BAB II
TINJAUAN TEORITIS

2.1 Konsep Dasar Continuity of Care (COC)

Continuity of Care dalam kebidanan adalah serangkaian kegiatan pelayanan yang berkelanjutan dan menyeluruh mulai dari kehamilan, persalinan, nifas, pelayanan Bayi Baru Lahir (BBL) serta pelayanan Keluarga Berencana (KB) yang menghubungkan kebutuhan kesehatan perempuan dan keadaan pribadi setiap individu (Ningsih, 2017). Continuity of Care adalah hal yang mendasar dalam model praktik kebidanan untuk memberikan asuhan yang holistik, membangun kemitraan yang berkelanjutan untuk memberi dukungan, dan membina hubungan saling percaya antara bidan dengan klien (Astuti, 2017). COC menekankan pada kondisi alamiah yaitu membantu perempuan agar mampu melahirkan dengan intervensi minimal dan pemantauan fisik, kesehatan psikologis, spiritual dan sosial perempuan dan keluarga. Dapat ditarik kesimpulan bahwa COC merupakan pelayanan yang mendasari praktik kebidanan untuk memberikan asuhan yang holistik, membangun hubungan saling percaya antara bidan dengan klien serta meningkatkan kesejahteraan keluarga.

Tujuan Continuity of Care yaitu untuk memantau kemajuan kehamilan, memastikan kesehatan ibu dan tumbuh kembang bayi, mengenal secara dini adanya ketidaknormalan atau komplikasi yang mungkin terjadi selama hamil, mengurangi penggunaan intervensi pada saat persalinan termasuk SC, meningkatkan jumlah persalinan normal dibandingkan dengan perempuan yang merencanakan persalinan dengan tindakan (Ningsih, 2017). Manfaat Continuity of Care adalah lebih kecil kemungkinan untuk melahirkan secara SC, mengalami kelahiran premature, mengurangi risiko kematian bayi baru lahir (Toronto, 2017).

Hasil penelitian menyebutkan bahwa asuhan kebidanan berkesinambungan memberikan manfaat sebagai berikut:

a. Perempuan tujuh kali lebih ingin persalinannya ditolong oleh bidan yang dikenalnya, karena mereka tahu bahwa bidan tersebut selalu mengerti kebutuhan mereka.
b. 16% mengurangi kematian bayi.
c. 19% mengurangi kematian bayi sebelum 24 minggu.
d. 15% mengurangi pemberian obat analgesia.
e. 24% mengurangi kelahiran preterm.
f. 16% mengurangi tindakan episiotomy (Homer, C., Brodie, P., Sandall, J., & Leap, 2019)

Continuity of Care dimulai dari asuhan Antenatal Care (ANC) secara berkesinambungan dengan standar asuhan kehamilan minimal dilakukan 6x kunjungan dari trimester 1 (usia kehamilan 0 – 13 minggu) 2x, trimester 2 (usia kehamilan 14 – 27 minggu) 1x, dan trimester 3 (usia kehamilan 28 – 40 minggu) 3x. Asuhan kehamilan yang diberikan oleh bidan dapat melibatkan keluarga, sebab keluarga menjadi bagian integral/tidak terpisahkan dari ibu hamil. Dalam hal pengambilan keputusan merupakan kesepakatan bersama antara ibu, keluarganya dan bidan dengan ibu sebagai penentu utama dalam proses pengambilan keputusan.

Persalinan merupakan momen yang sangat ditunggu oleh ibu dan keluarga, namun ibu khawatir akan keselamatan ibu dan janin. Persalinan adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada usia kehamilan cukup bulan sekitar 37-40 minggu, lahir normal atau spontan dengan presentasi kepala dibelakang. Pada tahap ini bidan harus bisa memberikan asuhan sayang ibu untuk memberikan kenyamanan sehingga dapat melalui proses bersalin dengan aman. Asuhan persalinan merupakan pelayanan yang diberikan bidan mulai datangnya tanda persalinan sampai 2 jam pasca bersalin dengan tujuan untuk memantau kondisi ibu dan bayi baru lahir, dikarenakan pada 24 jam pasca persalinan merupakan fase kritis sering terjadi perdarahan postpartum karena atonia uteri pada ibu. Pemantauan pada bayi baru lahir dilakukan sampai 6 jam pasca lahir untuk mendeteksi adanya hipotermi atau tidak.

Pada fase nifas, asuhan yang diberikan adalah memberi dukungan secara berkesinambungan selama masa nifas sesuai dengan kebutuhan ibu untuk mengurangi ketegangan fisik dan psikologis selama masa nifas, sebagai promotor yang memfasillitasi hubungan antara ibu dan bayi serta keluarga, mendeteksi penyulit maupun komplikasi selama masa nifas dan menyusui serta melaksanakan rujukan secara aman dan tepat waktu sesuai dengan indikasi dan memberikan asuhan kebidanan nifas dan menyusui secara etis profesional (H. P. Wahyuningsih, 2018). Masa nifas berlangsung selama 40 hari atau 6 minggu, membutuhkan edukasi terkait perencanaan dalam mengambil keputusan untuk menjarangkan kehamilan. Asuhan pelayanan Keluarga Berencana (KB) merupakan upaya untuk mencegah terjadinya pernikahan usia dini, menekan angka kematian ibu dan bayi akibat hamil di usia muda atau tua, dan menekan jumlah penduduk serta menyeimbangkan jumlah kebutuhan dengan jumlah penduduk di Indonesia. Oleh sebab itu, bidan harus mampu memberikan pelayanan KB agar ibu dan suami dapat mengambil keputusan secara tepat dalam pemilihan alat kontrasepsi.

2.2 Kehamilan

2.2.1 Pengertian

Kehamilan adalah Masa dimulai dari konsepsi sampai lahirnya janin, lamanya hamil normal adalah 280 hari (40 minggu atau 9 bulan 7 hari) di hitung dari hari pertama haid terakhir (HPHT) (Rukiah, 2018).

Kehamilan adalah mulai dari ovulasi sampai partus lamanya 280 hari (40 minggu) dan tidak lebih dari 300 hari (43 minggu). (Rukiyah, 2018).

Pembagian kehamilan dibagi dalam 3 trimester : Trimester pertama, dimulai dari konsepsi sampai 3 bulan (0-12 minggu) : Trimester kedua dari bulan keempat sampai 6 bulan (13-28 minggu) : Trimester ketiga dari bulan ke tujuh sampai 9 bulan (29-42 minggu). (Rukiyah, 2018).

Dari pengertian di atas dapat disimpulkan bahwa kehamilan adalah mulai dari ovulasi sampai partus lamanya 280 hari (40 minggu) dan tidak lebih dari 300 hari (43 minggu).

2.2.2 Perubahan fisiologi pada kehamilan

a. Uterus

Pada minggu-minggu pertama kahamilan uterus masih sepeti uterus bentuk aslinya seperti buah avocad. Seiring dengan perkembangan kehamilannnya, daerah fundus dan korpus akan membulat dan akan menjadi bentuk sferis pada usia kehamilan 12 minggu panjang uterus kan bertambah lebih cepat dibandigkan lebarnya sehingga akan berbentuk oval.

Pada akhir kehamilan 12 minggu uterus kan terlalu besar dalam rongga pelvis dan seiring perkembangannya, uterus akan menyentuh dinding abdominal, mendorong uterus ke samping dan ke atas, terus tumbuh hingga hampir menyentuh hati. Pada akhir kehamilan otot-otot uterus bagian atas akan berkontraksi sehingga segmen bawah uterus akan melebar dan menipis. Batas antara segmen atas yang tebal dan segmen bawah yang tipis disebut dengan lingkaran retraksi fisiologis (Sarwono Prawiroharjo,2018:175).

b. Serviks

Pada akhir trimester kahamilan, berkas kolagen menjadi kurang kuat terbungkus. Hal ini terjadi akibat penurunan konsentrasi kolagen secara keseluruhan. Pada saat kehamilan mendekati aterm, menjadi penurunan lebih lanjut dari konsentrasi kolagen (Sarwono Prawiroharjo,2018:177).

c. Vagina dan perineum

Dinding vagina mengalami banyak perubahan yang meruoakan persiapan untuk mengalami peregangan pada waktu persalinan dengan maningkatkan ketebalan mukosa, mendorongnya jarongan ikat, dan hipertrofi sel otot polos. Perubahan ini mengakibatkan bertambah panjangnya dinding vagina (Sarwono Prawiroharjo,2017:178).

d. Payudara

Pada awal kehamilan perempuan akan merasakan payudaranya akan menjadi lunak. Setelah bulan ke dua payudaranya akan bertambah ukurannya dan vena-vena di bawah kulit akan lebih terlihat. Puting payudara akan membesar, kehitaman, dan tegak. Setelah bulan pertama suatu cairan berwarna kekuningan yang disebut coloctrum dapat keluar (Sarwono Prawiroharjo,2017:179).

1. Perubahan psikologis pada Trimester I, Trimester Iidan Trimester III

a. Trimester I (Periode Penyesuaian/Penentuan)

1) Ibu merasa tidak sehat dan kadang merasa benci dengan kehamilannya.
2) Kadang muncul penolakan, kekecewaan, kecemasan dan kesedihan. Bahkan kadang ibu berharap agar dirinya tidak hamil saja.
3) Ibu akan selalu mencari tanda-tanda apakah ia bener-bener hamil. Hal ini dilalukan sekedar untuk menyakinnkan dirinya.
4) Setiap perubahan yang terjadi dalam dirinya akan selalu mendapat perhatian dengna seksama.
5) Oleh karena perutnya masih kecil, kehamilan merupakan rahaisa seorang ibu yang mungkin akan diberitahukannya.
6) Hasrat untuk melakukan hubungan seksual berbeda-beda pada tiap wanita, tetapi kebanyakan akan mengalami penurunan.

b. Trimester II (Periode Kesehatan Yang Baik/Pancaran Kesehatan)

1) Ibu merasa sehat, tubuh ibu sudah terbiasa dengan kadar hormone yang tinggi
2) Ibu sudah bisa menerima kehamilannya
3) Merasakan gerakan anak
4) Merasa terlepas dari ketidaknyamanan dan kekhawatiran
5) Menuntut perhatian dan cinta
6) Merasa bahwa bayi sebagai individu yang merupakan bagian dari dirinya

7) Hubungan sosial meningkat dengan wanita lainnya atau orang lain yang baru menjadi ibu
8) Ketertarikan dan aktivitasnya terpokus pada kehamilan, kelahiran, dan persiapan untuk peran baru.

c. Trimester III (Periode Penantian Dengan Penuh Kewaspadaan)
1) Rasa tidak nyaman timbul kembali, merasa dirinya jelek, aneh dan tidak menarik.
2) Merasa tidak menyenangkan ketikan bayi lahir tidak tepat waktu.
3) Takut akan rasa sakit dan bahaya fisik yang timbul pada saat malahirkan, khawatiran akan keselamatannya.
4) Khawatir bayi akan dilahirkan dalam keadaan tidak normal, bermimpi yang mecerminkan perhatian dan khawatirannya.
5) Merasa sedih karena akan terpisah dari bayinya.
6) Merasa kehilangan perhatian.
7) Merasa mudah terluka (sensitif).
8) Labido menurun (Kuswanti,ina 2017:95-97).

2.2.3 Tanda- Tanda Bahaya Kehamilan

a. Perdarahan pervaginam
b. Sakit kepa yang hebat
c. Masalah penglihatan
d. Bengkak pada muka atau tangan
e. Nyeri abdomen yang hebat
f. Bayi kurang bergerak seperti biasa (Kuswanti,Ina 2018:134).

2.2.4 Manuver Palpasi Menurut Laopold :

a. Leopold I

Tujuan dari pemeriksaan Leopold I adalah untuk menentukan tinggi fundus uteri untuk menentukan umur kehamilan. Selain itu, dapat juga ditentukan bagian janin mana yang terletak pada fundus uteri.

Teknik pelaksanaan :

1) Kedua telapak tangan pemeriksaan diletakan pada puncak fundus uteri.

2) Tentukan tinggi fundud uteri untuk menentukan usia kehamilan.
3) Rasakan bagian janin yang berada pada bagian fundus (bokong/kepala/kosong). (Kuswanti,ina 2017:105-106)

b. Leopold II

Palpasi Leopold II ini bertujuan untuk mengetahui bagian janin yang ada sebelah kanan atau kiri perut ibu

Teknik pelaksanaan :

1) Kedua telapak tangan memeriksa bergeser turun ke bawah sampai disamping kiri dan kanan umbilikus.
2) Tentukan bagian punggug janin untuk menentukan lokasi auskultasi denyut jantung janin nantinya.
3) Tentukan bagian-bagian kecil janin. (Kuswanti,ina 2017:106)

c. Leopold III

Palpasi Leopold III ini bertujuan untuk bagian janin yang berada di sebelah bawah uterus ibu.

Teknik pelaksanaannya:

1) Pemeriksaan ini dilakukan dengan hati-hati oleh karena dapat menyebabkan perasaan tak nyaman bagi pasien
2) Bagian terendah janin dicekap diantara ibu jari dan telunjuk tangan kanan.
3) Ditentukan apa yang menjadi bagian terendah janin dan ditentukan apakah sudah mengalami enggageent atau belum. (Kuswanti,ina 2017:105-107)

d. Leopold IV

Palpasi Leopold IV, selain bertujuan untuk menentukan bagian janin mana yang terletak dibawah, juga dapat menentukan bagian berapa bagian dari kepala janin yang telah masuk dalam pintu atas panggul.

Teknik pelaksanaannya:

1) Pemeriksaan mengubah posisinya sehingga menghadap ke arah kiri pasien.
2) Kedua telapak tangan ditempatkan di sisi kiri dan kanan bagian terendah janin.
3) Digunakan untuk menentukan sampai berapa jauh derajat desensus janin.

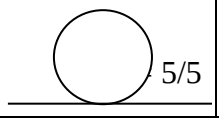
2.2.5 Penurunan Kepala Janin

Palpasi penurunan bagian terendah janin menggunakan metode lima jari (perlimaan), adalah :

a. 5/5 jika bagian terbawah janin seluruhnya teraba diatas simfisis pubis.
b. 4/5 jika sebagian (1/5) bagian terendah janin telah memasuki pintu ataspanggul.
c. 3/5 jika sebagian (2/5) bagian terbawah janin telah memasuki ronggapanggul.
d. 2/5 jika hanya sebagian dari bagian terbawah janin masih berada diatassimfisis dan (3/5) bagian telah turun melewati bidang tengah rongga panggul (tidak dapat digerakkan).
e. 1/5 jika hanya 1 dari 5 jari masih dapat meraba bagian terendah janinyang berada diatas simfisis dan (4/5) bagian telah masuk kedalam rongga panggul.
f. 0/5 Jika bagian terbawah janin sudah tidak dapat diraba daripemeriksaan luar dan seluruh bagian terbawah janin sudah masuk kedalam rongga panggul (JNPK-KR, 2018).

Tabel A.1

Penurunan Kepala Janin Menurut Perlimaan

Periksa Luar	Periksa Dalam	Keterangan
 5/5		Kepala di atas PAP, mudah digerakan

4/5	H I-II	Sulit digerakkan, bagian terbesar kepala belum masuk panggul
3/5	H II-III	Bagian terbesar kepala belum masuk panggul
2/5	H III	Bagian terbesar kepala sudah masuk panggul
1/5	H III^{+}-IV	Kepala di dasar panggul
0/5	H IV	Di perineum

(Hani,Ummi,2018: L-8)

2.2.6 Antenatal Care

a. Asuhan Antenatal

Antenatal care merupakan pelayanan yang diberikan pada ibu hamil untuk memonitor, mendukung kesehatan ibu dan mendeteksi ibu apakah ibu hamil normal atau bermasalah (Rukiyah, 2017).

Kehamilan melibatkan perubahan fisik maupun emosional dari ibu serta perubahan sosial dalam keluarga, memantau perubahan-perubahan fisik yang normal yang dialami ibu serta tumbuh kembang janin, juga mendeteksi dan serta menatalaksana kondisi yang normal. Pada umumnya kehamilan berkembang dengan normal dan menghasilkan kelahiran bayi sehat cukup bulan melalui jalan lahir namun kadang-kadang tidak sesuai dengan yang diharapkan (Rukiyah, 2017 : 03).

b. Tujuan Asuhan Antenatal

1) Memantau kemajuan kehamilan untuk memastikan kesehatan ibu dan tumbuh kembang ibu dan tumbuh kembang bayi.

2) Meningkatkan dan mempertahankan kesehatan fisik, mental dan sosial ibu dan bayi.
3) Mengenali secara dini ketidaknormalan atau komplikasi yang mungkin terjadi selama hamil, termasuk riwayat penyakit secara umum, kebidanan dan pembedahan.
4) Mempersiapkan persalinan yang cukup bulan, melahirkan dengan selamat ibu maupun bayinya.
5) Mempersiapkan ibu agar nifas berjalan normal dan pemberian asi eksklusif.
6) Mempersiapkan peran ibu dan keluarga dalam menerima kelahiran bayi agar dapat tumbuh kembang secara normal (Rukiyah,2017 : 03).

2.2.7 Standar Asuhan Antenatal

1. Kebijakan Program

Kunjungan antenatal sebaiknya dilakukan paling sedikit 4 kali selama kehamilan.

a. Satu kali pada trimester satu dengan usia kehamilan 0 hingga 28 minggu.
b. Satu kali pada trimester dua dengan usia kehamilan 28 hingga 36 minggu.
c. Dua kali pada trimester tiga dengan usia kehamilan di atas 36 minggu (Rukiyah, 2017 : 06).

2. Pelayanan Kehamilan Sesuai Standar Minimal 14T

Pelayanan kehamilan sesuai kebijakan program minimal 7T, kemudian meningkat menjadi 10T,dan sekarang menjadi 14T, sedangkan khusus untuk daerah gondok dan malaria tidak termasuk karena bukan di daerah endemik.

a. Timbang berat badan dan pengukuran tinggi badan (T1)

Pertambahan berat badan yang normal pada ibu hamil yaitu berdasarkan masa tubuh (BMI : Boddy Masa Indeks) dimana metode ini untuk menentukan pertambahan berat badan yang

optimal selama masa kehamilan, karena merupakan hal yang penting mengetahui BMI wanita hamil. Total pertambahan berat badan pada kehamilan yang normal 11,5-16 kg (Rukiyah, 2017:07).

Disarankan pada ibu primigravida untuk tidak menaikkan berat badannya lebih dari 1 kg/bulan. Perkiraan peningkatan berat badan yang dianjurkan :

1) 4 kg pada kehamilan trimester I
2) O,5 kg/minggu pada kehamilan trimester II sampai III
3) Totalnya sekitar 15-16 kg.

Tabel A.2

Komponen pertambahan berat badan ibu selama kehamilan

Komponen	Jumlah (dalam kg)
Jaringan ekstrauterin	1
Janin	3-3,8
Cairan amnion	1
Plasenta	1-1,1
Payudara	0,5-2
Tambahan darah	2-2,5
Tambahan cairan jaringan	1,5-2,5
Tambahan jaringan lemak	2-2,5
Total	**11,5-16**

Sulistyawati,2017 : 69.

$$\text{IMT} = \frac{\text{Berat Badan (kg)}}{\text{Tinggi badan (m) x tinggi badan (m)}}$$

BMI dapat diintepretasikan dalam kategori sebagai berikut :

a) Kurang dari 19,8 adalah berat kurang atau rendah
b) 19,8 sampai dengan 26,0 normal
c) 26,0 sampai dengan 29 adalah berat lebih atau tinggi
d) Lebih dari 29 obesitas (Rukiah,2017 : 58).

Pada ibu hamil,terdapat empat kategorik IMT,yaitu berat badan kurang,berat badan normal, berat badan lebih, dan obesitas. Kisaran kenaikan berat badan selama kehamilan berdasarkan IMT kehamilan.

Adapun tinggi badan menentukan ukuran panggul ibu, ukuran normal tinggi badan yang baik untuk ibu hamil antara lain yaitu <145 cm.

b. Ukur tekanan darah (T2)

Tekanan darah perlu diukur untuk mengetahui perbandingan nilai dasar selama masa kehamilan, tekanan darah yang adekuat perlu untuk mempertahankan fungsi plasenta,tetapi tekanan darah sistolik 140 mmHg atau diastolik 90 mmHG pada saat awal pemeriksaan dapat mengindikasi potensi hipertensi (Rukiyah,2017:07).

c. Ukur tinggi fundus uteri (T3)

Apabila usia kehamilan dibawah 24 minggu pengukuran dilakukan dengan jari, tetapi apabila kehamilan diatas 24 minggu memakai pengukuran *mc donald* adalah modifikasi spiegelberg, yaitu dengan cara pengukuran tinggi fundus memakai cm dari atas simfisis ke fundus uteri kemudian ditentukan sesuai rumusnya (Rukiyah,2017:07).

Tabel A.3

Tinggi Fundus Berdasarkan Usia Kehamilan

Usia Kehamilam	Dalam cm	Menggunakan petunjuk petunjuk badan
12 minggu	-	Teraba di atas simpisis pubis
16 minggu	-	Di tengah, antara simfisis pubis

		dan umbilikus
20 minggu	20 cm (±2cm)	Pada umbilikus
22-27 minggu	Usia kehamilan dalam minggu =cm (±2cm)	-
28 minggu	28 cm (±2cm)	Di tengah,antara umbilikus dan prosesus sifoideus
29-35 minggu	Usia kehamilan dalam minggu = cm (±2cm)	-
36 minggu	36 cm (±2cm)	Pada prosesus sifoideus
38 minggu	33 cm (±2cm)	Diatas simpisis
40 minggu	37 cm (±2cm)	Diatas simpisis

(Rukiyah,2017 : 33).

d. Pemberian imunisasi Tetanus Toxoid (TT) (T4)

Pemberian imunisasi tetanus toksoid pada kehamilan umumnya diberikan 2 kali saja, imunisasi pertama diberikan pada usia kehamilan 16 minggu untuk yang kedua diberikan 4 minggu kemudian. Akan tetapi untuk memaksimalkan perlindungan maka dibentuk program jadwal pemberian imunisasi pada ibu hamil (Rukiyah,2017:07).

Tabel A.4

Imunisasi TT

Antigen	Interval (Selang Waktu Minimal)	Lama Perlindungan	% Perlindungan
TT1	Pada kunjungan antenatal pertama	-	-
TT2	4 minggu setelah TT1	3 tahun	80

TT3	6 bulan setelah TT2	5 tahun	95
TT4	1 tahun setelah TT3	10 tahun	99
TT5	1 tahun setelah TT4	25 tahun	99

Keterangan : artinya dalam waktu 3 tahun WUS tersebut melahirkan, maka bayi yang dilahirkan akan terlindung dari TN (Tetanus Neonatorum) (Rukiyah,2017:09).

e. Pemberian Tablet Besi minimal 90 tablet selama kehamilan (T5)

Pemberian tablet zat besi pada ibu hamil (fe) adalah mencegah defisiensi zat besi pada ibu hamil,bukan menaikan kadar hemoglobin. Wanita hamil perlu menyerap zat besi rata-rata 60 mg/hari, kebutuhannya meningkat secara signifikan pada trimester II karena karena absorpsi usus yang tinggi. Fe diberikan satu tablet sehari sesegera mungkin setelah rasa mual hilang,diberikan sebanyak 90 tablet semasa kehamilan.

Tablet zat sebaiknya tidak meminum bersama teh atau kopi karena akan mengganggu penyerapan. Jika ditemukan/diduga anemia berikan 2-3 tablet zat besi per hari. Selain itu untuk memastikannya dilakukan pemeriksaan darah hemoglobin untuk mengetahui kadar Hb yang dilakukan 2 kali selama masa kehamilan yaitu pada saat kunjungan awal padadan pada usia 28 minggu atau lebih sering jika ada tanda-tanda anemia. (Rukiyah,2017:08).

f. Tes terhadap penyakit menular seksual (T6)

Menganjurkan untuk pemeriksaan Infeksi Menular Seksual (IMS) lain pada kecurigaan adanya risiko IMS (Rukiah,2017:08).

g. Pemeriksaan Hb (T7)

Pemeriksaan ini dilakukan untuk mengetahui apakah ibu mengalami anemia atu tidak. Pemeriksaan Hb pada ibu hamil sebaiknya dilakukan pada kunjngan pertama dan minggu ke 28

kehamilan (Kuswanti,Ina,2018: 21).

h. Pemeriksaan Urin Protein (T8)

Pemeriksaan ini dilakukan untuk mengetahui apakah pada urine mengandung protein atau tidak untuk mendeteksi gejala preeklamsi (Kuswanti,Ina,2018: 21).

i. Test reduksi urine (T9)

Dilakukan pada ibu hamil yang memiliki riwayat diabetus melitus (Kuswanti,Ina,2018: 21)

j. Perawatan Payudara (T10)

Tekan pijat payudara tujuannya untuk memperlancar payudara (Rukiyah,2017:115)

k. Senam hamil (T11)

Kegunaan senam hamil adalah dapat membantu mengatasi keluhan-keluhan, letak janin dan mengurangi sesak nafas (Rukiyah,2017:109).

l. Temu wicara (konseling dan pemecahan masalah) (T12)

Anamnesa meliputi biodata, riwayat menstruasi, riwayat kesehatan, riwayat kehamilan, persalinan dan nifas, biopsikososial, dan pengetahuan klien (Rukiyah,2017:08).

2.2.8 Ketidaknyamanan Dalam Trimester III

Ketidaknyamanan yaitu merupakan fisiologi masalah umum selama kehamilan Trimester III.

Tabel A.5

Fisiologi masalah umum selama kehamilan trimester III

No	Ketidaknyamanan	Fisiologi	Intervensi
1	Sesak nafas	Pembesaran rahim yang menekan dada	Pegang kedua tangan di atas kepala yang akan memberi ruang bernafas yang luas, latihan pernafasan.

2	Bengkak pada kaki	Perubahan hormonal yang menyebabkan retensi cairan	Kurangi makanan yang mengandung garam, hindari duduk dengan kaki yang bersilang, posisi bantal bila tidur menggunakan ekstra bantal pada kaki.
3	Nyeri punggung	Meningkatkannya berat yang dibawa dalam rahim	Hindari mengangkat beban yang berat
4	Keram otot betis	Perubahan sirkulasi darah, tekanan pada syaraf di kaki.	Perbanyak makan-makanan yang mengandung kalsium, menaikan kaiki ke atas,massase,kompres hangat pada kram yang terkena.
5	Buang air kecil yang sering	Pembesaran rahim/ kepala bayi yang turun ke rongga panggul	Menghindari minum yang mengnadung cafein,memperbanyak minum pada sianghari.

(Rukiyah,2017:120).

