

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Asuhan Kebidanan

2. Asuhan Kebidanan

Menurut ICM dan FIGO Istilah Bidan berasal dari kata “Widwan” berasal dari Bahasa Sanksekerta yang berarti “Cakap” (Klinkert, 1892). Di samping itu terdapat istilah “Membidan” yang artinya mengadakan sedekah bagi penolong persalinan yang minta diri setelah bayi berumur 40 hari. Sedangkan dalam Bahasa Inggris “Midwife” berarti with woman as birth, the renewal of life continues through the ages. “With Woman” maksudnya adalah pada saat mendampingi perempuan selama proses persalinan dan pada saat memberikan pelayanan kebidanan, seorang bidan harus mempunyai rasa empati, keterbukaan, menumbuhkan rasa saling percaya (trust), bidan harus mengetahui pikiran dan perasaan serta proses yang dialami ibu dan keluarganya. Secara Internasional pengertian bidan dan praktiknya telah diakui oleh International Confederation of Midwives (ICM) tahun 1972 dan International Federation of International Gynecologist and Obstetrian (FIGO) tahun 1973, WHO dan badan–badan lainnya. Pada tahun 1990 pada pertemuan Dewan di Kobe, ICM menyempurnakan definisi tersebut yang kemudian disahkan oleh FIGO (1991) dan WHO (1992).

3. Peran Bidan

Peran merupakan tingkah laku yang diharapkan oleh orang lain terhadap seseorang sesuai dengan kedudukan dalam suatu sistem. Dalam melaksanakan

profesinya bidan memiliki peran sebagai pelaksana, pengelola, pendidik, dan peneliti.

1. Peran sebagai Pelaksana, bidan memiliki tiga kategori tugas, yaitu tugas mandiri, tugas kolaborasi, dan tugas ketergantungan.

a. Tugas mandiri Tugas-tugas mandiri bidan, yaitu:

1) Menetapkan manajemen kebidanan pada setiap asuhan kebidanan yang diberikan

2) Memberi pelayanan dasar pranikah pada anak remaja dan dengan melibatkan mereka sebagai klien. Membuat rencana tindak lanjut tindakan / layanan bersama klien.

3) Memberi asuhan kebidanan kepada klien selama kehamilan normal

4) Memberi asuhan kebidanan kepada klien dalam masa persalinan dengan melibatkan klien / keluarga

5) Memberi asuhan kebidanan pada bayi baru lahir

6) Memberi asuhan kebidanan pada klien dalam masa nifas dengan melibatkan klien / keluarga

7) Memberi asuhan kebidanan pada wanita usia subur yang membutuhkan pelayanan keluarga berencana

8) Memberi asuhan kebidanan pada wanita dengan gangguan sistem reproduksi dan wanita dalam masa klimakterium serta menopause

9) Memberi asuhan kebidanan pada bayi dan balita dengan melibatkan keluarga dan pelaporan asuhan.

b. Tugas Kolaborasi

Tugas-tugas kolaborasi (kerja sama) bidan, yaitu:

- 1) Menerapkan manajemen kebidanan pada setiap asuhan kebidanan sesuai fungsi kolaborasi dengan melibatkan klien dan keluarga.
- 2) Memberi asuhan kebidanan pada ibu hamil dengan risiko tinggi dan pertolongan pertama pada kegawatdaruratan yang memerlukan tindakan kolaborasi
- 3) Mengkaji kebutuhan asuhan pada kasus risiko tinggi dan keadaan kegawatdaruratan yang memerlukan tindakan kolaborasi.
- 4) Memberi asuhan kebidanan pada ibu dalam masa persalinan dengan risiko tinggi serta keadaan kegawatdaruratan yang memerlukan pertolongan pertama dengan tindakan kolaborasi dengan melibatkan klien dan keluarga
- 5) Memberi asuhan kebidanan pada ibu dalam masa nifas dengan risiko tinggi serta pertolongan pertama dalam keadaan kegawatdaruratan yang memerlukan tindakan kolaborasi bersama klien dan keluarga
- 6) Memberi asuhan kebidanan pada bayi baru lahir dengan risiko tinggi dan pertolongan pertama dalam keadaan kegawatdaruratan yang memerlukan tindakan kolaborasi bersama klien dan keluarga.
- 7) Memberi asuhan kebidanan pada balita dengan risiko tinggi serta pertolongan pertama dalam keadaan kegawatdaruratan yang memerlukan tindakan kolaborasi bersama klien dan keluarga.

c. Tugas ketergantungan

Tugas-tugas ketergantungan (merujuk) bidan, yaitu:

- 1) Menerapkan manajemen kebidanan pada setiap asuhan kebidanan sesuai dengan fungsi keterlibatan klien dan keluarga.

2) Memberi asuhan kebidanan melalui konsultasi dan rujukan pada kasus kehamilan dengan risiko tinggi serta kegawatdaruratan,

3) Memberi asuhan kebidanan melalui konsultasi serta rujukan pada masa persalinan dengan penyulit tertentu dengan melibatkan klien dan keluarga.

4) Memberi asuhan kebidanan melalui konsultasi dan rujukan pada ibu dalam masa nifas yang disertai penyulit tertentu dan kegawatdaruratan dengan melibatkan klien dan keluarga.

5) Memberi asuhan kebidanan pada bayi baru lahir dengan kelainan tertentu dan kegawatdaruratan yang memerlukan konsultasi serta rujukan dengan melibatkan keluarga.

6) Memberi asuhan kebidanan kepada anak balita dengan kelainan tertentu dan kegawatdaruratan yang memerlukan konsultasi serta rujukan dengan melibatkan klien/keluarga.

2. Peran sebagai Pengelola Sebagai pengelola bidan memiliki 2 tugas, yaitu tugas pengembangan pelayanan dasar kesehatan dan tugas partisipasi dalam tim.

a. Mengembangkan pelayanan dasar kesehatan. Bidan bertugas; mengembangkan pelayanan dasar kesehatan di wilayah kerja.

b. Berpartisipasi dalam tim. Bidan berpartisipasi dalam tim untuk melaksanakan program kesehatan sektor lain melalui dukun bayi, kader kesehatan, serta tenaga kesehatan lain yang berada di bawah bimbingan dalam wilayah kerjanya.

3. Peran sebagai Pendidik Sebagai pendidik bidan memiliki 2 tugas yaitu sebagai pendidik dan penyuluh kesehatan bagi klien serta pelatih dan pembimbing kader.

a. Memberi pendidikan dan penyuluhan kesehatan pada klien

b. Melatih dan membimbing kader .

4. Peran Sebagai Peneliti / Investigator Bidan melakukan investigasi atau penelitian terapan dalam bidang kesehatan baik secara mandiri maupun berkelompok, mencakup:

- a. Mengidentifikasi kebutuhan investigasi yang akan dilakukan.
- b. Menyusun rencana kerja pelatihan.
- c. Melaksanakan investigasi sesuai dengan rencana.
- d. Mengolah dan menginterpretasikan data hasil investigasi.
- e. Menyusun laporan hasil investigasi dan tindak lanjut.
- f. Memanfaatkan hasil investigasi untuk meningkatkan dan mengembangkan program kerja atau pelayanan kesehatan.

3. Fungsi Bidan

Fungsi bidan merupakan pekerjaan yang harus dilakukan sesuai dengan peranannya. Berdasarkan peran bidan seperti yang dikemukakan di atas, maka fungsi bidan adalah sebagai berikut.

1. Fungsi Pelaksana

- a. Fungsi bidan sebagai pelaksana mencakup hal-hal sebagai berikut
- b. Melakukan bimbingan dan penyuluhan kepada individu, keluarga, serta masyarakat (khususnya kaum remaja) pada masa praperkawinan.
- c. Melakukan asuhan kebidanan untuk proses kehamilan normal, kehamilan dengan kasus patologis tertentu, dan kehamilan dengan risiko tinggi.
- d. Menolong persalinan normal dan kasus persalinan patologis tertentu.
- e. Merawat bayi segera setelah lahir normal dan bayi dengan risiko tinggi.
- f. Melakukan asuhan kebidanan pada ibu nifas.
- g. Memelihara kesehatan ibu dalam masa menyusui.

- h. Melakukan pelayanan kesehatan pada anak balita dan prasekolah
- i. Memberi pelayanan keluarga berencana sesuai dengan wewenangnya.
- j. Memberi bimbingan dan pelayanan kesehatan untuk kasus gangguan sistem reproduksi, termasuk wanita pada masa klimakterium internal dan menopause sesuai dengan wewenangnya.

