida Dari Kehamilan 36 Minggu 1 Hari Sampai 42 Hari Masa Nifas.