2.2.9 Kebutuhan Fisik Ibu Hamil

a. Oksigen

Kebutuhan oksigen adalah yang utama pada manusia termasuk ibu hamil. Berbagai gangguan pernafasan bisa terjadi pada saat hamil sehingga akan mengganggu pemenuhan kebutuhan oksigen pada ibu yang akan mengganggu pemenuhan kebutuhan oksigen pada ibu yang akan berpengaruh pada bayi yang dikandung. (Kuswanti,ina2018:117-118)

b. Nutrisi

Pada saat hamil ibu harus makan- makanan yang mengandung nilai gizi bermutu tinggi meskipun tidak berarti

makanan yang mahal. Gizi waktu hamil harus ditingkatkan hingga 300 kalori perhari, ibu hamil seharusnya mengkonsumsi makanan yang mengandung protein, zat besi dan minuman yang cukup cairan (menu seimbang). (Kuswanti,ina2018:118)

c. Personal hygiene

Kebersihan harus dijaga pada masa hamil. Mandi dianjurkan sedikitnya dua kali sehari karena ibu hamil cenderung untuk mengeluarkan banyak keringat, menjaga kebersihan diri terutama lipatan kulit (ketiak,bawah buah dada, daerah genetalia). Dengan cara dibersihkan dengan air dan dikeringkan.

d. Pakaian

Meskipun pakaian bukan merupakan hal yang berkaitan langsung terhadap kesejahteraan ibu dan janin, namun perlu kiranya jika tetap dipertimbangkan beberapa aspek kenyamanan dalam berpakaian. Pemakaian pakaian dan kelengkapannya yang kurang tetap akan mengakibatkan beberapa ketidaknyamanan yang mengganggu fisik dan psikologis .(Kuswanti,ina2018:120)

e. Eliminasi (BAB/BAK)

Keluhan yang sering muncul berkaitan dengan eliminasai adalah konstipasi dan sering buang air kemih. Konstipasi terjadi karena adanya pengaruh hormon progesteron yang mempunyai efek rileks terhadap otot polos, salah satunya otot usus. Selain itu, desakan oleh pembesaran janin juga menyebabkan bertambahnya konstipasi. Tindakan pencegahan yang dapat dilakukan adalah dengan mengkonsumsi makanan tinggi serat dan banyak minum air putih, terutama ketika lambung dalam keadaan kosong.(Kuswanti,ina2018:120)

f. Seksual

Hubungan seksual selama kehamilan tidak dilarang selama tidak ada riwayat penyakit seperti ini :

1) Sering abortus dan kelahiran premature

2) Perdarahan pervaginam
3) Koitus harus dilakukan dengan hati-hati terutama pada minggu terakhir kehamilan
4) Bila ketuban sudah pecah, koitus dilarang karena dapat menyebabkan infeksi janin intrauteri.

g. Mobilisasi

Seiring dengan bertambahnya usia kehamilan, tubuh akan mengadakan penyesuaian fisik dengan pertambahan ukuran janin. Perubahan tubuh yang paling jelas adalah tulah punggung bertambah lordosis karena tumpuan tubuh bergeser lebih belakang dibandingkan sikap tubuh ketika tidak hamil.

h. Senam hamil

Senam hail dimulai pada umur kehamilan setelah 22 minggu. Senam hamil bertujuan untuk mempersiapkan dan melatih otot-otot sehingga dapat berfungsi secara optimal dalam persalinan normal serta mengimbangi perubahan titik berat tubuh. Senam hamil ditunjukan bagi ibu hamil tanpa kelainan atau tidak terdapat penyakit yang menyertai kehamilan. (Kuswanti,ina2018:122)

i. Istirahat / tidur

Dengan adanya perubahan fisik pada ibu hamil, salah satunya beban berat pada perut sehingga terjadi perubahan sikap tubuh, tidak jarang ibu akan mengalami kelelahan, oleh karena itu istirahat dan tidur sangat penting untuk ibu hamil. Pada trimester akhir kemahilan sering diiringi dengan bertambahnya ukuran janin, sehingga terkadang ibu kesulitan untuk menentukan posisi yang baik dan nyaman untul tidur. Posisi tidur yang dianjurkan untuk ibu hamil adalah miring ke kiri, kaki kiri lurus, kaki kanan sedikit menekuk dan diganjal dengan bantal, dan untuk mengurangi rasa nyeri pada perut, ganjal dengan bantal pada perut bawah sebelah kiri. (Kuswanti,ina2018:123)

j. Immunisasi

Iminusasi selama kehamilan sangat penting dilakukan untuk mencegah penyakit yang dapat menyebabkan kematian ibu dan janin. Jenis imunisasi yang diberikan adalah Tetanus Toxoid (TT) yang dapat mencegah penyakit tetanus. Selama hamil hendaknya mendapatkan minimal 2 dosis (TT1 dan TT2 dengan interval 4 minggu dan bila memungkinkan mendapatkan TT3 sesudah 6 bulan berikutnya). . (Kuswanti,ina2018:124)

2.2.10 Penatalaksanaan Kehamilan

Penatalaksanaan ibu hamil secara keseluruhan meliputi komponen-komponen (Saifudin, 2018) sebagai berikut:

a. Informasi yang dapat diberikan
   1) Kegiatan fisik dapat dilakukan dalam batas normal.
   2) Kebersihan pribadi khususnya daerah genitalia harus lebih dijaga karena selama kehamilan terjadi peningkatan sekret vagina.
   3) Pemilihan makanan sebaiknya yang bergizi dan tinggi serat.
   4) Pemakian obat harus dikonsultasikan dahulu dengan dokter atau tenaga medis lainnya.
   5) Wanita perokok atau peminum alkohol harus menghentikan kebiasaannya. Suami perlu diberi pengertian tentang keadaan istrinya yang sedang hamil.

b. Anamnesis

Pada wanita dengan haid terlambat dan diduga hamil. Ditanyakan hari pertama haid terakhir (HPHT). Taksiran partus dapat ditentukan bila HPHT diketahui dan siklus haidnya teratur + 28 hari dengan menggunakan rumus Naegele.

Bila ibu lupa HPHT, tanyakan tentang hal lain seperti gerakan janin. Untuk primigravida gerakan janin terasa pada kehamilan 18 minggu, sedangkan multigravida 16 minggu. Nausea biasanya hilang pada kehamilannya 12-14 mingggu.

c. Pemeriksaan umum

Pada ibu hamil yang datang pertama kali lakukan penilaian keadaan umum, status gizi dan tanda vital. Pada mata dinilai ada tidaknya konjungtiva pucat, sklera ikterik, edema kelopak mata, dan kloasma gravidarum. Periksa gigi untuk melihat adanya infeksi lokal. Periksa pula jantung, paru, mammae, abdomen, anggota gerak secara lengkap.

d. Pemeriksaan Obstetri

Terdiri dari pemeriksaan luar dan pemeriksaan dalam. Sebelum pemeriksaan kosongkan kandung kemih. Kemudian ibu diminta berbaring terlentang dan pemeriksaan dilakukan di sisi kanan ibu.

e. Pemeriksaan luar

Lihat apakah uterus berkontraksi atau tidak. Bila berkontraksi, harus ditunggu sampai dinding perut lemas agar dapat diperiksa dengan teliti. Agar tidak terjadi kontraksi dinding perut akibat perbedaan suhu dengan tangan pemeriksa, sebelum palpasi kedua tangan pemeriksa digosokkan dahulu.

Cara pemeriksaan yang umum digunakan cara Leopold yang dibagi dalam 4 tahap. Pada pemeriksaan Leopold I, II, dan III pemeriksa menghadap ke arah muka ibu, sedangkan pada Leopold IV ke arah kaki. Pemeriksaan Leopold I untuk menentukan tinggi fundus uteri, sehingga usia kehamilan dapat diketahui. Selain secara anatomi, tinggi fundus uteri dapat ditentukan dengan pita pengukur. Bandingkan usia kehamilan yang didapat dengan hari pertama haid terakhir. Selain itu, tentukan pula bagian janin pada fundus uteri: Kepala teraba sebagai benda keras dan bulat, sedangkan bokong lunak dan tidak bulat.

Dengan pemeriksaan Leopold II ditentukan batas samping uterus dan posisi punggung pada bayi letak memanjang. Pada letak lintang ditentukan kepala. Pemeriksaan Leopold III menentukan bagian janin yang berada di bawah.

Leopold IV selain menentukan bagian janin yang berada di bawah, juga bagian kepala yang telah masuk pintu atas panggul (PAP). Bila kepala belum masuk PAP teraba balotemen kepala.

Dengarkan DJJ pada daerah punggung janin dengan stetoskop monoaural atau doppler. Dengan stetoskop monoaural BJJ terdengar pada kehamilan 18-20 minggu, sedangkan dengan Doppler terdengar pada kehamilan 12 minggu.

Dari pemeriksaan luar diperoleh data berupa usia kehamilan, letak janin, persentase janin, kondisi janin, serta taksiran berat janin.

Taksiran berat janin ditentukan berdasarkan rumus Johnson Toshack. Perhitungan penting sebagai pertimbangan memutuskan rencana persalinan pervaginam secara spontan. Rumus tersebut:

Taksiran Berat Janin (TBJ) = (Tinggi fundus uteri (dalam cm) – N) X 155.

N = 13 bila kepala belum melewati PAP

N = 12 bila kepala masih berada di atas spina iskiadika

N = 11 bila kepala masih berada di bawah spina iskiadika.

f. Pemeriksaan dalam

Siapkan ibu dalam posisi-litotomi lalu bersihkan daerah vulva dan perineum dengan larutan antiseptik. Inspeksi vulva dan vagina apakah terdapat luka, varises, radang, atau tumor. Selanjutnya lakukan pemeriksaan inspekulo. Lihat ukuran dan warna porsio, dinding, dan sekret vagina. Lakukan pemeriksaan colok vagina dengan memasukan telunjuk dan jari tengah. Raba adanya tumor atau pembesaran kelenjar di liang vagina. Periksa adanya massa di adneksa dan parametrium. Perhatikan letak, bentuk, dan ukuran uterus serta periksa konsistensi, arah, panjang, porsio, dan pembukaan servik. Pemeriksaan dalam ini harus dilakukan dengan cara palpasi bimanual.

Ukuran uterus wanita yang tidak hamil kira-kira sebesar telur ayam. Pada kehamilan 8 minggu sebesar telur bebek, 12 minggu

sebesar telur angsa, dan 16 minggu sebesar kepala bayi atau tinju orang dewasa.

g. Pemeriksaan panggul

Lakukan penilaian akomodasi panggul bila usia kehamilan 36 minggu karena jaringan dalam rongga panggul lebih lunak, sehingga tidak menimbulkan rasa sakit. Masukkan telunjuk dan jari tengah ke dalam liang vagina. Arahkan ujung kedua jari ke promontorium, coba untuk merabanya. Bila teraba, tentukan panjang konjugata diagonalis. Dengan ujung jari menelusuri linea inominata kiri dan kanan sejauh mungkin, tentukan bagian yang teraba. Raba lengkung sakrum dan tentukan apakah spina iskiadika kiri dan kanan menonjol ke dalam. Raba dinding pelvik, apakah luruh atau konvergen ke bawah dan tentukan panjang distansia interspinarum. Arahkan bagian palmar jari-jari tangan ke dalam simfisis dan tentukan besar sudut yang dibentuk antara os pubis kiri dan kanan.

h. Pemeriksaan laboratorium

Pada kunjungan pertama diperiksa kadar hemoglobin darah, hematokrit, dan hitung leukosit. Dari urin diperiksa beta-hCG, protein, dan glukosa.

2.2.11 Patofisiologi Kehamilan

Hal-hal yang terjadi pada ibu hamil Trimester 1 yaitu:

a. Perdarahan sedikit/spotting

Kondisi ini terjadi 11 hari setelah kosepsi. Perdarahan atau spotting terjadi karena corpus luteum tidak memproduksi cukup progesteron untuk menghentikan menstruasi, sehingga keluar sedikit darah yang haid. Hal ini dapat terjadi satu atau dua kali. Ada pula yang terus berlangsung selama kehamilan, meskipun jarang terjadi.

b. Mual dan Muntah (Morning sickness)

Mual dan muntah adalah masalah umum selama kehamilan, biasanya terjadi pada pagi hari. Dimulai sekitar 8 minggu dan terakhir sampai 12 minggu. Gejala ini muncul karena perubahan pada saluran cerna

dan peningkatan kadar estrogen dan kadar HCG dalam darah. Pada trimester II mual dan muntah akan hilang dengan sendirinya.

Apabila mual dan muntah terlalu sering dan banyak maka disebut hiperemesis gravidarum. Banyak ibu hamil yang merasa mual juga merasa keletihan, tetapi tidak semua ibu hamil merasakan hal demikian. Hal ini dapat diatasi dengan mengajurkan wanita hamil untuk menyelingi makanan pereda mual. Kegiatan rutinnya sehari-hari dengan istirahat dan meminta bantuan dari keluarga atau teman.

c. Sering kencing

Terjadi pada 12 minggu pertama kehamilan. Ibu hamil akan mengalami sering buang air kecil baik siang/malam. Hal ini karena rahim membesar menekan kandung kemil atau adanya perubahan hormonal. Pada trimester III timbul lagi karena kepala janin mulai turun ke bawah PAP, sehingga kandng kencing tertekan kembali.

1) Hidroreter dekstra dan pielitis dekstra :

Dalam kehamilan ureter kanan dan kiri membesar karena pengaruh progesteron. Akan tetapi ureter kanan lebih membesar karena lebih banyak mengalami tekanan dibandingkan ureter kiri. Hal ini disebabkan oleh karena uterus lebih sering memutar kearah kanan.

2) Poliuria

Karena peningkatan sirkulasi darah diginjal saat kehamilan, sehingga filtrasi di glomerolus juga meningkat lebih, lebih banyak dikeluarkan urea, asam urine, glukosa, asam amino, asam folik dalam kehamilan.

d. Chloasma Gravidarum

Berupa bintik-bintik hitam atau bercak hiperpigmentasi kecoklatan pada kulit di daerah tonjolan maksila dan dahi. Chloasma di alami 50% - 70% wanita hamil, dimulai minggu ke-16 dan meningkat secara bertahap sampai bayi lahir. Hal ini disebabkan karena pengaruh hormon MSH (Melanophore Stimulating Hormone)

yang dikeluarkan juga didorong oleh sinar matahari yang mengenai kulit.

e. Obstipasi

Disebabkan karena reaksi otot halus diusus besar dengan adanya jumlah progesteron yang meningkat reabsorbsi air di usus besar meningkat. Progesteron dan penekanan terhadap perut oleh gerak kinerja yang menurun dalam saluran pencernaan. Selain itu obstipasi juga disebabkan oleh hipoperistaltik (perlambatan usus). Pilihan makanan yang tidak lazim, kurang cairan, disertai abdomen akibat kehamilan dan pergeseran usus akibat kompresi. (Rukiyah, 2017).

2.2.12 Peran bidan dalam kehamilan

Peran bidan dalam kehamilan sangat penting karena mereka adalah profesional kesehatan yang spesialis dalam perawatan ibu hamil, mulai dari awal kehamilan hingga proses persalinan dan masa nifas. Bidan memiliki peran yang luas dan bertanggung jawab untuk memberikan perawatan komprehensif kepada ibu hamil, tidak hanya dari segi fisik tetapi juga emosional dan sosial.

Pertama, bidan berperan dalam memberikan edukasi kepada ibu hamil. Mereka memberikan informasi yang penting tentang perubahan yang terjadi pada tubuh ibu hamil, pemeriksaan rutin yang diperlukan, serta pentingnya asupan nutrisi yang seimbang selama kehamilan. Bidan juga memberikan pengetahuan tentang tanda dan gejala yang perlu diperhatikan serta cara menjaga kesehatan selama masa kehamilan.

Selain itu, bidan melakukan pemeriksaan rutin dan pemantauan terhadap kesehatan ibu hamil. Mereka memeriksa tekanan darah, detak jantung janin, serta pertumbuhan dan perkembangan janin dalam rahim. Melalui pemeriksaan ini, bidan dapat mendeteksi dini jika ada komplikasi yang mungkin terjadi selama kehamilan dan mengambil langkah-langkah yang diperlukan untuk mencegah atau mengatasi masalah kesehatan.

Peran penting lainnya adalah dalam persiapan ibu hamil untuk proses persalinan. Bidan membantu ibu hamil mempersiapkan diri secara fisik dan mental untuk melahirkan. Mereka memberikan informasi tentang teknik-teknik pernapasan dan relaksasi, serta memberikan dukungan emosional yang sangat dibutuhkan oleh ibu hamil menjelang proses persalinan.

Selama proses persalinan, bidan memainkan peran yang krusial. Mereka memberikan bimbingan, dukungan, dan perawatan yang diperlukan untuk memastikan kelancaran proses persalinan. Bidan juga siap untuk menangani keadaan darurat atau komplikasi yang mungkin terjadi selama persalinan dan mengambil tindakan cepat untuk menjaga keselamatan ibu dan bayi.

Secara keseluruhan, peran bidan dalam kehamilan sangat penting. Mereka tidak hanya menjadi penyedia perawatan kesehatan, tetapi juga menjadi pendukung dan pendamping bagi ibu hamil selama masa kehamilan, persalinan, dan masa nifas. Keahlian bidan dalam memberikan perawatan yang holistik, mendukung, dan peduli sangat memengaruhi pengalaman keseluruhan ibu hamil dalam proses kehamilan dan kelahiran anaknya.

2.2.13 Kewenangan bidan dalam kehamilan

Bidan memiliki kewenangan yang penting dan luas dalam mendukung kesehatan ibu hamil sepanjang perjalanan kehamilan. Mereka memiliki peran yang signifikan dalam memberikan asuhan kebidanan yang komprehensif kepada ibu hamil, yang meliputi pendidikan kesehatan, pemeriksaan rutin, dan perencanaan perawatan.

Pertama-tama, bidan memiliki kewenangan untuk melakukan pemeriksaan kehamilan secara menyeluruh. Mereka melakukan pemeriksaan fisik, seperti pengukuran tekanan darah, pemantauan pertumbuhan janin, dan pemeriksaan rutin lainnya untuk memastikan kesehatan ibu dan janin. Selain itu, bidan juga memantau perubahan-

perubahan yang mungkin terjadi selama kehamilan dan memberikan saran serta rekomendasi yang diperlukan.

Selanjutnya, bidan memiliki kewenangan untuk memberikan informasi dan edukasi kepada ibu hamil tentang pola makan yang sehat, asupan nutrisi yang dibutuhkan, serta gaya hidup yang mendukung kesehatan selama kehamilan. Mereka juga memberikan pengetahuan tentang persiapan persalinan, proses kelahiran, serta tanda dan gejala yang perlu diwaspadai selama masa kehamilan.

Kewenangan bidan juga meliputi identifikasi masalah kesehatan yang mungkin timbul selama kehamilan dan tindakan pertama yang diperlukan. Mereka dapat mengenali komplikasi yang mungkin terjadi, merespon dengan cepat, dan merujuk ibu hamil ke tenaga kesehatan yang lebih spesialis jika diperlukan. Selain itu, bidan juga memiliki kewenangan untuk merencanakan dan melaksanakan persalinan normal, memberikan bantuan selama proses kelahiran, dan memberikan perawatan nifas kepada ibu dan bayi setelah persalinan.

Dengan kewenangan yang lengkap ini, bidan memainkan peran yang sangat penting dalam memastikan kesehatan dan keselamatan ibu hamil serta bayi yang akan dilahirkan. Keterlibatan mereka selama kehamilan tidak hanya dalam memberikan asuhan fisik tetapi juga memberikan dukungan emosional dan mental yang sangat berharga bagi ibu hamil.

2.2.14 Doa Dalam Kehamilan

Doa memiliki peran penting dalam kehamilan bagi banyak wanita, tidak hanya sebagai bentuk spiritualitas, tetapi juga sebagai cara untuk menenangkan pikiran dan menyampaikan harapan serta keinginan terhadap kehamilan yang sehat. Saat wanita hamil, proses fisik dan emosional yang kompleks seringkali menyebabkan perasaan cemas, khawatir, atau bahkan ketakutan akan berbagai komplikasi yang mungkin terjadi. Doa dianggap sebagai sarana yang kuat untuk mengurangi kecemasan ini dan menemukan ketenangan batin. Momen mengarahkan doa kepada sang Pencipta, memohon perlindungan bagi diri sendiri dan

bayi yang dikandung, sering kali memberikan perasaan kedekatan dengan spiritualitas dan keyakinan yang lebih dalam.

Banyak perempuan yang mengandung merasa bahwa doa membantu mereka terhubung secara lebih intim dengan janin yang dikandungnya. Aktivitas ini memungkinkan mereka untuk merenungkan keberadaan kehidupan baru yang tumbuh di dalam rahim mereka, serta memberikan harapan dan cinta kepada bayi yang belum lahir. Doa juga bisa menjadi cara bagi ibu hamil untuk menyampaikan rasa syukur atas kehamilan yang sehat, berharap agar kelahiran nantinya berjalan lancar tanpa komplikasi serta memberi energi positif kepada bayi yang dikandungnya.

Selain itu, doa dalam kehamilan juga merupakan bagian dari ritual atau praktik keagamaan yang telah diwarisi dari generasi ke generasi. Berbagai tradisi dan kepercayaan memberikan ruang yang sangat besar bagi doa dalam konteks kehamilan, sering kali dengan tujuan untuk memohon perlindungan, keselamatan, dan kesehatan baik bagi ibu maupun janin yang dikandungnya. Doa juga dapat memberikan rasa harapan dan optimisme kepada ibu hamil, mengingatkan mereka bahwa mereka tidak sendirian dalam perjalanan ini, ibu hamil dianjurkan membaca doa untuk ibu hamil, yang artinya:

فَاءً ِش لَقاؤُما شِفَاءَ شِفَاؤُما اِلاَّ لاَشِفَاءَ شَافٍ اَنْتَ وَاشْفِهِ بَطْنِىْ فِى مَادَامَ وَلَدِىْ احْفَظْ اَللهُمَّ وَقْتَ بَطْنِىْ مِنْ اَخْرِجْهُ اَللهُمَّ .وَبِرَسُوْلِكَ َاِيْمَانًابِك قَلْبَهُ وَثَبِّتْ حَسَنَةً صَوِّرْهُ اَللهُمَّ لَقاؤُماً طول اللهم .عَامِلاً عَلِمًا حَاذِقًا وَعَاقِلاً كَامِلاً صَحِيْحًا اجْعَلْهُ اَللهُمَّ .وَّتَسْلِيْمًا سَهْلاً وِلاَدَتِىْ والقرآن الحديث لقراءة صوته واحسن لسانه وافصح خلقه وحسن جسده وصحح عمره العالمين رب لله والحمد وسلم عليه الله صلى محمد ببركة.

Artinya: "Ya Allah, semoga Engkau lindungi bayiku ini selama ada dalam kandunganku, Berikanlah kesehatan kepadanya bersamaku. Sesungguhnya Engkaulah Maha Penyembuh. Tidak ada kesehatan selain kesehatan yang Engkau berikan, kesehatan yang tidak diakhiri dengan penyakit lain. Ya Allah, bentuklah dia di dalam perut ibunya dalam bentuk yang elok dan tetapkanlah hatinya dalam keimanan kepada-Mu dan Rasul-Mu. Ya Allah, keluarkanlah dia dari perut ibunya pada saat kelahirannya dengan mudah dalam keadaan selamat dan dengan bentuk yang indah dan sempurna.Ya Allah, jadikanlah dia anak yang sehat dan sempurna, berakal yang cerdas,

yang alim, dan mau mengamalkan ilmunya. Ya Allah, panjangkanlah umurnya, sehatkanlah tubuhnya, baguskanlah akhlaqnya, fasihkan dan merdukanlah suaranya untuk membaca Al-Qu'ran dan Al Hadist dengan berkah Nabi Muhammad SAW. Dan segala puji bagi Allah Tuhan Semesta Alam."

2.3 Persalinan

2.3.1 Pengertian

Persalinan adalah proses pengeluaran hasil kosepsi (janin dan plasenta) yang telah cukup bulan atau dapat hidup diluar kandungan melalui jalan lahir atau melalui jalan lain dengan bantuan atau tanpa bantuan (kekuatan sendiri). Proses ini dimulai dengan adanya kontraksi persalinan sejati, yang ditandai dengan perubahan serviks secara progresif dan diakhiri dengan kelahiran plasenta (Sulistyawati, 2017 : 4).

Persalinan adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung tidak lebih dari 18 jam tanpa komplikasi baik bagi ibu maupun janin (sarwono, 2018)

Persalinan normal adalah proses pengeluaran hasil konsepsi yang dapat hidup dari dalam uterus melalui vagina ke dunia luar dengan presentasi belakang kepala tanpa memakai alat-alat atau pertolongan istimewa serta tidak melukai ibu dan bayi, dan pada umumnya berlangsung dalam waktu kurang dari 24 jam (Prawirohardjo, 2018)

2.3.2 Fisiologi Persalinan

Menurut Varney (2019), keadaan yang dianggap fisiologis pada persalinan kala I adalah sebagai berikut:

1. Durasi

   Lamanya persalinan sangat bervariasi dan dipengaruhi oleh paritas ibu, keadaan psikologis, bentuk dan ukuran pangul, serta karakter dari kontraksi uterus tersebut. Sebagian besar dari seluruh tahapan persalinan adalah merupakan proses dari kala I, dan pada umumnya diharapkan bahwa fase aktif akan berakhir dalam waktu 12 jam.

2. Aksi Uterus

Setiap kontraksi uterus selalu bermula dari fundus didekat salah satu kornunya dan merembet sampai kebawah. Kontraksi tersebut berlangsung paling lama disana dan sekaligus juga paling kuat dibagian fundus tetapi mencapai puncaknya secara bersamaan diseluruh bagian secara bersamaan. Pola semacam ini memungkinkan serviks membuka dan fundus yang berkontraksi kuat tersebut mampu mengeluarkan janin. Polaris dipakai untuk menyatakan keharmonisan neuro-muskular yang menonjol antara kedua kutub atau segmen uterus selama persalinan. Selama setiap kontraksi uterus tersebut kedua kutub ini beraksi secara harmonis. Kutub yang diatas berkontraksi dengan kuat dan ber-retraksi untuk mendorong keluar sijanin; sedangkan kutub yang dibawah berkontraksi sedikit dan membuka untuk membiarkan proses pengeluaran janin berjalan, jika polarisasinya tidak teratur maka kemajuan persalinan akan terganggu.

3. Kontraksi dan retraksi

Pada awal persalinan kontraksi uterus terjadi setiap 15-20 menit dan bisa berlangsung kira-kira 30 detik. Kontraksi-kontraksi ini sedikit lemah dan bahkan bisa tidak terasa oleh ibu yang bersangkutan. Kontraksi-kontraksi ini biasanya terjadi dengan keteraturan yang berirama dan interval (selang antar waktu) diantara kontraksi secara berlangsung menjadi lebih pendek, sementara lamanya kontraksi semakin panjang. Pada akhir kala I kontraksi bisa terjadi 2-3 menit selang waktunya dan berlangsung selama 50-60 detik dan sangat kuat.