2. Fungsi Pengelola

Fungsi bidan sebagai pengelola mencakup hal-hal sebagai berikut:

- a. Mengembangkan konsep kegiatan pelayanan kebidanan bagi individu, keluarga, kelompok masyarakat, sesuai dengan kondisi dan kebutuhan masyarakat setempat yang didukung oleh partisipasi masyarakat.
- b. Menyusun rencana pelaksanaan pelayanan kebidanan di lingkungan unit kerjanya.
- c. Memimpin koordinasi kegiatan pelayanan kebidanan.
- d. Melakukan kerja sama serta komunikasi inter dan antarsektor yang terkait dengan pelayanan kebidanan
- e. Memimpin evaluasi hasil kegiatan tim atau unit pelayanan kebidanan.

3. Fungsi Pendidik

Fungsi bidan sebagai pendidik mencakup hal-hal sebagai berikut:

- a. Memberi penyuluhan kepada individu, keluarga, dan kelompok masyarakat terkait dengan pelayanan kebidanan dalam lingkup kesehatan serta keluarga berencana.
- b. Membimbing dan melatih dukun bayi serta kader kesehatan sesuai dengan bidang tanggung jawab bidan.

c. Memberi bimbingan kepada para bidan dalam kegiatan praktik di klinik dan di masyarakat.

d. Mendidik bidan atau tenaga kesehatan lainnya sesuai dengan bidang keahliannya.

4. Fungsi Peneliti

Fungsi bidan sebagai peneliti mencakup hal-hal sebagai berikut:

a. Melakukan evaluasi, pengkajian, survei, dan penelitian yang dilakukan sendiri atau berkelompok dalam lingkup pelayanan kebidanan.

b. Melakukan penelitian kesehatan keluarga dan keluarga berencana.

4. Kehamilan

a. Pengertian Kehamilan

Kehamilan merupakan suatu proses yang dimulai dari konsepsi sampai lahirnya janin yang lamanya sekitar 280 hari (40 minggu), dihitung dari hari pertama haid terakhir (Saifuddin, 2012). Dihitung dari saat fertilisasi hingga lahirnya bayi, kehamilan normal akan berlangsung dalam waktu 40 minggu atau 9 bulan menurut kalender internasional. Kehamilan terbagi dalam 3 trimester, dimana trimester kesatu berlangsung dalam 12 minggu, trimester kedua 15 minggu (minggu ke-13 hingga ke-27), trimester ketiga 13 minggu (minggu ke-28 hingga ke-40) (Walyani dan Purwoastuti, 2015).

b. Perubahan Anatomi dan Fisiologis Kehamilan

Tubuh wanita mengalami perubahan selama kehamilan, khususnya pada alat genitalia eksterna dan interna serta pada payudara (*mammae*). Perubahan fisiologis sebagian sudah terjadi segera setelah fertilisasi dan terus berlanjut

selama kehamilan. Perubahan yang terdapat pada ibu hamil trimester III, (Hutahaean, 2013) antara lain :

1) Uterus

Pada usia gestasi 30 minggu, fundus uteri dapat dipalpasi dibagian tengah antara *umbilicus* dan *sternum*. Pada usia kehamilan 38 minggu, uterus sejajar dengan *sternum*. *Tuba uterin* tampak agak terdorong ke dalam di atas bagian tengah uterus. Frekuensi dan kekuatan kontraksi otot segmen atas rahim semakin meningkat. Oleh karena itu segmen bawah *uterus* berkembang lebih cepat dan meregang secara radial, yang jika terjadi bersamaan dengan pembukaan serviks dan pelunakan jaringan dasar *pelvis*, akan menyebabkan presentasi janin memulai penurunannya ke dalam *pelvis* bagian atas. Hal ini mengakibatkan berkurangnya tinggi fundus yang disebut dengan *lightening*. Berikut ini adalah tinggi fundus uteri menurut Mc. Donald dan Leopold. Ada pada tabel 1, sbb:

Tabel 1
Tinggi Fundus Uteri Menurut Mc. Donald dan Leopold

No.	Usia Kehamilan	Tinggi Fundus Uteri	
		Mc. Donald	Leopold
1	22-28 minggu	24-25 cm diatas simfisis	-
2	28 minggu	26,7 cm diatas simfisis	2-3 jari diatas pusat
3	30 minggu	29,5-30 cm diatas simfisis	-
4	32 minggu	29,5-30 cm diatas simfisis	Pertengahan pusat – px
5	34 minggu	31 cm diatas simfisis	-
6	36 minggu	32 cm diatas simfisis	3 jari dibawah px atau sampai setinggi pusat
7	38 minggu	33 cm diatas simfisis	-

No.	Usia Kehamilan	Tinggi Fundus Uteri	
		Mc. Donald	Leopold
8	40 minggu	37,7 cm diatas simfisis	Pertengahan pusat – px, tetapi melebar

Sumber : Sofian, A. 2012

2) Serviks Uteri

Satu bulan setelah konsepsi serviks akan menjadi lunak dan kebiruan. Perubahan ini terjadi akibat vaskularisasi dan terjadinya edema pada seluruh serviks, bersamaan dengan terjadinya hipertofi dan hiperplasia pada kelenjar-kelenjar serviks. Serviks manusia merupakan organ yang kompleks dan heterogen yang mengalami perubahan yang luar biasa selama kehamilan dan persalinan, bersifat seperti katup yang bertanggungjawab menjaga janin di dalam uterus sampai akhir kehamilan dan selama persalinan. Serviks didominasi jaringan ikat fibrosa, komposisinya berupa jaringan matriks ekstraseluler terutama mengandung kolagen dengan elastin dan proteglikan dan bagian sel yang mengandung otot fibroblas, epitel serta pembuluh darah.

3) Vagina dan Perineum

Selama kehamilan peningkatan vaskularisasi dan hiperemia terlihat jelas pada kulit dan otot-otot di perineum dan vulva, sehingga pada vagina akan terlihat berwarna keunguan yang dikenal dengan tanda chadwick. Perubahan ini meliputi penipisan mukosa dan hilangnya sejumlah jaringan ikat dan hipertrofi dari sel-sel otot polos. Dinding vagina mengalami peregangan pada waktu persalinan dengan meningkatnya ketebalan mukosa, mengendornya jaringan ikat, dan hipertrofi sel otot polos. Perubahan ini mengakibatkan bertambahnya panjang dinding vagina

papilla mukosa juga mengalami hipertrofi. Peningkatan sekresi vagina juga terjadi dimana sekresi akan berwarna keputihan, menebal, dan pH antara 3,5-6 yang merupakan hasil dari peningkatan produksi asam laktat glikogen yang dihasilkan oleh epitel vagina sebagai aksi dari *Lactobacillus acidophilus*.

4) Payudara

Pada awal kehamilan perempuan merasakan payudaranya akan menjadi lebih lunak. Setelah bulan kedua payudara bertambah ukurannya dan vena-vena di bawah kulit akan lebih terlihat. Puting payudara akan lebih besar, kehitaman, dan tegak. Setelah bulan pertama suatu cairan berwarna kekuningan yang disebut kolostrum dapat keluar. Kolostrum ini berasal dari kelenjar-kelenjar asinus yang mulai bersekresi. Meskipun dapat dikeluarkan, air susu belum dapat diproduksi karena hormon prolaktin ditekan oleh *prolactin inhibiting hormone*. Pada bulan yang sama areola akan lebih besar dan kehitaman. Kelenjar *Montgomery*, yaitu kelenjar sebacea dari areola, akan membesar dan cenderung akan menonjol keluar.

5) Kulit

Perubahan warna kulit menjadi lebih gelap terjadi pada 90% ibu hamil. *Hiperpigmentasi* terlihat lebih nyata pada wanita berkulit gelap dan terlihat di area seperti *aerola mammae*, *perineum*, dan *umbilikus* juga di area yang cenderung mengalami gesekan seperti *aksila* dan paha bagian dalam. Hal ini disebabkan karena peningkatan hormon penstimulasi (melanosit stimulating hormone–MSH), estrogen dan progesteron.

Pada kulit dinding perut terjadi perubahan warna kemerahan, kusam dan kadang-kadang juga mengenai daerah payudara dan paha, perubahan ini dikenal dengan nama *striae gravidarum*. Pada banyak perempuan kulit di garis

pertengahan perutnya (*linea alba*) akan berubah menjadi hitam kecokelatan yang disebut *linea nigra*. Munculnya ukuran yang bervariasi pada wajah dan leher disebut *chloasma* atau *melasma gravidarum*.

