

## **BAB II**

### **KAJIAN KASUS DAN TEORI**

#### **A. KAJIAN KASUS**

##### **1. Asuhan kebidanan kehamilan**

###### **a. Pengkajian tanggal 09 Maret 2026 dengan kunjungan rumah**

Ibu mengatakan nyeri dibagian belakang, sering kencing, susah BAB dan gatal- gatal pada badannya. riwayat menstruasi teratur, dengan HPHT 06/07/2025 dan HPL 13/04/2026, dengan UK 35<sup>+1</sup> minggu Gerak janin aktif dalam 12 jam terakhir lebih dari 10 kali Gerakan. Ini adalah kehamilan pertama, belum pernah keguguran.

Ibu mengatakan sehari- hari makan 3-4 kali, porsi sedang dengan jenis makanan yang dikonsumsi ada nasi, sayur, lauk dan jarang mengkonsumsi buah. Ibu mengatakan tidak alergi makanan. Ibu mengaku istirahat cukup, sehari- hari melakukan pekerjaan rumah tangga. Berdasarkan riwayat kesehatan, Ny. R mengatakan keluarga pernah/sedang menderita penyakit hipertensi dan DM. Ny. R tidak menderita penyakit TBC, hepatitis, IMS, dan tidak memiliki keturunan kembar. Ny. R mengatakan ia tidak ada alergi terhadap obat, makanan, dan udara.

Pemeriksaan status gizi pada buku KIA berdasarkan TB: 155 cm, BB sebelum hamil 56 kg dengan hasil IMT, 23,3 kg/m<sup>2</sup>. dan ukuran LILA 24,5 cm yang menunjukkan bahwa status gizi termasuk dalam kategori Normal. TD 116/83 mmHg, N; 78x/ menit, MAP:94. Pemeriksaan terakhir di buku KIA pada tanggal 08-03-2026 di klinik Kurnia dengan Hasil pemeriksaan BB: 74.7, USG UK 34 minggu, Janin Tunggal, presentase kepala, plasenta di korpus tidak menutupi OUE, air ketuban cukup, Jenis kelamin Laki- laki, TBJ 2544 gr. Pemeriksaan

HB terakhir di puskesmas Kota Gede pada tanggal 23-02-2026 dengan Hb 13,0 g/dl, Gds 81, Protein urin negatif, bakteri positif.

Hasil pemeriksaan laboratorium pada trimester 1 yaitu HB 11,6 g/dl, HbSAg non reaktif, tes HIV/AIDS non reaktif, Syphilis non reaktif, urine protein negatif, Reduksi urin negatif.

b. Pengkajian di Puskesmas tanggal 7 April 2026

Ibu datang bersama suami ingin kontrol kehamilan di puskesmas Jetis Kota, ibu mengatakan bagian belakang pinggang nyeri, sering kencing dan perut bawah terasa nyeri. Ibu mengatakan ingin merencanakan persalinan di Puskesmas Jetis Kota. Berdasarkan HPHT 06/07/2025 umur kehamilan ibu 39<sup>+2</sup> minggu.

Hasil pemeriksaan TTV 117/68 mmhg, N; 77x/ menit, MAP 84, BB: 78 kg. Pemeriksaan fisik mata tidak menunjukkan tanda anemis. Pada pemeriksaan abdomen, pembesaran tampak memanjang, tidak ada bekas luka dan terdapat striae gravidarum, TFU berdasarkan pengukuran McDonald adalah 34 cm. Letak janin memanjang, punggung di kiri dengan presentasi kepala sudah masuk panggul. DJJ 148 kali per menit. Berdasarkan TFU, TBJ adalah 3.565 gram.

Hasil pemeriksaan laboratorium kadar Hb yaitu 13,1 gr/dl, Gds 100, dan protein urin negatif

Hasil pemeriksaan USG oleh dokter, Presentasi kepala DJJ 148 x/menit, plasenta difundus, air ketuban cukup, Estimasi berat janin 3.570 gram, setelah USG ibu di screening pada kartu skrining persalinan dan dinyatakan oleh dokter di ACC melahirkan di Puskesmas Jetis Kota.

2. Asuhan kebidanan persalinan

Pada tanggal 10-04-2026 pukul 10.50 WIB. Ibu datang dengan keluhan perut kencang- kencang tambah sakit, ada lendir darah yang keluar. Ibu mengatakan perutnya kencang kencang sejak tadi pagi jam 5 beserta lendir darah. Hasil pemeriksaan TTV TD: 126/78 mmHg, N: 77x/menit, S:36.6 °C

R 16x/menit, SpO2 99%, HIS 1 kali 10 menit 15 detik, DJJ 133x/menit. ,Pemeriksaan dalam: U/V tenang, dinding vagina licin, servik lunak, pembukaan 1 cm, selket +, air ketuban -, STLD +. Hodge II

Pukul 15.00 WIB ibu mengatakan kencang- kencang bertambah. Ku: baik, TD: 117/88 mmHg, N: 82 x/ menit, R: 20x/menit, S: 36.5. His 2 kali 10 menit 25 detik, DJJ 139 x/ menit, Pemeriksaan dalam: U/V tenang, dinding vagina licin, servik lunak, pembukaan 2 cm, selket +, air ketuban -, STLD +, Hodge II.

Pukul 20.00 WIB ibu mengatakan kencang- kencang bertambah. Ku: baik, TD: 128/84 mmHg, N: 88 x/ menit, R: 20x/menit, S: 36.7°C. His 2 kali 10 menit 15 detik, DJJ 139 x/ menit, Pemeriksaan dalam: U/V tenang, dinding vagina licin, servik lunak, pembukaan 3 cm, selket +, air ketuban -, STLD +, Hodge II.

Pada tanggal 11-04-2026 Pukul 00.00 WIB ibu mengatakan kencang-kencang bertambah dan semakin sakit. Ku: baik, TD: 117/88 mmHg, N: 82 x/ menit, R: 20x/menit, S: 36.5°C. His 4 kali 10 menit 40 detik, DJJ 139 x/ menit, Pemeriksaan dalam: U/V tenang, dinding vagina licin, servik lunak, pembukaan 6 cm, selket +, air ketuban -, STLD +, Hodge II.

Pukul 02.00 WIB ibu mengatakan ketuban pecah spontan. Ku:. His 4 kali 10 menit 45 detik, DJJ 135 x/ menit, Pemeriksaan dalam: U/V tenang, dinding vagina licin, servik lunak, pembukaan 8 cm, selket -, air ketuban +, STLD +, Hodge II.

Pukul 03.30 WIB ibu mengatakan ingin mengejan. TD: 112/80 mmHg, N: 80 x/ menit, R: 20x/menit, S: 36.5°C.Ku:. His 5 kali 10 menit 45 detik, DJJ 145 x/ menit, Pemeriksaan dalam: U/V tenang, dinding vagina licin, servik tidak teraba, pembukaan 10 cm, selket - , air ketuban +, STLD +, Hodge III-IV.

Ibu memasuki persalinan kala II. Ibu diajarkan mengejan kemudian dipimpin persalinan oleh bidan. Ibu melahirkan spontan jam 04.00 WIB

dalam usia kehamilan aterm 39<sup>+5</sup> minggu. Bayi baru lahir cukup bulan, menangis kuat dan kulit kemerahan. Bayi baru lahir memiliki BB 3.490 gram dan PB 49 cm, Jenis kelamin laki-laki LK/LD/Lila 33/33.5/12

2. Asuhan kebidanan bayi baru lahir

Bayi lahir tanggal 10-04-2026 pukul 04.00 WIB di tolong oleh Bidan, cukup bulan, menangis beberapa saat. Bayi dilakukan IMD. Pemeriksaan antropometri dalam batas normal BB 3.490 gram, PB 49 cm, LK 33 cm, LD 33.5 cm, LILA 12 cm. meconium +, Anus +. Bayi diberi salep, mata suntik vitamin K, jaga kehangatan dan diberi imunisasi HB 0.

3. Asuhan Kebidanan Masa Nifas

a. KF 1 tanggal 11-04-2026 (6 jam Post Partum)

Ibu mengeluh nyeri pada luka jahitan dan merasa ngantuk serta lelah. Ibu sudah bisa duduk, berjalan, BAK.