4. Pembentukan segmen atas dan bawah uterus

Pada akhir kehamilan badan rahim terbagi menjadi dua segmen yang secara anatomis berbeda. Segmen uterus bagian atas terutama dikaitkan dengan kontraksi dan tebal serta berotot sedangkan segmen bagian bawah disiapkan untuk menggembungkan dan pembukaan serta lebih tipis. Segmen bagian bawah telah berkembang dari isthmus dan panjangnya kira-kira 8-10 cm. Pada waktu persalinan dimulai, serat longitudinal yang ber-retraksi di segmen bagian atas akan

menarik segmen bagian bawah yang menyebabkannya melebar. Hal ini dibantu lagi oleh gaya yang dikenakan oleh kepala atau bagian sungsang yang menurun. (Varney, 2019)

5. Cincin Retraksi

Cincin retraksi yang normal akan secara perlahan naik saat segmen uterus bagian atas berkontraksi dan retraksi sedangkan segmen uterus bagian bawah akan menipis untuk mengakomodasikan janin yang menurun setelah serviks sepenuhnya membuka dan janin bisa meninggalkan uterus maka cincin retraksi tidak akan naik lagi.

6. Penipisan serviks

Jika serviks belum terisi selama hari-hari terakhir dari kehamilan maka proses ini akan terjadi pada saat persalinan. Serabut-serabut otot yang mengelilingi lobang dalam leher serviks akan tertarik keatas oleh segmen atas yang retraksi dan serviks menyatu kedalam segmen uterus yang bawah. Saluran serviks akan melebar dan mendatar. Pada wanita primigravida, lobang luar leher rahim akan tetap tertutup hingga serviks menjadi rata diatas bagian janin yang menyodor dan seluruhnya akan menipis, sedangkan pada wanita multigravida lobang luar serviks akan mulai membuka sebelum penipisan selesai. Pada wanita yang tinggi paritasnya, serviksnya mungkin tidak akan pernah menipis dengan sepenuhnya. (Varney, 2019)

7. Pembukaan serviks

Pembukaan serviks ialah proses pembesaran lubang luar dari serviks dari keadaan yang tertutup rapat menjadi lobang yang cukup besar untuk memungkinkan lewatnya kepala janin. Pembukaan diukur dalam centimeter dan pembukaan penuh kira-kira 10 cm. Pembukaan akan terjadi sebagai akibat dari tekanan pada uterus oleh janin. Tekanan pada rahim akan menyebabkan fundus uteri bereaksi dengan jalan berkontraksi. (Varney, 2019)

8. Perdarahan

Sebagai akibat dari pembukaan serviks, maka operculum yang membentuk sumbat serviks selama kehamilan, akan menjadi lenyap. Wanita tersebut akan melihat pengeluaran lendir campur darah beberapa jam sebelum atau dalam waktu beberapa jam setelah persalinan dimulai. Darah tersebut datang dari pembuluh-pembuluh halus yang pecah didalam parietal decidua dimana chorion telah terlepas dan juga dari serviks yang sedang membuka. Jumlah darah ini seharusnya tidak boleh lebih dari hanya noda darah saja. Jika perdarahan aktif terjadi, hal itu dianggap tidak normal. (Varney, 2019)

2.3.3 Tanda-tanda persalinan

Adapun tanda-tanda persalinan adalah : Ibu merasakan ingin mengedan bersamaan dengan terjadinya kontraksi, ibu merasakan makin meningkatnya tekanan pada rektum atau vagina, perineum terlihat menonjol, vulva vagina dan sfingter ani terlihat membuka dan peningkatan pengeluaran lendir dan darah (APN, 2017).

2.3.4 Faktor – faktor yang mempengaruhi persalinan

a. Power (His/kontraksi otot rahim, kontraksi otot dinding perut, kontraksi diafragma pelvis atau kekuatan mengejan, keregangan dan kontraksi ligamentum rotundum).
b. Pasanger (janin dan plasenta) Faktor lain yang berpengaruh terhadap persalinan adalah faktor janin yang meliputi sikap, letak, presentasi dan posisi janin.
c. Passage (jalan lahir lunak dan jalan lahir tulang) Passage atau jalan lahir dalam persalinan meliputi 2 macam, yaitu Jalan lahir lunak (segmen bawah rahim, serviks uteri, vagina) dan jalan lahir tulang (jenis panggul) (APN, 2017 : 27).

2.3.5 Tahapan Persalinan

Menurut Indrayani & Maudy tahun 2016 dalam proses persalinan ada beberapa tahapan yang harus dilalui oleh ibu, tahapan tersebut dikenal dengan 4 kala :

a. Kala satu

Kala satu disebut juga kala pembukaan servik yang beralansung antara pembukaan nol (0) sampai pembukaan lengkap (10). Pada permulaan his, kala satu berlansung tidak begitu kuat sehingga pasien masih dapat berjalan-jalan.

Kala satu persalinan dibagi menjadi dua yaitu:

1) Fase laten pada kala satu persalinan
   a) Dimulai sejak awal kontraksi yang menyebabkan penipisan dan pembukaan serviks secara bertahap.
   b) Dimulai dari adanya pembukaan sampai pembukaan serviks mencapai 3 cm atau serviks membuka kurang dari 4 cm.
   c) Pada umumnya, fase laten berlansung hampir atau hingga 8 jam.

2) Fase aktif pada kala satu persalinan
   a) Frekuensi dan lama kontraki uterus akan meningkat secara bertahap (kontraksi dianggap adekuat/memadai jika terjadi tiga kali atau lebih dalam waktu 10 menit dan berlansung selama 40 detik atau lebih).
   b) Dari pembukaan 4 cm hingga mencapai pembukaan lengkap atau 10 cm, akan terjadi dengan kecepatan rata-rata 1 cm perjam (nulipara atau primigravida) atau lebih dari 1 cm hingga 2 cm (multipara)
   c) Terjadi penurunan bagian terbawah janin
   d) Pada umumnya, Fase aktif berlansung hampir 6 jam
   e) Fase aktif dibagi lagi menjadi tiga fase, yaitu:
      (1) Fase akselerasi, pembukaan 3 ke 4 dalam waktu 2 jam.
      (2) Fase kemajuan maksimal/dilatasi maksimal, pembukaan berlansung sangat cepat, yaitu dari pembukaan 4 ke 9 dalam waktu 2 jam
      (3) Fase deselerasi, pembukaan 9 ke 10 dalam waktu 2 jam Fase tersebut biasanya terjadi pada primigravida. Pada

multigravida juga terjadi demikian, namun fase laten, aktif dan fase deselerasi terjadi lebih pendek.

b. Kala dua (pengeluaran bayi)

Kala dua persalinan disebut juga dengan kala pengeluaran bayi yang dimulai ketika pembukaan serviks sudah lengkap (10 cm) dan berakhir dengan kelahiran bayi. Tanda dan gejala kala dua sebagai berikut :

1) Ibu merasa ingin meneran bersamaan dengan terjadinya kontraksi.
2) Ibu merasakan adanya peningkatan tekanan pada rektum dan vagina.
3) Perineum menonjol.
4) Vulva dan spinterani membuka.

Pada kala dua his dan keingan ibu untuk meneran semakin meningkat sehingga akan mendorong bayi keluar. Kala dua berlansung hingga 2 jam pada primipara dan 1 jam pada multipara.

Menurut Aderhold dan Roberts, persalianan Kala II dibagi menjadi 3 fase yaitu :

a) Fase keredaan

Fase ini dimulai dari pembukaan lengkap hingga saat timbulnya keinginan untuk meneran secara berirama dan sering.

b) Fase meneran aktif

Fase ini dimulai pada saat usaha meneran sehingga bagian terendah janin tidak masuk lagi antara peneranan yang dilakukan (*crowing*).

c) Fase perineal

Fase ini dimulai dari crowing sampai lahirnya seluruh tubuh.

c. Kala tiga

Kala uri atau pengeluaran plasenta dimulai setelah lahirnya bayi dan berakhir dengan lahirnya plasenta dan selaput ketuban. setelah Kala III, kontraksi uterus berhenti sekitar 5 sampai 10 menit.

Plasenta lepas berlansung tidak lebih dari 30 menit, jika lebih maka harus diberi penanganan lebih atau dirujuk.

Berikut tanda-tanda pelepasan plasenta, yaitu:

1) Uterus teraba bundar (globuler).
2) Tali pusat bertambah panjang.
3) Terjadi perdarah secara tiba-tiba.
4) Uterus tersorong ke atas karena plasenta dilepas ke segmen bawah rahim.

Melahirkan plasenta dilakukan dengan dorongan ringan secara crede pada fundus uteri. Biasanya plasenta lepas dalam 6-15 menit setelah bayi lahir. Lepasnya plasenta secara schultze biasanya tidak ada perdarahan sebelum plasenta lahir dan banyak mengeluarkan darah setelah plasenta lahir. Sedangkan dengan cara ducan yaitu plasenta lepas dari pinggir, biasanya darah mengalir keluar antara selaput ketuban.

Manajemen aktif kala III terdiri dari beberapa komponen, antara lain:

a) Pemberian suntikan oksitoksin dalam 1 menit pertama setelah bayi lahir.
b) Melakukan peregangan tali pusat terkendali (PTT)
c) Masase fundus uteri.

d. Kala IV

Kala empat dimulai dari setelah lahirnya plasenta dan berakhir dalam dua jam. Pada kala empat ini sering terjadinya perdarahan post partum. Masalah atau komplikasi yang dapat muncul pada kala empat adalah perdarahan yang mungkin disebabkan oleh atonia uteri, laserasi jalan lahir dan sisa plasenta. Pemantauan kala empat dilakukan setiap 15 menit pada jam pertama pasca persalinan, setiap 30 menit pada jam kedua pasca persalinan. Observasi yang dilakukan pada kala empat antara lain:

1) Tingkat kesadaran.

2) Pemeriksaan tanda-tanda vital (TTV), tekanan darah, nadi, suhu.

3) Tinggi fundus uteri, kontraksi uterus.

4) Kandung kemih dan perdarahan. Dikatakan normal jika tidak melebihi 500 cc.

2.3.6 Faktor yang Mempengaruhi Persalinan

Menurut Indriyani & Maudy tahun 2016 ada beberapa faktor yang dapat mempengaruhi persalinan, antara lain:

a. Passage way

Passage way merupakan jalan lahir dalam persalinan berkaitan dengan segmen atas dan segmen bawah rahim pada persalinan. Segmen atas memegang peranan yang aktif karena berkontraksi dan dindingnya bertambah tebal dengan majunya persalinan. Sebaliknya segmen bawah memegang peran pasif dan makin tipis dengan majunya persalinan karena peregangang. Jalan lahir terdiri dari pelvis dan jaringan lunak serviks, dasar panggul, vagina dan introitus (lubang luar dari vagina).

b. Power

Power adalah kekuatan untuk mendorong janin keluar. Power terdiri atas :

1) His (kontraksi otot uterus)

His merupakan kontraksi otot rahim pada persalinan yang terdiri dari kontraksi otot dinding perut, kontraksi diafragma pelvis atau kekuatan mengejan dan kontraksi ligamentum rotundum.

2) Tenaga mengejan

Power atau tenaga yang mendorong anak keluar.

c. Passanger

Passanger meliputi janin, plasenta dan air ketuban. Janin bergerak sepanjang jalan lahir akibat interaksi beberapa faktor, diantaranya; ukuran kepala janin, presentasi, letak, sikap dan posisi janin karena

plasenta dan air ketuban juga harus melewati melewati jalan lahir, maka dianggap bagian dari *passanger* yang menyertai janin.

d. Position

Merubah posisi membuat rasa letih hilang, memberi rasa nyaman dan melancarkan sirkulasi darah. Posisi tegak meliputi posisi berdiri, berjalan, duduk, jongkok. Posisi tegak memungkinkan gaya gravitasi untuk penurunan bagian terendah janin.

e. Psychology

Psychology adalah respon psikologi ibu terhadap proses persalinan. Faktor psikologi terdiri dari persiapan fisik maupun mental melahirkan.

2.3.7 Perubahan dalam proses persalinan

Sejumlah perubahan fisiologis yang normal akan terjadi selama persalinan, Hal ini untuk mengetahui perubahan-perubahan yang dapat dilihat secara klinis dan bertujuan untuk dapat secara tepat dan cepat mengintreprestasikan tanda-tanda, gejala tertentu dan penemuan perubahan fisik serta laboratorium apakah normal atau tidak.(Sarwono, 2017)

1. Perubahan Uterus.

Selama persalinan uterus berubah bentuk menjadi dua bagian yang berbeda. Yaitu segmen atas dan segmen bawah. Dalam persalinan perbedaan antara segmen atas dan segmen bawah rahim lebih jelas lagi. Segmen atas memegang peranan yang aktif karena berkontraksi dan dindingnya bertambah tebal dengan majunya persalinan. Pengecilan segmen atas hanya mungkin jika diimbangi oleh relaksasi segmen bawah rahim. Sebagian dari isi rahim keluar dari segmen atas tetapi diterima oleh segmen bawah. Jadi segmen atas makin lama makin mengecil, sedangkan segmen bawah makin direnggang dan makin tipis dan isi rahim sedikit demi sedikit pindah ke segmen bawah. Karena segmen atas makin tebal dan segmen bawah makin tipis, maka batas antara segmen atas dan segmen bawah menjadi jelas. Batas ini disebut lingkaran retraksi

yang fisiologis. Kalau segmen bawah sangat diregang maka lingkaran retraksi lebih jelas lagi dan naik mendekati pusat dan disebut lingkaran retraksi yang patologis atau lingkaran bandl. Lingkaran bandl adalah tanda ancaman robekan rahim dan terdapat kalau bagian depan tidak dapat maju misalnya karena panggul sempit. (Ilmu Kebidanan, 2019).

2. **Perubahan Serviks.**

Perubahan serviks sudah dimulai dalam kehamilan dan serviks yang pendek (lebih dari setengahnya telah merata) merupakan tanda dari serviks yang matang. (Varney, 2019). Dilatasi adalah pelebaran os serviks eksternal dari muara dengan diameter berukuran beberapa millimeter sampai muara tersebut cukup lebar untuk dilewati bayi.. Ketika kontaksi uterus menimbulkan tekanan pada selaput ketuban, tekanan hidrostatik kantong amnion akan melebarkan serviks.dilatasi secara klinis dievaluasi dengan mengukur diameter seriks dalam sentimeter, 0-10cm dianggap pembukaan lengkap.(Varney, 2019)

3. **Perubahan Kardiovaskuler.**

Denyut jantung yang sedikit naik merupakan hal yang normal,meskipun normal perlu dikontrol secara periode untuk mengidentifikasi infeksi. Detak jantung akan meningkat cepat selama kontraksi berkaitan juga dengan peningkatan metabolisme. sedangkan antara kontraksi detak jantung mengalami peningkatan sedikit dibanding sebelum persalinan. (Varney, 2019)

4. **Perubahan Tekanan Darah.**

Perubahan tekanan darah meningkat selama konstraksi uterus dengan kenaikan sistolik rata-rata sebesar 10-20 mmHg dan kenaikan diastolik rata-rata 5-10 mmHg. Pada waktu diantara kontraksi, tekanan darah kembali ke tingkat sebelum persalinan. Dengan mengubah posisi tubuh dari terlentang ke posisi miring, perubahan tekanan darah selama kontraksi dapat dihindari. Nyeri, rasa takut, dan kekhawatiran dapat semakin meningkatkan tekanan darah. (Varney, 2019)

5. **Perubahan Nadi.**

Frekuensi denyut jantung nadi diantara kontraksi sedikit lebih tinggi dibandingkan selama periode menjelang persalinan. Hal ini mencerminkan peningkatan metabolisme yang terjadi selama persalinan.

6. **Perubahan Suhu.**

Suhu badan akan sedikit meningkat selama persalinan,suhu mencapai tertinggi selama persalinan dan segera setelah persalinan. Kenaikan ini dianggap normal asal tidak melebihi 0,5° - 1° C. Suhu badan yang naik sedikit merupakan hal yang wajar, namun keadaan ini berlangsung lama, keadaan suhu ini mengindikasikan adanya dehidrasi. Parameter lainnya harus dilakukan antara lain selaput ketuban pecah atau belum, karena hal ini merupakan tanda infeksi.

7. **Perubahan Pernafasan.**

Peningkatan aktivitas fisik dan peningkatan pemakaian oksigen terlihat dari peningkatan frekuensi pernafasan. Hiperventilasi dapat menyebabkan alkalosis respiratorik (pH meningkat), hipoksia dan hipokapnea (karbondioksida menurun), Pada tahap kedua persalinan. Jika ibu tidak diberi obat-obatan, maka ia akan mengkonsumsi oksigen hampir dua kali lipat. Kecemasan juga meningkatkan pemakaian oksigen. Kenaikan pernafasan dapat disebabkan karena adanya rasa nyeri,kekhawatiran serta penggunaan tehnik pernafasan yang tidak benar. (Varney, 2019)

8. **Perubahan Metabolisme.**

Selama persalinan, metabolisme karbohidrat aerob maupun anaerob meningkat dengan kecepatan tetap. Peningkatan ini terutama disebabkan oleh anxietas dan aktivitas otot rangka. Peningkatan aktivitas metabolik terlihat dari peningkatan suhu tubuh, denyut nadi ,penafasan, curah jantung dan cairan yang hilang.

9. **Perubahan Ginjal.**

Poliuria sering terjadi selama persalinan. Kondisi ini dapat diakibatkan peningkatan lebih lanjut curah jantung selama persalinan dan kemungkinan peningkatan laju filtrasi glomelurus dan aliran plasma ginjal. Poliuria menjadi kurang jelas pada posisi terlentang karena posisi ini membuat aliran urine berkurang selama kehamilan. Sedikit proteinuria (rek,1+) umum ditemukan pada sepertiga sampai setengah jumlah wanita bersalin. Proteinuria 2+ dan lebih adalah data yang abnormal. (varney,2019)

10. **Perubahan Gastrointestinal.**

Lambung yang penuh dapat menimbulkan ketidaknyamanan dan penderitaan umum selama masa transisi. Oleh karena itu, wanita harus dianjurkan untuk tidak makan dalam porsi besar atau minum berlebihan, tetapi makan dan minum ketika keinginan timbul guna mempertahankan energy dan hidrasi. Pemberian obat-obatan oral tidak efektif selama persalinan. Perubahan pada saluran cerna kemungkinan timbul sebagai respon terhadap salah satu atau kombinasi factor-faktor berikut : kontraksi uterus, nyeri, rasa takut dan khawatir, obat , atau komplikasi.

11. **Perubahan Hematologi.**

Hemoglobin meningkat rata-rata 1,2gr/100ml selama persalinan dan kembali kekadar sebelum persalinan pada hari pertama pasca partum jika tidak ada kehilangan darah yang abnormal. Waktu koagulasi darah berkurang dan terdapat peningkatan fibrinogen plasma lebih lanjut selama persalinan. Hitung sel darah putih selama progresif meningkat selama kala 1 persalinan sebesar kurang lebih 5000 hingga jumlah rata-rata 15000 pada saat pembukaan lengkap ,tidak ada peningkatan lebih lanjut setelah ini. Gula darah menurun selama persalinan, menurun drastic pada persalinan yang lama dan sulit, kemungkinan besar akibat peningkatan aktifitas otot dan rangka. (Varney, 2019)

2.3.8 Penatalaksanaan dalam Proses persalinan

1. Melihat tanda gejala kala II

1) Dorongan untuk meneran
2) Adanya tekanan pada anus
3) Perineum menonjol
4) Vulva-vagina membuka

2. Menyiapkan pertolongan persalinan

1) Pastikan peralatan lengkap: partus set, alat resusitasi, kain ibu, pakaian bayi,obat-obatan yang digunakan membuka spuit dan menaruh kedalam bak instrumen, serta mematahkan ampul oksitosin.
2) Menggunakan celemek
3) Melepaskan semua perhiasan,Mencuci tangan dengan 7 langkah
4) Memakai sarung tangan DTT/ steril
5) Menghisap oksitosin 10 IU kedalam spuit, masukkan kedalam partus set.

3. Memastikan pembukaan lengkap dengan janin baik

1) Membersihkan vulva dan perineum(vulva hygiene)
2) Menggunakan teknik aseptik, melakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan pembukaan lengkap
3) Mendokumentasi sarung tangan dengan mencelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5%
4) Memeriksa denyut janung janin(normal 100-180 kali/menit).

4. Menyiapkan ibu dan keluarga untuk proses persalinan

1) Memberitahukan hasil pemeriksaan pada ibu dan keluarga bahwa ibu sipa untuk melahirkan
2) Meminta keluarga membantu memilih posisi persalinan yang nyaman bagi ibu
3) pimpin ibu untuk meneran. His ada pimpin ibu untuk meneran,His tidak ada anjurkan ibu untuk makan/minum. (Varney, 2019)

5. Persiapan pertolongan bayi

1) Jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm, letakkan handuk diatas perut ibu untuk mengeringkan bayi
2) Meletakkan kain bersih dilipat 1/3 bagian dibawah bokong ibu

3) Membuka partus set
4) Memakai sarung tangan DTT.

6. Menolong kelahiran bayi

1) Saat kepala bayi akan keluar lindungi perineum dengan satu tangan dilapisi kain yang ada dibawah bokong ibu.
2) Dengan lembut menyeka muka, mulut dan hidung bayi dengan kain atau kasa yang bersih
3) Memeriksa lilitan tali pusat dan mengambil tindakan yang sesuai
4) Menunggu hingga kepala bayi melakukan putaran paksi luar secara spontan. Lahir bahu
5) Setelah putaran paksi luar letakkan tangan secara biparietal. Dengan lembt menariknya kearah luar hingga bahu anterior muncul dibawah arkus pubis dan dengan lembut tarik keatas dan kearah luar untuk melahirkan bahu posterior.Lahir badan dan tungkai
6) Setelah kedua bahu dilahirkan, menelusurkan tangan mulai kepala bayi yang berada dibagian bawah kearah perineum, membiarkan bahu dan lengan posterior lahir ke tangan tersebut. Kendalikan kelahiran siku dan tangan bayi saat melewati perineum
7) Setelah tubuh dari lengan lahr, menelusurkan tangan yang ada diatas (anterior) dari punggung ke arah kaki bayi untuk menyangganya saat punggung dari kaki lahir. Memegang kedua mata kaki bayi dengan hati-hati membantu kelahiran kaki. (Varney, 2019)

7. Penanganan bayi baru lahir

1) Menilai bayi dengan cepat, letakkan bayi keatas perut ibu
2) Segera mengeringkan bayi, membungkus kepala dan badan bayi kecuali bagian pusat
3) Menjepit tali pusat menggunakan klem kira-kira 3 cm dari pusat bayi. Urut tali pusat dari klem kearah ibu dan memasang klem kedua kira-kira 2 cm

4) Memegang tali pusat dengan satu tangan, melindungi bayi dari gunting dan memotong tali pusat diantara kedua klem tersebut
5) Mengganti handuk yang basah dan menyelimuti bayi dengan kain atau selimut yang bersih dan kering, tutupi bagian kepala
6) Memberikan bayi kepada ibunya dan menganjurkan ibu untuk memeluk bayinya dan memulai IMD.

8. Manajemen aktif kala III

1) Meletakkan kain bersih dan kering. Melakukan palpasi abdomen untuk menghilangkan kemungkinan adanya bayi kedua
2) Memberitahu kepada ibu bahwa ia akan disuntik
3) Dalam waktu 2 menit setelah kelahiran bayi, memberikan suntikan oksitosin 10 IU IM di 1/3 paha kanan atas lateral.
4) Penegangan tali pusat terkendali
5) Memindahkan klem pada tali pusat
6) Meletakkan satu tangan diatas kain yang ada diperut ibu, tepat diatas tulang pubis, dan menggunakan tangan ini untuk melakukan palpasi kontraksi dan menstabilkan uterus. Memegang tali pusat dan klem dengan tangan yang lain
7) Menunggu uterus berkontraksi dan kemudian melakukan penegangan kearah bawah pada tali pusat dengan lembut.Lakukan secara berlawanan arah pada bagian uterus(dorso kranial)
8) Setelah plasenta lepas, meminta ibu untuk meneran sambil menarik tali pusat kearah bawah dan kemudian kearah atas, mengikuti kurve jalan lahir sambil menruskan tekanan
9) Jika plasenta terlihat di introitus vagina, melanjutkan kelahiran plasenta dengan menggunakan kedua tangan
10) Segera setelah plasenta dan selaput ketuban lahir lakukan masase uterus. (Varney, 2019)

9. Menilai perdarahan

1) Memeriksa kedua sisi plasenta baik yang menempel ke ibu maupun janin dan selaput

2) Mengevaluasi adanya laserasi pada vagina dan perineum, segera menjahit laserasi.

10. Melakukan prosedur pasca persalinan

1) Menilai ulang uterus dan memastikannya berkontraksi dengan baik. Evaluasi Perdarahan
2) Mencelupkan kedua tangan yang memakai sarung tanagn kedalam larutan klorin 0,5%, bilas kedua tangan dengan air DTT
3) Menempatkan klem tali pusat DTT/steril atau mengikatkan tali DTT dengan simpul mati sekeliling tali pusat sekitar 1 cm dari pusat
4) Mengikat satu lagi simpul mati dibagian pusat yang berseberangan dengan simpul yang pertama
5) Melepaskan klem bedah dan meletakkannya kedalam larutan klorin 0,5%
6) Menyelimuti kembali bayi dan menutupi bagian kepala
7) Menganjurkan ibu untuk me;akukan pemberian ASI

11. Evaluasi

1) Melanjutkan pemantauan kontraksi uterus dan perdarahan pervaginam
2) Mengajarkan pada ibu/keluarga bagaimana melakukan masase uterus dan memeriksa kontraksi uterus
3) Mengevaluasi kehilangan darah
4) Memeriksa tekanan darah, nadi dan keadaan kendung kemih setiap 15 menit selama 1 jam dan setiap 30 menit selama jam kedua.
5) Menempatkan semua peralatan didalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi selama 10 menit
6) Membuang bahan-bahan yang terkontaminasi ke dalam tempat sampah yang sesuai
7) Membersihkan ibu dengan menggunakan air DTT
8) Memastikan bahwa ibu nyaman

9) Mendekontaminasi daerah yang digunkan untuk melahirkan dengan laruatn klorin 0,5%
10) Mencelupakan sarung tangan kotor kedalam larutan kloein 0,5 %
11) Kedua tangan dengan sabun adn air mengalir
12) Melengkapi partograf. (Varney, 2019)

2.3.9 Patofisiologi Persalinan

Menurut Manuaba (2017), tanda – tanda patofisiologi persalinan :

1. *Lightening* atau *settling* atau *dropping*

Yaitu kepala turun memasuki pintu atas panggul terutama pada primigravida. Pada multipara tidak begitu kentara.