6) Sistem Kardiovaskular

Kondisi tubuh dapat memiliki dampak besar pada tekanan darah. Posisi telentang dapat menurunkan curah jantung hingga 25%. Kompresi vena cava inferior oleh uterus yang membesar selama trimester ketiga mengakibatkan menurunnya aliran balik vena. Sirkulasi uteroplasenta menerima proporsi curah jantung yang terbesar, dengan aliran darah meningkat dari 1-2% pada trimester pertama hingga 17% pada kehamilan cukup bulan. Hal ini diwujudkan dalam peningkatan aliran darah maternal ke dasar plasenta kira – kira 500 ml/menit pada kehamilan cukup bulan.

7) Sistem Respirasi

Perubahan hormonal pada kehamilan trimester tiga yang memengaruhi aliran darah ke paru – paru mengakibatkan banyak ibu hamil akan merasa susah bernafas. Ini juga didukung oleh adanya tekanan rahim yang membesar yang dapat menekan diafragma, sehingga ibu hamil merasa susah bernafas.

8) Sistem Pencernaan

Pada kehamilan trimester tiga, lambung berada pada posisi vertikal dan bukan pada posisi normalnya, yaitu horizontal. Kekuatan mekanis ini menyebabkan peningkatan intragastrik dan perubahan sudut persambungan *gastro-esofageal* yang mengakibatkan terjadinya *refluks esofageal* yang lebih besar. Penurunan drastis tonus dan motilitas lambung dan usus ditambah

relaksasi *sfincter* bawah esophagus merupakan faktor predisposisi terjadinya nyeri ulu hati, konstipasi, dan hemoroid.

9) Sistem Perkemihan

Perubahan anatomis yang sangat besar terjadi pada system perkemihan saat hamil yaitu ginjal dan ureter. Pada akhir kehamilan, terjadi peningkatan frekuensi Buang Air Kecil (BAK) karena kepala janin mulai turun sehingga kandung kemih tertekan. Perubahan struktur ginjal ini juga merupakan aktivitas hormonal (estrogen dan progesteron), tekanan yang timbul akibat pembesaran uterus, dan peningkatan volume darah.

10) Sistem Muskuloskeletal

Postur tubuh wanita secara bertahap mengalami perubahan karena janin membesar dalam abdomen. Untuk mengompensasi penambahan berat badan ini, bahu lebih tertarik ke belakang dan tulang belakang lebih melengkung, sendi tulang belakang lebih lentur (Marmi, 2015). *Lordosis* yang progresif akan menjadi bentuk yang umum pada kehamilan. Akibat kompensasi dari pembesaran uterus ke posisi *anterior*, *lordosis* menggeser pusat daya berat ke belakang ke arah dua tungkai. Sendi *sakroiliaka*, *sakrokoksigis* dan *pubis* akan meningkat mobilitasnya, yang diperkirakan karena pengaruh hormonal. Mobilitas tersebut dapat mengakibatkan perubahan sikap ibu dan pada akhirnya dapat menyebabkan nyeri punggung pada beberapa wanita (Saifuddin, dkk, 2013).

11) Sistem Endokrin

Selama kehamilan normal kelenjar hipofisis membesar $\pm 135\%$, tetapi kelenjar ini tidak begitu mempunyai arti penting dalam kehamilan. Hormon prolaktin

meningkat 10 x lipat pada saat kehamilan aterm. Kelenjar tiroid mengalami pembesaran hingga 15,0 ml pada saat persalinan akibat dari hiperplasia dari peningkatan vaskularisasi.

12) Kenaikan Berat Badan

Normal berat badan meningkat sekitar 6-16 kg, terutama dari pertumbuhan isi konsepsi dan volume berbagai organ atau cairan intrauterine (Sukarni dan Margaret, 2016)

c. Pelayanan Antenatal

Antenatal Care (ANC) atau pelayanan antenatal merupakan pelayanan kesehatan oleh tenaga kesehatan untuk ibu selama masa kehamilannya. Tujuan dari asuhan antenatal adalah memantau kemajuan kehamilan untuk memastikan kesehatan ibu dan tumbuh kembang janin, meningkatkan dan mempertahankan kesehatan fisik, mental dan sosial ibu dan janin, mengenali secara dini adanya komplikasi yang mungkin terjadi selama hamil, termasuk riwayat penyakit secara umum, kebidanan dan pembedahan, mempersiapkan persalinan cukup bulan, melahirkan dengan selamat, ibu maupun bayinya dengan trauma seminimal mungkin, mempersiapkan ibu agar masa nifas berjalan normal dan pemberian ASI eksklusif, mempersiapkan peran ibu dan keluarga dalam menerima kelahiran bayi (Saifuddin, dkk, 2013).

Standar Pelayanan Kebidanan pada ibu hamil menerapkan standar pelayanan antenatal terpadu dengan 10 T. Berdasarkan Kemenkes R.I (2013a), kriteria 10 T tersebut yaitu:

- 1) Timbang berat badan dan ukur tinggi badan

Penimbangan berat badan pada setiap kali kunjungan *antenatal* dilakukan untuk mendeteksi adanya gangguan pertumbuhan janin. Penambahan berat badan yang kurang dari 9 kilogram selama masa kehamilan atau kurang dari 1 kilogram setiap bulannya menunjukkan adanya gangguan pertumbuhan janin. Pengukuran tinggi badan pada pertama kali kunjungan dilakukan untuk menapis adanya faktor risiko pada ibu hamil. Tinggi badan ibu hamil kurang dari 145cm meningkatkan risiko untuk terjadinya *Cephalo Pelvic Disporption* (CPD).

2) Ukur tekanan darah

Pengukuran tekanan darah pada setiap kali kunjungan *antenatal* dilakukan untuk mendeteksi adanya hipertensi (tekanan darah $\geq 140/90$ mmHg pada kehamilan dan preeklampsia atau hipertensi disertai edema wajah dan atau tungkai bawah protein uria.

3) Ukur lingkar lengan atas/LiLA (Nilai status gizi)

Pengukuran LiLA hanya dilakukan pada kontak pertama oleh tenaga kesehatan di trimester I untuk skrining ibu hamil berisiko kuran energi kronis (KEK), ibu hamil yang mengalami kekurangan gizi dan telah berlangsung lama yaitu LiLA kurang dari 23,5 cm. Ibu hamil dengan KEK dapat melahirkan bayi berat lahir rendah/ BBLR.

4) Ukur tinggi fundus uteri (TFU)

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

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

Menentukan presentasi janin dilakukan pada akhir trimester II dan selanjutnya setiap 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 lainnya. Penilaian DJJ dilakukan di akhir trimester I dan selanjutnya setiap kali kunjungan *antenatal*. Denyut jantung janin lambat kurang dari 120 kali/ menit atau DJJ cepat lebih dari 160 kali/ menit menunjukkan adanya gawat janin.

6) Skrining status imunisasi TT

Bila diperlukan berikan imunisasi tetanus toksoid (TT) untuk mencegah terjadinya tetanus neonatorum, ibu hamil harus mendapat imunisasi TT. Pada saat kontak pertama, ibu hamil diskriminasi status imunisasinya. Pemberian imunisasi TT pada ibu hamil disesuaikan dengan status TT ibu saat ini. Program imunisasi pada anak SD dimulai tahun 1984. Pada tahun 1998 program ini dikembangkan menjadi Bulan Imunisasi Anak Sekolah (BIAS). Sehingga ibu hamil dengan status T5 (*TT Long Life*) tidak perlu diberikan imunisasi TT lagi.

7) Beri tablet tambah darah (tablet besi)

Untuk mencegah anemia gizi besi setiap ibu hamil harus mendapatkan tablet tambah darah dan asam folat minimal 90 tablet selama kehamilan yang diberikan sejak kontak pertama.

8) Periksa laboratorium

Pemeriksaan laboratorium yang dilakukan pada ibu hamil adalah pemeriksaan laboratorium rutin dan khusus. Pemeriksaan laboratorium rutin adalah pemeriksaan yang harus dilakukan setiap ibu hamil yaitu golongan darah,

hemoglobin darah, sifilis, pencegahan penularan dari ibu ke anak (PPIA), protein urin, reduksi urin dan pemeriksaan spesifik daerah endermis (malaria, HIV). Sementara pemeriksaan laboratorium khusus adalah pemeriksaan laboratorium lain yang dilakukan atas indikasi pada ibu hamil yang melakukan kunjungan *antenatal*. Pemeriksaan hemoglobin pada ibu hamil minimal dilakukan dua kali yaitu pada trimester I dan trimester III.