Hasil pemeriksaan TD 129/65 mmHg, N: 99x/menit, S: 36,5°C, SPO2 98%. TFU 1 jari di bawah pusat, uterus keras, PPV lochea Rubra 80 ml, ASI keluar sedikit.

b. KF 2 tanggal 14 April (Hari ke 3)

Pada tanggal 14-04-2026 ibu dan bayi datang untuk kontrol di Puskesmas Jetis Kota. ibu mengatakan masih merasakan nyeri di luka jahitan perineum. Ibu mengaku kurang istirahat karena harus bangun tengah malam untuk menyusui. Ibu masih butuh bantuan keluarga untuk melakukan aktivitas rumah tangga seperti menyapu, memasak, mencuci baju. BAK dan BAB tidak ada keluhan. Ibu ganti pembalut 3-4 kali sehari. Ibu makan minum dalam batas normal, makan 3-4 kali sehari dengan jenis makanan nasi, sayur, lauk dan buah. Ibu minum air putih minimal 10 gelas lebih dalam sehari. Ibu menyusui bayi 2 jam sekali seperti anjuran bidan dengan bergantian payudara. ASI sudah lancar. Pada pemeriksaan umum, keadaan ibu baik, TD: 135/79 mmHg, N: 110x/menit, R: 20 x/menit, S: 36,1 °C. TFU 3 jari di bawah pusat

dan Lochea Sanguilenta. Jahitan baik namun bagian bawah jahitan masih agak basah.

c. KF 3 tanggal 19 April di Rumah Ny R (Hari ke 8)

Ibu mengatakan sudah tidak ada keluhan. Ibu mengaku dapat beristirahat cukup karena keluarga membantu pekerjaan rumah tangga, merawat ibu dan bayi. Ibu sudah bisa melakukan aktivitas rumah tangga seperti menyapu, memasak, mencuci baju tanpa keluhan. Ibu sudah BAK dan BAB, tidak ada keluhan. Ibu ganti pembalut 3 kali sehari. Ibu makan minum dalam batas normal, makan 3-4 kali sehari dengan jenis makanan nasi, sayur, lauk dan buah. Ibu minum air putih minimal 10 gelas lebih dalam sehari. Pada pemeriksaan umum, keadaan ibu baik. TD:118/69 mmHg, N: 79x/menit, R: 18 x/menit. Pemeriksaan fisik ibu Puting ibu menonjol dan tidak lecet, tidak ada bendungan ASI ataupun benjolan lain. TFU pertengahan pusat dan simpisis dan perdarahan dalam batas normal yaitu lochea serosa. Jahitan baik dan sudah kering.

d. KF 4 tanggal 25 April di Rumah Ny R (Hari ke 14)

Pada tanggal 25-April-2026, ibu mengatakan tidak ada keluhan. Pada pemeriksaan umum, keadaan ibu baik. TD:115/67 mmHg, N: 82x/menit, R: 18 x/menit. ASI sudah lancar dan tidak ada masalah menyusui. Ibu mengatakan darah nifas berhenti, tidak ada pengeluaran cairan dari jalan lahir.

4. Asuhan Kebidanan Neonatus

a. KN 1 tanggal 11-04-2026 di Puskesmas (6 jam setelah persalinan)

Bayi lahir spontan tanggal 11-04-2026 jam 04.00 WIB. Bayi lahir tidak ada komplikasi dan dilakukan IMD serta rawat gabung. Bayi telah diberi injeksi vitamin K dan imunisasi HB-0. Bayi belum BAK dan BAB 1 kali setelah persalinan. Tali pusat bayi masih basah, Bayi mau menyusu ASI saja 2 jam sekali walaupun ASI masih sangat sedikit. bayi

tidak ada tanda bahaya seperti napas cepat atau kulit kebiruan (sianosis). Tidak ada ikterus pada bayi.

b. KN 2 tanggal 14-04-2026 di Puskesmas (Hari ke 3)

Ibu mengatakan bayi tidak ada keluhan. Kebiasaan eliminasi bayi yaitu BAK 3-4 kali sehari dan BAB 3- 5 kali sehari. Bayi menyusu ASI saja dengan frekuensi 2 jam sekali atau lebih cepat. BB: 3140 gram, PB 49 cm, HR 145x/menit, RR 44x/menit, Spo2 96%. ikterus pada bayi sampai dengan kaki, BB turun sampai dengan 10 % sehingga bayi harus di rujuk untuk pemeriksaan lebih lanjut berkaitan dengan ikterusnya.

c. KN 3 tanggal 19-04-2026 di rumah (Hari ke 8)

Ibu mengatakan bayi tidak ada keluhan dan ibu mengatakan hasil pemeriksaan rujukan kemarin bayinya masih dalam batas normal sehingga tidak perlu dilakukan rawat inap. Dokter mengatakan menyusui sesering mungkin setiap 2 jam. Kebiasaan eliminasi bayi yaitu BAK 5-6 kali sehari dan BAB 4 - 5 kali sehari. Bayi menyusu ASI saja dengan frekuensi 2 jam sekali atau lebih cepat. Tidak ada ikterus pada bayi dan tali pusat sudah lepas.

2. Asuhan Kebidanan Pelayanan Kontrasepsi tanggal 19 (Hari ke 8) dan 25 April di Rumah Ny R (Hari ke 14)

Kunjungan KB yang I Pada tanggal 19 April 2026, ibu masih menyusui dan belum mendapat haid. Ibu mengatakan masih bingung mau menggunakan KB untuk dirinya. Ibu hanya mengetahui KB suntik, belum begitu memahami tentang KB yang lain

Kunjungan KB yang ke 2 Pada tanggal 25 April 2026 Pada pengkajian KB, ibu mengatakan berencana akan menggunakan KB suntik 3 bulan setelah mendapatkan menstruasi pertama pasca persalinan, dan saat ini belum aktif berhubungan seksual dengan suami.

## B. Kajian Teori

### 1. Asuhan kebidanan Berkelanjutan

*Continuity of care* dalam kebidanan merupakan serangkaian kegiatan pelayanan berkesinambungan mulai dari kehamilan, persalinan, nifas, bayi baru lahir, serta keluarga berencana. Kemenkes RI menyatakan bahwa Asuhan Kebidanan Berkelanjutan terdiri dari Pelayanan Kesehatan Masa Sebelum Hamil, Masa Hamil, Persalinan, dan Masa Sesudah Melahirkan, Penyelenggaraan Pelayanan Kontrasepsi, serta Pelayanan Kesehatan Seksual yang diselenggarakan dengan pendekatan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif dan dilaksanakan secara menyeluruh terpadu dan berkesinambungan. *Continuity of care* yang dilakukan oleh bidan pada umumnya berorientasi untuk meningkatkan kesinambungan pelayanan dalam suatu periode.<sup>7</sup>

### 2. Konsep Dasar Kehamilan

#### a. Defenisi

Kehamilan merupakan suatu proses pertumbuhan dan perkembangan janin yang dimulai dari konsepsi sampai dengan lahirnya janin yang mempengaruhi keadaan fisik, mental, dan sosial ibu. Lamanya hamil normal adalah 280 hari (40 minggu atau 9 bulan 7 hari). Kehamilan adalah proses reproduksi yang normal, namun perlu perawatan diri yang khusus agar ibu dan janin dalam kondisi sehat. Karena itu kehamilan yang normal pun mempunyai resiko kehamilan, namun tidak secara langsung meningkatkan resiko kematian ibu.<sup>8</sup>

Kehamilan adalah proses dimulainya konsepsi sampai dengan lahirnya janin, normalnya lama kehamilan adalah 280 hari (40 minggu atau 9 bulan 7 hari) dihitung dari hari pertama haid terakhir. Kehamilan dibagi menjadi beberapa periode antenatal yaitu 3 trimester, yang dimana trimester I dimulai dari konsepsi sampai 3 bulan, trimester II dari bulan ke 4 sampai 6 bulan, dan trimester III dari bulan ke 7 sampai

ke 9. Umur kehamilan dapat diketahui melalui perhitungan dari dari hari pertama haid Terakhir (HPHT) dengan rumus neagle. Rumus neagle dihitung berdasarkan asumsi bahwa usia kehamilan normal adalah 266 hari sejak ovulasi yaitu 38 minggu atau 9 bulan 10 hari. Pada siklus haid yang normal 28 hari, ovulasi selalu terjadi 14 hari setelah HPHT. Oleh karena itu perhitungan dengan rumus neagle menambahkan 14 hari atau 2 minggu pada usia kehamilan normal. Perhitungan hari perkiraan lahir dengan rumus neagle akan mendapati usia kehamilan 40 minggu jika dihitung dari HPHT ke Hari Perkiraan Lahir (HPL) menurut rumus ini.<sup>4</sup> Penggunaan rumus neagle dalam perhitungan hari perkiraan lahir dapat dilakukan dengan +7 pada tanggal HPHT, -3 atau +9 pada bulan HPHT tergantung pada bulan HPHT klien. Walaupun demikian, penggunaan rumus neagle untuk menentukan umur kehamilan dan hari perkiraan lahir hanya dilakukan pada ibu dengan indikasi riwayat haid teratur.<sup>9</sup>

b. Kebutuhan

Kebutuhan selama kehamilan antara lain<sup>10,11</sup>

1) Kebutuhan oksigen

Pada kehamilan ini terjadi perubahan pada sistem respirasi untuk dapat memenuhi kebutuhan oksigen, di samping itu terjadi desakan diafragma karena dorongan rahim yang membesar. Sebagai kompensasi terjadinya desakan rahim dan kebutuhan oksigen yang meningkat, ibu hamil akan bernafas lebih dalam. Hal ini akan berhubungan dengan meningkatnya aktifitas paru-paru untuk memenuhi kebutuhan oksigen ibu dan janin. Ibu hamil kadang-kadang merasakan sakit kepala, pusing ketika berada di keramaian misalnya di pasar karena kekurangan oksigen. Dalam rangka menghindari kejadian tersebut, hendaknya ibu hamil

menghindari tempat kerumunan, tinggal di rumah dengan ventilasi cukup dan latihan pernapasan dengan senam.

