

MANAJEMEN PERSALINAN DAN PERAWATAN BAYI BARU LAHIR

**Vedjia Medhyna
Ika Kania Fatdo Wardani
Sartina
Ratih Kusuma Wardhani
Wa Ode Siti Asma
Rosminah Mansyarif**



GET PRESS INDONESIA

MANAJEMEN PERSALINAN DAN PERAWATAN BAYI BARU LAHIR

Penulis :

Vedjia Medhyna
Ika Kania Fatdo Wardani
Sartina
Ratih Kusuma Wardhani
Wa Ode Siti Asma
Rosminah Mansyarif

ISBN :

Editor : Dr. Oktavianis, M.Biomed.

Penyunting : Ilda Melisa, A.Md., Kep.

Desain Sampul dan Tata Letak : Atyka Trianisa, S.Pd

Penerbit : GET PRESS INDONESIA

Anggota IKAPI No. 033/SBA/2022

Redaksi :

Jln. Palarik Air Pacah No 26 Kel. Air Pacah
Kec. Koto Tangah Kota Padang Sumatera Barat
Website : www.getpress.co.id
Email : adm.getpress@gmail.com

Cetakan pertama, Juli 2024

Hak cipta dilindungi undang-undang
Dilarang memperbanyak karya tulis ini dalam bentuk dan
dengan cara apapun tanpa izin tertulis dari penerbit.

KATA PENGANTAR

Segala Puji dan syukur atas kehadiran Allah SWT dalam segala kesempatan. Sholawat beriring salam dan doa kita sampaikan kepada Nabi Muhammad SAW. Alhamdulillah atas Rahmat dan Karunia-Nya penulis telah menyelesaikan Buku Manajemen Persalinan Dan Perawatan Bayi Baru Lahir ini.

Buku Ini Membahas Anatomi Dan Fisiologi Reproduksi Wanita, Asuhan Antenatal, Asuhan Kebidanan Kala I Persalinan, Asuhan Kebidanan Kala IV Persalinan, Asuhan Kebidanan Pada Bayi Baru Lahir Normal, Sistem Rujukan Pada Kasus Kegawatdaruratan Persalinan.

Proses penulisan buku ini berhasil diselesaikan atas kerjasama tim penulis. Demi kualitas yang lebih baik dan kepuasan para pembaca, saran dan masukan yang membangun dari pembaca sangat kami harapkan.

Penulis ucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah mendukung dalam penyelesaian buku ini. Terutama pihak yang telah membantu terbitnya buku ini dan telah mempercayakan mendorong, dan menginisiasi terbitnya buku ini. Semoga buku ini dapat bermanfaat bagi masyarakat Indonesia.

Padang, Juli 2024

Penulis

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	i
DAFTAR ISI	ii
DAFTAR TABEL	vi
DAFTAR GAMBAR	vii
BAB 1 ANATOMI FISILOGI REPRODUKSI WANITA	1
1.1 Anatomi Reproduksi Wanita.....	1
1.1.1 Genetalia Interna.....	2
1.1.2 Genetalia Eksterna	4
1.2 Fisiologi Reproduksi Wanita.....	5
1.2.1 Pembentukan Jenis Kelamin	5
1.2.2 Gametogenesis	6
1.2.3 Siklus Ovarium	8
1.2.4 Siklus Haid (Siklus Uterus).....	12
1.2.5 Pengaturan Hormon	13
1.2.6 Kehamilan dan Persalinan.....	14
DAFTAR PUSTAKA	18
BAB 2 ASUHAN ANTENATAL	19
2.1 Pendahuluan.....	19
2.2 Asuhan Antenatal	20
2.3 Pengkajian data kesehatan ibu hamil	20
2.4 Komunikasi Interpersonal yang Baik.....	23
2.5 Pelayanan Antenatal Terpadu.....	26
2.6 Indikator pelayanan antenatal terpadu	31
2.7 Standar pelayanan antenatal terpadu minimal 10 T ...	33
2.8 Langkah teknis pelayanan antenatal terpadu	34
2.9 Deteksi dini masalah-masalah dalam kehamilan.....	35
2.10 Deteksi dini komplikasi dalam kehamilan	38
2.11 Kesehatan jiwa.....	41
2.12 Pencegahan infeksi dalam memberikan ANC terpadu	42
2.13 Kolaborasi dan rujukan sesuai kasus pada kehamilan	44
2.14 Tata laksana asuhan ibu hamil terpadu.....	44
2.15 Pencatatan dan pelaporan ANC terpadu.....	44
DAFTAR PUSTAKA	45

BAB 3 ASUHAN KEBIDANAN KALA I PERSALINAN	47
3.1 Pendahuluan	47
3.2 Persalinan Kala I	47
3.3 Perubahan Fisiologis dan Psikologis pada Persalinan	48
3.3.1 Perubahan Fisiologis pada Persalinan	48
3.3.2 Perubahan Psikologis pada Kala I	54
3.4 Pemeriksaan Obsteri Kala I	55
3.4.1 Pemeriksaan Fisik Umum	55
3.4.2 Pemeriksaan Khusus Obsteri	55
3.5 Managemen Asuhan Kala I	58
3.5.1 Langkah I : Pengkajian.....	58
3.5.2 Langkah II : Merumuskan Diagnosa/Masalah Kebidanan.....	59
3.5.3 Langkah III: Antisipasi Diagnosa	59
3.5.4 Langkah IV : Menetapkan Kebutuhan Tindakan Segera	59
3.5.5 Langkah V : Merencanakan Asuhan Secara Menyeluruh.....	60
3.5.6 Langkah VI : Implementasi	60
3.5.7 Langkah VII : Evakuasi.....	61
3.6 Partograf.....	61
3.7 Pendokumentasian Persalinan Kala I.....	66
3.8 Format Pendokumentasian Kala I	66
DAFTAR PUSTAKA.....	68
BAB 4 ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU BERSALIN KALA IV	69
4.1 Pendahuluan	69
4.2 Etika Menulis	70
4.2.1 Efektif	71
4.2.2 Efisien.....	71
4.3 Kala IV Persalinan	71
4.3.1 Pengertian	71
4.3.2 Asuhan dan Pemantauan pada Kala IV	71
4.3.3 Evidence Based pada Kala IV Persalinan.....	75
DAFTAR PUSTAKA.....	78

BAB 5 ASUHAN KEBIDANAN PADA BAYI BARU

LAHIR NORMAL	81
5.1 Pendahuluan.....	81
5.2 Konsep Dasar Bayi Baru Lahir	81
5.3 Fisiologi Bayi Baru Lahir	82
5.3.1 Sistem Penapasan.....	82
5.3.2 Sistem Kardiovaskular.....	83
5.3.3 Pengaturan Suhu.....	84
5.3.4 Sistem Ginjal	85
5.3.5 Sistem Pencernaan.....	85
5.4 Perawatan Bayi Baru Lahir	85
5.4.1 Pencegahan Infeksi	85
5.4.2 Melakukan Penilaian.....	86
5.4.3 Pencegahan Kehilangan Panas	86
5.4.4 Membebaskan Jalan Nafas.....	88
5.4.5 Merawat Tali Pesar.....	89
5.4.6 Mempertahankan Suhu Tubuh Bayi.....	89
5.4.7 Pencegahan Infeksi	90
5.4.8 Identifikasi Bayi	91
5.5 Pemeriksaan Fisik pada Bayi Baru Lahir	92
5.6 Pemberian Imunisasi Vaksin pada Bayi	99
DAFTAR PUSTAKA	101

BAB 6 SISTEM RUJUKAN PADA KASUS

KEGAWATDARURATAN PERSALINAN	103
6.1 Pendahuluan.....	103
6.2 Kegawatdaruratan	104
6.2.1 Pengertian.....	104
6.2.2 Penatalaksanaan Awal Kasus Kegawatdaruratan	105
6.2.3 Pengkajian Awal Kasus Kegawatdaruratan	106
6.3 Sistem Rujukan	107
6.4 Jenis Rujukan.....	108
6.4.1 Rujukan Medis.....	108
6.4.2 Rujukan Kesehatan.....	109
6.5 Jenjang Rujukan Pelayanan Kesehatan	109
6.6 Perencanaan Rujukan	111
6.7 Alur dan Skema Rujukan	113

DAFTAR PUSTAKA..... 116

BIODATA PENULIS

DAFTAR TABEL

Tabel 4.1. Fundus Uteri	73
Tabel 4.2. Klasifikasi Laserasi Berdasarkan Luasnya Robekan.....	74
Tabel 5.1. Pemberian Imunisasi pada Bayi Baru Lahir	100

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1.1. Genetalia Interna.....	1
Gambar 1.2. Genetalia eksterna.....	3
Gambar 1.3. Perkembangan Genetalia Embrio Manusia	5
Gambar 1.4. Gametogenesis.....	8
Gambar 1.5. Siklus Ovarium.....	9
Gambar 1.6. Siklus Haid.....	14
Gambar 4.1. Masase Fundus Uteri	72

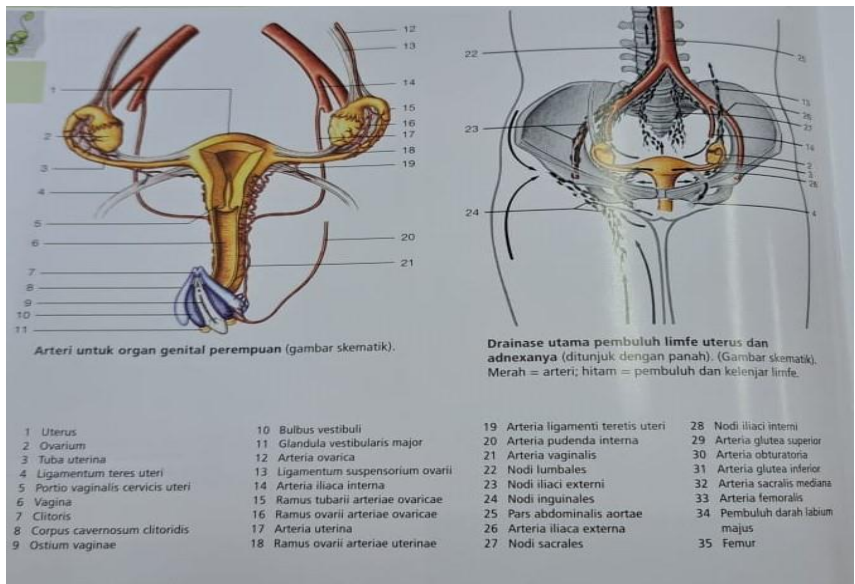
BAB 1

ANATOMI FISILOGI REPRODUKSI WANITA

Oleh Vedjia Medhyana

1.1 Anatomi Reproduksi Wanita

Organ seks terdiri dari tiga kelompok struktur ; gonad, genetalia interna dan genetalia eksterna. Gonad merupakan organ yang menghasilkan gamet. Gonad pada wanita adalah ovarium yang menghasilkan sel telur, sel gonad yang dipersiapkan untuk menghasilkan sel telur disebut sel benih. Genetalia interna terdiri dari kelenjar-kelenjar aksesorius yang menghubungkan gonad dengan lingkungan luar. Genetalia eksternal mencakup semua struktur reproduksi eksternal (Siverthorn, 2013)



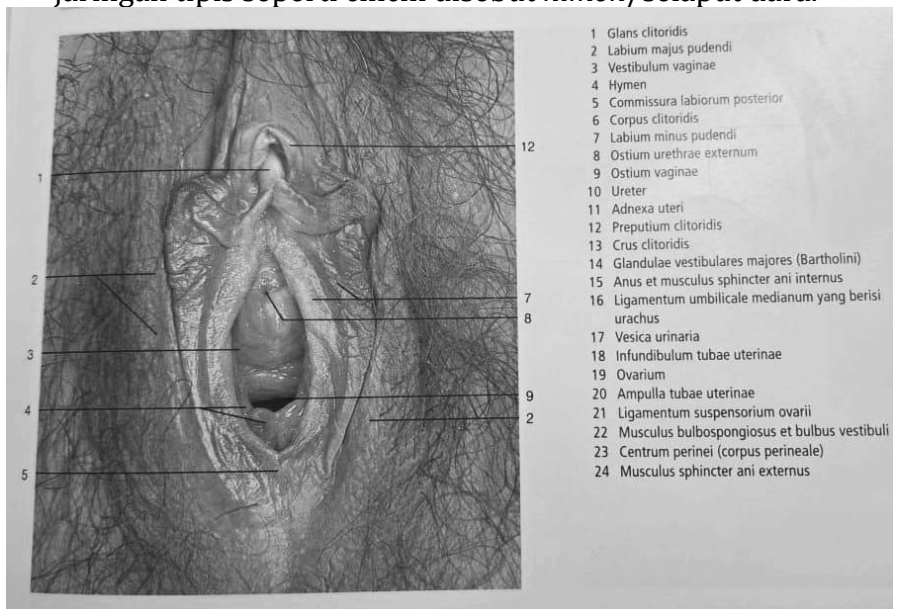
Gambar 1.1. Genetalia Interna
(Rohen, Yokochi, & Lutjen-Drecoll, 2012)

1.1.1 Genetalia Interna

1. **Ovarium**, berbentuk seperti buah almond berwarna putih dengan panjang sekitar 2-4 cm. Darah yang mengalir ke ovarium berasal dari arteri ovarika. Ovarium terdiri dari dua lapisan ; 1) lapisan luar yang disebut dengan *kortek*, memproduksi hormon estrogen dan progesteron, didalam kortek terdapat folikel yang sedang berkembang yang berisi oosit primer. 2) bagian dalam adalah *medula* yang terdiri dari jaringan ikat, syaraf dan pembuluh darah. (anfis bidan). Peristiwa penting yang terjadi di ovarium adalah proses pembentukan ovum yang dikenal dengan istilah oogenesis (Siverthorn, 2013)
2. **Tuba Fallopii**, panjangnya sekitar 12 cm dengan ujung distal tuba uterina disebut *fimbriae*. Fimbriae berada didekat ovarium, dimana pada saat terjadinya ovulasi meyakinkan bahwa ovum yang dilepaskan akan tersapu kedalam tuba dan tidak melayang didalam rongga abdomen. Silia mempermudah pergerakan ovum sepanjang tuba, dengan kontraksi peristaltik otot polos. Ujung distal tuba terdapat bagian sedikit melebar disebut *ampula* dimana tempat terjadi fertilisasi. Apabila kedua tuba uterina tersumbat total maka tidak akan terjadi pembuahan. Apabila salah satu tuba uterina paten atau hanya mengalami penyumbatan parsial, sperma dapat membuahi ovum, namun apabila ovum yang sudah dibuahi masuk ketuba yang sudah tersumbat parsial atau total, ovum tersebut tidak dapat sampai ke uterus sehingga kehamilan dapat terjadi didalam tuba uterina (Coat, 2002)
3. **Uterus**, berfungsi menerima hasil pembuahan, menyediakan lingkungan yang cocok untuk pertumbuhan dan perkembangan janin dan mengeluarkan hasil konsepsi saat melahirkan. Saat tidak hamil uterus berada didalam rongga panggul sejati dengan berat sekitar 50 gram. Posisi uterus dengan *antefleksi* dimana uterus condong kedepan dan melengkung kedepan, berada diatas kandung kemih. Uterus dengan posisi "*retroversi*", tidak optimal untuk membesar saat kehamilan. Lapisan uterus terdiri dari 1) endometrium

(lapisan dalam), bersilia, dan mengalami perubahan selama siklus haid, 2) miometrium, terdiri dari otot polos dan merupakan lapisan tengah yang terdiri dari otot polos, 3) perimetrium, membentuk ligamentum latum sehingga posisi anatomis uterus dapat dipertahankan. Panjang dan lebar dari korpus uterus sekitar 5cm. (Siverthorn, 2013)

4. **Servik**, merupakan leher uterus, pada saat persalinan akan mengalami perubahan. Panjangnya $\pm 2,5$ cm. *Ismus* memisahkan korpus uterus dan servik. Saluran servik dilapisi oleh kelenjar mukosa yang sekresinya membentuk sawar antara vagina dan uterus. (Coat, 2002)
5. **Vagina**, merupakan saluran yang berotot dan dapat diregangkan ± 8 cm, berada didalam rongga panggul sejati, panjang vagina dari vulva ke servik. Fungsi dari vagina antara lain ; tempat koitus, jalan keluar darah haid, jalan keluar bayi, mencegah terjadinya infeksi secara asendens serta menopang uterus. Lipatan-lipatan pada dinding vagina disebut rugae. Lubang vagina terdapat dibawah lubang uretra. Saat lahir sebagian lubang vagina bagian ditutupi jaringan tipis seperti cincin disebut *himen*/selaput dara.



Gambar 1.2. Genetalia eksterna

1.1.2 Genetalia Eksterna

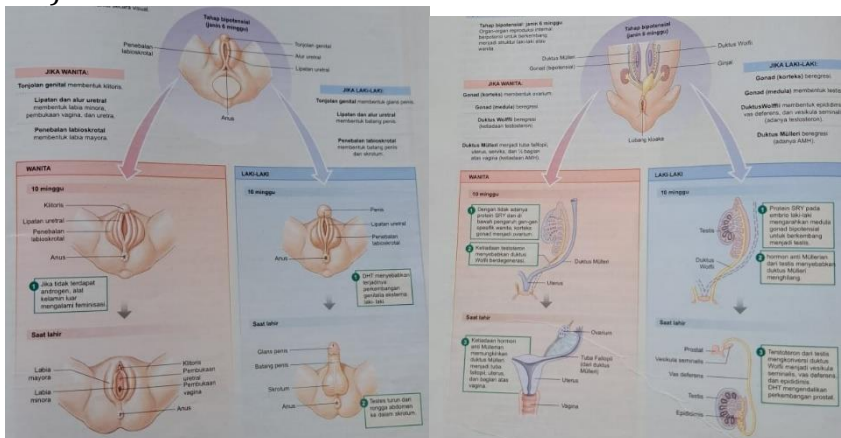
1. **Mons veneris**, merupakan bagian yang tebal (bantalan lemak) berada diatas tulang pubis, juga berfungsi sebagai pelindung/bantalan sewaktu koitus, bagian ini ditutupi oleh rambut pubis saat pubertas.
2. **Labium mayus/mayora**, merupakan lipatan jaringan dari mons veneris tempat ligamentum rotundum berakhir. Permukaan luarnya tertutup rambut pubis, dan bagian dalam banyak kelenjar sebacea dan keringat. Labia mayora merupakan lipatan kulit yang sama dengan skrotum.
3. **Labium minus/minora**, merupakan dua lipatan memanjang yang terletak didalam lapisan labia mayora dan merupakan jaringan yang erektile dan kaya pembuluh darah, tidak berambut dan mengandung sedikit kelenjar sebacea dan keringat. Labia minora terdapat di dalam labia mayora. Klitoris ditutupi oleh labia minus disebelah depan dan menyatu di belakang di fourchette, dimana pada saat persalinan sering terjadi robekan. Berfungsi meningkatkan kedalaman saluran vagina sewaktu koitus dan meningkatkan retensi ejakulat setelah koitus.
4. **Klitoris**, merupakan badan erektile yang peka dengan panjang sekitar 2,5 cm di ekterior, dan berproyeksi ke internal sampai 9cm. Analog dengan penis, mengalami ereksi dan membengkak apabila dirangsang. Merupakan sumber perangsang seksual yang penting yang menyebabkan reflek respon pelumasan dari jaringan disekitarnya.
5. **Vestibulum**, bagian dari klitoris sampai fourchette yang mengandung orifisium eksternum uretra. Lubang saluran kemih ini dibawah klitoris sekitar 2,5 cm. Lubang ini diperlukan saat pemasangan kateter. Dikedua sisi, sedikit dibelakang meatus urinarius terletak lubang keluar duktus skene yang seperti jerawat, dimana duktus ini menghasilkan mukus. Bulbus vestibulum terletak dibagian posterior vagina yang juga membentuk jaringan spongiosa yang erektile.
6. **Kelenjar bartholini**, terletak disebelah posterior dikedua sisi vagina, penghasil mukus. Dimana kecepatan sekresinya meningkat seiring dengan ereksi klitoris.

1.2 Fisiologi Reproduksi Wanita

Reproduksi wanita dipersiapkan untuk terjadinya ovulasi, pembuahan dan implantasi. Apabila terjadi fertilisasi maka siklus akan berhenti. Namun apabila tidak terjadi fertilisasi siklus akan berlanjut (Siverthorn, 2013).

1.2.1 Pembentukan Jenis Kelamin

Sel telur adalah sel haploid dengan 23 kromosom. Ketika sel telur dan sperma bersatu zigot yang terbentuk memiliki 46 kromosom yang berasal dari kromosom ayah dan ibu (Silverthorn, 2013).



Gambar 1.3. Perkembangan Genitalia Embrio Manusia (Siverthorn, 2013)

- 1. Kromosom Seks Menentukan Seks Genetik.** Genetik wanita adalah XX dan laki-laki adalah XY. Wanita mendapatkan satu kromosom X dari ayah dan satu kromosom X dari ibu. Kromosom Y menentukan apakah perkembangan mengarah ke laki-laki atau wanita. Dengan tidak adanya kromosom Y, embrio akan berkembang menjadi wanita.
- 2. Diferensiasi Seksual terjadi pada Awal Masa Perkembangan.** Jenis kelamin embrio masa dini susah ditentukan karena belum mulai berdiferensiasi sebelum minggu ke-7, jaringan embrio dianggap bipotensial karena

jaringan embrio tidak bisa dikenali sebagai laki-laki atau wanita secara morfologis.

Gonad bipotensial memiliki korteks dibagian luar dan medula dibagian dalam. Dibawah pengaruh sinyal perkembangan yang tepat medula akan berkembang menjadi testis, jika tidak ada sinyal tersebut korteks akan berkembang menjadi ovarium.

Genetalia interna yang bipotensial terdiri dari ; *duktus Wolfii* dan *duktus Mulleri*. Seiring perkembangan kearah laki-laki atau wanita, satu pasang duktus berkembang dan lainnya berdegenerasi.

Genetalia eksterna yang bipotensial terdiri dari tuberkulum genetalis, lipatan uretra, alur uretra, dan tonjolan labioskrotal. Berbagai struktur tersebut berdiferensiasi menjadi struktur reproduksi laki-laki dan wanita selama masa perkembangan.

Penentuan jenis kelamin bergantung kepada ada atau tidaknya regio penentu seks dari kromosom Y disebut dengan **SRY**. Jika terdapat gen SRY, gonad bipotensial berkembang menjadi testis. Tanpa gen SRY gonad berkembang menjadi ovarium.

3. **Perkembangan Embrionik Wanita.** Pada embrio wanita yang tidak memiliki gen SRY, kulit luar gonad bipotensial berkembang menjadi ovarium. Tanpa **AMH** (hormon anti Mulleri) testis, duktus mulleri berkembang menjadi vagina bagian atas, uterus, dan tuba falopii, dan tanpa testosteron, duktus wolffii berdegenerasi.

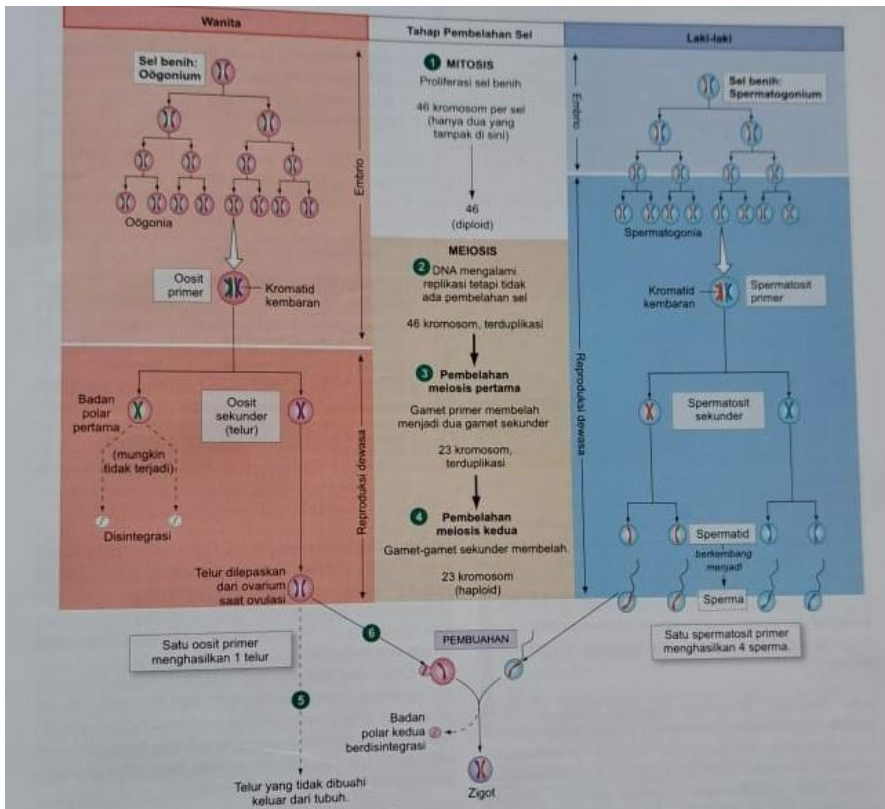
1.2.2 Gametogenesis

1. **Pembentukan Oosit Primer Dan Folikel Primer.** Dalam ovarium embrionik, sel benih disebut *oogonia*. Pembelahan mitotik pertama pada oogonia terjadi pada saat terakhir kehidupan janin, namun pembelahan tidak dituntaskan. Henti meiosis (tidak lagi terbentuk oosit) ini terjadi sampai ovum siap untuk ovulasi yaitu pada masa pubertas. Oogonia tersebut "oosit primer" mengandung diploid 46 kromosom. Sebelum lahir, hanya satu lapisan sel granulosa yang

mengelilingi setiap oosit primer. Folikel primer dibentuk oleh satu oosit dan sel-sel granulosa yang berada disekitarnya. Apoptosis terjadi pada oosit yang tidak membentuk folikel. Hanya 2 juta folikel primer yang tersisa saat lahir. Sebelum pubertas, kelompok folikel primer meningkatkan perkembangan folikel yang sedang terjadi, mengalami salah satu dari dua hal ini yaitu: 1) folikel mencapai kematangan dan mengalami ovulasi, 2) mengalami degenerasi yang disebut dengan "atresia". Banyak siklus yang terjadi tanpa pembebasan ovum (anovulatorik) pada tahun-tahun pertama masa pubertas. Hanya sekitar 400 folikel yang matang dan mengeluarkan ovum, dari 300.000 cadangan folikel yang ada saat pubertas. Pada saat menopause, yang tersisa hanya beberapa folikel primer yang tidak berovulasi (atresia), dan pada tahap ini siklus reproduksi wanita berhenti.