9) Tatalaksana/ penanganan kasus

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

10) Temu wicara (konseling)

Tatap muka antara bidan dengan ibu hamil dalam rangka melakukan konseling dari mulai masa kehamilan sampai dengan perencanaan persalinan dan pencegahan komplikasi (P4K) yang meliputi tempat persalinan, pendamping persalinan, kendaraan yang digunakan, calon donor darah dan biaya persalinan pada ibu hamil.

11) Kartu Skor Poedji Rochjati

Kartu Skor Poedji Rochjati (KSPR) adalah kartu skor yang digunakan sebagai alat skrining antenatal berbasis keluarga untuk menemukan factor risiko ibu hamil , yang selanjutnya mempermudah pengenalan kondisi untuk mencegah terjadi komplikasi obstetrik pada saat persalinan. KSPR disusun dengan format kombinasi antara checklist dari kondisi ibu hamil/ factor risiko dengan sistem skor. Kartu skor ini dikembangkan sebagai suatu teknologi sederhana, mudah , dapat diterima dan cepat digunakan oleh tenaga non professional.

Fungsi dari KSPR adalah :

1. Melakukan skrining deteksi dini ibu hamil risiko tinggi .
2. Memantau kondisi ibu dan janin selama kehamilan.
3. Memberi pedoman prnyuluhan untuk persalinan (Komunitas Informasi Edukasi/KIE)
4. Mencatat dan melaporkan keadaan kehamilan persalinan , nifas.
5. Validasi data mengenai perawatan ibu selama kehamilan, persalinan, nifas dengan kondisi ibu dan bayinya.
6. Audit Maternal Perinatal (AMP)

Sistin Skor memudahkan pengedukasian mengenai berat ringan faktor risiko kepada ibu hamil , suami, maupun keluarga. Skor dengan nilai 2, 4, dan 8 merupakan bobot risiko dari tiap faktor risiko. Sedangkan jumlah skor setiap kontak merupakan perkiraan besar risiko persalinan dengan perencanaan pencegahan . Kelom[pok risiko dibagi menjadi 3 yaitu

1. Kehamilan Risiko Rendah (KRR) : Skor 2 (hijau)
2. Kehamilam Risiko Tinggi (KRT) : Skor 6-10 (kuning)
3. Kehamilan Risiko Sangat Tinggi (KRST) : Skor > 12 (merah)

Terdapat 20 faktor risiko yang dubagi menjadi 3 kelompok faktor risiko pada penilaian KSPR.

1) Kelompok faktor risiko I (Ada Potensi Gawat Obstetrik)

1. Primi muda : terlalu muda , hamil pertama usia 16 tahun atau kurang
5. Primi Tua : terlalu tua , hamil usia > 35 tahun
6. Primi tua sekunder : jarak anak terkecil > 10 tahun
7. Anak terkecil , 2 tahun : terlalu cepat memiliki anak lagi.

8. Grande multi : terlalu banyak memiliki anak , anak > 4
 9. Umur ibu > 35 tahun : terlalu tua
 10. Tinggi badan < 145 cm : terlalu pendek , belum pernah melahirkan normal dengan bayi cukup bulan dan hidup, curiga panggul sempit.
 11. Pernah gagal kehamilan
 12. Persalinan yang lalu ditinggalkan.
 13. Bekas operasi sesar
- 2) Kelompok faktor risiko II
1. Penyakit ibu : anemia, malaria, TBC paru, payah jantung, dan penyakit lain.
 2. Preeklampsia ringan.
 3. Hamil kembar
 4. Hidramnion : air ketuban terlalu banyak
 5. IUFD (Intra Uterine Fetal Death) : bayi mati dalam kandungan
 6. Hamil serositus : hamil lebih bulan (> 42 minggu belum melahirkan)
 7. Letak sungsang
- 3) Kelompok faktor risiko III
1. Perdarahan Antepartum : dapat berupa solusio plasenta , plasenta previa atau vasa previa
 2. Preeklampsia berat / eklampsia.

2. Persalinan

a. Pengertian Persalinan

Persalinan adalah proses dimana bayi, placenta dan selaput ketuban keluar dari uterus ibu. Persalinan dianggap normal jika prosesnya terjadi pada usia kehamilan cukup bulan (setelah 37 minggu) tanpa disertai penyulit. Persalinan dimulai (inpartu) sejak uterus berkontraksi dan menyebabkan perubahan pada serviks

(membuka dan menipis) dan berakhir dengan lahirnya placenta secara lengkap (JNPK-KR 2017).

b. Fisiologi Persalinan

1) Fisiologi Persalinan Kala I

Perubahan fisiologi yang terjadi pada ibu bersalin kala I, (Jannah, 2017) sebagai berikut

a) Perubahan serviks

Kala I persalinan dimulai dari awal munculnya kontraksi persalinan yang ditandai dengan perubahan serviks secara progresif dan diakhiri dengan pembukaan serviks lengkap. Kala I dibagi menjadi fase laten dan fase aktif. Fase laten berlangsung mulai dari pembukaan serviks 0 sampai berakhir di pembukaan serviks 3 cm. Fase aktif dimulai dari pembukaan serviks 4 cm yang diakhiri dengan pembukaan serviks 10 cm.

b) Uterus

Myles menyatakan bahwa otot rahim saling beranyaman sehingga pembuluh darah dapat tertutup dengan kuat saat terjadi kontraksi.

Terjadi perbedaan pada bagian uterus :

(1) Segmen atas : bagian yang berkontraksi, bila dilakukan palpasi akan terasa keras saat kontraksi.

(2) Segmen bawah : terdiri atas uterus dan serviks, merupakan daerah yang teregang, bersifat pasif. Hal ini mengakibatkan pemendekan segmen bawah uterus.

(3) Batas antara segmen atas dan segmen bawah uterus membentuk lingkaran cincin retraksi fisiologis. Pada keadaan kontraksi uterus inkoordinasi akan membentuk cincin retraksi patologis yang dinamakan cincin bandl.

c) Pergeseran Organ Dasar Panggul

Prawirohardjo, pada kala satu persalinan selaput ketuban dan bagian terbawah janin memainkan peran penting untuk membuka bagian atas vagina. Namun, setelah ketuban pecah, perubahan-perubahan dasar panggul seluruhnya dihasilkan oleh tekanan yang diberikan oleh bagian terbawah janin.

d) Ekspulsi Janin

Setelah terjadinya rotasi luar, bahu depan berfungsi sebagai hypomochlion untuk kelahiran bahu belakang. Kemudian setelah kedua bahu lahir disusul lahirlah trochanter depan dan belakang sampai lahir seluruhnya. Gerakan kelahiran bahu depan, bahu belakang dan badan seluruhnya (Sari dan Rimandini, 2014).

2) Fisiologi Persalinan Kala II

Persalinan kala dua dimulai ketika pembukaan serviks sudah lengkap atau 10 cm dan berakhir dengan lahirnya bayi. Adapun yang menjadi tanda dan gejala kala II yaitu: ibu merasa ingin meneran bersamaan dengan terjadinya kontraksi, ibu merasakan adanya peningkatan tekanan pada rektum dan atau vaginanya, *perineum* menonjol, vulva-vagina dan *sfincter ani* membuka, dan meningkatnya pengeluaran lendir bercampur darah.

3) Fisiologi Persalinan Kala III

Pada kala III, otot uterus (miometrium) berkontraksi mengikuti penyusutan volume rongga uterus setelah lahirnya bayi. Penyusutan ukuran ini

menyebabkan berkurangnya ukuran tempat perlekatan plasenta. Karena tempat perlekatan menjadi semakin kecil, sedangkan ukuran plasenta tidak berubah maka plasenta akan terlipat, menebal dan kemudian lepas dari dinding uterus. Setelah lepas, plasenta akan turun ke bagian bawah uterus atau ke dalam vagina. Setelah bayi lahir, uterus mengadakan kontraksi yang mengakibatkan penciutan permukaan kavum uteri, tempat implantasi plasenta. Akibatnya, plasenta akan lepas dari tempat implantasinya (Sari dan Rimandini, 2014).