## 2) Kebutuhan Nutrisi

Zat gizi dalam jumlah yang lebih besar dari pada sebelum hamil diperlukan ibu untuk mengakomodasi perubahan fisik yang terjadi pada ibu hamil. Pada ibu hamil akan mengalami BB bertambah, penambahan BB normal ibu hamil adalah 8-12 kg atau disesuaikan dengan IMT masing-masing ibu. Zat gizi yang harus dipenuhi sehari-hari adalah karbohidrat dari makanan pokok seperti beras, gandum dan kentang, protein dari lauk-pauk seperti ikan, telur dan ayam, kalsium dari susu dan konsumsi tablet kalsium, zat besi dari sayur hijau, kacang-kacangan dan konsumsi tablet tambah darah, vitamin C dari buah-buahan dan asam folat dari sayuran hijau seperti asparagus.

## 3) *Personal Hygien*

Kebersihan badan mengurangi kemungkinan infeksi karena badan yang kotor banyak mengandung kuman. Pada ibu hamil karena bertambahnya aktifitas metabolisme tubuh maka ibu hamil cenderung menghasilkan keringat yang berlebih sehingga perlu menjaga kebersihan badan secara ekstra dan juga untuk mendapatkan rasa nyaman bagi tubuh. Gunakan pakaian yang menyerap keringat termasuk celana dalam. Hal ini juga merupakan salah satu upaya menjaga kebersihan vulva dan vagina akibat infeksi bakteri atau jamur. Ibu hamil rentan terkena infeksi saluran kencing akibat pertumbuhan jamur di area lembab. Ibu hamil mungkin mengalami ketidaknyamanan berupa keputihan dan sering kencing bahkan tidak disadari akibat perubahan hormon ibu hamil serta desakan pembesaran rahim terhadap kandung kencing.

## 4) Eliminiasi

Pada ibu hamil sering terjadi obstipasi. Obstipasi ini kemungkinan terjadi disebabkan oleh kurang gerak badan, peristaltik usus kurang karena pengaruh hormone, tekanan pada rektum oleh kepala. Dengan terjadinya obstipasi pada ibu hamil maka panggul terisi dengan rektum yang penuh feses selain membesarnya rahim, maka dapat menimbulkan bendungan di dalam panggul yang memudahkan timbulnya haemorrhoid. Hal tersebut dapat dikurangi dengan minum banyak air putih, gerak badan cukup, makan makanan yang berserat seperti sayuran dan buah-buahan sehingga ibu dapat BAB dengan lancer.

#### 5) Seksualitas

Hamil bukan merupakan halangan untuk melakukan hubungan seksual. Hubungan seksual dapat dilakukan dengan posisi yang diatur untuk menyesuaikan dengan pembesaran perut. Pada trimester I dan III, hubungan seksual dilakukan dengan hati-hati karena sperma yang masuk dapat menimbulkan kontraksi uterus sehingga kemungkinan dapat terjadi abortus trimester I, partus premature dan *fetal bradycardia* pada janin sehingga dapat menyebabkan fetal distress di trimester III. Ibu hamil trimester I dengan riwayat perdarahan dianjurkan tidak melakukan hubungan seksual terlebih dahulu.

#### 6) Mobilisasi dan olahraga

Manfaat olahraga bagi ibu hamil yaitu menjaga kebugaran ibu, mengurangi stress dan kecemasan, membantu kualitas tidur, mengurangi nyeri punggung dan membantu posisi janin lebih optimal menjelang persalinan.

#### 7) Imunisasi

Imunisasi tetanus (TT) dilakukan untuk melindungi ibu dan bayi dari infeksi tetanus. Imunisasi TT diberikan 5 kali yang

dihitung sejak pemberian pertama saat menduduki sekolah SD atau bayi jika diberikan. Apabila imunisasi TT tidak selesai sebelum kehamilan, pada ibu hamil dapat dilakukan di umur kehamilan >32 minggu. Interval pemberian imunisasi adalah 4 minggu.

#### 8) Dukungan

Dukungan dari suami, anggota keluarga dan tenaga kesehatan memiliki arti tersendiri bagi ibu hamil. Ibu hamil perlu mendapat dukungan agar ibu merasa mampu dan berdaya dalam menjalani kehamilannya. Dukungan yang diberikan dapat berupa dukungan material seperti ibu diantar periksa, dukungan emosional dengan diperhatikan keluhan kesahnya, dukungan penghargaan dengan memberikan pujian pada ibu dan dukungan informasional seperti memberikan informasi kesehatan pada ibu yang mendukung ibu untuk mudah menjalani kehamilannya.

#### c. Pelayanan Kehamilan

Ibu hamil berhak mendapatkan pelayanan kehamilan oleh tenaga Kesehatan. konsep layanan antenatal terpadu mencakup beberapa prinsip dan kerangka yang dirancang agar ibu hamil mendapatkan pelayanan secara menyeluruh, terkoordinasi, dan berkualitas. Ibu hamil yang mendapatkan pelayanan antenatal terpadu sesuai standar komprehensif minimal 6 kali selama kehamilan, dengan distribusi waktu:

- 1) 1 kali pada trimester pertama (0-12 minggu)
- 2) 2 kali pada trimester kedua (>12-24 minggu)
- 3) 3 kali pada trimester ketiga (> 24 minggu sampai menjelang kelahiran)

Selain itu, minimal 2 kali ibu hamil harus kontak dengan dokter: satu kali di trimester 1 dan satu kali di trimester 3. Ada standar minimal tindakan / pemeriksaan yang harus dilakukan pada

tiap kontak antenatal, yang dikenal sebagai “10T” yang di lengkapi dengan pemeriksaan USG dan Skrining Kesehatan Jiwa gar kualitas pelayanan terjaga.<sup>12,13</sup>

1) Timbang dan ukur tinggi badan

Total pertambahan BB pada kehamilan yang normal adalah 11,5-16 Kg. Lalu TB bertujuan untuk menentukan tinggi panggul ibu, ukuran normal yang baik untuk ibu hamil yaitu >145cm.

2) Ukur Tekanan Darah

Tekanan darah perlu diukur untuk mengetahui perbandingan nilai dasar selama kehamilan. Tekanan darah yang adekuat penting untuk mempertahankan fungsi plasenta, tekanan darah sistolik 140 mmHg atau diastolic 90 mmHg pada awal pemeriksaan dapat mengindikasi potensi hipertensi.

3) Ukur Lingkar Lengan Atas

4) Tinggi Fundus Uteri

Apabila usia kehamilan 24 minggu memakai McDonald yaitu dengan cara mengukur tinggi fundus memakai metlin dari tepi atas simpisis sampai fundus uteri kemudian ditentukan sesuai rumusnya.

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

6) Skrining status imunisasi tetanus dan pemberian imunisasi Td jika diperlukan

7) Tablet Fe (minimal 90 tablet selama hamil)

Tablet Fe diberikan 1 kali perhari setelah rasa mual hilang, diberikan sebanyak 90 tablet selama masa kehamilan.

8) Pemeriksaan Laboratorium

9) Tata laksana kasus

10) Temu Wicara/konseling

11) USG Obstetri Dasar Terbatas

## 12) Skrining Kesehatan Jiwa

### 3. Konsep Dasar Persalinan

#### a. Defenisi

Persalinan merupakan suatu rangkaian proses fisiologis yang kompleks dan penting, yang ditandai dengan adanya pembukaan dan penipisan serviks secara bertahap, yang selanjutnya memungkinkan janin untuk bergerak turun melalui jalan lahir menuju dunia luar. Proses ini berlangsung secara bertahap dan alami, dan pada umumnya diakhiri dengan kelahiran.<sup>14</sup>

#### b. Tahapan persalinan

Tahapan persalinan antara lain<sup>15</sup>

##### 1) Kala I

Persalinan kala I dimulai sejak terjadinya kontraksi teratur disertai pembukaan serviks 0-10 cm. Kala I terbagi menjadi 2 fase yaitu fase laten dan fase aktif. Fase laten merupakan tahap kala I persalinan dari pembukaan 0-3 cm kemudian fase aktif dimulai pada pembukaan 4-10 cm. Kala I berlangsung 18-24 jam untuk primigravida. Sedangkan pada multigravida dapat berlangsung 8-12 jam.

##### 2) Kala II

Persalinan kala II dimulai dengan pembukaan lengkap 10 cm dan berakhir dengan lahirnya bayi. Tahap ini dapat berlangsung 2 jam pada primigravida dan 1 jam pada multigravida. Walaupun demikian, pada multigravida dapat berlangsung 10-30 menit saja karena turunnya kepala janin yang lebih cepat. Tanda dan gejala kala II yang perlu diamati adalah keinginan ibu untuk meneran, perineum menonjol, tampak tekanan pada anus, vulva dan spinchter anus membuka.