2. Pembentukan Oosit Sekunder Dan Folikel Sekunder.

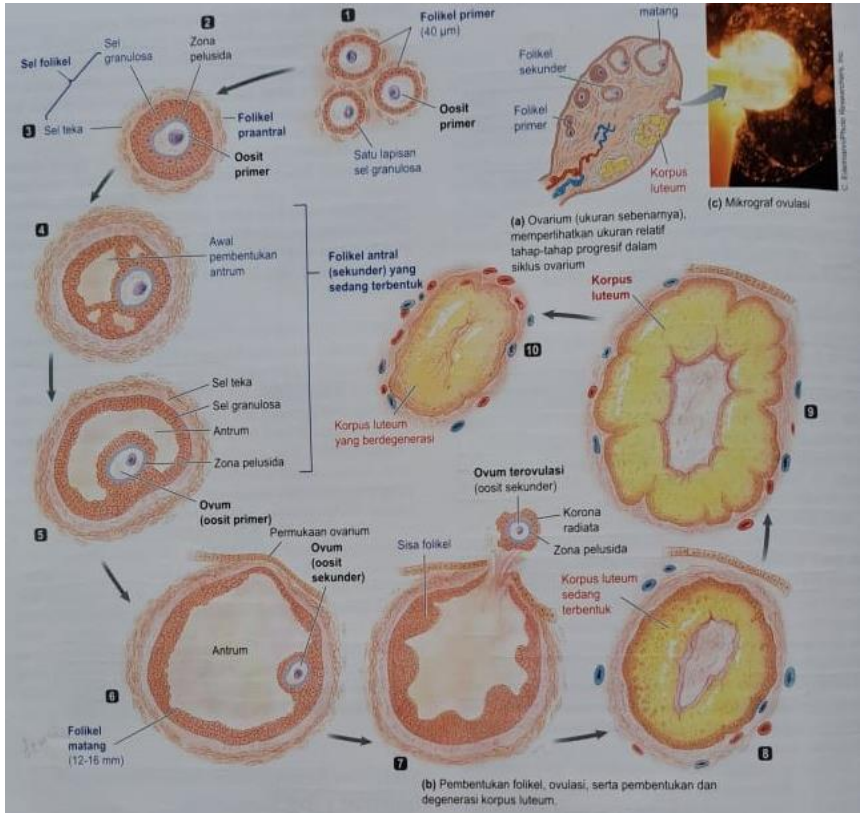
Folikel primer yang mengandung oosit primer terdapat 46 kromosom diploid. Sebelum ovulasi, oosit primer menyelesaikan pembelahan meiosis pertamanya (setelah terhenti beberapa tahun) yang menghasilkan dua sel anak dengan 23 kromosom haploid masing-masingnya. Namun yang akan menjadi ovum hanya satu oosit sekunder yaitu yang memperoleh sebagian besar sitoplasma sehingga sel anak yang lain akan berdegenerasi membentuk badan polar pertama.



Gambar 1.4. Gametogenesis
(Siverthorn, 2013)

1.2.3 Siklus Ovarium

Setelah pubertas, siklus ovarium terus berlangsung fase luteal dan fase folikular secara bergantian. Dimana siklus ovarium ini berlangsung rata-rata 28 hari (kisaran 24-35 hari).



Gambar 1.5. Siklus Ovarium
(Sherwood, 2016)

1. **Fase Folikular**, ditandai dengan pembentukan folikel matang di ovarium sekitar 10 hari sampai 3 minggu. Tepat sebelum awal setiap siklus, terjadi peningkatan pengeluaran gonadotropin dari hipofisis anterior. Adapun peristiwa yang terjadi pada fase ini adalah ;
 - a. Proliferasi sel granulosa (dibawah pengaruh FSH) dan pembentukan zona pelusida. Pertama, pada foliker primer satu lapisan sel granulosa perproliferasi. Terbentuknya zona pelusa (lapisan pembungkus oosit) oleh sel-sel granulosa.
 - b. Proliferasi sel teka (dibawah pengaruh LH). Sel teka merupakan lapisan luar yang terbentuk pada saat oosit

sedang membesar dan sel-sel jaringan ikat ovarium berdiferensiasi. Estrogen dikeluarkan oleh sel granulosa dan sel teka. Peningkatan kadar estrogen yang bertahap menimbulkan umpan balik (-) terhadap sekresi LH dan FSH hipofisis, yang mencegah folikel tambahan dalam siklus yang sama.

- c. Pembentukan antrum. Pada permulaan fase folikular, yaitu ketika kadar FSH meningkat folikel praantral direkrut. yang mengalami perekrutan pada setiap siklus hanya sekitar 15-20. Pembesaran folikel terjadi karena adanya pengaruh hormon dan hal ini mengubah folikel praantral menjadi folikel sekunder/antral yang mampu mengeluarkan estrogen. Antrum (rongga yang berisi cairan) terbentuk pada tahap ini. Pada saat antrum mulai terbentuk oosit telah mencapai ukuran maksimal.
- d. Pembentukan folikel degraaf/matang. Hanya terdapat satu folikel dominan yang dapat berkembang lebih cepat daripada folikel yang lain, dan nantinya menjadi folikel degraaf (yang umumnya memiliki banyak reseptor FSH). Hal ini terjadi sekitar empat belas hari setelah dimulainya pembentukan folikel. Sebagian besar ruang ditempati oleh antrum, sehingga oosit sekunder tergeser kesalah satu sisi folikel.
- e. Pra-Ovulasi, sekresi estrogen mencapai puncaknya. Hanya terdapat satu folikel yang masih berkembang. Ssel granulosa folikel dominan mulai menyekresi inhibin dan progesteron selain estrogen pada saat fase folikular berakhir. Estrogen yang telah menimbulkan umpan balik (-) terhadap GnRH berubah menjadi umpan balik (+) dan menimbulkan lonjakan GnRH pra ovulasi. Tepat sebelum ovulasi kadar estrogen yang tinggi meningkatkan respon hipofisis terhadap GnRH, akibatnya sekresi LH meningkat dan terjadi *lonjakan LH*, dan oosit menyelesaikan pembelahan meiosis pertamanya. Selain itu, pada kelenjar servik menghasilkan sejumlah mukus yang encer untuk memudahkan masuknya sperma.

- f. Ovulasi. Folikel matang yang mencapai ukuran maksimal akan menonjol dari permukaan ovarium kemudian pecah, setelah pecah oosit akan keluar hal ini disebut dengan ovulasi (16-24 jam setelah lonjakan LH). Terjadinya pelepasan enzim dari sel folikel (enzim kolagenase) menyebabkan jaringan ikat di dinding folikel dicerna, sehingga dinding melemah dan semakin menonjol sehingga tidak mampu menahan isi folikel. Ovum yang keluar dilapisi oleh zona pelusida dan beberapa sel-sel granulosa yang disebut "korona radiata". Ovum tertarik kedalam oviductus dimana tempat terjadinya fertilisasi. Folikel lain yang gagal mencapai kematangan mengalami degenerasi

2. Fase luteal, ditandai dengan adanya korpus luteum.

- a. Pembentukan korpus luteum (pigmen kuning dan timbunan lipid); sekresi estrogen dan progesteron. Folikel yang pecah pada saat ovulasi dan tertinggal di ovarium, akan membentuk korpus luteum/ korpus luteum akan tumbuh dan menghasilkan hormon steroid. Korpus luteum menyekresi sedikit estrogen dan banyak progesteron ke darah. Pada saat di fase folikular terjadi sekresi estrogen hal ini bersamaan dengan pada fase luteal terjadi sekresi progesteron , dan hal ini terjadi dalam persiapan uterus sebagai tempat implantasi ovum yang sudah dibuahi. Gabungan estrogen dan progesteron memberikan umpan balik (-) terhadap hipotalamus dan hipofisis anterior. Progesteron juga menyebabkan pengentalan lendir serviks, membentuk sumbatan pada lubang serviks yang mencegah bakteri dan juga sperma masuk ke uterus.
- b. Degenerasi korpus luteum, jika tidak terjadi fertilisasi dan implantasi maka korpus luteum akan berdegenerasi (apoptosis) menjadi korpus albicans dalam waktu 14 hari setelah pembentukannya. Hal ini menandakan fase luteal berakhir, satu siklus ovarium telah selesai, dan saatnya dimulai fase folikular baru. Progesteron dan estrogen menurun, yang meniadakan sinyal umpan

balik (-) ke hipofisis dan hipotalamus sehingga sekresi LH dan FSH meningkat.

- c. Korpus luteum kehamilan, apabila terjadi fertilisasi dan implantasi maka korpus luteum akan terus memproduksi progesteron dan estrogennya. Selain menghasilkan estrogen dan progesteron, korpus luteum juga menghasilkan hormon-hormon yang esensial untuk mempertahankan kehamilan, hal ini terjadi sampai plasenta terbentuk, karena nanti plasentalah yang menggantikan fungsi dari korpus luteum kehamilan.

1.2.4 Siklus Haid (Siklus Uterus)

Siklus haid memperhatikan perubahan di folikel ovarium (siklus ovarium) atau perubahan dilapisan endometrium uterus (siklus uterin).

1. **Fase haid**, fase haid yang dikenal juga dengan menstruasi ditandai dengan keluarnya darah melalui vagina yang terjadi setiap siklus. Haid hari pertama merupakan awal dari siklus baru, dimulainya fase folikular dan pengakhiran fase luteal. Pada saat korpus luteum mengalami degenerasi, kadar progesteron dan estrogen darah mengalami penurunan yang tajam. Estrogen dan progesteron mempersiapkan endometrium untuk implantasi, sehingga pada saat hormon ini tidak ada maka endometrium kehilangan hormon-hormon penunjangnya. Terjadi pembebasan hormon prostaglandin uterus sehingga menyebabkan vasokonstriksi pembuluh pada endometrium, sehingga aliran O₂ berkurang, endometrium mati dan terjadilah perdarahan. Biasanya hanya terdapat sedikit bekuan darah dalam cairan haid akibat adanya *plasmin* yang memecah pembekuan darah. Sebagian besar lapisan pada endometrium terlepas kecuali lapisan tipis yang menjadi asal pertumbuhan endometrium yang baru. Akibat produksi prostaglandin yang berlebihan menyebabkan kontraksi uterus yang terlalu kuat "disminore". Haid biasanya berlangsung selama 5-7 hari.

Turunnya pengeluaran hormon steroid menyebabkan hilangnya pengaruh inhibitorik dari hipotalamus dan hipofisis anterior sehingga pengeluaran LH dan FSH meningkat dan dimulainya fase folikular baru. Setelah 5-7 hari dibawah pengaruh LH dan FSH folikel yang berkembang telah dapat menghasilkan estrogen, dimana estrogen ini untuk memperbaiki dan pertumbuhan endometrium.

2. **Fase proliferasif**, hanya lapisan endometrium tipis (1ml) yang tersisa saat darah haid berhenti. Pertumbuhan kelenjar, sel epitel, pembuluh darah di endometrium sehingga endometrium menjadi tebal 3-5 cm merupakan peran dari hormon estrogen. Fase proliferasi yang didominasi oleh estrogen ini berlangsung dari akhir haid hingga ovulasi. Kadar puncak estrogen memicu lonjakan LH yang menyebabkan ovulasi. Fase ini bertepatan dengan bagian akhir dari fase folikular ovarium.
3. **Fase sekretorik/progestasional**, pada saat terbentuknya korpus luteum, uterus masuk ke tahap fase sekretorik, hal ini juga bersamaan dengan fase luteal di ovarium. Korpus luteum mengeluarkan estrogen dan Progesteron dalam jumlah besar. Endometrium menjadi tebal hal ini merupakan peran dari progesteron. Disebut dengan fase sekretorik karena kelenjar endometrium aktif mengeluarkan glikogen kedalam uterus untuk makanan awal embrio sebelum terjadinya implantasi. Apabila implantasi tidak terjadi, korpus luteum akan mengalami berdegenerasi, fase folikuler dan fase haid yang baru dimulai kembali (Sherwood, 2016)

1.2.5 Pengaturan Hormon

Berbagai hormon mempengaruhi siklus ovarium dan siklus uterus antara lain; GnRH dari hipotalamus, LH dan FSH dari hipofisis anterior, dan progesteron, estrogen, inhibin dan AMH dari ovarium.

Estrogen adalah hormon yang mendominasi selama fase folikular. Pemicu ovulasi adalah lonjakan LH dan sedikit lonjakan FSH. Progesteron mendominasi pada fase luteal. Hormon Anti-Mulleri (AMH) juga dihasilkan oleh folikel ovarium pada bagian

The diagram illustrates the female reproductive cycle with the following components:

- Hypothalamus:** Shows the release of GnRH (Gonadotropin-Releasing Hormone) in pulses, labeled as "GnRH" and "Pulsatile GnRH".
- Pituitary Gland:** Shows the release of LH (Luteinizing Hormone) and FSH (Follicle-Stimulating Hormone) in response to GnRH. The LH surge is labeled "LH surge" and "LH surge".
- Ovaries:** Shows the development of follicles from the "Follicular phase" through "Ovulation" to the "Luteal phase". Key stages include "Follicular phase", "Ovulation", "Luteal phase", and "Corpus luteum".
- Uterus:** Shows the changes in the uterine lining (endometrium) over time, including "Menstruation", "Proliferation", and "Secretion".
- Hormone Levels:**
 - LH:** Shows a sharp peak during ovulation.
 - FSH:** Shows a smaller peak during ovulation.
 - Estradiol:** Shows a peak just before ovulation and a smaller peak during the luteal phase.
 - Progesterone:** Shows a peak during the luteal phase.
- Timeline:** The cycle is divided into 28 days, with key events marked at days 1, 7, 14, 21, and 28.

1.2.6 Kehamilan dan Persalinan

14

kali ejakulasi hanya sekitar 100 yang mencapai tempat ini. Untuk membuahi sel telur, sperma harus menembus korona radiata maupun zona pelusida. Sperma yang terkapasitasi akan melepaskan enzim dari akrosom di kepala sperma "reaksi akrosomal". Enzim tersebut melarutkan zona pelusida, dan memungkinkan sperma menyeruak ke arah sel telur.

Sperma pertama yang mencapai sel telur segera mencapai reseptor pengikat sperma di membran oosit dan menyatukan membrannya dengan membran sel telur. Bagian membran yang menyatu membuka dan inti sperma menyelam kedalam sitoplasma sel telur, sel telur meneruskan meiosis dan melengkapi pembelahan kedua. Pembelahan meiosis akhir membentuk badan polar kedua yang kemudian di ejeksikan. Saat ini 23 kromosom pada sperma bergabung dengan 23 kromosom pada sel telur, membentuk inti zigot yang mengandung bahan genetik yang lengkap.

Penyatuan membran sperma dan oosit memicu reaksi kortikal, pelepasan zat kimia yang merubah membran dan zona pelusida disekitarnya sehingga sperma yang lain tidak dapat menembus atau berikatan, sehingga mencegah polispermi (lebih dari satu sel sperma membuahi sel telur)

2. **Implantasi**, embrio membutuhkan lima hari menuju rongga uterus. Embrio yang mencapai uterus terdiri dari bola berongga yang berisi 100 sel yang disebut *blastokista*. Sebagian lapisan luar sel blastokista akan menjadi *korion* yang akan membungkus embrio dan membentuk plasenta (membran ekstraembrionik). Membran-membran ini mencakup *amnion*, *alantois* (yang akan menjadi tali pusat), serta *kantong yolk*.

Implantasi blastokista kedalam dinding uterus sekitar 7 hari fertilisasi. Blastokista menyekresikan enzim menembus endometrium, sel-sel endometrium tumbuh keluar mengelilingi blastokista sampai seluruh blastokista terbungkus. Ketika blastokista terus membelah menjadi embrio, sel akan menjadi plasenta membentuk villi korionik

menyerupai jari menembus endometrium, villi terbenam dalam genangan darah ibu. Zat makanan, gas, dan air bertukar melalui membran vili.

3. **Plasenta**, beberapa hormon yang mencegah menstruasi selama kehamilan disekresi oleh plasenta (*human chorionic gonadotropin/ hCG*), laktogen plasenta manusia/hPL, estrogen, dan progesteron.

Human chorionic gonadotropin/ hCG. Korpus luteum tetap akhir awal kehamilan karena adanya hCG. hCG berikatan dengan reseptor LH, dibawah pengaruh hCG, korpus luteum menghasilkan progesteron untuk menjaga endometrium. Namun minggu ketujuh, plasenta mengambil alih pembentukan progesteron dan akhirnya korpus luteum berdegenerasi.

Laktogen plasenta manusia/hPL, berkaitan dengan hormon pertumbuhan dan prolaktin. Peran pertamanya adalah untuk perkembangan payudara selama kehamilan dan untuk produksi air susu. Peran keduanya adalah perubahan metabolisme glukosa dan asam lemak ibu untuk membantu pertumbuhan janin.

Estrogen dan progesteron, estrogen berperan dalam perkembangan duktus-ductus penghasil air susu. Progesteron berperan untuk mempertahankan endometrium.

4. **Persalinan**, terjadi minggu ke-38 dan ke-40 gestasi. Adapun beberapa faktor penyebab terjadinya persalinan yaitu: 1) Menurunnya kadar progesteron dan estrogen. Dimana fungsi awal progesteron adalah mempertahankan endometrium, jika terjadi penurunan maka endometrium tidak dapat dipertahankan. 2) Janin memberikan sinyal bahwa perkembangannya sudah lengkap, sehingga terjadi pelepasan hormon CRH (*kortikotropin*) yang bertujuan memulai kontraksi dimana hormon ini disekresi oleh plasenta, 3) Melunaknya servik dan dan ligamen untuk menahan tulang panggul mengendor karena adanya enzim yang menyebabkan kolagen tidak stabil "relaksin", janin turun dan mulai mendorong serviks, peregangan serviks

memicu kontraksi uterus, bagian bawah uterus terus berelaksasi dan serviks meregang dan melebar. Kontraksi diperkuat oleh hormon *oksitosin* dari hipofisis posterior. *Prostaglandin* efektif dalam menimbulkan kontraksi uterus, dan ini dibentuk sebagai respon sekresi CRH dan oksitosin. Janin bergerak turun dan keluar melalui vagina. Plasenta kemudian lepas dari dinding uterus, dan terjadi kontraksi uterus untuk mencegah perdarahan hebat dengan menjepit pembuluh darah ibu dan membantu.

DAFTAR PUSTAKA

- Coat, J. D. (2002). Anatomi Fisiologi Untuk Bidan. Jakarta: EGC.
- Rohen, J., Yokochi, C., & Lutjen-Drecoll, E. (2012). Atlas Anatomi Manusia. Jakarta: EGC.
- Sherwood, L. (2016). Fisiologi Manusia Dari Sel ke Sistem. Jakarta: EGC.
- Siverthorn, D. U. (2013). Fisiologi Manusia. Jakarta: EGC.

BAB 2

ASUHAN ANTENATAL

Oleh Ika Kania Fatdo Wardani

2.1 Pendahuluan

Asuhan antenatal adalah serangkaian layanan kesehatan yang diberikan kepada ibu hamil untuk memastikan kehamilan yang sehat dan persalinan yang aman. Tujuan utama asuhan antenatal adalah memantau kesehatan ibu dan janin, mendeteksi dini komplikasi kehamilan, serta memberikan edukasi dan dukungan yang diperlukan.

Layanan asuhan antenatal meliputi pemeriksaan kehamilan rutin, tes laboratorium, pemeriksaan ultrasonografi (USG), imunisasi, serta edukasi mengenai nutrisi, aktivitas fisik, tanda bahaya kehamilan, dan persiapan persalinan serta menyusui.

Dengan perawatan antenatal yang tepat, risiko komplikasi selama kehamilan dan persalinan dapat diminimalkan, dan kesejahteraan ibu serta bayi dapat terjaga dengan baik.

Integrasi pelayanan ANC juga melibatkan lintas program seperti pencegahan dan penanggulangan Penyakit Menular (Tuberkulosis, Malaria, IMS dan Kecacingan), Penyakit tidak menular (DM, Hipertensi, Jiwa dan Jantung), Gizi serta beberapa program local dan spesifik lainnya. Pelayanan ANC juga mewajibkan penggunaan nomor e-KTP atau NIK menjadi nomor identitas Tunggal seperti diamanatkan oleh Undang-undang Nomor 24 tahun 2013 tentang perubahan Undang-undang nomor 23 tahun 2006 tentang administrasi kependudukan. Diharapkan setiap ibu hamil sudah memiliki jaminan Kesehatan sejak awal. (Kemenkes RI, 2020)

Salah satu rekomendasi dari WHO adalah pada ibu hamil normal ANC minimal dilakukan 8 kali, di Indonesia ANC dilakukan minimal 6 kali dengan minimal kontak dengan dokter 2 kali untuk skrining faktor risiko/komplikasi kehamilan di trimester 1 dan skrining faktor risiko persalinan 1 kali di trimester 3. (Kemenkes RI, 2020)

2.2 Asuhan Antenatal

Asuhan antenatal adalah rangkaian layanan kesehatan yang diberikan kepada ibu hamil untuk memastikan kehamilan yang sehat dan mendeteksi serta menangani masalah kesehatan yang mungkin timbul selama kehamilan. Tujuan utama dari asuhan antenatal adalah untuk memantau kesehatan ibu dan janin, mempersiapkan ibu hamil untuk persalinan, dan memberikan edukasi serta dukungan yang diperlukan.

2.3 Pengkajian data kesehatan ibu hamil

1. Anamnesis

Anamnesis ibu hamil adalah proses pengumpulan informasi riwayat kesehatan dan kehamilan dari ibu hamil melalui wawancara terstruktur. Anamnesis ini merupakan langkah awal dan sangat penting dalam asuhan antenatal untuk memahami kondisi kesehatan ibu dan janin, serta untuk mendeteksi adanya faktor risiko atau masalah yang mungkin timbul selama kehamilan.

- a. **Riwayat kehamilan sekarang** : tanggal hari pertama haid terakhir (HPHT), gejala kehamilan awal (mual, muntah, nyeri payudara, dll), dan hasil tes kehamilan.
- b. **Riwayat kehamilan dan persalinan sebelumnya** : jumlah kehamilan, hasil kehamilan sebelumnya, komplikasi yang pernah dialami, jenis persalinan dan Kesehatan bayi baru lahir
- c. **Riwayat Menstruasi** : Pola menstruasi sebelum hamil, usia menarche, siklus menstruasi, dan kelainan menstruasi.
- d. **Riwayat Kesehatan ibu** : Penyakit kronis (diabetes, hipertensi, asma), penyakit infeksi (HIV, hepatitis), alergi, operasi sebelumnya, dan penggunaan obat-obatan.
- e. **Riwayat Kesehatan Keluarga** : Penyakit genetik, hipertensi, diabetes, dan penyakit lain yang relevan.
- f. **Riwayat Sosial dan Gaya Hidup** : Kebiasaan merokok, konsumsi alkohol, penggunaan obat terlarang, status gizi, aktivitas fisik, dan kondisi psiko-sosial.

- g. **Riwayat kontrasepsi** : Riwayat kontrasepsi merupakan bagian penting dari evaluasi kesehatan ibu hamil dalam asuhan antenatal. Informasi ini membantu penyedia layanan kesehatan memahami latar belakang kesehatan reproduksi ibu dan mengidentifikasi potensi risiko serta kebutuhan khusus selama kehamilan
- h. **Riwayat penyakit yang menyertai kehamilan (jantung, hipertensi, paru-paru):** Mengumpulkan dan mengelola informasi tentang riwayat penyakit yang menyertai kehamilan adalah bagian penting dari asuhan antenatal. Ini membantu penyedia layanan kesehatan memahami kondisi medis ibu hamil dan mempersiapkan strategi untuk mengelola kehamilan secara efektif.
- i. **Dukungan dan perencanaan kehamilan** : Dukungan dan perencanaan kehamilan merupakan aspek penting dalam asuhan antenatal yang bertujuan untuk memastikan kesehatan optimal bagi ibu dan janin. Dukungan yang diberikan selama kehamilan membantu ibu hamil merasa lebih aman dan terinformasi, sementara perencanaan yang matang membantu mempersiapkan ibu untuk menghadapi berbagai aspek kehamilan dan persalinan.
- j. **Sumber stress** : Faktor-faktor yang umum menjadi sumber stres pada wanita hamil ialah biaya, pemukiman, kenakalan anak, dan masalah hubungan dengan pasangan atau anggota keluarga lain. pertanyaan, “ apakah sumber utama stress anda saat ini?” akan membantu klinisi memahami beberapa faktor yang mempengaruhi kehidupan dan kehamilan klien.
- k. **Kebiasaan merokok, alcohol, obat terlarang**
- l. **Keamanan** : Tanyakan klien apakah biasa mengenakan sabuk pengaman dan persenling, pelindung dan apakah ia terlibat dalam kegiatan olahraga, jika ia melakukan kegiatan tersebut anjurkan pada klien untuk selalu

menjaga keselamatan dirinya dan mengurangi kegiatan yang dapat mengancam keselamatan ibu dan si janin.

2. Pemeriksaan Fisik

- a. Vital Signs** : tekanan darah, denyut nadi, suhu tubuh dan laju pernapasan.
- b. Pengukuran berat badan** : untuk memantau penambahan berat badan selama kehamilan
- c. Pemeriksaan Tinggi Fundus Uteri (TFU)** : untuk menilai pertumbuhan janin.
- d. Pemeriksaan kepala dan leher** : termasuk mata, telinga, hidung dan tenggorokan.
- e. Pemeriksaan jantung dan paru** : untuk mendeteksi kelainan yang dapat mempengaruhi kehamilan.
- f. Pemeriksaan abdomen** : untuk menilai presentasi janin dan adanya kontraksi Rahim.
- g. Pemeriksaan ekstremitas** : untuk mendeteksi edema atau tanda-tanda preeklamsia

3. Pemeriksaan Penunjang

- a. Tes Laboratorium** : Tes darah lengkap, golongan darah dan Rh, tes glukosa, tes urine, pemeriksaan infeksi (HIV, hepatitis, sifilis), dan pemeriksaan fungsi tiroid.
- b. Pemeriksaan Ultrasonografi (USG)** : untuk menilai perkembangan janin, usia kehamilan, posisi plasenta dan jumlah cairan ketuban.
- c. Tes Khusus** : Jika diperlukan, seperti tes toleransi glukosa untuk deteksi diabetes gestasional atau amniosintesis untuk evaluasi kelainan genetic.

4. Evaluasi Psikososial

Evaluasi psikososial dalam asuhan antenatal merupakan komponen penting yang membantu memahami kondisi emosional, sosial, dan mental ibu hamil. Pendekatan ini bertujuan untuk mengidentifikasi faktor-faktor yang dapat mempengaruhi kesejahteraan ibu dan janin serta memberikan dukungan yang sesuai.

5. Edukasi dan Konseling

Edukasi dan konseling adalah komponen penting dalam asuhan antenatal yang bertujuan untuk memberikan informasi, dukungan, dan bimbingan kepada ibu hamil dan keluarganya. Ini membantu ibu hamil memahami perubahan yang terjadi selama kehamilan, mempersiapkan diri untuk persalinan dan perawatan pasca persalinan, serta membuat keputusan yang tepat mengenai kesehatannya dan kesehatan bayi.

2.4 Komunikasi Interpersonal yang Baik

Komunikasi interpersonal yang baik dalam asuhan antenatal sangat penting untuk membangun hubungan yang positif antara tenaga kesehatan dan ibu hamil. Hal ini tidak hanya membantu dalam memberikan informasi dan edukasi yang efektif tetapi juga dalam meningkatkan kepercayaan dan kepatuhan ibu terhadap perawatan yang diberikan.

Berikut adalah cara penerapan komunikasi interpersonal yang baik dalam asuhan antenatal :

Prinsip komunikasi interpersonal yang baik

1. Empati

Menunjukkan pemahaman dan kepekaan terhadap perasaan dan pengalaman ibu hamil.

2. Aktif mendengarkan

Memberikan perhatian penuh, menghindari interupsi, dan menunjukkan bahwa Anda mendengarkan dengan memberikan respon yang sesuai.

3. Kejujuran dan keterbukaan

Memberikan informasi yang akurat dan transparan.

4. Sikap non-judgemental

Menghindari penilaian atau kritik terhadap ibu.

5. Keberlanjutan

Membina hubungan yang berkelanjutan dan konsisten selama masa kehamilan.

Penerapan komunikasi interpersonal dalam asuhan antenatal

1. Penyambutan dan pembukaan

a. Senyum dan salam

Sambut ibu dengan senyuman dan salam yang ramah untuk menciptakan suasana yang nyaman.

b. Pengenalan diri

Perkenalkan diri dan jelaskan peran Anda dalam asuhan antenatal.

2. Pengumpulan informasi

a. Pertanyaan terbuka

Gunakan pertanyaan terbuka untuk mengajak ibu berbicara lebih banyak, seperti "Bagaimana perasaan Anda hari ini?" atau "Apakah ada kekhawatiran yang ingin Anda bicarakan?"

b. Aktif mendengarkan

Tunjukkan bahwa Anda mendengarkan dengan memberikan anggukan atau respon verbal seperti "Saya mengerti" atau "Silakan lanjutkan."

3. Penyampaian informasi

a. Jelaskan dengan jelas

Gunakan bahasa yang mudah dimengerti dan hindari istilah medis yang kompleks.

b. Gunakan visualisasi

Jika memungkinkan, gunakan alat bantu visual seperti gambar atau diagram untuk menjelaskan informasi tertentu, misalnya tentang perkembangan janin atau prosedur medis.

c. Informasi penting

Pastikan ibu mengerti informasi penting dengan mengulanginya dan meminta ibu untuk mengulangi kembali dengan kata-kata mereka sendiri.