4) Fisiologi Persalinan Kala IV

Segera setelah kelahiran plasenta, sejumlah perubahan maternal terjadi pada saat stress fisik dan emosional akibat persalinan dan kelahiran mereda dan ibu memasuki penyembuhan pascapartum dan bonding (ikatan). Setelah kelahiran plasenta, uterus dapat ditemukan ditengah-tengah abdomen kurang lebih dua pertiga sampai tiga perempat antara simpisis pubis dan umbilikus (Sari dan Rimandini, 2014). Jika uterus ditemukan berada di atas umbilicus dan bergeser, paling umum ke kanan, cenderung menandakan kandung kemih penuh dan perlu dikosongkan.

c. Lima Benang Merah Asuhan Persalinan

Lima aspek dasar atau Lima Benang Merah yang penting dan saling terkait dalam asuhan persalinan bersih dan aman. Berbagai aspek tersebut melekat pada setiap persalinan, baik normal maupun patologis. Lima Benang Merah tersebut yaitu : membuat keputusan klinik, asuhan sayang ibu dan sayang bayi, pencegahan infeksi, pencatatan (rekam medik) asuhan persalinan, rujukan. Lima Benang Merah ini akan selalu berlaku dalam penatalaksanaan persalinan, mulai dari kala satu hingga kala empat, termasuk penatalaksanaan bayi baru lahir (JNPK-KR, 2017).

d. Manajemen Persalinan

Standar Pertolongan Persalinan (JNPK-KR 2017) adalah sebagai berikut :

1) Asuhan Persalinan Kala I

Bidan memberikan dukungan dengan mendengarkan keluhan ibu. Memberi asuhan sayang ibu dengan menganjurkan kepada suami atau keluarga untuk memberi pijatan pada punggung ibu. Menganjurkan ibu untuk berganti posisi yang nyaman selama persalinan. Memenuhi kebutuhan cairan dan nutrisi. Menganjurkan ibu untuk berkemih paling sedikit setiap 2 jam . Menjaga lingkungan tetap bersih dan aman . Partograf harus digunakan untuk memantau perkembangan persalinan ibu pada saat telah memasuki persalinan pada kala satu fase aktif. Penilaian dan intervensi yang dilakukan pada persalinan kala satu yaitu pemeriksaan tekanan darah, pembukaan serviks, dan penurunan bagian terbawah janin setiap empat jam pada kala I fase laten dan fase aktif, pemeriksaan suhu dilakukan pada kala I fase laten setiap empat jam, fase aktif setiap dua jam, serta pemeriksaan DJJ, nadi, frekuensi dan lamanya kontraksi uterus setiap 30 menit pada fase laten dan fase aktif.

2) Asuhan Persalinan Kala II

Bidan memberikan asuhan sayang ibu dengan menganjurkan ibu didampingi oleh keluarga memberi semangat dan dukungan selama proses persalinan. Membersihkan vulva dan perineum ibu untuk mencegah infeksi mulai dari bagian atas kearah bawah dan menganjurkan ibu untuk berkemih setiap 2 jam. Amniotomi dilakukan jika selaput ketuban belum pecah, pembukaan lengkap dan ibu meneran spontan. Membimbing ibu meneran secara efektif dilanjutkan memenuhi kebutuhan nutrisi ibu diantara waktu kontraksi serta membantu ibu untuk merubah

posisi yang nyaman selama kala II. Menolong kelahiran bayi dengan melahirkan kepala, bahu, dan seluruh tubuh bayi, maka dilakukan penanganan bayi baru lahir. Episiotomi hanya dilakukan jika ada indikasi. Pemantauan dan pencatatan kondisi ibu, bayi, dan kemajuan persalinan meliputi: nadi, frekuensi dan lamanya kontraksi, DJJ setiap selesai meneran, penurunan kepala bayi, warna cairan ketuban, kehamilan kembar, serta adanya presentasi majemuk atau tali pusat terkemuka.

3) Asuhan Persalinan Kala III

Bidan melakukan manajemen aktif Kala III dengan tujuan membuat uterus berkontraksi lebih efektif. Manajemen aktif kala III yang dilakukan yaitu: pemberian suntikan oksitosin dalam satu menit pertama setelah bayi lahir, melakukan penegangan tali pusat terkendali, masase fundus uteri setelah placenta lahir untuk merangsang kontraksi uterus.

4) Asuhan Persalinan Kala IV

Setelah placenta lahir lakukan rangsangan taktil (masase) uterus, evaluasi tinggi fundus uteri, periksa kemungkinan perdarahan dari robekan perineum dan lakukan penjahitan bila ada robekan perineum. Evaluasi keadaan umum ibu dengan memantau tanda-tanda vital ibu. Dokumentasikan semua asuhan selama persalinan kala empat di halaman dua partograf.

d. Partograf

1. Pengertian

Partograf adalah alat pemantauan persalinan normal dan juga sebagai alat pengambilan keputusan klinis, karena dengan adanya partograf maka persalinan yang tidak normal akan dapat dievaluasi. Dalam pelaksanaan pembelajaran

terdapat beragam metode pembelajaran yang dapat digunakan untuk *Student Center Learning* (SCL) baik dikelas, laboratorium maupun klinik. Tujuan *literature review* ini juga untuk melihat sejauh mana topik dokumentasi asuhan pada persalinan khususnya metode pembelajaran untuk meningkatkan ketrampilan mahasiswa dalam melakukan dokumentasi telah diteliti. Metode Penelitian ini merupakan *systematic review*. Metode pembelajaran yang digunakan dalam penelitian antara lain metode studi kasus, demonstrasi, multimedia, case based learning, simulasi, latihan, small group discussion, penuntun belajar jobsheet, peer tutoring serta kooperatif type STAD. Hasil literature review ini menunjukkan terjadi pengaruh metode pembelajaran terhadap ketrampilan dokumentasi asuhan kebidanan pada persalinan. Metode pembelajaran dengan cara studi kasus, simulasi, small group discussion, demonstrasi, tutor dengan teman sebaya dan kooperatif type STAD lebih berpengaruh dalam meningkatkan ketrampilan mahasiswa dalam membuat dokumentasi partograf. Dosen sebagai tenaga pendidik profesional sebaiknya mempertimbangkan metode pembelajaran yang dapat digunakan dalam mempelajari materi yang disesuaikan dengan tujuan materi yang ingin disampaikan untuk meningkatkan ketrampilan mahasiswa dalam dokumentasi asuhan pada persalinan (partograf).

2. Tujuan

Adapun tujuan utama dari penggunaan partograf adalah untuk: 1) Mencatat hasil observasi dan kemajuan persalinan dengan menilai pembukaan serviks melalui pemeriksaan dalam. 2) Mendeteksi apakah proses persalinan berjalan secara normal. Dengan demikian dapat pula mendeteksi secara dini kemungkinan

terjadinya partus lama. 3) Data pelengkap yang terkait dengan pemantauan kondisi ibu, kondisi bayi, grafik kemajuan proses persalinan, bahan dan medikamentosa yang diberikan, pemeriksaan laboratorium, membuat keputusan klinik dan asuhan atau tindakan yang diberikan dimana semua itu dicatatkan secara rinci pada status atau rekam medik ibu bersalin dan bayi baru lahir (JNPK-KR, 2008).

Jika digunakan dengan tepat dan konsisten, partograf akan membantu penolong persalinan untuk :

- 1) Mencatat kemajuan persalinan
- 2) Mencatat kondisi ibu dan janinnya
- 3) Mencatat asuhan yang diberikan selama persalinan dan kelahiran
- 4) Menggunakan informasi yang tercatat untuk identifikasi dini penyulit persalinan
- 5) Menggunakan informasi yang tersedia untuk membuat keputusan klinik yang sesuai dan tepat waktu (JNPK-KR, 2008).

c. Penggunaan partograf

Partograf harus digunakan:

- 1) Untuk semua ibu dalam fase aktif kala satu persalinan dan merupakan elemen penting dari asuhan persalinan. Partograf harus digunakan untuk semua persalinan, baik normal maupun patologis. Partograf sangat membantu penolong persalinan dalam memantau, mengevaluasi dan membuat keputusan klinik, baik persalinan dengan penyulit maupun yang tidak disertai dengan penyulit
- 2) Selama persalinan dan kelahiran bayi di semua tempat (rumah, Puskesmas, klinik bidan swasta, rumah sakit, dll)

3) Secara rutin oleh semua penolong persalinan yang memberikan asuhan persalinan kepada ibu dan proses kelahiran bayinya (Spesialis Obstetri, Bidan, Dokter Umum, Residen dan Mahasiswa Kedokteran) (JNPK-KR,2008).