##### 3) Kala III

Kala III persalinan dimulai setelah bayi lahir dan berakhir dengan lahirnya plasenta dan selaput ketuban yang umumnya berlangsung 5-15 menit. Kala III normal berlangsung <30 menit. Tanda pelepasan plasenta adalah perubahan bentuk uterus globuler, tali pusat memanjang dan adanya semburan darah.

4) Kala IV

Kala IV persalinan dimulai setelah lahirnya plasenta dan berakhir 2 jam setelah itu. Kala IV merupakan tahapan yang kritis sehingga dilakukan pemantauan kondisi ibu pada tahap ini yaitu setiap 15 menit pada jam pertama dan 30 menit pada jam kedua. Pemantauan penting dalam kala IV adalah pemeriksaan tanda vital, kontraksi uterus, perdarahan dan kondisi kandung kencing.

c. Asuhan Persalinan Normal

Tujuan persalinan normal adalah menjaga kelangsungan hidup dan memberikan derajat kesehatan yang tinggi bagi ibu dan bayinya, melalui upaya yang terintegrasi dan lengkap, tetapi dengan intervensi yang seminimal mungkin agar prinsip keamanan dan kualitas pelayanan dapat terjaga pada tingkat yang diinginkan (optimal).

Berikut 60 Langkah APN antara lain<sup>16</sup>

1. Mengamati tanda dan gejala kala dua
  - a. Ibu mempunyai keinginan untuk meneran
  - b. Ibu merasa tekanan yang semakin meningkat pada rectum dan vaginanya
  - c. Perineum menonjol
  - d. Vulva-vagina dan spingter anal membuka
2. Memastikan perlengkapan, bahan, dan obat-obatan esensial siap digunakan. Mematahkan ampul oksitosin 10 unit dan menempatkan tabung suntik steril sekali pakai didalam partus set.
3. Mengenakan baju penutup atau celemek plastic yang bersih

4. Melepaskan semua perhiasan yang dipakai dibawa siku, mencuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir dan mengeringkan tangan dengan handuk bersih
5. Memakai sarung tangan steril untuk semua pemeriksaan dalam.
6. Menghisap oksitosin 10 unit ke dalam tabung suntik (dengan memakai sarung tangan disinfektan tingkat tinggi atau steril) dan meletakkan kembali dipartus set tanpa mengontaminasi tabung suntik)
7. Memberisihkan vulva dan perineum, menyeka dengan hati-hati dari depan ke belakang dengan menggunakan kasa atau kapas yang sudah dibasahi air disinfeksi tingkat tinggi. Jika mulut vagina, perineum, atau anus terkontaminasi oleh kotoran ibu, memberisihkannya dengan seksa dengan cara menyeka dari depan ke belakang membuang kapas atau kasa yang terkontaminasi dalam wadah yang benar. Mengganti sarung tangan.
8. Dengan menggunakan teknik aseptik, melakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan bahwa pembukaan serviks telah lengkap. Bila selaput ketuban belum pecah, sedangkan pembukaan sudah lengkap, lakukan amniotomi.
9. Mendekontaminasi sarung tangan dengan cara mencelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan kotor ke dalam larutan klorin 0,5 % dan kemudian melepaskannya dalam keadaan terbalik serta merendamnya di dalam larutan klorin 0.5 % selama 10 menit. mencuci kedua tangan.
10. Memeriksa denyut jantung janin (DJJ) setelah kontraksi berakhir untuk memastikan bahwa DJJ dalam batas normal (120-160 kali/menit)

11. Memberitahu ibu pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik. Membantu ibu berada dalam posisi yang nyaman sesuai dengan keinginannya.
  - a. Menunggu hingga ibu mempunyai keinginan untuk meneran. Melanjutkan pemantauan kesehatan dan kenyamanan ibu serta janin sesuai pedoman persalinan aktif dan mendokumentasikan temuan-temuan.
  - b. Menjelaskan kepada anggota keluarga bagaimana mereka dapat mendukung dan memberi semangat kepada ibu saat ibu mulai meneran.
12. Meminta bantuan keluarga untuk menyiapkan posisi ibu untuk meneran.
13. Melakukan pimpinan meneran saat ibu mempunyai dorongan yang kuat untuk meneran:
  - a. Membimbing ibu untuk meneran saat ibu mempunyai keinginan untuk meneran
  - b. Mendukung dan memberi semangat atas usaha ibu untuk meneran
  - c. Membantu ibu untuk mengambil posisi yang nyaman sesuai pilihannya (tidak meminta ibu untuk berbaring terlentang).
  - d. Menganjurkan ibu untuk beristirahat diantara kontraksi.
  - e. Menganjurkan keluarga untuk mendukung dan memberi semangat pada ibu.
  - f. Menganjurkan untuk memberi cairan per oral.
  - g. Menilai DJJ setiap lima menit
  - h. Jika bayi belum lahir dalam waktu 120 menit (2 jam) meneran untuk primipara atau 60 menit (1 jam) untuk ibu multipara, rujuk segera. Jika ibu tidak mempunyai keinginan untuk meneran.

- i. Menganjurkan ibu untuk berjalan,berjongkok, atau mengambil posisi yang aman. Jika ibu belum ingin meneran dalam 60 menit, anjurkan ibu untuk mulai meneran pada puncak kontraksi-kontraksi tersebut dan beristirahat diantara kontraksi. j. Jika bayi belum lahir segera setelah 60 menit meneran, merujuk ibu dengan segera.
- 14. Jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm, letakkan handuk bersih diatas perut ibu untuk mengeringkan bayi.
- 15. Meletakkan kain yang bersih dilipat 1/3 bagian, dibawah bokong ibu.
- 16. Membuka partus set.
- 17. Memakai sarung tangan steril pada kedua tangan.
- 18. Saat kepala bayi sudah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm, lindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi kain tadi, letakkan tangan yang lain di kepala bayi dan lakukan tekanan lembut dan tidak menghambat kepala pada kepala bayi, membiarkan kepala keluar perlahan-lahan.menganjurkan ibu untuk meneran perlahan-lahan atau bernafas cepat saat kepala lahir.
- 19. Dengan lembut menyeka muka, mulut, dan hidung bayi dengan kain atau kasa yang bersih.
- 20. Memeriksa lilitan tali pusat :
  - a. Jika tali pusat melilit leher janin dengan longar, lepaskan lewat bagian atas kepala bayi.
  - b. Jika tali pusat melilit leher bayi dengan erat, mengklemnya di dua tempat dan memotongnya.
- 21. Menunggu hinga kepala bayi melakukan putaran paksi luar, tempatkan kedua tangan di masing-masing sisi muka bayi. Menganjurkan ibu untuk meneran saat ada kontraksi berikutnya.dengan lembut menariknya ke arah bawah dan ke arah

luar hingga bahu anterior muncul dibawah arkus pubis dan kemudian dengan lembut menarik ke arah atas dan kearah luar untuk melahirkan bahu posterior.

22. Setelah kepala melakukan putaran paksi luar, tempatkan kedua tangan di masing-masing sisi muka bayi. Mengajukan ibu untuk meneran saat kontraksi berikutnya. Dengan lembut menariknya ke arah bawah dan ke arah luar hingga bahu anterior muncul dibawah arkus pubis dn kemudia dengan lembut menarik ke arah atas dan ke arah luar untuk melahirkan bahu posterior.
23. Setelah kedua bahu dilahirkan, menelusurkan tangan mulai dari kepala bayi yang berada di bagian bawah ke arah perineum, membiarkan bahu dan lengan posterior lahir ke tangan tersebut. Mengendalikan kelahiran siku dan tangan bayi saat melewati perineum, gunakan lengan bagian bawah untuk menyangga tubuh bayi saat dilahirkan. Menggunakan tangan anterior (bagian atas) untuk mengendalikan siku dan tangan anterior bayi saat keduanya lahir.
24. Setelah tubuh dari lengan lahir, menelusurkan tangan yang ada diatas (anterior) dari punggung ke arah kaki bayi untuk menyangganya saat punggung kaki lahir. Memegang kedua mata kaki dengan hati-hati membantu kelahiran kaki.
25. Menilai bayi dengan cepat (dalam 30 detik), kemudian meletakkan bayi diatas perut ibu dengan posisi kepala bayi sedikit lebih rendah dari tubuhnya (bila tali pusat terlalu pendek, meletakkan bayi ditempat yang memungkinkan). Bila bayi mengalami asfiksia, lakukan resusitasi.
26. Segera membungkus kepala dan badan bayi dengan handuk dan biarkan kontak kulit antara ibu dan bayi.