4. Edukasi dan konseling

a. Diskusikan pilihan

Jelaskan berbagai pilihan yang tersedia untuk perawatan atau prosedur tertentu dan bantu ibu untuk membuat keputusan yang tepat.

- b. Berikan edukasi yang tepat**
Sediakan informasi tentang gizi, aktivitas fisik, tanda bahaya kehamilan, dan persiapan untuk persalinan.
 - c. Beri waktu untuk pertanyaan**
Berikan waktu kepada ibu untuk mengajukan pertanyaan dan jawab dengan sabar dan jelas.
- 5. Memberikan dukungan emosional**
 - a. Tunjukkan empati**
Tunjukkan empati dengan memahami dan merespon perasaan ibu, misalnya, "Saya mengerti bahwa ini bisa menjadi masa yang menantang bagi ibu."
 - b. Berikan dukungan positif**
Berikan dukungan dan dorongan positif untuk meningkatkan kepercayaan diri ibu, seperti "ibu melakukan pekerjaan yang luar biasa menjaga Kesehatan untuk ibu dan bayi."
- 6. Penutupan dan tindak lanjut**
 - a. Rangkum pertemuan**
Rangkum poin-poin utama yang telah dibahas selama pertemuan untuk memastikan ibu memahami semuanya.
 - b. Rencana tindak lanjut**
Jelaskan langkah selanjutnya dan jadwal kunjungan berikutnya. Berikan informasi kontak jika ibu memiliki pertanyaan atau kekhawatiran sebelum pertemuan berikutnya.
 - c. Ucapkan terima kasih**
Ucapkan terima kasih atas waktu dan kerjasama ibu selama pertemuan.

Contoh Kasus Penerapan Komunikasi Interpersonal

Situasi :

Seorang ibu hamil pertama kali datang untuk pemeriksaan antenatal. Ia tampak cemas dan tidak yakin apa yang akan terjadi selama kehamilan.

Penerapan Komunikasi Interpersonal

1. Pembukaan

"Selamat pagi, Bu. Saya bidan Aisyah, yang akan mendampingi selama pemeriksaan hari ini. Bagaimana perasaannya hari ini?"

2. Pengumpulan informasi

"Apakah ada hal-hal khusus yang dikhawatirkan atau ingin dibicarakan hari ini?"

3. Penyampaian informasi

"Baik, mari kita mulai dengan memeriksa tekanan darah dan selanjutnya kita akan mendiskusikan perkembangan kehamilan."

4. Edukasi

"Selama trimester pertama, penting untuk memperhatikan asupan gizi. Makan makanan yang seimbang dan hindari kafein berlebihan."

5. Dukungan emosional

"Saya tahu kehamilan pertama bisa menimbulkan banyak pertanyaan dan kekhawatiran. Jangan ragu untuk bertanya apa saja."

6. Penutupan

"Kita telah membahas beberapa hal penting hari ini. Saya akan mencatat semuanya di kartu kehamilan Anda. Jangan lupa untuk membuat janji untuk kunjungan berikutnya. Terima kasih sudah datang hari ini."

2.5 Pelayanan Antenatal Terpadu

Pelayanan antenatal terpadu adalah pendekatan holistik dalam perawatan ibu hamil yang bertujuan untuk memastikan kehamilan yang sehat dan persalinan yang aman bagi ibu dan bayi. Pelayanan ini melibatkan berbagai aspek kesehatan fisik, mental, dan sosial ibu hamil, serta mencakup upaya pencegahan, deteksi dini, dan penanganan masalah kesehatan yang mungkin timbul selama kehamilan. Konsep ini menggabungkan berbagai aspek layanan kesehatan untuk memberikan perawatan yang lebih holistik dan efektif.

Konsep Pelayanan ANC Terpadu

1. Pendekatan multidisiplin

- a. Mengintegrasikan berbagai layanan kesehatan yang diperlukan selama kehamilan, termasuk pemeriksaan medis, konseling gizi, dukungan psikologis, dan edukasi tentang kesehatan reproduksi.
- b. Melibatkan berbagai tenaga kesehatan seperti dokter, bidan, perawat, ahli gizi, dan konselor kesehatan mental.

2. Pelayanan berbasis bukti

Menerapkan praktik berbasis bukti (*evidence-based practice*) untuk memastikan setiap intervensi yang dilakukan memiliki dasar ilmiah yang kuat dan terbukti efektif dalam meningkatkan kesehatan ibu dan bayi.

3. Pemantauan dan evaluasi rutin

- a. Melakukan pemeriksaan rutin untuk memantau kesehatan ibu dan perkembangan janin, termasuk tes laboratorium dan pemeriksaan ultrasonografi.
- b. Mengidentifikasi dan mengelola komplikasi kehamilan secara dini untuk mencegah risiko yang lebih serius.

4. Edukasi dan konseling

- a. Memberikan edukasi tentang berbagai aspek kehamilan, persalinan, dan perawatan bayi baru lahir.
- b. Konseling mengenai gizi, kesehatan mental, persiapan persalinan, dan perawatan postpartum.

5. Dukungan psikososial

- a. Memberikan dukungan emosional dan psikososial untuk membantu ibu hamil mengatasi kecemasan dan stres selama kehamilan.
- b. Mengidentifikasi dan merujuk ibu yang membutuhkan bantuan psikologis lebih lanjut.

6. Aksesibilitas dan keterjangkauan

Menjamin bahwa layanan antenatal tersedia dan terjangkau bagi semua ibu hamil, termasuk yang tinggal di daerah terpencil atau dengan akses terbatas ke fasilitas Kesehatan.

7. Keterlibatan keluarga di komunitas

- a. Melibatkan pasangan, keluarga, dan komunitas dalam proses perawatan antenatal untuk memberikan dukungan tambahan dan meningkatkan kepatuhan terhadap perawatan yang direkomendasikan.
- b. Meningkatkan kesadaran komunitas tentang pentingnya perawatan antenatal melalui kampanye Kesehatan.

Elemen-elemen utama dari pelayanan antenatal terpadu

1. Kunjungan antenatal rutin
 - a. Tujuan : memantau Kesehatan ibu dan janin, serta mendeteksi dini komplikasi.
 - b. Aktivitas : Pemeriksaan fisik, pengukuran tekanan darah, pemantauan berat badan, pemeriksaan urin dan pemeriksaan darah.
2. Pemeriksaan dan konseling gizi
 - a. Tujuan : memastikan ibu hamil mendapatkan nutrisi yang cukup dan tepat.
 - b. Aktivitas : Konseling gizi, suplementasi zat besi dan asam folat, serta penilaian status gizi.
3. Pemeriksaan laboratorium dan skrining
 - a. Tujuan: Mendeteksi dini kondisi medis yang dapat mempengaruhi kehamilan.
 - b. Aktivitas: Tes darah (misalnya, hemoglobin, HIV, sifilis, hepatitis B), tes urin, dan skrining diabetes gestasional.
4. Imunisasi
 - a. Tujuan : Melindungi ibu dan janin dari penyakit menular.
 - b. Aktivitas : Pemberian vaksin tetanus toksoid (TT) dan vaksin lainnya sesuai rekomendasi.
5. Pendidikan Kesehatan dan konseling
 - a. Tujuan : Meningkatkan pengetahuan ibu hamil tentang kehamilan, persalinan, dan perawatan bayi.
 - b. Aktivitas : Pendidikan tentang tanda bahaya kehamilan, persiapan persalinan, perawatan bayi baru lahir, dan menyusui.

6. Kesehatan mental dan dukungan psikososial
 - a. Tujuan : Menjaga kesehatan mental ibu selama kehamilan
 - b. Aktivitas : Konseling psikologis, dukungan emosional, dan identifikasi serta penanganan stres dan depresi.
7. Perencanaan persalinan dan pencegahan komplikasi
 - a. Tujuan : Merencanakan persalinan yang aman dan menangani komplikasi yang mungkin terjadi.
 - b. Aktivitas : Penyusunan rencana persalinan, identifikasi fasilitas kesehatan untuk persalinan, dan perencanaan untuk situasi darurat.
8. Deteksi dan penanganan komplikasi
 - a. Tujuan : Mengidentifikasi dan menangani komplikasi yang terjadi selama kehamilan.
 - b. Aktivitas : Penanganan hipertensi, preeklamsia, infeksi, anemia, dan masalah kesehatan lainnya.
9. Pemberian obat dan suplemen
 - a. Tujuan : Mencegah dan mengatasi kondisi medis yang memerlukan intervensi farmakologis.
 - b. Aktivitas : Pemberian suplemen zat besi, asam folat, kalsium, dan obat-obatan sesuai kebutuhan.

Implementasi Pelayanan Antenatal Terpadu

Pelayanan antenatal terpadu adalah pendekatan komprehensif yang melibatkan berbagai aspek kesehatan ibu hamil untuk memastikan kehamilan yang sehat dan persalinan yang aman. Melalui pemeriksaan rutin, konseling gizi, pemeriksaan laboratorium, imunisasi, pendidikan kesehatan, dan dukungan psikososial, tenaga kesehatan dapat memberikan perawatan yang holistik dan efektif. Implementasi yang baik memerlukan perencanaan yang matang, pelatihan tenaga kesehatan, penyediaan fasilitas yang memadai, dan sistem pencatatan serta pelaporan yang efisien.

Langkah-langkah implementasi adalah sebagai berikut :

1. Perencanaan dan koordinasi
 - a. Tujuan : Memastikan pelayanan antenatal terpadu terencana dan terkoordinasi dengan baik.
 - b. Aktivitas : Koordinasi antara tenaga kesehatan (dokter, bidan, perawat), pengaturan jadwal kunjungan, dan penyusunan panduan pelayanan.
2. Pelatihan tenaga Kesehatan
 - a. Tujuan : Meningkatkan kompetensi tenaga kesehatan dalam memberikan pelayanan antenatal terpadu.
 - b. Aktivitas : Pelatihan tentang pemeriksaan kehamilan, deteksi dini komplikasi, konseling gizi, dan dukungan psikososial.
3. Penyediaan fasilitas dan peralatan
 - a. Tujuan : Memastikan fasilitas kesehatan dilengkapi dengan peralatan yang diperlukan untuk pelayanan antenatal.
 - b. Aktivitas : Penyediaan alat pemeriksaan, laboratorium, dan vaksinasi.
4. Pencatatan dan pelaporan
 - a. Tujuan : Memantau dan mengevaluasi kualitas pelayanan antenatal terpadu.
 - b. Aktivitas : Pencatatan hasil pemeriksaan, pelaporan komplikasi, dan evaluasi kinerja pelayanan.

Contoh kasus pelayanan antenatal terpadu

Kasus : Ibu hamil dengan resiko tinggi pre eklamsia

Situasi : ibu hamil dengan Riwayat hipertensi mengalami peningkatan tekanan darah pada kunjungan antenatal.

Pendekatan pelayanan antenatal terpadu :

1. Kunjungan rutin :
 - a. Pemeriksaan tekanan darah dan pemantauan lebih sering.
 - b. Pengukuran berat badan dan pemeriksaan urin untuk mendeteksi proteinuria.

2. Pemeriksaan laboratorium :
Tes darah untuk mengevaluasi fungsi ginjal dan hati.
3. Konseling gizi :
 - a. Konseling tentang diet rendah garam dan nutrisi yang tepat.
 - b. Suplementasi kalsium sesuai anjuran.
4. Perencanaan persalinan :
 - a. Penyusunan rencana persalinan yang mencakup penanganan hipertensi
 - b. Rujukan ke fasilitas kesehatan dengan fasilitas penanganan kegawatdaruratan obstetric.
5. Pemberian obat :
Pemberian obat antihipertensi sesuai resep dokter.
6. Kesehatan mental :
Konseling untuk mengatasi kecemasan terkait kehamilan dan kondisi kesehatan

2.6 Indikator pelayanan antenatal terpadu

1. Kunjungan pertama (K1)

kunjungan pertama yang dilakukan oleh ibu hamil ke fasilitas kesehatan untuk menerima perawatan kehamilan (*antenatal care/ANC*). Kunjungan ini sangat penting karena merupakan langkah awal dalam memastikan kesehatan ibu dan janin sepanjang kehamilan. K1 dilakukan sebelum minggu ke-8. K1 dibagi menjadi k1 murni (kontak pertama pada TM 1) dan k1 akses (kontak pertama dengan tenaga Kesehatan pada usia kehamilan berapapun).

Komponen utama dari k1 :

- a. Registrasi dan pengambilan Riwayat Kesehatan
- b. Pemeriksaan fisik (pengukuran BB, TB, TD, pemeriksaan abdomen)
- c. Pemeriksaan laboratorium
- d. Pemeriksaan ultrasonografi (USG)
- e. Pemberian imunisasi
- f. Konseling dan edukasi Kesehatan (nutrisi, aktivitas fisik, personal hygiene, tanda bahaya kehamilan, persiapan persalinan)

- g. Perencanaan kehamilan dan persalinan (rencana persalinan dan rujukan)
- h. Dokumentasi dan jadwal kunjungan berikutnya

Manfaat K1 adalah :

- a. Deteksi dini masalah kehamilan
- b. Peningkatan Kesehatan ibu dan janin
- c. Persiapan persalinan
- d. Peningkatan kepatuhan

2. Kunjungan ke-4 (K4)

Kunjungan K4 antenatal adalah kunjungan keempat yang dilakukan oleh ibu hamil ke fasilitas kesehatan untuk menerima perawatan kehamilan (antenatal care/ANC). Kunjungan ini biasanya dilakukan pada trimester ketiga kehamilan dan memiliki peran penting dalam memantau kesehatan ibu dan janin menjelang persalinan.

Komponen utama dari K4 adalah

- a. Evaluasi Kesehatan ibu dan janin (pengukuran tanda vital, pengukuran BB dan TFU)
- b. Pemeriksaan fisik dan laboratorium
- c. Pemantauan gerakan janin
- d. Pemeriksaan ultrasonografi (USG)
- e. Konseling dan edukasi Kesehatan (tanda bahaya persalinan, gizi, persiapan persalinan)
- f. Pemberian imunisasi
- g. Rencana kehamilan dan persalinan
- h. Pemberian suplementasi
- i. Dokumentasi dan jadwal kunjungan berikutnya

Manfaat k4 adalah :

- a. Deteksi dini komplikasi
- b. Persiapan persalinan yang optimal
- c. Peningkatan Kesehatan ibu dan janin
- d. Penguatan system rujukan

3. Kunjungan ke-6 (K6)

Kunjungan K6 antenatal adalah kunjungan keenam yang dilakukan oleh ibu hamil ke fasilitas kesehatan untuk menerima perawatan kehamilan (antenatal care/ANC). Kunjungan ini biasanya dilakukan pada trimester ketiga kehamilan, mendekati waktu persalinan. Fokus utama dari kunjungan K6 adalah untuk memastikan bahwa ibu dan janin dalam kondisi yang optimal menjelang persalinan, serta untuk mempersiapkan ibu secara fisik dan mental menghadapi persalinan.

Komponen utama dari k6 adalah :

- a. Evaluasi Kesehatan ibu dan janin
- b. Pemeriksaan fisik dan laboratorium
- c. Pemantauan pergerakan janin
- d. Pemeriksaan ultrasonografi (USG)
- e. Konseling dan edukasi Kesehatan
- f. Pemberian imunisasi
- g. Rencana kehamilan dan persalinan (penentuan tempat persalinan, rujukan jika diperlukan)

Manfaat kunjungan K6 adalah :

- a. Deteksi dini komplikasi
- b. Persiapan persalinan yang optimal
- c. Peningkatan Kesehatan ibu dan janin
- d. Penguatan system rujukan

2.7 Standar pelayanan antenatal terpadu minimal 10 T

1. Timbang berat badan dan ukur tinggi badan
2. Ukur tekanan darah
3. Nilai status gizi (ukur LILA)
4. Ukur TFU
5. Tentukan presentasi janin dan DJJ
6. Skrining status imunisasi tetanus dan berikan imunisasi tetanus difteri (Td) bila perlu.
7. Pemberian tablet tambah darah minimal 90 tablet selama kehamilan.

8. Tes laboratorium
9. Tata laksana kasus sesuai kewenangan
10. Temu wicara (konseling)

2.8 Langkah teknnis pelayanan antenatal terpadu

1. Menyediakan kesempatan pengalaman positif bagi setiap ibu hamil

2. Layanan ANC oleh dokter umum

Dokter : 2 kali, yaitu 1 kali di TM1 dan 1 kali di TM 3 (ANC ke 5). Melakukan anamnesis, pemeriksaan fisik, pemeriksaan penunjang dan tindak lanjut.

3. Layanan ANC oleh tenaga Kesehatan selain dokter

Kunjungan antenatal yang dilakukan oleh tenaga kesehatan selain dokter adalah kunjungan ke-2 di TM 1, kunjungan ke-3 di TM 2 dan kunjungan ke-4 dan 6 di TM 3. Asuhan yang diberikan adalah pemeriksaan antenatal, konseling dan memberi dukungan sosial.

4. Indikasi merujuk ke dokter :

- a. Riwayat kehamilan sebelumnya
Riwayat perdarahan pada kehamilan/persalinan/nifas, Riwayat hipertensi pada kehamilan/nifas, Riwayat IUFD/stillbirth. Riwayat kehamilan kembar, Riwayat keguguran >3x berturut-turut, Riwayat kehamilan sungsang/letak lintang/letak oblik, Riwayat kematian janin/perinatal, Riwayat persalinan dengan SC
- b. Riwayat medis
 - 1) Riwayat penyakit tidak menular (jantung hipertensi, DM, ginjal, alergi makanan/obat, autoimun, talasemia/gangguan hematologi lain, epilepsy, dll)
 - 2) Riwayat penyakit menular (HIV, sifilis/IMS lainnya, hepatitis B, TBC, malaria, tifoid, dll)
 - 3) Riwayat masalah kejiwaan, dll
- c. Riwayat kehamilan sekarang
Muntah berlebihan sampai tidak bisa makan dan minum, perdarahan, nyeri perut hebat, pusing/sakit kepala berat, demam lebih dari 2 hari, keluar cairan

berlebihan dan berbau dari vagina, batuk lama lebih dari 2 minggu atau kontrak erat.serumah dengan penderita TBC, gerakan janin berkurang atau tidak dirasakan (mulai kehamilan 20 minggu), perubahan perilaku (gelisah, menarik diri, bicara sendiri, tidak mau mandi), kekerasan fisik, gigi dan mulut (gigi berlubang, gusi berdarah, gusi bengkak, dll).

2.9 Deteksi dini masalah-masalah dalam kehamilan

Deteksi dini masalah-masalah dalam kehamilan adalah langkah penting untuk mencegah komplikasi serius dan memastikan kesehatan ibu serta janin. Berikut adalah beberapa metode dan pendekatan untuk mendeteksi dini masalah-masalah dalam kehamilan :

A. Pemeriksaan rutin dan tes skrining

▪ Pemeriksaan Kesehatan rutin

a. Tanda vital

Pemeriksaan tekanan darah, denyut jantung, berat badan, dan suhu tubuh secara rutin untuk mengidentifikasi tanda-tanda preeklampsia, infeksi, dan masalah kesehatan lainnya.

b. Pengukuran tinggi fundus

Menilai pertumbuhan janin dengan mengukur tinggi fundus uterus.

▪ Tes laboratorium

a. Tes darah

Mengukur kadar hemoglobin dan hematokrit untuk mendeteksi anemia. Skrining untuk infeksi seperti HIV, hepatitis B, dan sifilis.

b. Tes gula darah

Tes toleransi glukosa untuk mendeteksi diabetes gestasional.

c. Urinalisis

Mendeteksi proteinuria (protein dalam urin) yang dapat mengindikasikan preeklampsia, serta skrining untuk infeksi saluran kemih.

▪ **Pemeriksaan ultrasonografi**

a. USG Kehamilan

Memantau pertumbuhan janin, menentukan usia kehamilan, mendeteksi anomali janin, dan menilai jumlah cairan ketuban.

b. USG Doppler

Menilai aliran darah di arteri umbilical dan arteri uterine untuk mendeteksi gangguan pada aliran darah plasenta.

B. Identifikasi gejala dan faktor resiko

▪ **Preeklampsia**

a. Gejala

Tekanan darah tinggi, pembengkakan yang tidak biasa (edema), dan proteinuria.

b. Pemantauan

Pengukuran tekanan darah secara rutin dan tes urin.

▪ **Diabetes gestasional**

a. Gejala

Peningkatan berat badan yang cepat, kelelahan yang berlebihan, sering buang air kecil, dan haus

b. Tes

Tes toleransi glukosa dilakukan pada trimester kedua (antara minggu 24-28).

▪ **Infeksi saluran kemih (ISK)**

a. Gejala

Nyeri atau rasa terbakar saat buang air kecil, sering buang air kecil, demam, dan nyeri panggul.

b. Tes

Urinalisis dan kultur urine

- **Plasenta previa**
 - a. **Gejala**
Pendarahan vaginal tanpa rasa sakit pada trimester kedua atau ketiga.
 - b. **Tes**
Pemeriksaan ultrasonografi.
- **Intrauterine growth restriction (IUGR)**
 - a. **Gejala**
Ukuran uterus lebih kecil dari yang diharapkan untuk usia kehamilan.
 - b. **Pemantauan**
Pengukuran tinggi fundus, pemeriksaan ultrasonografi untuk mengukur pertumbuhan janin.

C. Edukasi dan konseling

- **Edukasi tentang tanda bahaya kehamilan**
Ibu hamil harus diberi informasi tentang tanda-tanda bahaya kehamilan seperti pendarahan, nyeri perut hebat, nyeri kepala yang parah, penglihatan kabur, dan gerakan janin yang berkurang.
- **Konseling gizi dan gaya hidup**
Konseling tentang diet sehat, pentingnya aktivitas fisik yang sesuai, serta menghindari merokok, alkohol, dan obat-obatan terlarang.
- **Pemberian suplementasi**
Suplementasi zat besi dan asam folat untuk mencegah anemia dan cacat tabung saraf pada janin.

D. System rujukan

- **Rujukan ke Spesialis**
Ibu dengan risiko tinggi atau masalah kehamilan yang terdeteksi dini harus segera dirujuk ke spesialis kesehatan atau fasilitas kesehatan yang lebih tinggi untuk penanganan lebih lanjut.

- **Pemberdayaan keluarga dan komunitas**

Melibatkan keluarga dan komunitas dalam mendukung ibu hamil untuk memantau kesehatan dan mendeteksi dini masalah-masalah kehamilan.

E. Pendekatan teknologi

- **Aplikasi Kesehatan**

Menggunakan aplikasi kesehatan yang bisa membantu ibu memantau perkembangan kehamilan, mengingatkan jadwal pemeriksaan, dan melaporkan gejala yang tidak biasa.

- **Telemedicine**

Memanfaatkan layanan telemedicine untuk konsultasi dengan tenaga kesehatan, terutama bagi ibu hamil di daerah terpencil.

2.10 Deteksi dini komplikasi dalam kehamilan

Deteksi dini komplikasi dalam kehamilan adalah proses penting untuk mengidentifikasi masalah potensial secara cepat dan memberikan intervensi yang tepat guna mencegah komplikasi lebih lanjut. Berikut adalah cara-cara untuk mendeteksi dini beberapa komplikasi umum dalam kehamilan :

1. Preeklamsia

Skrining preeklamsia dilakukan pada kehamilan <20 minggu dan tetap dilakukan apabila ibu hamil K1 nya pada kehamilan >20 minggu

a. Tanda dan gejala

- Tekanan darah tinggi ($\geq 140/90$ mmHg)
- Protein urine (protein dalam urin)
- Pembengkakan (oedema) yang berlebihan terutama di wajah dan tangan.
- Nyeri kepala yang parah, penglihatan kabur, atau bintik-bintik di penglihatan.
- Nyeri di perut bagian atas, biasanya di bawah tulang rusuk di sisi kanan.

b. Deteksi dini

- **Pengukuran tekanan darah** : setiap kunjungan antenatal.
- **Urinalisis** : Secara rutin untuk memeriksa adanya protein dalam urin.
- **Pemantauan gejala** : Edukasi ibu tentang gejala preeklampsia dan pentingnya segera melapor jika mengalami gejala tersebut.

2. Diabetes Gestasional

a. Tanda dan gejala

Biasanya tanpa gejala, tetapi kadang-kadang dapat termasuk rasa haus yang berlebihan, sering buang air kecil, kelelahan, dan penglihatan kabur.

b. Deteksi dini

- **Tes toleransi glukosa oral (OGTT)** : Dilakukan antara minggu ke-24 dan ke-28 kehamilan.
- **Tes gula darah puasa** : Pada kunjungan pertama jika ibu memiliki faktor risiko (seperti obesitas, riwayat keluarga diabetes).

3. Anemia

a. Tanda dan gejala

Kelelahan berlebihan, pusing, pucat, dan sesak napas.

b. Deteksi dini

- **Tes darah** : Pemeriksaan hemoglobin dan hematokrit pada kunjungan antenatal awal dan ulangi sesuai kebutuhan.
- **Pemeriksaan fisik** : Mengamati tanda-tanda klinis anemia.

4. Infeksi saluran kemih (ISK)

a. Tanda dan gejala : Nyeri atau rasa terbakar saat buang air kecil, sering buang air kecil, demam, dan nyeri panggul.

b. Deteksi dini :

- **Urinalisis** : Pada setiap kunjungan antenatal untuk mendeteksi bakteriuria asimtomatik.
- **Kultur urin** : Jika dicurigai adanya ISK.

5. Plasenta Previa

- a. **Tanda dan gejala** : Pendarahan vaginal tanpa rasa sakit, biasanya pada trimester kedua atau ketiga.
- b. **Deteksi dini** :
Pemeriksaan ultrasonografi : Dilakukan rutin pada trimester kedua untuk mengidentifikasi posisi plasenta.

6. Intrauterine Growth Restriction (IUGR)

- a. **Tanda dan gejala**
 Ukuran uterus lebih kecil dari yang diharapkan untuk usia kehamilan, gerakan janin yang berkurang.
- b. **Deteksi dini**
 - **Pengukuran TFU** : setiap kunjungan antenatal.
 - **Pemeriksaan ultrasonografi** : Untuk mengukur pertumbuhan janin dan cairan ketuban.
 - **Doppler flow study** : Untuk menilai aliran darah di plasenta.

7. Ketuban Pecah Dini (KPD)

- a. **Tanda dan gejala**
 Keluarnya cairan dari vagina secara tiba-tiba atau terus menerus.
- b. **Deteksi dini**
 - **Pemeriksaan speculum** : Untuk melihat cairan ketuban.
 - **Tes nitrazine dan ferning** : untuk memeriksa adanya cairan ketuban.

8. Trombosis Vena Dalam (DVT)

- a. **Tanda dan gejala**
 Pembengkakan pada satu kaki, nyeri atau nyeri tekan pada betis atau paha, kulit hangat dan kemerahan pada daerah yang terkena.

b. Deteksi dini

- **Pemeriksaan fisik** : Mengidentifikasi tanda-tanda DVT.
- **Ultrasonografi duplex** : jika dicurigai adanya DVT

2.11 Kesehatan jiwa

Kesehatan jiwa pada ibu hamil merupakan aspek penting yang harus diperhatikan dalam perawatan kehamilan. Kesehatan mental yang baik selama kehamilan tidak hanya berdampak pada kesejahteraan ibu tetapi juga pada perkembangan janin dan hasil persalinan.

