

BAB II

TINJAUAN KASUS

2.1 Tinjauan Teori Medis

2.1.1 Teori Kehamilan

a. Definisi Kehamilan

Kehamilan merupakan suatu proses yang alamiah. Perubahan-perubahan yang terjadi pada wanita selama kehamilan normal bersifat fisiologis, bukan patologis (Nugroho, 2014). Kehamilan adalah kondisi dimana seseorang wanita yang memiliki janin yang sedang tumbuh di dalam tubuhnya (yang pada umumnya di dalam rahim) dengan umur sekitar 40 minggu atau 9 bulan, dihitung mulai awal periode menstruasi terakhir sampai melahirkan (Walyani, 2015).

Menurut (FOGI) Federasi Obstetri Ginekologi Internasional, Proses pembuahan, atau penyatuan spermatozoa dan sel telur, diikuti dengan nidasi, atau implantasi, disebut kehamilan. Berdasarkan kalender internasional, rata-rata kehamilan berlangsung selama 40 minggu, 10 bulan, atau 9 bulan, sejak pembuahan hingga kelahiran bayi. Tiga trimester membentuk kehamilan: trimester pertama berlangsung selama 12 minggu, trimester kedua berlangsung selama 15 minggu (minggu 13 hingga 27), dan trimester ketiga berlangsung selama 13 minggu (minggu ke 28 hingga ke-40) (Buku Ilmu Kebidanan Sarwono Prawiroharjo, 2020).

b. Proses Kehamilan

Proses kehamilan menurut Sulistyawati (2014) yaitu:

1) Kontrasepsi

a) Kontrasepsi adalah sebagai pertemuan antara sel sperma dan sel telur ovum yang menandai adanya kehamilan. Ovum merupakan sel telur terbesar pada badan manusia, pada waktu ovulasi sel telur yang telah masuk dilepaskan dari ovarium. Selanjutnya ia akan masuk kedalam ampula sebagai hasil gerakan silia dan konveksi otot.

b) Sperma

- (1) Kaput (kepala) mengandung bahan mucles.
- (2) Badan (bagian kepala yang menghubungkan ekor).
- (3) Ekor (berguna untuk bergerak).

Pada saat coitus kira-kira 3-5cc cairan semen ditumpahkan kedalam fornix posterior dengan jumlah spermatozoa sekitar 200-500 juta. Dan gerakan ekornya sperma masuk kedalam kanalis servikalis, spermatozoa dapat mencapai ampula, kira-kira satu jam setelah coitus, ampula tuba merupakan tempat terjadinya fertilisasi.

(1) Fertilisasi

Fertilisasi adalah terjadinya dan persenyawaan antara sel sperma dan sel telur. Fertilisasi terjadi di ampula tuba. Syarat dari setiap kehamilan adalah harus ada

spermatozoa, ovum, pembuahan ovum (kontrasepsi) dan nidasi hasil kontrasepsi.

(2) Implementasi atau nidasi

Nidasi adalah peristiwa tertanamnya atau bersarangnya sel telur yang dibuahi (zigot) akan membelah diri membentuk bola yang terdiri dari sel anak yang kecil yang disebut blastomer. Pada hari ke-3 bola terdiri dari 16 sel blastomer dan disebut morula. Pada hari ke-14, di dalam bola tersebut mulai berbentuk rongga yang disebut blastula.

(a) Lapisan luar yang bisa disebut trofoblas yang nantinya akan menjadi plasenta.

(b) Embrioblas yang akan menjadi janin.

Pada hari ke-4, blastula masuk kedalam endometrium dan pada hari ke-6 menempel pada endometrium, pada hari ke-10 seluruh blastula (blasofit) sudah terbenam dalam endometrium dengan demikian nidasi sudah selesai.

c. Tanda Kehamilan

Tanda-tanda kehamilan adalah sekumpulan tanda atau gejala yang timbul pada wanita hamil dan terjadi akibat adanya perubahan fisiologis dan psikologis pada masa kehamilan (Jannah, 2016). Tanda-tanda presumtif merupakan perubahan normal pada ibu atau seorang perempuan yang diketahui bahwa ia telah hamil. Tanda-

tanda tidak pasti atau terduga hamil adalah perubahan anatomik dan fisiologik selain dari tanda-tanda presumtif yang dapat dideteksi atau dikenali oleh pemeriksa. Tanda-tanda pasti hamil yaitu keadaan atau kondisi yang mengindikasikan adanya buah kehamilan atau bayi yang dapat diketahui melalui pemeriksaan dan direkam oleh pemeriksa (misalnya denyut jantung janin, gambaran sonogram janin dan gerakan janin) (Buku Kebidanan Sarwono, 2020).

1) Tanda yang tidak pasti/ tanda mungkin kehamilan

a) *Amenora*

Pada wanita sehat dengan haid yang teratur, amenorhea menandakan kemungkinan kehamilan. Gejala ini sangat penting karena umumnya wanita hamil tidak haid lagi. Kadang-kadang amenorhea disebabkan oleh hal-hal lain diantaranya penyakit berat seperti anemia, tyfus atau karna pengaruh psikis misalnya karena pengaruh perubahan lingkungan (Jannah, 2016). Bila seorang wanita dalam masa mampu hamil, apabila kawin mengeluh terlambat haid, maka diperkirakan dia hamil, meskipun stress, penyakit kronis dapat pula mengakibatkan terlambat haid (Pantikawati, 2016).

b) Mual dan muntah

Mual atau muntah adalah gejala umum, mulai dari merasakan tidak enak sampai muntah berkepanjangan. Dalam kedokteran sering dikenal sebagai *morning sickness* karena munculnya seringkali di pagi hari. Dalam batas tertentu

keadaan ini masih fisiologi namun bila terlampau sering dapat mengakibatkan gangguan kesehatan dan disebut dengan *hyperemesis gravidarum*.

c) Mammae menjadi tegang dan membesar

Keadaan ini disebabkan oleh pengaruh esterogen dan progesteron yang merangsang duktus dan alveoli pada mammae, sehingga *glandula monthglomeri* tanpa lebih jelas.

d) Keluhan kencing

Kencing bertambah dan sering kencing malam, disebabkan desekan uterus yang membesar dan tarikan oleh uterus ke kranial.

e) Konstipasi

Hal ini terjadi dikarenakan efek relaksasi hormon progesteron atau dapat juga adanya perubahan pola makan.

f) Perubahan berat badan

Pada saat usia 2-3 bulan sering terjadi adanya penurunan berat badan, hal ini karena nafsu makan menurun dan muntah-muntah, akan tetapi pada bulan selanjutnya berat badan akan selalu meningkat sampai stabil menjelang usia kehamilan yang aterm.

g) Perubahan warna kulit

Perubahan ini antara lain cloasma yakni warna kulit yang kehitam-hitaman pada dahi, punggung, hidung dan kulit daerah tulang pipi., terutama pada wanita dengan warna kulit

tua. Perubahan ini biasanya muncul saat usia kehamilan 12 minggu keatas.

h) *Anorpereksia* (tidak nafsu makan)

Terjadi pada minggu-minggu keempat, tetapi setelah itu nafsu makan akan muncul kembali. Hendaknya dijaga sampai salah pengertian makan untuk “dua orang” sehingga kenaikan berat badan tidak sesuai dengan tuanya kehamilan.

i) *Varises* (penekanan vena-vena)

Sering dijumpai pada triwulan akhir, didapat pada daerah genitalia eksterna, kaki dan betis. Pada multigravida kadang-kadang varises ditemukan pada kehamilan yang terdahulu, kemudian timbul kembali pada triwulan perama kehamilan berikutnya. Kadang-kadang timbulnya *varises* merupakan gejala pertama kehamilan muda (Jannah, 2016).

2) Tanda kemungkinan hamil

Tanda kemungkinan hamil adalah perubahan yang diobservasi oleh pemeriksaan namun berapa dugaan saja, yang termasuk tanda kemungkinan hamil yaitu:

a) Perubahan pada uterus

Uterus mengalami perubahan pada ukuran, bentuk dan konsistensi. uterus berubah menjadi lunak. Pada pemeriksaan dalam dapat dirasakan bahwa uterus membesar dan makin lama makin bundar bentuknya.

b) Tanda *Piscaseck*

Terjadi pertumbuhan maupun perkembangan yang tidak simetris pada uterus bagian dekat dekat dengan penempelan plasenta.

c) Tanda Hegar

Keadaan rahim pada kehamilan berubah menjadi lunak, terutama pada daerah ismus. Sehingga pada daerah tersebut pada penekanan mempunyai konsistensi lebih tipis dan uterus mudah di lekukkan. Pada minggu pertama ismus uteri mengalami keadaan hipertrofi seperti korpus uteri. Hipertrofi ismus ini pada triwulan pertama mengakibatkan ismus menjadi panjang dan lunak.

d) Tanda *Goodle sign*

Diluar kehamilan konsistensi serviks keras seperti kita merasa ujung hidung. Akan tetapi dalam kehamilan serviks menjadi lunak selunak bibir atau ujung bawah telinga.

e) Tanda *Chandwick*

Dinding vagina mengalami kongesti, warna kebiru-biruan hal ini disebabkan karena pengaruh hormon estrogen.

f) Tanda *Broxton His*

Bila tanda pasti uterus dirangsang akan berkontraksi, waktu palpasi atau pemeriksaan dalam uterus yang tadinya lunak akan menjadi keras karena berkontraksi. Tanda tersebut khas saat uterus dalam masa kehamilan.

g) Reaksi kehamilan positif

Cara yang biasa dipakai untuk menentukan adanya hormon *Human Corionic gonadotropin* pada kehamilan muda adalah air seni atau air kencing pertama pada pagi hari. Sehingga dengan tes ini dapat membantu dalam penentuan diagnose kehamilan sedini mungkin (Jannah, 2016).

3) Tanda Pasti Hamil

Tanda pasti hamil adalah tanda-tanda objektif yang didapatkan oleh pemeriksa yang dapat digunakan untuk menegakkan diagnosa kehamilan. Yang termasuk tanda pasti kehamilan yaitu:

a) Denyut Jantung Janin (DJJ)

Denyut jantung janin secara objektif dapat diketahui oleh pemeriksa dan dapat didengar dengan stetoskop lineack pada minggu 18-20 minggu, pada orang gemuk lebih lambat dengan system doppler pada usia kehamilan 12 minggu.

b) Terasa gerakan janin

Gerak janin pada ibu pertama hamil dapat dirasakan oleh ibu pada kehamilan 18 minggu. Sedangkan pada kehamilan kedua atau lebih pada kehamilan 16 minggu karena telah berpengalaman dari kehamilan terdahulu. Pada bulan ke IV dan V janin itu kecil dibandingkan dengan banyaknya air ketuban, maka kalau rahim didorong atau digoyangkan, maka

akan melenting didalam rahim. Gerak janin bisa dirasakan dengan jelas setelah usia kehamilan minggu ke 24.

c) Teraba bagian-bagian janin

Bagian-bagian janin secara objektif dapat diketahui oleh pemeriksa dengan cara palpasi menurut *leopold* pada akhir trimester kedua (Jannah, 2016).

d. Perubahan Fisiologis Ibu Hamil

Menurut Mochtar (2014) hampir seluruh tubuh wanita mengalami perubahan, terutama pada alat kandungan dan juga organ lainnya yaitu:

1) Perubahan pada sistem reproduksi

a) Uterus

Ukuran untuk akomodasi pertumbuhan janin, rahim membesar akibat hiperplasi otot polos rahim, serabut-serabut kolagen menjadi higroskopik endometrium menjadi desidu. Ukuran pada kehamilan cukup bulan adalah 30 x 25 x 20 cm dengan kapasitas lebih dari 4000 cc. Berat uterus akan mengalami kenaikan secara luar biasa dari 30 gram menjadi 1000 gram saat akhir kehamilan (40 minggu). Bentuk dan konsistensi pada bulan-bulan pertama kehamilan bentuk rahim seperti buah alpokat, pada kehamilan 4 bulan berbentuk bulat sedangkan pada akhir kehamilan berbentuk bujur telur. Pada minggu pertama isthmus rahim mendadak hipertrofi dan bertambah panjang serta terasa lunak (*soft*), keadaan ini

disebut *Hegar*. Pada kehamilan 5 bulan rahim terasa tipis hal itu karena bagian-bagian janin dapat diraba melalui dinding perut dan dinding rahim. Posisi rahim: pada permulaan kehamilan dalam letak antefleksi atau retrofleksi, pada kehamilan 4 bulan rahim teraba dalam pembesarannya dapat mencapai batas hati. Uterus jika dalam kondisi hamil biasanya lebih mengisi rongga abdomen bagian kanan atau kiri. Vaskularisasi: aa uterinae dan aa Ovarikae bertambah diameter, panjang dan anak-anak cabangnya. Pembuluh darah balik vena mengembungkan dan bertambah. Serviks Uteri: semakin bertambah vaskularisasi serviks semakin menjadi lunak (*soft*) disebut tanda *Goodell*. kelenjar endoservikal membesar dan mengeluarkan banyak cairan mucus. Karena pertambahan dan pelebaran pembuluh darah, warnanya menjadi livid dan perubahan itu disebut tanda *Chadwick*.

b) Indung telur (Ovarium)

Ketika ovulasi terhenti masih terdapat korpus luteum gravidas sampai terbentuknya uri yang mengambil alih pengeluaran estrogen dan progesteron.

c) Vulva dan Vagina

Akibat pengaruh estrogen, terjadi perubahan pada vagina dan vulva, akibat hipervaskularisasi vagina dan vulva terlihat lebih merah atau kebiruan. Warna livid pada area vagina dan mulut serviks disebut tanda *Chadwick*.

d) Dinding perut

Pembesaran rahim menimbulkan peregangan dan menyebabkan robeknya selaput elastis dibawah kulit sehingga timbul *Striae Gravidarum*. Jika terjadi peregangan yang hebat terutama pada hidramnion dan kehamilan ganda dapat terjadi diastatis rekti, bahkan hernia. Kulit perut pada *Linea Alba* bertambah pigmentasinya dan disebut *Linea Nigra*.