27. Menjepit tali pusat menggunakan klem kira-kira 3 cm dari pusat bayi. Melakukan urutan pada tali pusat mulai dari klem ke arah ibu dan memasang klem kedua 2 cm dari klem pertama (ke arah ibu).
28. Memegang tali pusat dengan satu tangan, melindungi bayi dari gunting dan memotong tali pusat diantara dua klem tersebut.
29. Mengeringkan bayi, mengganti handuk yang basah dan menyelimuti bayi dengan kain atau selimut yang bersih dan kering, menutupi bagian kepala, membiarkan tali pusat terbuka. Jika bayi mengalami kesulitan bernafas, ambil tindakan yang sesuai.
30. Memberikan bayi kepada ibunya dan menganjurkan ibu untuk memeluk bayinya dan memulai pemberian ASI jika ibu menghendaki.
31. Meletakkan kain yang bersih dan kering. Melakukan palpasi abdomen untuk menghilangkan kemungkinan adanya bayi kedua.
32. Memberitahu kepada ibu bahwa ia akan disuntik
33. Dalam waktu 2 menit setelah kelahiran bayi, berikan oksitosin 10 unit I.M. di 1/3 atas paha kanan ibu bagian luar. Penegangan tali pusat terkedali
34. Memindahkan klem pada tali pusat.
35. Meletakkan satu tangan di atas kain yang ada diperut ibu, tepat diatas tulang pubis dan menggunakan tangan ini untuk melakukan palpasi kontraksi dan menstabilkan uterus. Memegang tali pusat dan klem dengan tangan yang lain.
36. Menunggu uterus berkontraksi dan kemudian melakukan penegangan ke arah bawah pada tali pusat dengan lembut. Lakukan tekanan yang berlawanan arah pada bagian bawah uterus dengan cara menekan uterus ke arah atas dan belakang (dorso kranial) dengan hati-hati untuk membantu mencegah terjadinya inversio uteri. Jika plasenta tidak lahir setelah 30-40 detik, hentikan

penegangan tali pusat dan menunggu hingga kontraksi berikut mulai. Jika uterus tidak berkontraksi, meminta bantuan ibu atau seorang anggota keluarga untuk melakukan rangsangan puting susu.

37. Setelah plasenta terlepas, meminta ibu untuk meneran sambil menarik tali pusat ke arah bawah dan kemudian ke arah atas, mengikuti kurva jalan lahir sambil meneruskan tekanan berlawanan arah pada uterus.
  - a. Jika tali pusat bertambah panjang, pindahkan klem hingga berjarak 5-10 cm dari vulva.
  - b. Jika plasenta tidak lepas setelah melakukan penegangan tali pusat selama 15 menit : ulangi pemberian oksitosin 10 unit I.M., nilai kandung kemih dan lakukan kateterisasi kandung kemih, minta keluarga untuk menyiapkan rujukan, ulangi penegangan tali pusat selama 15 menit berikutnya, rujuk ibu jika plasenta tidak lahir dalam waktu 30 menit sejak kelahiran bayi.
38. Jika plasenta terlihat di introitus vagina, melanjutkan kelahiran plasenta dengan menggunakan kedua tangan. Memegang plasenta dengan dua tangan dan dengan hati-hati memutar plasenta hingga selaput ketuban terpin. Dengan lembut perlahan melahirkan selaput ketuban tersebut.
39. Segera setelah plasenta dan selaput ketuban lahir, lakukan masase uterus, meletakkan telapak di fundus dan melakukan masase dengan gerakan melingkar dengan lembut hingga uterus berkontraksi (fundus menjadi keras)
40. Memeriksa kedua sisi plasenta baik yang menempel ke ibu maupun janin dan selaput ketuban untuk memastikan bahwa plasenta dan selaput ketuban lengkap dan utuh. Meletakkan plasenta dalam kantung plastic atau tempat khusus. Jika uterus

tidak berkontraksi setelah melakukan masase selama 15 detik mengambil tindakan yang sesuai.

41. Mengevaluasi adanya laserasi pada vagina dan perineum segera menjahit laserasi yang mengalami perdarahan aktif.
42. Menilai ulang uterus dan memastikan uterus berkontraksi dengan baik.
43. Mencelupkan kedua tangan yang memakai sarung tangan kedalam larutan klorin 0,5 %, membilas kedua tangan yang masih bersarung tangan tersebut dengan air disinfeksi tingkat tinggi dan mengeringkan dengan kain yang bersih dan kering.
44. Menempatkan klem tali pusat disinfeksi tingkat tinggi atau steril atau meningkatkan tali disinfeksi tingkat tinggi dengan simpul mati sekeliling tali pusat sekitar 1 cm dari pusat.
45. Mengikat satu lagi simpul mati dibagian pusat yang bersebrangan dengan simpul mati yang pertama.
46. Melepaskan klem bedah dan meletakkan ke dalam larutan klorin 0,5 %.
47. Menyelimuti kembali bayi dan menutupi bagian kepalanya. Memastikan handuk atau kainnya bersih atau kering.
48. Menganjurkan ibu untuk memulai pemberian ASI.
49. Menganjurkan pemantauan kontraksi uterus dan perdarahan pervaginam : 2-3 kali dalam 15 menit pertama pascapersalinan. Setiap 15 menit pada 1 jam pertama pascapersalinan. Setiap 20-30 menit pada jam kedua pascapersalinan. Jika uterus tidak berkontraksi dengan baik, laksanakan perawatan yang sesuai untuk menatalaksanakan atonia uteri. Jika ditemukan laserasi yang memerlukan penjahitan, lakukan penjahitan dengan anastesi local dan menggunakan teknik yang sesuai.

50. Mengajarkan pada ibu/keluarga bagaimana melakukan massase uterus dan memeriksa kontraksi uterus.
  51. Mengevaluasi kehilangan darah.
  52. Memeriksa tekanan darah, nadi, dan keadaan kandung kemih setiap 15 menit selama satu jam pertama pascapersalinan dan setiap 30 menit selama jam kedua pascapersalinan.
    - a. Memeriksa temperatur tubuh ibu sekali setiap jam selama dua jam pertama pascapersalinan.
    - b. Melakukan tindakan yang sesuai untuk temuan yang tidak normal.
  53. Menempatkan semua peralatan di dalam larutan klorin 0,5 % untuk dekontaminasi (10 menit). Mencuci dan membilas peralatan setelah dekontaminasi.
  54. Membuang bahan-bahan yang terkontaminasi ke dalam tempat sampah yang sesuai
  55. Membersihkan ibu dengan menggunakan air disinfeksi tingkat tinggi. Membersihkan cairan ketuban, lendir, dan darah. Membantu ibu memakai pakaian yang bersih dan kering.
  56. Memastikan bahwa ibu nyaman. Membantu ibu memberikan ASI. Menganjurkan keluarga untuk memberikan ibu minuman dan makanan yang diinginkan.
  57. Mendekontaminasi daerah yang digunakan untuk melahirkan dengan larutan klorin 0.5 % dan membilas dengan air bersih.
  58. Mencelupkan sarung tangan kotor ke dalam larutan klorin 0,5 % dan membilas dengan air bersih.
  59. Mencuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir.
  60. Melengkapi partograf.
- d. Fisiologi persalinan

Kehamilan secara umum ditandai dengan aktivitas otot polos miometrium yang relatif tenang sehingga memungkinkan pertumbuhan dan perkembangan janin intrauterine sampai dengan kehamilan aterm. Menjelang persalinan, otot polos miometrium mulai menunjukkan aktivitas kontraksi secara terkoordinasi diselingi dengan suatu periode relaksasi. Kontraksi dalam kehamilan disebut juga dengan his. His sesudah kehamilan 30 minggu terasa lebih kuat dan lebih sering. Pada kehamilan aterm >37 minggu, his akan meningkat lagi sampai persalinan dimulai. Pada persalinan kala I frekuensi his akan meningkat 2-4 kali dalam 10 menit. His menyebabkan pembukaan dan penipisan serviks (dilatasi) yang juga didukung dengan adanya tekanan air ketuban pada kala I serta kepala janin yang makin masuk ke rongga panggul. Penyebab uterus mulai berkontraksi pada permulaan persalinan kala I belum diketahui dengan pasti. Akan tetapi, penyebabnya diperkirakan karena adanya penurunan progesteron dan estrogen pada akhir kehamilan sehingga prostaglandin dan oksitosin meningkat dan merangsang kontraksi. Kontraksi miometrium pada persalinan dapat menyebabkan nyeri sehingga istilah nyeri persalinan digunakan untuk menggambarkan proses ini. nyeri saat his amat subjektif, tidak hanya bergantung pada intensitas tetapi bergantung pula pada mental masing-masing ibu bersalin.<sup>17</sup>

Pada proses persalinan, uterus berubah bentuk menjadi 2 bagian yang berbeda. Segmen rahim atas berkontraksi secara aktif menjadi lebih tebal ketika persalinan berlangsung sedangkan segmen bawah rahim atau SBR merupakan bagian yang lebih pasif dan bagian inilah yang berkembang menjadi jalan lahir berdinding jauh lebih tipis. SBR merupakan bagian yang diregangkan akibat kontraksi pada segmen atas yang mendorong janin keluar. Dengan meningkatnya kontraksi, SBR akan semakin tipis dan lunak sehingga serviks dapat berdilatasi serta