1. Faktor yang mempengaruhi Kesehatan jiwa ibu hamil
 - a. Perubahan hormon : Fluktuasi hormon selama kehamilan dapat mempengaruhi suasana hati dan emosi.
 - b. Stress dan kecemasan : Kekhawatiran tentang kehamilan, persalinan, dan tanggung jawab sebagai orang tua dapat menyebabkan stres dan kecemasan.
 - c. Riwayat Kesehatan mental : Ibu yang memiliki riwayat gangguan mental seperti depresi atau kecemasan lebih berisiko mengalami masalah kesehatan mental selama kehamilan.
 - d. Dukungan sosial : Dukungan dari pasangan, keluarga, dan teman sangat penting untuk kesehatan mental ibu hamil.
 - e. Kondisi sosial dan ekonomi : Kesulitan finansial, masalah pekerjaan, dan ketidakpastian masa depan dapat meningkatkan risiko masalah kesehatan mental.
2. Tanda dan gejala masalah Kesehatan mental pada ibu hamil
 - a. Depresi : Perasaan sedih yang berkepanjangan, kehilangan minat pada aktivitas sehari-hari, kelelahan, perubahan pola tidur dan makan, perasaan tidak berharga atau bersalah.
 - b. Kecemasan : Kekhawatiran yang berlebihan, ketegangan otot, sulit tidur, mudah marah, perasaan gelisah.

- c. Stress : Merasa kewalahan, sulit berkonsentrasi, perubahan suasana hati yang tiba-tiba, perubahan perilaku.
3. Dampak masalah Kesehatan mental pada kehamilan
 - a. Kesehatan fisik ibu : Depresi dan kecemasan dapat mempengaruhi kesehatan fisik ibu, termasuk peningkatan risiko hipertensi dan preeklampsia.
 - b. Perkembangan janin : Stres kronis dan depresi dapat mempengaruhi perkembangan janin, meningkatkan risiko kelahiran prematur dan berat badan lahir rendah.
 - c. Hubungan dengan bayi : Kesehatan mental yang buruk dapat mempengaruhi kemampuan ibu untuk mengembangkan hubungan emosional yang kuat dengan bayi setelah lahir.
 4. Pendekatan untuk menjaga Kesehatan jiwa ibu hamil : pemantauan rutin, dukungan emosional, edukasi dan informasi, Teknik relaksasi, aktivitas fisik, nutrisi yang seimbang, terapi dan konseling, pengobatan (antidepresan jika diperlukan)
 5. Peran tenaga Kesehatan dalam menjaga kesehatan jiwa ibu hamil (skrining dan identifikasi, edukasi, dukungan dan rujukan, kerjasama tim).

2.12 Pencegahan infeksi dalam memberikan ANC terpadu

Pencegahan infeksi dalam memberikan pelayanan antenatal terpadu (ANC) adalah aspek kritis untuk memastikan kesehatan ibu dan janin. Berikut adalah beberapa strategi dan langkah-langkah yang dapat diambil untuk mencegah infeksi selama perawatan antenatal :

1. **Higiene tangan** : cuci tangan dengan air mengalir dan hand sanitizer (minimal 60% alcohol)
2. **Sterilisasi dan desinfeksi** : alat medis dan lingkungan

3. **Penerapan protocol standar** : pakai sarung tangan dan masker
4. **Pemberian imunisasi** : vaksin tetanus, influenza, covid-19
5. **Skrining dan pengobatan infeksi** : skrining infeksi dan pengobatan tepat waktu
6. **Edukasi dan konseling pasien** : edukasi hygiene dan penggunaan obat dengan aman
7. **Praktik aman dalam prosedur medis**
 - a. **Teknik aseptik** : Menerapkan teknik aseptik dalam setiap prosedur medis seperti pemeriksaan vaginal, pengambilan darah, dan pemasangan alat medis.
 - b. **Penggunaan sarung tangan** : Selalu menggunakan sarung tangan steril saat melakukan pemeriksaan atau prosedur yang melibatkan kontak dengan darah atau cairan tubuh.
8. **Pencegahan infeksi nosocomial**
 - a. **Isolasi pasien** : Mengisolasi pasien yang teridentifikasi memiliki penyakit menular untuk mencegah penyebaran infeksi ke pasien lain.
 - b. **Pengawasan infeksi** : Memantau dan melaporkan kejadian infeksi nosokomial serta mengambil tindakan korektif yang diperlukan.
9. **Konseling seksual dan reproduksi**
 - a. **Pencegahan IMS** : Edukasi ibu hamil tentang pencegahan infeksi menular seksual (IMS) melalui praktik seksual yang aman.
 - b. **Penanganan IMS** : Memberikan pengobatan dan konseling bagi ibu hamil yang terinfeksi IMS serta merujuk pasangan mereka untuk pengobatan.
10. **Kebijakan dan protocol institusi**
 - a. **Standar Operasional Prosedur (SOP)** : Mengembangkan dan menerapkan SOP untuk pencegahan infeksi dalam pelayanan antenatal
 - b. **Pelatihan staf** : Memberikan pelatihan rutin kepada staf medis tentang pencegahan dan pengendalian infeksi.

2.13 Kolaborasi dan rujukan sesuai kasus pada kehamilan

Kolaborasi dan rujukan yang tepat selama kehamilan sangat penting untuk memastikan bahwa ibu hamil dan janin menerima perawatan yang optimal.

2.14 Tata laksana asuhan ibu hamil terpadu

Tata laksana asuhan ibu hamil terpadu (*integrated antenatal care*) bertujuan untuk memastikan kesehatan optimal bagi ibu dan janin selama kehamilan. Pendekatan terpadu ini mencakup berbagai aspek perawatan yang melibatkan pemeriksaan kesehatan, deteksi dini komplikasi, edukasi, dan promosi Kesehatan.

2.15 Pencatatan dan pelaporan ANC terpadu

1. Formulir yang digunakan :

- a. Kartu ibu
- b. Kohort ibu
- c. Buku KIA
- d. Pencatatan dari program yang sudah ada (catatan imunisasi, malaria, gizi, KB, triple eliminasi dan lain-lain)

2. Pelaporan

- a. Laporan bulanan gizi, KIA
- b. Laporan bulanan pengendalian penyakit menular
- c. Laporan PWS KIA
- d. Laporan PWS Imunisasi
- e. Untuk lintas program terkait, pelaporan mengikuti formulir yang ada pada program tersebut (ePPGBM, SIHA, SITT, SISMAL).

DAFTAR PUSTAKA

- Handayani, P., 2024. Pengaruh Pemberian Pelayanan Antenatal Care 10T terhadap kunjungan Ibu Hamil di Puskesmas Haruai. *Jurnal Rumpun Kesehatan* 4, 151–163.
- Hapsari, T.P., 2023. Efektivitas Asuhan Antenatal Sebagai Upaya Untuk Mencegah Komplikasi Obstetri Yang Berdampak Terhadap Kematian Ibu : Literatur Review. *Cendekia Utama Jurnal Keperawatan dan Kesehatan Masyarakat STIKes Cedekia Utama Kudus* 12.
- Kemenkes RI, 2023. Buku Kesehatan Ibu dan Anak. Kementerian Kesehatan RI, Jakarta.
- Kemenkes RI, 2022. Kurikulum Pelatihan Asuhan Ibu Hamil Standar Terpadu Bagi Bidan di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP. Kementerian Kesehatan RI Balai Besar Pelatihan Kesehatan (BBPK), Makasar.
- Kemenkes RI, 2020. Pedoman Pelayanan Antenatal Terpadu, 3rd ed. Kementerian Kesehatan RI, Jakarta.
- Marbun, U.I., 2023. Asuhan Kebidanan Kehamilan. Widina Media Utama, Bandung.
- Simanjuntak, H.S.A. dan I.K., 2024. Komunikasi Efektif Dalam Praktik Kebidanan. Erlangga, Jakarta.

BAB 3

ASUHAN KEBIDANAN KALA I PERSALINAN

Oleh Sartina

3.1 Pendahuluan

Kehamilan merupakan suatu proses fisiologi yang terjadi pada wanita yang disebabkan karena adanya permbuahan antara sel kelamin laki-laki yaitu spermatozoa dan sel kelamin perempuan ovum sehingga terjadi proses pembuahan yang berlangsung selama 40 minggu atau 9 bulan 7 hari dihitung dari haid pertama haid terakhir.

Asuhan kebidanan merupakan asuhan yang diberikan pada ibu dalam kurun reproduksi, dimana seorang bidan dengan penuh tanggung jawab wajib memberikan asuhan yang bersifat menyeluruh kepada wanita dalam kurun reproduksi ini yaitu semasa bayi, balita, remaja, hamil bersalin sampai monopause.

3.2 Persalinan Kala I

Persalinan Kala I adalah kala pembukaan yang berlangsung antara antara pembukaan nol sampai pembukaan lengkap. Pada permulaan his, kala pembukaan berlangsung tidak begitu kuat sehingga pasien masih dapat berjalan-jalan. Lama kala I padaprimigravida 12 jam sedangkan multigravida sekitar 8 jam. Berdasarkan kurvieriedman, diperhitungkan pembukaan primigravida 1 cm/jam dan pembukaan multigravida 2 cm/jam.

Fase laten dimanapembukaan servik berlangsung perlahan sampai 3 cm dan lamanya 7 sampai 8 jam. Sedangkan, fase aktif berlangsung selama 6 jam dan dibagi atas 3 subfase antara lain akselerasi, dilatasi maksimal dan deselerasi Kontraksi otot saat persalinan adalah upaya membantu terbukanya jalan lahir. Pada saat kontraksi, leher rahim akan menjadi lunak, menipis, dan mendatar, kemudian menarik leher rahim. Saat itulah kepala janin

menekan mulut rahim sehingga membuka. Kala I juga terdiri dari 2 fase yaitu fase laten dan fase aktif.

Tanda bahaya pada kala I antara lain:

1. Tekanan darah $>140/90$ mmhg rujuk ibu dengan membaringkan ibu miring ke kiri sambil diinfus dengan larutan D5%.
2. Temperature $>38^{\circ}\text{C}$, beri minum banyak beri antibiotik dan rujuk
3. DJJ 160x/m posisi ibu miring kiri beri oksigen, rehidrasi, bila membaik diteruskan dengan pantauan partograf, bila tidak membaik rujuk.
4. Kontraksi $<2.10'$ berlangsung $<40''$, atur ambulance, perubahan posisi tidur, mengosongkan kandung kemih, stimulasi putting susu, memberi nutrisi dan jika partograf melebihi garis waspada segera rujuk
5. Apabila serviks melewati garis waspada beri hidrasi kemudian rujuk
6. Cairan amnion bercampur mekonium/darah/berbau kemudian beri hidrasi kemudian rujuk
7. Jika urine bervolume sedikit dan kental maka beri minum banyak.

3.3 Perubahan Fisiologis dan Psikologis pada Persalinan

3.3.1 Perubahan Fisiologis pada Persalinan

1. Perubahan Tekanan Darah

Tekanan darah meningkat selama kontraksi uterus dengan kenaikan sistolik rata-rata sebesar 10-20 mmHg dan kenaikan distolik rata-rata 5-10 mmHg. Pada waktu-waktu tertentu di antara kontraksi, tekanan darah kembali ke tingkat sebelum persalinan. Untuk memastikan tekanan darah yang sebenarnya, pastikan untuk melakukan cek tekanan darah selama interval kontraksi (Enny dkk,2019).

Hal yang dapat menyebabkan perubahan tekanan darah pada saat proses persalinan yaitu Nyeri, rasa takut, dan kekhawatiran. Sehingga, apabila pasien merasa sangat takut atau khawatir, pertimbangkan kemungkinan bahwa rasa

takutnya menyebabkan peningkatan tekanan darah (bukan preeklampsia). Cek parameter lain untuk menyingkirkan kemungkinan pre-eklampsia. Berikan perawatan dan obat-obatan penunjang yang dapat merelaksasi pasien sebelum menegakkan diagnosis akhir, jika pre-eklampsia tidak terbukti. Dengan mengubah posisi pasien dari telentang ke posisi miring kiri, perubahan tekanan darah selama persalinan dapat dihindari (Yulizawati dkk, 2019)

2. Perubahan Metabolisme

Selama persalinan baik metabolisme karbohidrat aerobik maupun anaerobik akan naik secara perlahan. Kenaikan ini sebagian besar disebabkan oleh kecemasan serta kegiatan otot kerangka tubuh. Kegiatan metabolisme yang meningkat tercermin dengan kenaikan suhu badan, denyut nadi, pernafasan, kardiak output dan kehilangan cairan (Enny dkk, 2019).

3. Perubahan Suhu Badan

Kenaikan ini dianggap normal asal tidak melebihi 0,5-1°C. Suhu badan yang naik sedikit merupakan keadaan yang wajar, namun bila keadaan ini berlangsung lama, kenaikan suhu ini mengindikasikan adanya dehidrasi. Parameter lainnya harus dilakukan antara lain selaput ketuban sudah pecah atau belum, karena hal ini bisa merupakan tanda infeksi (Enny dkk, 2019).

4. Denyut Jantung

Denyut jantung yang sedikit naik merupakan keadaan yang normal, meskipun normal perlu dikontrol secara periode untuk mengidentifikasi adanya infeksi (Enny dkk, 2019). Penurunan yang mencolok selama puncak kontraksi uterus tidak terjadi jika wanita berada pada posisi miring, bukan terlentang. Frekuensi denyut nadi di antara kontraksi sedikit lebih tinggi dibanding selama periode menjelang persalinan. Hal ini mencerminkan peningkatan metabolisme yang terjadi selama persalinan (Yulizawati dkk, 2019)

5. Pernafasan

Sedikit peningkatan frekuensi pernapasan dianggap normal selama persalinan, hal tersebut mencerminkan peningkatan metabolisme. Kenaikan pernafasan ini disebabkan karena adanya rasa nyeri, kekhawatiran serta penggunaan teknik pernafasan yang tidak benar. Amati pernapasan pasien dan bantu ia mengendalikannya untuk menghindari hiperventilasi berkelanjutan, yang ditandai oleh rasa kesemutan pada ekstremitas dan perasaan pusing (Yulizawati dkk, 2019)

6. Perubahan Renal

Polyuri sering terjadi selama persalinan, hal ini disebabkan oleh kardiak output yang meningkat, serta disebabkan karena filtrasi glomerulus serta aliran plasma ke renal. Kandung kemih harus selalu dikontrol (setiap 2 jam) yang bertujuan agar tidak menghambat penurunan bagian terendah janin dan trauma pada kandung kemih serta menghindari retensi uri selama melahirkan (Enny dkk,2019).

7. Perubahan Gastrointestinal

Lambung yang penuh akan menimbulkan ketidaknyamanan, oleh sebab itu ibu tidak dianjurkan untuk makan atau minum terlalu berlebihan, tetapi makan dan minum yang cukup untuk mempertahankan energi dan menghindari dehidrasi (Enny dkk,2019).

Motilitas dan absorpsi lambung terhadap makanan padat jauh berkurang. Apabila kondisi ini diperburuk oleh penurunan lebih lanjut sekresi asam lambung selama persalinan, maka saluran cerna bekerja dengan lambat sehingga waktu pengosongan lambung menjadi lebih lama. Cairan tidak dipengaruhi dan waktu yang dibutuhkan untuk pencernaan di lambung tetap seperti biasa. Makanan yang dimakan selama periode menjelang persalinan atau fase prodormal atau fase laten persalinan cenderung akan tetap berada di dalam lambung selama persalinan (Yulizawati dkk, 2019).

8. Perubahan Hematologis

Haemoglobin akan meningkat 1,2 gr/100 ml selama persalinan dan kembali ke tingkat pra persalinan pada hari pertama setelah persalinan apabila tidak terjadi kehilangan terlalu banyak darah selama persalinan. Jangan terburu-buru yakin bahwa seorang pasien tidak anemia. Tes darah yang menunjukkan kadar darah berada dalam batas normal membuat kita terkecoh sehingga mengabaikan resiko peningkatan resiko pada pasien anemia selama masa persalinan (Yulizawati dkk, 2019).

Selama persalinan, waktu koagulasi darah berkurang dan terdapat peningkatan fibrinogen plasma lebih lanjut. Perubahan ini menurunkan resiko perdarahan pasca persalinan pada pasien normal. Hitung sel darah putih secara progresif meningkat selama kala I sebesar kurang lebih 5 ribu/ul hingga jumlah rata-rata 15 ribu/ul pada saat pembukaan lengkap, tidak ada peningkatan lebih lanjut setelah ini. Peningkatan hitung sel darah putih tidak selalu mengindikasikan proses infeksi ketika jumlah ini dicapai. Apabila jumlahnya jauh di atas nilai ini, cek parameter lain untuk mengetahui adanya proses infeksi (Yulizawati dkk, 2019)

9. Kontraksi Uterus

Kontraksi uterus terjadi karena adanya rangsangan pada otot polos uterus dan penurunan hormon progesteron yang menyebabkan keluarnya hormon oksitosin (Enny dkk, 2019).

Saat mulai persalinan, jaringan dari miometrium berkontraksi dan berelaksasi seperti otot pada umumnya. Pada saat otot retraksi, ia tidak akan kembali ke ukuran semula tapi berubah ke ukuran yang lebih pendek secara progresif. Dengan perubahan bentuk otot uterus pada proses kontraksi, relaksasi, dan retraksi maka kavum uterus lama kelamaan menjadi semakin mengecil. Proses ini merupakan salah satu faktor yang menyebabkan janin turun ke pelviks. Kontraksi uterus mulai dari fundus dan terus melebar sampai ke bawah abdomen dengan dominasi

tarikan ke arah fundus (fundal dominan). Kontraksi uterus berakhir dengan masa yang terpanjang dan sangat kuat pada fundus (Yulizawati dkk, 2019)

10. Perkembangan Retraksi Ring

Retraksi ring adalah batas pinggiran antara SAR dan SBR, dalam keadaan persalinan normal tidak nampak dan akan kelihatan pada persalinan abnormal, karena kontraksi uterus yang berlebihan, retraksi ring akan tampak sebagai garis atau batas yang menonjol diatas simpisis yang merupakan tanda dan ancaman ruptur uterus (Enny dkk,2019).

11. Serviks

Sebelum onset persalinan, serviks mempersiapkan kelahiran dengan berubah menjadi lembut. Saat persalinan mendekat, serviks mulai menipis dan membuka. Berhubungan dengan kemajuan pemendekan dan penipisan serviks. Seiring dengan bertambah efektifnya kontraksi, serviks mengalami perubahan bentuk menjadi lebih tipis. Hal ini disebabkan oleh kontraksi uterus yang bersifat fundal dominan sehingga seolah - olah serviks tertarik ke atas dan lama - kelamaan menjadi tipis(Yulizawati dkk, 2019).

Batas antara segmen atas dan bawah rahim (retraction ring) mengikuti arah tarikan ke atas sehingga seolah - olah batas ini letaknya bergeser ke atas. Panjang serviks pada akhir kehamilan normal berubah-ubah (dari beberapa mm – 3 cm). Dengan dimulainya persalinan, panjang serviks berkurang secara teratur sampai menjadi sangat pendek (hanya beberapa mm). Serviks yang sangat tipis ini disebut dengan “menipis penuh (Yulizawati dkk, 2019)

12. Dilatasi

Proses ini merupakan kelanjutan dari effacement. Setelah serviks dalam kondisi menipis penuh, maka tahap berikutnya adalah pembukaan. Serviks membuka disebabkan daya tarikan otot uterus ke atas secara terus - menerus saat uterus berkontraksi. Dilatasi dan diameter serviks dapat diketahui melalui pemeriksaan intravagina.

Berdasarkan diameter pembukaan serviks, proses ini terbagi dalam 2 fase, yaitu:

- 1) Fase Laten Berlangsung selama kurang lebih 8 jam. Pembukaan terjadi sangat lambat sampai mencapai diameter 3 cm.
- 2) Fase Aktif Dibagi dalam 3 fase :
 - a. Fase akselerasi, dalam waktu 2 jam pembukaan 3 cm kini menjadi 4 cm.
 - b. Fase dilatasi maksimal, dalam waktu 2 jam pembukaan berlangsung sangat cepat, dari 4 cm menjadi 9 cm.
 - c. Fase deselerasi. Pembukaan melambat kembali, dalam 2 jam pembukaan dari 9 cm menjadi lengkap (10 cm).

Pembukaan lengkap berarti bibir serviks dalam keadaan tak teraba dan diameter lubang serviks adalah 10 cm. Fase di atas dijumpai pada primigravida. Pada multigravida tahapannya sama namun waktunya lebih cepat untuk setiap fasenya. Kala I selesai apabila pembukaan serviks telah lengkap. Pada primigravida berlangsung kira-kira 13 jam, sedangkan pada multigravida kira-kira 7 jam.

Mekanisme membukanya serviks berbeda antara primigravida dan multigravida. Pada primigravida ostium uteri internum akan membuka lebih dahulu sehingga serviks akan mendatar dan menipis, kemudian ostium uteri eksternum membuka. Namun pada multigravida, ostium uteri internum dan eksternum serta penipisan dan pendataran serviks terjadi dalam waktu yang sama (Yulizawati dkk, 2019).

13. Lendir Percampuran Darah

Pendataran dan dilatasi serviks melonggarkan membran dari daerah internal os dengan sedikit perdarahan dan menyebabkan lendir bebas dari sumbatan atau operculum. Terbebasnya lendir dari sumbatan ini menyebabkan terbentuknya tonjolan selaput ketuban yang teraba saat dilakukan pemeriksaan intravagina. Pengeluaran lendir dan darah ini disebut dengan sebagai “show” atau “bloody

show” yang mengindikasikan telah dimulainya proses persalinan (Yulizawati dkk, 2019).

14. Tonjolan Kantong Ketuban

Tonjolan kantong ketuban ini disebabkan oleh adanya regangan SAR yang menyebabkan terlepasnya selaput korion yang menempel pada uterus, dengan adanya tekanan maka akan terlihat kantong yang berisi cairan yang menonjol ke ostium uteri internum yang terbuka. Cairan ini terbagi menjadi dua yaitu *fore water* dan *hind water* yang berfungsi untuk melindungi selaput amnion agar tidak terlepas seluruhnya. Tekanan yang diarahkan ke cairan sama dengan tekanan ke uterus sehingga akan timbul generasi fluida tekanan. Bila selaput ketuban pecah maka cairan tersebut akan keluar, sehingga plasenta akan tertekanan menyebabkan fungsi plasenta terganggu. Hal ini akan menyebabkan uterus kekurangan oksigen (Enny dkk, 2019).

15. Pemecah Kantong Ketuban

Ketuban akan pecah dengan sendirinya ketika pembukaan hampir atau sudah lengkap. Tidak jarang ketuban harus dipecahkan ketika pembukaan sudah lengkap. Bila ketuban telah pecah sebelum pembukaan 5 cm, disebut ketuban pecah dini (KPD) (Yulizawati dkk, 2019).

3.3.2 Perubahan Psikologis pada Kala I

Beberapa keadaan dapat terjadi pada ibu dalam persalinan, terutama bagi ibu yang pertama kali melahirkan, perubahan-perubahan yang dimaksud adalah :

1. Perasaan tidak enak.
2. Takut dan ragu-ragu akan persalinan yang akan dihadapi.
3. Ibu dalam menghadapi persalinan sering memikirkan antara lain apakah persalinan akan berjalan normal.
4. Menganggap persalinan sebagai cobaan.
5. Apakah penolong persalinan dapat sabar dan bijaksana dalam menolongnya.
6. Apakah bayinya normal atau tidak.

7. Apakah ia sanggup merawat bayinya.
8. Ibu merasa cemas (Enny dkk,2019).

3.4 Pemeriksaan Obstetri Kala I

3.4.1 Pemeriksaan Fisik Umum

1. Kesan umum (nampak sakit berat, sedang), anemia konjungtiva, ikterus, kesadaran, komunikasi personal.
2. Tinggi dan berat badan.
3. Tekanan darah, nadi, frekuensi pernafasan, suhu tubuh.
4. Pemeriksaan fisik lain yang dipandang perlu (Yulizawati dkk, 2019).

3.4.2 Pemeriksaan Khusus Obstetri (Yulizawati dkk, 2019).

1. Inspeksi :
 - a. Chloasma gravidarum.
 - b. Keadaan kelenjar thyroid.
 - c. Dinding abdomen (varises, jaringan parut, gerakan janin).
 - d. Keadaan vulva dan perineum.

2. Palpasi

Maksud untuk melakukan palpasi adalah untuk:

- a. Memperkirakan adanya kehamilan.
- b. Memperkirakan usia kehamilan.
- c. Presentasi - posisi dan taksiran berat badan janin.
- d. Mengikuti proses penurunan kepala pada persalinan.
- e. Mencari penyulit kehamilan atau persalinan.

- 1) Palpasi Abdomen Pada Kehamilan

Teknik:

- a) Jelaskan maksud dan tujuan serta cara pemeriksaan palpasi yang akan saudara lakukan pada ibu.
- b) Ibu dipersilahkan berbaring telentang dengan sendi lutut semi fleksi untuk mengurangi kontraksi otot dinding abdomen.
- c) Leopold I s/d III, pemeriksa melakukan pemeriksaan dengan berdiri disamping kanan ibu dengan menghadap kearah muka ibu;

pada pemeriksaan Leopold IV, pemeriksa berbalik arah sehingga menghadap ke arah kaki ibu

Leopold I :

- a) Kedua telapak tangan pemeriksa diletakkan pada puncak fundus uteri.
- b) Tentukan tinggi fundus uteri untuk menentukan usia kehamilan.
- c) Rasakan bagian janin yang berada pada bagian fundus (bokong atau kepala atau kosong).

Leopold II :

- a) Kedua telapak tangan pemeriksa bergeser turun kebawah sampai disamping kiri dan kanan umbilikus.
- b) Tentukan bagian punggung janin untuk menentukan lokasi auskultasi denyut jantung janin nantinya
- c) Tentukan bagian-bagian kecil janin.

Leopold III :

- a) Pemeriksaan ini dilakukan dengan hati-hati oleh karena dapat menyebabkan perasaan tak nyaman bagi pasien.
- b) Bagian terendah janin dicekap diantara ibu jari dan telunjuk tangan kanan.
- c) Ditentukan apa yang menjadi bagian terendah janin dan ditentukan apakah sudah mengalami engagement atau belum.

Leopold IV :

- a) Pemeriksa merubah posisinya sehingga menghadap ke arah kaki pasien.
- b) Kedua telapak tangan ditempatkan disisi kiri dan kanan bagian terendah janin.
- c) Digunakan untuk menentukan sampai berapa jauh derajat desensus janin

Menentukan tinggi fundus uteri untuk memperkirakan usia kehamilan berdasarkan parameter tertentu (*umbilikus, prosesus xyphoideus dan tepi atas simfisis pubis*)

2) Vaginal Toucher pada Kasus Obstetri

Indikasi *vaginal toucher* pada kasus kehamilan atau persalinan yaitu :

- a) sebagai bagian dalam menegakkan diagnosa kehamilan muda
- b) Pada primigravida dengan usia kehamilan lebih dari 37 minggu digunakan untuk melakukan evaluasi kapasitas panggul (pelvimetri klinik) dan menentukan apakah ada kelainan pada jalan lahir yang diperkirakan akan dapat mengganggu jalannya proses persalinan pervaginam.
- c) Pada saat masuk kamar bersalin dilakukan untuk menentukan fase persalinan dan diagnosa letak janin.
- d) Pada saat inpartu digunakan untuk menilai apakah kemajuan proses persalinan sesuai dengan yang diharapkan.
- e) Pada saat ketuban pecah digunakan untuk menentukan ada tidaknya prolapsus bagian kecil janin atau talipusat.
- f) Pada saat inpartu, ibu nampak ingin meneran dan digunakan untuk memastikan apakah fase persalinan sudah masuk pada persalinan kala II (Yulizawati dkk, 2019).

Teknik

Vaginal toucher pada pemeriksaan kehamilan dan persalinan:

- a) Didahului dengan melakukan inspeksi pada organ genitalia eksterna.
- b) Tahap berikutnya, pemeriksaan inspekulo untuk melihat keadaan jalan lahir.
- c) Labia minora disisihkan kekiri dan kanan dengan ibu jari dan jari telunjuk tangan kiri dari sisi kranial untuk memaparkan vestibulum.
- d) Jari telunjuk dan jari tengah tangan kanan dalam posisi lurus dan rapat dimasukkan kearah belakang - atas vagina dan melakukan palpasi pada servik.