2) Perubahan pada organ dan sistem

Sistem sirkulasi darah, tingkat volume darah total dan tingkat volume plasma darah mengalami kenaikan pesat sejak akhir trimester pertama. Tingkat volume darah semakin bertambah banyak kira-kira 25% sampai puncaknya pada kehamilan 32 minggu, dengan diikuti bertambahnya curah jantung (*cardiac output*) yang mengalami peningkatan sebanyak 30%. Kenaikan plasma darah dapat mencapai 40% saat mendekati cukup bulan. Protein darah, gambaran protein dalam serum berubah, jumlah protein, albumin dan hemoglobin menurun dalam triwulan pertama dan meningkat secara bertahap pada akhir kehamilan.

Hitung jenis dan hemoglobulin dan hematokrit cenderung menurun karena kenaikan relative volume plasma darah. Jumlah eritrosit cenderung meningkat untuk memenuhi kebutuhan transport oksigen yang sangat diperlukan selama kehamilan konsentrasi Hb menurun, anemia fisiologis ini disebabkan oleh

volume plasma yang meningkat. Nadi cenderung menurun, terutama selama trimester kedua. Nadi cenderung naik saat akhir trimester yaitu rata-rata 84 kali per menit. Jantung, frekuensi jantung naik hingga 30% saat kehamilan 3 bulan dan menurun lagi pada minggu terakhir kehamilan. Sistem pernafasan, wanita hamil kadang-kadang mengeluh sesak dan pendek nafas, hal ini disebabkan oleh usus yang tertekan kearah diafragma akibat pembesaran rahim. Saluran pencernaan (Traktus Digestivus), salivasi meningkat dan pada trimester pertama timbul keluhan mual dan muntah. Gejala muntah (*Emesis Gravidarum*) sering terjadi biasanya pada pagi hari yang disebut (*Morning Sickness*). Tulang dan gigi, persendian panggul akan terasa lebih longgar karena ligamen-ligamen melunak (*Softening*), apabila pemberian makanan tidak dapat memenuhi kebutuhan kalsium janin, kalsium apada tulang-tulang panjang ibu akan diambil untuk memenuhi kebutuhan janin. Apabila konsumsi kalsium cukup, maka gigi tidak akan kekurangan kalsium kulit. Pada daerah kulit tertentu, terjadi hiperpigmentasi yaitu pada muka disebut (*Cloasma Gravidarum*). Payudara, terdapat pada putting susu dan areola pada perut yaitu *linea nigra* dan *striae gravidarum* dan pada vulva. Kelenjar hipofisis terdapat pembesaran terutama lobus anterior, akan tetapi pada kelenjar adrenal tidak begitu terpengaruh.

3) Sistem metabolisme

Kehamilan memiliki efek pada proses metabolisme tubuh, oleh karena itu wanita hamil perlu mendapatkan makanan bergizi dan berada dalam kondisi sehat. Tingkat metabolisme basal (*basal metabolic rate*, BMR) pada wanita hamil meningkat hingga 15-20 % terutama pada trimester akhir. Keseimbangan asam alkali (*acid base balance*) sedikit mengalami perubahan konsentrasi alkali wanita tidak hamil 155 mEq/liter dan ibu hamil 145 mEq/liter. Dibutuhkan protein yang banyak untuk perkembangan fetus, alat kandungan, payudara dan badan ibu serta untuk persiapan laktasi. Hidrat arang, seorang wanita hamil sering merasa haus, nafsu makan bertambah, sering buang air kecil dan kadang dijumpai glukosuria yang meningkat terutama pada penderita diabetes melitus. Metabolisme lemak juga terjadi, kadar kolesterol meningkat sampai 350 mg atau lebih per 100 cc metabolisme mineral kalsium dibutuhkan rata-rata 1,5 gram sehari, kebutuhan air wanita hamil cenderung meningkat atau mengalami retensi air.

4) Perubahan pada payudara (*mammae*)

Selama kehamilan, payudara bertambah besar, tegang dan berat. Dapat teraba moduli-moduli akibat hipertrofi kelenjar alveoli, bayangan vena lebih memburu. Hiperpigmentasi terjadi pada puting susu dan areola payudara, jika diperah mengeluarkan air susu jolong (kolostrum) berwarna kuning.

e. Perubahan Psikologi Ibu Hamil

Perubahan psikologi pada setiap wanita hamil (Suryati, 2016):

1) Trimester I

Pada awal kehamilan, wanita terkadang merasa senang dan sedih, perubahan yang terjadi pada wanita ini seringkali menampilkan episode penuh dengan air mata dan sangat peka. Untuk itu wanita yang sebelumnya memiliki cara pandang terhadap dirinya masa ini adalah masa yang mencemaskan.

2) Trimester II

Peningkatan rasa memiliki dan mulai dapat kembali pada semua minat, adanya gerak anak menjadikan ibu semakin merasakan kehamilan dan mulai membayangkan fisik.

3) Trimester III

Pada usia kehamilan yang memasuki trimester III seorang ibu mulai menyadari dan merasakan kehadiran bayinya sebagai makhluk yang terpisah sehingga ia tidak sabar menanti kelahiran sang bayi. Pada trimester III ini, ibu akan merasakan kembali ketidaknyamanan fisik yang semakin kuat menjelang akhir kehamilan, ia akan merasa canggung, jelek, berantakan dan memerlukan dukungan yang sangat konsisten.

f. Tanda Bahaya Pada Kehamilan

Tanda bahaya dalam kehamilan menurut (Sulistiyowati, 2016):

1) Perdarahan pervaginam

a) Abortus: *abortus imminens* (ancaman keguguran), *abortus insipiens* (keguguran sedang berlangsung), *abortus inkompletus* (keguguran bersisa), *abortus kompletus* (keguguran lengkap).

b) Kehamilan Molahidatidosa (Kehamilan anggur).

c) Kehamilan Ektopik Terganggu (Kehamilan diluar kandungan).

2) *Hiperemesis Gravidarum* (Mual dan muntah yang berlebihan).

3) Perdarahan Pervaginam

a) Plasenta Previa (implementasi plasenta abnormal).

b) Solusio plasenta (lepasnya plasenta dari tempat implementasi).

4) Sakit kepala yang hebat

Sakit kepala menunjukkan suatu masalah yang serius, sakit kepala yang hebat pada kehamilan adalah gejala dari preeklamsi.

5) Penglihatan kabur

Permasalahan penglihatan kabur pada ibu hamil ini ditakutkan gejala pre eklamsi.

6) Gerak janin berkurang

Ibu mulai merasakan gerakan janin pada bulan ke-5 atau ke-6, beberapa ibu dapat merasakan gerakan janin minimal 10 kali dalam 12 jam, apabila gerakan lemah dan semakin berkurang

maka termasuk tanda bahaya pada janin.

7) Nyeri pada abdomen

Nyeri pada abdomen yang hebat, menetap dan tidak hilang setelah beristirahat, hal ini bisa berarti appendicitis, kehamilan ektopik, aborsi, penyakit radang panggul, persalinan preterm, gastritis penyakit kantong empedu, abrupsia plasenta, infeksi saluran kemih atau infeksi lain.

g. Kehamilan Dengan Resiko Usia >35 tahun

1) Teori Kehamilan dengan resiko usia >35 tahun

Ibu yang hamil pada umur lebih dari 35 tahun akan mengalami banyak kesulitan karena pada usia tersebut mudah terjadi penyakit pada ibu dan karena organ kandungan menua jalan lahir tambah kaku sehingga terjadi persalinan macet dan pendarahan. Disamping hal tersebut kemungkinan mendapatkan anak cacat juga menjadi lebih besar (Manuaba,2016).

2) Dampak resiko pada ibu hamil usia > 35 tahun.

a) Resiko pada ibu (Rochjati, 2016):

(1) Hipertensi

Umur > 35 tahun daya tahan ibu hamil menurun rentan terkena penyakit hipertensi.

(2) *Diabetes Miletus*

Ibu hamil yang berusia > 35 tahun cenderung memiliki kadar gula darah tinggi, karena kadar insulin yang diproduksi tubuh semakin berkurang.

(3) Persalinan macet

Umur > 35 tahun, semakin tua umur ibu hamil akan terjadi kemunduran yang progresif dari endometrium.

(4) Keguguran

Ibu hamil yang berusia > 35 tahun organ reproduksi mulai terjadi proses regeneratif rentan terjadi keguguran.

b) Resiko pada bayi (Rochjati, 2016)

(1) BBLR

Ibu hamil yang berusia > 35 tahun mengalami fungsi penurunan organ-organ biologis dan organ pencernaan salah satunya penurunan mobilisasi usus yang akan menyebabkan penurunan nafsu makan, karena mempengaruhi asupan nutrisi yang dibutuhkan oleh ibu dan janin yang menyebabkan gangguan pada perkembangan plasenta sehingga bayi beresiko BBLR.

(2) *Makrosomia*

Ibu hamil yang berusia > 35 tahun kenaikan kadar gulanya lebih tinggi karena kadar insulin berkurang dari pada ibu hamil yang berusia < 35 tahun. Sehingga apabila ibu tidak mengontrol asupan nutri dengan baik resiko besarmelahirkan bayi makrosomia.

(3) Cacat saat lahir

Umur > 35 tahun kondisi kesehatan ibu hamil menurun sehingga meningkatkan kelainan cacat bawaan

akibat kelainan kromosom.

(4) Kematian perinatal

Organ reproduksi ibu hamil diusia > 35 tahun telah terjadi kemunduran sehingga menimbulkan masalah kesehatan reproduksi dan dapat mengakibatkan kematian perinatal.

h. Kehamilan Dengan Resiko Grande Multipara

1) Pengertian Grande Multipara

Grande multipara adalah salah satu faktor resiko tinggi pada kehamilan, grandemultipara biasanya disebutkan sebagai seorang wanita yang mempunyai anak lebih dari 4 (Manuaba, 2014).

2) Prinsip dasar Grande Multi Para

a) Gravida termasuk golongan resiko tinggi, karena banyaknya kemungkinan timbulnya kesulitan-kesulitan, seorang multigravida seharusnya bersalin dirumah sakit dan mendapat perawatan antenatal yang ketat adalah satu kenyataan bahwa sering pada multigravida terdapat pola pikir untuk mengabaikan pemeriksaan antenatal dan pemeriksaan pasca persalinan. Hal ini disebabkan karena mereka sering mengabaikan akan timbulnya penyakit.

b) Grandemultipara termasuk dalam kehamilan resiko tinggi

c) Ibu hamil resiko tinggi memiliki bahaya yang lebih besar pada waktu kehamilan maupun persalinan bila dibandingkan dengan ibu hamil normal maupun persalinan bila

dibandingkan dengan ibu hamil normal

3) Bahaya Grande Multipara

Menurut Nugroho & Utama (2014) seorang wanita yang telah mengalami kehamilan sebanyak 5 kali atau lebih, lebih mungkin mengalami:

- a) Kontraksi uterus yang lemah saat persalinan (hal ini disebabkan karena otot rahim lemah).
- b) Perdarahan setelah persalinan.
- c) Persalinan yang cepat, yang bisa menyebabkan meningkatnya resiko perdarahan pervaginam yang berat.
- d) Ketuban Pecah Dini (KPD)

4) Komplikasi pada Grande Multipara

Menurut Rochjati (2016) komplikasi pada Grande Multipara ada beberapa macam, yaitu:

- a) Komplikasi antepartum
 - (1) Anemia.
 - (2) Kekurangan gizi.
 - (3) Kekendoran pada dinding perut
- b) Komplikasi intrapartum dan pasca persalinan
 - (1) Atonia uteri.
 - (2) Infeksi intrapartum

i. Kehamilan Dengan Riwayat Atonia Uteri

Menurut Prawirohardjo (2020) atonia uteri adalah keadaan lemahnya tonus/kontraksi rahim yang menyebabkan uterus tidak

bisa menutup ketika terjadi perdarahan terbuka dari tempat menempelnya plasenta setelah bayi dan plasenta dilahirkan.

1) Pencegahan perdarahan atonia uteri menurut Prawirohardjo

(2020):

- a) Melakukan pemantauan rutin manajemen aktif kala III pada ibu yang bersalin, karena hal ini dapat menurunkan resiko atau kejadian perdarahan pasca persalinan yang diakibatkan karena atonia uteri.
- b) Pemberian misoprostol per oral 2-3 tablet (400-600µg) segera setelah bayi lahir.