2. Perut kelihatan lebih melebar, fundus uterus turun.

3. Perasaan sering – sering atau susah kencing (*polakisuria*) karena kandung kemih tertekan oleh bagian terbawah janin.

4. Perasaan sakit di perut dan di pegang oleh adanya kontraksi. Kontraksi lemah di uterus, kadang – kadag di sebut " *traise labor pains*".

5. Serviks menjadi lembek, mulai mendatar dan sekresinya bertambah juga bercampur darah (*bloody show*)

6. Tanda – tanda inpartu.

Menurut Mochtar (2017), tanda – tanda inpartu :

a. Rasa sakit oleh adanya his yang dating lebih kuat, sering dan teratur.
b. Keluar lender bercampur darah (show) yang lebih banyak karena robekan – robekan kecil pada serviks'
c. Kadang – kadang ketuban pecah dengan sendirinya.
d. Pada pemeriksaan dalam : serviks mendatar dan pembukaan telah ada.

2.3.10 Asuhan persalinan normal

Pengertian asuhan persalinan normal (APN) adalah asuhan yang bersih dan aman dari setiap tahapan persalinan yaitu mulai dari kala I sampai dengan kala IV dan upaya pencegahan komplikasi terutama perdarahan pasca persalinan, hipotermi serta asfiksia pada bayi baru lahir (JNPK-KR,2017).

1) Asuhan persalinan kala I

Tujuan asuhan persalinan kala I adalah untuk menyiapkan kelahiran bayi seoptimal mungkin sehingga persalinan berjalan dengan baik dan lancar tanpa ada komplikasi, ibu dan bayi selamat dan sehat. Adapun asuhan persalinan kala I meliputi :

a) Pengkajian

Tujuan dari pengkajian adalah mengumpulkan informasi tentang riwayat kesehatan, kehamilan dan persalinan. Informasi ini akan digunakan dalam proses membuat keputusan klinik untuk menentukan diagnosis dan mengembangkan rencana asuhan perawatan yang sesuai.

b) Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik bertujuan untuk menilai kondisi kesehatan ibu dan bayinya serta tingkat kenyamanan fisik ibu bersalin.

c) Pemeriksaan abdomen

Adapun tujuan pemeriksaan abdomen pada kala I adalah ; menentukan tinggi fundus uteri (TFU), memantu kontraksi uterus, memantau denyut jantung janin
(DJJ), menentukan presentasi, menentukan penurunan bagian terbawah janin.

d) Pemeriksaan dalam

Pemeriksaan dalam dilakukan untuk menentukan dilatasi serviks, penipisan serviks, kondisi ketuban, presentasi janin, penurunan dan bagian-bagian janin.

e) Pencatatan dengan partograf

Partograf adalah alat bantu untuk memantau kemajuan kala I persalinan dan informasi untuk membuat keputusan klinik (JNPK-KR, 2017).

(1) Informasi tentang ibu meliputi ; nama pasien, riwayat kehaamilan, riwayat persalinan, nomor register pasien, tanggal dan waktu kedatangan mulai di rawat, waktu pecah ketuban.

(2) Kesehatan dan kenyamanan janin, hasil pemeriksaan DJJ, warna dan adanya air ketuban setiap kali melakukan pemeriksaan dalam, molase atau penyusupan tulang kepala janin.

(3) Kemajuan persalinan ; pembukaan serviks, pencatatan penurunan bagian terbawah atau persentasi janin.

(4) Pencatatan jam dan waktu meliputi; waktunya mulai fase aktif, waktu aktual saat pemeriksaan, kontraksi uetrus, obat-obatan dan cairan IV yang diberikan.

(5) Kesehatan dan kenyamanan ibu meliputi; nadi, suhu tubuh, tekanan darah, volume urine, protein dan aseton urine.

(6) Asuhan pengamatan dan keputusan klinik lainnya, dengan mencatat semua asuhan lain meliputi; jumlah cairan per oral, kemungkinan penyulit serta tanda bahaya dan upaya rujukan (WHO, 2000).

2) Asuhan kebidanan kala II

Asuhan persalinan pada kala II menurut JNPK-KR (2017) meliputi :

a) Pengkajian

Pengkajian dan pemeriksaan fisik dilakukan pada kala II untuk mengetahui apakah sudah masuk kala II dan apakah ada komplikasi yang mengindikasikan untuk merujuk.

b) Interpretasi data dasar, melakukan indentifiksi masalah atau diagnosa berdasarkan data yang terkumpul dan interpretasi data yang benar.

c) Mengidentifikasi diagnosa atau masalah potensial dan mengantisipasi penangananya.

d) Menetapkan kebutuhan terhadap tindakan segera baik oleh bidan maupun dokter dan atau melakukan konsultasi, kolaborasi dengan tenanaga kesehatan lain berdasarkan kondisi klien.

3) Asuhan kebidanan kala III

Asuhan kebidanan yang diberikan pada ibu bersalin kala III adalah; palpasi uterus untuk menentukan apakah ada bayi kedua, menilai bayi baru lahir (BBL) apakah stabil, jika tidak rawat segera.

4) Asuhan kebidanan kala IV

Asuhan kebidanan pada kala IV yaitu :

a) Lakukan *massase uterus* untuk merangsang kontraksi uterus agar dapat berkontraksi dengan baik
b) Evaluasi tinggi *fundus uteri* dengan meletakkan jari tangan secara melintang dengan pusat sebagai patokan
c) Memperkirakan kehilangan darah
d) Periksa kemungkinan adanya robekan (lasersi dan epsiotomi) perineum
e) Evaluasi keadaan umum ibu
f) Dokumentasikan semua asuhan dan temuan selama persalinan kala II di bagian belakang partograf, segera setelah asuhan diberikan atau sesudah penilaian dilakukan (JNPK-KR, 2017).

2.4 Nifas

2.4.1 Pengertian

Masa nifas (*Pueroerium)* adalah dimulai setelah plasenta lahir dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil. Masa nifas berlangsung kira-kita 6 minggu atau 40 hari (Rukiyah,2017).

Nifas disebut juga post partum atau puerpurium adalah masa atau waktu sejak bayi lahir dan plasenta keluar sampai enam minggu disertai dengan pulihnya kembali organ-organ kandungan (Suherni, Widyasih & Rahmawati 2018, p.01)

Masa nifas (puerperium) adalah masa pulih kembali, mulai dari persalinan selesai hingga alat-alat kandungan kembali seperti prahamil. Lama masa nifas ini, yaitu 6-8 minggu (Bahiyatun, 2019, p.2)

2.4.2 Psikologi Nifas

a. *Taking On*

Pada fase ini disebut meniru, dan bukan hanya meniru tapi sudah membanyangkan peran yang dilakukan pada tahap sebelumnya.

b. *Taking in*

Periode ini terjadi 1-2 hari sesudah melahirkan, ibu baru pada umumnya pasif dan tergantung, perhatiannya tertuju pada tubuhnya, peningkatan nutrisi ibu mungkin dibutuhkan karena selera makan ibu biassanya bertambah.

c. *Taking Hold*

Periode ini berlangsung pada hari 2-4 post partum ibu menjdi orang tua yang sukses dengan tanggung jawab terhadap bayinya. Pada masa ini ibu agak sensitif, sehingga membutuhkan bimbingan dan dorongan untuk mengatasi kritikan yang dialami ibu.

d. *Letting Go*

Periode in berlangsung 4 hari post partum. Ibu mulai secara penuh menerima tanggung jawab sebagai "seorang ibu" dan menyadari atau merasa bayi sangat bergantug pada dirinya (Rukiyah,2017:45-46).

2.4.3 Perubahan yang terjadi pada waktu Nifas

a. **Perubahan Sistem reproduksi**

1) Perubahan kelenjar mamae

Perubahan besar yang terjadi 30 sampai 40 jam post partum antara lain peninggian mendadak konsentrasi laktosa. Pada hari kedua post partum sejumlah kolostrum, cairan yang disekresi oleh payudara selama 5 hari pertama selama kelahiran bayi, dapat di peras dari puting susu (Rukiyah,2017: 52)

2) Uterus

Selama masa nifas, alat internal maupun exsternal berangsur-angsur kembali seperti keadaan sebelum hamil. Perubahan keseluruhan alat genetalia ini di sebut involusi.

Pada masa ini terjadi juga perubahan penting lainnya, perubahan-perubahan yang terjadi.

Tabel dibawah ini akan menjelaskan tinggu fundus uteri dan berat uterus menurut masa involusi dari bayi lahir sampai dengan 8 minggu *Post partum*, yaitu sebagai berikut :

Tabel B.7

Tinggi fundus uteri dan berat uterus menurut masa involusi

No	Waktu Involusi	Tinggi Fundus Uteri	Berat Uterus
1	Bayi Lahir	Setinggi Pusat	1000 gram
2	Plasenta Lahir	2 jari dibawah pusat	750 gram
3	1 Minggu	Pertengahan pusat-simfisis	500 gram
4	2 Minggu	Tidak teraba diatas simfisis	350 gram
5	6 Minggu	Bertambah kecil	50 gram
6	8 Minggu	Normal	30 Gram

(Rukiyah,2017:57).

3) Lochea

Lochea adalah cairan secret yang berasal dari kavum uteri dan vagina selama masa nifas. lochea biasanya berlangsung kurang lebih selama 2 minggu setelah melahirkan. Lochea dapat dibagi menjadi lochea rubra,sanguilenta,serosa dan alba. Perbedaan masing-masing lochea dapat dilihat sebagai berikut :

(1) *Lochea rubra,* Muncul pada hari 1-2 post partum, berwarna merah mengandung darah dan sisa-sisa selaput ketuban, jaringan dari decidua, verniks caseosa, lanugo dan mekonium.

(2) *Lochea Sanguinolenta,* Muncul pada hari ke 3-7 post partum, berwarna merah kuning dan berisi darah lendir.

(3) *Lochea Serosa,* muncul pada hari ke 7-14 post partum, berwarna kecoklatan mengandung lebih banyak serum, lebih sedikit darah dan lebih banyak serum.

(4) *Lochea Alba*, muncul sejak 2-6 minggu post partum, berwarna putih kekuningan.

(5) *Lochea Purulenta*, terjadi infeksi, keluar cairan seperti nanah dan berbau busuk.

(6) *Lochiostatis*, lochea yang tidak lancar keluarnya (Rukiyah,2017: 59).

4) Serviks

Segera setelah selesainya kala tiga persalinan, serviks dan segmen bawah uteri menjadi struktur yang tipis, kolaps dan kendur. Setelah minggu pertama serviks mendapatkan kembali tonusnya pada saat saluran kembali terbentul dan tulang internal menutup (Rukiyah,2017: 60).

5) Vulva dan Vagina

Vulva dan vagina mengalami penekanan serta peregangan yang sangat besar selama proses melahirkan bayi dan dalam beberapa hari sesudah proses tersebut kedua organ ini tetap berada dalam keadaan kendur vagina dan pintu keluar vagina pada bagian pertama masa nifas berbentuk lorong berdinding lunak dan luas yang ukurannya secara perlahan – lahan mengecil tetapi jarang kembali ke ukuran nullipara (Rukiyah,2017: 61).

b. **Sistem Pencernaan**

Pasca melahirkan, biasanya ibu merasa lapar sehingga diperbolehkan untuk mengkonsumsi makanan. Pemulihan nafsu makan diperlukan 3 – 4 hari sebelum faal usus kembali normal. Meskipun kadar progesteron menurun setelah melahirkan, asupan makanan juga mengalami penurunan selama satu atau dua hari (Rukiyah,2017: 64).

c. Sistem perkemihan

Diuresis postpartum normal terjadi 24 jam setelah melahirkan sebagai respon terhadap penurunan estrogen. Kandung kencing masa nifas mempunyai kapasitas yang bertambah besar dan relative tidak sensitive terhadap tekanan cairan intravesika. Urin dalam jumlah besar

akan dihasilkan dalam waktu 12 – 36 jam sesudah melahirkan (Rukiyah,2017: 65).

d. Sistem muskuloskeletal (*Diastasis Rectie Abdominalis*)

Adaptasi sistem muskuloskeletal ibu yang terjadi mencakup hal – hal yang dapat membantu relaksasi dan hipermobilitas sendi dan perubahan pusat berat ibu akibat pembesaran uterus. Stabilisasi sendi lengkap akan terjadi pada minggu ke – 6 sampai ke – 8 setelah wanita melahirkan (Rukiyah, 2017: 67).

e. Perubahan tanda-tanda vital

1) Suhu

Tubuh suhu wanita inpartu tidak lebih dari 37,2 derajat celcius. Pasca melahirkan, suhu tubuh dapat naik kurang lebih 0,5 derajat celcius dari keadaan normal (Rukiyah, 2017: 68).

2) Nadi

Nadi dalam keadaan normal selama masa nifas kecuali karena pengaruh post partum lama, persalinan sulit dan kehilangan darah yang berlebihan. Setiap denyut nadi di atas 100x/menit selama masa nifas adalah abnormal (Rukiyah, 2017: 69).

3) Tekanan darah

Tekanan darah adalah tekanan yang dialami darah pada pembuluh darah arteri ketika darah dipompa oleh jantung keseluruh anggota tubuh manusia. Tekanan darah normal manusia sistolik 90-120 mmHg dan diastolik 60-80 mmHg (Rukiah, 2017: 69).

4) Pernafasan

Frekuensi pernafasan normal pada orang dewasa adalah 16-24 kali per menit. Pada ibu post partum pernafasan lambat atau normal hal ini ibu dalam keadaan pemulihan (Rukiyah, 2017: 69).

f. Sistem hematologi dan kardiovaskuler

Pada masa nifas 72 jam pertama biasanya akan kehilangan volume plasma daripada sel darah, penurunan plasma ditambah peningkatan sel darah pada waktu kehamilan diasosiasikan dengan peningkatan

hematokrit dan haemoglobin pada hari ketiga sampai tujuh hari setelah persalinan. Jumlah sel darah putih (leukosit) selama 10 – 12 setelah persalinan umumnya berkisar 20.000 – 25.000/mm (Rukiyah, 2017: 71).

g. Sistem endokrin

Keadaan hormone plasenta menurun dengan cepat, hormone plasenta laktogen tidak dapat terdeteksi dalam 24 jam post partum, hormone HCG menurun dengan cepat, estrogen turun sampai 10% (Rukiyah, 2017: 72).

2.4.4 Tanda Bahaya Masa Nifas

a. Perdarahan Pervaginam

Perdarahan pervaginam yang melebihi 500ml setelah bersalin didefinisikan sebagai perdarahan pasca persalinan, terdapat beberapa masalah mengenai definisi ini :

1. Perkiraan kehilangan darah biasannya tidak sebanyak yang sebenarnya, kadang-kadang hanya setengah dari biasanya. Darah tersebut bercampur dengan cairan amnion atau dengan urine, darah juga tersebar pada spon, handuk dan kain di dalam ember dan lantai.
2. Volume darah yang hilang juga bervariasi akibatnya sesuai dengan kadar hemoglobin ibu. Seorang ibu dengan kadar Hb normal akan dapat menyesuaikan diri terhadap kehilangan darah yang akan berakibat fatal pada anemia. Seorang ibu yang sehat dan tidak anemia pun dapat mengalami akibat fatal dari kehilangan darah
3. Perdarahan dapat terjadi dengan lambat untuk jangka waktu beberapa jam dan kondisi ini dapat tidak dikenali sampai terjadi syok.

Penilaian resiko pada saat antenatal tidak dapat memperkirakan akan terjadinya perdarahan pasca persalinan. Penanganan aktif kala III sebaiknya dilakukan pada semua wanita yang bersalin karena hal ini dapat menurunkan insiden perdarahan pasca persalinan akibat atonia

uteri. Semua ibu pasca bersalin harus dipantau dengan ketat untuk mendiagnosis perdarahan fase persalinan.

b. Infeksi Masa Nifas

Beberapa bakteri dapat menyebabkan infeksi setelah persalinan, Infeksi masa nifas masih merupakanpenyebab tertinggi AKI. Infeksi alat genital merupakan komplikasi masa nifas. Infeksi yang meluas kesaluran urinary, payudara, dan pasca pembedahan merupakan salah satu penyebab terjadinya AKI tinggi. Gejala umum infeksi berupa suhu badan panas, malaise, denyut nadi cepat. Gejala lokal dapat berupa Uterus lembek, kemerahan dan rasa nyeri pada payudara atau adanya disuria.

c. Sakit Kepala, Nyeri Epigastrik, Penglihatan Kabur

Gejala-gejala ini merupakan tanda-tanda terjadinya Eklampsia post partum, bila disertai dengan tekanan darah yang tinggi.

d. Pembengkakan di Wajah atau Ekstrenitas.

e. Demam, Muntah, Rasa Sakit Waktu Berkemih

Pada masa nifas dini sensitifitas kandung kemih terhadap tegangan air kemih di dalam vesika sering menurun akibat trauma persalinan serta analgesia epidural atau spinal. Sensasi peregangan kandung kemih juga mungkin berkurang akibat rasa tidak nyaman, yang ditimbulkan oleh epiosomi yang lebar, laserasi, hematom dinding vagina.

f. Payudara yang Berubah Menjadi Merah, Panas, dan Terasa Sakit.

Disebabkan oleh payudara yang tidak disusu secara adekuat, putting susu yang lecet, BH yang terlalu ketat, ibu dengan diet jelek, kurang istirahat, anemia.

g. Kehilangan Nafsu Makan Dalam Waktu Yang Lama

Kelelahan yang amat berat setelah persalinan dapat mengganggu nafsu makan,sehingga ibu tidak ingin makan sampai kelelahan itu hilang. Hendaknya setelah bersalin berikan ibu minuman hangat,susu,kopi atau teh yang bergula untuk mengembalikan tenaga yang hilang. Berikanlah

makanan yang sifatnya ringan,karena alat pencernaan perlu istirahat guna memulihkan keadaanya kembali.

h. Rasa sakit,merah,lunak dan pembengkakan di kaki

Selama masa nifas dapat terbentuk thrombus sementara pada vena-vena manapun di pelvis yang mengalami dilatasi.

2.4.5 Penatalaksanaan Dalam Masa Nifas

Asuhan Nifas Selama 2-6 Hari dan 2-6 minggu Setelah Kelahiran. Asuhan nifas yang dilakukan selama 2-6 hari setelah melahirkan dan 2-6 minggu setelah melahirkan bertujuan untuk:

a. Memastikan bahwa ibu sedang dalam proses penyembuhan yang aman.
b. Memastikan bahwa bayi sudah bisa menyusu tanpa kesulitan dan bertambah berat badannya.
c. Memastikan bahwa ikatan batin antara ibu dan bayi sudah terbentuk.
d. Memprakarsai penggunaan kontrasepsi.
e. Menganjurkan ibu membawa bayinya untuk control (kerumah sakit/rumah bersalin atau posyandu).

Evaluasi dan asuhan pada ibu dalam masa nifas 2-6 hari dan 2-6 minggu postpartum dapat dilakukan dengan pengambilan riwayat dan pemeriksaan fisik pada ibu.

Adapun komponen-komponen riwayat ibu yang perlu diketahui adalah menanyakan:

1) Bagaimana perasaan ibu, termasuk mood (suasana hati) dan perasaannya menjadi orang tua.
2) Keluhan atau masalah yang dirasakan saat ini.
3) Apakah ada kesulitan dalam buang air kecil atau buang air besar.
4) Perasaan ibu tentang persalinan dan kelahiran bayinya.
5) Atau memberi penjelasan tentang kelahiran: adakah komplikasi, laserasi, episiotomy?
6) Suplemen zat besi: adakah ibu makan tablet?
7) Pemberian ASI: apakah berhasil, atau ada kesulitan?

Berikut adalah langkah-langkah pengambilan riwayat pada hari 2-6 dan minggu 2-6 postpartum, adalah:

a) Sambut ibu dan perkenalkan diri
b) Tanyakan apa yang dirasakan ibu
c) Tanyakan tentang keluhan dan hal yang ingin ibu ketahui
d) Tanyakan tentang kelahiran:
   1) Siapa yang member asuhan
   2) Dimana ibu melahirkan
   3) Komplikasi selama hamil, bersalin dan setelah melahirkan
   4) Jeis persalinan apakah spontan, vacuum, seksio
e) Tanyakan apakah ibu mengkonsumsi zat besi
f) Tanyakan apakah ibu mengonsumsi obat-obatan lain
g) Tanyaka apakah ibu mempunyai kartu imunisasi TT
h) Tanyakan mengenai penggunaan kontrasepsi
i) Tanyakan mengenai tanda-tanda bahaya:
   1) Kelelahan, kesulitan tidur
   2) Demam
   3) Nyeri atau terasa panas waktu buang air kecil
   4) Sembelit, hemoroid
   5) Sakit kepala terus menerus, nyeri bengkak
   6) Nyeri abdomen
   7) Cairan vagina yang berbauk busuk
   8) Payudara sangat sakit pada saat disentuh, pembengkakan, putih susu pecah-pecah
   9) Kesulitan dalam menyusui
   10) Kesedihan
   11) Merasa kurang mampu merawat bayi
   12) Bagaimana penglihatan? (Maryunani Anik. 2019)

2.4.6 Patofisiologi Nifas

Dalam masa post partum atau masa nifas, alat-alat genetalia interna maupun eksterna akan berangsur-angsur pulih kembali seperti keadaan

sebelum hamil. Perubahan-perubahan alat genetal ini dalam keseluruhannya disebut “involusi”. Disamping involusi terjadi perubahan-perubahan penting lain yakni memokonsentrasi dan timbulnya laktasi yang terakhir ini karena pengaruh lactogenik hormon dari kelenjar hipofisis terhadap kelenjar-kelenjar mama.

Otot-otot uterus berkontraksi segera post psrtum, pembuluh-pembuluh darah yang ada antara nyaman otot-otot uretus akan terjepit. Proses ini akan menghentikan pendarahan setelah plasenta lahir. Perubahan-perubahan yang terdapat pada serviks ialah segera post partum bentuk serviks agak menganga seperticorong, bentuk ini disebabkan oleh korpus uteri terbentuk semacam cincin.

Peruabahan-perubahan yang terdapat pada endometrium ialah timbulnya trombosis, degenerasi dan nekrosis ditempat implantasi plasenta pada hari pertama endometrium yang kira-kira setebal 2-5 mm itu mempunyai permukaan yang kasar akibat pelepasan desidua dan selaput janin regenerasi endometrium terjadi dari sisa-sisa sel desidua basalis yang memakai waktu 2 sampai 3 minggu. Ligamen-ligamen dan diafragma palvis serta fasia yang merenggang sewaktu kehamilan dan pertu setelah janin lahir berangsur-angsur kembali seperti sedia kala. (Maryunani Anik. 2019)

2.5 Bayi Baru Lahir (BBL)

2.5.1 Pengertian

Bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir pada usia kehamilan genap 37 minggu sampai 42 minggu dan berat badan 2500 – 4000 gram dan tanpa cacat bawaan (Lia Dewi,2017:01).

Menurut Dep. Kes. RI, (2019) Bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir dengan umur kehamilan 37 minggu sampai 42 minggu dan berat lahir 2500 gram sampai 4000 gram

Menurut M. Sholeh Kosim, (2019) Bayi baru lahir normal adalah berat lahir antara 2500 – 4000 gram, cukup bulan, lahir langsung menangis, dan tidak ada kelainan congenital (cacat bawaan) yang berat.

2.5.2 Perubahan Fisiologi Bayi Baru Lahir

a. Sistem pernafasan

Selama didalam uterus, janin mendapat oksigen dari pertukaran gas melalui plasenta dan setelah bayi lahir pertukaran gas harus melalui paru-paru bayi. Usaha bayi pertama kali untuk mempertahankan alveoli, selain karena adanya sulfaktan, juga karena adanya tarikan napas dan pengeluaran napas dengan merintih sehingga udara bisa tertahan didalam. (Rukiyah, 2017)

b. Peredaran darah

Pada masa fetus, peredaran darah dimulai dari plasenta melalui vena umbilikus lalu sebagian ke hati dan sebagian lainnya langsung ke serambi kiri jantung, kemudian ke bilik kiri jantung. Dari bilik kiri darah di pompa melalui aorta ke seluruh tubuh, sedangkan yang dari bilik kanan darah dipompa sebagian ke paru dan sebagian melalui duktus arterious ke aorta. Setelah bayi lahir, paru akan berkembang yang akan mengakibatkan tekanan arteriol dalam paru menurun yang diikuti dengan menurunnya tekanan pada jantung kanan. (Sarwono, 2017)

c. Suhu tubuh

Empat kemungkinan mekanisme yang dapat menyebabkan bayi baru lahir kehilangan panas tubuhnya.

1. Konduksi

   Panas dihantarkan dari tubuh bayi ke benda sekitarnya yang kontak langsung dengan tubuh bayi (pemindahan panas dari tubuh bayi ke objek lain melalui kontak langsung).

2. Konveksi

Panas hilang dari tubuh bayi ke udara sekitarnya yang sedang bergerak (jumlah panas yang hilang bergantung pada kecepatan dan suhu udara).

3. Radiasi

   Panas dipancarkan dari BBL keluar tubuhnya ke lingkungan yang lebih dingin (pemindahan panas antara 2 objek yang mempunyai suhu berbeda).

4. Evaporasi

   Panas hilang melalui proses penguapan yang bergantung pada kecepatan dan kelembaban udara (perpindahan panas dengan cara mengubah cairan menjadi uap). Evaporasi ini dipengaruhi oleh jumlah panas yang dipakai, tingkat kelembaban udara, dan aliran udara yang melewati. (Sarwono, 2017)

f. Metabolisme

Pada jam-jam pertama kehidupan, energi didapatkan dari perubahan karbohidrat. Pada hari kedua, energi berasal dari pembakaran lemak. Setelah mendapat susu, sekitar dihari keenam energi diperoleh dari lemak dan karbohidrat yang masing-masing sebesar 60 dan 40%. (Lia Dewi, 2017)

g. Kesembangan air dan fungsi ginjal

Tubuh BBL mengandung relatif banyak air. Kadar natrium juga relatif lebih besar dibandingkan dengan kalium karena ruangan ekstraseluler yang luas.

h. Imunoglobulin

Bayi baru lahir tidak memiliki sel plasma dan sumsum tulang jika tidak memiliki lamina propia ilium dan apendiks. Plasenta merupakan sawar, sehingga fetus bebas dari antigen dan stres imunologis. Pada BBL hanya terdapat gamaglobulin G, sehingga imunologi dari ibu dapat berpindah melalui plasenta karena berat

molekulnya kecil. Akan tetapi, bila ada infeksi yang dapat melalui plasenta (leus, toksoplasma, herpes simpleks, dll) reaksi imunologis dapat terjadi dengan pembentukan sel plasma serta antibodi gama A, G dan M.

i. Traktus digestivus

Pada neonatus, traktus digestivus mengandung zat berwarna hitam kehijauan yang terdiri atas mukopolisakarida atau disebut juga dengan mekonium. Pengeluaran mekonium biasanya pada 10 jam pertama kehidupandan dalam 4 hari setelah kelahiran bayi biasanya feses sudah berbentuk dan berwarna biasa.

j. Hati

Segera setelah lahir, hati menunjukan perubahan kimia dan morfologis yang berupa kenaikan kadar protein dan penurunan kadar lemak serta glikogen. Enzim hati belum aktif benar pada waktu bayi baru lahir, daya detoksifikasi hati pada neonatus juga belum sempurna.

k. Keseimbangan asam basa

Tingkat keasaman (pH) darah pada waktu lahir umumnya rendah karena glikolisis anaerobik. Namun, dalam waktu 24 jam, neonatus telah mengompensasi asidosis ini**.** (Lia Dewi, 2017:12-15).