- a) Menentukan dilatasi (cm) dan pendataran servik (prosentase).
 - b) Menentukan keadaan selaput ketuban masih utuh atau sudah pecah, bila sudah pecah tentukan :
 - Warna
 - Bau
 - Jumlah air ketuban yang mengalir keluar
 - c) Menentukan presentasi (bagian terendah) dan posisi (berdasarkan denominator) serta derajat penurunan janin berdasarkan stasion.
 - d) Menentukan apakah terdapat bagian-bagian kecil janin lain atau talipusat yang berada disamping bagian terendah janin (presentasi rangkap – *compound presentation*) (Yulizawati dkk, 2019).
- 3) Auskultasi
- a) Auskultasi detik jantung janin dengan menggunakan fetoskop de Lee
 - b) Detik jantung janin terdengar paling keras didaerah punggung janin.
 - c) DJJ dihitung selama 5 detik dilakukan 3 kali berurutan selang 5 detik sebanyak 3 kali
 - d) Hasil pemeriksaan detik jantung janin 10 – 12 – 10 berarti frekuensi detik jantung janin $32 \times 4 = 128$ kali per menit.
 - e) Frekuensi detik jantung janin normal 120 – 160 kali per menit (Yulizawati dkk, 2019).

3.5 Managemen Asuhan Kala I

3.5.1 Langkah I : Pengkajian

Pada langkah ini bidan mengumpulkan semua informasi yang akurat dan lengkap dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi klien. Data dasar ini meliputi pengkajian riwayat, pemeriksaan fisik, dan hasil pemeriksaan sebelumnya.

1. Mengidentifikasi identitas ibu dan suami (Nama, Umur, Suku, Agama, Status Pernikahan, Pendidikan Terakhir, Pekerjaan, Alamat)
2. Keluhan yang dialami dan dirasakan oleh ibu

3. Riwayat kehamilan, persalinan, dan nifas yang lalu
4. Riwayat reproduksi (Menarche, Lama Haid, Siklus Haid, Dismenorhe)
5. Riwayat kesehatan keluarga
6. Riwayat kontrasepsi (Metode Kontrasepsi, Efek Samping, Alasan Penghentian)
7. Pola kebutuhan sehari-hari (Nutrisi, Eliminasi, Personal Hygiene)
8. Data psikososial, spiritual dan ekonomi
9. Pemeriksaan Khusus (USG, Rontgen)
10. Pemeriksaan penunjang (Darah dan Urin)
11. Pemeriksaan fisik meliputi penampilan dan emosional ibu, pengukuran fisik ibu (tinggi badan, berat badan dan LILA), tanda-tanda vital (tekanan darah, pernapasan, nadi dan suhu), pemeriksaan rambut, wajah, mulut dan leher, pemeriksaan payudara dan perut, pemeriksaan vagina dan pemeriksaan tangan dan kaki (Yulizawati dkk, 2019).

3.5.2 Langkah II : Merumuskan Diagnosa/Masalah Kebidanan

Dalam mengidentifikasi diagnosa/masalah harus berdasarkan data dasar yang meliputi data subjektif (informasi yang didapat dari pasien) dan data objektif (data yang didapat dari hasil pemeriksaan oleh petugas kesehatan) (Yulizawati dkk, 2019).

3.5.3 Langkah III: Antisipasi Diagnosa

Pada langkah ini mengidentifikasi diagnosa atau masalah potensial berdasarkan diagnosa atau masalah yang sudah diidentifikasi. Langkah ini membutuhkan antisipasi, bila memungkinkan dilakukan pencegahan. Pada langkah ini bidan dituntut untuk mampu mengantisipasi masalah potensial tidak hanya merumuskan masalah potensial yang akan terjadi tetapi juga merumuskan tindakan antisipasi agar diagnosa atau masalah potensial tidak terjadi (Yulizawati dkk, 2019).

3.5.4 Langkah IV : Menetapkan Kebutuhan Tindakan Segera

Mengidentifikasi perlunya tindakan segera oleh bidan/dokter dan/untuk dikonsultasikan atau ditangani bersama

dengan anggota tim kesehatan yang lain sesuai dengan kondisi klien. Setelah bidan merumuskan tindakan yang perlu dilakukan untuk mengantisipasi diagnosa/ masalah potensial pada langkah sebelumnya, bidan juga harus merumuskan tindakan emergency/segera untuk segera ditangani baik ibu maupun bayinya. Dalam rumusan ini termasuk tindakan segera yang mampu dilakukan secara mandiri, kolaborasi atau yang bersifat rujukan (Yulizawati dkk, 2019).

3.5.5 Langkah V : Merencanakan Asuhan Secara Menyeluruh

Pada langkah ini informasi data yang tidak lengkap dapat dilengkapi. Rencana asuhan yang menyeluruh tidak hanya meliputi apa-apa yang sudah teridentifikasi dari kondisi klien atau dari masalah yang berkaitan tetapi juga dari kerangka pedoman antisipasi terhadap wanita tersebut seperti apa yang diperkirakan akan terjadi berikutnya, apakah dibutuhkan penyuluhan konseling dan apakah perlu merujuk klien bila ada masalah-masalah yang berkaitan dengan sosial ekonomi-kultural atau masalah psikologi (Yulizawati dkk, 2019).

3.5.6 Langkah VI : Implementasi

Pada langkah ke enam ini rencana asuhan menyeluruh seperti yang telah diuraikan pada langkah ke lima dilaksanakan secara aman dan efisien. Perencanaan ini dibuat dan dilaksanakan seluruhnya oleh bidan atau sebagian lagi oleh klien atau anggota tim kesehatan lainnya. Walaupun bidan tidak melakukannya sendiri, bidan tetap bertanggung jawab untuk mengarahkan pelaksanaannya. Dalam kondisi 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 asuhan bersama yang menyeluruh tersebut. Pelaksanaan yang efisien akan menyangkut waktu dan biaya serta meningkatkan mutu dan asuhan klien (Yulizawati dkk, 2019).

3.5.7 Langkah VII : Evakuasi

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

Langkah-langkah proses penatalaksanaan umumnya merupakan pengkajian yang memperjelas proses pemikiran yang mempengaruhi tindakan serta berorientasi pada proses klinis, karena proses penatalaksanaan tersebut berlangsung di dalam situasi klinik dan dua langkah terakhir tergantung pada klien dan situasi klinik (Yulizawati dkk, 2019).

3.6 Partograf

Partograf adalah alat untuk mencatat hasil observasi dan pemeriksaan fisik ibu dalam proses persalinan serta merupakan alat utama dalam mengambil keputusan klinik khususnya pada persalinan kala satu. Tujuan utama penggunaan partograf yaitu :

1. Mencatat hasil observasi dan menilai kemajuan persalinan
2. Mendeteksi apakah proses persalinan berjalan dengan normal sehingga dapat mendeteksi secara dini kemungkinan terjadinya partus lama (Enny dkk,2019).

Penggunaan partograf wajib digunakan untuk semua ibu dalam kala I fase aktif (fase laten tidak dicatat di partograf tetapi di tempat terpisah seperti di KMS ibu hamil atau rekam medik); selama persalinan dan kelahiran di semua tempat (spesialis obgyn, bidan, dokter umum, residen swasta, rumah sakit, dll); dan digunakan secara rutin oleh semua penolong persalinan yang memberikan asuhan kepada ibu selama persalinan dan kelahiran (Enny dkk,2019).

Berikut beberapa kondisi ibu dan bayi yang dicatat dalam partograf yaitu :

1. DJJ tiap 30 menit
2. Frekuensi dan durasi kontraksi tiap 30 menit
3. Nadi tiap 30 menit

4. Pembukaan serviks tiap 4 jam
5. Penurunan bagian terbawah janin tiap 4 jam
6. Tekanan darah dan temperatur tubuh tiap 4 jam
7. Urin, aseton dan protein tiap 2-4 jam (Yulizawati dkk, 2019).

Penggunaan partograf dikecualikan pada beberapa kasus, yaitu :

1. Wanita pendek, tinggi kurang dari 145 cm
2. Pendarahan antepartum
3. Preeklamsi – eklamsi
4. Persalinan prematur
5. Bekas sectio sesarea
6. Kehamilan ganda
7. Kelainan letak janin
8. Fetal distress
9. Dugaan distosia karena panggul sempit
10. Kehamilan dengan hidramnion
11. Ketuban pecah dini
12. Persalinan dengan induksi (Yulizawati dkk, 2019).

Kondisi ibu dan janin juga harus dinilai dan dicatat secara seksama, yaitu :

1. DJJ setiap $\frac{1}{2}$ jam
2. Frekuensi dan lamanya kontraksi uterus setiap $\frac{1}{2}$ jam
3. Nadi setiap $\frac{1}{2}$ jam
4. Pembukaan serviks setiap 4 jam
5. Penurunan setiap 4 jam
6. Tekanan darah dan temperatur tubuh setiap 4 jam
7. Produksi urin,aseton dan protein setiap 2-4 jam (Yulizawati dkk, 2019).

Dalam Enny dkk (2019) pencatatan kondisi ibu dan janin meliputi :

1. Lengkapi bagian awal atau bagian atas lembar partograf secara teliti pada saat mulai asuhan persalinan yang meliputi Nama, Umur, Gravida, Para, Abortus, Nomor Rekam

Medis/Nomor Klinik, Tanggal dan waktu mulai dirawat, Waktu pecahnya ketuban.

2. Kondisi bayi . Kolom pertama pada partograf bagian atas adalah untuk pencatatan kondisi bayi meliputi DJJ, air ketuban dan penyusupan (kepala janin)

a. DJJ (Detak Jantung Janin)

DJJ dinilai setiap 30 menit (lebih sering jika ada tanda-tanda gawat janin). Kisaran normal DJJ terpapar pada partograf diantara garis tebal angka 180 dan 100, nilai normal sekitar 120 s/d 160, apabila ditemukan DJJ dibawah 120 dan diatas 160, maka penolong harus waspada.

b. Warna dan adanya Air Ketuban

Cara untuk menilai air ketuban setiap saat melakukan pemeriksaan dengan menggunakan lambang sebagai berikut :

U : apabila selaput ketuban belum pecah

J : apabila ketuban sudah pecah dan air ketuban jernih

M : apabila ketuban sudah pecah dan air ketuban bercampur dengan Mekoneum

D : apabila ketuban sudah pecah dan air ketuban bercampur dengan darah

K : apabila ketuban sudah pecah dan air ketuban kering

Catatan : Mekonium dalam air ketuban tidak selalu berarti gawat janin. Merupakan indikasi gawat janin jika juga disertai DJJ di luar rentang nilai normal.

c. Penyusupan (molase) Kepala Janin

Penyusupan tulang kepala merupakan indikasi penting seberapa jauh janin dapat menyesuaikan dengan tulang panggul ibu. Semakin besar penyusupan semakin besar kemungkinan disporposi kepal panggul. Lambang yang digunakan:

0 : tulang-tulang kepala janin terpisah dan sutura mudah untuk diraba

1 : tulang-tulang kepala janin sudah saling

bersentuhan

- 2 : tulang-tulang kepala janin saling tumpang tindih tetapi masih bisa dipisahkan
- 3 : tulang-tulang kepala janin saling tumpang tindih dan tidak dapat dipisahkan

3. Kemajuan Persalinan

Kolom kedua untuk mengawasi kemajuan persalinan yang meliputi: pembukaan serviks, penurunan bagian terbawah janin, garis waspada dan garis bertindak dan waktu.

a. Pembukaan serviks

Angka 0-10 yang tertera pada tepi kolom kiri adalah besarnya dilatasi serviks. Pada kotak di atasnya menunjukkan penambahan dilatasi sebesar 1 cm. Penulisan pembesaran dilatasi serviks harus ditulis tepat pada garis waspada. Cara pencatatannya dengan memberi tanda silang (X) pada garis waspada sesuai hasil pemeriksaan dalam/ VT. Hasil pemeriksaan dalam/ VT selanjutnya dituliskan sesuai dengan waktu pemeriksaan dan dihubungkan dengan garis lurus dengan hasil sebelumnya. Ketika dilatasi serviks melewati garis waspada, harus diperhatikan penyebab dan cara penolongannya harus menyiapkan ibu untuk dirujuk.

b. Penurunan bagian terbawah Janin

Tulisan “turunnya kepala” dan garis tidak terputus dari 0-5 pada sisi yang sama dengan angka pembukaan serviks. Berikan tanda “.” pada waktu yang sesuai dan hubungkan dengan garis lurus.

c. Jam dan Waktu

Waktu berada dibagian bawah kolom terdiri atas waktu mulainya fase aktif persalinan dan waktu aktual saat pemeriksaan. Waktu mulainya fase aktif persalinan diberi angka 1-16, setiap kotak: 1 jam yang digunakan untuk menentukan lamanya proses persalinan telah berlangsung. Waktu aktual saat pemeriksaan merupakan kotak kosong di bawahnya yang harus diisi

dengan waktu yang sebenarnya saat kita melakukan pemeriksaan (Yulizawati dkk, 2019).

4. Kontraksi Uterus

Penulisan untuk kontraksi terdapat lima kotak mendatar. Pemeriksaan dilakukan setiap 30 menit, raba dan catat jumlah dan durasi kontraksi dalam 10 menit. Sebagai ilustrasi jika dalam 10 menit ada 3 kontraksi yang lamanya 20 detik maka arsirlah angka tiga kebawah dengan warna arsiran yang sesuai untuk menggambarkan kontraksi 20 detik (arsiran paling muda warnanya) (Yulizawati dkk, 2019).

5. Obat-obatan dan cairan yang diberikan

Setelah kotak observasi kontraksi uterus terdapat kotak untuk mencatat obat-obatan dan cairan yang diberikan (Yulizawati dkk, 2019).

6. Kondisi Ibu

Pada kondisi ibu, mencatat nadi ibu setiap 30 menit dan beri tanda titik pada kolom yang sesuai. Ukur tekanan darah ibu tiap 10 menit dan beri tanda ↓ pada kolom yang sesuai. Temperatur dinilai setiap dua jam dan catat di tempat yang sesuai (Yulizawati dkk, 2019).

7. Volume urine, protein dan aseton

Lakukan tiap 2 jam jika memungkinkan

8. Data lain yang harus dilengkapi dari partograf

Data lain yang harus dilengkapi dari partograf adalah :

- a. Data atau informasi umum
- b. Kala I
- c. Kala II
- d. Kala III
- e. Kala IV
- f. Bayi baru lahir

Diisi dengan tanda centang (V) dan diisi titik yang disediakan (Yulizawati dkk, 2019).

3.7 Pendokumentasian Persalinan Kala I

Pendokumentasian dapat dilakukan dengan menggunakan hasil temuan dari anamnesis dan pemeriksaan fisik.

1. Anamnesis meliputi :
 - a. Nama, umur dan alamat
 - b. Gravida dan paritas
 - c. HPHT
 - d. Tapsiran persalinan
 - e. Alergi obat-obatan
 - f. Riwayat kehamilan (sekarang dan sebelumnya)
 - g. Riwayat medis lainnya
 - h. Masalah medis yang dialami saat ini (Yulizawati dkk, 2019).
2. Pemeriksaan Fisik
 - a. Pemeriksaan Abdimen meliputi ; menentukan TFU, memantau kontraksi uterus, memantau DJJ, memantau presentasi, memantau penurunan bagian terbawah janin.
 - b. Pemeriksaan dalam meliputi ; menilai cairan vagina, memeriksa *genetalia externa*, menilai penurunan janin, menilai penyusupan tulang kepala, menilai kepala janin apakah sesuai dengan diameter jalan lahir serta jangan melakukan pemeriksaan dalam jika ada pendarahan pervaginam (Yulizawati dkk, 2019).

3.8 Format Pendokumentasian Kala I

Digunakan SOAP untuk mendokumentasikannya :

- | | |
|---------------|--|
| S : Subjek | Menggambarkan hasil pendokumentasian anamnesis |
| O : Obejktif | Menggambarkan pendokumentasian hasil pemeriksaan fisik dari pasien, hasil tersebut meliputi pemeriksaan laboratorium dan tes diagnostic lainnya yang dirumuskan dalam data fokus sebagai data pendukung dari asuhan untuk langkah I Varney |
| A : Assesment | menggambarkan pendokumentasian hasil analisa dan interpretasi dan objektif dalam |

identifikasi yang meliputi :

- Diagnosa/masalah
- Antisipasi diagnosa/masalag potensial
- Perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter, konsultasi, kolaborasi atau rujukan sebagai langka II,III dan IV varney

P : Planning

Menggambarkan pendokumentasian dari perencanaan pelaksanaan tindakan dan evaluasi berdasarkan assesment sebagai langkah V, VI dan VII varney.

Mengapa pendokumentasian penting dilakukan?

- Menciptakan catatan permanen mengenai asuhan yang diberikan kepada pasien
- Memungkinkan berbagi informasi
- Memfasilitasi pemberi asuhan secara berkesinambungan
- Memungkinkan melakukan evaluasi dari asuhan yang diberikan
- Memberikan data untuk catatan nasional, penelitian dan statistik mortalitas/morbiditas
- Meningkatkan pemberian asuhan yang lebih aman dan bermutu tinggi kepada pasien.

Sumber : (Yulizawati dkk, 2019).

DAFTAR PUSTAKA

- Fitrihadi, Enny S.Si.T.,M.Kes dan Istri Utami,S.ST.,M.Keb. 2019. Buku Ajar Asuhan Persalinan dan Managemen Nyeri Persalinan. Yogyakarta. Universitas Aisyiyah Yogyakarta.
- Obstetri Fisiologi Fakultas Kedokteran Universitas Padjajaran. Bandung: Eleman
- Rohani, Reni saswita dan Marisah. 2011. Asuhan Kebidanan pada Masa Persalinan. Jakarta: Salemba Medika
- Varney. 1997. Varney's Midwifery. London: Jones & Bartlett
- Yulizawati,SST.,M.Keb, Aldina Ayunda Insani,S.Keb Bd.,M.Keb, Lusiana El Sinta B,SST.,M.Keb dan Feni Andriani,S.Keb Bd.,M.Keb. 2019. Buku Ajar Asuhan Kebidanan pada Persalinan. Sidoarjo. Indomedia Pustaka.

BAB 4

ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU BERSALIN KALA IV

Oleh Ratih Kusuma Wardhani

4.1 Pendahuluan

Peningkatan upaya promotif dan preventif merupakan bagian dari Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) Tahun 2020 – 2024 sebagai upaya untuk penguatan pelayanan kesehatan primer yang didukung oleh inovasi dan pemanfaatan teknologi. Rencana tersebut sebagai upaya peningkatan kesehatan ibu dan anak yang difokuskan pada penurunan angka kematian Ibu (AKI) saat hamil, melahirkan, dan nifas, angka kematian bayi lahir (AKB) pada masa neonatal usia 0 – 28 hari, dan peningkatan cakupan vaksinasi (Kementerian Kesehatan RI, 2022).

Berdasarkan hasil Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2015, ternyata hasil data kematian Ibu di Indonesia masih tinggi mencapai 309 per 100.000 kelahiran hidup, meskipun angka tersebut sudah mengalami penurunan di tahun sebelumnya. Sustainable Development Goals (SDGs) tahun 2030 mempunyai target global dalam menurunkan angka kematian Ibu (AKI) menjadi 70 per 100.000 kelahiran hidup. Berdasarkan data Sistem Registrasi Sampel tahun 2016, penyebab kematian ibu antara lain hipertensi (33,7%), perdarahan (27,03%), komplikasi non obstetrik (15,7%), komplikasi obstetrik lainnya (12,04%), infeksi (4%) dan lainnya seperti kecelakaan dalam konsisi hamil (4,5%).

Penyebab kematian ibu pada kasus perdarahan dimasa persalinan khususnya pada kala empat persalinan atau perdarahan post partum primer (Hemorraghea postpartum primer/ HPP). Perdarahan primer merupakan perdarahan yang terjadi dalam 24 jam pertama dan sering disebabkan oleh atonia uteri (uterus yang tidak berkontraksi dengan baik), robekan jalan lahir (episiotomi

atau ruptur), sisa sebagian dari bagian plasenta dan gangguan pembekuan darah (Biestock, 2021).

Berdasarkan kasus tersebut maka diperlukan suatu upaya yang dilakukan sesuai dengan pendekatan siklus kehidupan "continue of care" yang dimulai dari masa sebelum hamil, masa hamil, persalinan, sampai dengan masa sesudah melahirkan. Pelayanan tersebut bertujuan agar ketiga kelompok sasaran tersebut menjalankan perilaku hidup sehat, melakukan deteksi dini penyakit maupun faktor risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan reproduksinya, dan mendapatkan intervensi sedini mungkin jika ditemukan faktor risiko (Wager, 2021).

4.2 Etika Menulis

Makna etika merupakan konsep nilai yang mengatur tingkah laku dan norma-norma yang dikategorikan dalam sesuatu yang baik dan buruk. Maka dalam menulis membutuhkan etika tersebut untuk menghindari plagiasi. Etika penggabungan sumber ke dalam tulisan seseorang. Bahkan, tulisan terpadu dari sumber memiliki konstruksi mendasar yang saling terkait, yang terdiri dari keterampilan literasi membaca serta menulis. Sintesis wacana strategi terbukti memainkan peran penting dalam kinerja terintegrasi pada tugas menulis terpadu, kontribusi bahan sumber teks tertulis tidak hanya terbatas pada penyediaan konten dan sumber ide/ informasi, tetapi mereka juga memberikan dukungan bahasa bagi penulis sebagai mereka mencoba merekonstruksi makna yang tertanam dalam sumber-sumber tersebut melalui parafrase/meringkas. Jadi, karena kompleksnya konstruksinya, menulis berdasarkan sumber selalu menjadi tugas yang menantang bagi orang asing penulis bahasa dan membutuhkan banyak latihan.

Etika menulis karya ilmiah merupakan suatu teknik yang digunakan ketika menulis dengan tetap memperhatikan berbagai aspek (konten), karena suatu penulisan bisa menjadi tindakan pelanggaran. Maka ketika menulis harus bersikap jujur untuk menghindari plagiarisme. (Jamali, 2014 dan Rezaei, 2022)

Gagasan tentang "plagiarisme" atau "plagiarisme" didefinisikan dalam banyak karya penulis dari seluruh dunia, seperti menyalin (atau menggunakan) karya orang lain itu (secara tidak

sengaja atau tidak) menipu pihak ketiga tentang kepengarangan (atau kepemilikan) dari pekerjaan; suatu bentuk malpraktek akademik dan membingkainya sebagai pelanggaran integritas akademik; mewariskan hasil karya orang lain, baik disengaja maupun tidak secara tidak sengaja, sebagai milik Anda demi keuntungan Anda sendiri; mengambil kata-kata, ide-ide dan hasil kerja orang lain serta memberikan kesan bahwa itu adalah milik Anda sendiri; dan perbuatan menyerahkan suatu dokumen yang sebagian atau seluruhnya milik orang lain tanpa acuan yang semestinya, sehingga menyesatkan upaya yang telah dilakukan oleh penulis yang mengirimkan.(Lazíková, 2023)

4.2.1 Efektif

Makna efektif merupakan mengerjakan pekerjaan yang benar (doing the right things) untuk mencapai tujuan atau sasaran yang telah ditentukan atau ditargetkan, dan terjadinya suatu efek atau akibat yang dikehendaki dalam suatu perbuatan. (Frokjaer, 2020)

4.2.2 Efisien

Menurut Frokjaer, efisien mempunyai arti mengerjakan sesuatu yang benar, menunjukkan kemampuan dalam menggunakan sumber daya dengan benar dan tidak ada pemborosan, dan kemampuan untuk meminimalkan penggunaan sumberdaya dalam mencapai tujuan. (Frokjaer, 2020)

4.3 Kala IV Persalinan

4.3.1 Pengertian

Kala empat dalam persalinan merupakan masa setelah plasenta lahir sampai dengan dua jam postpartum. Kala empat sebagai tahapan dalam pengawasan selama dua jam setelah bayi baru lahir untuk mengamati keadaan ibu, terutama terhadap tanda bahaya perdarahan post partum. (Allen, 2009)

4.3.2 Asuhan dan Pemantauan pada Kala IV

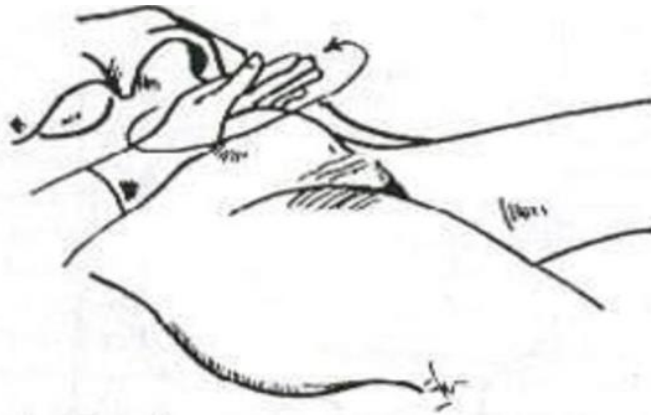
1. Tanda – tanda vital

Tekanan darah (TD), Nadi (N), dan suhu

Pemantauan tekanan darah dan nadi pada satu jam pertama setiap 15 menit, pada satu jam kedua pemeriksaan dilakukan setiap 30 menit. Pada pemeriksaan dilakukan pada satu jam pertama dan satu jam kedua (setiap 60 menit).

2. Kontraksi Uterus

Setelah plasenta lahir langsung melakukan rangsang taktil (*massage*) pada uterus selama 15 detik dengan tujuan untuk merangsang uterus supaya dapat berkontraksi dengan baik dan kuat. Pemantauan kontraksi uterus setiap 15 menit selama satu jam pertama dan setiap 30 menit pada satu jam kedua.



Gambar 4.1. Masase Fundus Uteri

3. Fundus Uteri

Pemantauan fundus uteri dilakukan untuk mengetahui penurunan fundus sebagai pertanda bahwa involusi uterus berjalan dengan normal. Pemeriksaannya dilakukan dengan meletakkan jari tangan secara melintang sengan pusat sebagai patokan. Bila setelah plasenta lahir untuk hasilnya 2-3 jari dibawah pusat.

Tabel 4.1. Fundus Uteri

INVOLUSI	FUNDUS UTERI
Bayi Lahir	Setinggi pusat
Plasenta lahir	2 jari di bawah pusat
1 Minggu	Pertengahan pusat – simpisis pubis
2 Minggu	Tidak teraba diatas simpisis pubis
6 Minggu	Normal
8 Minggu	Normal

4. Kandung Kemih

Pemantauan untuk memastikan kandung kemih dalam keadaan kosong tiap 15 menit pada satu jam pertama dan tiap 30 menit pada satu jam kedua. Kandung kemih dalam keadaan kosong mempunyai manfaat untuk pencegahan terjadinya komplikasi dalam dua jam postpartum, bila kandung kemih penuh akan mengganggu kontraksi uterus yang tidak maksimal (terjadi atonia uteri) sehingga menyebabkan perdarahan, menyebabkan posisi uterus, dan mengganggu involusi uterus. Urin yang terlalu juga bisa menyebabkan infeksi pada saluran kemih dan bisa juga menyebabkan inkontensia urine.

5. Mengevaluasi Darah yang hilang

Salah satu cara yang dapat dilakukan adalah melakukan percobaan untuk memperkirakan 1 botol gelas yang berisi 500 cc darah akan meluber sampai berapa bagian dari underpad tersebut. Jika darah hanya meluber $\frac{1}{2}$ bagian dari darah yang telah dilakukan percobaan dengan volume 500 cc, maka jumlah darah pasien yang hilang sebanyak 250 cc. Evaluasi kehilangan darah yang tidak langsung adalah melihat gejala yang muncul dialamai oleh ibu dan perubahan pada tekanan darah & nadi.

6. Tindakan penjahitan luka laserasi (episiotomi/ruptur)

Tindakan penjahitan ini memiliki tujuan untuk menyatukan atau mendekatkan kembali jaringan pada perineum dan mencegah kehilangan darah. Laserasi diklasifikasi berdasarkan luasnya robekan baik secara tidak sengaja maupun sengaja.