5) Faktor predisposisi penyebab atonia uteri menurut

Prawirohardjo (2020):

- a) Peregangan rahim yang maksimal karena kehamilan gemeli, polihidramnion atau janin terlalu besar.
 - b) Kelelahan yang disebabkan oleh persalinan lama.
 - c) Kehamilan Grande Multipara.
 - d) Ibu dengan kondisi yang jelek, anemis maupun yang menderita penyakit menahun.
 - e) Mioma uteri yang mengganggu kontraksi rahim.
 - f) Infeksi intrauterine (Korioamnionitis).
 - g) Ada riwayat pernah atonia uteri pada persalinan sebelumnya.
- 6) Diagnosis Atonia Uteri menurut Prawirohardjo (2020):

Diagnosis ditegakkan bila setelah bayi dan plasenta lahir ternyata perdarahan masih aktif dan banyak, bergumpal dan pada

palpasi didapatkan fundus uteri masih setinggi pusat atau lebih dengan kontraksi yang lembek. Perlu diberikan pengawasan bahwa pada saat terdapat diagnosa atonis uteri, maka pada saat itu juga terdapat darah sebanyak lebih dari 500-1.000 cc yang sudah keluar melalui pembuluh darah, akan tetapi masih terperangkap dalam uterus sehingga harus diperhitungkan dalam kalkulasi pemberian darah sebagai pengganti.

7) Pengaruh kehamilan dengan Riwayat Atonia Uteri

Menurut Sari Fatimah (2020) ibu dengan riwayat persalinan yang buruk dengan perdarahan postpartum sebelumnya akan memberikan kondisi yang buruk pada organ reproduksi wanita, hal ini dikarenakan mempunyai riwayat gangguan pembekuan darah akibat dari *hipofibrinogenemia* (rendahnya protein yang membantu proses pembekuan darah). Selain faktor penyebab dari ibu, atonia uteri ini dapat terjadi karena kesalahan penanganan kala III persalinan dengan memijat uterus dan mendorongnya kebawah pada saat melahirkan plasenta.

j. Pelayanan Pemeriksaan Kehamilan (ANC)

Menurut Kemenkes (2015), standar minimal pelayanan antenatal menjadi 10T yaitu :

- 1) Pengukuran tinggi badan hanya dilakukan satu kali dan penimbangan Berat Badan setiap kali periksa. Bila tinggi badan <145 cm, maka faktor resiko panggul sempit, kemungkinan sulit melahirkan secara normal. Membandingkan berat badan dengan

tinggi badan untuk menentukan standar berat badan dan mengidentifikasi orang yang berat badannya kurang.

2) Pengukuran Tekanan Darah (Tensi)

Tekanan darah normal 120/80 MmHg. Bila tekanan darah lebih besar atau sama dengan 140/90 MmHg, ada faktor resiko hipertensi (tekanan darah tinggi) dalam kehamilan. Diukur untuk mengetahui Pre-eklamsia yaitu bila tekanan darah > 140 dan 90 mmHg.

3) Pengukuran Lingkar Lengan Atas (LILA)

Bila LILA <23,5 cm menunjukkan ibu hamil menderita Kekurangan Energy Kronik (ibu hamil KEK) dan beresiko melahirkan Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR).

4) Pengukuran Tinggi Fundus Uteri (TFU)

Pengukuran tinggi Rahim berguna untuk melihat pertumbuhan janin apakah sesuai dengan usia kehamilan. TFU berdasarkan usia kehamilan yaitu:

Tabel 2 1 *Pengukuran Tinggi Fundus Uteri*

Usia kehamilan dalam minggu	Tinggi Fundus Uteri
12 minggu	3 jari diatas sympsis
16 minggu	Pertengahan pusat dan sympsis
20 minggu	3 jari dibawah pusat
24 minggu	Setinggi pusat
28 minggu	3 jari diatas pusat
32 minggu	Pertengahan pusat dan px
36 minggu	3 jari dibawah px
40 minggu	Setinggi px

Sumber: Kemenkes, 2015

5) Penentuan Letak Janin dan Detak Jantung Janin (DJJ)

Apabila Trimester III posisi terbawah janin bukan kepala atau kepala belum masuk panggul, dapat dikatakan ada kelainan letak atau ada masalah lain. Bila denyut jantung janin kurang dari 120 kali/menit atau lebih dari 160 kali/menit menandakan ada gawat janin dan harus segera dirujuk.

6) Pemberian imunisasi Tetanus Toksoid (TT)

Bilamana diperlukan mendapatkan suntikan tetanus toksoid sesuai anjuran petugas kesehatan untuk mencegah terjadinya tetanus pada ibu dan bayi.

7) Pemberian Tablet Tambah Darah

Ibu hamil mulai awal kehamilan dianjurkan minum 1 tablet tambah darah setiap hari selama 90 hari. Tablet tambah darah diminum saat malam hari dengan tujuan untuk mengurangi rasa mual. Tablet tambah darah di anjurkan agar mencegah ibu hamil dari anemia.

8) Tes Laboratorium

- a) Tes golongan darah, untuk menyiapkan pendonor bagi ibu hamil bila diperlukan.
- b) Tes Hb, supaya mengetahui apakah ibu mengalami anemia.
- c) Tes pemeriksaan air seni atau urin (Protein urine, urine reduksi).
- d) Tes pemeriksaan darah lainnya, sesuai indikasi seperti malaria, HIV, sifilis, HbsAg, dan lainnya.

9) **Konseling atau penjelasan**

Tenaga kesehatan memberi penjelasan mengenai perawatan kehamilan, pencegahan kelainan bawaan, persalinan dan Inisiasi Menyusui Dini (IMD), nifas, perawatan bayi baru lahir, ASI eksklusif, Keluarga Berencana, dan imunisasi pada bayi. Konseling ini diberikan secara bertahap pada saat kunjungan ibu hamil.

10) **Tatalaksana atau mendapat obat**

Jika ibu mempunyai masalah kesehatan pada saat hamil, maka ibu mendapat pengobatan.

k. **Standar Minimal Kunjungan Kehamilan**

Pelayanan Antenatal Care (ANC) atau pemeriksaan pada kehamilan normal dilakukan minimal 6x dengan rincian 2x di Trimester 1, 1x di Trimester 2, dan 3x di Trimester 3. Minimal 2x dilakukan pemeriksaan oleh dokter ketika kunjungan 1 di Trimester 1 dan ketika kunjungan ke 5 di Trimester 3 (Kemenkes, 2022).

2.1.2 Teori Persalinan

a. **Definisi Persalinan**

Persalinan merupakan proses keluarnya hasil konsepsi (janin dan plasenta) yang sudah cukup bulan atau hidup di luar kandungan yang keluar melalui jalan lahir, dengan bantuan atau tanpa bantuan (kekuatan sendiri) (Manuaba, 2017). Dengan tujuan menjamin ibu bersalin mendapat pelayanan kesehatan yang sesuai standar, sejak tahun 2015 seluruh ibu bersalin diharapkan

melakukan persalinan yang ditolong tenaga kesehatan yang kompeten di fasilitas pelayanan kesehatan. Oleh sebab itu, Rencana Strategis Kementerian Kesehatan tahun 2020-2024 menetapkan persalinan ditolong tenaga kesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan sebagai salah satu indikator upaya kesehatan keluarga, menggantikan indikator pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan (Kemenkes, 2019).

Jenis-jenis persalinan dibedakan menjadi:

- 1) Persalinan spontan : bila seluruh persalinan berlangsung dengan kekuatan ibu sendiri.
- 2) Persalinan buatan : bila persalinan ini dilakukan dengan bantuan tenaga dari luar.
- 3) Persalinan anjuran : bila kekuatan yang diperlukan untuk persalinan ditimbulkan dari luar dengan jalan pemberian rangsang (Kemenkes, 2019).

b. Sebab-sebab Yang Menimbulkan Persalinan

Tanda-tanda permulaan persalinan menurut Rohani (2014) Sebelum terjadinya persalinan, beberapa minggu sebelumnya wanita memasuki kala pendahuluan (*preparator stge of labo*), dengan tanda-tanda sebagai berikut:

- 1) *Lightening*, setting maupun *dropping*, pada ibu pertama hamil terjadi menjelang ke-36 minggu yaitu terjadi penurunan fundus uteri karena kepala bayi sudah masuk PAP. Pada ibu dengan kehamilan kedua, tanda ini tidak begitu kelihatan.

2) Terjadi His permulaan

Sifat his permulaan/palsu adalah sebagai berikut:

- a) Rasa nyeri ringan dibagian bawah perut.
 - b) Datang tidak teratur.
 - c) Tidak terdapat perubahan pada serviks.
 - d) Durasi pendek.
 - e) Tidak bertambah bila dibawa aktifitas
- 3) Perut kelihatan lebih melebar, fundus uteru terlihat lebih turun.
- 4) Perasaan sering susah buang air kecil karena kandung kemih tertekan oleh bagian terbawah janin. Servik menjadi lembek, mulai mendata dan sekresinya bertambah, kadang bercampur darah (*bloody show*).

c. Tahapan Persalinan

Menurut Fitriana dan Widy (2020) tahapan persalihan yaitu sebagai berikut :

1) Kala I atau kala pembukaan

Tahap ini di mulai dari his persalinan yang pertama sampai pembukaan serviks menjadi lengkap. Dilihat dari kemajuan pembukaan maka kala I dibagi menjadi 2, yaitu:

a) Fase laten

Fase laten yaitu fase pembukaan yang sangat lambat yaitu dari 0-3 cm yang memerlukan waktu 8 jam.

b) Fase aktif

Fase aktif merupakan fase pembukaan yang lebih cepat yang terbagi menjadi beberapa fase. Fase akselerasi (fase percepatan), yaitu fase pembukaan dari pembukaan 3 cm sampai 4 cm yang di capai dalam 2 jam. Fase dilatasi maksimal, yaitu fase pembukaan mulai pembukaan 4 cm sampai 9 cm yang dilalui dalam 2 jam. Fase deselerasi (kurangnya percepatan), yaitu fase pembukaan mulai pembukaan 9 cm sampai 10 cm selama 2 jam.

2) Kala II Pengeluaran

Tahap pengeluaran kala II ini dimulai dari pembukaan lengkap hingga lahirnya bayi.

3) Kala III atau kala uri

Tahap pengeluaran kala III ini dimulai dari keluarnya bayi sampai dengan keluarnya plasenta.

4) Kala IV mulai dari 1-2 jam setelah plasenta lahir.

Dalam klinik, atas pertimbangan-pertimbangan praktis masih diakui adanya kala IV persalinan, meskipun masa setelah plasenta lahir adalah masa dimulainya masa nifas (puerperium), mengingat pada masa ini sering timbul perdarahan.

d. Kebutuhan Dasar Ibu Bersalin

Menurut JNPK-KR (2017) kebutuhan yang umum dibutuhkan ibu bersalin yaitu:

- 1) Dukungan emosional, dukungan dari suami, orang tua dan kerabat yang disukai ibu sangat diperlukan dalam mengurangi rasa tegang dan membantu kelancaran proses persalinan dan kelahiran bayi. Penolong persalinan juga dapat memberikan dukungan dan semangat kepada ibu dan anggota keluarga dengan menjelaskan tahapan dan kemajuan proses persalinan dan kelahiran bayinya.
- 2) Kebutuhan makanan dan cairan, selama persalinan anjurkan ibu sesering mungkin minum dan makanan ringan.
- 3) Kebutuhan eliminasi, kandung kencing harus dikosongkan setiap dua jam atau lebih sering jika kandung kemih ibu terasa penuh selama proses persalinan. Jika kandung kemih tidak kosong akan menghambat penurunan bagian terbawah janin.
- 4) Mengatur posisi, peranan bidan adalah mendukung ibu dalam pemilihan posisi apapun, menyarankan alternatif hanya apabila tindakan ibu tidak efektif atau membahayakan bagi diri sendiri maupun bagi bayinya.
- 5) Peran pendamping, adanya suami atau orang terdekat ibu membantu memberikan dukungan pada ibu sehingga ibu dapat lebih tenang dan proses persalinannya dapat berjalan dengan lancar.
- 6) Pengurangan rasa nyeri, meminimalisir rasa nyeri dapat dilakukan dengan pijatan. Hal ini dapat dilakukan pada lumbo sakralis dengan arahan melingkar.

e. Persalinan Sectio Caesaria

1) Definisi Sectio Caesarea

Sectio caesarea yaitu suatu persalinan buatan dimana janin dikeluarkan melalui suatu insisi pada dinding depan perut serta dinding rahim dengan syarat rahim keadaan utuh serta berat janin lebih dari 500 gram (Ramandanty, 2019). Sectio Caesarea adalah suatu tindakan pembedahan dengan cara membuka dinding abdomen dan dinding rahim untuk melahirkan janin dengan berat janin di atas 500 gram dan usia janin > 28 minggu dan dilakukan dengan cara pembedahan pada dinding abdomen (laparotomy) dan uterus (histerektomi) dengan tujuan untuk mengeluarkan satu bayi atau lebih. Tindakan persalinan ini dilakukan dengan tujuan mencegah kematian ibu dan janin karena terdapat suatu komplikasi yang diperkirakan terjadi pada pengeluaran secara pervaginam.