2.5.3 Tanda-tanda bayi baru lahir normal

a. Kondisi kulit, meliputi warna, turgor, kerut-kerut, verniks kaseosa, milia, lanugo, eritema toksikum, dan tanda lahir.
b. Pernafasan, pada saat bayi tenang hitung pernafasan selama 60 detik. Frekuensi nafas yang normal adalah 30 sampai 60 kali per menit, adanya bunyi ronkhi basah, mendengkur saat ekspirasi atau suara nafas tidak sama menandai adanya oedema pada paru, pneumoni atau hernia diafragmatika.
c. Denyut jantung. Hitung denyut apeks selama 60 detik di atas apeks jantung, normalnya 120 sampai 160 kali per menit, denyut jantung yang

lebih dari 160 kali per menit dapat diakibatkan kesulitan bernafas atau peningkatan beban kerja jantung.

d. Suhu. Ukurlah suhu setiap 30 menit sampai bayi stabil, setelah itu setiap 4 jam. Suhu bayi yang normal adalah 36,4°C sampai 37,2°C, bayi yang suhunya dibawah 36,5°C kemungkinan mengalami hipotermia sedangkan apabila suhu bayi lebih dari 37,5°C menandakan bayi hipertermia atau demam.

e. Berat badan. Timbang bayi baru lahir pada waktu yang sama setiap hari sebelum menyusu ; 95% bayi cukup bulan berat badannya adalah 2500 gram sampai 4250 gram. Bayi berat lahir turun berat badannya antara 5% dan 10% dari berat badan lahir dalam beberapa hari pertama kehidupan.

f. Panjang badan. Letakkan bayi ditempat yang rata dan luruskan kakinya sebelum mengukur ; rata-rata panjang badan bayi cukup bulan adalah 49,5 cm.

g. Lingkar kepala

   Ukur melingkar bagian oksiput yang terbesar rata-rata adalah 35,5 cm.

h. Lingkar dada. Letakkan pita pengukur diatas puting dan melintasi batas bawah dari scapula ; rata-rata lingkar dada adalah 33 cm, biasanya 2 sampai 3 cm lebih kecil dari pada lingkar kepala. (Stright, 2004 : 219)

i. Ubun-ubun. Ubun-ubun anterior normalnya berbentuk seperti berlian. Ubun-ubun posterior normalnya berbentuk segitiga dan lebih kecil dari pada ubun-ubun anterior. Ubun-ubun yang menonjol dan tegang dapat menandakan tekanan intrakranial. Ubun-ubun yang cekung merupakan karakteristik dari dehidrasi.

j. Mata. Warna biasanya tampak biru atau abu-abu disebabkan oleh penipisan sclera.

k. Hidung dan mulut Kepatenan hidung ditentukan dengan menutup mulut bayi dan menekan satu lubang hidung pada waktu yang bersamaan. Sekresi lendir jika berlebihan dapat merupakan indikasi suatu fistula trakeoesofagus.

l. Tumbuh gigi lebih awal, kalus karena menyusu dan kista inklusi mungkin ditemukan.
m. Telinga dan leher. Telinga lentur dan fleksibel. Pada bayi cukup bulan, telinga normalnya lembut dan dapat dilipat, dan bila dilekukkan ke depan kembali dengan cepat. Telinga letak rendah dapat menandakan abnormalitas kromosom atau organ. Pendengaran secara normal berkembang segera setelah tuba eusthachiinya bersih.
n. Ukuran leher normalnya pendek dengan banyak lipatan tebal. Leher berselaput berhubungan dengan abnormalitas kromosom.
o. Dada. Kontur dan simetrisitas normalnya adalah bulat dan simetris. Pembesaran payudara dapat tampak 2 sampai 3 hari setelah lahir disebabkan gangguan hormom
p. Pernafasan normalnya dangkal, simetris, dan sesuai dengan gerakan abdomen. Bunyi nafas dapat menunjukan ronkhi basah dan ronkhi kering.
q. Perit Kontur abdomen normalnya adalah bulat dan menonjol yang disebabkan oleh otot abdomen yang lemah. Tali pusat normalnya tampak putih dan seperti gelatin pada jam pertama, dengan dua arteri dan satu vena ; mulai kering dalam beberapa jam. Penampakan skapoid yang mengecil menandakan hernia diafragmatik Bising usus normalnya dapat didengar bila bayi tenang.
r. Genitalia kelamin perempuan. Pada labia minora dapat ditemukan adanya verniks dan smegma pada lekukan. Labia mayora normalnya menutupi labia minora dan klitoris. Klitoris nampaknya menonjol. Keluaran vagina mungkin diakibatkan oleh hormon ibu yang disebut pseudomenstruasi. Normalnya terdapat umbai himen.
s. Genitalia laki-laki. Rugae normalnya tampak pada skrotum dan kedua testis turun ke dalam skrotum. Meatus urinarius normalnya terletak pada ujung glans penis.
t. Punggung dan bokong. Spina normalnya rata dan bulat. Sekelompok rambut yang tumbuh atau lekuk kecil pada sacrum atau dasar spina

berhubungan dengan spina bifida okulta. Terdapat lubang anus yang terbuka.

u. Ekstremitas atas atau tangan. Ekstremitas bagian atas normalnya fleksi dengan baik, dengan gerakan yang simetris. Refleks menggenggam normalnya ada. Kelemahan otot lengan parsial dapat menandakan trauma pada fleksus brakhialis. Nadi brakhialis normalnya ada.

v. Ekstremitas bawah atau kaki. Ekstremitas bagian bawah normalnya pendek, bengkok dan fleksi dengan baik. Nadi femoralis dan pedis normalnya ada.

2.5.4 Tanda-tanda bayi baru lahir tidak normal

Berapa tanda yang perlu anda perhatikan dalam mengenali kegawatan pada bayi baru (neonatus):

a. Bayi tidak mau menyusu

Seperti yang kita ketahui bersama, ASI adalah makanan pokok bagi bayi, jika bayi tidak mau menyusu maka asupan nutrisinya kan berkyrang dan ini akan berefek pada kondisi tubuhnya. Biasanya bayi tidak mau menyusu ketika sudah dalam kondisi lemah, dan mungkin justru dalam kondisi dehidrasi berat.

b. Kejang

Kejang pada bayi memang terkadang terjadi. Yang perlu anda perhatikan adalah bagaimana kondisi pemicu kejang. Apakah kejang terjadi saat bayi demam. Jika ya kemungkinan kejang dipicu dari demamnya, selalu sediakan obat penurun panas sesuai dengan dosis anjuran dokter. Jika bayi anda kejang namun tidak dalam kondisi demam, maka curigai ada masalah lain. Perhatikan freksuensi dan lamanya kejang, konsultasikan pada dokter.

c. Lemah

Jika bayi anda terlihat tidak seaktif biasanya, maka waspadalah. Jangan biarkan kondisi ini berlanjut. Kondisi lemah bisa dipicu dari diare, muntah yang berlebihan ataupun infeksi berat.

d. Sesak Nafas

Frekuensi nafas bayi pada umumnya lebih cepat dari manusia dewasa yaitu sekitar 30-60 kali per menit. Jika bayi bernafas kurang dari 30 kali per menit atau lebih dari 60 kali per menit maka anda wajib waspada. Lihat dinding dadanya, ada tarikan atau tidak.

e. Merintih

Bayi belum dapat mengungkapkan apa yang dirasakannya. Ketika bayi kita merintih terus menerus kendati sudah diberi ASI atau sudah dihapuk-hapuk, maka konsultasikan hal ini pada dokter. Bisa jadi ada ketidaknyamanan lain yang bayi rasakan.

f. Pusar Kemerahan

Tali pusat yang berwarna kemerahan menunjukkan adanya tanda infeksi. Yang harus anda perhatikan saat merawat tali pusat adalah jaga tali pusat bayi tetap kering dan bersih. Bersihkan dengan air hangat dan biarkan kering. Betadin dan alcohol boleh diberikan tapi tidak untuk dikompreskan. Artinya hanya dioleskan saja saat sudah kering baru anda tutup dengan kassa steril yang bisa anda beli di apotik.

g. Demam atau Tubuh Merasa Dingin

Suhu normal bayi berkisar antara $36,5^0$C – $37,5^0$C. Jika kurang atau lebih perhatikan kondisi sekitar bayi. Apakah kondisi di sekitar membuat bayi anda kehilangan panas tubuh seperti ruangan yang dingin atau pakaian yang basah.

h. Mata Bernanah Banyak

Nanah yang berlebihan pada mata bayi menunjukkan adanya infeksi yang berasal dari proses persalinan. Bersihkan mata bayi dengan kapas dan air hangat lalu konsultasikan pada dokter atau bidan.

i. Kulit Terlihat Kuning

Kuning pada bayi biasanya terjadi karena bayi kurang ASI. Namun jika kuning pada bayi terjadi pada waktu ≤ 24 jam setelah lahir atau ≥ 14 hari

setelah lahir, kuning menjalar hingga telapak tangan dan kaki bahkan tinja bayi berwarna kuning maka anda harus mengkonsultasikan hal tersebut pada dokter

2.5.5 Penatalaksanaan Bayi baru Lahir

a. Jaga kehangatan
b. Bersihkan jalan nafas (bila perlu)
c. Keringkan dan tetap jaga kehangatan
d. Potong dan ikat tali pusat tanpa membubuhi apapun, kira-kira 2 menit setelah lahir
e. Lakukan inisiasi menyusui dini dan kontak kulit bayi dengan kulit ibu
f. Beri salep mata antibiotik tetrasiklin 1% pada kedua mata
g. Beri suntikan vitamin K1 1 mg IM, dipaha kiri anterolateral, diberikan setelah IMD.
h. Beri imnisasi Hepatitis B 0,5 mL IM. Dipaha kanan anterolateral diberikan kira-kira 1-2 jam setelah pemberian vitamin K1 (APN,2017:209-210).

2.5.6 Patofisiologi Bayi Baru Lahir

a. Glabeler refleks (Reflek kedipan)
b. Refleks *rooting* (Reflek menghisap)
c. Refleks *sucking* (Dilihat pafda waktu menyusu)
d. *Tonick neck reflek* (Kepala bayi berputar ke kanan atau ke kiri)
e. *Gresping Refleks* (Refleks menggenggam)
f. Refleks *morro* (gerakan memeluk bila di kagetkan)
g. *Walking refleks* (Gerakan kaki berjalan bergantian)
h. *Babynsky refleks* (Dengan menggores telapak kaki dimulai tumit lalu gores pada sisi lateral telapak kaki ke arah atas kemudian gerakan jari sepanjang telapak kaki (Dewi Lia,2017:25-26).

2.6 Anemia pada Kehamilan

2.6.1 Pengertian

Anemia adalah suatu penyakit kekurangan sel darah merah (WHO, 2011). Ibu hamil dikatakan mengalami anemia apabila kadar hemoglobin ibu kurang dari 11g/dl pada trimester satu dan tiga, serta kurang dari 10,5 g/dl pada trimester kedua (Kementrian Kesehatan Republik Indonesia, 2018).

nemia adalah suatu kondisi dimana berkurangnya sel darah merah (eritrosit) dalam sirkulasi darah atau masa hemoglobin sehingga fungsi sebagai pembawa oksigen keseluruh jaringan tidak berjalan sebagaimana mestinya. Anemia dalam kehamilan adalah kondisi ibu dengan kadar hemoglobin di bawah 11 gr% pada trimester I dan III atau kadar hemoglobin < 10,5 gr% pada trimester II (Depkes RI, 2009). Anemia pada ibu hamil adalah kondisi dimana menurunnya kadar hemoglobin, sehingga kapasitas daya angkut oksigen untuk kebutuhan organ-organ vital pada ibu dan janin menjadi berkurang (Suhartiningsih, 2017).

2.6.2 Etiologi

Anemia memiliki berbagai macam penyebab. Beberapa penyebab umum timbulnya anemia pada ibu hamil yaitu kurang gizi atau tidak adekuatnya intake besi (malnutrisi) yang berhubungan dengan peningkatan kebutuhan kadar besi saat kehamilan, malabsorsi besi, pendarahan uterus dan menorrhagi (Octavia, 2016).

2.6.3 Patofisiologi anemia dalam kehamilan

Anemia gizi besi terjadi ketika pasokan zat besi tidak mencukupi untuk pembentukan sel darah merah optimal, sehingga sel sel darah merah yang terbentuk berukuran lebih kecil (mikrositik), warna lebih muda (hipokromik). Simpanan besi dalam tubuh termasuk besi plasma akan habis terpakai lalu konsentrasi transferin serum mengikat besi untuk transportasinya akan menurun. Simpanan zat besi yang kurang akan menyebabkan deplesi zat massa sel darah merah dengan hemoglobin yang di bawah normal, setelah itu pengangkutan darah ke sel-sel di berbagai bagian tubuh juga berada di bawah kondisi normal (Irianto, 2014).

Pengenceran darah selama kehamilan merupakan hal fisiologis yang berfungsi antara lain :

1. Bertujuan dalam meringankan kerja jantung, kekentalan darah menurun dapat mengurangi resistansi aliran darah sehingga kerja jantung lebih mudah dalam mendorong darah.
2. Mengisi ruang vaskular uterus, payudara, otot, ginjal dan kulit.
3. Menurunkan efek pengeluaran hemoglobin saat persalinan terjadi.

2.6.4 Pengaruh anemia dalam kehamilan Anemia

Pengaruh anemia dalam kehamilan Anemia berdampak buruk terhadap kesehatan ibu dan janin. Pengaruh anemia pada kehamilan dapat menyebabkan plasenta previa, preeklamsia dan eklampsia, ketuban pecah dini, perdarahan antepartum, dekompensasi kordis, perdarahan postpartum, Berat Bayi Lahir Rendah (BBLR), Intrauterine Growth Restriction (IUGR), asfiksia neonatorum, cacat bawaan, retardasi mental dan cacat otak (Astutik, 2018). Kehamilan dengan hemoglobin (Hb) rendah di bawah 6,0 g/dL dapat menyebabkan ancaman dekompresi jantung (Pratami, 2016). Menurut Karafsahin, anemia pada ibu hamil empat kali lebih bahaya menyebabkan kelahiran bayi premature dan 1,9 kali berisiko melahirkan BBLR dibandingkan dengan tidak anemia (Astutik, 2018).

2.7 Hipertensi Dalam Kehamilan

2.7.1 Pengertian

Hipertensi Dalam Kehamilan (HDK) adalah suatu suatu keadaan yang di temukan sebagai komplikasi medis pada wanita hamil. Secara umum HDK dapat didefinisikan sebagai kenaikan tekanan darah sistolik 140 mmHg keatas dan tekanan darah diastolik >90 mmHg yang diukur paling kurang 6 jam pada saat yang berbeda (Infodatinhipertensi, 2014).

2.7.2 Etiologi

Di hubungkan dengan kasus pembesaran plasenta ,seperti mola hidatidosa (kehamilan ganda) atau pada gangguan sirkulasi plasenta seperti pada diabetes .kebanyakan dari kasus ini penyebab hipertensi tidak

diketahui namun kejadian hipertensi beragam menurut ras dan wilayah lebih sering karena usia . (Sukmariah et al., 2019)

2.7.3 Dampak Hipertensi Dalam Kehamilan

Hipertensi dalam kehamilan akan mempengaruhi pada ibu dan janin seperti abruptio placenta ,gagal organ (Akut Renal Failure) .Koagulasi intravaskuler,preeklampsia ,superimposed pra eklampsi samapi dengan eklampsia . Resiko perkembangan intrauterine ,prematuritas (kelahiran premature kurang dari 37 minggu) dan kematian intrauterine sebagai akibat penurunan sirkulasi uteroplasenta dan terjadi penurunan terhadap janin (Basri et al., 2018)

2.7.4 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Hipertensi dalam Kehamilan

Ada beberapa penyebab terjadinya hipertensi pada kehamilan, antara lain: (Sinambela & Sari, 2018)

1. Usia

   Usia yang aman untuk kehamilan dan persalinan adalah usia 20-30 tahun. Komplikasi maternal pada wanita hamil dan melahirkan pada usia di bawah 20 tahun ternyata 2-5 kali lebih tinggi dari pada kematian maternal yang terjadi pada usia 20-29 tahun. Dampak dari usia yang kurang, dapat menimbulkan komplikasi selama kehamilan.

2. Faktor Keturunan

   Terdapat peranan genetik pada hipertensi dalam kehamilan. Hal tersebut dapat terjadi karena terdapat riwayat keluarga dengan hipertensi dalam kehamilan. Orang-orang dengan sejarah keluarga yang mempunyai hipertensi lebih sering menderita hipertensi. Riwayat keluarga dekat yang menderita hipertensi (faktor keturunan) juga mempertinggi risiko terkena hipertensi terutama pada hipertensi primer. Keluarga yang memiliki hipertensi dan penyakit jantung meningkatkan risiko hipertensi 2-5 kali lipat.

3. Pekerjaan

Stress pada pekerjaan dapat menyebabkan terjadinya hipertensi. Stress yang terlalu besar dapat memicu terjadinya berbagai penyakit misalnya sakit kepala, sulit tidur (Pratiwi & Wibisana, 2018).

4. Gaya Hidup

   Kebiasaan merokok insiden pada ibu perokok lebih rendah, namum merokok selama hamil memiliki risiko kematian janin dan pertumbuhan janin terhambat yang jauh lebih tinggi. Aktifitas fisik selama kehamilan istirahat yang cukup selama kehamilan mengurangi kemungkinan/ insiden hipertensi dalam kehamilan.

5. Obesitas

   Obesitas merupakan ciri dari populasi penderita hipertensi. Pada penderita hipertensi ditemukan sekitar 20- 33% memiliki BB lebih (overweight). Keadaan ini disebabkan karena pola konsumsi yang berlebihan, banyak mengandung (lemak, protein dan karbohidrat) yang tidak sesuai dengan kebutuhan. Pada ibu hamil yang mengalami obesitas dianjurkan menjaga pola makan seperti banyak makan sayur–sayuran, buah–buahan dan protein, mengurangi garam yang berlebihan, mengurangi kalori dan berolahraga dengan teratur seperti jalan santai minimal 30 menit, maka kemungkinan seseorang tersebut tidak menderita penyakit hipertensi walaupun mengalami obesitas (Nurrahmawati & Fatmaningrum, 2018)

6. Kurang Olahraga atau Aktifitas Fisik

   Umumnya kegiatan aktivitas fisik identik dengan olahraga, tentunya kegiatan tersebut akan menggunakan energi hingga membakar kalori. Namun tidak semua aktifitas fisik disebut dengan olahraga, karena aktifitas rutin yang biasa kita lakukan saat bekerja, juga melibatkan anggota tubuh, dengan demikian bekerja juga termasuk aktifitas fisik. Melakukan aktivitas fisik yang cukup merupakan salah satu dari sekian banyak hal yang dikategorikan dalam pengobatan farmakologis bagi penderita hipertensi. Aktivitas fisik yang cukup dapat membantu

menguatkan jantung. Aktivitas fisik yang dianjurkan adalah aktivitas sedang yang dilakukan selama 30-60 menit setiap hari.

7. Konsumsi Garam Berlebih

   Garam dalam jumlah yang normal memang diperlukan tubuh untuk menahan cairan agar ketika dalam cuaca panas atau selepas berolahraga, tubuh dapat mengeluarkan keringat. Namun, dalam kasus lain jika garam yang dikonsumsi berlebihan, ginjal yang bertugas untuk mengolah garam akan menahan cairan lebih banyak dari pada yang seharusnya di dalam tubuh. Konsumsi garam per hari yang dianjurkan adalah sebesar 1.5-2 gram atau setara dengan satu sendok teh. Perlu diingat bahwa sebagian orang sensitif terhadap garam sehingga mengonsumsi garam sedikit saja akan menaikkan tekanan darah. Membatasi konsumsi garam sejak dini akan membebaskan Anda dari hipertensi, penyakit ginjal dan tentu saja penyakit jantung koroner (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2013).

8. Asupan Gizi

   Terdapat beberapa kriteria makanan yaitu makanan yang harus dihindari dan makanan yang dianjurkan untuk dikonsumsi. Bagi penderita hipertensi dianjurkan untuk mengkonsumsi beberapa makanan seperti buah, sayur, serat, vitamin, mineral dan karbohidrat jenis kompleks. Karena makanan ini banyak mengandung vitamin yang dibutuhkan tubuh dan dapat menstabilkan tekanan darah selain makanan– makanan yang dianjurkan di atas ada juga beberapa makanan yang harus dihindari antara lain: Makanan yang berkadar lemak jenuh tinggi, makanan yang diolah menggunakaan garam natrium (keripik,makanan kering asin), makanan yang diawetkan, Penyedap makanan, Alkohol, Narkoba, semua makanan ini dapat meningkatkan tekanan darah.

9. Faktor kehamilan

   Kehamilan ganda berhubungan dengan hipertensi dalam kehamilan. Preeklampsi dan eklampsi mempunyai risiko tiga kali lebih sering

terjadi pada kehamilan ganda. Dari 105 kasus bayi kembar dua, didapatkan 28,6% kejadian preeklampsi dan satu kasus kematian ibu karena eklamps (Febyan & Pemaron, 2020) .

2.8 Standar Asuhan Kebidanan Menurut SOAP dan kewenangan Bidan

Dokumentasi adalah suatu sistem pencatatan dan pelaporan informasi tentang kondisi perkembangan kesehatan pasien dan semua kegiatan yang dilakukan oleh petugas kesehatan.

2.8.1 Manajemen Askeb pada kehamilan

1. Pengertian

Manajemen asuhan kebidanan adalah suatu proses pemecahan masalah yang digunakan sebagai metoda untuk mengorganisasikan pikiran dan tindakan berdasarkan teori ilmiah, penemuan – penemuan keterampilan dalam rangkaian atau tahapan yang lagis untuk pengambilan suatu keputusan yang berfokus pada klien. (Manuaba, 2017).

Manajemen asuhan kebidan sendiri dapat diartikan sebagai pendekatan dan kerangka pikir yang digunakn oleh seorang bidan untuk menerapkan metode pemecahan masalah secara sistematis. Sedangkan asuhan kebidanan sendiri dapat diartikan sebagai pengambilan keputusan oleh bidan berdasarkan keilmuan dan ruang lingkupnya (Hanafiah, 2018)

Manajemen asuhan kebidanan adalah suatu metode proses berfikir logis sistematis dalam member asuhan kebidanan, agar menguntungkan kedua belah pihak baik klien maupun pemberi asuhan. Oleh karena itu, manajemen kebidanan merupakan alur fikir bagi seorang bidan dalam memberikan arah/kerangka dalam menangani kasus yang menjadi tanggung jawabnya (Prawiroharjo, 2018).

2. Tujuan

1) Untuk mengetahui fisiologi kehamilan dan memberikan asuhan kebidanan dengan menggunakan manajemen kebidanan yang tepat dan benar pada ibu hamil normal.
2) Untuk melaksanakan anamnesa pada ibu hamil
3) Untuk menginterpretasi data ibu hamil
4) Untuk mengidentifikasi diagnosa, masalah dan kebutuhan ibu hamil
5) Untuk mengantisipasi diagnosa potensial
6) Untuk merencanakan tindakan asuhan kebidanan
7) Untuk mengimplementasikan atau melaksanakan rencana tindakan
8) Untuk mengevaluasi tindakan yang telah di laksanakan. (Kuswanti, 2017)

3. Langkah-langkah

1) Data Subjektif (S)

Identitas pasien

Nama Pasien	: …….	Nama Suami	: …….
Umur	: .. Tahun	Umur	: …. Tahun
Suku	:	Suku	: ……
Pendidikan	: …….	Pendidikan	: …….
Pekerjaan	: …….	Pekerjaan	: …….
Alamat	: …….	Alamat	: …….

a) Alasan kunjungan saat ini (Kunjungan rutin)
b) Riwayat Kehamilan saat ini
   - Riwayat Menstruasi :
   - Tanda-tanda kehamilan :
   - Pergerakan fetus dirasakan / 24 jam terakhir:
   - Keluhan yang dirasakan :
   - Pola makan :
   - Pola Eliminasi :

- Kontrasepsi yang di gunakan sebelumnya :

c) Riwayat kehamilan,persalinan dan nifas yang lalu :

d) Riwayat Kesehatan :

e) Riwayat sosial :

2) Data Objektif (O)

a) Pemeriksaan umum

BB : …. kg TB : .. cm TD : …. mmhg

Lila : … cm Temperatur : ….. 'c Nadi : … x/mnt

RR : …. x/menit KU : ……

b) Pemeriksaan Head to toe

Kepala :

- bentuk kepala : simetris
- kebersihan : bersih
- warna rambut : hitam

Mata :

- kelopak mata : tidak odema
- konjungtiva : An amenis
- sklera : An ikterik

Telingga :

- bentuk telingga : Simetris kanan dan kiri
- kebersihan : tidak ada sekret

Mulut :

- gigi : tidak ada karies

Leher :

- tidak terdapat pembesaran kelendar tiroid dan kelenjar limfa
- reflek menelan baik

Dada :

- bentuk dada : simetris, tidak ada kelainan
- payudara : tidak ada rasa nyeri dan benjolan,

simetris kanan dan kiri

pembesaran normal

nippel : menonjol

- jantung : bunyi jantung normal (lub-dup) tidak terdengar mur-mur
- paru-paru : bunyi paru-paru normal, tidak ada wheezing dan rochi

Punggung dan Pinggang : Londorsis dan tidak terdapat nyeri pinggang

Abdomen : pembesaran sesuai dengan usia kehamilan, tidak ada benjolan tanda kelainan dan kontraksi belum ada

- leopoid 1 : TFU pertengahan pusat PX (30 cm)
  blm ada kontraksi, pada bagian atas fundus teraba bagian bulat, lunak dan tdak melenting (bokong).
- leopoid II :
  - bagian kiri perut ibu : teraba tahanan keras memanjang (punggung)
  - bagian kanan perut ibu : teraba bagian terkecil janin (ektremnitas janin)
- leopoid III : bagian bawah perut ibu teraba bagian bulat, keras dan melenting (kepala)
- leopoid IV : Konvergen

DJJ : 144x/menit

TBJ : (30-12)x155 = 2790 gram

- Ekstermitas :
  - odema : tidak ada
  - ketegangan : tidak ada
  - kemerahan : tidak ada
  - varises : tidak ada
  - refleks patella : positif
- Genetalia : Normal

3. Pemeriksaan laboratorium

- HB : 11,2 %
- protein urine : negatif
- glukosa urine : negatif

Assensmant (A)

- Diagnosa : G1P0A0, Usia kehamilan 32 minggu, janin tunngal hidup intrauterin letak memanjang presentasi kepala.
- Masalah : tidak ada
- Kebutuhan
    - Penyuluhan tentang nutrisi ibu hamil
    - Penyuluhan tentang pola istirahat dan aktifitas

Planning (P)

a. jelaskan kondisi ibu dan janin saat ini
   -TD : 110/80 mmhg, Nadi : 80x/menit, RR : 23x/menit. Suhu :36,7'c, DJJ : 144x/menit
   ibu mengerti kondisinya dan janin saat ini dalam keadaan baik
b. Anjurkan ibu banyak istirahat dan mengurangi aktifitas berat
   -menganjurkan ibu agar ibu meristirahat dan mengurangi aktifitas yang berat
   ibu bersedia mengatur pola istirahat dan aktifitasnya
c. Berikan informasi mengenai kebutuhan nutrisi yang adekuat
   -memberikan informasi mengenai pemenuhan nutrisi yang adekuat seperti konsumsi sayur2an, buah-buahan dan lauk pauk.
   ibu mengerti tentang kebutuhan nutrisi yang adekuat
d. Jelaskan pada ibu pentingnya senam hamil
   -menjelaskan pada ibu pentingnya senam hamil yaitu untuk melemaskan otot-otot dan berguna saat proses persalinan
   ibu mengerti akan pentingnya senam hamil
e. Jelaskan pada ibu tentang bahaya kehamilan
   -menjelaskan pada ibu tentang bahaya kehamilan seperti mata rabun, nyeri kepala hebat, pendarahan, nyeri perut nganggat hebat,kaki dan

tangan bengkak, gerakan janin berkurang.

ibu mengerti tanda bahaya kehamilan

f. Jelaskan pada ibu tanda tanda persalinan

-menjelaskan pada ibu tanda-tanda persalinan

ibu mengerti tanda-tanda persalinan

g. Anjurkan ibu untuk melakukan kunjungan ulang

-menganjurkan ibu melakukan kunjungan ulang jika ada keluhan atau satu bulan mendatang

ibu bersedia melakukan kunjungan ulang. (Varney, 2019)

2.8.2 Manajemen Askeb pada Persalinan

1. Pengertian

Manajemen askeb pada persalinan adalah pendekatan yang digunakan oleh bidan dalam menerapkan metode pemecahan masalah secara sistematis mulai dari pengkajian, analisis data, diagnosis kebidanan, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi pada proses persalianan dimana bayi, plasenta dan selaput ketuban keluar dari uterus ibu. (IBI, 2018).