Tabel 4.2. Klasifikasi Laserasi Berdasarkan Luasnya Robekan

	Derajat 1	Derajat 2	Derajat 3	Derajat 4
Lokasi laserasi	Mukosa vagina, komisura posterior, dan kulit perineum	Mukosa vagina, komisura posterior, kulit perineum, dan otot perineum	Mukosa vagina, komisura posterior, kulit perineum, otot perineum, dan otot spingter ani	Mukosa vagina, komisura posterior, kulit perineum, otor perineum, otot spingter ani, dinding depan rectum
Tindakan	Tidak perlu dijahit bila tidak ada perdarahan dan posisi luka baik	Dijahit	Segera dirujuk ke fasilitas rujukan.	

Sumber: JNPK-KR. 2014. Asuhan Persalinan Normal. Jakarta

Prinsip penjahitan perineum yang harus dilakukan sebagai berikut :

Prinsip penjahitan perineum adalah sebagai berikut:

1. Menjaga teknik aseptik (Pencegahan infeksi) yang sesuai dengan prosedur
2. Meminimal untuk membuat luka baru atau meminimal terjadinya trauma yang tidak perlu pada jaringan insisi
3. Pastikan kembali tidak terdapat bekuan darah dan debris sebelum melakukan penjahitan. Bila bekuan darah ikut terjahit bisa menjadi tempat media kuman sehingga semakin meningkat terjadinya proses infeksi sehingga dapat mengganggu proses penyembuhan luka.

4. Memastikan proses hemostatis terlihat supaya dapat membantu proses penyembuhan luka dengan baik sehingga proses terjadinya komplikasi seperti hematoma dapat dicegah yang secara keseluruhan bisa mengganggu proses penyembuhan luka yang disertai kerusakan jaringan dan timbul infeksi pada tempat luka.
5. Proses luka yang mulai menyatu pada jaringan yang akurat sehingga dapat menutup semua ruang yang terjadi robekan (Kementerian Kesehatan RI, 2017).

KIE yang diberikan kepada Ibu :

1. Selalu menjaga tetap bersih dan kering, setelah buang air kecil harus dikeringkan.
2. Selalu menghindari penggunaan obat tradisional seperti penggunaan daun sirih karena bisa membunuh flora normal pada genitalia sehingga kuman mudah masuk dan beresiko terjadi infeksi.
3. Selalu mencuci perineum dengan sabun dan menggunakan air bersih yang dibasuh dari arah depan ke belakang, pencucian dalam sehari tiga sampai empat kali per hari.
4. Ibu melakukan kunjungan ulang dalam seminggu untuk memastikan proses penyembuhan luka, namun bila kurang dari seminggu sudah muncul komplikasi seperti kemerahan, odema, keluar cair bau busuk, terdapat nyeri tekan, dan luka terlihat belum menyatu maka segera untuk periksa. JNPK-KR. 2014.

4.3.3 Evidence Based pada Kala IV Persalinan

1. IMD dan Kontraksi Uterus
Hasil penelitian Qonitun (2018) bahwa ibu melahirkan di RS Muhammadiyah Tuban melakukan inisiasi menyusui dini (IMD). Datanya tekanan darah normal sebanyak 29 responden (100%), nadi normal sebanyak 29 responden, fundus uteri normal 29 responden, dan ibu yang kontraksinya baik sebanyak 27 responden. Bila kontraksi baik setelah pasca salin dapat menekan perdarahan post partum serta menekan AKI di Indonesia.

Inisiasi menyusui dini juga mengenalkan kontak kulit ke kulit dengan ibu, yang dilaporkan untuk memperpanjang durasi menyusui dan berkontribusi untuk meningkatkan pemberian ASI eksklusif. Bagi para ibu, inisiasi menyusui dini merangsang kontraksi rahim setelah melahirkan, yang mengurangi risiko perdarahan pasca melahirkan (Ali, 2020).

2. Pijat oksitosin dan perdarahan

Hasil penelitian Hardianti (2019) bahwa menunjukkan pijat oksitosin bermakna signifikan terhadap proses subinvolusi uterus dengan $p < 0,001$, subinvolusi uterus berjalan dengan normal maka dapat mencegah adanya komplikasi seperti perdarahan.

Pemijatan oksitosin dapat merangsang hormon oksitosin yang mempunyai pengaruh pada kontraksi uterus maka proses involusi uterus berjalan dengan fisiologis. Bila kontraksi uterus berjalan normal, maka tidak terjadi perdarahan pada persalinan karena pembuluh darah yang terbuka terjepit oleh otot dinding endometrium.

Upaya dalam mengendalikan terjadinya perdarahan pada persalinan dengan memperbaiki kontraksi retraksi serat myometrium yang kuat dengan pijat oksitosin. Pijat oksitosin adalah pijatan yang melintang tulang belakang hingga costa dan upaya merangsang hormon prolaktin dan oksitosin setelah melahirkan. Pijat oksitosin memulai pijatan dari punggung sebagai intervensi yang harus dipertahankan oleh semua ibu pasca melahirkan tingkat oksitosin yang meningkatkan relaksasi otot tubuh yang akhirnya meningkatkan sekresi air susu ibu. Pijat oksitosin terbukti meningkatkan kadar prolaktin karena meningkatnya rangsangan saraf aferen sehingga hormon oksitosin meningkat yang juga meningkatkan kadar prolaktin. Hormon oksitosin yang ikut meningkat juga mempunyai pengaruh pada kontraksi uterus sehingga dapat menekan terjadinya perdarahan (Anbarasi, 2022).

3. Penurunan suhu tubuh pada Kala IV

Hasil penelitian Cahyawati (2018) mengungkapkan bahwa hasilnya tidak signifikan antara variabel suhu dengan variabel usia, status gizi sesuai lingkaran lengan atas (LILA), indeks massa tubuh (IMT) Ibu dan komplikasi saat kehamilan, persalinan dengan seccio secarea atas indikasi. Faktor utama kemungkinan yang menyebabkan penurunan suhu tubuh pada ibu post sectio secarea karena adanya efek samping (*delayed effect*) dari anestesi spinal. Komplikasi dapat terjadi pada kasus post sectio secarea adanya efek blokade yang terjadi di subarakhnoid lumbal yang menyimpulkan penurunan suhu hingga bisa mengalami menggigil akibat karena mendapat anestesi pada lokasi spinal.

Penurunan suhu mengacu adanya redistribusi internal panas dari core ke kompartemen perifer serta blokade saraf simpatis dan vasodilatasi perifer, kejadian peningkatan kehilangan panas dari permukaan tubuh dan adanya gangguan termoregulasi hal tersenut karena adanya kehilangan vasokonstriksi termoregulasi di bawah level blokade spinal. Mekanisme semua yang telah dijabarkan karena adanya akibat dari anestesi spinal.

4. Mobilisasi dini

Penelitian yang dilakukan Sari (2022) menunjukkan hasil dari 50 responden memiliki pengetahuan baik, 34 responden melaksanakan mobilisasi dini (68%), dan 16 responden tidak melakukan (32%). Mobilisasi dini pada ibu post sectio secarea lebih cepat memperbaiki kondisi ibu tersebut. Kegiatan mobilisasi dini dapat membuat ibu nifas menjadi lebih sehat dan kuat, karena otot-otot panggul dan perut akan lebih mudah berkonstriksi sehingga peredaran darah lancar sehingga subinvolutus uterus berjalan normal, menjadi kuat dan mengurangi rasa sakit, fungsi sistem pencernaan pada usus lebih baik, dan kandung kemih juga lebih baik sehingga dapat merasa segera ingin buang air kecil sebelum 6 jam post partum.

DAFTAR PUSTAKA

- Ali, F., Mgongo, M., Mamseri, R., George, J. M., Mboya, I. B., & Msuya, S. E. (2020). Prevalence of and factors associated with early initiation of breastfeeding among women with children aged <24 months in kilimanjaro region, northern tanzania: A community-based cross-sectional study. *International Breastfeeding Journal*, 15, 1-10. doi:<https://doi.org/10.1186/s13006-020-00322-8>
- Allen, V.M., Baskett, T.F., O'Connell, C.M., McKeen, D., Allen, A.C. 2009. Maternal and perinatal outcomes with increasing duration of the second stage of labor. *Obstetric & Gynecology* 113 (6), hal 1248-1258. DOI: 10.1097/AOG.0b013e3181a722d6
- Amirullah, Pengantar Manajemen. Cetakan Kedua, (Yogyakarta: Graha Ilmu, 2011), h. 2
- Anbarasi, E., Kalabarathi, S., & Priya, D. P. (2022). Effectiveness of oxytocin massage on promoting lactation among postpartum mothers at saveetha medical college and hospital, thandalam, chennai. *Cardiometry*, (25), 197-203. doi:<https://doi.org/10.18137/cardiometry.2022.25.197203>
- Bienstock, J.L., Eke, A.C., dan Hueppchen, N.A. 2021. Postpartum Hemorrhage. *New England Journal of Medicine* 384 (17), Hal 1635-1645. DOI : 10.1056/nejmRA1513247
- Cahyawati F, Gunadi A. Analisis Deskriptif Fenomena Penurunan Suhu Tubuh Pada Pengawasan Kala IV Pasien Post Sectio Caesarea. *Jurnal Ilmiah Bidan [Internet]*. 23Jul.2018 [cited 5Apr.2024];3(1):30-9. Available from: <https://e-journal.ibi.or.id/index.php/jib/article/view/55>
- Depkes, RI. (2015). Profil Kesehatan Indonesia Rakorpok Kementerian Kesehatan RI Jakarta, 1 Desember 2015. Jakarta : Depkes.
- Ernie Tisnawati Sule dan Kurniawann Saefullah, Pengantar Manajemen, (Jakarta: Kencana, 2010), cet ke-5, hlm 7
- Husaini Husman, Manaj
- Frokjaerr, E., Hertzum, M., dan Hornbaek, K. 2021. Measuring Usability: Are Effectiveness, Efficiency, and Satisfaction Really Correlated. *CHI Letters* 2 (1), Hal 345-352

- Hardianti,D dan Sriwenda,D. 2019. The Effectiveness off postpartum Exercise and Oxytocin Massage on Uterus Involution. *Open Journal of Nursing* 9 (3), Hal 231-238. DOI: 10.4236/ojn.2019.93023
- Jamali, R., Ghazinoory,S., dan Sadeghi,M. 2014. Plagiarism and Ethics of Knowledge. *Journal of Information Ethics*, 23 (1), Hal 101. DOI: 10.3172/jie.23.1.101
- JNPK-KR. 2014. Asuhan Persalinan Normal. Jakarta
- Kementerian Kesehatan RI. 2017. Buku Pedoman Pengenalan Tanda Bahaya pada Kehamilan, Persalinan dan Nifas
- Kementerian Kesehatan RI. 2022. *Kebijakan dan Strategi Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak*. Makasar: Balai Besar Pelatihan Kesehatan (BPPK) Makasar.
- Lazíková, J., & Rumanovská, L. (2023). Legal and ethical rules of plagiarism. *Juridical Tribune Journal = Tribuna Juridica*, 13(4), 624-643. doi:<https://doi.org/10.24818/TBJ/2023/13/4.08>
- Qonitun,U. dan Novitasari,F.2018. Studi Persalinan Kala Iv Pada Ibu Bersalin Yang Melakukan Inisiasi Menyusu Dini (Imd) Di Ruang Mina Rumah Sakit Muhammadiyah Tuban. *JURNAL KESEHATAN* Vol 11 No 1 Tahun 2018, hal 1-8. DOI : 10.24252/jkesehatan.v11i1.4572
- Rezaei, K., & Marandi, S. (2022). A socio-cognitive approach toward source-based writing instruction: Professors' perceptions and current constraints. [ژش‌آموبه‌ ش‌ناختی-اج‌تماعی‌ روی‌ کردی‌ ه‌لم‌م‌حدودیت‌ و‌ اسات‌ ید‌ ه‌لم‌رداشت‌ :منابع‌ بر‌ م‌بت‌نی‌ نوش‌تار موجود] *Journal of Language Horizons*, 6(2), 7-30. doi:<https://doi.org/10.22051/lghor.2021.34247.1413>
- Sari, I.N. 2022. Early Mobilization Behavior of Mother Post Section Caesarea at Embung Fatimah Hospital Batam. *International Journal of Nursing and Midwifery Scirence (Ijnms)* 6 (1), Hal 82-87. DOI: <https://doi.org/10.29082/IJNMS/2022/vOL6/iSS1/382>
- Stoner.Manajemen, Edisi Bahasa Indonesia, (Jakarta: PT. Prenhallindo, 2010), h. 9

Wager, K.A., Lee, F.W., Glaser, J.P.. 2021. Health care informations systems: a practical approach for health care management. Jossey-Bass A Whey Brand.

BAB 5

ASUHAN KEBIDANAN PADA BAYI BARU LAHIR NORMAL

Oleh Wa Ode Siti Asma

5.1 Pendahuluan

Kehamilan merupakan suatu proses fisiologi yang terjadi pada wanita yang disebabkan karena adanya permbuahan antara sel kelamin laki-laki yaitu spermatozoa dan sel kelamin perempuan ovum sehingga terjadi proses pembuahan yang berlangsung selama 40 minggu atau 9 bulan 7 hari dihitung dari haid pertama haid terakhir.

Bayi baru lahir normal merupakan bayi yang lahir dari kehamilan 37 sampai 42 minggu dan memiliki berat badan lahir 2500-4000 gram. Asuhan bayi baru lahir merupakan asuhan yang diberikan pada bayi selama jam pertama setelah kelahiran. Setelah lahir bayi baru lahir tersebut harus dipindahkan dari keadaan sangat bergantung menjadi fisiologis. Saat ini bayi harus mendapatkan pernapasannya sendiri lewat sirkulasi baru mendapatkan nutrisi oral untuk mempertahankan kadar gula yang cukup.

5.2 Konsep Dasar Bayi Baru Lahir

Bayi baru lahir normal merupakan bayi yang lahir pada usia kehamilan tepat 37 minggu sampai 42 minggu dengan berat badan bayi pada saat lahir mencapai 2500-400 gram serta nilai APGAR > 7 dalam presentasi belakang kepala melalui vagina tanpa memakai alat dan tanpa cacat bawaan (Siti Nurhasiyah,2017). Selain tanda-tanda yang telah disebutkan sebelumnya, bayi baru lahir normal juga mempunyai tanda-tanda lain yaitu memiliki panjang badan 48-52cm , lingkar dada 30-38cm, lingkar kepala 33-35cm lingkar lengan 11-12cm, frekuensi detak jantung 120-160 kali/menit, pernapasan $\pm$ 40-60 kali/menit, kulit berwarna kemerahan serta

licin disebabkan oleh jaringan subkutan yang cukup, memiliki rambut halus yang tidak terlihat dan rambut kepala biasanya telah sempurna, kuku yang agak panjang dan lemas, memiliki gerak yang aktif, suara bayi yang menangis dengan kuat, genggaman tangan yang baik, genitalia terbentuk dengan sempurna (pada laki-laki testis sudah turun ke skrotum dan penis berlubang; pada perempuan vagina dan uterus yang berlubang serta labia mayora sudah menutupi minora), refleks dalam mencari puting susu dengan rangsangan pada pipi dan daerah pipi, mengalami mekonium dalam 24 jam pertama yang berwarna hitam kecoklatan (Siti Nurhasiyah, 2017).

5.3 Fisiologi Bayi Baru Lahir

5.3.1 Sistem Pernapasan

Masa kritis yang terjadi pada neonatus (bayi baru lahir) yaitu ketika harus mengatasi resistensi paru pada saat pernapasan janin atau bayi pertama. a. Pada saat persalinan kepala bayi menyebabkan badan khususnya toraks berada di jalan lahir sehingga terjadi kompresi dan cairan yang terdapat dalam percabangan trakheobronkial keluar sebanyak 10-28 cc. Setelah torak lahir terjadi mekanisme balik yang menyebabkan terjadinya beberapa hal sebagai berikut yaitu :

1. Inspirasi pasif paru karena bebasnya toraks dari jalan lahir
2. Perubahan yang terjadi apabila terjadi perluasan permukaan paru yaitu pembuluh darah kapiler paru semakin terbuka untuk persiapan pertukaran oksigen dan karbondioksida, surfaktan menyebar yang mengakibatkan menggelembungnya alveoli dengan mudah, resistensi pembuluh darah paru makin menurun sehingga dapat meningkatkan aliran darah menuju paru, toraks yang mengalami pelebaran secara pasif yang cukup tinggi untuk menggelembungkan seluruh alveoli yang memerlukan tekanan sekitar 25 mm air.
3. Kemudian pengeluaran lendir terjadi pada saat toraks bebas dan terjadi inspirasi pasif selanjutnya terjadi dengan ekspirasi yang berlangsung lebih panjang (Lusiana, dkk. 2019).

Pada saat intrauteri, alveoli terbuka dan diisi oleh cairan yang akan dikeluarkan saat toraks masuk jalan lahir. Sekalipun ekspirasi lebih panjang dari inspirasi, tidak seluruh cairan dapat keluar dari dalam paru. Cairan lendir dikeluarkan dengan mekanisme perasan dinding toraks, sekresi menurun, dan resorpsi oleh jaringan paru melalui pembuluh limfe (Manuaba, 2007).

5.3.2 Sistem Kardiovaskular

Terdapat perbedaan prinsip antara sirkulasi janin dan bayi karena paru mulai berkurang dan sirkulasi tali pusat putus. Perubahan ini menyebabkan berbagai bentuk perubahan hemodinamik yang dapat dijabarkan sebagai berikut :

1. Darah vena umbilikalيس mempunyai tekanan 30-35 mmHg dengan saturasi oksigen sebesar 80-90% karena hemoglobin janin mempunyai afinitas yang tinggi terhadap oksigen.
2. Darah dari vena cava inferior yang kaya oksigen dan nutrisi langsung masuk oramen ovale dari atrium kanan menuju atrium kiri. Atrium kanan menerima aliran darah yang berasal dari vena pulmonalis.
3. Aliran darah dari vena cava superior yang berasal dari sirkulasi darah ekstremitas bagian atas, otak, dan jantung, akan langsung masuk atrium kanan dan selanjutnya langsung menuju ventrikel kanan
4. Curah jantung janin pada saat mendekati aterm adalah sekitar 450 cc/kg/menit dari kedua ventrikel jantung janin.
5. Aliran dari ventrikel kiri dengan tekanan 25-28 mmHg dengan saturasi 60% sksn menuju ke arteri koroner jantung, ekstremitas bagian atas, dan 10% menuju aorta desenden.
6. Aliran dari ventrikel kanan, dengan tekanan oksigen 20-23 mmHg dengan saturasi 55% akan menunjuk ke aorta desenden yang selanjutnya menuju ke sirkulasi abdomen dan ekstremitas bagian bawah (Lusiana,dkk. 2019).

Pada saat lahir terjadi pengembangan alveoli paru sehingga tahanan pembuluh darah paru semakin menurun karena :

1. Endothelium relaxing factor menyebabkan relaksasi pembuluh darah dan menurunkan tahanan pembuluh darah paru.
2. Pembuluh darah paru melebar sehingga tahanan pembuluh darah makin menurun (Lusiana,dkk. 2019).

Dampak hemodinamik dari berkembangnya paru bayi adalah aliran darah menuju paru dari ventrikel kanan bertambah sehingga tekanan darah pada atrium kanan menurun karena tersedot oleh ventrikel kanan yang akhirnya mengakibatkan tekanan darah pada atrium kiri meningkat dan menutup foramen ovale, shunt aliran darah atrium kanan ke kiri masih dapat dijumpai selama 12 jam dan total menghilang pada hari ke 7-12 (Manuaba, 2007).

5.3.3 Pengaturan Suhu

Bayi kehilangan panas melalui empat cara, yaitu :

1. Konveksi

Cara konveksi ini merupakan pendinginan melalui aliran udara di sekitar 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 atau AC yang kuat harus cukup jauh dari area resusitasi. Troli resusitasi harus mempunyai sisi untuk meminimalkan konveksi ke udara sekitar bayi

2. Evaporasi

Cara Evaporasi ini dengan kehilangan panas melalui penguapan air pada kulit 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.

3. Radiasi

Cara radiasi ini melalui benda padat dekat bayi yang tidak berkontak secara langsung dengan kulit bayi. Panas dapat

hilang secara radiasi ke benda padat yang terdekat, misalnya jendela pada musim dingin. Karena itu , bayi harus diselimuti, termasuk kpalanya, idealnya dengan handuk hangat.

4. Konduksi dengan melalui benda-benda padat yang berkontak dengan kulit bayi (Prawirohardjo, 2013).

5.3.4 Sistem Ginjal

Ginjal yang dimiliki oleh bayi belum matur sehingga menyebabkan laju *filtrasi glomerulus* rendah dan kemampuan reabsorpsi tubular terbatas. Urin pertama keluar dalam 24 jam pertama dan dengan frekuensi yang semakin sering sesuai intake (Lusiana,dkk. 2019).

4.3.5 Sistem Pencernaan

Sistem penvernaan pada bayi baru lahir secara struktur sudah lengkap tapi belum sempurna, mukosa mulut lembab dan pink. Lapisan keratin berwarna pink, kapasitas lambung sekitar 15-30 ml, feses pertama berwarna hijau kehitaman (Myles, 2009).

5.4 Perawatan Bayi Baru Lahir

Menurut JNPK-KR/POGI, APN, (2007) asuhan segera, aman dan bersih untuk bayi baru lahir ialah:

5.4.1 Pencegahan Infeksi

1. Cuci tangan dengan seksama sebelum dan setelah bersentuhan dengan bayi
2. Pakai sarung tangan bersih pada saat menangani bayi yang belum dimandikan
3. Pastikan semua peralatan dan bahan yang digunakan, terutama klem, gunting, penghisap lendir DeLee dan benang tali pusat telah didesinfeksi tingkat tinggi atau steril
4. Pastikan semua pakaian, handuk, selimut dan kain yang digunakan untuk bayi, sudah dalam keadaan bersih. Demikian pula dengan timbangan, pita pengukur, termometer, stetoskop.

5.4.2 Melakukan Penilaian

1. Apakah bayi cukup bulan/tidak
2. Apakah air ketuban bercampur mekonium/tidak
3. Apakah bayi menangis kuat dan/atau bernafas tanpa kesulitan
4. Apakah bayi bergerak dengan aktif atau lemas Jika bayi tidak bernapas atau bernapas megap–megap atau lemah maka segera lakukan tindakan resusitasi bayi baru lahir.

5.4.3 Pencegahan Kehilangan Panas

Mekanisme kehilangan panas

1. Evaporasi. Penguapan cairan ketuban pada permukaan tubuh oleh panas tubuh bayi sendiri karena setelah lahir, tubuh bayi tidak segera dikeringkan.
2. Konduksi. Kehilangan panas tubuh melalui kontak langsung antara tubuh bayi dengan permukaan yang dingin, seperti: meja, tempat tidur, timbangan yang temperaturnya lebih rendah dari tubuh bayi akan menyerap panas tubuh bayi bila bayi diletakkan di atas benda–benda tersebut.
3. Konveksi. Kehilangan panas tubuh terjadi saat bayi terpapar udara sekitar yang lebih dingin, ruangan yang dingin, adanya aliran udara dari kipas angin, hembusan udara melalui ventilasi, atau pendingin ruangan.
4. Radiasi. Kehilangan panas yang terjadi karena bayi ditempatkan di dekat benda–benda yang mempunyai suhu tubuh lebih rendah dari suhu tubuh bayi, karena benda–benda tersebut menyerap radiasi panas tubuh bayi (walaupun tidak bersentuhan secara langsung).

Upayah dalam mencegah kehilangan panas dilakukan dengan cara :

1. Keringkan bayi dengan seksama
Cara mengeringkan bayi dengan menyeka tubuh bayi, juga merupakan rangsangan taktil untuk membantu bayi memulai pernapasannya.
2. Selimuti bayi dengan selimut atau kain bersih dan hangat

- Mengganti handuk atau kain yang telah basah oleh cairan ketuban dengan selimut atau kain yang baru (hangat, bersih, dan kering)
3. Selimuti bagian kepala bayi
Bagian kepala bayi memiliki luas permukaan yang relative luas dan bayi akan dengan cepat kehilangan panas jika bagian tersebut tidak tertutup.
 4. Anjurkan ibu untuk memeluk dan menyusui bayinya
Pelukan ibu pada tubuh bayi dapat menjaga kehangatan tubuh dan mencegah kehilangan panas. Sebaiknya pemberian ASI harus dimulai dalam waktu satu (1) jam pertama kelahiran
 5. Jangan segera menimbang atau memandikan bayi baru lahir
Karena bayi baru lahir cepat dan mudah kehilangan panas tubuhnya, sebelum melakukan penimbangan, terlebih dahulu selimuti bayi dengan kain atau selimut bersih dan kering. Berat badan bayi dapat dinilai dari selisih berat bayi pada saat berpakaian/diselimuti dikurangi dengan berat pakaian/selimut. Bayi sebaiknya dimandikan sedikitnya enam jam setelah lahir.

Praktik memandikan bayi yang dianjurkan adalah :

1. Memerlukan waktu paling sedikitnya 6 jam setelah lahir sebelum memandikan bayi (lebih lama jika bayi mengalami asfiksia atau hipotermi)
2. Sebelum memandikan bayi, dilakukan pemeriksaan suhu tubuh yang stabil (suhu aksila antara $36,5^{\circ}\text{C}$ – 37°C). Jika suhu tubuh bayi masih dibawah $36,5^{\circ}\text{C}$, selimuti kembali tubuh bayi secara longgar, tutupi bagian kepala dan tempatkan bersama ibunya di tempat tidur atau lakukan persentuhan kuli ibu – bayi dan selimuti keduanya. Tunda memandikan bayi hingga suhu tubuh bayi tetap stabil dalam waktu (paling sedikit) satu (1) jam.
3. Tunda untuk memandikan bayi yang sedang mengalami masalah pernapasan
4. Sebelum bayi dimandikan, pastikan ruangan mandinya hangat dan tidak ada tiupan angin. Siapkan handuk bersih

dan kering untuk mengeringkan tubuh bayi dan siapkan beberapa lembar kain atau selimut bersih dan kering untuk menyelimuti tubuh bayi setelah dimandikan.

5. Memandikan bayi secara cepat dengan air bersih dan hangat
6. Segera keringkan bayi dengan menggunakan handuk bersih dan kering
7. Ganti handuk yang basah dengan selimut bersih dan kering, kemudian selimuti tubuh bayi secara longgar. Pastikan bagian kepala bayi diselimuti dengan baik
8. Bayi dapat diletakkan bersentuhan kulit dengan ibu dan diselimuti dengan baik
9. Ibu dan bayi disatukan di tempat dan anjurkan ibu untuk menyusukan bayinya
10. Tempatkan bayi di lingkungan yang hangat
11. Idealnya bayi baru lahir ditempatkan di tempat tidur yang sama dengan ibunya, untuk menjaga bayi tetap hangat dan mendorong ibu untuk segera memberikan ASI (Siti Nurhasiyah, 2017).

5.4.4 Membebaskan Jalan Nafas

Pada umumnya bayi normal akan menangis spontan segera setelah lahir, namun apabila didapati bayi tidak langsung menangis, penolong segera membersihkan jalan nafas dengan cara sebagai berikut:

1. Letakkan bayi pada posisi terlentang di tempat yang keras dan hangat.
2. Gulung sepotong kain dan letakkan di bawah bahu sehingga leher bayi lebih lurus dan kepala tidak menekuk. Posisi kepala diatur lurus sedikit tengadah kebelakang.
3. Bersihkan hidung, rongga mulut dan tenggorokkan bayi dengan jari tangan yang dibungkus kassa steril.
4. Tepuk kedua telapak kaki bayi sebanyak 2-3 kali atau gosok kulit bayi dengan kain kering dan kasar.
5. Alat penghisap lendir mulut (*De Lee*) atau alat penghisap lainnya yang steril, tabung oksigen dengan selangnya harus sudah ditempat
6. Segera lakukan usaha menghisap mulut dan hidung

7. Memantau dan mencatat usaha bernapas yang pertama (*Apgar Score*)
8. Warna kulit, adanya cairan atau mekonium dalam hidung atau mulut harus diperhatikan.