2) Jenis-jenis Sectio Caesarea

Terdapat macam-macam jenis tindakan SC menurut (Ramandanty, 2019) yaitu:

a) Sectio Caesarea Klasik

Sectio Caesarea Klasik dilakukan vertikal pada bagian atas rahim. Pembedahan ini dilakukan dengan sayatan panjang pada korpus uteri kira kira sepanjang 10 cm. Tidak disarankan dilakukan pada kehamilan

berikutnya melahirkan melalui vagina apabila persalinan lalu telah dilakukan tindakan pembedahan ini.

b) Sectio Caesarea Transperitonel Profunda

Sectio Caesarea Transperitonel Profunda disebut juga low cervical yaitu sayatan vertikal pada segmen rahim bawah. Sayatan vertikal dilakukan apabila bagian bawah rahim tidak berkembang ataupun tidak cukup tipis untuk memungkinkan dilakukannya sayatan transversal. Sebagian sayatan vertikal dilakukan hingga ke otot-otot bawah rahim.

c) Sectio Caesarea Histerektomi

Sectio Caesarea Histerektomi yaitu suatu pembedahan yang dilakukan setelah janin dikeluarkan dengan Sectio Caesarea, kemudian dilanjutkan dengan pegangkatan rahim.

d) Sectio Caesarea Ekstraperitoneal

Sectio Caesarea Ekstraperitoneal, adalah Sectio Caesarea berulang yang dialami seorang pasien dengan riwayat sebelumnya melakukan Sectio Caesarea. Biasanya dilakukan sayatan di atas bekas sayatan yang lama. Tindakan tersebut dilakukan menggunakan insisi dinding dan fasis abdomen sementara peritoneum dipotong menuju arah kepala untuk memaparkan

segmen bawah uterus sehingga uterus dapat dibuka secara ekstrapéritoneum.

3) Indikasi dan Kontraindikasi Sectio Caesarea

Terdapat macam-macam indikasi sehingga dilakukan tindakan sectio caesarea menurut Ainuhikma (2018) yaitu:

a) Indikasi mutlak

(1) Indikasi ibu

- (a) Panggul sempit absolut
- (b) Tidak berhasil melahirkan secara normal karena menurunnya stimulasi
- (c) Tumor-tumor jalan lahir yang menimbulkan obstruksi.
- (d) Stenosis serviks/vagina.
- (e) Plasenta previa.
- (f) Disproporsi sefalopelvik.
- (g) Ruptura uteri membakat.

2) Indikasi janin

- (a) Kelainan letak.
- (b) Gawat janin
- (c) Prolapsus plasenta
- (d) Perkembangan bayi yang terlambat
- (e) Mencegah hipoksia janin, misalnya karena preeklamsia

b) Indikasi Relatif

- (1) Riwayat seksio cesarea sebelumnya
- (2) Presentasi bokong
- (3) Distosia
- (4) Fetal distress
- (5) Preeklamsi berat, penyakit kardiovaskuler dan diabetes
- (6) Ibu dengan HIV positif sebelum inpartu
- (7) Gemeli, menurut Eastman, seksio cesarea dianjurkan : Bila janin pertama letak lintang atau presentasi bahu. Bila terjadi penguncian atau kemacetan, Distosia oleh karena tumor
- (8) IUFD (Intra Uterine Fetal Death)

c) Kontraindikasi

Adapun kontraindikasi untuk dilakukan tindakan sectio caesarea seperti (Gerald, 2020):

- (1) Janin mati
- (2) Shock
- (3) Anemia berat
- (4) Kelainan kongenital berat
- (5) Infeksi piogenik pada dinding abdomen
- (6) Fasilitas yang tidak lengkap dalam operasi sectio caesarea

f. Induksi persalinan

Induksi persalinan adalah suatu tindakan yang dilakukan pada ibu hamil menggunakan metode merangsang timbulnya kontraksi rahim (his), supaya proses persalinan dapat dimulai. Beberapa hal yang memiliki kaitan dengan kegagalan induksi persalinan yaitu usia ibu, usia kehamilan, paritas dan KPD (Salmarini, 2016). Sedangkan menurut Hayati (2023) induksi persalinan adalah suatu metode yang dilakukan untuk merangsang persalinan pervaginam. Induksi persalinan ini dapat dilakukan dengan dua cara, baik dengan cara farmasi ataupun cara non farmasi. Kegagalan induksi dapat disebabkan oleh beberapa faktor seperti indikasi persalinan maupun riwayat penyakit yang diderita oleh ibu antara lain pre eklamsia, ketuban pecah dini, pertumbuhan janin terhambat dan kematian janin dalam rahim. Faktor lainnya karena tingkat kecemasan ibu dalam menghadapi nyeri persalinan, faktor kelelahan dan stres karena proses persalinan induksi yang ibu jalani sangat lama dan panjang.

Beberapa jenis obat yang dapat digunakan sebagai induksi persalinan, salah satunya adalah misoprostol. Menurut Sulistyawati Nindya (2015) misoprostol bekerja seperti hormon prostaglandin alami yang berfungsi untuk membuat leher rahim menipis atau terbuka sekaligus merangsang kontraksi persalinan. Cara menggunakan obat ini yakni dengan memasukkannya ke dalam vagina dan diminum secara langsung dengan dosis sesuai yang

dianjurkan oleh dokter/advice dokter Sp.OG. Resiko penggunaan misoprostol ini dapat menyebabkan kelainan kontraksi uterus seperti *syndrom hipertonus* (kontraksi otot rahim berlebih) dan dapat memberikan efek mual dan muntah.

g. Faktor-faktor Yang Mempengaruhi Persalinan

Menurut Wiwit (2022) ada beberapa faktor yang mempengaruhi proses persalinan normal yang dikenal dengan istilah 5P, yaitu: Power, Passage, Passenger, Psikis ibu bersalin, dan Penolong persalinan yang dijelaskan dalam uraian berikut:

1) Power (tenaga)

Power (tenaga) adalah kekuatan yang mendorong janin untuk keluar. Dalam proses pengeluaran bayi terdiri dari 2 jenis tenaga, yaitu primer dan sekunder.

- a) Primer: berasal dari kekuatan kontraksi uterus (his) yang dimulai dengan muncul tanda-tanda persalinan hingga pembukaan lengkap.
- b) Sekunder: yaitu usaha ibu mengejan yang dilakukan setelah pembukaan lengkap. Kekuatan meliputi his, kontraksi otot-otot perut, kontraksi diafragma dan aksi dari ligament, dengan kerjasama yang sempurna.

2) His (kontraksi uterus)

Merupakan kekuatan kontraksi uterus dikarenakan otot-otot polos rahim bekerja dengan baik dan sempurna.

Sifat kontraksi yang baik yaitu kontraksi teratur, fundus dominan, terkoordinasi dan relaksasi.

Pembagian his dan sifat-sifatnya:

- a) His pendahuluan: his tidak kuat, datangnya tidak teratur, menyebabkan keluarnya lender darah atau bloody show.
- b) His pembukaan (kala I): menghasilkan pembukaan serviks, semakin kuat, teratur dan semakin sakit.
- c) His pengeluaran (kala II): untuk mengeluarkan janin, sangat kuat, teratur, simetris, terkoordinasi.
- d) His pelepasan uri (kala III): terkoordinasi sedang untuk melepaskan dan melahirkan plasenta.
- e) His pengiring (kala IV): kontraksi lemah, masih sedikit nyeri, terjadi pengecilan rahim setelah beberapa jam atau hari.

3) Tenaga mengejan

Setelah pembukaan persalinan sudah lengkap dan ketuban pecah, tenaga yang mendorong selain his, terutama disebabkan oleh kontraksi otot-otot rahim, yang mengakibatkan meningkatnya tekanan intra abdominal. Tenaga ini serupa dengan tenaga mengejan ketika buang air besar, tetapi jauh lebih kuat lagi. Saat kepala sampai ke dasar panggul, timbul reflex yang mengakibatkan ibu menutup glottisnya, mengkontraksikan otot-otot perut dan menekan diafragmanya ke bawah. Tenaga mengejan ini hanya dapat

berhasil bila pembukaan sudah lengkap, dan paing efektif sewaktu ada his. Tanpa tenaga mengejan, anak tidak dapat lahir. Contohnya pada penderita yang lumpuh otot-otot perutnya, sehingga persalinan dibantu dengan forceps. Tenaga mengejan ini juga digunakan ketika melahirkan plasenta yang telah terlepas dari dinding rahim.

4) Passenger (janin)

Faktor lain yang dapat berpengaruh dalam persalinan yaitu faktor janin, contohnya adalah berat janin, letak janin, posisi sikap janin (habilitus), serta jumlah janin. Pada persalinan normal yang berkaitan dengan janin antara lain: janin bersikap fleksi dimana kepala, tulang punggung, dan kaki berada dalam keadaan menekuk dan lengan bersilang di dada. Taksiran berat janin normal adalah 2500-3500 gram dan DJJ normal yaitu 120-160x/menit.

5) Passage (jalan lahir)

Jalan lahir terdiri dari panggul ibu, atau disebut bagian tulang padat, dasar panggul, vagina dan introitus vagina (lubang luar vagina). Meskipun konsistensi jaringan lunak, khususnya pada lapisan-lapisan pada otot dasar panggul ikut membantu keluarnya bayi, tetapi panggul ibu jauh lebih berperan pada proses persalinan. Oleh karena itu, ukuran dan bentuk panggul harus dilakukan pengukuran sebelum persalinan dimulai.

6) Psikis ibu bersalin

Persalinan dan kelahiran dikatakan suatu proses fisiologis yang terdapat pada kehidupan hampir setiap wanita. Pada umumnya persalinan dianggap hal yang menakutkan karena menurut sebagian ibu merasakan nyeri hebat, bahkan terkadang menyebabkan kondisi fisik dan mental yang mengancam jiwa. Nyeri merupakan keadaan yang subjektif, sehingga keluhan nyeri pada persalinan setiap wanita tidak akan sama, bahkan jika pada wanita yang samapun tingkat nyeri persalinannya berbeda dengan nyeri persalinan yang sebelumnya. Sehingga diperlukan persiapan psikologis sangat penting untuk menghadapi persalinan. Jika seorang ibu merasa siap dan memahami proses persalinan membuat ibu akan mudah bekerjasama dengan petugas kesehatan yang akan membantu persalinannya.

Dalam proses persalinan normal, tugas utamanya adalah ibu yang dibarengi dengan perjuangan dan upayanya. Sehingga ibu harus percaya diri bahwa ia mampu menjalani proses persalinan dengan lancar. Karena ketika ibu sudah mempunyai keyakinan mampu mengatasi maka hal tersebut akan menjadi kekuatan yang besar ketika berjuang untuk melahirkan. Sebaliknya, jika ibu tidak semangat bahkan mengalami kecemasan yang berlebih akan menyebabkan proses persalinan menjadi lebih sulit. Keadaan psikologi ibu

mempengaruhi proses persalinan. Ibu yang dalam proses persalinan didampingi oleh suami maupun keluarga cenderung mengalami proses persalinan yang lebih mudah dibandingkan dengan ibu dengan proses persalinan yang tidak didampingi oleh suami atau keluarga. Ini menunjukkan bahwa dukungan mental berpengaruh positif bagi keadaan psikis ibu, yang berpengaruh pada kelancaran proses persalinan.

7) Penolong persalinan

Dalam hal ini sebagai adalah petugas kesehatan yang mempunyai wewenang dalam menolong persalinan, antara lain: dokter, bidan, perawat maternitas dan petugas kesehatan yang memiliki keahlian dalam menangani persalinan, menangani kegawatdaruratan dan melakukan rujukan apabila diperlukan. Petugas kesehatan yang dapat melakukan pertolongan persalinan menggunakan alat pelindung diri (APD), serta melakukan tindakan dcuci tangan engan tujuan untuk mencegah terjadinya penularan infeksi dari pasien. Kompetensi yang dimiliki tenaga kesehatan sangat bermanfaat untuk membantu kelancaran proses persalinan dan mencegah kematian maternal neonatal. Dengan pengetahuan dan kompetensi yang baik diharapkan kesalahan maupun malpraktek dalam memberikan asuhan tidak terjadi.

h. Lima Benang Merah Dalam Asuhan Persalinan

Lima aspek dasar lima benang merah yang penting dan saling terkait dalam asuhan persalinan menurut (JNPKKR, 2017).

1) Membuat keputusan klinik

Membuat peraturan merupakan proses yang menentukan untuk membantu menyelesaikan masalah dengan menentukan bagaimana asuhan yang diperlukan oleh pasien. Keputusan ini harus akurat, komprehensif dan aman, baik bagi pasien, keluarganya maupun petugas kesehatan yang memberikan pertolongan.