3. Nifas

a. Pengertian Nifas

Masa nifas atau *puerperium* adalah setelah kala IV sampai dengan enam minggu berikutnya (pulihnya alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil). Akan tetapi seluruh otot genitalia baru pulih kembali seperti sebelum ada kehamilan dalam waktu 3 bulan. Masa ini merupakan periode kritis baik bagi ibu maupun bayinya maka perlu diperhatikan (Nurjismi, E., dkk. 2016). Masa nifas (*puerperium*) dimulai setelah plasenta lahir dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil. Masa nifas berlangsung selama kira-kira 6 minggu atau 42 hari, namun secara keseluruhan akan pulih dalam waktu 3 bulan (Kemenkes RI, 2015).

b. Fisiologis Nifas

Alat-alat genitalia interna maupun eksterna dalam masa nifas akan berangsur-angsur pulih kembali seperti keadaan semula sebelum hamil. Perubahan alat-alat genital ini dalam keseluruhannya disebut involusio (Kemenkes RI, 2015a), yang meliputi:

1) Uterus

Involusi atau pengerutan uterus merupakan suatu proses dimana uterus kembali ke kondisi sebelum hamil dengan berat sekitar 30 gram. Proses ini dimulai segera setelah plasenta lahir akibat kontraksi otot-otot polos uterus, untuk lebih jelasnya ada pada tabel 2, sbb:

Tabel 2
TFU dan Berat Uterus menurut Masa Involusi

Involusi Uteri	Tinggi Fundus Uteri	Berat Uterus
Saat bayi baru lahir	Setinggi pusat, 2 jari dibawah pusat	1000 gram
1 minggu postpartum	Pertengahan pusat-simfisis	500 gram
2 minggu postpartum	Tidak teraba diatas simfisis	350 gram
6 minggu postpartum	Normal	50 gram
8 minggu postpartum	Normal seperti sebelum hamil	30 gram

Sumber : Kemenkes RI. 2015.

b) Serviks

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

c) *Lochea*

Lochea adalah ekskresi cairan rahim selama masa nifas. Lochea mengandung darah dan sisa jaringan desidua yang nekrotik dari dalam uterus. Pemeriksaan lochea meliputi perubahan warna dan bau karena lochea memiliki ciri khas : bau amis atau khas darah dan adanya bau busuk menandakan adanya infeksi. Jumlah total pengeluaran seluruh periode lochea rata – rata \pm 240-270 ml seperti pada tabel 3 berikut ini.

Tabel 3
Perbedaan Masing – Masing Lochea

Lochea	Waktu	Warna	Ciri – ciri
Rubra/Merah (Cruenta)	1-3 hari	Merah	Terdiri dari darah segar, jaringan sisa-sisa placenta, dinding rahim, lemak
Sanguinolenta	4-7 hari	Merah	Sisa darah dan berlendir
Serosa	8-14 hari	Kuning	Mengandung serum, leukosit, dan robekan/laserasi plasenta
Alba/putih	>14 hari	Putih	Mengandung leukosit, sel desidua, sel epitel, selaput lender serviks, dan serabut jaringan

d) Vulva, Vagina dan Perineum

Vulva dan vagina mengalami penekanan serta peregangan yang sangat besar selama proses melahirkan bayi, dan dalam beberapa hari pertama sesudah proses tersebut, kedua organ ini tetap berada dalam keadaan kendur. Setelah 3 minggu vulva dan vagina kembali kepada keadaan tidak hamil dan rugae dalam vagina secara berangsur-angsur akan muncul kembali sementara labia menjadi lebih menonjol. Himen tampak sebagai tonjolan kecil dan dalam proses pembentukan berubah menjadi kurunkulae motiformis yang khas bagi wanita multipara. Perineum menjadi kendur karena sebelumnya teregang oleh tekanan kepala bayi yang bergerak maju. Perubahan pada perineum pasca melahirkan terjadi pada saat perineum mengalami robekan. Robekan jalan lahir dapat terjadi secara spontan ataupun dilakukan episiotomy dengan indikasi tertentu. Pada postnatal hari ke-5, perineum sudah mendapatkan

kembali sebagian besar tonusnya sekalipun tetap lebih kendur daripada keadaan sebelum melahirkan. Ukuran vagina akan selalu lebih besar dibandingkan keadaan saat sebelum persalinan pertama. Meskipun demikian, latihan otot perineum dapat mengembalikan tonus otot tersebut dan dapat mengencangkan vagina hingga tingkat tertentu. Hal ini dapat dilakukan pada akhir *puerperium* dengan latihan harian (Marmi, 2015)

e) Sistem Pencernaan

Pasca melahirkan, kadar progesterone juga mulai menurun. Namun demikian fungsi usus memerlukan waktu 3-4 hari untuk kembali normal. Buang air besar secara spontan bisa tertunda selama 2-3 hari setelah ibu melahirkan. Keadaan ini bisa disebabkan karena tonus otot usus menurun selama proses persalinan dan pada awal masa pascapartum, diare sebelum persalinan, enema sebelum melahirkan, kurang makan atau dehidrasi. Pada ibu yang mengalami episiotomi, laserasi dan hemoroid sering menduga nyeri saat defekasi sehingga ibu sering menunda untuk defekasi. Faktor tersebut mendukung konstipasi pada ibu nifas dalam minggu pertama. Suppositoria dibutuhkan untuk membantu eliminasi pada ibu nifas. Akan tetapi proses konstipasi juga dapat dipengaruhi oleh kurangnya pengetahuan ibu dan kekhawatiran lukanya akan terbuka bila ibu buang air besar (Marmi, 2015).

f) Sistem Perkemihan

Ibu postpartum dianjurkan segera buang air kecil, agar tidak mengganggu proses involusi uteri dan ibu merasa nyaman. Namun demikian, paska melahirkan ibu sulit merasa buang air kecil dikarena trauma yang terjadi pada uretra dan kandung kemih selama proses melahirkan, yakni sewaktu bayi

melewati jalan lahir. Dinding kandung kemih dapat mengalami oedema. Kombinasi trauma akibat kelahiran, peningkatan kapasitas kandung kemih setelah bayi lahir, dan efek konduksi anestesi menyebabkan keinginan untuk berkemih menurun. Selain itu, rasa nyeri pada panggul yang timbul akibat dorongan saat melahirkan, laserasi vagina, atau episiotomi menurunkan atau mengubah reflex berkemih. Penurunan berkemih, seiring diuresis pascapartum bisa menyebabkan distensi kandung kemih. Distensi kandung kemih yang muncul segera setelah wanita melahirkan dapat menyebabkan perdarahan berlebih karena keadaan ini bisa menghambat uterus berkontraksi dengan baik. Pada masa pasca partum tahap lanjut, distensi yang berlebihan ini dapat menyebabkan kandung kemih lebih peka terhadap infeksi sehingga mengganggu proses berkemih normal. Apabila terjadi distensi berlebih pada kandung kemih dalam mengalami kerusakan lebih lanjut (atoni). Dengan mengosongkan kandung kemih secara adekuat, tonus kandung kemih biasanya akan pulih kembali dalam 5-7 hari setelah bayi lahir (Marmi, 2015).

g. Laktasi

Sejak kehamilan muda, sudah terdapat persiapan-persiapan pada kelenjar mamma untuk menghadapi masa laktasi ini. Perubahan yang terdapat pada kedua mamma antara lain sebagai berikut:

- 1) Proliferasi jaringan, terutama kelenjar-kelenjar dan alveolus mamma dan lemak.
- 2) Pada duktus laktiferus terdapat cairan yang kadang-kadang dapat dikeluarkan berwarna kuning (kolostrum).
- 3) Hipervaskularisasi terdapat pada permukaan maupun pada bagian dalam mamma. Pembuluh –pembuluh vena berdilatasi dan tampak dengan jelas.

Tanda-tanda ini merupakan pula salah satu tanda tidak pasti untuk membantu diagnosis kehamilan.

- 4) Setelah partus pengaruh menekan dari estrogen dan progesterone terhadap hipofisis hilang. Timbul pengaruh hormone-hormon hipofisis kembali antara lain *Lactogenic hormone* (prolaktin) yang akan dihasilkan pula. Mamma yang telah dipersiapkan pada masa hamil terpengaruhi dengan kelenjar-kelenjar berisi air susu. Pengaruh oksitosin mengakibatkan mioepitelium kelenjar-kelenjar susu berkontraksi, sehingga pengeluaran air susu dilaksanakan. Umumnya produksi air susu baru berlangsung betul pada hari ke 2-3 postpartum. Pada hari pertama air susu mengandung kolostrum yang merupakan cairan kuning lebih kental dari pada air susu mengandung banyak protein albumin dan globulin dan benda-benda kolostrum dengan diameter 0,001-0,025 mm. karena mengandung banyak protein dan mudah dicerna, maka sebaiknya kolostrum jangan dibuang. Selain pengaruh hormonal tersebut diatas, salah satunya rangsangan terbaik untuk mengeluarkan air susu adalah dengan menyusui bayi itu sendiri. Rangsangan psikis ini merupakan reflex dari mata ibu ke otak, menhibatkan oksitosin dihasilkan, sehingga air susu dapat dikeluarkan dan pula, sebagai efek sampingan, memperbaiki involusi uterus. Keuntungan lain menyusui bayi sendiri ialah akan menjelmana rasa kasih sayang sehingga bertumbuh suatu pertalian yang intim antara ibu dan anak.