Manajemen askeb pada persalinan merupakan suatu proses pemecahan masalah yang digunakan sebagai metoda untuk mengorganisasikan pikiran dan tindakan berdasarkan teori ilmiah, penemuan – penemuan keterampilan dalam rangkaian atau tahapan yang lagis untuk pengambilan suatu keputusan yang berfokus pada rangkaian peristiwa mulai dari kenceng-kenceng teratur sampai dikeluarkannya produk konsepsi (janin, plasenta, ketuban, dan cairan ketuban) dari uterus ke dunia luar melalui jalan lahir atau jalan lain dengan bantuan atau dengan kekuatan sendiri (Sumarah, 2019).

Manajemen askeb pada persalinan adalah metode dan pendekatan pemecahan masalah ibu dan khusus dilakukan oleh bidan dalam memberikan asuhan kebidanan pada individu, keluarga dan masyarakat pada proses persalianan dimana pengeluaran hasil konsepsi (janin dan plasenta) yang cukup bulan dapat hidup di luar

kandungan melalui jalan lahir atau dapat hidup diluar kandungan melalui jalan lahir atau jalan lain dengan bantuan atau tanpa bantuan (kekuatan sendiri) (Sulistyawati, 2017)

2. Tujuan

1) Mengkaji dan mengumpulkan data akurat dari berbagai sumber yang berhubungan dengan kondisi pasien.
2) Mengidentifikasi dengan benar terhadap masalah atau diagnosa dan kebutuhan klien berdasarkan interprestasi yang benar atau data-data yang telah dikumpulkan.
3) Mengidentifikasi masalah atau diagnosa potensial lain berdasarkan rangkaian masalah dan diagnosa yang sudah diidentifikasi.
4) Mengidentifikasi perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter dan/atau untuk dikonsultasikan atau ditangani bersama dengan anggota tim kesehatan yang lain sesuai dengan kondisi klien.
5) Merencanakan asuhan yang menyeluruh untuk pasien berdasar masalah yang ada dan langkah-langkah sebelumnya.
6) Melaksanakan asuhan menyeluruh seperti yang telah diuraikan pada perencanaan dan dilaksanakan secara efisien dan aman.
7) Mengevaluasi keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan meliputi pemenuhan kebutuhan akan bantuan apakah benar-benar telah terpenuhi sesuai dengan kebutuhan sebagaimana telah diidentifikasi di dalam masalah dan diagnosa. (Sulistyawati, 2017)

3. Langkah-langkah

1) **Langkah I : Pengkajian**

Pada langkah pertama ini bidan mengumpulkan semua informasi yang akurat dan lengkap dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi klien, baik dari hasil anamnesa dengan klien, suami/keluarga, hasil pemeriksaan, dan dari dokumentasi pasien/catatan tenaga kesehatan yang lain.

Untuk memperoleh data dapat dilakukan dengan cara :

a) Menanyakan riwayat kesehatan, haid, kehamilan, persalinan, nifas dan sosial
b) Pemeriksaan fisik sesuai dengan kebutuhan
c) Pemeriksaan khusus
d) Pemeriksaan penunjang
e) Melihat catatan rekam medik pasien

Langkah ini merupakan langkah yang akan menentukan langkah pengambilan keputusan yang akan diambil pada langkah berikutnya, sehingga kelengkapan data sesuai dengan kasus yang dihadapi akan menentukan proses interpretasi yang benar atau tidak dalam tahap selanjutnya, oleh sebab itu dalam pendekatan ini harus yang komperehensif meliputi data subjektif, objektif, dan hasil pemeriksaan sehingga dapat menggambarkan kondisi/menilai kondisi klien yang sebenarnya dan pasti.

Setelah mengumpulkan data, kaji ulang data yang sudah dikumpulkan apakah sudah tepat, lengkap dan akurat. Sebagai contoh informasi yang perlu digali ada pada Formulir pengkajian (Formulir ini merupakan bagian yang tidak terpisah dari catatan rekam medik yang ada pada rumah sakit, Puskesmas klinik bersalin ataupun tempat pelayanan kebidanan yang lain). (Kuswanti,ina 2017)

2) **Langkah II : Merumuskan Diagnosa/Masalah Kebidanan**

Pada langkah ini bidan menganalisa data dasar yang didapat pada langkah pertama, menginterpretasikannya secara akurat dan logis, sehingga dapat merumuskan diagnosa atau masalah kebidanan.

Rumusan diagnosa merupakan kesimpulan dari kondisi klien, apakah klien dalam kondisi hamil, inpartu, nifas, bayi baru lahir? Apakah kondisinya dalam keadaan normal? Diagnosa ini

dirumuskan menggunakan nomenklatur kebidanan. Sedangkan masalah dirumuskan apabila bidan menemukan kesenjangan yang terjadi pada respon ibu terhadap kehamilan, persalinan, nifas dan bayi baru lahir. Masalah ini terjadi pada ibu tetapi belum termasuk dalam rumusan diagnosa yang ada, karena masalah tersebut membutuhkan penanganan/intervensi bidan, maka dirumuskan setelah diagnosa. (Masalah sering berkaitan dengan hal-hal yang sedang dialami wanita yang diidentifikasi oleh bidan sesuai dengan hasil pengkajian. Masalah tersebut juga sering menyertai diagnosa).(Sarwono, 2017)

3) **Langkah III; Mengantisipasi Diagnosa/masalah potensial**

Langkah ini merupakan langkah antisipasi, sehingga dalam melakukan asuhan kebidanan bidan dituntut untuk mengantisipasi permasalahan yang akan timbul dari kondisi yang ada/sudah terjadi. Dengan mengidentifikasi masalah potensial atau diagnosa potensial yang akan terjadi berdasarkan diagnosa/masalah yang sudah ada, dan merumuskan tindakan apa yang perlu diberikan untuk mencegah atau menghindari masalah /diagnosa potensial yang akan terjadi.

Pada langkah antisipasif ini diharapkan Bidan selalu waspada dan bersiap-siap mencegah diagnosa/masalah potensial ini menjadi benar-benar tidak terjadi. Langkah ini, penting sekali dalam melakukan asuhan yang aman. Dan langkah ini perlu dilakukan secara cepat, karena sering terjadi dalam kondisi emergensi. (Kuswanti, 2017)

4) **Langkah IV : Menetapkan Kebutuhan Tindakan Segera.**

Pada saat ini bidan mengidentifikasi perlunya tindakan segera, baik tindakan intervensi , tindakan konsultasi, kolaborasi dengan dokter lain, atau rujukan berdasarkan Kondisi Klien.

Langkah keempat mencerminkan kesinambungan dari proses penatalaksanaan kebidanan yang terjadi dalam kondisi emergensi.

Dapat terjadi pada saat mengelola ibu hamil, bersalin, nifas dan bayi baru lahir. Berdasarkan hasil analisa data, ternyata kondisi klien membutuhkan tindakan segera untuk menangani/mengatasi diagnosa/masalah yang terjadi. (Kuswanti, 2017)

Pada langkah ini mungkin saja diperlukan data baru yang lebih spesifik sehingga mengetahui penyebab langsung masalah yang ada, sehingga diperlukan tindakan segera untuk mengetahui penyebab masalah. Jadi tindakan segera bisa juga berupa observasi/pemeriksaan.

Beberapa data mungkin mengidentifikasikan situasi yang gawat dimana bidan harus bertindak segera untuk kepentingan keselamatan jiwa ibu atau anak (misalnya menghentikan perdarahan kala III, atau mengatasi distosia bahu pada kala II).

Pada tahap ini mungkin juga klien memerlukan tindakan dari seorang dokter, misalnya terjadi prolaps tali pusat, sehingga perlu tindakan rujukan dengan segera.

Demikian juga bila ditemukan tanda-tanda awal dari pre-eklamsi, kelainan panggul, adanya penyakit jantung, diabetes atau masalah medik yang serius, maka bidan perlu melakukan konsultasi atau kolaborasi dengan dokter. (Sarwono, 2017)

Dalam kondisi tertentu seorang wanita mungkin juga akan memerlukan konsultasi atau kolaborasi dengan dokter atau tim kesehatan lain seperti pekerja sosial, ahli gizi. Dalam hal ini bidan harus mampu mengevaluasi kondisi setiap klien untuk menentukan kepada siapa konsultasi dan kolaborasi yang tepat dalam penatalaksanaan asuhan klien.

Pada penjelasan diatas menunjukan bahwa dalam melakukan tindakan harus sesuai dengan prioritas masalah / kebutuhan yang dihadapi kliennya. Setelah bidan merumuskan tindakan yang perlu dilakukan untuk mengantisipasi diagnosa / masalah potensial pada step sebelumnya, bidan juga harus merumuskan

tindakan emergency / segera yang harus dirumuskan untuk menyelamatkan ibu dan bayi. Dalam rumusan ini tindakan segera meliputi tindakan yang dilakukan secara mandiri , kolaborasi atau rujukan. (Kuswanti, 2017)

5) **Langkah V :**

Menyusun Rencana Asuhan Secara Menyeluruh

Pada langkah ini direncanakan asuhan yang menyeluruh ditentukan oleh langkah-langkah sebelumnya. Langkah ini merupakan kelanjutan penatalaksanaan terhadap masalah atau diagnosa yang telah diidentifikasi atau diantisipasi, baik yang sifatnya segera ataupun rutin.

Pada langkah ini informasi data yang tidak lengkap dapat dilengkapi dengan merumuskan tindakan yang sifatnya mengevaluasi/memeriksa kembali. Atau perlu tindakan yang sifatnya follow up.

Rencana asuhan yang menyeluruh tidak hanya meliputi penanganan masalah yang sudah teridentifikasi dari kondisi klien atau dari setiap masalah yang berkaitan, tetapi juga tindakan yang bentuknya antisipasi (dibutuhkan penyuluhan, konseling).

Begitu pula tindakan rujukan yang dibutuhkan klien bila ada masalah-masalah yang berkaitan dengan social ekonomi-kultural atau masalah psikologis. Dengan perkataan lain asuhan terhadap wanita tersebut sudah mencakup setiap hal yang berkaitan dengan semua aspek asuhan kesehatan. (Kuswanti, 2017)

Setiap rencana asuhan haruslah disetujui oleh kedua belah pihak, yaitu oleh bidan dan klien agar dapat dilaksanakan dengan efektif karena klien juga akan melaksanakan rencana tersebut (Informed Consent). Oleh karena itu, pada langkah ini tugas bidan adalah merumuskan rencana asuhan sesuai dengan hasil pembahasan

rencana asuhan bersama klien kemudian membuat kesepakatan bersama sebelum melaksanakannya, baik lisan ataupun tertulis contoh format inform conversal tertulis . (Sarwono, 2017)

6) **Langkah** VI : IMPLEMENTASI

Pada langkah keenam ini rencana asuhan menyeluruh seperti yang telah diuraikan pada langkah ke 5 dilaksanakan secara efisien,efektif dan aman. Pelaksanaan dapat dilakukan seluruhnya oleh bidan atau bersama-sama dengan klien, atau anggota tim kesehatan lainnya kalau diperlukan.

Apabila ada tindakan yang tidak dilakukan oleh bidan tetapi dilakukan oleh dokter atau tim kesehatan yang lain, bidan tetap memegang tanggung jawab untuk mengarahkan kesinambungan asuhan berikutnya.(misalnya memastikan langkah-langkah tersebut benar-benar terlaksana, dan sesuai dengan kebutuhan klien). (Kuswanti, 2017)

Dalam situasi dimana bidan berkolaborasi dengan dokter untuk menangani klien yang mengalami komplikasi, maka keterlibatan bidan dalam penatalaksanaan asuhan bagi klien adalah tetap bertanggung jawab terhadap terlaksananya rencana bersama yang menyeluruh tersebut. Penatalaksanaan yang efisien akan menyangkut waktu dan biaya serta meningkatkan mutu dan asuhan klien. Kaji ulang apakah semua rencana asuhan telah dilaksanakan. (Sarwono, 2017)

7) **Langkah VII : Mengevaluasi**

Pada langkah terakhir ini dilakukan evaluasi keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan, meliputi pemenuhan kebutuhan akan bantuan apakah benar-benar telah terpenuhi sesuai dengan kebutuhan sebagaimana telah diidentifikasikan didalam diagnosa dan masalah. Rencana tersebut dapat dianggap efektif jika memang benar efektif dalam pelaksanaannya.

Ada kemungkinan bahwa sebagian rencana tersebut efektif sedangkan sebagian belum efektif. Mengingat bahwa proses penatalaksanaan ini merupakan suatu kegiatan yang berkesinambungan maka perlu mengulang kembali dari awal setiap asuhan yang tidak efektif melalui pengkajian ulang (memeriksa kondisi klien). Proses avaluasi ini dilaksanakan untuk menilai mengapa proses penatalaksanaan efektif/tidak efektif serta melakukan penyesuaian pada rencana asuhan tersebut. (Kuswanti, 2017)

2.8.3 Manajemen Askeb pada nifas

a. Pengertian

Masa nifas (puerperium) adalah masa setelah keluarnya placenta sampai alat-alat reproduksi pulih seperti sebelum hamil dan secara normal masa nifas berlangsung selama 6 minggu atau 40 hari (Ambarwati, 2017)

Periode post natal adalah waktu penyerahan dari selaput dan plasenta (menandai akhir dari periode intrapartum) menjadi kembali ke saluran reproduktif wanita pada masa sebelum hamil. Periode ini juga disebut puerperium (Varney, 2019, hal. : 549).

Masa nifas adalah masa sesudah persalinan dan kelahiran bayi, plasenta, serta selaput yang diperlukan untuk memulihkan kembali organ kandungan seperti sebelum hamil dengan waktu kurang lebih 6 minggu (Saleha, 2019).Masa nifas atau puerperium adalah masa setelah partus selesai sampai pulihnya kembali alat-alat kandungan seperti sebelum hamil. Lamanya masa nifas ini yaitu kira-kira 6-8 minggu (Abidin, 2017).

b. Tujuan

1) Mengidentifikasi teori mengenai masa nifas
2) Menyusun konsep dasar Asuhan Kebidanan pada ibu nifas menggunakan manajemen varney
3) Melakukan Asuhan Kebidanan pada ibu nifas

4) Melaksanakan pendokumentasian dalam bentuk SOAP
5) Melakukan pembahasan antara teori dengan kasus

c. Langkah-langkah

Langkah I : Pengkajian

a. Data Subyektif

1) Identitas pasien

a) Nama

Dimaksudkan untuk lebih mengenal pasien, memanggil pasien dan menghindari kekeliruan dengan pasien lain.

b) Umur

Menurut Manuaba (2017), untuk mengetahui apakah ibu termasuk resiko tinggi atau tidak (umur reproduksi sehat adalah 20 – 35 tahun) selain itu dapat digunakan untuk menilai keadaan emosional ibu yang mana umur yang kurang dari 20 tahun pada sebagian ibu keadaan emosionalnya belum siap untuk mengalami kehamilan sedangkan kesiapan psikologi seseorang adalah salah satu faktor yang dapat mempengaruhi dalam perawatan bayinya

c) Pendidikan

Dimaksudkan untuk memudahkan petugas memperoleh keterangan ataupun sebaiknya memberikan penjelasan mengenai sesuatu hal, menggunakan metode penyampaian yang tepat sesuai dengan tingkat pendidikan pasien (Mochtar, 2017).

d) Pekerjaan

Dimaksudkan untuk mengetahui taraf hidup dan tingkat sosial ekonomi pasien. Agar pasien atau anjuran yang disampaikan sesuai dengan tingkat sosial ekonomi pasien. (Mochtar, 2017).

e) Alamat

Menurut Manuaba (2017), dikaji untuk mengetahui tempat tinggal pasien, menghindari kekeliruan bila ada dua pasien yang namanya sama, maka dapat dibedakan dengan alamatnya serta diperlukan untuk keperluan kunjungan rumah.

f) Penanggung jawab

Menurut Mochtar (2017), dikaji untuk mengetahui siapa yang bertanggung jawab terhadap perawatan pasien di rumah sakit dan bila diperlukan komunikasi dengan penanggung jawab sehingga tidak mengganggu pasien.

2) Keluhan pasien

Manuaba (2017) mengemukakan bahwa dalam hiperemesis gravidarum perlu dikaji yang paling utama yang dirasakan pasien, keluhan yang timbul pada pasien hiperemesis gravidarum adalah mual muntah dan nafsu makan berkurang.

3) Riwayat kesehatan

Menurut Wiknjosastro (2018), riwayat kesehatan perlu dikaji antara lain sebagai berikut :

a) Riwayat kesehatan sekarang

Secara umum perlu dikaji untuk mengetahui kondisi kesehatan ibu. Dalam hiperemesis gravidarum gastritis merupakan salah satu faktor pencetus dimana hal ini dapat mempengaruhi keadaan ibu.

b) Riwayat kesehatan terdahulu

Secara umum perlu dikaji untuk mengetahui kondisi kesehatan ibu yang lalu. Apakah ibu pernah mempunyai gangguan lambung yang dapat mempercepat terjadinya hiperemesis gravidarum.

c) Riwayat kesehatan keluarga

Pada hiperemesis gravidarum perlu dikaji keturunan kembar dalam keluarga karena keadaan tersebut akan terjadi

peningkatan kadar HCG yang berlebihan, dimana hal ini merupakan salah satu pencetus terjadinya hiperemesis gravidarum.

d) Riwayat obstetri

(1) Riwayat haid

HPHT perlu dikaji berkaitan dengan umur kehamilan, karena hiperemesis gravidarum terjadi pada trimester I (Mochtar, 2017).

(2) Riwayat kehamilan yang lalu

Pada hiperemesis gravidarum perlu dikaji apakah ibu pernah mengalami kehamilan molahidatidosa yang mungkin terulang (Wiknjosastro, 2018).

(3) Riwayat kehamilan sekarang

Pada hiperemesis gravidarum perlu dikaji untuk mengetahui jumlah kehamilan atau kehamilan yang ke berapa karena bila ini kehamilan yang pertama atau primigravida maka merupakan salah satu pencetus hiperemesis gravidarum (Wiknjosastro, 2018).

4) Riwayat perkawinan

Menurut Manuaba (2017), pada hiperemesis gravidarum perlu dikaji karena dengan status perkawinan yang tidak jelas atau belum menikah akan berdampak pada psikologis ibu. Dimana pada ibu hamil dengan status perkawinan yang jelas sekalipun atau pada kehamilan yang normal, psikologis ibu akan mengalami perubahan, apalagi pada ibu hamil yang bermasalah sudah tentu akan memperberat beban psikologis ibu sehingga ibu akan mengalami gangguan kejiwaan berat.

5) Riwayat psikologis dan ekonomi

Pada hiperemesis gravidarum perlu dikaji untuk mengetahui bagaimana respon atau adaptasi ibu terhadap masalah-masalah tersebut di atas apakah ibu mampu beradaptasi

dengan baik atau sebaliknya sehingga akan berdampak pada psikologis ibu yang akhirnya akan mempengaruhi peningkatan asam lambung sehingga merangsang mual dan muntah (Wiknjosastro, 2018).

6) Pola kehidupan sehari-hari

Menurut Wiknjosastro (2018), pola kehidupan sehari-hari perlu dikaji yaitu sebelum dan waktu hamil.

a) Pola nutrisi

Pada hiperemesis gravidarum perlu dikaji bagaimana pola makan ibu apakah suka mengkonsumsi makanan yang berlemak yang dapat merangsang mual dan muntah, nafsu makan apakah berkurang karena merupakan pencetus hiperemesis gravidarum.

b) Minum

Kaitannya dengan hiperemesis gravidarum perlu dikaji berapa banyak air dalam gelas diminum ibu per hari, apakah cukup untuk mengganti cairan yang keluar dan hilang.

c) Pola istirahat dan tidur

Pada hiperemesis gravidarum perlu dikaji pasien cukup istirahat, kebiasaan pasien saat bangun tidur, langsung turun dari tempat tidur dan beraktivitas karena hal ini dapat menyebabkan mual dan muntah.

d) Pola eliminasi

Secara umum perlu dikaji untuk mengetahui apakah pada BAB dan BAK ibu tertur baik sebelum hamil dan waktu hamil, karena pada hiperemesis gravidarum pasien akan mengalami konstipasi dan diguria.

e) Pola aktivitas

Pada hiperemesis gravidarum aktivitas tinggi dan berlebihan sehingga menyebabkan hiperemesis gravidarum.

b. Data Obyektif

1) Pemeriksaan umum

a) Keadaan umum

Dikaji untuk mengetahui keadaan ibu saat datang, apakah terlihat pucat, lemah, karena terjadi mual-muntah sehingga keadaan umum menjadi buruk (Mochtar, 2017).

b) Tanda-tanda vital

Dikaji tekanan darah, suhu, nadi dan pernafasan pada hiperemesis gravidarum berat sebagian besar jaringan mengalami hipoksia, maka sebagai kompensasinya pernafasan cepat, nadi pun cepat juga karena berusaha untuk memenuhi kebutuhan oksigen jaringan tubuh (Wiknjosastro, 2018).

(1) Tekanan darah

Dikaji pasien mengalami penurunan tekanan darah, ini merupakan salah satu tanda gejala dari hiperemesis gravidarum (Manuaba, 2017).

(2) Nadi

Dikaji denyut nadi teraba cepat, ini merupakan salah satu tanda gejala dari hiperemesis gravidarum (Manuaba, 2017).

(3) Berat badan

Pada ibu hamil dengan hiperemesis gravidarum berat badan ibu turun karena nafsu makan berkurang, hal ini merupakan salah satu tanda gejala hiperemesis gravidarum (Manuaba, 2017).

(4) Lingkar lengan

Pada hiperemesis gravidarum nafus makan berkurang maka berat badan menurun sehingga lila kurang dari normal (Wiknjosastro, 2018).

2) Pemeriksaan fisik

Menurut Manuaba (2017), pemeriksaan fisik perlu dikaji antara lain :

a) Mata

Dikaji mata tampak cekung karena hal ini merupakan tanda dan gejala hiperemesis gravidarum.

b) Mulut

Dikaji lidah kering atau kotor, tercium bau acetone dalam nafasnya karena keadaan-keadaan tersebut merupakan tanda dan gejala hiperemesis gravidarum pada stadium lanjut.

c) Turgor kulit

Dikaji turgor kulit kurang, untuk mengetahui distribusi cairan ke kulit, merupakan salah satu tanda dan gejala hiperemesis gravidarum.

3) Pemeriksaan obstetri

Menurut Wiknjosastro (2018), pemeriksaan obsteri perlu dikaji antara lain :

Palpasi

Perut

LI : Dikaji apakan TFU lebih tinggi dari umur kehamilan.

Bila TFU lebih tinggi dari umur kehamilan normal kemungkinan terjadi molahidatidosa, hal ini merupakan faktor predisposisi hiperemesis gravidarum.

2. Langkah II : Interpretasi Data

Data dasar yang diperoleh dari pengkajian diinterpretasikan sehingga dapat merumuskan diagnosa masalah dan kebutuhan.

a. Diagnosa Kebidanan

Berkaitan dengan para, abortus, umur ibu, umur kehamilan dengan hiperemesis gravidarum tingkat I dasar dari diagnosa.

1) Pernyataan ibu tentang melahirkan anak ke berapa

2) Pernyataan ibu tentang riwayat keguguran

3) Pernyataan ibu tentang umur
4) Pernyataan ibu tentang haid pertama haid terakhir
5) Pernyataan ibu tentang keluhan yang dirasakannya
6) Hasil pemeriksaan umum tentang keadaan umum, pemeriksaan tanda-tanda vital, BB, pemeriksaan fisik tentang mata, mulut, abdomen, turgor kulit.
7) Hasil pemeriksaan Leopold

b. Masalah

Permasalahan yang sering muncul pada ibu nifas bendungan ASI adalah :

1) Kecemasan pasien karena keadaan yang dialaminya.
2) Ketidaknyamanan pasien dengan lingkungan tempat ia berada atau bahwa dia harus menjalani perawatan di rumah sakit.

Permasalahan tersebut didasari kurangnya informasi yang diterima pasien didukung dengan kecemasan pasien sehingga timbul gangguan psikologis. Dukungan support mental atas apa yang dialaminya dari orang-orang yang dekat dengannya (terutama suami dan keluarga).