2) Asuhan sayang ibu dan sayang bayi

Asuhan sayang ibu merupakan asuhan yang menghargai adat, kepercayaan dan keinginan sang ibu. Beberapa prinsip yang ada pada asuhan sayang ibu adalah dengan menghadirkan suami maupun keluarga selama berlangsungnya proses persalinan dan kelahiran bayi. Yang dimaksud asuhan sayang ibu dalam proses persalinan adalah :

- a) Membolehkan keluarga mendampingi ibu selama proses persalinan.
- b) Memperhatikan kebersihan sesuai standar
- c) Melakukan Inisiasi Menyusu Dini (IMD).
- d) Sikap yang sopan dan penuh pengertian.
- e) Memberikan informasi yang lengkap kepada keluarga pada setiap tindakan yang dilakukan.

- f) Bidan harus penuh empati.
 - g) Memberikan keleluasaan pada ibu untuk mengambil posisi melahirkan yang sesuai kemauan ibu.
 - h) Kebiasaan yang secara tradisional sering dilakukan serta terdapat bukti tidak berbahaya harus diperbolehkan bila dilakukan.
 - i) Menjaga privasi dari ibu bersalin.
 - j) Menghindari tindakan yang tidak perlu yang mengganggu kenyamanan pasien
- 3) Pencegahan infeksi

Tindakan Pencegahan Infeksi (PI) merupakan bagian dari komponen-komponen lain dalam pemberian asuhan selama persalinan dan kelahiran bayi. Tindakan ini harus dilakukan dalam setiap tindakan asuhan untuk melindungi ibu, bayi, keluarga dan tenaga kesehatan dengan mengurangi infeksi karena bakteri, virus dan jamur. Dilakukan pula upaya untuk menurunkan risiko penularan penyakit-penyakit berbahaya yang hingga kini belum ditemukan pengobatannya, seperti HIV/AIDS dan Hepatitis. Adapun pencegahan infeksi bisa dilakukan dengan cara berikut :

- a) Cuci tangan

Prosedur utama dalam pencegahan penyebaran infeksi yang dapat menyebabkan kesakitan dan kematian ibu dan bayi baru lahir adalah cuci tangan Beberapa waktu

mencuci tangan yang dianjurkan adalah segera setelah tiba ditempat kerja, sebelum dan sesudah melakukan kontak fisik dengan pasien, sebelum dan sesudah memakai sarung tangan, setelah menyentuh benda yang terkontaminasi seperti darah, cairan tubuh ataupun selaput mukos, setelah kamar mandi dan sebelum pulang kerja.

b) Prosedur mencuci tangan

Dalam APN Semua perhiasan yang ada ditangan dilepaskan, Membasahi tangan dengan air mengalir, Menggosok tangan dengan sabun antiseptik selama 10 – 15 detik, kemudian menggosok sela – sela jari, kuku – kuku jari, Bilas tangan dengan air bersih yang mengalir, biarkan kering dengan cara dianginkan atau keringkan dengan tissue atau handuk yang bersih dan kering, pakai sarung tangan, penggunaan cairan antiseptik, pemrosesan alat bekas, pencucian dan pembilasan, dekontaminasi, sterilisasi atau Desinfeksi Tingkat Tinggi, pembuangan sampah

4) Pencatatan/dokumentasi

Pencatatan adalah bagian penting dari proses pembuatan keputusan klinik karena memungkinkan penolong persalinan untuk terus memperhatikan asuhan yang diberikan selama proses persalinan dan kelahiran bayi. Catat semua asuhan yang diberikan kepada ibu atau bayinya. Jika asuhan tidak dicatat, dapat dianggap bahwa hal tersebut tidak

dilakukan. Mengkaji ulang catatan memungkinkan untuk menganalisa data yang telah dikumpulkan dan dapat lebih efektif dalam merumuskan suatu diagnosis dan membuat rencana asuhan bagi ibu dan bayinya. Hal yang penting diingat yaitu identitas ibu, hasil pemeriksaan, diagnosis, dan obat-obatan yang diberikan dan partograf adalah bagian terpenting dari proses pencatatan selama persalinan (JNPK-KR, 2017).

5) Rujukan

Rujukan dalam kondisi optimal dan tepat waktu ke fasilitas rujukan atau fasilitas yang memiliki sarana lebih lengkap, diharapkan mampu menyelamatkan jiwa para ibu dan bayi baru lahir. Meskipun sebagian besar ibu akan menjalani persalinan normal namun sekitar 10-15% diantaranya akan mengalami masalah selama proses persalinan dan kelahiran bayi sehingga perlu dirujuk ke fasilitas kesehatan rujukan. Sangat sulit menduga kapan penyulit akan terjadi sehingga kesiapan untuk merujuk ibu dan bayi ke fasilitas rujukan secara optimal dan tepat waktu menjadi syarat bagi keberhasilan upaya penyelamatan. Setiap penolong persalinan harus mengetahui fasilitas rujukan yang mampu untuk menatalaksana kasus gawat darurat obstetri dan bayi baru lahir.

2.1.3 Teori Nifas

a. Konsep Dasar Nifas

Menurut Prawirohardjo (2020) masa nifas adalah masa yang di mulai sejak 2 jam lahirnya placenta sampai dengan 6 minggu. Masa nifas (puerperium) adalah masa pulih kembali, mulai dari persalinan selesai sampai alat-alat kandungan kembali seperti pra-hamil. Lama masa nifas 6-8 minggu (Sinopsis Obsetetri).

b. Periode Masa Nifas

Nifas dibagi dalam 3 periode menurut Prawirohardjo (2020) yaitu:

- 1) Puerperium dini yaitu kepulihan dimana ibu telah diperbolehkan berdiri dan berjalan-jalan.
- 2) Puerperium intermedial yaitu kepulihan menyeluruh alat-alat genetalia yang lamanya 6-8 minggu.
- 3) Remote puerperium adalah waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna terutama bila selama hamil atau sewaktu persalinan mempunyai komplikasi. Waktu untuk sehat sempurna, bisa berminggu-minggu, berbulan-bulan atau bertahun-tahun.

c. Fisiologi Masa Nifas

1) *Involusi Uteri*

Proses involusi pada uterus akan dimulai segera setelah plasenta keluar akibat kontraksi otot-otot polos uterus. Proses involusi uterus adalah sebagai berikut menurut Sulistyarningsih (2014) antara lain:

a) *Iskemia miometrium*

Disebabkan oleh kontraksi dan retraksi yang terus menerus dan uterus setelah pengeluaran plasenta relative anemia dan menyebabkan serat otot atropi.

b) *Autolisis*

Autolysis merupakan proses penghancuran diri sendiri yang terjadi di didalam uterus. Enzim proteolitik akan memendekan jaringan otot yang telah sampai selama kehamilan atau dapat juga dikatakan sebagai perusakan secara langsung jaringan hipertropi yang berlebihan. Hal ini disebabkan karena penurunan hormon estrogen dan progesteron.

c) Efek oksitosin

Oksitosin meyebabkan terjadinya kontraksi dan retraksi otot uterus sehingga akan menekan pembuluh darah yang mengakibatkan berkurangnya suplay darah ke uterus. Proses inimembantu untuk mengurangi situs atau tempat implantasi plasenta serta mengurangi perdarahan.

Penurunan ukuran uterus yang cepat dicerminkan oleh perubahan lokasi uterus ketika turun dari abdomen dan kembali menjadi organ pelvis.

2) Perubahan ligamen

Ligamen-ligamen dan diafragma pelvis, serta fascia yang merenggang sewaktu kehamilan dan partus, setelah jalan lahir berangsur-angsur menciut kembali seperti sediakala. Tidak jarang ligamentum rotundum menjadi kendorr yang mengakibatkan letak uterus menjadi retrofleksi.

3) Perubahan pada serviks

Perubahan yang terjadi pada serviks ialah bentuk agak menganga seperti corong, segera setelah bayi lahir. Bentuk ini disebabkan oleh korpus uteri yang dapat mengadakan kontraksi, sedangkan servik tidak berkontraksi sehingga seolah-olah pada perbatasan antara korpus dan serviks berbentuk semacam cincin. Serviks berwarna merah kehitam-hitaman karena penuh dengan pembuluh darah. Konsistensinya lunak.

4) Lochea

Lochea adalah ekskresi cairan rahim selama masa nifas. Lochea mengandung darah dan sisa jaringan desidua nekrotik dari dalam uterus. Lochea mempunyai reaksi basa/alkalis yang dapat membuat organisme berkembang lebih cepat daripada kondisi asam yang ada pada vagina yang normal.

Lochea mempunyai bau yang anyir/amis seperti darah menstruasi, meskipun tidak terlalu menyengat dan volumenya berbeda-beda pada setiap wanita. Lochea yang berbau tidak sedap menandakan adanya infeksi. Lochea mempunyai perubahan karena proses involusi.

5) Perubahan pada vagina dan perineum

Vagina yang semula sangat teregang akan kembali secara bertahap pada ukuran sebelum hamil selama 6-8 minggu setelah bayi lahir. Rugae akan kembali terlihat sekitar minggu ke 4, walaupun tidak akan menonjol pada wanita nulipara. Pada umumnya rugae akan memimpin secara permanen. Mukosa tetap atropik pada wanita yang menyusui sekurang-kurangnya sampai menstruasi dimulai kembali. Penebalan mukosa vagina terjadi seiring pemulihan fungsi ovarium.

6) Perubahan sistem pencernaan

Nafsu makan, ibu biasanya merasa lapar segera setelah melahirkan sehingga ia boleh mengkonsumsi makanan ringan. Setelah benar-benar pulih dan efek analgesia dan keletihan kebanyakan merasa sangat lapar. Permintaan untuk memperoleh makan dua kali dari jumlah yang biasa dikonsumsi disertai konsumsi cemilan sering ditemukan. Motilitas, secara khas penurunan tonus dan motilitas otot traktus cerna menetap selama waktu yang

singkat setelah bayi lahir. Kelebihan analgesia dan anastesia bisa memperlambat pengambilan tonus dan motilitas ke keadaan semula. Pengosongan usus, buang air besar secara spontan bisa tertunda selama dua sampai tiga hari setelah ibu melahirkan. Keadaan ini dapat disebabkan karena tonus otot menurun selama proses persalinan, edema sebelum melahirkan, kurang makan, atau dehidrasi.

7) Perubahan sistem urinaria

Peningkatan kapasitas kandung kemih setelah bayi lahir, trauma akibat kelahiran, dan efek induksi anastesi yang menghambat fungsi neural pada menyebabkan keinginan untuk berkemih menurun dan lebih rentan untuk menimbulkan distensi kandung kemih, kesulitan buang air kecil dan terjadi infeksi kandung kemih. Distensia kandung kemih yang timbul setelah ibu melahirkan dapat menyebabkan perdarahan berlebihan karena keadaan ini bisa menghambat kontraksi uterus berjalan dengan normal. Status urinaria juga dapat meningkatkan terjadinya infeksi saluran kemih.

8) Perubahan sistem endokrin

Hormon plasenta (HCG) menurun dengan cepat setelah persalinan dan menentang sampai 10% dalam 3 jam hingga hari ke 7 postpartum dan sebagai omset pemenuhan *mamae* pada hari ke 3 postpartum. Hormon pituitari, prolaktin darah akan

meningkat dengan cepat pada wanita tidak menyusui prolaktin menurun dalam waktu 2 minggu. FSH dan LH akan meningkat pada fase konsentrasi folikuler (minggu ke 3) dan LH tetap rendah sehingga ovulasi terjadi. Hipotalamik pituitary ovarium, untuk wanita yang menyusui dan tidak menyusui akan mempengaruhi lamanya ia mendapatkan menstruasi. Seringkali menstruasi pertama bersifat anovulasi yang dikarenakan rendahnya kadar estrogen dan progesterone.

Kadar Esterogen, terjadi kadar penurunan kadar esterogen yang bermakna setelah persalinan sehingga aktivitas prolaktin juga sedang meningkat dapat mempegaruhi kelenjar mammae dalm menghasilkan ASI.

d. Kebutuhan Dasar Ibu Nifas

1) Kebutuhan Gizi

Ibu nifas dan menyusui membutuhkan tambahan kalori ± 700 kalori pada enam bulan pertama untuk memberikan ASI eksklusif dan bulan selanjutnya kebutuhan kalori menurun ± 500 kalori, karena bayi telah mendapatkan makanan pendamping ASI. Berikut zat-zat yang dibutuhkan oleh ibu postpartum:

- a) Mengonsumsi tambahan kalori sesuai kbutuhan
- b) Penuhi diet berimbang, terdiri atas protein, kalsium, mineral, vitamin, sayuran hijau dan buah.
- c) Kebutuhan cairan sedikitnya tiga liter per hari.

- d) Untuk mencegah anemia konsumsi tablet zat besi selama masa nifas.
- e) Vitamin A (200.000 IU) selain untuk ibu, vitamin A dapat diberikan pada bayi melalui ASI (Dewi Maritalia, 2014).

2) Ambulasi dini

Penelitian membuktikan bahwa ambulasi dini dapat mencegah terjadinya sumbatan pada aliran darah. Mobilisasi yang dapat dilakukan oleh ibu adalah diawali dengan miring kiri, miring kanan, duduk, menggeser kaki di sisi ranjang, menggantung kaki disisi ranjang, berdiri, melangkah, dan berjalan (Dewi Maritalia, 2014).