SBR membentuk suatu saluran muskular dan fibromuskular yang menyebabkan janin dapat menonjol keluar. Jika seluruh otot dinding uterus kontraksi bersamaan dengan intensitas yang sama termasuk SBR tentu akan menyebabkan gaya dorong persalinan menurun. Serviks akan berdilatasi penuh hingga 10 cm dan ini merupakan permulaan persalinan kala II. Setelah serviks berdilatasi penuh, gaya tambahan yang paling penting pada proses pengeluaran janin adalah gaya yang dihasilkan oleh tekanan intraabdominal oleh ibu yang meninggi. Gaya ini terbentuk oleh kontraksi otot abdomen secara bersamaan melalui upaya pernapasan paksa dengan glotis tertutup. Gaya ini disebut dengan mengejan. Dilatasi serviks yang dihasilkan dari kontraksi uterus yang bekerja pada serviks berlangsung secara normal tetapi ekspulsi atau pengeluaran janin dapat terlaksana lebih mudah bila ibu diminta mengejan dan dapat melakukan perintah tersebut selama terjadi kontraksi uterus. Perlu ditekankan lagi bahwa gaya mengejan yang menghasilkan tekanan intraabdominal merupakan bantuan tambahan untuk proses pengeluaran janin sehingga jika gaya ini dilakukan pada kala I saat dilatasi serviks belum penuh maka hanya akan sia-sia dan menimbulkan kelelahan belaka. Pecah ketuban spontan paling sering terjadi sewaktu-waktu pada persalinan kala I fase aktif. Pecah ketuban secara khas tampak jelas sebagai semburan cairan yang normalnya jernih atau sedikit keruh hampir tidak berwarna.

Kala III persalinan melibatkan pelepasan dan ekspulsi plasenta. Pada kala III, fundus uteri terletak setinggi umbilikalis. Penyusutan uterus yang mendadak ini selalu disertai dengan pengurangan bidang implantasi plasenta. Agar plasenta dapat mengakomodasikan diri terhadap permukaan implantasi yang mengecil ini, plasenta akan memperbesar penebalannya dan terpaksa menekuk. Akibat proses ini, plasenta akan terlepas. Setelah plasenta terlepas, tekanan dinding uterus

menyebabkan plasenta menggelincir turun menuju SBR bagian atas vagina dan plasenta dapat dilahirkan. Setelah kelahiran plasenta dan selaput janin, uterus akan berkontraksi keras dan spontan dengan isi yang sudah kosong. Kontraksi uterus pada fase ini masuk dalam persalinan kala IV. Kontraksi uterus merupakan hal yang penting untuk dilakukannya pemantauan selama kala IV beserta tanda vital maupun tanda bahaya lainnya.<sup>18</sup>

e. Kebutuhan fisiologis ibu bersalin

Kebutuhan fisiologis ibu bersalin antara lain<sup>19</sup>

- 1) Kebutuhan oksigen
- 2) Kebutuhan cairan dan nutrisi
- 3) Kebutuhan eliminasi
- 4) Kebutuhan Hygien
- 5) Kebutuhan istirahat
- 6) Kebutuhan posisi dan Ambulasi
- 7) Pengurangan rasa nyeri
- 8) Proses persalinan yang Terstandar

f. Kebutuhan Psikologis ibu bersalin

Kebutuhan psikologis psikologis ibu bersalin merupakan kebutuhan dasar ibu bersalin yang harus diperhatikan. Kondisi psikologis ibu sangat berpengaruh pada proses persalinan dan hasil akhir persalinan. Kebutuhan ini berupa dukungan emosional dari bidan sebagai pemberi asuhan dan dari pendamping persalinan baik suami atau anggota keluarga yang lain. Dukungan emosional yang dapat diberikan oleh ibu berupa dukungan yang dapat memberikan sugesti positif kepada ibu, mengalihkan perhatian dan membangun kepercayaan diri ibu bahwa ibu mampu menghadapi proses persalinan dengan baik. Ibu diberi dukungan agar tetap tenang dalam menghadapi proses persalinan.<sup>5</sup>

#### 4. Bayu baru lahir

##### a. Definisi

Bayi baru lahir (neonatus) adalah bayi yang berusia 0-28 hari. Bayi baru lahir normal mempunyai ciri-ciri berat badan lahir 2500-4000 gram, umur kehamilan 37-40 minggu, bayi segera menangis, bergerak aktif, kulit kemerahan, menghisap ASI dengan baik, dan tidak ada cacat bawaan. Bayi baru lahir normal memiliki panjang badan 48-52 cm, lingkar dada 30-38 cm, lingkar lengan 11-12 cm, frekuensi denyut jantung 120-160 x/menit, pernapasan 40-60 x/menit, lanugo tidak terlihat dan rambut kepala tumbuh sempurna, kuku agak panjang dan lemas, nilai APGAR >7, refleks-refleks sudah terbentuk dengan baik (*rooting, sucking, morro, grasping*), organ genitalia pada bayi laki-laki testis sudah berada pada skrotum dan penis berlubang, pada bayi perempuan vagina dan uretra berlubang serta adanya labia minora yang tertutup labia mayora, meconium dan urin sudah keluar dalam 24 jam pertama berwarna hitam kecoklatan.<sup>20</sup>

##### b. Klasifikasi Bayi baru lahir

Bayi baru lahir atau neonates di bagi dalam beberapa klasifikasi, yaitu<sup>21</sup>

- 1) Bayi baru lahir menurut masa gestasinya: Kurang bulan (preterm infant): <259 hari (37 minggu); Cukup bulan (term infant): 259-294 hari (37-42 minggu); Lebih bulan (postterm infant): >294 hari (42 minggu atau lebih).
- 2) Bayi baru lahir menurut berat badan lahir : < 2500 gram; Berat lahir cukup: 2500-4000 gram; berat lahir lebih:> 4000 gram
- 3) Bayi baru lahir menurut berat lahir terhadap masa gestasi (masa gestasi dan ukuran berat lahir yang sesuai untuk masa kehamilan); Neonatus cukup/kurang/lebih bulan

(NCB/NKB/NBL);sesuai/kecil/besar untuk masa kehamilan(SMK/KMK/BMK).

c. Perawatan bayi baru lahir

Perawatan bayi baru lahir dilakukan pada 0-28 hari. Walaupun demikian, fokus pelayanan bayi baru lahir segera dilaksanakan saat bayi usia 0-6 jam dengan pemberian perawatan neonatal esensial. Perawatan bayi baru lahir segera dibagi menjadi 3 tahapan:<sup>2</sup>

1) Perawatan bayi baru lahir 0-30 detik

Focus perawatan bayi dengan menerima bayi menggunakan kain kering.

a) Jaga kehangatan bayi dengan menerima bayi menggunakan kain kering

b) Lakukan penilaian awal bayi baru lahir

Apakah kehamilan cukup bulan?

Apakah bayi menangis?

Apakah tonus otot/bayi bergerak aktif?

Apakah air ketuban jernih?

Apa bila ada jawaban “tidak”, segera lakukan resusitasi Langkah awal dan lanjutkan manajemen bayi baru lahir dengan asfiksia, jika jawaban seluruhnya “YA”, lanjutkan perawatan bayi 30 detik- 90 menit.

2) Perawatan 30 detik-90 menit

a) Menjaga bayi tetap hangat

b) Klem dan potong tali pusat, lakukan perawatan tali pusat

c) IMD

d) Pemberian identitas

e) Profilaksis salf mata tetrasiklin 1%

f) Injeksi vit K 1 dosis 1 mg

3) Perawatan 90 menit- 6 jam

- a) Pemeriksaan fisik dan antropometri
- b) Pemberian Hb-0
- c) Pemantauan tanda bahaya
- d. Asfiksia Pada Bayi Baru lahir

Asfiksia adalah keadaan dimana bayi tidak dapat segera bernafas secara spontan dan teratur setelah lahir. Segera setelah lahir bayi akan menarik nafas yang pertama kali (menangis), pada saat ini paru janin mulai berfungsi untuk respirasi. Alveolus akan mengembang udara akan masuk dan cairan yang ada di dalam alveolus akan meninggalkan alveolus secara bertahap. Bersamaan dengan ini arteriol paru akan mengembang dan aliran darah ke dalam paru meningkat secara memadai. Asfiksia terjadi karena adanya kegagalan proses ini. Faktor risiko asfiksia pada ibu dan janin perlu dievaluasi seperti kehamilan prematur, kelainan letak, partus lama, infeksi, ketuban bercampur mekoneum, dll. Tata laksana asfiksia harus dilakukan sejak persiapan kelahiran bayi. Persiapan alat dilakukan dengan persiapan set resusitasi seperti lampu, meja resusitasi, de lee, handuk kering, dll. Pada saat kelahiran, lakukan penilaian awal: Apakah bayi cukup bulan?, Apakah bayi bernapas spontan?, Apakah warna air ketuban. Bila semua pertanyaan atau ada pertanyaan yang terjawab “tidak”, lakukan langkah awal resusitasi. Bila semua pertanyaan terjawab “ya”, lakukan perawatan bayi baru lahir normal dan lakukan penilaian terhadap warna kulit.<sup>22</sup>