3. Langkah III : Diagnosa Potensial

Mansjoer (1999), mengemukakan bahwa diagnosa potensial pada kasus ini adalah mastitis

4. Langkah IV : Indentifikasi kebutuhan yang memerlukan penanganan antisipasi segera

Tindakan segera pada diagnosa potensial di atas adalah dengan memberikan Penanganan mastitis, KIE tentang mastitis, KIE tentang menyusui (Wiknjosastro, 2018).

5. Langkah V : Perencanaan

Wiknjosastro (2018), mengemukakan perencanaan yang dilakukan sesuai dengan kewenangan kompetensi bidan. Berkaitan dengan masalah dan diagnosa. Pencegahan terhadap bendungan ASI yaitu Menyusui dini, susui bayi sesegera mungkin (setelah 30 menit) setelah dilahirkan,Susui bayi tanpa jadwal atau ondemand, Keluarkan ASI dengan tangan atau

pompa, bila produksi melebihi kebutuhan bayi, Perawatan payudara pasca persalinan.

6. Langkah VI : Pelaksanaan

Menurut Wiknjosastro (2018), pelaksanaan untuk mengantisipasi diagnosa masalah dan kebutuhan pasien sesuai dengan rencana yang telah dibuat berkaitan dengan diagnosa maka rencana dilaksanakan dengan memberikan informasi keadaan ibu.

Berkaitan dengan permasalahan makan kecemasan pasien, sesuai dengan perencanaan maka dilaksanakan penyuluhan dan konseling untuk Kompres hangat payudara agar menjadi lebih lembek. Keluarkan sedikit ASI sehingga puting lebih mudah ditangkap dan dihisap oleh bayi. Sesudah bayi kenyang keluarkan sisa ASI, Untuk mengurangi rasa sakit pada payudara, berikan kompres dingin.

7. Langkah VII : Evaluasi

Evaluasi dilaksanakan untuk mengetahui apakah asuhan yang diberikan telah sesuai dengan hasil yang diharapkan serta apakah asuhan yang diberikan telah benar-benar efektif dalam pelaksanaannya sesuai dengan masalah dan diagnosa yang diidentifikasikan (Pusdiknakes, 2020).

2.8.4 Manajemen Askeb pada Bayi Baru Lahir

a. Pengertian

Manajemen askeb pada bayi baru lahir adalah pendekatan yang digunakan oleh bidan dalam menerapkan metode pemecahan masalah secara sistematis mulai dari pengkajian, analisis data, diagnosis kebidanan, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi pada proses bayi yang baru lahir selama 1 jam pertama kelahiran. (Saifuddin, 2018)

Manajemen askeb pada bayi baru lahir merupakan suatu proses pemecahan masalah yang digunakan sebagai metoda untuk mengorganisasikan pikiran dan tindakan berdasarkan teori ilmiah, penemuan – penemuan keterampilan dalam rangkaian atau tahapan yang lagis untuk pengambilan suatu keputusan yang berfokus pada

rangkaian peristiwa mulai dari bayi dari lahir sampai usia 4 minggu. Lahirrnya biasanya dengan usia gestasi 38 – 42 minggu. (Wong, 2018).

Manajemen askeb pada bayi baru lahir adalah metode dan pendekatan pemecahan masalah ibu dan khusus dilakukan oleh bidan dalam memberikan asuhan kebidanan pada individu, keluarga dan masyarakat pada bayi yang lahir dengan umur kehamilan 37 minggu sampai 42 minggu dan berat lahir 2500 gram sampai 4000 gram. (Depkes RI, 2019)

b. Tujuan

2. Melakukan pengkajian pada bayi baru lahir.
3. Mengidentifikasi masalah.
4. Mngantisipasi masalah potensial.
5. Mengidentifikasi kebutuhan segera.
6. Merencanakan dan melaksanakan asuhan kabidanan.
7. Mengevaluasi hasil tindakan. (Varney, 2019)

a. Langkah-langkah

1) Mengumpulkan semua data yang dibutuhkan untuk memulai keadaan klien secara keseluruhan
2) Menginterprestasikan data untuk mengidentifikasi diagnosa atau masalah
3) Mengidentifikasi diagnosa atau masalah potensial dan mengantisipasi penanganannya
4) Menetapkan kebutuhan terhadap tindakan segera, konsultasi, kolaborasi dengan tenaga kesehatan lainnya serta rujukan berdasarkan kondisi klien
5) Menyusun rencana asuhan secara menyeluruh dengan tepat dan rasional berdasarkan keputusan yang dibuat pada langkah-langkah sebelumnya
6) Pelaksanaan langsung asuhan secara efisien dan aman

Mengevaluasi keefektifan asuhan yang dilakukan, mengulang kembali manajemen proses untuk aspek-aspek asuhan yang tidak efektif. (Kuswanti, 2017)

2.8.5 Keluarga Berencana

1. Pengertian Keluarga Berencana

   Menurut World Health Organisation (WHO) expert committee 1997: keluarga berencana adalah tindakan yang membantu pasangan suami istri untuk menghindari kehamilan yang tidak diinginkan, mendapatkan kelahiran yang memang sangat diinginkan, mengatur interval diantara kehamilan, mengontrol waktu saat kelahiran dalam hubungan dengan umur suami istri serta menentukan jumlah anak dalam keluarga (Suratun, 2018).

   Keluarga berencana adalah upaya peningkatan kepedulian dan peran serta masyarakat melalui pendewasaan usia perkawinan, pengaturan kelahiran, pembinaan ketahanan keluarga, peningkatan kesejahteraan keluarga untuk mewujudkan keluarga kecil bahagian dan sejahtera (Juliantoro, 2019).

2. Patofisiologi Keluarga Berencana

   Untuk mencetuskan terjadinya menstruasi dibutuhkan mekanisme stimulasi dan inhibisi yang berjalan sinergis. Hormon LH, progesteron, dan estrogen berguna untuk mencetuskan terjadinyaproses menstruasi dan seks sekunder. Terjadinya amenorea menunjukkan adanya gangguan di salah satu sisitem hormon reproduksi. Misalnya pada amenorea Hypogonadotropic terdapat kadar hormon FSH dan rendah. Oleh karena itu terjadinya amenorea harus diketahui untuk terapi yang adekuat sesuai dengan penyebabnya. (Manuaba, 2017)

3. Macam-macam Keluarga Berencana dan cara kerjanya

Jenis Kontrasepsi	**Efek Samping yang Mungkin Terjadi**
Pil Kontrasepsi	Mual, muntah, perubahan berat badan, sensitivitas payudara, perubahan mood.
Suntikan Kontrasepsi	Perubahan siklus menstruasi, peningkatan berat badan, sakit kepala, rasa lelah, penurunan kepadatan tulang.
Spiral Rahim	Perdarahan tidak teratur, nyeri saat berhubungan seksual, risiko infeksi atau perforasi rahim.
Implan Kontrasepsi	Perubahan menstruasi, sakit kepala, nyeri payudara, perubahan mood.
Alat Kontrasepsi Barrier (Kondom, diafragma)	Reaksi alergi terhadap lateks (pada kondom), ketidaknyamanan selama hubungan seksual.
Metode Kontrasepsi Tubektomi/Pria	Risiko infeksi, pembentukan bekuan darah pada bagian yang dioperasi, komplikasi bedah.
Metode Kontrasepsi Sterilisasi Tubektomi/Wanita	Risiko infeksi, perubahan siklus menstruasi, komplikasi bedah.

2.9 Evidence-Based Midvery Practice

2.9.1 Pengertian Evidence-Based Practice

Gambril (2010) mendefinisikan EBP sebagai suatu proses yang melibatkan pembelajaran atas arahan diri sendiri yang mengharuskan pekerja profesional bisa mengakses informasi sehingga memungkinkan kita bisa

a) Menggunakan pengetahuan yang telah kita miliki dalam memberikan pertanyaan-pertanyaan yang bisa kita jawab;
b) Menemukan bukti-bukti terbaik dalam menjawab pertanyaan-pertanyaan;
c) Menganalisis bukti-bukti terbaik itu untuk mendapatkan validitas penelitian maupun kedayaterapannya pada pertanyaan-pertanyaan praktik yang kita ajukan;
d) Membuat agar klien bertindak sebagai partisipan dalam pembuatan keputusan dan

e) Mengevaluasi kualitas praktik pada klien.

Tujuan EBP adalah memberi alat, berdasarkan bukti-bukti-bukti terbaik yang ada, untuk mencegah, mendeteksi dan menangani gangguan kesehatan dan kepribadian (Stout & Hayes, 2005 & Haynes, 1998). Artinya bahwa dalam memilih suatu pendekatan pengobatan dan kepribadian, kita hendaknya secara empiris melihat-lihat kajian penelitian yang telah divalidasikan secara empiris yang menunjukkan keefektifan suatu pendekatan terapi tertentu pada diri individu tertentu.

Adapun jenis penelitian yang harus dikuasai para praktisi dalam EBP adalah penelitian kuantitatif dan kualitatif. Penelitian kuantitatif didasari pada ide bahwa suatu problem dapat diteliti dan menggunakan metodologi yang signifikan dimana masing-masing variabel menunjukan saling keterkaitan satu sama lainnya (Glicken, 2005). Untuk mengontrol variabel yang kompleks yang berhubungan dengan klien bisa jadi sangat sulit. Walaupun penelitian kualitatif terbatas pada fakta yang mana variabel penting lainnya tidak dapat dikontrol, penelitian ini di dasari pada keyakinan bahwa penemuan non empiris merupakan cara dalam memahami kefektifan treatmen. Meskipun penelitian kualitatif tidak dapat memperlihatkan hubungan sebab akibat sebagaimana penelitian kuantitatif, namun implikasi dari hubungan dan kelemahan hubungan dari variabel tersebut dapat diketahui.

2.9.2 Ciri-ciri Evidence-Based Practice

Timmermans dan Angell (2011) menunjukkan bahwa pertimbangan klinis berbasis bukti memiliki lima ciri penting:

a) Terdiri atas bukti penelitian dan pengalaman klinis.
b) Ada keterampilan yang dilibatkan dalam membaca literatur yang memerlukan kemampuan untuk mensintesakan informasi dan membuat pertimbangan mengenai kualitas bukti-bukti yang ada.
c) Cara penggunaan informasi merupakan fungsi tingkat otoritas praktisi di suatu organisasi dan tingkat keyakinannya terhadap keefektifan informasi yang digunakan.

d) Bagian dari penggunaan EBP adalah kemampuan mengevaluasi secara mandiri informasi yang digunakan dan menguji validitasnya dalam konteks praktik masing-masing.
e) Pertimbangan klinis berbasis bukti didasarkan pada gagasan tentang perilaku dan peran profesional dan terutama dipedomani oleh suatu sistem nilai bersama.

2.9.3 Kelebihan Evidence-Based Practice

Kelebihan dari EBP dalam praktek profesional adalah:

a) Helper dan klien bersama-sama memperoleh pengetahuan dan informasi sebanyak-banyaknya terhadap suatu penyakit atau masalah yang dialami klien, sehingga akan membantu klien dalam membuat keputusan alternatif dari sejumlah pilihan penaganan masalah atau penyakit (Stout & Hayes, 2005).
b) Dengan EBP memungkinkan praktisi (a) mengembangkan pedoman praktis yang bermutu yang bisa diterapkan pada diri klien, (b) mengidentifikasi literatur yang cocok yang bisa dijadikan bahan diskusi bersama klien, (c) berkomunikasi dengan para profesional lain dari kerangka acuan atas panduan pengetahuan dan (d) meneruskan proses pembelajaran diri sendiri sehingga dihasilkan kemungkinan pengobatan terbaik bagi klien (Hines, 2000).

Selain itu menurut Straus dan Sackett (1998) EBP cukup berhasil di latar psikiatris dan medis umum dan bahwa para praktisi membaca penelitian itu secara akurat dan membuat keputusan yang benar. Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebanyak 53% pasien mengakui kalau dirinya mendapat penanganan primer yang telah dilaksanakan dengan randomized controlled trials (RCT) atau percobaan terkendali secara acak dan hasilnya sangat efektif.

2.9.4 Keterbatasan Evidence-Based Practice

Keterbatasan EBP dalam praktek profesional adalah:

a) Keterbatasan ekonomi dan dorongan yang kontra produktif bersaing dengan sejumlah bukti yang berfungsi sebagai faktor penentu keputusan (Burns, 1999).

b) Literatur yang relevan mungkin tidak dapat diakses. Waktunya tidak cukup untuk melakukan tinjauan yang cermat terhadap bukti-bukti yang ada (mungkin sangat banyak jumlahnya) yang relevan dengan masalah klinis yang mendesak (Americal Medical Assosiation atau disingkat AMA, 1992).

2.9.5 Perkembangan Keilmuan Midwifery Yang Berhubungan Dengan Evidence Based Practice

Tingginya kasus kesakitan dan kematian ibu di banyak negara berkembang, terutama disebabkan oleh perdarahan pascapersalinan, eklamsia, sepsis dan komplikasi keguguran. Sebagian besar penyebab utama kesakitan dan kematian ibu tersebut sebenarnya dapat dicegah. Melalui upaya pencegahan yang efektif, beberapa negara berkembang dan hampir semua negara maju, berhasil menurunkan angka kesakitan dan kematian ibu ke tingkat yang sangat rendah.

Asuhan Kesehatan Ibu selama dua dasawarsa terakhir terfokus pada:

a. Keluarga Berencana

   Membantu para ibu dan suaminya merencanakan kehamilan yang diinginkan

b. Asuhan Antenatal Terfokus

   Memantau perkembangan kehamilan, mengenali gejala dan tanda bahaya, menyiapkan persalinan dan kesediaan menghadapi komplikasi

c. Asuhan Pascakeguguran

   Menatalaksanakan gawat-darurat keguguran dan komplikasinya serta tanggap terhadap kebutuhan pelayanan kesehatan reproduksi lainnya

d. Persalinan yang Bersih dan Aman serta Pencegahan Komplikasi

   Kajian dan bukti ilmiah menunjukkan bahwa asuhan persalinan bersih, aman dan tepat waktu merupakan salah satu upaya efektif untuk mencegah terjadinya kesakitan dan kematian

e. Penatalaksanaan Komplikasi yang terjadi sebelum, selama dan setelah persalinan.

   Dalam upaya menurunkan kesakitan dan kematian ibu, perlu diantisipasi adanya keterbatasan kemampuan untuk menatalaksana komplikasi pada jenjang pelayanan tertentu. Kompetensi petugas, pengenalan jenis komplikasi,

dan ketersediaan sarana pertolongan menjadi penentu bagi keberhasilan penatalaksanaan komplikasi yang umumnya akan selalu berbeda menurut derajat, keadaan dan tempat terjadinya

Fokus asuhan persalinan normal adalah persalinan bersih dan aman serta mencegah terjadinya komplikasi. Hal ini merupakan pergeseran paradigma dari menunggu terjadinya dan kemudian menangani komplikasi, menjadi pencegahan komplikasi. Persalinan bersih dan aman serta pencegahan komplikasi selama dan pascapersalinan terbukti mampu mengurangi kesakitan atau kematian ibu dan bayi baru lahir. Beberapa contoh dibawah ini adalah perkembangan keilmuan kebidanan yang berhubungan dengan evidence based practice.

a. Gentle Birth

Getntle birth adalah konsep persalinan yag santun, tenang, dan alami yang bertujuan untuk mempersiapkan ibu hamil agar tetap tenang dan rileks saat melahirkan. Konsep ini melibatkan praktik senam hamil, olah pernapasan, serta self hypnosis yang rutin dilakukan sjak awal masa kehamilan hingga menuju persalinan.

2.9.6 Prinsip Asuhan Kebidanan Yang Berdasarkan Evidence Based Practice

Sesuai dengan evidence based practice, pemerintah telah menetapkan program kebijakan asuhan kehamilan sebagai berikut:

1. Kunjungan ANC minimal 4 kali Kunjungan

- Trimester I

Waktu kunjungan : Sebelum empat (4) minggu.

Alasan perlu kunjungan:

1. Mendeteksi masalah yang dapat ditanagni sebelum membahayakan jiwa.
2. Mencegah masalah, misal : tetanus neonatal, anemia, dan kebiasaan tradisional yang berbahaya.
3. Membangun hubungan saling percaya .
4. Memulai persiapan kelahiran dan kesiapan mengahdapi komplikasi
5. Mendorong perilaku sehat (nutrisi, kebersihan, olahraga, istirahat, seks, dll).

- Trimester II

Waktu kunjungan : 14-28 minggu

Alasan perlu kunjungan:

Sama sengan trimester I , ditambah : kewaspadaan khusus terhadap hipertesi kehamilan (deteksi gejala pre-eklampsi, pantau tekanan darah, evaluasi edema, proteinuria).

- Trimester III

Waktu kunjungan:

I. 28-36 minggu
II. 36 minggu.

Alasan perlu kunjungan:

a) Sama dengan trimester sebelumnya ditambah deteksi kehamilan ganda.
b) Sama dengan trimester sebelumnya, ditambah kelainan letak atau kondisi yang memerlukan persalinan di rumah sakit

2. Pemberian suplemen mikronutrien

Tablet yang mengandung FeSO4, 320 mg (setara dengan zat besi 60 mg) dan asam folat 500 gr. Sebanyak 1 tablet per hari segera setelah rasa mual hilang. Pemberian selama 90 hari (3 bulan). Ibu hamil harus dinasehati agar tidak meminumnya bersama dengan teh/ kopi agar tidak mengganggu penyerapannya.

Berdasarkan penelitian yang ada, suplemen mikronutrien berguna untuk mengurangi angka kesakitan (morbiditas) dan kematian (mortalitas) ibu hamil secara langsung yakni dengan mengobati penyakit pada kehamilan atau secara tidak langsung dengan menurunkan risiko komplikasi saat kehamilan dan persalinan.

3. Imunisasi TT 0,5 cc

Imunisasi adalah proses untuk membangun kekebalan sebagai upaya untuk pencegahan ter hadap infeksi tetanus. Vaksin tetanus yaitu toksin kuman tetanus yang telah dilemahkan dan kemudian dimurnikan.

Interval Lama perlindungan % perlindungan

TT 1 Pada kunjungan ANC pertama - -

TT 2 4 mgg setelah TT 1 3 tahun 80%

TT 3 6 bln setelah TT 2 5 tahun 95%
TT 4 1 tahun setelah TT 3 10 tahun 99%
TT 5 1 tahun setelah TT 4 25 th/ seumur hidup 99%

4. 10 T dalam pemeriksaan kehamilan dan 4 Terlalu

Pada pemeriksaan kehamilan bidan wajib memeriksa dan memberikan 10 T (Depker RI, 2009) yaitu:

a. Timbang berat badan dan ukur tinggi badan
b. Tablet Fe
c. Tekanan darah
d. Tetanus Toksoid (suntik TT)
e. Tentukan status gizi (mengukur LILA)
f. Tinggi Fundus Uteri
g. Tentukan presentasi Janin dan DJJ
h. Temu wicara
i. Tes PMS
j. Tes Laboratorium

Bidan juga harus melakukan konseling pada saat kehamilan atau mengadakan penyuluhan kepada masyarakat tentang bahaya 4 terlalu, yaitu:

a. Terlalu muda

Dimana ibu hamil dengan usia terlalu tua atau kurang dari 20 tahun

b. Terlalu sering hamil

Ibu yang hamil dengan jarak tiap anak kurang dari 2 tahun.

c. Terlalu banyak anak

Ibu hamil dengan jumlah anak lebih dari 4 anak,

d. Terlalu tua hamil

Ibu hamil dengan usia saat kehamilan lebih dari 35 tahun.

4 terlalu dapat mengakibatkan komplikasi pada kehamilan, seperti cacat pada janin, perdarahan, bahkan sampai kematian ibu dan janin (Manuaba, 2010).

5. Perkiraan hemoglobin pada kehamilan

Dalam kehamilan normal akan terjadi penurunan kadar hemoglobin. Kadar Hb terendah terjadi sekitar pada umur kehamilan 30 minggu. Oleh karena itu

pemeriksaan Hb harus dilakukan pada kehamilan dini untuk melihat data awal, lalu diulang pada sekitar 30 minggu. Untuk saat ini anemia dalam kehamilan di Indonesia ditetapkan dengan kadar Hb <11g%. Pada Trimester I dan III atau Hb <10,5g% pada trimester II.

Apabila hanya terjadi anemia ringan, sebab yang paling sering adalah difisiensi zat besi dan dapat diobati secara efektif dengan suplementasi besi 60 mg/hari elemental besi dan 50µg asam folat untuk profilaksi anemia. Program Kemenkes RI memberikan 90 tablet bsi selama 3 bulan.

Semua ibu hamil yang dapat suplementasi besi harus menghindari tembakau, teh dan kopi serta dipastikan mereka mengonsumsi makanan kaya protein dan vitamin

6. Perkiraan Tinggi Fundus Uteri

Pengukuran Tinggi Fundus UteriTinggi fundus uteri adalah tinggi puncak tertinggi rahim sesuai usia kehamilan. Biasanya pengukuran inidilakukan saat pemeriksaan abdomen ibu hamil tepatnya saat melakukan Leopold 1. Dari pengukuranTFU dapat diketahui taksiran usia gestasi dan taksiran berat badan janin. Pengukuran TFU menggunakan jari pemeriksa sebagai alat ukurnya, namun kelemahannya tiap orang memiliki ukuran jari yang berbeda.TFU lebih baik diukur menggunakan metylen dengan satuan cm, ujung metylen ditempelkan padasimfisis pubis sedangkan ujung lain ditempelkan di puncak rahim.

a. TFU untuk mengetahui tafsiran usia kehamilan (UK).

Jika Fundus belum melewati pusat : UK (minggu) = Hasil ukur + 4

Jika Fundus sudah melewati pusat : UK (minggu) = hasil ukur + 6

b. TFU untuk taksiran Berat Badan Janin.

$$\boxed{\text{TBJ (gram)} = (\text{TFU} - 12) \text{ X } 155 \text{ gram}}$$

Terdapat variasi yang lebar antara operator yang melakukan pengukuran TFU dengan cara tradisional (jari tangan).

Menggunakan pita ukur untuk mengukur jarak antara tepi atas simpisis pubis dengan fundus uteri dalam centimeter adalah metoda yang dapat diandalkan untuk memperkirakan TFU.

Jarak tersebut (dalam cm) sesuai dengan umur kehamilan (dalam minggu) setelah umur kehamilan 24 minggu.

7. Hipotensi Pada Saat Berbaring Terlentang.

Posisi terlentang mempengaruhi fisiologi ibu dan janin. Setiap ibu hamil hendaknya menghindari posisi terlentang terutama pada kehamilan lanjut. Hal ini disebabkan karena apabila berbaring terlentang akan terjadi penekanan oleh uterus pada vena pelvis major dan vena cava inferior yang akan mengurangu sirkulasi darah ke jantung bagian kanan dan akan mengakibatkan pengaliran oksigen ke otak dan akan mengakibatkan pingsan.

Keadaan tersebut lebih terkenal dengan supine hypotensif syndrome yang dapat mengakibatkan denyut jantung janin (DJJ) abnormal. Namun apabila posisi terlentang dibutuhkan maka dianjurkan untuk meletakkan bantal kecil dibawah sisi kiri punggung bawah.

Secara ringkas penelitian menunjukan hasil:

a. Posisi terlentag mempengaruhi fisiologi ibu dan janin.
b. Setiap ibu hamil hendaknya menghindari posisi terlentang terutama pada kehamilan lanjut.
c. Bila posisi terlentang dibutuhkan maka dianjurkan untuk meletakkan bantal kecil dibawah sisi kiri punggung bawah.

8. Pentingnya Deteksi Penyakit Bukan Penilaian/Pendekatan Risiko.

Pendekatan risiko yang mempunyai rasionalisasi bahwa asuhan antenatal adalah melakukan screening untuk memprediksi faktor-faktor resiko untuk memprediksi suatu penyakit.

Dapat dikatakan bahwa wanita hamil mempunyai risiko untuk mengalami komplikasi dan haruus mempunyai akses terhadap asuhan ibu bersalin yang berkualitas. Bahkan wanita yang digolongkan dalam risiko rendah bisa saja

mengalami komplikasi. Jadi pendekatan risiko bukan merupakan strategi yang efisien ataupun efektif untuk menurunkan angka mortalitas ibu karena:

a. Faktor risiko tidak dapat memperkirakan komplikasi, biasanya bukan penyebab langsung terjadinya komplikasi.
b. Apa yang akan anda lakukan bila megidentifikasi pasien beresiko tinggi dan apa yang harus dilakukan pada pasien dengan risiko rendah?
c. Mortalitas ibu relatif rendah pada populasi yang beresiko (semua wanita usia subur). Faktir risiko secara relatif adalah umum pada populasi yang sama, faktir risiko tersebut bukan merupakan indikator yang baik dimana para ibu mungkin akan mengalami komplikasi.
d. Mayoritas ibu yang mengalami komplikasi dianggap berisiko rendah, sebagian besar ibu yang dianggap berisiko rendah melahirkan bayinya tanpa komplikasi.
e. Setiap wanita hamil berisiko mengalami komplikasi dan harus mempunyai akses terhadap asuhan ibu bersalin yang berkualitas , sehingga pendekatan risiko tidak efektif.
f. Bahkan wanita berisiko rendah pun bisa mengalami komplikasi.
g. Tidak ada jumlah penapisan yang bisa membedakan wanita mana yang akan membutuhkan asuhan kegawatdaruratan dan mana yang tidak memerluka asuhan tersebut.

2.8 Model Asuhan Kebidanan

2.8.1 Pengertian

Konsep adalah penopang sebuah teori yang dapat diuji melalui observasi atau penelitian.Model adalah contoh atau peraga untuk menggambarkan sesuatu.Kebidanan merupakan ilmu yang terbentuk dari berbagai disiplin ilmu (multi disiplin) yang terkait dengan pelayanan kebidanan meliputi ilmu kedokteran, ilmu keperawatan, ilmu sosial, ilmu perilaku, ilmu budaya, ilmu kesehatan masyarakat dan ilmu manajemen untuk dapat memberikan pelayanan kepadanibu dalam masa prakonsepsi, konsepsi, masa hamil, ibu bersalin, post partum, bayi dan baru lahir.

Pelayanan tersebut meliputi pendeteksian keadaan abnormal pada ibu dan anak, melaksanakan konseling dan pendidikan terhadap individu, keluarga, dan masyarakat. Model Kebidanan adalah suatu bentuk pedoman atau acuan yang merupakan kerangka kerja seorang bidan dalam memberikan asuhan kebidanan.

2.8.2 Konseptual Model Kebidanan

Dalam memberikan akan suatu gambaran tentang pelayanan dalam praktek kebidanan dan memberi jawaban - jawaban atas pertanyaan, apa yang merupakan praktek kebidanan.