3) Eliminasi

Dalam enam jam pertama postpartum pasien harus dapat buang air kecil. Dalam 24 jam pertama pasien juga harus dapat buang air besar, karena semakin lama feses tertahan dalam usus maka akan semakin sulit untuk buang air besar dengan lancar (Dewi Maritalia, 2014).

4) Kebersihan diri

- a) Tindakan yang dapat dilakukan dalam perawatan diri ibu nifas adalah: Anjurkan ibu untuk selalu mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir sebelum dan sesudah membersihkan daerah kelamin.
- b) Anjurkan ibu untuk mandi
- c) Menganjurkan ibu untuk membersihkan daerah kelamin

d) Ganti pembalut tiap kali terasa penuh minimal empat kali dalam sehari (Dewi Maritalia, 2014).

5) Istirahat

Kebutuhan istirahat bagi ibu menyusui minimal 8 jam sehari, yang dapat dipenuhi melalui istirahat malam dan siang. Kurang istirahat dapat berpengaruh pada produksi ASI, proses involusi uterus, depresi dan ketidaknyamanan (Dewi Maritalia, 2014).

6) Seksual

Setelah enam minggu diperkirakan pengeluaran lokea telah bersih, semua luka akibat persalinan, termasuk luka episiotomy dan SC biasanya telah sembuh dengan baik, sehingga ibu dapat memulai kembali hubungan seksual (Dewi Maritalia, 2014).

e. Kontrasepsi

Kontrasepsi yaitu pencegahan terbuahnya sel telur oleh sel sperma (konsepsi) atau pencegahan menempelnya sel telur yang telah dibuahi ke dinding rahim (Nugroho dan Utama, 2014).

Ciri-ciri dan Syarat Kontrasepsi:

Metode kontrasepsi yang ideal memiliki ciri-ciri di antaranya berdaya guna, aman, murah, estetik, mudah didapat, tidak memerlukan motivasi terus menerus dan efek samping yang minimal. Selain itu, metode kontrasepsi harus memenuhi syarat berikut ini:

- 1) Aman pemakaiannya dan dapat dipercaya
- 2) Tidak ada efek samping yang merugikan
- 3) Lama kerjanya dapat diatur sesuai keinginan
- 4) Tidak mengganggu hubungan seksual
- 5) Tidak memerlukan bantuan medis atau kontrol yang ketat setelah pemakaiannya
- 6) Cara penggunaan sederhana
- 7) Dapat dijangkau oleh pengguna
- 8) Dapat diterima oleh pasangan

f. Metode Operasi Wanita (MOW)

Metode Operasi Wanita (MOW) Kontrasepsi metode operasi wanita (MOW) atau tubektomi atau juga dapat disebut sterilisasi adalah tindakan penutupan terhadap kedua saluran telur sehingga sel telur tidak dapat melewati saluran telur sehingga sel telur tidak bertemu dengan sperma laki-laki sehingga tidak terjadi kehamilan. Sangat efektif (0,5 kehamilan per 100 perempuan selama tahun pertama penggunaan) dan efektif 6-10 minggu setelah operasi (Triyanto dan Indriani, 2019).

1) Cara Kerja

Cara kerja tubektomi adalah dengan mengikat tuba falopi sehingga sperma tidak dapat bertemu dengan ovum (Mega dan Wijayanegara, 2017).

2) Indikasi tubektomi

- a) Umur lebih dari 26 tahun
- b) Anak lebih dari 2 orang
- c) Yakin telah mempunyai keluarga dengan jumlah yang diinginkan
- d) Ibu pasca persalinan
- e) Pasien paham dan setuju dengan prosedur tubektomi terutama pengetahuan pasangan tentang cara-cara kontrasepsi ini dengan risiko dan sifat permanennya kontrasepsi ini (Mulyani dan Rinawati, 2014).

3) Kontraindikasi tubektomi.

- a) Hamil atau diduga hamil
- b) Perdarahan pervaginam yang tidak diketahui penyebabnya
- c) Belum memberikan persetujuan tertulis
- d) Tidak boleh menjalani proses pembedahan
- e) Usia di bawah 30 tahun yang belum dan masih ingin memiliki anak (Mega dan Wijayanegara, 2017).

4) Keterbatasan

Harus dipertimbangkan sifat permanenya metode kontrasepsi ini yang mana pasien dapat menyesal dikemudian hari, resiko komplikasi kecil, tetapi disisi lain hal yang utama yang harus disiapkan adalah persetujuan suami bahwa bagi

calon akseptor tidak akan bisa menambah lagi keturunan (Mulyani dan Rinawati, 2014).

2.1.4 Teori Bayi Baru Lahir

a. Pengertian Bayi Baru Lahir

Bayi baru lahir (neonatus) adalah bayi yang berusia 0-28 hari. Bayi baru lahir normal mempunyai ciri-ciri berat badan lahir 2500-4000 gram, umur kehamilan 37-40 minggu, bayi segera menangis, bergerak aktif, kulit kemerahan, menghisap ASI dengan baik, dan tidak ada cacat bawaan. Bayi yang baru mengalami proses kelahiran dan harus menyesuaikan diri dari kehidupan intra uterin ke kehidupan ekstra uterin. Beralih dari ketergantungan mutlak pada ibu menuju kemandirian fisiologi. Tiga faktor yang mempengaruhi perubahan fungsi dan proses vital neonatus yaitu maturasi, adaptasi dan toleransi. Selain itu pengaruh kehamilan dan proses persalinan mempunyai peranan penting dalam morbiditas dan mortalitas (Kemenkes, 2023).

b. Kriteria Bayi Baru Lahir

Kriteria Bayi Baru Lahir menurut (Sondakh, 2014):

- 1) Berat badan 2.500-4.000 gram
- 2) Panjang badan 38-42 cm
- 3) Lingkar kepala 33-35 cm
- 4) Lingkar dada 31-33 cm

- 5) Bunyi jantung dalam 1 menit pertama + 180 kali/menit, kemudian turun sampai 140-120 kali/menit pada saat bayi berumur 30 menit.
 - 6) Pernafasan cepat pada menit-menit pertama kira-kira 80 kali/menit disertai pernafasan cuping hidung, retraksi suprasentral dan interkostar serta ritihan hanya berlangsung 10-15 menit.
 - 7) Kulit kemerahan dan licin karena jaringan subcutan cukup terbentuk dan dilapisi verniks kaseosa.
 - 8) Rambut lanugo telah hilang, rambut kepala tumbuh baik.
 - 9) Kuku agak panjang dan lemas.
 - 10) Genetalia: testis sudah turun ke skrotum (pada bayi laki-laki) dan labia mayora telah menutupi labia minora (pada bayi perempuan).
 - 11) Refleks hisap, menelan dan moro sudah terbentuk.
 - 12) Eliminasi urin dan mekonium normalnya keluar pada 24 jam pertama. Mekonium memiliki karakteristik hitam kehijauan dan lengket.
- c. Reflek-reflek Bayi Baru Lahir
- Reflek-reflek bayi baru lahir menurut (Anita Lockhart, 2014) adalah:
- 1) Reflek menghisap (*sucking reflex*), gerakan menghisap dimulai ketika puting susu ibu ditempatkan.

- 2) Reflek menelan (*swallowing refleks*), neonatus akan melakukan gerakan menelan ketika pada bagian posterior lidahnya di teteskan cairan, gerakan ini harus terkoordinasi dengan gerakan pada reflek menghisap.
- 3) Reflek *moro*, ketika tubuh neonatus diangkat dari bos bayi dan secara tiba-tiba di turunkan, maka kedua lengan serta tungkainya memperlihatkan gerakan ekstensi yang simetris dan diikuti oleh gerakan abduksi, ibu jari tangan dan jari telunjuk akan terlentang sehingga menyerupai bentuk huruf C.
- 4) Reflek mencari (*Rooting Refleks*), reflek mencari sumber rangsangan yang digerakkan neonatus ke arah sentuhan yang dilakukan pada pipinya.
- 5) Reflek leher yang tonik (*tonick neck refleks*), sementara neonatus dibaringkan dalam posisi terlentang dan kepalanya ditolehkan ke salah satu sisi, maka ekstremitas pada sisi hemolateral akan melakukan gerakan ekstensi sementara ekstremitas pada sisi kontralateral melakukan gerakan fleksi.
- 6) Reflek *Babinsky*, goresan pada bagian lateral telapak kaki di sisi jari kelingking kearah dan menyilang bagian tumit telapak kaki akan membuat jari-jari kaki bergerak mengembang ke arah atas (gerakan ekstensi dan abduksi jari-jari).

- 7) *Palmar grasp*, Penempatan jari tangan kita pada telapak tangan neonatus akan membuatnya menggenggam jari tangan tersebut dengan cukup kuat sehingga dapat menarik neonatus ke dalam.
- 8) *Stepping reflek*, Tindakan mengangkat neonatus dalam posisi tubuh yang tegak dengan kedua kaki menyentuh permukaan yang rata akan memicu gerakan seperti menari atau menaiki anak tangga (*stepping*).
- 9) Reflek terkejut (*startle reflex*), Bunyi yang keras seperti bunyi tepukan tangan akan menimbulkan gerakan abduksi lengan dan fleksi siku, kedua tangan terlihat mengempal.
- 10) Tubuh melengkung (*trunk incurvature*), Ketika sebuah jari pemeriksa menelusuri bagian punggung neonatus di sebelah lateral tulang belakang, maka badan neonatus akan melakukan gerakan fleksi (melengkung ke depan) dan pelvis berayun ke arah sisi rangsangan.
- 11) *Plantar grasp*, Sentuhan pada daerah di bawah jari kaki oleh jari tangan pemeriksa akan menimbulkan gerakan fleksi jari kaki untuk menggenggam jari tangan pemeriksa (serupa dengan *palmargrasp*).

d. Penatalaksanaan Bayi Baru Lahir Normal

Pemeriksaan rutin pada bayi baru lahir harus dilakukan, tujuannya untuk mendeteksi kelainan atau nomali kongenital yang muncul pada setiap kelahiran dalam 10-20

per 1000 kelahiran, pengelolaan lebih lanjut dari setiap kelainan yang terdeteksi pada saat antenatal, mempertimbangkan masalah potensial terkait riwayat kehamilan ibu dan kelainan yang diturunkan, dan memberikan promosi kesehatan, terutama pencegahan terhadap sudden infant death syndrome (SIDS) (Lissauer, 2014).

Asuhan Bayi Baru Lahir meliputi:

- 1) Pencegahan Infeksi (PI)
- 2) Penilaian awal untuk memutuskan resusitasi pada bayi untuk menilai apakah bayi mengalami asfiksia atau tidak, dilakukan penilaian sepintas setelah seluruh tubuh bayi lahir dengan tiga pertanyaan:
 - a) Apakah kehamilan cukup bulan
 - b) Apakah bayi menangis atau bernafas/tidak megap-megap.
 - c) Apakah tonus otot bayi baik/bayi bergerak aktif? Jika ada jawaban “tidak” kemungkinan bayi mengalami asfiksia sehingga harus segera dilakukan resusitasi. Penghisapan lendir pada jalan napas bayi tidak dilakukan secara rutin (Kementerian Kesehatan RI, 2014).
- 3) Pemotongan dan perawatan tali pusat

Penanganan tali pusat di kamar bersalin harus dilakukan secara aseptis untuk mencegah infeksi tali

pusat dan tetanus neonatorum. Cuci tangan dengan sabun dan air bersih sebelum dan sesudah mengikat tali pusat. Tali pusat diikat pada jarak 2-3 cm dari kulit bayi dengan menggunakan klem yang terbuat dari plastik atau menggunakan tali yang bersih (sebaiknya steril) yang panjangnya cukup untuk membuat ikatan yang cukup kuat (± 15 cm), kemudian tali pusat dipotong pada + 1 cm di distal tempat tali pusat diikat, menggunakan instrumen yang steril dan tajam, penggunaan instrumen yang tumpul dapat menyebabkan resiko terjadinya infeksi karena terjadi trauma yang lebih banyak pada jaringan (Buku Asuhan Kebidanan Sarwono, 2020).