5.4.5 Merawat Tali Pusat

1. Setelah plasenta dilahirkan dan kondisi ibu dianggap stabil, ikat atau jepitkan klem plastik tali pusat ada puntung tali pusat.
2. Celupkan tangan yang masih menggunakan sarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5 % untuk membersihkan darah dan sekresi tubuh lainnya.
3. Bilas tangan dengan air matang atau disinfeksi tingkat tinggi.
4. Keringkan tangan (bersarung tangan) tersebut dengan handuk atau kain bersih dan kering.
5. Ikat ujung tali pusat sekitar 1 cm dari pusat bayi dengan menggunakan benang disinfeksi tingkat tinggi atau klem plastik tali pusat (disinfeksi tingkat tinggi atau steril). Lakukan simpul kunci atau jepitankan secara mantap klem tali pusat tertentu.
6. Jika menggunakan benang tali pusat, lingkarkan benang sekeliling ujung tali pusat dan dilakukan pengikatan kedua dengan simpul kunci dibagian tali pusat pada sisi yang berlawanan.
7. Lepaskan klem penjepit tali pusat dan letakkan di dalam larutan klorin 0,5% · Selimuti ulang bayi dengan kain bersih dan kering, pastikan bahwa bagian kepala bayi tertutup dengan baik. (Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2002).

5.4.6 Mempertahankan Suhu Tubuh Bayi

Ketika lahir, bayi belum mempunyai kemampuan untuk mengatur suhu badannya sehingga membutuhkan pengaturan dari luar untuk membuatnya tetap hangat. Bayi baru lahir harus dibungkus sehingga mendapatkan kehangatan. Diketahui bahwa suhu tubuh bayi menjadi tolak ukur kebutuhan akan tempat tidur yang

hangat sampai suhu tubuhnya sudah stabil. Suhu bayi harus dicatat (Prawiroharjo, 2002).

Bayi yang mengalami kehilangan panas (*hipotermi*) beresiko tinggi untuk jatuh sakit atau meninggal, jika bayi dalam keadaan basah atau tidak diselimuti mungkin akan mengalami hipoterdak, meskipun berada dalam ruangan yang relatif hangat. Bayi prematur atau berat lahir rendah sangat rentan terhadap terjadinya hipotermia. Pencegah terjadinya kehilangan panas yaitu dengan:

1. Keringkan bayi secara seksama
2. Selimuti bayi dengan selimut atau kain bersih, kering dan hangat
3. Tutup bagian kepala bayi
4. Anjurkan ibu untuk memeluk dan menyusukan bayinya
5. Lakukan penimbangan setelah bayi mengenakan pakaian
6. Tempatkan bayi di lingkungan yang hangat (Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2002).

5.4.7 Pencegahan Infeksi

1. Memberikan vitamin K

Untuk mencegah terjadinya perdarahan karena defisiensi vitamin K pada bayi baru lahir normal atau cukup bulan perlu di beri vitamin K per oral 1 mg/hari selama 3 hari, dan bayi beresiko tinggi di beri vitamin K parenteral dengan dosis 0,5–1 mg IM.

2. Memberikan obat tetes atau salep mata

Untuk pencegahan penyakit mata karena klamidia (penyakit menular seksual) perlu diberikan obat mata pada jam pertama persalinan, yaitu pemberian obat mata eritromisin 0.5 % atau tetrasiklin 1 %, sedangkan salep mata biasanya diberikan 5 jam setelah bayi lahir.

- a. Perawatan mata harus segera dikerjakan, tindakan ini dapat dikerjakan setelah bayi selesai dengan perawatan tali pusat
- b. Yang lazim dipakai adalah larutan perak nitrat atau neosporin dan langsung diteteskan pada mata bayi segera setelah lahir. Bayi baru lahir sangat rentan terhadap infeksi, pastikan untuk melakukan tindakan

pencegahan infeksi seperti mencuci tangan secara seksama sebelum dan setelah melakukan kontak dengan bayi, menggunakan sarung tangan bersih pada saat menangani bayi yang belum dimandikan, memastikan bahwa semua peralatan, termasuk klem gunting dan benang tali pusat telah didisinfeksi tingkat tinggi atau steril, jika menggunakan bola karet penghisap, pakai yang bersih dan baru, memastikan bahwa semua pakaian, handuk, selimut serta kain yang digunakan kemudian memastikan bahwa timbangan, pipa pengukur, termometer, stetoskop dan benda-benda lainnya yang akan bersentuhan dengan bayi dalam keadaan bersih (dekontaminasi dan cuci setiap setelah digunakan) (Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2002).

5.4.8 Identifikasi Bayi

1. Alat pengenalan untuk memudahkan identifikasi bayi perlu di pasang segera pasca persalinan. Alat pengenalan yang efektif harus diberikan kepada bayi setiap bayi baru lahir dan harus tetap ditempatnya sampai waktu bayi dipulangkan.
2. Peralatan identifikasi bayi baru lahir harus selalu tersedia di tempat penerimaan pasien, di kamar bersalin dan di ruang rawat bayi.
3. Alat yang digunakan, hendaknya kebal air, dengan tepi yang halus tidak mudah melukai, tidak mudah sobek dan tidak mudah lepas.
4. Pada alat atau gelang identifikasi harus tercantum nama (bayi, nyonya), tanggal lahir, nomor bayi, jenis kelamin, unit, nama lengkap ibu.
5. Di setiap tempat tidur harus diberi tanda dengan mencantumkan nama, tanggal lahir, nomor identifikasi (Saifudin, 2002).

5.5 Pemeriksaan Fisik pada Bayi Baru Lahir

Pemeriksaan ini bertujuan untuk mengkaji adaptasi BBL dari kehidupan dalam uterus ke kehidupan luar uterus dengan penilaian APGAR. Penilaian dilakukan dengan 3 aspek yaitu :

1. Antropometri yaitu ukuran – ukuran tubuh
2. Sistem organ tubuh yaitu melihat kesempurnaan bentuk tubuh
3. Neurologik yaitu perkembangan organ syaraf (Imroatus, dkk. 2021).

Pengkajian pada bayi baru lahir yang dilakukan segera setelah lahir yaitu untuk mengkaji penyesuaian bayi dari kehidupan intrauterin ke ekstrauterin. Pemeriksaan fisik bayi baru lahir yang lengkap terdiri dari tiga bagian yaitu :

1. Riwayat Bayi baru Lahir ; dikumpulkan dengan tinjauan dan wawancara dengan ibu dan jika mungkin ayah bayi baru lahir. area persoalan termasuk faktor lingkungan, genetik, sosial, medis maternal, perinatal dan neonatus.
2. Pengkajian usia kehamilan meliputi skala untuk pengkajian usia gestasi dan aplikasi pengkajian usia gestasi.
3. Pemeriksaan fisik bayi baru lahir dilakukan dengan melakukan pengukuran antropometri, pemeriksaan neurologis dan pemeriksaan sistem organ dari kepala hingga kaki (Imroatus, dkk. 2021).

Pemeriksaan fisik pada bayi baru lahir memiliki tujuan sebagai berikut :

1. Untuk menentukan status kesehatan pasien
2. Mengidentifikasi masalah
3. Mengambil data dasar untuk menentukan rencana asuhan
4. Untuk mengenal dan menemukan kelainan yang perlu mendapat tindakan segera
5. Untuk menentukan data objektif dari riwayat keperawatan klien (Imroatus, dkk. 2021).

Pemeriksaan fisik pada bayi baru lahir dilakukan dengan beberapa langkah, yaitu :

1. Melakukan informed consent pada ibu atau keluarga bayi
2. Memakai celemek untuk perlindungan diri
3. Mencuci tangan dengan sabun dan air DTT
4. Mengamati dan menilai keadaan bayi, meliputi pernapasan, warna kulit, tangis bayi, tonus dan tingkat aktivitas serta ukuran keseluruhan (Imroatus, dkk. 2021).

Pemeriksaan tanda vital pada bayi dilakukan dengan cara sebagai berikut :

1. Menghitung jumlah pernafasan (inspirasi yang diikuti ekspirasi) dalam 1 menit lalu dicatat
2. Menghitung laju jantung dengan menggunakan stetoskope tepat diatas jantung bayi selama 1 menit
3. Memeriksa suhu bayi, letakkan termometer pada aksila bayi tunggu selama 5-10 menit
4. Perhatikan air raksa pada skala berapa dan catat hasilnya (Imroatus, dkk. 2021).

Menimbang Berat Badan

1. Skala timbangan bayi tepat pada angka 0
2. Letakkan bayi pada timbangan dan lihat skala berapa, dan catat hasilnya
3. Rapihan dan bersihkan alat yang telah digunakan (Imroatus, dkk. 2021).

Mengukur Tinggi/Panjang Badan Bayi

1. Persiapkan meja datar
2. Letakkan bayi dalam posisi ekstensi
3. Letakkan bayi pada garis tengah alat ukur (bila alat ukur tidak ada pakai meteran dan letakka meteran tepat ditengah)
4. Luruskan lutut bayi secara lembut
5. Dorong sehingga kaki ekstensi penuh dan mendatar pada meja datar yang berukuran

6. Lihat berapa panjang atau tinggi bayi dengan melihat angka pada tumit kaki bayi
7. Catat hasilnya (Imroatus, dkk. 2021).

Pemeriksaan Keadaan Kepala Bayi

1. Periksa ubun-ubun, moulase, adanya benjolan dan daerah yang mencekung.
 - a. Raba sepanjang garis sutura dan fontanel, apakah ukuran dan tampilannya normal. Sutura yang berjarak lebar mengindikasikan bayi preterm, moulding yang buruk atau hidrosefalus. Fontanel yang besar terjadi akibat prematuritas atau hidrosefalus sedangkan terlalu kecil terjadi pada mikrosefali. Jika fontanel menonjol diakibatkan peningkatan tekanan intracranial, sedangkan yang cekung akibat dehidrasi. Terkadang teraba fontanel ketiga antara fontanel anterior dan posterior, hal ini terjadi karena adanya trisomi 21
 - b. Perhatikan adanya kelainan congenital seperti mis: anensefali, mikrosefali, kraniotabes dan sebagainya.
 - c. Periksa adanya trauma kelahiran misalnya : caput suksedanum, cepal hematoma, perdarahan subaponeurotik/ fraktur tulang tengkorak.
2. Ukur lingkar kepala bayi dengan melingkarkan pita pengukur mulai dari pertengahan frontalis hingga ketulang atas telinga, oksipitalis atau belakang kepala hingga kembali kefrontalis (Imroatus, dkk. 2021).

Pemeriksaan Keadaan Telinga Bayi

1. Tataplah mata bayi, bayangkan sebuah garis lurus melintas dikedua mata si bayi secara vertikal untuk mengetahui bayi mengalami Syndrom Down. Daun telinga yang letaknya rendah (*low set ears*) terdapat pada bayi yang mengalami sindrom tertentu (*pierre-robin*)
2. Perhatikan adanya kulit tambahan atau aurikel. Hal ini dapat berhubungan dengan abnormalitas ginjal (Imroatus, dkk. 2021).

Pemeriksaan Keadaan Mata Bayi:

1. Periksa jumlah, posisi atau letak mata
2. Periksa kedua mata bayi apakah normal dan bergerak ke arah yang sama
3. Tanda-tanda infeksi pada mata.
4. Periksa adanya strabismus atau koordinasi mata yang belum sempurna
5. Periksa adanya glaucoma congenital, mulanya akan tampak sebagai pembesaran kemudian sebagai kekeruhan pada kornea
6. Katarak congenital akan mudah terlihat yaitu pupil berwarna putih. Pupil harus tampak bulat. Terkadang ditemukan bentuk seperti lubang kunci (*koloboma*) yang dapat mengindikasikan adanya defek retina
7. Periksa adanya trauma seperti pada palpebra, perdarahan konjunktiva atau retina
8. Periksa adanya secret pada mata, konjunktivitis oleh kuman gonokokus dapat menjadi panoftalmia dan menyebabkan kebutaan
9. Apabila ditemukan epichantus melebar kemungkinan bayi mengalami sindrom down
10. Sentuh bulu mata untuk mengetahui Refleks Labirin (Imroatus, dkk. 2021).

Pemeriksaan Keadaan Hidung dan Mulut Bayi

1. Kaji bentuk dan lebar hidung, pada bayi cukup bulan lebarnya harus lebih 2,5 cm.
2. Bayi harus bernapas dengan hidung, jika melalui mulut harus diperhatikan kemungkinan ada obstruksi jalan napas karena atresia koana bilateral, fraktur tulang hidung atau ensefalokel yang menonjol ke nasofaring
3. Periksa adanya secret yang mukopuluren yang terkadang berdarah, hal ini kemungkinan adanya sifilis congenital
4. Periksa adanya pernapasan cuping hidung, jika cuping hidung mengembang menunjukkan adanya gangguan pernapasan
5. Periksa bibir bayi apakah ada sumbing/kelainan

6. Refleks menghisap bayi (*Sucking Refleks*)
7. Rooting Refleks dinilai dengan menekan pipi sibayi maka bayi akan mengarahkan kepalanya ke arah jari anda atau pada saat bayi menyusui dan dapat menilai Refleks menelan bayi (*Swallowing Refleks*) (Imroatus, dkk. 2021).

Pemeriksaan Keadaan Leher Bayi

1. Leher bayi biasanya pendek dan harus diperiksa kesimetrisannya. Pergerakannya harus baik. Jika terdapat keterbatasan pergerakan kemungkinan ada kelainan tulang leher
2. Periksa adanya trauma leher yang dapat menyebabkan kerusakan pada fleksus brakhialis
3. Lakukan perabaan untuk mengidentifikasi adanya pembengkakan. Periksa adanya pembesaran kelenjar *thyroid* dan *vena jugularis*
4. Adanya lipatan kulit yang berlebihan di bagian belakang leher menunjukkan adanya kemungkinan trisomi 21 (Imroatus, dkk. 2021).

Pemeriksaan Keadaan Dada Bayi

1. Periksa kesimetrisan gerakan dada saat bernafas. Apabila tidak simetris kemungkinan bayi mengalami pneumotoraks, paresis diafragma atau hernia diafragmatika. Pernapasan yang normal dinding dada dan abdomen bergerak secara bersamaan. Tarikan sternum atau interkostal pada saat bernapas perlu diperhatikan
2. Pada bayi cukup bulan, putting susu sudah terbentuk dengan baik dan tampak simetris
3. Payudara dapat tampak membesar tetapi ini normal
4. Dengarkan bunyi jantung dan pernafasan menggunakan stetoskop. Ukur dada dengan pita cm. ukuran normal (Imroatus, dkk. 2021).

Pemeriksaan Keadaan Bahu, Lengan dan Tangan Bayi

1. Kedua lengan harus sama panjang, periksa dengan cara meluruskan kedua lengan ke bawah

2. Kedua lengan harus bebas bergerak, jika gerakan kurang kemungkinan adanya kerusakan neurologis atau fraktur
3. Periksa jumlah jari. Perhatikan adanya polidaktili atau sidaktili
4. Telapak tangan harus dapat terbuka, garis tangan yang hanya satu buah berkaitan dengan *abnormalitas kromosom*, seperti trisomi 21
5. Periksa adanya paronisia pada kuku yang dapat terinfeksi atau tercabut sehingga menimbulkan luka dan perdarahan (Imroatus, dkk. 2021).

Pemeriksaan Keadaan Abdomen Bayi

1. Abdomen harus tampak bulat dan bergerak secara bersamaan dengan gerakan dada saat bernapas. Kaji adanya pembengkakan (*palpasi*)
2. Jika perut sampai cekung kemungkinan terdapat hernia diafragmatika
3. Abdomen yang membuncit kemungkinan karena hepatosplenomegali atau tumor lainnya
4. Jika perut kembung kemungkinan adanya enterokolitis vesikalis, omfalokel atau ductus omfaloentriskus persisten (kaji dengan palpasi) Periksa keadaan tali pusat, kaji adanya tanda-tanda infeksi (kulit sekitar memerah, tali pusat berbau) (Imroatus, dkk. 2021).

Periksaan Keadaan Genetalia dan Anus Bayi

1. Pada bayi laki-laki panjang penis 3-4 cm dan lebar 1-1,3 cm. periksa posisi lubang uretra. Prepusium tidak boleh ditarik karena akan menyebabkan fimosis.
2. Periksa adanya hipospadia dan epispadia
3. Skortum harus dipalpasi untuk memastikan jumlah testis ada dua
4. Pada bayi perempuan cukup bulan labia mayora menutupi labia minora
5. Lubang uretra terpisah dengan lubang vagina Terkadang tampak adanya sekrat yang berdarah dari vagina. Hal ini

disebabkan oleh pengaruh hormone ibu (*withdrawlbedding*) (Imroatus, dkk. 2021).

Pemeriksaan Tungkai dan Kaki Bayi

1. Periksa kesimetrisan tungkai dan kaki. Periksa panjang kedua kaki dengan meluruskan keduanya dan bandingkan
2. Kedua tungkai harus dapat bergerak bebas. Kurangnya gerakan berkaitan dengan adanya trauma, misalnya fraktur, kerusakan neurologis
3. Periksa adanya polidaktili atau sidaktili pada jari kaki . Gerakan dan jumlah jari untuk menilai *Refleks Babynsky* dan *Walking* (Imroatus, dkk. 2021).

Pemeriksaan Keadaan Anus Bayi

Periksa adanya kelainan atresia ani (pemerikasaaan dapat dengan memasukkan thermometer rektal kedalam anus), kaji posisinya Mekonium secara umum keluar pada 24 jam pertama, jika sampai 48 jam belum keluar kemungkinan adanya mekonium *plug syndrome*, megakolon atau obstruksi saluran pencernaan (Imroatus, dkk. 2021).

Pemeriksaan Keadaan Punggung Bayi

Balikkan badan bayi dan lihat punggungnya, jalankan jari jemari anda untuk menelusuri punggung bayi untuk merasakan benjolan pada tulang punggungnya.

Keadaan Kulit Bayi

1. Verniks (Tidak perlu dibersihkan untuk Periksa menjaga kehangatan tubuh bayi)
2. Warna kulit
3. Pembengkakan atau bercak-bercak Amati tanda lahir bayi,

Mongolord (hitam hijau) dan Salmon (Merah)

Mencatat seluruh hasil pemeriksaan dan laporkan setiap kali ada kelainan yang anda temukan pada saat pemeriksaan. Membereskan alat dan mencuci tangan (Imroatus, dkk. 2021).

5.6 Pemberian Imunisasi Vaksin pada Bayi

Pemberian imunisasi vaksin hepatitis B 0,5 ml untuk mencegah dari virus hepatitis B yang merusak hati (penyakit kuning). Penularannya secara horizontal, seperti:

1. Dari darah dan produknya
2. Suntikan yang tidak aman
3. Transfusi darah
4. Melalui hubungan seksual Penularan secara vertical
5. Dari ibu ke bayi selama proses persalinan Gejalanya seperti berikut: (a) Merasa lemah (b) Gangguan perut (c) Gejala lain seperti flu, urin menjadi kuning, kotoran menjadi pucat. (d) Warna kuning bisa terlihat pada mata ataupun kulit (Imroatus, dkk. 2021).

Komplisa penyakit ini bisa menjadi kronis yang menimbulkan pengerasan hati (Cirrhosis Hepatis), kanker hati (Hepato Cellular Carcinoma) dan menimbulkan kematian. Cara pemberian dan dosis vaksinasi hepatitis B, yaitu:

1. Dosis 0,5 ml atau 1 (buah) HB PID, secara intramuskuler, sebaiknya pada anterolateral paha.
2. Pemberian sebanyak 3 dosis.
3. Dosis pertama usia 0–7 hari, dosis berikutnya interval minimum 4 minggu (1 bulan).

Kontra indikasi: Penderita infeksi berat yang disertai kejang. Efek Samping: Reaksi lokal seperti rasa sakit, kemerahan dan pembengkakan di sekitar tempat penyuntikan. Reaksi yang terjadi bersifat ringan dan biasanya hilang setelah 2 hari. Penanganan Efek samping:

1. Orang tua dianjurkan untuk memberikan minum lebih banyak (ASI).
2. Jika demam, kenakan pakaian yang tipis.
3. Bekas suntikan yang nyeri dapat dikompres air dingin.
4. Jika demam berikan paracetamol 15 mg/kgBB setiap 3–4 jam (maksimal 6 kali dalam 24 jam).
5. Bayi boleh mandi atau cukup diseka dengan air hangat (Imroatus, dkk. 2021).

Tabel 5.1. Pemberian Imunisasi pada Bayi Baru Lahir

Vaksin	Umur	Penyakit yang dapat dicegah
Hepatitis B	0-7 Hari	Mencegah hepatitis B (kerusakan hati)
BCG	1 Bulan	Mencegah TBC (Tuberkulosis) yang berat
POLIO	1-4 Bulan	Mencegah polio yang dapat menyebabkan lumpuh layu pada tungkai dan lengan
DPT (Difteri,Pertusis,Tetanus)	2-4 Bulan	Mencegah difteri yang menyebabkan penyumbatan jalan nafas, mencegah pertussis atau batuk rejan (batuk 100 hari) dan mencegah tetanus
CAMPAK	9 Bulan	Mencegah campak yang dapat mengakibatkan komplikasi radang paru, radang otak, dan kebutaan

Sumber : (Imroatus, dkk. 2021).

DAFTAR PUSTAKA

- Departemen Kesehatan Republik Indonesia. 2002. Perawatan Bayi Baru Lahir. Jakarta. Republik Indonesia
- El Sinta, Luciana ,SST.,M.Keb, Feni Andriani,S.Keb Bd.,M.Keb, Yulizawati, SST.,M.Keb dan Aldina Ayunda Insani,S.Keb Bd.,M.Keb. 2019 . Buku Ajar Asuhan Kebidanan Pada Neonatus, Bayi dan Balita .Sidoarjo. Indomedia Pustaka.
- JNPK-KR, 2012, Asuhan Persalinan Normal dan Inisiasi Menyusui Dini, JHPIEGO Kerja Sama Save The Children Federation Inc-US, Modul. Jakarta
- Manuaba, I.B.G., I.A.C. Manuaba, dan I.B.G.F. Manuaba. 2007. Pengantar Kuliah Obstetri. Jakarta: EGC.
- Nurhasiyah, Siti Jamil,M.Keb , Febi Sukma,M.Keb dan Hamidah, SST,MKM. 2017. Buku Ajar Asuhan Kebidanan pada Neonatus, Bayi Balita dan Anak Pra Sekolah. Fakultas Kedokteran dan Kesehatan. Universitas Muhammadiyah Jakarta.
- Prawirohardjo dan Wiknjosastro. 2002. Ilmu Kebidanan. Yayasan Bina PustakaSarwono Prawirohardjo. Jakarta
- Prawirohardjo, S. 2013. Ilmu Kebidanan, Jakarta: Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo
- Soleha, Imroatus,Amd.Keb, Windra Munawaroh,Amd.Keb, Yusri Diw Lestari,S.ST.,M.Kes, Bd. Harwin Holilah D.,M.Kes dan Ica Maulina Rifkiyatul Islam,M.Tr.Keb. 2021. Buku Ajar Asuhan Segera Bayi Baru Lahir Normal. Fakultas Kesehatan Diploma III Kebidanan. Universitas Nurul Jadid.

BAB 6

SISTEM RUJUKAN PADA KASUS KEGAWATDARURATAN PERSALINAN

Oleh Rosminah Mansyarif

6.1 Pendahuluan

Angka kematian ibu dan bayi merupakan dua indikator yang lazim digunakan untuk menentukan derajat kesehatan di suatu negara. Di Indonesia dua hal ini menjadi perhatian pemerintah karena angka kematian ibu dan bayi di Tanah Air masuk peringkat tiga besar di ASEAN. Berdasarkan data dari Maternal Perinatal Death Notification (MPDN), sistem pencatatan kematian ibu Kementerian Kesehatan, jumlah kematian ibu pada tahun 2022 mencapai 4.005 dan di tahun 2023 meningkat menjadi 4.129. Sementara itu, untuk kematian bayi pada 2022 sebanyak 20.882 dan pada tahun 2023 tercatat 29.945.

Dalam upaya ini pemerintah mengeluarkan UU No 36 Tahun 2009 mengenai Kesehatan, Dalam pasal 1 ayat 11 disebutkan bahwa dalam Upaya kesehatan ialah setiap sebuah kegiatan atau serangkaian kegiatan yang dibuat secara terintegrasi, terpadu dan secara berkesinambungan untuk merawat dan untuk meningkatkan lebih tinggi derajat kesehatan masyarakat sebagai bentuk, pencegahan penyakit, pengendalian penyakit, peningkatan kesehatan, pengobatan dan pemulihan kesehatan masyarakat oleh pemerintah atau masyarakat (Ainun dkk, 2020).

Pemerintah sudah berusaha menurunkan angka kematian ibu antara lain dengan mengembangkan upaya kesehatan pada fasilitas kesehatan berjenjang mulai dari masyarakat, kader kesehatan, posyandu, polindes (bidan desa), puskesmas (dokter dan bidan) dan rumah sakit (dokter spesialis). Bidan adalah pekerja profesional yang bertanggung

jawab. Sebagai mitra perempuan, seorang ibu memberikan dukungan, asuhan, dan saran selama kehamilan, persalinan, dan masa nifas. Bidan juga bertanggung jawab secara mandiri atas persalinan dan merawat bayi baru lahir (Therecia, 2023) (Pranoto I, 2012).

Pelayanan asuhan ini termasuk upaya pencegahan, mendorong persalinan normal, mengidentifikasi komplikasi pada ibu anak, dan mendapatkan bantuan medis dan tindakan kegawat-daruratan. Konseling dan pendidikan kesehatan adalah tugas penting dan pencegahan yang dapat dilakukan bidan, tidak hanya pada perempuan tetapi juga pada keluarga dan masyarakat. Salah satu topik yang dibahas dalam kegiatan ini adalah pendidikan antenatal dan persiapan calon orang tua, serta pendidikan tentang kesehatan perempuan, kesehatan (Therecia, 2023).

6.2 Kegawatdaruratan

6.2.1 Pengertian

Kegawatdaruratan adalah kejadian yang tidak diduga atau terjadi secara tiba-tiba, seringkali merupakan kejadian yang berbahaya (Dorlan, 2011). Kegawatdaruratan dapat juga didefinisikan sebagai situasi serius dan kadang kala berbahaya yang terjadi secara tiba-tiba dan tidak terduga dan membutuhkan tindakan segera guna menyelamatkan jiwa/nyawa (Campbell, 2000).

Sedangkan kegawatdaruratan obstetri adalah kondisi kesehatan yang mengancam jiwa yang terjadi dalam kehamilan atau selama dan sesudah persalinan dan kelahiran. Terdapat sekian banyak penyakit dan gangguan dalam kehamilan yang mengancam keselamatan ibu dan bayinya (Chamberlain, Geoffrey, & Phillip Steer, 1999).

Kasus gawat darurat obstetri adalah kasus obstetri yang apabila tidak segera ditangani akan berakibat kematian ibu dan janinnya. Kasus ini menjadi penyebab utama kematian ibu janin dan bayi baru lahir (Saifuddin, 2002). Masalah kedaruratan selama kehamilan dapat disebabkan oleh komplikasi kehamilan

spesifik atau penyakit medis atau bedah yang timbul secara bersamaan.