3. Asuhan Nifas

Asuhan masa nifas diperlukan dalam periode ini karena merupakan masa kritis baik ibu maupun bayinya. Paling sedikit 4 kali kunjungan masa nifas dilakukan untuk menilai status ibu dan bayi baru lahir dan untuk mencegah,

mendeteksi dan menangani masalah-masalah yang terjadi (Saifuddin, dkk, 2013) pada tabel 4 sbb:

Tabel 4
Frekuensi Kunjungan Masa Nifas

Kunjungan	Waktu	Tujuan
I	6 – 8 jam setelah persalinan	<ol style="list-style-type: none">1. Mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri2. Mendeteksi penyebab lain perdarahan serta melakukan rujukan bila perdarahan berlanjut3. Melakukan konseling pada ibu untuk keluarga jika terjadi masalah4. Memfasilitasi ibu untuk pemberian ASI awal5. Memfasilitasi, mengajarkan cara hubungan ibu dan bayi (<i>Bounding attachment</i>)6. Menjaga bayi tetap sehat dan hangat dengan cara mencegah hipotermia7. Memastikan ibu merawat bayi dengan baik (perawatan tali pusat, memandikan bayi)

II	6 hari setelah persalinan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memastikan involusi uteri berjalan normal, uterus berkontraksi baik, tinggi fundus uteri dibawah pusat (<i>umbilicus</i>), tidak ada perdarahan, lochea tidak berbau 2. Mendeteksi tanda – tanda : demam, perdarahan abnormal, sakit kepala hebat, dll 3. Memastikan ibu mendapatkan asupan nutrisi, hidrasi dan istirahat yang cukup 4. Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tak memperhatikan tanda – tanda penyulit 5. Memberikan konseling pada ibu memberikan asuhan pada tali pusat, menjaga bayi tetap hangat dan merawat bayi sehari – hari 6. Melakukan konseling KB secara mandiri 7. Memastikan ibu untuk melakukan pemeriksaan bayi ke pelayanan kesehatan terdekat
III	2 minggu setelah persalinan	Sama dengan kunjungan ke II
IV	6 minggu setelah persalinan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menanyakan kepada ibu adakah masalah / penyulit yang dialami ibu maupun bayinya 2. Memastikan ibu untuk memilih kontrasepsi efektif/sesuai kebutuhan

Sumber : Saifuddin, dkk, 2013

4. Klasifikasi Masa Niifas

Masa nifas dibagi menjadi tiga tahapan, yaitu :

1. Puerperium dini

Merupakan masa pemulihan awal dimana ibu diperbolehkan untuk berdiri dan berjalan – jalan. Ibu yang melakan per vagina tanpa komplikasidalam 6 jam pertama setelah kala IV dianjurkan untuk mobilisasi segera (Maritalia, 2014).

2. Puerperium intermedial

Suatu masa pemulihan di mana organ – organ reproduksi secara berangsur – angsur akan kembali ke keadaan sebelum hamil. Masa ini berlangsung selama kurang lebih enam minggu atau 42 hari (Maritalia, 2014).

3. Remote puerperium

Waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat kembali dalam keadaan sempurna terutama bila ibu selama hamil atau waktu persalinan mengalami komplikasi. Rentang waktu remote puerperium berbeda untuk setiap ibu, tergantung dari berat ringannya komplikasi yang dialami selama hamil atau persalinan (Maritalia, 2014).

5. Perubahan Masa Nifas

Menurut Varney, Jan dan Carolyn (2007), proses adaptasi psikologis pada masa nifas dapat dibagi menjadi tiga fase yaitu sebagai berikut :

1) *Taking in* (1-2 hari post partum) Fase ini disebut juga periode ketergantungan. Periode ini terjadi pada hari pertama sampai kedua setelah melahirkan, dimana ibu akan mengulang kembali pengalaman persalinan dan menunjukkan kebahagiaan yang sangat serta bercerita tentang pengalaman melahirkan.

2) *Taking hold* (2-4 hari post partum) Fase ini disebut juga periode antara ketergantungan dan ketidaktergantungan. Periode ini berlangsung dua sampai empat hari setelah melahirkan, dimana ibu menaruh perhatian pada kemampuannya menjadi orang tua dan menerima peningkatan tanggung jawab terhadap bayinya. Pada fase ini ibu memfokuskan pada pengembalian kontrol terhadap fungsi tubuhnya, fungsi 36 kandung kemih, kekuatan dan daya tahan. Ibu

mungkin peka terhadap perasaan tidak mampu dan cenderung memahami saran – saran bidan sebagai kritik yang terbuka atau tertutup.

3) *Letting go* (setelah ibu pulang kerumah) Fase ini juga disebut dengan periode saling ketergantungan. Periode ini umumnya terjadi setelah ibu baru kembali ke rumah, dimana ibu melibatkan waktu reorganisasi keluarga. Ibu menerima tanggung jawab untuk perawatan bayi baru lahir. Terjadi penyesuaian dalam hubungan keluarga untuk mengobservasi bayi. Ibu harus mampu beradaptasi terhadap penurunan otonomi, kemandirian dan khususnya interaksi social.

4. Bayi

a. Bayi Baru Lahir

Bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir dengan presentasi belakang kepala pada usia kehamilan 37 minggu sampai 42 minggu dengan berat badan lahir 2500 gram sampai dengan 4000 gram.

1) Adaptasi Bayi Baru Lahir

a) Sistem Pernapasan

Sistem pernapasan, upaya rangsangan napas pertama pada bayi berfungsi untuk mengeluarkan cairan (surfaktan) dalam paru-paru untuk pertama kali. Setelah pernapasan mulai berfungsi, nafas bayi menjadi dangkal dan tidak teratur (bervariasi 30-60 kali per menit) disertai apnea singkat (kurang dari 15 detik).

Bayi baru lahir biasanya bernapas melalui hidung (Bobak, Lowdermilk, dan Jensen, 2005)

b) Sistem Gestasional

Bayi baru lahir memiliki kemampuan untuk mencerna karbohidrat lemak, dan protein yang diatur oleh beberapa enzim kecuali enzim *amylase*. Enzim *lipase*

diperlukan untuk mencerna lemak. Oleh karena itu, bayi baru lahir normal mampu mencerna karbohidrat sederhana, protein tetapi terbatas dalam mencerna lemak. Kolostrum merupakan pencahar untuk membersihkan meconium dari usus bayi dan mempersiapkan saluran pencernaan bayi (Bobak, Lowdermilk, dan Jensen, 2005)

c) Sistem Pencernaan

Bentuk makanan yang baik dikonsumsi pada awal proses pencernaan bagi bayi baru lahir adalah kolostrum. Kolostrum diproduksi oleh payudara sejak masa kehamilan dan dalam 2-3 hari setelah melahirkan. Untuk mendapatkan kolostrum bayi baru lahir harus mampu mengisap dan menelan. Gerakan tersebut adalah reflek yang dimiliki oleh bayi *mature* saat lahir. Proses mencerna makanan akan menstimulasi peristaltik usus serta menghasilkan pengaliran keluar mekonium.

d) Sistem Imunitas

Bayi baru lahir memerlukan waktu beberapa minggu untuk membentuk imunitas aktif. Maka untuk melindungi bayi dari infeksi kuman dan bakteri diperlukan tindakan antisipasi dan proteksi terhadap kondisi bayi.

e) Inisiasi Menyusu Dini (IMD)

Inisiasi Menyusu Dini adalah proses membiarkan bayi menyusu sendiri setelah kelahiran. Segera setelah lahir, bayi diletakkan di dada atau di atas perut ibu selama paling sedikit satu jam untuk memberikan kesempatan pada bayi mencari puting susu ibu. Manfaat IMD bagi bayi adalah membantu stabilisasi pernapasan, mengendalikan suhu tubuh bayi, mencegah infeksi nosokomial, dapat menurunkan insiden ikterus pada bayi baru lahir, memperkuat reflek hisap bayi dan membuat bayi lebih tenang. Bagi ibu, IMD dapat mengoptimalkan

pengeluaran oksitosin, prolaktin, dan secara psikologis dapat menguatkan ikatan batin antara ibu dan bayi (Saifuddin, 2014)