Perawatan tali pusat yang benar dan lepasnya tali pusat dalam minggu pertama bermakna mengurangi insiden infeksi pada neonatorum. Yang terpenting dalam perawatan tali pusat ialah menjaga agar tali pusat tetap kering dan bersih. Cuci tangan dengan sabun dan air mengalir sebelum merawat tali pusat, bersihkan dengan lembut kulit di sekitar tali pusat dengan kapas basah, kemudian bungkus dengan longgar/ tidak terlalu rapat dengan kassa bersih/steril. Popok atau celana bayi diikat dibawah tali pusat, tidak menutupi tali pusat untuk menghindari kontak dengan feses dan urine (Buku Asuhan Kebidanan Sarwono, 2020).

e. Pencegahan Kehilangan Panas Pada Bayi Baru Lahir

Menurut (Buku Asuhan Kebidanan Sarwono, 2020) bayi kehilangan panas melalui 4 cara yaitu:

- 1) Konduksi yaitu kehilangan panas melalui benda-benda padat yang berkontak dengan kulit bayi.
- 2) Konveksi yaitu kehilangan panas melalui aliran udara disekitar bayi. Suhu udara di kamar bersalin tidak boleh kurang dari 20°C dan sebaiknya tidak berangin. Tidak boleh ada pintu dan jendela yang terbuka. Kipas angin dan AC yang kuat harus cukup jauh dari area resusitasi.
- 3) Evaporasi yaitu kehilangan panas dari penguapan air pada tubuh bayi yang basah. Bayi baru lahir yang dalam keadaan basah kehilangan panas dengan cepat melalui cara ini, karena itu bayi harus dikeringkan seluruhnya termasuk kepala dan rambut sesegera mungkin setelah dilahirkan. Lebih baik bila menggunakan handuk hangat untuk mencegah hilangnya panas secara konduktif.
- 4) Radiasi yaitu kehilangan panas melalui benda padat disekitar bayi yang berkontak langsung dengan kulit bayi. Misalnya jendela pada musim dingin, karena itu bayi harus di selimuti, termasuk kepalanya dengan handuk hangat.

f. Pemberian Salf Mata/Tetes Mata

Pemberian salep atau tetes mata diberikan untuk

pengecegan infeksi mata. Beri bayi salep atau tetes mata antibiotika profilaksis (tetrasielin 1%, oxytetrasielin 1% atau antibiotika lain). Pemberian salep atau tetes mata harus tepat 1 jam setelah kelahiran. Upaya pengecegan infeksi mata tidak efektif jika diberikan lebih dari 1 jam setelah kelahiran (Kementerian Kesehatan RI, 2014).

Pengecegan perdarahan melalui penyuntikan vitamin K 1 dosis tunggal di paha kiri semua bayi baru lahir harus diberi penyuntikan vitamin K1 (Phytomenadione) 1 mg intramuskuler di paha kiri, untuk mencegah perdarahan BBL akibat defisiensi vitamin yang dapat dialami oleh sebagian bayi baru lahir (Kementerian Kesehatan RI, 2014).

Pemberian vitamin K sebagai profilaksis melawan hemorrhagic disease of the newborn dapat diberikan dalam suntikan yang memberikan pengecegan lebih terpercaya, atau secara oral yang membutuhkan beberapa dosis untuk mengatasi absorpsi yang bervariasi dan proteksi yang kurang pasti pada bayi (Lissauer, 2013). Vitamin K dapat diberikan dalam waktu 6 jam setelah lahir (Lowry, 2014).

g. Pemeriksaan Bayi Baru Lahir (BBL)

Pemeriksaan BBL bertujuan untuk mengetahui sedini mungkin kelainan pada bayi. Bayi yang lahir di fasilitas kesehatan dianjurkan tetap berada di fasilitas tersebut selama 24 jam karena risiko terbesar kematian BBL terjadi pada 24

jam pertama kehidupan. saat kunjungan tindak lanjut (KN) yaitu 1 kali pada umur 6 jam-3 hari, 1 kali pada umur 4-7 hari dan 1 kali pada umur 8-28 hari (Kementerian Kesehatan RI, 2014).

h. Pemberian ASI Eksklusif

Menurut Sondakh (2014), ASI eksklusif yaitu memberikan ASI saja tanpa tambahan makanan apapun kecuali vitamin dan obat- obatan dari bidan atau dari dokter sampai bayi berusia 6 bulan, dan menyusui bayi sesuai keinginan atau (On Demand).

Tabel 2. 2 *Kunjungan Neonatus*

Kunjungan	Waktu	Asuhan
I	6-4 jam	Menjaga kehangatan tubuh bayi, memberikan ASI eksklusif, pencegahan infeksi, perawatan mata, perawatan tali pusat, injeksi vit KI dan imunisasi HB 0.
II	3-7 hari	Menjaga kehangatan tubuh bayi, pemberian ASI eksklusif, perawatan tali pusat
III	8-28 hari	Memeriksa tanda bahaya dan gejala sakit, menjaga kehangatan tubuh bayi, memberikan ASI eksklusif dan imunisasi

2.1.5 Teori Komplementer

a. Pengertian komplementer

Terapi komplementer adalah sebuah kelompok dari macam-macam sistem pengobatan dan perawatan kesehatan, praktik dan produk yang secara umum tidak menjadi bagian dari pengobatan konvensional. Terapi komplementer dikenal dengan terapi tradisional yang digabungkan dalam pengobatan modern. Komplementer adalah penggunaan terapi tradisional ke dalam pengobatan modern. Terminologi ini dikenal sebagai terapi modalitas atau aktivitas yang menambahkan pendekatan ortodoks dalam pelayanan kesehatan. Terapi komplementer juga ada yang menyebutnya dengan pengobatan holistik. Pendapat ini didasari oleh bentuk terapi yang mempengaruhi individu secara menyeluruh yaitu sebuah keharmonisan individu untuk mengintegrasikan pikiran, badan, dan jiwa dalam kesatuan fungsi (Zulfa Rufaida, 2018).

b. Pengertian *Akupresure*

Istilah *Akupresur* berasal dari kata *accuse* yang artinya jarum dan *pressure* artinya menekan. Istilah ini merupakan metode pengobatan penyakit yang menerapkan teknik penekanan jari pada titik-titik akupuntur sebagai pengganti penusukan jarum dalam metode akupuntur (Ekajayanti dkk., 2021). Akupresur dikenal sebagai akupuntur tanpa jarum, atau pijat akupuntur, karena teori akupunturlah yang menjadi dasar praktik akupresur. Akupresur

adalah teknik penyembuhan penyakit dengan melakukan penekanan, pemijatan, pengurutan pada anggota tubuh untuk mengaktifkan sirkulasi energi vital atau Qi. Pengertian lain dari akupresur adalah seni penyembuhan kuno menggunakan jari untuk menekan titik-titik penyembuhan secara bertahap yang merangsang kemampuan tubuh agar sembuh secara alami (Adela Dwi Lestari, 2022).

Akupresure atau terapi *jaripunktur* merupakan cabang dari ilmu pengobatan tradisional China yang hanya terfokus pada jari-jari tangan dan kaki. Masing-masing jari terdapat titik-titik meridian, titik meridian *jaripunktur* berawal dan berakhir dari satu jari menuju jari lainnya yang saling berhubungan serta membentuk satu kesatuan dan saling mempengaruhi meridian antar organ untuk membentuk keseimbangan (M.Ferry Wong, 2023).

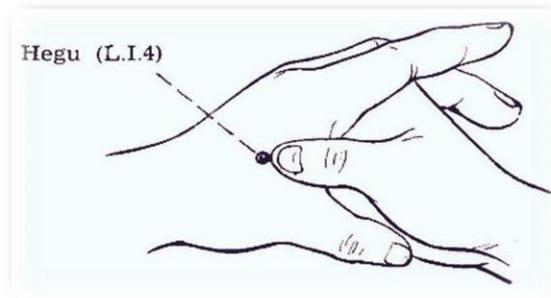
Tekanan pijatan *akupresure* terbagi menjadi tiga teknik yaitu ringan, sedang dan keras. Teknik jaripunktur tidak melibatkan alat apapun cukup menggunakan tangan terapis. Teknik pemijatan bisa dilakukan dengan 3 cara yaitu memutar saja, memutar tekan dan menekan gerak dari dalam keluar jari sedangkan untuk waktu terapi setiap titik cukup dilakukan selama kurang lebih 1 menit dilanjutkan ke titik meridian lainnya (M. Ferry Wong, 2023).

c. Titik-titik *akupresure* induksi persalinan

Salah satu upaya mengelola nyeri persalinan yang nonfarmakologi, yaitu dengan akupresur pada titik SP6, LI4, GB21 dan BL32. Metode akupresur memiliki keuntungan, karena selain murah, aman, tidak menimbulkan efek samping dan tidak ada bukti bahwa akupresur menyebabkan partus presipitatus. Teknik penekanan pada titik tersebut dapat menstimulasi sel saraf sensorik yang akan merangsang produksi endorfin sehingga memberikan efek menenangkan dan pelepasan hormon oksitosin dari kelenjar hipofisis. Titik SP6 adalah empat jari di atas mata kaki sebelah dalam, rapat dengan tulang tibia atau sisi dalam tulang tibia. Titik ini penting untuk membantu dilatasi serviks dan dapat digunakan ketika serviks tidak efektif berdilatasi selama persalinan, titik ini merupakan titik istimewa karena melewati tiga persimpangan meridian hati, limpa, dan ginjal. Titik GB21 merupakan meridian kandung empedu, terletak pada bahu lurus di bawah telinga, antara dua otot atau pada pertengahan antara tonjolan tulang leher (servikal 7) dan pangkal lengan atas. Titik ini berguna pada fase pertama dan kedua persalinan untuk menstimulasi kontraksi uterus (Muayah, 2021).



Gambar 2. 1 Gambar titik SP.6 (*San Yin Jiao*)
Sumber: Research Gate



Gambar 2. 2 Gambar titik LI.4 (*Hegu*)
Sumber: Tribunnews

Adapun faktor yang dapat mempengaruhi keberhasilan akupresur antara lain adalah penekanan dilakukan dengan ujung jari. Penekanan pada saat awal harus dilakukan dengan lembut, kemudian secara bertahap kekuatan penekanan ditambah sampai terasa sensasi yang ringan, tetapi tidak sakit. Pada individu yang sensitif seperti bayi, maupun orang tua maka tekanan dapat dibuat lebih lembut. Penekanan dapat dilakukan 30 detik sampai 2 menit (Andarmoyo, 2014).

2.2 Manajemen Asuhan Kebidanan

2.2.1 Asuhan Kebidanan Varney

Langkah-langkah asuhan kebidanan varney, yaitu sebagai berikut: menurut Yulifah dan Surachmindari (2014).

a. Langkah 1: Pengkajian (Pengumpulan Data Dasar)

Pada langkah pertama ini dikumpulkan semua informasi yang akurat dan lengkap dari beberapa sumber yang berkaitan dengan kondisi klien. Untuk memperoleh data yang dapat dilakukan secara anamnesis, pemeriksaan fisik sesuai kebutuhan dan pemeriksaan Tanda-Tanda Vital (TTV), pemeriksaan khusus dan pemeriksaan penunjang.

b. Langkah 2: Interpretasi Data

Pada langkah ini dilakukan identifikasi yang benar terhadap diagnosis atau masalah dan kebutuhan klien berdasarkan interpretasi data yang benar atas data-data yang telah dikumpulkan sehingga dapat merumuskan diagnosis dan masalah yang spesifik.

c. Langkah 3: Identifikasi Diagnosis Dan Masalah Potensial

Pada langkah ini kita mengidentifikasi masalah potensial atau diagnosis potensial berdasarkan diagnosis/masalah yang sudah diidentifikasi. Langkah ini membutuhkan antisipasi, bila memungkinkan dilakukan pencegahan sambil mengamati klien, sehingga diharapkan dapat bersiap-siap bila diagnosis/masalah benar-benar terjadi.

d. Langkah 4: Identifikasi Kebutuhan Segera

Pada langkah ini, bidan menetapkan kebutuhan terhadap tindakan segera, melakukan konsultasi, kolaborasi dengan tenaga kesehatan lain berdasarkan kondisi klien. Setelah itu mengidentifikasi perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter untuk dikonsultasikan atau ditangani bersama dengan anggota tim kesehatan yang lain sesuai kondisi klien.

e. Langkah 5: Perencanaan Asuhan Menyeluruh (Intervensi)

Pada langkah ini bidan merumuskan rencana asuhan sesuai dengan hasil pembahasan rencana asuhan bersama klien kemudian membuat kesepakatan bersama sebelum melaksanakannya.

f. Langkah 6: Pelaksanaan Rencana Asuhan Menyeluruh (Implementasi)

Pada langkah ini dilakukan pelaksanaan asuhan langsung secara efisien dan aman.

g. Langkah 7: Evaluasi

Pada langkah ini dilakukan evaluasi keefektifan asuhan yang telah diberikan. Hal yang dievaluasi meliputi apakah kebutuhan telah terpenuhi dan mengatasi diagnosis masalah dan masalah yang telah diidentifikasi.

2.2.2 Pendokumentasian Asuhan Kebidanan SOAP

Untuk mengetahui apa yang telah dilakukan oleh seorang bidan melalui proses asuhan tindakan dan berfikir sistematis, pendokumentasian bisa dilakukan dalam bentuk SOAP.

a. S (Subjektif)

Catatan ini berhubungan dengan masalah sudut pandang pasien. Mimik pasien mengenai keluhan dan kekhawatirannya dicatat sebagai kutipan langsung atau ringkasan yang berhubungan dengan diagnosa.

b. O (Data Objektif)

Data tersebut menunjukkan bahwa bukti gejala klinis pasien dan fakta yang berhubungan dengan diagnosa. Data fisiologis, hasil observasi yang jujur, informasi kajian teknologi (hasil laboratorium, sinar X, USG, dan lain-lain) dan informasi dari keluarga atau orang lain dapat dimasukkan dalam kategori ini.

c. A (Assessment)

Masalah atau diagnosa yang ditegakkan berdasarkan data atau informasi subjektif maupun objektif yang dikumpulkan atau disimpulkan.

d. P (Planning)

Tindakan atau usaha waktu itu atau yang akan datang, untuk mengusahakan tercapainya keadaan klien yang sebaik mungkin atau mempertahankan/ menjaga kesejahteraannya (Anggraini dkk, 2022; h.113-115).