Ukuran keberhasilan dari pertolongan ini adalah waktu tanggap (*respon time*) dari penolong. Pengertian lain dari penderita gawat darurat adalah penderita yang bila tidak ditolong segera akan meninggal atau menjadi cacat, sehingga diperlukan tindakan diagnosis dan penanggulangan segera. Karena waktu yang terbatas tersebut, tindakan pertolongan harus dilakukan secara sistematis dengan menempatkan prioritas pada fungsi vital sesuai dengan urutan ABC, yaitu :

A (*Air Way*) : yaitu membersihkan jalan nafas dan menjamin nafas bebas hambatan

B (*Breathing*) : yaitu menjamin ventilasi lancar

C (*Circulation*): yaitu melakukan pemantauan peredaran darah (Yustina,2020)

6.2.2 Penatalaksanaan Awal Kasus Kegawatdaruratan

Pada saat terjadi kasus kegawatdaruratan hal yang harus petugas kesehatan lakukan yaitu :

1. Petugas kesehatan diharuskan untuk tetap tenang dalam menghadapi pasien
2. Petugas kesehatan diharuskan bersikap untuk tidak panik
3. Petugas kesehatan tidak boleh membiarkan ibu sendirian tanpa penjaga/penunggu
4. Bila tidak ada petugas kesehatan lain, berteriaklah untuk meminta bantuan
5. Jika mendapati ibu tidak sadar, lakukan pengkajian jalan nafas, pernafasan dan sirkulasi dengan cepat
6. Jika dicurigai adanya syok, mulai segera tindakan membaringan ibu miring ke kiri dengan bagian kaki ditinggikan, longgarkan pakaian yang ketat seperti BH/Bra
7. Ajak bicara ibu/klien dan bantu ibu/klien untuk tetap tenang
8. Lakukan pemeriksaan dengan cepat meliputi tanda tanda vital, warna kulit dan perdarahan yang keluar (Yustina,2020)

6.2.3 Pengkajian Awal Kasus Kegawatdaruratan

Pengkajian awal kasus kegawatdaruratan menurut Yustina (2020) yaitu sebagai berikut :

1. Jalan nafas dan pernapasan

Perhatikan adanya sianosis, gawat nafas kemudian lakukan pemeriksaan pada kulit: adakah pucat, suara paru: adakah wheezing, sirkulasi tanda-tanda syok, kaji kulit (dingin), nadi (cepat >110 kali/menit dan lemah), tekanan darah (rendah, sistolik < 90 mmHg) .

2. Pendarahan pervaginam

Bila ada perdarahan pervaginam, tanyakan : Apakah ibu sedang hamil, usia kehamilan, riwayat persalinan sebelumnya dan sekarang, bagaimana proses kelahiran plasenta, kaji kondisi vulva (jumlah darah yang keluar, placenta tertahan), uterus (adakah atonia uteri), dan kondisi kandung kemih (apakah penuh

3. Klien tidak sadar/kejang

Tanyakan pada keluarga, apakah ibu sedang hamil, usia kehamilan, periksa: tekanan darah (tinggi, diastolic > 90 mmHg), temperatur (lebih dari 38°C)

4. Demam yang berbahaya

Tanyakan apakah ibu lemah, lethargic, sering nyeri saat berkemih. Periksa temperatur (lebih dari 39°C), tingkat kesadaran, kaku kuduk, paru-paru (pernafasan dangkal), abdomen (tegang), vulva (keluar cairan purulen), payudara bengkak.

5. Nyeri abdomen

Tanyakan Apakah ibu sedang hamil dan usia kehamilan. Periksa tekanan darah (rendah, systolic < 90 mmHg), nadi (cepat, lebih dari 110 kali/ menit) temperatur (lebih dari 38°C), uterus (status kehamilan).

6. Tanda-tanda Lain

Keluaran darah, adanya kontraksi uterus, pucat, lemah, pusing, sakit kepala, pandangan kabur, pecah ketuban, demam dan gawat nafas.

6.3 Sistem Rujukan

Sistem rujukan adalah jaringan pelayanan kesehatan, organisasi pelayanan kesehatan yang mengawasi pendelegasian tugas dan tanggung jawab pelayanan kesehatan secara vertikal dan horizontal (Permenkes RI 001, 2012). Menurut World Health Organization (WHO), sistem rujukan (referral system) adalah suatu proses dimana tenaga kesehatan dengan sumber daya yang terbatas untuk mengobati kondisi klinis (obat, peralatan, kemampuan) pada satu tingkat sistem kesehatan mencari bantuan dari kesehatan yang lebih baik, fasilitas atau memiliki sumber daya tertentu pada tingkat yang sama atau lebih tinggi, atau mengambil alih pengelolaan kasus pasien (Michael, 2020).

Terdapat potensi untuk menghasilkan rujukan vertikal dan horizontal. Arahkan dapat dilakukan secara vertikal dari satu tingkat layanan ke tingkat layanan lainnya, baik dari tingkat layanan yang lebih rendah ke tingkat layanan yang lebih tinggi atau sebaliknya. Dari rumah sakit tipe C ke rumah sakit tipe B misalnya, yang memiliki fasilitas dan orang yang lebih terspesialisasi. Mulai dari rumah sakit kabupaten hingga rumah sakit provinsi. Rujukan antara penyedia yang beroperasi pada level yang sama dikenal sebagai rujukan horizontal. Perujuk akan beralih ke rujukan horizontal ketika mereka tidak dapat memenuhi kebutuhan pasien mereka karena keterbatasan sementara atau permanen dalam hal fasilitas, peralatan, dan orang. Misalnya, komunikasi dan konsultasi lintas departemen di rumah sakit yang sama, seperti antara departemen kebidanan dan departemen kesehatan anak. Rujukan yang efektif membutuhkan komunikasi antar institusi; tujuannya adalah agar fasilitas yang direkomendasikan mengetahui kondisi pasien dan dapat mengatur perawatan yang diperlukan sebelum pasien datang (Ratnasari, 2017).

Menurut Wahyuni (2018) tujuan dari sistem rujukan meliputi :

1. Setiap pasien menerima perawatan dan dukungan dengan kualitas terbaik.

2. Dapat memberikan layanan perawatan kesehatan yang unggul sehingga tujuan layanan dapat dipenuhi tanpa mengeluarkan biaya yang tidak perlu, dan dapat mendorong kolaborasi dengan memindahkan pasien atau spesimen laboratorium dari unit dengan fasilitas lebih sedikit ke unit dengan fasilitas lebih.
3. Terwujudnya pemerataan kegiatan kesehatan dan pelayanan kesehatan secara menyeluruh dan terpadu untuk meningkatkan mutu, cakupan, dan efisiensi pelayanan kesehatan terpadu.

Menurut Eleni (2020) keuntungan sistem rujukan adalah sebagai berikut :

1. Pasien menerima layanan kesehatan sedekat mungkin dengan tempat tinggal mereka. Ini menyiratkan bahwa bantuan dapat diberikan lebih cepat, terjangkau, dan secara psikologis menawarkan pasien dan keluarga mereka rasa aman.
2. Peningkatan secara berkala diantisipasi untuk memperkuat pengetahuan dan kapasitas aparatur daerah sehingga lebih banyak kasus dapat ditangani di daerahnya masing-masing, dan mempermudah individu di pedesaan atau desa untuk menerima dan menggunakan tingkat keahlian yang lebih tinggi, dan fasilitas.

6.4 Jenis Rujukan

Dalam Sistem Kesehatan Nasional terdapat 2 jenis rujukan, yaitu: rujukan medis dan rujukan kesehatan.

6.4.1 Rujukan Medis

Pelimpahan wewenang dan tanggung jawab terhadap masalah atau situasi medis yang berkembang baik secara vertikal maupun horizontal sebagai respon atas kegagalan fasilitas kesehatan dalam memenuhi tuntutan pasien agar dapat sembuh, mampu mengelola secara wajar, dan memulihkan keadaan kesehatan pasien (Primasari, 2015). Kategori rujukan medis meliputi :

1. *Transfer of specimen* (pemeriksaan laboratorium), pasokan bahan (spesimen) untuk melakukan analisis yang lebih lengkap di laboratorium.
2. *Transfer of patient* (konsultasi diagnostik, tindakan) pengobatan, tindakan operatif.
3. *Transfer of knowledge/personel* Kirimkan tenaga medis yang berkualitas untuk meningkatkan layanan kesehatan setempat. Melalui kuliah, konsultasi pasien, diskusi kasus, dan demonstrasi operasi, para profesional dikirim ke daerah untuk memberikan informasi dan keterampilan.

6.4.2 Rujukan Kesehatan

Hubungan dengan fasilitas yang lebih mumpuni dan lengkap dalam hal pengiriman dan pemeriksaan barang atau sampel. Pemeliharaan dan perlindungan kesehatan seseorang adalah fokus utama kutipan ini. Pelaksanaan sistem rujukan adalah sebagai berikut: pasien yang dirujuk harus diperiksa terlebih dahulu, dan juga harus memenuhi kriteria rujukan. Pasien dirujuk jika satu atau lebih kriteria berikut terpenuhi :

1. Hasil tes fisik menyimpulkan bahwa itu tidak dapat diatasi.
2. Hasil tes fisik dan pemeriksaan medis yang menyertainya terbukti tidak dapat diatasi.
3. Membutuhkan evaluasi dukungan medis yang lebih komprehensif, meskipun pasien harus hadir untuk pemeriksaan.
4. Jika sudah diobati dan dirawat, maka ditetapkan perlu pengkajian dan pengobatan medis di fasilitas kesehatan yang lebih mampu (Eleni, 2020)

6.5 Jenjang Rujukan Pelayanan Kesehatan

Pedoman rujukan nasional menurut Kemenkes (2012) :

1. "Tingkat Rumah Tangga: Pelayanan kesehatan oleh individu atau oleh keluarga sendiri.
2. Tingkat Masyarakat: Kegiatan swadaya masyarakat dalam menolong mereka sendiri oleh kelompok Paguyuban, PKK, Saka Bhakti Husada, Anggota RW, RT dan Masyarakat (Posyandu).

3. Fasilitas Pelayanan Kesehatan Profesional Tingkat I: Puskesmas, Puskesmas Pembantu, Puskesmas Keliling, Praktik Dokter Swasta, Bidan, poliklinik swasta, dll
4. Fasilitas Pelayanan Kesehatan Profesional Tingkat II: RS Kabupaten, RS Swasta, Laboratorium Swasta, dll.
5. Fasilitas Pelayanan Kesehatan Profesional Tingkat III: RS Tipe A dan B serta lembaga spesialis swasta, Laboratorium Kesehatan Daerah dan Laboratorium Klinik swasta”.

Bidan sebagai tenaga kesehatan harus mampu merujuk ibu atau bayi ke institusi kesehatan rujukan yang sesuai secara tepat waktu. Rujukan yang sesuai dengan prinsip BAKSOKUDA efektif (Kemenkes RI, 2013). Dalam menyusun rujukan, akronim "BAKSOKUDA" dapat digunakan untuk mengingat poin-poin penting berikut:

- | | | |
|-----------------|---|--|
| B (Bidan) | : | Pastikan bahwa ibu/bayi/klien didampingi oleh profesional perawatan kesehatan yang berkualitas yang mampu menangani keadaan darurat selama rujukan perjalanan. |
| A (Alat) | : | Membawa alat dan perbekalan yang diperlukan (jarum suntik, infus set, pengukur tekanan darah, stetoskop, oksigen, dll); |
| K (Keluarga) | : | Beritahu ibu dan keluarga mengenai terakhir ibu dan/atau bayi dan mengapa ibu dan/atau bayi perlu di rujuk. Jelaskan pada mereka alasan dan tujuan merujuk ibu ke fasilitas rujukan tersebut. Suami atau anggota keluarga yang lain harus menemani ibu dan/atau bayi baru lahir hingga ke fasilitas rujukan. |
| S (Surat) | : | Surat rujukan yang memuat nama pasien, penyebab rujukan, tindakan dan obat yang diberikan; |
| O (Obat-obatan) | : | Bawalah obat-obatan yang diperlukan, seperti obat-obatan vital, selama perjalanan; Dampingi keluarga pasien dan beritahu |

- mereka tentang kondisi terbaru pasien dan alasan rujukan. Anggota keluarga lainnya wajib menemani pasien ke pusat rujukan. Ingatkan keluarga untuk membawa dana yang cukup untuk persiapan administrasi di tempat rujukan.
- K (Kendaraan) : Siapkan kendaraan yang sesuai untuk membawa ke tempat rujukan, yang memungkinkan pasien untuk melakukan perjalanan dengan cepat dan nyaman ke lokasi rujukan;
- U (Uang) : Ingatkan pada keluarga agar membawa uang dalam jumlah yang cukup untuk membeli obat-obatan yang diperlukan dan bahan-bahan kesehatan lain yang diperlukan selama ibu dan atau bayi baru lahir tinggal di fasilitas rujukan.
- DA (Darah) : Siapkan kantong darah berdasarkan golongan darah pasien atau calon donor darah dari keluarga untuk mencari kasus potensial yang membutuhkan donor darah.

Sumber : Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (2013)

Proses rujukan yang tidak akurat dan lambat merupakan kelemahan sistem pelayanan kesehatan. Perempuan dan bayi meninggal ketika layanan di fasilitas kesehatan kurang dimanfaatkan atau ketika layanan rujukan untuk ibu dan bayi tertunda, memaksa pasien untuk datang sangat terlambat ke fasilitas layanan rujukan (Tirtaningrum, 2018).

6.6 Perencanaan Rujukan

Menurut Kemenkes (2012)

1. Rujukan harus mendapat persetujuan dari pasien/anggota keluarga, dan beberapa hal harus dikomunikasikan, antara lain: diagnosis dan tindakan medis yang diperlukan; alasan merujuk ibu; risiko yang mungkin timbul jika rujukan tidak dilakukan; risiko yang mungkin timbul selama rujukan;

waktu yang tepat untuk merujuk dan durasi yang diperlukan untuk merujuk; tujuan rujukan; modalitas dan moda transportasi yang digunakan; nama tenaga kesehatan yang akan mendampingi ibu; dan tujuan rujukan.

2. Menghubungi pusat pelayanan kesehatan yang menjadi tujuan rujukan dan memberikan informasi kepada petugas kesehatan yang akan menerima pasien sebagai berikut: indikasi rujukan, kondisi ibu dan janin, rencana terkait prosedur teknis rujukan (termasuk kondisi lingkungan dan cuaca di tujuan rujukan), kesiapan sarana dan prasarana di tempat tujuan rujukan, dan pengelolaan yang dilakukan selama dan sebelum pengangkutan.
3. Informasi yang harus dicatat oleh pusat pelayanan kesehatan yang akan menerima pasien adalah: nama pasien, nama tenaga kesehatan yang merujuk, alasan rujukan, kondisi ibu dan janin, pengobatan sebelumnya, serta nama dan profesi tenaga kesehatan pendamping.
4. Pastikan bahwa data tersebut telah didokumentasikan dan diketahui oleh tenaga kesehatan di Puskesmas dimana pasien akan disambut saat berkomunikasi melalui telepon.
5. Lengkapi dan kirimkan dokumen-dokumen berikut ini (secara langsung atau melalui faksimili) sesegera mungkin: formulir rujukan pasien (berisi sekurang-kurangnya identitas ibu, hasil pemeriksaan, diagnosis kerja, terapi yang telah diberikan, tujuan rujukan, serta nama dan tanda tangan pemberi pelayanan tenaga kesehatan); fotokopi rekam medis kunjungan antenatal; fotokopi rekam medis yang berkaitan dengan kondisi saat ini; hasil pemeriksaan pendukung; dokumen lain untuk tanggung jawab fidusia; dokumen lain untuk tanggung jawab fidusia; dokumen lain untuk fidusia
6. Pastikan ibu yang dirujuk memakai gelang pengenalan, dan bila ada indikasi, tempatkan pasien pada selang infus ukuran 16 atau 18.
7. Setelah mendiskusikan kondisi pasien dengan petugas kesehatan di lokasi yang dirujuk, segera mulai penatalaksanaan dan pemberian obat sesuai indikasi.

- Sebelum mengangkut pasien, semua perawatan darurat dan prosedur resusitasi harus diselesaikan.
8. Pastikan bahwa semua alat penelitian dan perlengkapan perjalanan yang diperlukan sudah dikemas, mengingat segudang masalah yang mungkin muncul selama perjalanan, dan selalu siap menghadapi skenario terburuk.
 9. Evaluasi kembali faktor-faktor berikut sebelum merujuk pasien: kondisi pasien secara keseluruhan; tanda-tanda vital pasien (nadi, tekanan darah, suhu, dan pernapasan); detak jantung janin; presentasi pasien; dilatasi serviks pasien; posisi janin pasien; kondisi ketuban; dan kekuatan, frekuensi, dan durasi kontraksi rahim pasien.
 10. Melengkapi temuan pemeriksaan harus nama praktisi perawatan kesehatan yang melakukan pemeriksaan terakhir, serta tanggal dan waktu pemeriksaan tersebut.

6.7 Alur dan Skema Rujukan

Menentukan kegawatdaruratan pada tingkat kader, bidan desa, puskesmas pembantu dan puskesmas dilanjutkan dengan menentukan tempat rujukan, memberikan informasi kepada penderita dan keluarganya, mengirimkan informasi pada tempat rujukan yang dituju, persiapan penderita, dan mengirimkan penderita ke tempat rujukan serta tindak lanjut penderita (Eleni,2020). Alur pelayanan rujukan kegawatdaruratan obstetri dan neonatal adalah sebagai Berikut :

1. Sistem rujukan kegawatdaruratan maternal dan neonatal mengacu pada prinsip utama kecepatan dan ketepatan tindakan, efisiensi, efektifitas, dan sesuai dengan kemampuan dan kewenangan fasilitas pelayanan, dan setiap kasus kegawatdaruratan obstetri dan neonatal yang datang ke PONED Puskesmas harus dikelola secara langsung sesuai dengan prosedur dan buku acuan nasional kesehatan ibu dan bayi baru lahir.
2. Setelah kondisi pasien stabil, diputuskan apakah akan dirawat di tingkat Puskesmas PONED atau dipindahkan ke RS PONEK untuk perawatan lebih lanjut.

3. Masyarakat umum memiliki akses langsung ke semua fasilitas perawatan kebidanan dan bayi baru lahir untuk keadaan darurat. Bidan di desa dan polindes dapat memberikan asuhan langsung kepada ibu hamil, ibu bersalin, dan ibu nifas yang datang sendiri atau dirujuk oleh kader masyarakat (Eleni, 2020)

Kemampuan atau melakukan rujukan ke Puskesmas, PONED dan PONEK sesuai dengan tingkat pelayanan.

1. Pasien yang datang sendiri ke Puskesmas atau dirujuk oleh kader dan mengalami kegawatdaruratan obstetri atau neonatal harus distabilkan terlebih dahulu oleh Puskesmas sebelum dipindahkan ke RS PONED atau RS PONEK. Kriteria ini harus dipenuhi agar transfer dapat dilakukan.
2. Fasilitas kesehatan PONED dapat memberikan pelayanan langsung kepada ibu hamil, bersalin, nifas, dan bayi baru lahir yang datang sendiri atau yang dirujuk oleh kader, bidan desa, atau puskesmas. Layanan ini meliputi perawatan kehamilan, perawatan persalinan, perawatan nifas, dan perawatan bayi baru lahir. Asuhan kebidanan, asuhan nifas, dan asuhan ibu nifas merupakan bagian dari pelayanan tersebut, yang juga mencakup kemampuan dalam memberikan asuhan nifas. Puskesmas PONED mampu menangani sendiri berbagai kondisi atau mengirim pasien ke RS PONEK sesuai dengan kemampuan dan bidang praktik yang diperbolehkan.
3. Rumah Sakit PONEK yang buka 24 jam sehari mampu memberikan perawatan langsung kepada ibu hamil, ibu bersalin, dan ibu nifas, selain memberikan perawatan kepada bayi yang datang sendiri atau dirujuk.
4. Bantuan yang diberikan oleh pemerintah nasional, negara bagian, dan lokal di bidang manajemen, administrasi, dan keuangan sangat penting untuk pengoperasian layanan kebidanan darurat dan perawatan neonatal yang efisien. Pokja/Satgas Gerakan Cinta Ibu (GSI) adalah semacam kemitraan fungsional yang melibatkan lembaga swadaya masyarakat di tingkat provinsi dan kabupaten, rumah sakit

swasta, rumah bersalin, dokter, dan bidan praktek mandiri (BPM) yang berhasil mengkoordinasikan pekerjaan (Eleni, 2020)

DAFTAR PUSTAKA

- Campbell, Neil A., dan Jane B. Reece. 2000. Biologi. Jakarta: Erlangga.
- Chamberlain, Geoffrey, dan Phillip Steer. 1999. Perfect Health: The Complete Mind/ Body Guide. New York: Random House Inc
- Dorland, N. 2011. Kamus Saku Kedokteran Dorland. Jakarta: EGC.
- Kementerian Kesehatan RI (2013). Buku Saku pelayanan Kesehatan Ibu Di Fasilitas Kesehatan Dasar Dan Rujukan. Jakarta: Unicef; USAID; UNFPA
- Kementerian Kesehatan RI. (2012) Pedoman Sistem Rujukan Nasional. Jakarta: Direktorat Jenderal Bina Upaya Kesehatan Kementerian Kesehatan RI
- Kementerian Kesehatan RI. (2012) Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1 Tahun 2012 Tentang Sistem Rujukan Pelayanan Kesehatan Perorangan. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI. <http://hukor.kemkes.go.id/hukor/permenkes/2012>.
- Kenanga, Eleni Purbasary, dkk. 2020. Kegawatdaruratan Maternal dan Neonatal. Bandung. CV. Media Sains Indonesia
- Michael, M. (2020). Reviving the Functionality of the Referral System in Uganda. Retrieved from <https://www.udn.or.ug/udn-media/news/147-reviving-the-functionality-of-the-referral-system-inuganda.html>
- Pranoto, I., Widyastuti, Y., Sihotang, P. C., & Santi, M. Y. (2012). Patologi Kebidanan. Yogyakarta. Fitramaya.
- Primasari, K. L. (2015). Analisis Sistem Rujukan Jaminan Kesehatan Nasional RSUD Dr. Adjidarmo Kabupaten Lebak. Jurnal Administrasi Rumah Sakit Indonesia (ARSI), 1(2), 79–87. <https://journal.fkm.ui.ac.id/arsi/article/view/2173/711>.
- Ratnasari, D. (2017). Analisis Pelaksanaan Sistem Rujukan Berjenjang Bagi Peserta JKN di Puskesmas X Kota Surabaya. JAKI, 5(2), 145-154 <https://doi.org/10.20473/jaki.v5i2.2017.145-154>
- Saifuddin, Abdul Bari. 2002. Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan Maternal Dan Neonatal. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.

- Tirtaningrum, D. A., Sariatmi, A., & Suryoputro, A. (2018). Analisis Response Time Penatalaksanaan Rujukan Kegawatdaruratan Obstetri Ibu Hamil. *Media Kesehatan Masyarakat Indonesia*, 14(2), 139-146. <https://doi.org/10.30597/mkmi.v14i2.2866>.
- Wahyuni. E. D. (2018). *Asuhan Kebidanan Komunitas*. Jakarta. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. [https://pustaka.ut.ac.id/lib/wpcontent/uploads/pdfmk/DA PU6107-M1.pdf](https://pustaka.ut.ac.id/lib/wpcontent/uploads/pdfmk/DA%20PU6107-M1.pdf)
- Wijayanti, Therecia, dkk . 2023. *Asuhan Kebidanan pada Ibu Bersalin dan Bayi Baru Lahir*. Purbalingga .Eureka Media Aksara.
- Yantiana, Yustiana Guru, dkk. 2020. *Kegawatdaruratan Maternal dan Neonatal*. Bandung. CV. Media Sains Indonesia

BIODATA PENULIS



Vedjia Medhyna

Dosen Program Studi Sarjana Kebidanan dan
Pendidikan Profesi Bidan
Universitas Fort De Kock

Penulis lahir di Lubuk Sikaping tanggal 16 Mei 1987. Penulis adalah dosen tetap dan Ka Prodi di Program Studi Sarjana Kebidanan dan Pendidikan Profesi Bidan Universitas Fort De Kock. Menyelesaikan pendidikan DIV di Sekolah Tinggi Indonesia Maju Jakarta dan melanjutkan S2 pada Jurusan Kebidanan di Universitas Andalas. Penulis menekuni bidang Menulis sejak tahun 2019

BIODATA PENULIS



Ika Kania Fatdo Wardani, SST., M.Kes

Penulis lahir di Bekasi, tanggal 17 Januari 1987. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Sarjana Kebidanan dan Pendidikan Profesi Bidan, Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Medika Suherman (UMS).

Penulis menyelesaikan Pendidikan Diploma Tiga Kebidanan di STIKes Mitra Ria Husada Jakarta, Diploma Empat Kebidanan di Universitas Padjadjaran (UNPAD) Bandung, dan Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat di Universitas Respati Indonesia (URINDO) Jakarta.

Penulis menekuni bidang Pendidikan kebidanan sejak tahun 2010 di Universitas Medika Suherman, dengan pengalaman sebagai dosen mata kuliah Asuhan Kebidanan Pada Kehamilan, Komunikasi dalam praktik kebidanan dan sebagai preceptor pada Praktek Asuhan Kebidanan Pada Kehamilan serta aktivitas lain yang dilakukan adalah sebagai peneliti dan pengabdian kepada masyarakat yang sudah terpublikasi pada jurnal terkreditasi. Pengalaman lain yaitu sebagai Kepala Biro Kerjasama dan Humas di Universitas Medika Suherman (UMS) sejak tahun 2019 s.d 2023.

BIODATA PENULIS



SARTINA,S.ST.,M.Keb

Dosen Program Studi DIII Kebidanan
Politeknik Paramata Raha

Penulis lahir di Lambu Balano pada 9 Mei Tahun 1975. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi DIII Kebidanan di Politeknik Paramata Raha. Menyelesaikan pendidikan D4 pada Jurusan Kebidanan di Poltekes Kemenkes Makassar pada Tahun 2011 dan melanjutkan S2 pada Jurusan Kebidanan pada tahun 2017 di Universitas Hasauddin. Selain menjadi dosen program studi DIII Kebidanan, penulis juga menduduki jabatan sebagai Wakil Direktur III di Politeknik Paramata Raha. Penulis menekuni bidang Menulis. Terbukti dengan berbagai jurnal yang terkreditasi internasional dan dan SINTA yang telah terbit.

BIODATA PENULIS



Ratih Kusuma Wardhani,S.ST.,M.Keb.

Dosen Program Studi Sarjana Terapan Kebidanan
Jurusan Kebidanan – Poltekkes Kemenkes Malang

Penulis lahir di Mojokerto tanggal 05 Desember 1987. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Sarjana Terapan Kebidanan Malang Jurusan Kebidanan, Politeknis Kesehatan Kementerian Kesehatan Malang. Menyelesaikan pendidikan D4 pada jurusan Bidan Klinik dan melanjutkan S2 pada JurusanKebidanan. Penulis menekuni bidang Menulis.

Penulis pernah mendapat dana Hibah Penelitian Dosen Pemula Tahun 2019 dan 2021 dari Kemenristekdikti

BIODATA PENULIS



Wa Ode Siti Asma, S.ST., M.Kes
Dosen Program Studi DIII Kebidanan
Politeknik Paramata Raha

Penulis lahir di Bonea pada tanggal 23 Juli 1981. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi DIII Kebidanan di Politeknik Paramata Raha. Menyelesaikan pendidikan D4 pada Jurusan Kebidanan di Poltekes Kemenkes Makassar pada Tahun 2008 dan melanjutkan S2 pada Jurusan Kesehatan Masyarakat bidang studi Kesehatan Reproduksi pada tahun 2012 di Universitas Indonesia Timur. Selain menjadi dosen program studi DIII Kebidanan, penulis juga menduduki jabatan sebagai Wakil Direktur 1 di Politeknik Paramata Raha. Penulis tidak hanya aktif dalam bidang akademik, penulis juga merupakan Kepala Puskesmas Rambiha Sangkula di Kabupaten Muna. Penulis menekuni bidang Menulis. Terbukti dengan berbagai jurnal yang terakreditasi internasional dan dan SINTA yang telah terbit.

BIODATA PENULIS



Bd. Rosminah Mansyarif, S.SiT., M.Kes

Dosen Program Studi DIII Kebidanan
Politeknik Paramata Raha

Penulis lahir di Fongkaniwa pada 3 Januari 1973. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi DIII Kebidanan di Politeknik Paramata Raha. Menyelesaikan pendidikan D4 pada Jurusan Kebidanan di Universitas Gadjah Mada pada Tahun 2006 dan melanjutkan S2 Bidang Studi Kesehatan Reproduksi pada tahun 2012 di Universitas Indonesia Timur. Selain menjadi dosen program studi DIII Kebidanan, penulis juga menduduki jabatan sebagai Ketua Ikatan Bidan Indonesia Kabupaten Muna. Penulis menekuni bidang Menulis. Terbukti dengan berbagai jurnal yang terakreditasi internasional dan SINTA yang telah terbit.