- 5. Masa nifas dan menyusui
  - a. Defenisi

Masa nifas (puerperium) dimulai setelah kelahiran plasenta dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil. Masa nifas atau puerperium dimulai sejak 2 jam setelah lahirnya plasenta sampai dengan 6 minggu (42 hari) setelah itu. Dalam bahasa

Latin, waktu mulai tertentu setelah melahirkan anak ini disebut Puerperium yaitu dari kata Puer yang artinya bayi dan Parous melahirkan. Jadi, puerperium berarti masa setelah melahirkan bayi. Puerperium adalah masa pulih kembali, mulai dari persalinan selesai sampai alat-alat kandungan kembali seperti pra hamil. Sekitar 50% kematian ibu terjadi dalam 24 jam pertama postpartum sehingga pelayanan pascapersalinan yang berkualitas harus terselenggara pada masa itu untuk memenuhi kebutuhan ibu dan bayi.<sup>23</sup>

b. Tahapan/ perubahan fisiologis dan psikis pada masa nifas

Tahapan perubahan fisiologis antara lain <sup>24,25</sup>

1) Puerperium dini

kepulihan ketika ibu telah diperbolehkan berdiri dan berjalan

2) Puerperium inter medial

kepulihan menyeluruh alat-alat genital

3) Remote puerperium

Waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna, terutama bila selama hamil atau waktu persalinan mempunyai komplikasi. Waktu untuk sehat sempurna mungkin beberapa minggu, bulan, atau tahun

Tahapan perubahan Psikis antara lain

1) Perasaan ibu berfokus pada dirinya, berlangsung setelah melahirkan sampai hari ke 2 (fase taking in)

2) Ibu merasa khawatir akan ketidak mampuan merawat bayi, muncul perasaan sedih (baby blues) disebut fase taking hold (hari ke 3-10)

3) Ibu merasa percaya diri untuk merawat diri dan bayinya disebut letting go (hari ke 10-akhir masa nifas).

c. Pengeluaran Lochea

Pengeluaran lochea antara lain<sup>26</sup>

- 1) Lochea Rubra: Hari ke 1-2, terdiri darah segar bercampur sisa-sisa ketuban, sel-sel desidua, sisa-sisa verniks kaseosa, lanugo, dan meconium
- 2) Lochea sanguinolenta: Hari ke 3-7, terdiri dari : darah bercampur lendir, warna kecoklatan.
- 3) Lochea serosa: Hari ke 7-14, berwarna kekuningan.
- 4) Lochea alba: hari ke 14-selesai masa nifas, hanya merupakan cairan putih. lochea yang berbau busuk dan terinfeksi disebut lochea purulent

d. Kebutuhan masa nifas

Kebutuhan masa nifas antara lain<sup>27</sup>

1) Nutrisi dan cairan

Ibu nifas membutuhkan menu makanan bergizi seimbang terutama dengan memenuhi kebutuhan karbohidrat dan protein. Hal ini dikarenakan tercukupya nutrisi dan cairan ibu akan berhubungan dengan pemulihan organ reproduksi serta produksi ASI. Karbohidrat didapatkan dari makanan pokok sebagai sumber tenaga utama. Protein untuk membantu pertumbuhan sel-sel dan jaringan baru serta merangsang produksi ASI. Mineral dan vitamin juga diperlukan oleh ibu nifas dan menyusui. Salah satu mineral terpenting adalah zat besi. Oleh karena itu terdapat anjuran mengonsumsi tablet besi setiap hari selama 40 hari untuk menambah kadar zat besi dalam darah.

2) Istirahat

Istirahat yang cukup dibutuhkan ibu setelah persalinan. Kurang istirahat dapat mempengaruhi produksi ASI, memperlambat proses involusi uterus dan memperbanyak perdarahan. Selain itu, kurang istirahat dapat menyebabkan ibu depresi karena ketidakmampuannya dalam merawat diri dan bayi.

### 3) Personal hygiene

Ibu pada masa nifas sangat rentan terhadap infeksi. Oleh karena itu, kebersihan diri sangat penting untuk mencegah terjadinya infeksi dan menjaga agar ibu selalu dalam kondisi nyaman dan rileks. Kebersihan ibu diutamakan pada perawatan payudara dan perineum dan jalan lahir.

### 4) Mobilisasi

Perawatan ibu nifas dianjurkan untuk melakukan mobilisasi dini. Mobilisasi dini memberikan keuntungan antara lain melancarkan pengeluaran lochia, mempercepat kembalinya organ reproduksi dan melancarkan fungsi sistem gastrointestinal yang berkaitan dengan eliminasi. Ambulasi dini pada persalinan spontan dilakukan 2 jam postpartum dan diteruskan ambulasi bertahap.

### 5) Seksualitas

Ibu dapat melakukan aktivitas seksual jika kondisi fisiknya baik, tidak ada pengeluaran lochia dan ibu dapat memasukkan satu atau dua jari ke dalam vagina tanpa nyeri.

### 6) Keluarga berencana

Program keluarga berencana dengan penggunaan alat kontrasepsi bertujuan untuk menentukan waktu ingin hamil, mengatur jarak kehamilan maupun memberhentikan kesuburan. Demi kesehatan, pasangan suami istri dianjurkan untuk mengikuti program KB. Jarak kelahiran yang baik adalah 3-5 tahun sedangkan usia reproduksi sehat bagi ibu adalah 20-35 tahun.

### 7) Dukungan

Dukungan dari suami, anggota keluarga dan tenaga kesehatan memiliki arti tersendiri bagi ibu nifas dan masa menyusui. Ibu perlu mendapat dukungan agar ibu merasa mampu dan berdaya dalam merawat diri dan bayinya. Dukungan yang diberikan dapat berupa

dukungan material, dukungan emosional, dukungan penghargaan dan dukungan informasional. Dukungan sekitarnya juga akan membantu ibu dalam kelancaran menyusui

e. Fisiologi menyusui

Fisiologi menyusui mempunyai dua mekanisme fisiologis yaitu; produksi ASI dan sekresi ASI atau *let down reflex*. Selama kehamilan, jaringan payudara tumbuh dan menyiapkan fungsinya untuk menyediakan makanan bagi bayi baru lahir. Setelah melahirkan, ketika hormon yang dihasilkan plasenta tidak ada lagi, maka terjadi *positive feed back hormone* (umpan balik positif), yaitu kelenjar hipofisis akan mengeluarkan hormon prolaktin (hormon laktogenik). Sampai hari ketiga setelah melahirkan, efek prolaktin pada payudara mulai bisa dirasakan. Pembuluh darah payudara menjadi membesar terisi darah, sehingga timbul rasa hangat. Sel-sel acini yang menghasilkan ASI juga mulai berfungsi. Ketika bayi menghisap puting, reflek saraf merangsang kelenjar posterior hipofisis untuk mensekresi hormon oksitosin. Oksitosin merangsang reflek *let down* sehingga menyebabkan sekresi ASI melalui sinus laktiferus payudara ke duktus yang terdapat pada puting. Hormon oksitosin merangsang serabut otot halus di dalam dinding saluran susu agar membiarkan susu dapat mengalir secara lancar.<sup>28</sup>

Kegagalan dalam perkembangan payudara secara fisiologis untuk menampung air susu sangat jarang terjadi. Payudara secara fisiologis merupakan tenunan aktif yang tersusun seperti pohon tumbuh di dalam puting dengan cabang yang menjadi ranting semakin mengecil. Susu diproduksi pada akhir ranting dan mengalir kedalam cabang-cabang besar menuju saluran ke dalam puting. Secara visual payudara dapat di gambarkan sebagai setangkai buah anggur, mewakili tenunan kelenjar yang mensekresi dimana setiap selnya mampu memproduksi

susu, bila sel-sel myoepithelial di dalam dinding alveoli berkontraksi, anggur tersebut terpencet dan mengeluarkan susu ke dalam ranting yang mengalir ke cabang-cabang lebih besar, yang secara perlahan-lahan bertemu di dalam aerola dan membentuk sinus lactiferous. Pusat dari aerola (bagian yang berpigmen) adalah putingnya, yang tidak kaku letaknya dan dengan mudah dihisap (masuk ke dalam) mulut bayi.