2.3 Landasan Hukum Kewenangan Bidan

2.3.1 Landasan Hukum

Undang-undang Nomor 4 Tahun 2019 tentang kebidanan dalam lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2019 Nomor 56 dan penjelasan atas UU No.4 Tahun 2019.

Pasal 41

- 1) Praktik kebidanan dilakukan di:
 - a) Tempat Praktik Mandiri Bidan dan
 - b) Fasilitas pelayanan kesehatan lainnya.
- 2) Praktik Kebidanan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) harus dilakukan sesuai dengan kompetensi dan kewenangan serta mematuhi kode etik, standar profesi, standar pelayanan profesi dan standar prosedur operasional.

Pasal 42

- 1) Pengaturan, penetapan dan pembinaan Praktik Kebidanan dilaksanakan oleh Konsil.
- 2) Konsil sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan bagian dari Konsil Tenaga Kesehatan Indonesia yang diatur dengan Peraturan Presiden.

Pasal 43

- 1) Bidan lulusan pendidikan Diploma tiga hanya dapat melakukan Praktik Kebidanan di Fasilitas Pelayanan Kesehatan.
- 2) Bidan lulusan pendidikan profesi dapat melakukan Praktik Kebidanan di Tempat Praktik Mandiri Bidan dan di Fasilitas Pelayanan

Kesehatan lainnya.

- 3) Praktik Mandiri Bidan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dilakukan hanya pada 1 (satu) tempat Praktik Mandiri Bidan.

Pasal 44

- 1) Bidan lulusan pendidikan Profesi yang menjalankan Praktik Kebidanan di tempat Praktik Mandiri Bidan wajib memasang papan nama praktik.
- 2) Ketentuan mengenai papan nama praktik sebagaimana dimaksud pada ayat 1 (satu) dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- 3) Bidan yang tidak memasang papan nama praktik sebagaimana yang disebutkan pada ayat 1 (satu) dikenai sanksi administratif yang berupa:
 - a) Teguran lisan;
 - b) Peringatan tertulis;
 - c) Denda administratif; dan/atau
 - d) Pencabutan izin.
- 4) Ketentuan lebih lanjut mengenai tata cara pengenaan sanksi administratif sebagaimana dimaksud pada ayat (3) diatur dengan Peraturan Menteri.

Pasal 45

- 1) Bidan yang menjalankan Praktik Kebidanan di tempat Praktik Mandiri Bidan wajib melengkapi sarana dan prasarana pelayanan sesuai dengan standar pelayanan dan ketentuan peraturan perundang-

undangan.

- 2) Bidan yang tidak melengkapi sarana dan prasarana pelayanan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diketahui sanksi administratif berupa:
 - a) Teguran lisan;
 - b) Peringatan tertulis;
 - c) Denda administratif; dan/atau
 - d) Pencabutan izin
- 3) Ketentuan mengenai tata cara pengenaan sanksi administratif sebagaimana dimaksud pada ayat (2) diatur dengan Peraturan Menteri.

Bagian Kedua

Tugas dan Wewenang

Pasal 46

- 1) Dalam menyelenggarakan Praktik Kebidanan, Bidan bertugas memberikan pelayanan yang meliputi:
 - a) Pelayanan kesehatan Ibu
 - b) Pelayanan kesehatan Anak
 - c) Pelayanan kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana
 - d) Pelaksanaan tugas berdasarkan pelimpahan wewenang dan/atau;
 - e) Pelaksanaan tugas dalam keadaan batasan tertentu.
- 2) Tugas bidan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat dilaksanakan secara bersamaan atau sendiri.
- 3) Pelaksanaan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan

secara bertanggungjawab dan akuntabel.

Pasal 47

- 1) Dalam menyelenggarakan Praktik Kebidanan, bidan dapat berperan sebagai:
 - a) Pemberi pelayanan Kebidanan
 - b) Pengelola pelayanan Kebidanan
 - c) Penyuluh dan konselor
 - d) Pendidik, pembimbing dan fasilitator klinik
 - e) Penggerak peran serta masyarakat dan pemberdayaan perempuan dan/atau
 - f) Peneliti
- 2) Peran bidan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Pasal 48

Bidan dalam penyelenggaraan Praktik Kebidanan sebagaimana dimaksud dalam pasal 46 dan pasal 47, harus sesuai dengan kompetensi dan kewenangannya.

Paragraf 1

Pelayanan Kesehatan Ibu

Pasal 49

Dalam menjalankan tugas memberikan pelayanan kesehatan ibu sebagaimana dimaksud dalam pasal 46 ayat (1) huruf a, bidan berwenang:

- 1) Memberikan Asuhan Kebidanan pada masa sebelum hamil.
- 2) Memberikan Asuhan Kebidanan pada masa kehamilan normal.

- 3) Memberikan Asuhan Kebidanan pada persalinan dan menolong persalinan normal.
- 4) Memberikan Asuhan Kebidanan pada masa nifas.
- 5) Melakukan pertolongan pertama Kegawatdaruratan ibu hamil, bersalin, nifas dan rujukan. Dan
- 6) Melakukan deteksi dini kasus risiko dan komplikasi pada masa kehamilan, masa persalinan, pascapersalinan, masa nifas, serta Asuhan pasca keguguran dan dilanjutkan dengan rujukan.

Paragraf 2

Pelayanan Kesehatan Anak

Pasal 50

Dalam menjalankan tugas memberikan pelayanan kesehatan Anak sebagaimana dimaksud dalam pasal 46 ayat (1) huruf b, bidan berwenang:

- 1) Memberikan Asuhan Kebidanan pada bayi baru lahir, bayi, balita dan anak pra sekolah.
- 2) Memberikan imunisasi sesuai program Pemerintah Pusat.
- 3) Melakukan pemantauan tumbuh kembang pada bayi, balita dan anak pra sekolah serta deteksi dini kasus penyulit, gangguan tumbuh kembang dan rujukan, dan

Paragraf 3

Pelayanan Kesehatan Reproduksi Perempuan dan Keluarga Berencana

Pasal 51

Dalam menjalankan tugas memberikan pelayanan kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana sebagaimana dimaksud dalam pasal 46

ayat (1) huruf c, bidan berwenang melakukan komunikasi, informasi, edukasi, konseling dan memberikan pelayanan kontrasepsi sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Pasal 52

Ketentuan lebih lanjut mengenai pelayanan kesehatan ibu, pelayanan kesehatan anak dan pelayanan kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana sebagaimana dimaksud dalam pasal 49 sampai dengan pasal 51 diatur dengan Peraturan Menteri.

Paragraf 4

Pelimpahan Wewenang

Pasal 53

Pelimpahan wewenang sebagaimana dimaksud dalam pasal 46 ayat (1) huruf d, terdiri atas:

- a) Pelimpahan secara mandat dan
- b) Pelimpahan secara delegatif

Pasal 54

- 1) Pelimpahan wewenang secara mandat sebagaimana dimaksud dalam pasal 53 huruf a, diberikan oleh Dokter kepada Bidan sesuai kompetensinya.
- 2) Pelimpahan wewenang secara mandat sebagaimana dimaksud pada ayat (1) harus dilakukan secara tertulis.
- 3) Pelimpahan wewenang secara mandat sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dengan tanggung jawan pada pemberi pelimpahan wewenang.
- 4) Dokter yang memberikan pelimpahan wewenang sebagaimana

dimaksud pada ayat (1) harus melakukan pengawasan dan evaluasi secara berkala.

Pasal 55

- 1) Pelimpahan wewenang secara delegatif sebagaimana dimaksud dalam pasal 53 huruf b, diberikan oleh Pemerintah Pusat atau Pemerintah Daerah kepada Bidan.
- 2) Pelimpahan wewenang secara delegatif sebagaimana dimaksud pada ayat (1) yang diberikan oleh Pemerintah Pusat atau Pemerintah Daerah dalam rangka pelaksanaan tugas dalam keadaan keterbatasan tertentu atau
 - a) Program pemerintah.
- 3) Pelimpahan wewenang sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diberikan dengan disertai pelimpahan tanggung jawab.

Pasal 56

- 1) Pelaksanaan tugas dalam keadaan keterbatasan tertentu sebagaimana dimaksud dalam pasal 46 ayat (1) huruf e, merupakan penugasan pemerintah yang dilaksanakan pada keadaan tidak adanya tenaga medis dan/atau tenaga kesehatan lain di suatu wilayah tempat bidan bertugas.
- 2) Keadaan tidak adanya tenaga medis dan/atau tenaga kesehatan lain sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan oleh Pemerintah Daerah.
- 3) Pelaksanaan tugas dalam keadaan keterbatasan tertentu sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan oleh Bidan yang telah mengikuti

pelatihan dengan memperhatikan Kompetensi Bidan.

- 4) Pelatihan sebagaimana dimaksud pada ayat (4), Pemerintah Pusat dan/atau Pemerintah Daerah dapat melibatkan organisasi profesi Bidan dan/atau organisasi profesi terkait yang diselenggarakan oleh lembaga yang telah terakreditasi.

Pasal 57

- 1) Program pemerintah sebagaimana dimaksud dalam pasal 55 ayat (2) huruf b, merupakan penugasan Pemerintah Pusat atau Pemerintah Daerah untuk melaksanakan program pemerintah.
- 2) Program pemerintah sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan sesuai dengan ketentuan perundang-undangan.
- 3) Pelaksanaan program pemerintah sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan oleh bidan yang telah mengikuti pelatihan dengan memperhatikan kompetensi Bidan.
- 4) Pelatihan sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dilakukan oleh pemerintah Pusat dan/atau Pemerintah Daerah.
- 5) Dalam menyelenggarakan pelatihan sebagaimana dimaksud pada ayat (4), pemerintah Pusat dan/atau Pemerintah Daerah dapat melibatkan organisasi profesi Bidan dan/atau organisasi profesi terkait yang diselenggarakan oleh lembaga yang telah terakreditasi.

Pasal 58

Ketentuan lebih lanjut mengenai pelimpahan wewenang sebagaimana dimaksud dalam Paragraf 5

Keadaan Gawat Darurat

Pasal 59

- 1) Dalam keadaan Gawat Darurat untuk pemberian golongan pertama, Bidan dapat melakukan pelayanan kesehatan diluar kewenangan sesuai dengan kompetensinya.
- 2) Pertolongan pertama sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bertujuan untuk menyelamatkan nyawa klien.
- 3) Keadaan Gawat Darurat sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan keadaan yang mengancam nyawa klien.
- 4) Keadaan Gawat Drurat sebagaimana dimaksud pada auat (1) ditetapkan oleh Bidan sesuai dengan hasil evaluasi berdasarkan keilmuannya.
- 5) Penanganan keadaan Gawat Darurat sebagaimana dimaksud pada ayat (1) sampai dengan ayat (4) dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Kompetensi Bidan

Dalam melaksanakan otonomi, bidan diperlukan kompetensi-kompetensi baik dari segi pengetahuan umum, ketrampilan, dan perilaku yang berhubungan dengan ilmu-ilmu sosial, kesehatan masyarakat, dan kesehatan secara profesional. Kompetensi tersebut antara lain sebagai berikut:

- a) Kompetensi ke-1: bidan mempunyai persyaratan pengetahuan dan ketrampilan dari ilmu-ilmu sosial, kesehatan masyarakat, dan etik yang membentuk dasar dari asuhan yang bermutu tinggi sesuai

dengan budaya untuk wanita, bayi baru lahir, dan keluarganya.

- b) Kompetensi ke-2: bidan memberi asuhan yang bermutu tinggi, pendidikan kesehatan yang tanggap terhadap budaya, dan pelayanan menyeluruh di masyarakat dalam rangka untuk meningkatkan kehidupan keluarga yang sehat, perencanaan kehamilan, dan kesiapan menjadi orang tua.
- c) Kompetensi ke-3: bidan memberi asuhan antenatal yang bermutu tinggi untuk mengoptimalkan kesehatan selama kehamilan yang meliputi deteksi dini, pengobatan, atau rujukan dari komplikasi tertentu.
- d) Kompetensi ke-4: bidan memberikan asuhan yang bermutu tinggi, tanggap terhadap budaya setempat selama persalinan, memimpin suatu persalinan yang bersih dan aman, menangani situasi kegawatdaruratan tertentu untuk mengoptimalkan kesehatan wanita dan bayinya yang baru lahir.
- e) Kompetensi ke-5: bidan memberikan asuhan pada ibu nifas dan menyusui yang bermutu tinggi dan tanggap terhadap budaya setempat.
- f) Kompetensi ke-6: bidan memberikan asuhan yang bermutu tinggi, komprehensif pada bayi baru lahir sehat sampai dengan 1 bulan.
- g) Kompetensi ke-7: bidan memberikan asuhan yang bermutu tinggi, komprehensif pada bayi dan balita (1 bulan sampai 5 tahun).
- h) Kompetensi ke-8 : bidan memberikan asuhan yang bermutu tinggi, komprehensif pada keluarga, kelompok, dan masyarakat sesuai

dengan budaya setempat.

- i) Kompetensi ke-9: melaksanakan asuhan kebidanan pada wanita atau ibu dengan gangguan sistem reproduksi. (Yulifah, 2014).