2) Standar Asuhan pada Bayi Baru Lahir

Komponen asuhan bayi baru lahir yaitu pencegahan infeksi, penilaian segera setelah lahir, pencegahan kehilangan panas, Perawatan tali pusat, Injeksi Vitamin K1 1 mg intramuskular pada paha kiri anterolateral, pencegahan infeksi mata dengan pemberian salep mata, IMD, Manajemen laktasi, pemberian imunisasi HB-O, dan pemeriksaan fisik bayi baru lahir, serta pemberian identitas (tanda pengenal)

b. Neonatus

Masa neonatus merupakan masa dari lahirnya bayi sampai dengan bayi berusia 28 hari. Resiko kematian terbesar pada neonatus adalah selama 24 jam pertama kehidupannya. Asuhan yang dapat diberikan untuk bayi baru lahir sampai masa neonatus ada tiga kali yaitu:

1) Kunjungan neonatal pertama (KN1) dilakukan dari enam hingga 48 jam setelah kelahiran bayi. Asuhan yang diberikan adalah menimbang berat badan bayi, mengukur panjang badan, memeriksa suhu, respirasi, dan frekuensi denyut jantung, pemeriksaan fisik lengkap untuk melihat adanya kelainan kongenital, memeriksa ikterus, menjaga kehangatan tubuh bayi, memberi ASI eksklusif, pencegahan infeksi, perawatan tali pusat dan tanda bahaya seperti bayi tidak mau menyusu, kejang-kejang, merintih atau menangis terus-menerus, demam, tali pusat kemerahan, tinja saat buang air besar berwarna pucat dan menganjurkan ibu untuk melakukan imunisasi BCG (diberikan secara intracutan pada lengan kanan bayi dengan dosis 0,05 cc untuk memberikan kekebalan aktif terhadap penyakit

TBC) dan Polio 1 (diberikan secara oral dengan dosis dua tetes untuk memberikan kekebalan aktif terhadap penyakit Polio).

2) Kunjungan neonatal kedua (KN2) dilakukan dari usia tiga sampai tujuh hari setelah bayi lahir. Asuhan yang diberikan adalah menjaga kehangatan tubuh bayi, memantau berat badan bayi, panjang badan, memeriksa suhu, respirasi, dan frekuensi denyut jantung, memberikan ASI eksklusif, memijat dan memandikan bayi, perawatan tali pusat, memeriksa adanya tanda bahaya seperti ikterus, diare, penurunan berat badan dan masalah pemberian ASI.

3) Kunjungan neonatal ketiga (KN3) dilakukan pada usia bayi delapan sampai 28 hari setelah lahir. Asuhan yang diberikan kepada bayi adalah menjaga kehangatan tubuh bayi, memantau berat badan bayi, panjang badan, memeriksa suhu, respirasi, dan frekuensi denyut jantung, memberikan ASI eksklusif, memijat dan memandikan bayi, perawatan tali pusat, memeriksa adanya tanda bahaya seperti ikterus, diare, penurunan berat badan dan masalah pemberian ASI.

c. Bayi 29-42 hari

Bayi akan mengalami perkembangan dan pertumbuhan dari bulan ke bulan. Pertumbuhan pada bayi tentunya diiringi dengan perkembangan motorik kasar, motorik halus, komunikasi, sosial dan kemandirian (WHO,2005).

1) Pertumbuhan

Usia nol sampai enam bulan berat badan bayi akan mengalami penambahan setiap minggu sekitar 140-200 gram. Penambahan tinggi badan sekitar 2,5 cm setiap bulannya. Berat badan bayi perempuan normal usia satu bulan adalah 3200-5500 gram dan berat badan bayi laki-laki normal adalah 3300-5700 gram. Panjang

badan bayi perempuan normal 49,8-57,6 cm dan laki-laki 50,8-56,8 cm. Lingkar kepala bayi perempuan normal 34-38 cm dan laki-laki cm.(Kemenkes RI, 2016)

2) Perkembangan

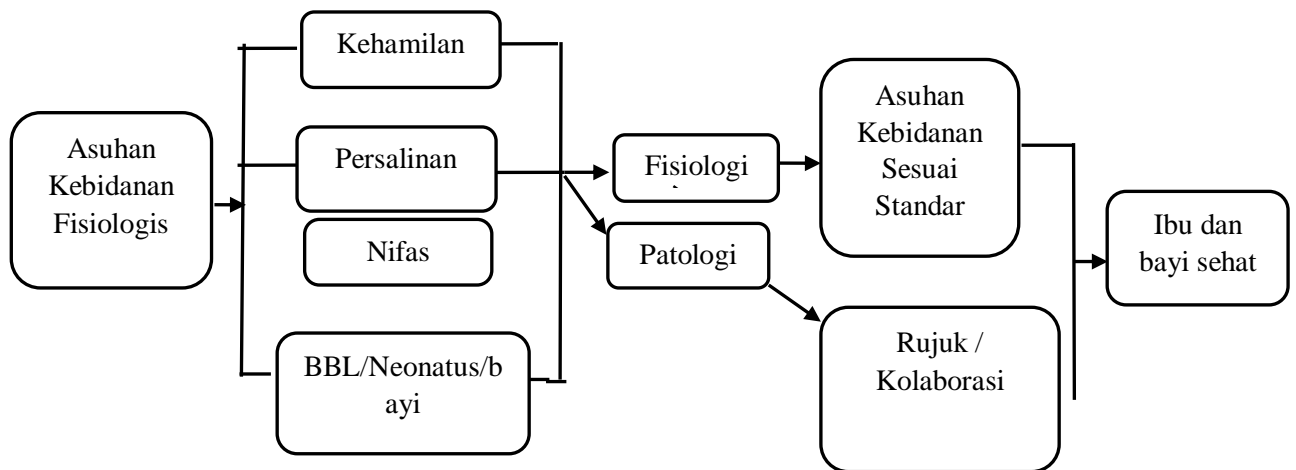
Bayi usia satu bulan memiliki kemampuan seperti menatap ke ibu, mengeluarkan suara o..o..., tersenyum, dan menggerakkan tangan serta kaki. Stimulasi yang dilakukan oleh keluarga yaitu sering memeluk dan menimang bayi dengan penuh kasih sayang, gantung benda berwarna cerah yang bergerak dan bisa dilihat bayi, tatap mata bayi dan ajak tersenyum, bicara dan bernyanyi, serta mendengarkan musik/suara kepada bayi (Kemenkes RI, 2016).

3) Asuhan bayi 29-42 hari

Asuhan yang diberikan yaitu menimbang berat badan untuk memantau status gizi, pengukuran panjang badan untuk memantau stanting, pengukuran lingkar kepala untuk memantau adanya macrocephal (lingkar kepala lebih dari normal) atau Microcephal (lingkar kepala kurang dari normal), memeriksa perkembangan motorik kasar (tangan dan kaki bayi mulai aktif bergerak), motorik halus (kepala bayi sudah dapat menoleh kesamping), motorik komunikasi/bahasa (mulai bereaksi terhadap bunyi lonceng, sudah bisa mengeluarkan suara o..o..) dan perkembangan sosial (bayi dapat menatap wajah ibu). Memeriksa tanda bahaya seperti demam, tidak mau menyusu, kejang, diare berulang-ulang dan pemberian imunisasi BCG (diberikan secara intracutan pada lengan kanan bayi dengan dosis 0,05 cc untuk memberikan kekebalan aktif terhadap penyakit TBC) dan Polio 1 (diberikan secara oral dengan dosis dua tetes untuk memberikan kekebalan aktif terhadap penyakit Polio (Kemenkes RI, 2016).

B. Kerangka Konsep

Asuhan kebidanan sesuai standar diberikan selama kehamilan, persalinan, nifas, dan neonatus. Diharapkan asuhan kebidanan yang diberikan membawa Ibu ke dalam kondisi yang fisiologi, namun tidak menutup kemungkinan kondisi Ibu dapat berubah menjadi patologi baik dalam kehamilan, persalinan, maupun nifas, dan neonatus. Kondisi yang patologis memerlukan penanganan lebih lanjut dengan cara rujukan. Di bawah merupakan gambaran kerangka pikir sebagai berikut:



Gambar 1 Kerangka Konsep Asuhan Kebidanan Fisiologis