Model dalam Kebidanan terdiri atas 4 elemen :

1. Orang (wanita, ibu, pasangan, dan orang lain)
2. Kesehatan
3. Lingkungan
4. Kebidanan

2.8.3 Kegunaan Model

1. Untuk menggambarkan beberapa aspek (kongkrit maupun abstrak) dengan mengartikan persamaannya seperti struktur, gambar, diagram, dan rumus. Model tidak seperti teori, tidak memfokuskan pada hubungan antara dua fenomena tapi lebih mengarah pada struktur dan fungsi. Sebuah model pada dasarnya anologi atau gambar simbolik sebuah ide (Wilson, 1985).
2. Merupakan gagasan mental sebagai bagian teori yang memberikan bantuan ilmu-ilmu sosial dalam mengkonsep dan menyamakan aspek-aspek dalam proses sosial (Gait dan Smith, 1976).
3. Menggambarkan sebuah kenyataan, gambaran abstrak sehingga banyak digunakan oleh disiplin ilmu lain sebagai parameter garis besar praktek (Bemer. 1984).

Model kebidanan dapat digunakan untuk :

1. Menyatukan data secara lengkap
   a. Tindakan sebagai bantuan dalam komunikasi antara bidan dan pemimpin.

b. Dalam pendidikan untuk mengorganisasi program belajar.
c. Untuk komunikasi bidan dengan klien

2. Menjelaskan siapa itu bidan, apa yang dikerjakan, keinginan, dan kebutuhan untuk :
   a. Mengembangkan profesi.
   b. Mendidik siswi bidan.
   c. Komunikasi dengan klien dan pimpinan.

2.8.4 Komponen dan Macam Model Kebidanan

Model kebidanan dibagi menjadi 5 komponen, yaitu :

a. Memonitor kesejahteraan ibu
b. Mempersiapkan ibu dengan memberikan pendidikan dan konseling
c. Intervensi teknologi semininal mungkin
d. Mengidentifikasi dan memberi bantuan obstetric
e. Lakukan rujukan

Beberapa macam Model Kebidanan

1. Model dalam mengkaji kebutuhan dalam praktek Kebidanan
   a. Model ini memiliki 4 unit yang penting, yaitu :
   b. Ibu dalam keluarga
   c. Konsep kebutuhan
   d. Partnership
   e. Faktor Kedokteran dan keterbukaan
2. Model Medical

   Merupakan salah satu model yang dikembangkan untuk membantu manusia dalam memahami proses sehat sakit dalam arti kesehatan. Tujuannya adalah sebagai kerangka kerja untuk pemahaman dan tindakan sehingga dipertanyakan dalam model ini.
3. Model sehat untuk semua (Heaith For All-HFA)

   Model ini dicetuskan oleh WHO dalam Deklarasi Alma Atta tahun 1978. Fokus pelayanan ditujukan pada wanita, keluarga dan masyarakat serta sebagai sarana komunikasi dari bidan-bidan negara lain. Tema HFA menurut Euis dan Simmet (1992) :

a. Mengurangi ketidaksamaan kesehatan
b. Perbaikan kesehatan melalui usaha promotif dan preventif
c. Partispasi masyarakat
d. Kerjasama yang baik pemerintah dengan sector lain yang terkait
e. Primary Health Care (PHC) adalah dasar pelayanan utama dari sistem pelayanan kesehatan.

PHC adalah pelayanan kesehatan pokok yang didasarkan pada praktek, ilmu pengetahuan yang logis dan metode sosial yang tepat serta teknologi universal yang dapat diperoleh oleh individu dan keluarga dalam komunitas melalui partisipasi dan merupakan suatu value dalam masyarakat dan negara yang mampu menjaga setiap langkah perkembangan berdasarkan kepercayaan dan ketentuannya. Dari model HFA dan definisi PHC terdapat 5 konsep (WHO, 1998)

1) Hak penentuan kesehatan oleh cakupan populasi universal dengan penyedia asuhan berdasarkan kebutuhan.
2) Pelayanan promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif, dimana pelayanan dapat memenuhi segala macam tipe-tipe kebutuhan yang berbeda harus disediakan dalam satu kesatuan (semua pelayanan dalam satu tempat).
3) Pelayanan harus efektif, dapat diterima oleh norma, dapat menghasilkan dan diatur, yaitu pelayanan harus dapat memenuhi kebutuhan yang dapat diterima oleh masyarakat dan pelayanan harus dimonitor dan diatur secara efektif.
4) Komunitas harus terlibat dalam pengembangan, penentuan pemonitoran pelayanan, yaitu penentuan asuhan kesehatan merupakan tanggung jawab semua komunitas dan kesehatan dipandang sebagai faktor yang berperan untuk pengembangan seluruh lapisan masyarakat.
5) Kolaborasi antar sekolah untuk kesehatan itu sendiri dan pelayanan kesehatan tidak dapat bergantung pada pelayanan kesehatan saja tetapi juga dipengaruhi oleh beberapa faktor seperti : perumahan, polusi lingkungan, persediaan rnakanan dan metode pubikasi.

Delapan area untuk mencapai kesehatan bagi semua melalui PHC, delapan area ini adalah :

a. Pendidikan tentang masalah kesehatan umum & metode pencegahan dan pengontrolannya
b. Promosi kesehatan tentang persediaan makanan dan nutrisi yang layak
c. Persediaan air yang sehat dan sanitasi dasar yang adekuat
d. Kesehatan ibu dan anak termasuk keluarga berencana
e. Imunisasi
f. Pencegahan dan pengawasan penyakit endemic
g. Pengontrolan yang tepat terhadap kecelakaan dan penyakit umum
h. Persediaan obat-obat essensial (morley at all, 1989)

2.8.5 Model Asuhan Home Based

Dasar asuhan kebidanan berdasarkan home based merupakan unsur therapeutic yang terdiri dari sebuah kesadaran dan menjaga hubungan yang dibangun atas dasar kepercayaan dan dibentuk untuk memfasilitasi asuhan yang berkualitas. Tanggungjawab dan kejujuran merupakan hal yang harus dibangun dalam hubungan antara bidan dank lien. Proses persalinan dirumah (Home Birth) sejak lama telah menggunakan konsep "early discharge" sebagai bagian dari Home Based Midfwifery Care.

Asuhan kebidanan secara tradisional telah memiliki asuhan yang berpusat pada wanita.kontinuitas dari asuhan kebidanan dapat membentuk waktu yang efektif dalam pemantauan selama kunjungan prenatal sehingga dapat terjalin hubungan therapeutic secara personal antara bidan dan keluarganya.

Asuhan yang berkelanjutan (continuity of care) dapat membuat bidan dan keluarga belajar satu sama lain untuk menentukan rencana dan memberikan asuhan yang baik sesuai dengan kebutuhan, khusunya untuk klien. Dengan proses ini akan terbuka komunikasi dan membangun komitmen dari bidan dan keluarga dalam memecahkan masalah dan membuat keputusan bersama. Partisipasi secara alami dalam home based midwifery care dapat memberikan kewsempatan pada calon orangtua

untuk mempelajari cara-cara mengasuh bayinya. Keterampilan ini komponen yang penting dalam pendidikan prenatal karena bidan tidak selalu mendampingi ibu.

Hubungan therapeutic dan dukungan secara "team" yang ditetapkan dalam home based midwifery care telah digunakan bertahun-tahun lalu. Dengan pendekatan ini diharapkan klien bisa mandiri secara dini. Hal ini yang telah menunjukan hasil yang baik, dimana resiko yang terjadi pada ibu bisa segera diketahui. Kernandirian dari klien atau komponen integral dari home based midwifery care dan dapat ditetapkan sebagi sebuah model pada wanita yang memilih melahirkan di rumahsakit.

2.8.6 Model sistem maternitas di komunitas yang ideal University of Southeer Queensland :

Model kurikulum konseptual patnership dalam praktek kebidanan berdasarkan pada model pelayanan kesehatan dasar. (Guiilliland dan pairman, 1995)

Patnership kebidanan adalah sebuah flllosofi prospektif dan suatu model kepedulian (model of care) sebagai model flllosofi prospektif berpendapat bahwa wanita dan bidan dapat berbagi pengalaman dalam proses persalinan.

Persalinan merupakan proses yang sangat normal

Sebuah hubungan patnership menggambarkan dua orang yang bekerjasama dan saling menguntungkan

Bidan bekerja keras bahwa bidan tidak memaksakan suatu tindakan melainkan membantu wanita untuk mengambil keputusan sendiri

Konsep " wanita" dalam asuhan kebidanan meliputi mitra perempuan tersebut, keluarga, kelompok dan budaya.

Konsep bidan dalam asuhan kebidanan meliputi bidan itu sendiri, mitranya atau keluarga, budaya/sub kultur bidan tersebut dan " wewenang profesional bidan

Dengan membentuk hubungan antara bidan dan wanita akan membawa mereka sendiri sebagai manusia kedalam suatu hubungan

patnership yang mana akan mereka gunakan dalam teurapetik. Bidan harus mempunyai self knowing, self nursing, dan merupakan jaringan pribadi dan kolektif yang mendukung.

Sebagai model of care the midwifery patnership didasarkan pada prinsip midwifery care berikut ini :

a. Mengakui dan mendukung adanya keterkaitan antara badan, pikiran, jiwa. fisik, dan lingkungan kultur sosial (holism)
b. Berasumsi bahvva mayoritas kasus wanita yang bersalin dapat di tolong tanpa adanya intervensi.
c. Mendukung dan meningkatkan proses persalinan alami tersebut.
d. Bidan menggunakan suatu pendekatan pemecahan masalah dengan sen! dan ilmu pengetahuan.
e. Relationship-based dan dan kesinambungan dalam motherhood,
f. Woman centered dan bertukar pikiran antara wanita
g. Kekuasaan wanita yaitu berdasarkan tanggung jawab bersama untuk suatu pengambilan suatu keputusan, tetapi wanita mempunyai kontrol atas keputusan terakhir mengenai keadaan diri dan bayinya
h. Dibatasi oleh hukum dan ruang lingkup prakterk individu : dengan persetujuan wanita bidan merujuk fasilitas pelayanan kesehatan yang lebih berkualitas.

Hubungan antara wanita, bidan dan dokter harus didasari oleh rasa saling menghormati dan saling percaya, bidan boleh mempertanyakan masalah medis atau perlindungan hukum untuk wanita untuk alasan apapun, jika wanita tersebut tidak mampu berbicara atas namanya sendiri

2.8.7 Toeri Model Kebidanan

Teori adalah seperangkat konsep atau pernyataan yang dapat secara jelas menguraikan fenomena yang penting dalam sebuah disiplin teori yg termasuk dalam teori model kebidanan adalah :

1. Ruper, Logan dan Tierney Activity of living Model

Model yang dipengaruhi oleh Virginia Henderson Model. Terdiri dari 4 elemen :

a. Rentang kehidupan
b. Aktivitas Kehidupan
c. Ketergantungan atau kebebasan individu
d. Faktor-faktor yang mempengaruhi aktivitas individu

Dalam model ini diidentifikasi adanya 10 macam kebutuhan manusia sebagai proses kehidupan yaitu :

a. Mempertahankan lingkungan yang aman
b. Komunikasi
c. Bermapas
d. Makanan dan minuman
e. Eliminasi
f. Berpakaian dan kebersihan diri
g. Pengaturan suhu tubuh
h. Mobilisasi (bekerja dan bermain)
i. Seksualitas
j. Tidur

3. Rosemary Methven

Merupakan aplikasi dari Oream dan Hendeson, model terhadap asuhan kebidanan, dimana dalam sistem perawatanada 5 metode pemberian bantuan yaitu :

a. Mengerjakan untuk klien
b. Membimbing klien
c. Mendukung klien (secara fisik dan psikologis)
d. Menyedian lingkungan yang mendukung kemampuan klien untuk memenuhi kebutuhan sekarang dan masa akan datang
e. Mengajarkan klien

Peran bidan adalah mengidentifikasi masalah klien dan melakukan sesuatu untuk membantu klien untuk memenuhi kebutuhannya. Manfaat dari model ini menurut Methuen adalah sebagai bukti praktek pengkajian kebidanan yang tidak didasarkan pada kerangka kerja dari tradisi manapun. Sebagai dasarnya adalah

kesehatan bukan kesakitan sehingga asuhan yang di berikan efektif bagi ibu dan memberikan kebebasan pada bidan untuk melakukan asuhan.

4. Roy Adaption Model

   Pencetusnya adalah suster Callista Roy (1960), sebagai dasarnya makhluk biopsikososial yang berhubungan dengan lingkungan. Dikemukakan tiga macam stimulasi yang mempengaruhi adaptasi kesehatan dari individu, yaitu :

   b. Vokal stimuli.Yaitu stimuli dari lingkungan di dekat individu, contohnya : kesehatan bay! akan mempengaruhi ibu yang baru saja melakukan fungsinya.

   c. Kontekstual stimuli Yaitu factor-faktor umum yang mempenagaruhi wanita. Contohnya : Kondisi kehidupan yang buruk

   d. Residual stimuli Yaitu faktor internal meliputi kepercayaan, pengalaman, dan sikap. Model kebidanan ini berguna bagi bidan dalam melakukan pengkajian secara menyeluruh (holistik)

2.8.8 Teori-teori yang Mempengaruhi Model Kebidanan

1. Teori Reva Rubin

   Menekan pada pencapaian peran sebagai ibu, dimana untuk mencapai peran ini seorang wanita memerlukan proses belajar melalui serangkaian aktifitas atau latihan. Dengan demikian, seorang wanita terutama calon ibu dapat mempelajari peran yang akan dialaminya kelak sehingga ia mampu beradaptasi dengan perubahan-perubahan yang terjadi khususnya perubahan psikososial dalam kehamilan dan setelah persalinan.

   Menurut Rubin, seorang wanita sejak hamil sudah memiliki harapan-harapan, antara lain :

   a. Kesejahteraan ibu dan bayinya
   b. Penerimaan dari masyarakat
   c. Penetuan identitas diri

d. Mengerti tentang arti memberi dan menerima
e. Perubahan yang terjadi pada ibu hamil adalah :
f. Ibu cenderung lebih tergantung dan lebih memerlukan perhatian sehingga dapat berperan sebagai calon ibu dan dapat memperhatikan perkembangan janinnya
g. Ibu memerlukan sosialisasi

Tahap-tahap psikososial yang biasa dilalui oleh calpon ibu dalam mencapai perannya :

a. Anticipatory stage
b. Seorang ibu mulai melakukan latihan peran dan memerlukan interaksi dengan anak yang lain
c. Honeymoon stage
d. Ibu mulai memahami sepenuhnya peran dasar yang dijalaninya. Pada tahap ini ibu memerlukan bantuan dari anggota keluarga yang lain.
e. Plateu Stage

   Ibu akan mencoba apakah ia mampu berperan sebagai seorang ibu. Tahap ini memerlukan waktu beberapa minggu sampai ibu kemudian melanjutkan sendiri.
f. Disengagement

   Merupakan tahap penyelesaian yang mana latihan peran sudah berakhir.

Aspek-aspek yang diidentiflkasi dalam peran ibu adalah gambaran tentang idaman, gambaran diri dan tubuh. Gambaran diri seorang wanita adalah pandangan wanita tentang dirinya sendiri sebagai bagian dari pengalaman dirinya, sedangkan gambaran tubuh adalah berhubungan dengan perubahan fisik yang terjadi selama kehamilan dan perubahan spesifik yang terjadi selama kehamilan dan setelah persalinan. Beberapa tahapan aktifitas penting sebelum seseorang menjadi ibu

a. Taking On (tahapan meniru)

Seorang wanita dalam pencapaian peran sebagai ibu akan memulainya dengan meniru dan melakukan peran seorang ibu.

b. Taking In

Seorang wanita sudah mulai membayangkan peran yang dilakukan. Introjection, projection, dan rejection merupakan tahap dimana wanita membedakan model - model yang sesuai dengan keinginannya.

c. Letting Go

Wanita mengingat kembali proses dan aktifitas yang sudah dilakukannya. Pada tahapan ini seorang Wanita akan mulai meninggalkan perannya di masa lalu.

Adaptasi psikososial pada waktu post partum :

Keberhasilan masa transisisi menjadi orang tua pada masa post partum dipengaruhi :

a. Respon dan dukungan dari keluarga
b. Hubungan antara pengalaman saat melahirkan dengan harapan-harapan
c. Pengalaman melahirkan dan membesarkan anak yang lau
d. Budaya
e. Rubin mengklasifikasikan tahapan ini menjadi 3 yaitu :
f. Periode Taking In (hari ke 1-2 setelah melahirkan)
g. Ibu masih pasif dan tergantung pada orang lain
h. Perhatian ibu tertuju pada kekhawatiran pada perubahan tubuhnya.
i. Perhatian ibu tertuju pada kekhawatiran pada perubahan tubuhnya.
j. Memerlukan ketenangan dalam tidur untuk mengembalikan keadaan tubuh ke kondisi normal
k. Nafsu makan ibu biasanya bertambah sehingga membutuhkan peningkatan nutrisi. Kurangnya nafsu makan menandakan proses pengembalian kondisi tubuh tidak berlangsung normal

d. Periode Taking Hold (Hari ke 2 - 4 setelah melahirkan)

1) Ibu memperhatikan kemampuan menjadi orang tua dan meningkatkan tanggungjawab akan bayinya
2) Ibu memfokuskan perhatian pada pengontrolan fungsi tubuh, BAK, BAB, dan daya tubuh
3) Ibu berusaha untuk menguasai- ketrampilan merawat bayi seperti menggendong, menyusui, memandikan dan mengganti popok.
4) Ibu cenderung terbuka menerima nasehat bidan dan kritikan pribadi.
5) Kemungkinan ibu mengalami depresi post partum karena merasa tidak mapu membesarkan bayinya.

e. Periode Letting Go

Terjadi setelah ibu pulang ke rumah dan di pengaruhi oleh dukungan serta perhatian keluarga

Ibu sudah mengambil tanggungjawab dalam merawat bay! dan memahami kebutuhan bayi sehingga akan mengurangi hak ibu dalam kebebasan dan hubungan sosial.

2. Teori Jeal Ball

Menurut Jean Ball respon terhadap perubahan setelah melahirkan akan mempengaruhi personality seseorang dan dengan dukungan mereka akan mendapatkan sistem keluarga dan sosial. Persiapan yang sudah dilakukan bidan pada masa postnatal akan mempengaruhi respon emotional wanita terhadap perubahan akibat proses kelahiran tersebut. Kesejahteraan wanita setelah melahirkan sangat tergantung pada personality atau kepribadian, sistem dukungan pribadi dan dukungan dari pelayanan maternitas.

Ball mengemukakan teori kursi goyang yang di bentuk 3 elemen :

a. Pelayanan maternitas
b. Pandagan masyarakat terhadap keluarga
c. Sisi penyangga atau support terhadap kepribadian wanita

2.8 StandarAsuhan Kebidanan Holistik Islami Dan Kewenangan Bidan

Asuhan secara holistic adalah asuhan komprehensif yang diyakini menjadi jantung dari seni dan ilmu kebidanan. Asuhan kebidanan holistik didasarkan pada asuhan secara total yang mempertimbangkan aspek, bio (fisik), psyco (kejiwaan), sosio (interaksi), cultural (budaya), dan spiritual (keagamaan). Filosofi asuhan holistik didasarkan pada gagasan menyeluruh yang menekankan bahwa manusia secara keseluruhan merupakan bagian dari pikiran dan jiwa yang mempengaruhi tubuh. Manfaat pelayanan holistik islami:

1. Konsep holistic care sangat tepat digunakan di Indonesia di tengah perubahan sosial
2. Perubahan sosial akan menimbulkan penyakit baru, sehingga diperlukan pendekatan yang menyeluruh dalam asuhan kebidanan
3. Keseimbangan sebagaimana manusia seutuhnya

Asuhan kebidanan adalah bantuan yang diberikan oleh bidan kepada individu pasien atau klien yang pelaksanaannya dilakukan dengan cara bertahap dan sistematis serta melalui suatu proses yang disebut manajemen kebidanan (Yuriati et al, 2021).

Pemberian asuhan kebidanan kehamilan, persalinan, nifas, bayi baru lahir atau neonatus dan KB dilakukan sesuai dengan standar kompetensi bidan dalam Kepmenkes No. 369 tahun 2007 yaitu standar kompetensi 2 sampai 6. meliputi (Erni, 2022):

1. Standar pelayanan umum

   Standar pelayanan umun meliputi persiapan kehidupan keluarga sehat, pencatatan serta pelaporan
2. Standar pelayanan antenatal

   Standar pelayanan antenatal meliputi identifikasi ibu hamil, pemeriksaan dan pemantau antenatal, palpasi abdomen, pengelolaan anemia pada kehamilan, pengelolaan dini hipertensi pada kehamilan, dan persiapan persalinan.
3. Standar pertolongan persalinan

Asuhan kebidanan meliputi persalinan, persalinan yang aman, pengeluaran plasenta dan peregangan tali pusar, dan penanganan kala II dengan gawat janin

4. Standar pelayanan nifas

   Standar pelayanan nifas meliputi bayi baru lahir, penanganan pada dua jam pertama setelah persalinan dan pelayanan bagi ibu dan bayi

5. Standar penanganan kegarwatan obstetri dan neonatus

   Meliputi, penanganan pendarahan pada kehamilan, penggunaan kegawatan pada partus lama dan macet, persalinan dengan forcep rendah, persalinan dengan penggunaan vakum ekstakator, penanganan retensio plasnta, penanganan perdarahan pasca primer, penanganan pendarahan pascapartum sekunder, penanganan sepsis pascapartu dan penanganan asfiksia

6. Asuhan kebidanan keluarga berencana

Pelayanan keluarga berencana yang diberikan bidan meliputi, pelayanan KB masa sebelum hamil, pelayanan KB pasca persalinan, pelayanan KB pasca keguguran, pelayanan KB masa nifas, pelayanan KB masa antara (UU Kebidanan, 2019).

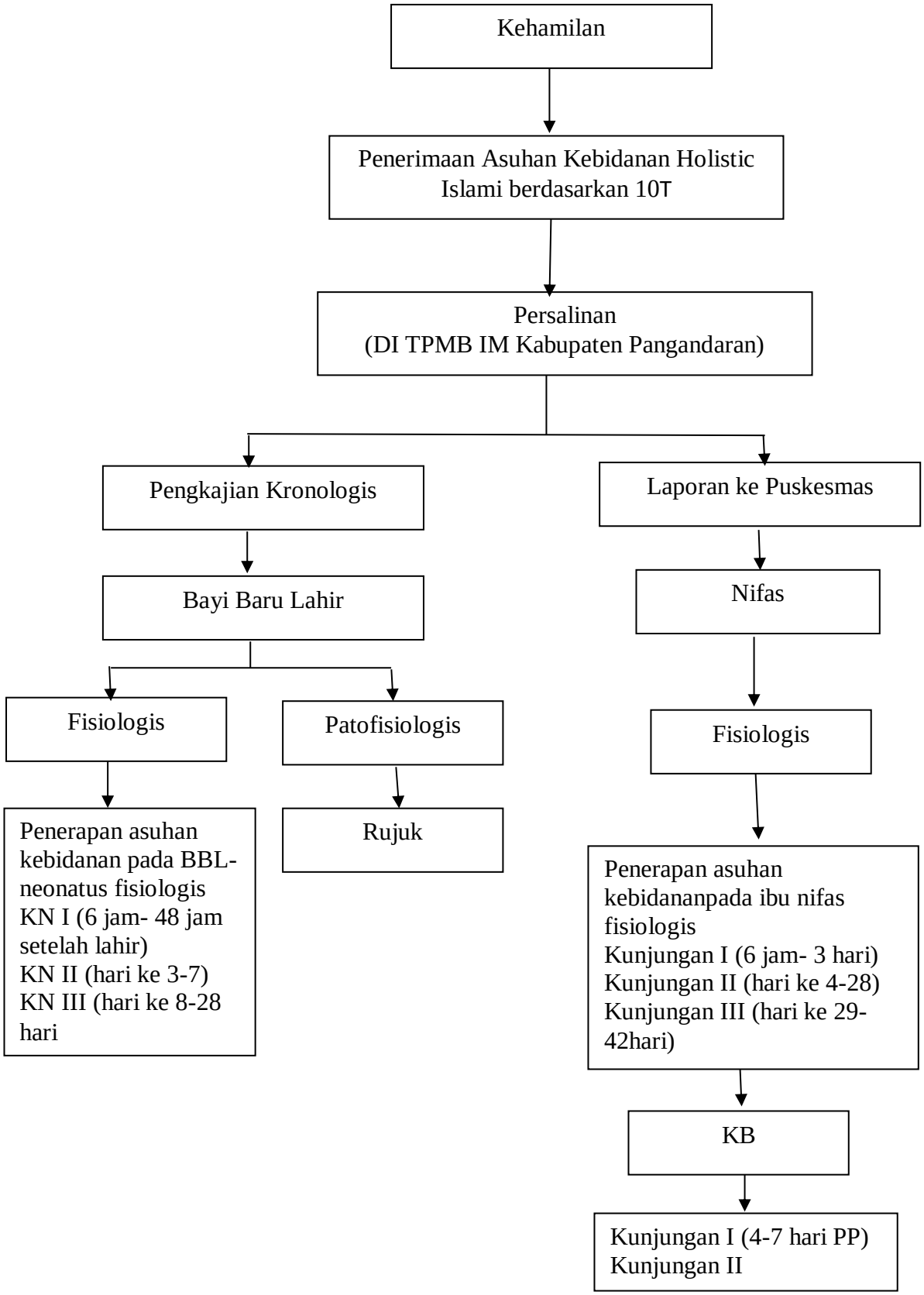
Dalam Undang-Undang kebidanan pasal 46 menyatakan bahwa wewenang kebidanan meliputi hal sebagai berikut:

1. Memberikan asuhan kebidanan pada masa sebelum hamil
2. Memberikan asuhan kebidanan pada masa kehamilan normal
3. Memberikan asuhan kebidanan pada masa persalinan dan menolong persalinan
4. Memberikan asuhan kebidanan pada masa nifas
5. Melakukan pertolongan pertama kegawatdaruratan ibu hamil, bersalin, nifas, dan rujukan

2.9 Kerangka Teori

Teori adalah pernyataan yang menghubungkan antara dua variabel atau lebih konsep dan proposisi berdasarkan perfektif tertentu. Teori dapat juga dimaknai sebagai seperangkat proposisi yang berkaitan dengan gejala alamiah

yang merepresentasikan secara simbolik hubungan-hubungan antara peristiwa, struktur atau mekanisme yang mendasari hubungan tersebut, dan kesimpulan dari hubungan serta mekanisme dasar dari data yang ada tanpa adanya hubungan serta mekanisme dasar dari data yang ada.

Kerangka teoritis adalah salahsatu jenis kerangka berpikir yang berguna untuk menguraikan teori yang digunakan sebagai dasar penjelasan peristiwa di dalam penelitian tersebut. Kerangka teoritis adalah abstraksi dari hasil pemikiran atau kerangka dan acuan pada dasarnya bertujuan mengadakan kesimpulan tehadap dimensi.

Gambar 2.1 Kerangka Teori