Terdapat empat *golden periode* yang diyakini untuk menunjang keberhasilan menyusui yaitu:

- 1) Inisiasi Menyusu Dini selama 1 jam
- 2) ASI Eksklusif 6 bulan
- 3) Berikan MP ASI setelah 6 bulan
- 4) Teruskan menyusui hingga anak berusia 2 tahun

Dalam pelaksanaan manajemen laktasi dimulai pada masa kehamilan, segera setelah persalinan dan pada masa menyusui selanjutnya. Pada masa kehamilan, perawatan payudara mulai kehamilan umur 8 bulan bulan agar ibu mampu memproduksi dan memberikan ASI yang cukup. Penciptaan suasa keluarga yang menyenangkan sejak kehamilan terutama hubungan suami istri akan menunjang pertumbuhan buah hati.<sup>29</sup>

f. Pelayanan masa nifas

Pelayanan masa nifas antara lain<sup>30</sup>

- 1) KF 1 (6-48 jam)
  - a) Mencegah terjadinya perdarahan pada masa nifas
  - b) Mendeteksi dan merawat penyebab lain perdarahan dan memberikan rujukan bila perdarahan berlanjut
  - c) Memberikan konseling kepada ibu atau salah satu anggota keluarga mengenai bagaimana mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri.
  - d) Pemberian ASI pada awal menjadi ibu

- e) Mengajarkan ibu untuk mempererat hubungan antara ibu dan bayi baru lahir
- f) Menjaga bayi tetap sehat dengan cara mencegah hipotermi
- 2) KF 2 (3-7 hari pasca persalinan)
  - a) Memastikan involusi berjalan normal, uterus berkontraksi, fundus di bawah umbilicus tidak ada perdarahan abnormal, dan tidak ada bau.
  - b) Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi atau kelainan pasca melahirkan.
  - c) Memastikan ibu mendapat cukup makanan, cairan, dan istirahat
  - d) Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak ada tanda-tanda penyulit.
  - e) Memberikan konseling kepada ibu mengenai asuhan pada bayi, cara merawat tali pusat, dan menjaga bayi agar tetap hangat
- 3) KF 3 (8-28 hari pasca persalinan)
  - a) Memastikan involusi uteri berjalan normal, uterus berkontraksi, fundus di bawah umbilicus tidak ada perdarahan abnormal, dan tidak ada bau,
  - b) Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi atau kelainan pasca melahirkan
  - c) Memastikan ibu mendapat cukup makanan, cairan, dan istirahat
  - d) Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak ada tanda-tanda penyulit
- 4) KF 4 (29-42 hari pasca persalinan)
  - a) Menanyakan pada ibu tentang penyulit- penyulit yang dialami atau bayinya.
  - b) Memberikan konseling untuk KB secara dini
- 6. Konsep dasar Neonatus
  - a. Pelayanan Kesehatan Neonatus

Pelayanan kesehatan bayi baru lahir dengan kunjungan bayi baru lahir dimulai segera setelah bayi lahir sampai 28 hari. Oleh karena itu kunjungan bayi baru lahir dapat pula disebut sebagai kunjungan neonatus. Neonatus adalah individu yang baru saja mengalami proses kelahiran dan harus menyesuaikan diri dari lingkungan intrauterine ke lingkungan ekstauterine. Neonatus adalah individu yang berumur 0-28 hari. Kunjungan dalam pelayanan neonatus dimulai sejak usia 6 jam sampai 28 hari sehingga sebelum pulang setelah persalinan diharapkan bayi mendapat 1 kali pelayanan. Pelayanan neonatal menurut Kemenkes RI tahun 2024 dilakukan sebanyak 3 kali kunjungan sebagai berikut:

- 1) 1 (satu) kali pada umur 6-48 jam (KN 1)
- 2) 1 (satu) kali pada umur 3-7 hari (KN 2)
- 3) 1 (satu) kali pada umur 8-28 hari. (KN 3)

Ruang lingkup pelayanan neonatal meliputi perawatan neonatal esensial, skrining bayi baru lahir dan pemberian KIE kepada ibu dan keluarga.

1) Perawatan Neonatal Esensial

Perawatan neonatal esensial dilakukan setelah lahir 6 jam sampai 28 hari. Perawatan neonatal esensial merupakan asuhan dasar bayi muda. Lingkup pelayanan neonatal esensial adalah IMD, pemberian imunisasi segera setelah lahir (HB-0), bimbingan pemberian ASI dan memantau kecukupan ASI, pemeriksaan neonatus menggunakan Manajemen Terpadu Bayi Muda (MTBM), deteksi dini masalah yang paling sering dijumpai pada neonatus serta perawatan metode kanguru bagi bayi dengan BBLR.

Skrining Bayi Baru Lahir

- 2) Skrining Bayi baru lahir
- 3) KIE bagi ibu dan keluarga

Memberian Komunikasi, Informasi dan Edukasi (KIE) bagi ibu dan keluarga penting dilakukan sehingga ibu dan keluarga dapat melakukan perawatan yang optimal bagi bayi. Pemberian KIE dilaksanakan oleh tenaga kesehatan dan kader kesehatan dengan menggunakan buku KIA atau media kesehatan lainnya. KIE diberikan kepada ibu dan keluarga sesuai dengan kebutuhan. Walaupun demikian, terdapat materi edukasi yang wajib diberikan kepada ibu dan keluarga dimana materi ini merupakan dasar pemberian asuhan terhadap bayi. Materi yang disampaikan menurut Kemenkes RI tahun 2019 meliputi perawatan Bayi Baru Lahir, ASI Eksklusif, pengenalan dini tanda bahaya pada bayi, skrining bayi baru lahir dan pelaksanaan metode kanguru untuk BBLR. Prawirohardjo tahun 2014 menyatakan bahwa pada masa pascapersalinan bayi memerlukan ASI, suhu lingkungan yang sesuai, kebersihan dan pengawasan dan tindak lanjut terhadap gejala sakit pada bayi.<sup>4</sup>

b. Tanda- tanda bahaya pada neonatus<sup>20</sup>

- 1) Bayi malas menyusu atau tidak mau menyusu  
Bila bayi sulit menyusu, hisapan lemah, atau tidak mau menyusu maka dapat menandakan infeksi, hipoglikemia, prematuritas, atau kondisi berat lainnya.
- 2) Demam atau suhu tubuh rendah  
suhu  $\geq 37,5^{\circ}\text{C}$  (demam) atau  $< 35,5^{\circ}\text{C}$  (hipotermia) kondisi ini dapat menunjukkan, infeksi neonates, sepsis, gangguan metabolic atau gangguan adaptasi suhu tubuh.
- 3) Sesak napas atau napas cepat  
frekuensi napas  $> 60$  kali/menit, napas grok-grok, tarikan dinding dada, cuping hidung kembang-kempis, atau bayi tampak kebiruan. Hal ini dapat disebabkan oleh pneumonia, asfiksia, aspirasi, atau gangguan paru lainnya.

4) Kejang atau Gerakan abnormal

Kejang pada neonatus merupakan keadaan gawat darurat.

Tanda kejang yaitu tubuh kaku, mata melirik, gerakan berulang, bibir mencucu, atau gerakan seperti mengayuh, dapat disebabkan oleh infeksi otak, hipoglikemia, gangguan saraf, atau asfiksia.

5) Bayi Bayi tampak lemah atau tidak aktif

Tanda bayi sulit dibangunkan, hanya bergerak bila dirangsang, atau tidak bergerak spontan. Hal ini dapat menunjukkan sepsis, gangguan neurologis, atau kondisi berat lainnya.

6) Kulit atau mata kuning berlebihan

Ikterus harus diwaspadai bila muncul <24 jam setelah lahir, kuning sampai telapak tangan dan kaki, atau kuning semakin berat. Hal ini dapat menyebabkan: kernikterus, kerusakan otak permanen, bahkan kematian.

7) Tali pusat merah, bernanah atau berbau

Menandakan kemungkinan infeksi tali pusat anda: kemerahan sekitar pusar, keluar nanah, bengkak, bau tidak sedap. Infeksi dapat menyebar menjadi sepsis bila tidak ditangani.

7. Konsep dasar Kb pasca salin

a. Pengertian

Keluarga berencana (*family planning/ planned parenthood*) adalah suatu usaha untuk menjarangkan atau merencanakan jumlah dan jarak kehamilan dengan menggunakan kontrasepsi. Kontrasepsi merupakan usaha untuk mencegah kehamilan. Usaha-usaha tersebut dapat bersifat sementara atau permanen. Pengaturan kehamilan membantu pasangan suami istri untuk melahirkan pada usia yang ideal, memiliki jumlah anak dan mengatur jarak kelahiran anak yang ideal dengan menggunakan cara, alat dan obat kontrasepsi. Keluarga

berencana pasca persalinan berfokus pada pencegahan kehamilan tidak diinginkan dan kehamilan jarak dekat. Keluarga berencana pasca persalinan menurut WHO didefinisikan sebagai penggunaan kontrasepsi dalam waktu 1 tahun pertama setelah melahirkan. Inisiasi penggunaan kontrasepsi pasca persalinan dilakukan dalam kurun waktu  $\leq 6$  minggu pasca persalinan. Kontrasepsi pasca persalinan sesuai standar diberikan segera setelah persalinan sampai 6 minggu atau 42 hari pasca persalinan. Peraturan Menteri Kesehatan (PMK) menyebutkan bahwa kontrasepsi pasca persalinan yaitu penggunaan metode kontrasepsi pada masa nifas sampai dengan 42 hari setelah melahirkan.<sup>31</sup>

b. Tujuan

Tujuan menggunakan KB antara lain<sup>32</sup>

- 1) Menurunkan *missed-opportunity* karena klien sudah kontak dengan tenaga kesehatan sejak ANC, bersalin dan masa nifas.
- 2) Membantu menciptakan jarak ideal antar kehamilan.
- 3) Menghindari kehamilan tidak direncanakan. Meningkatkan cakupan peserta KB (CPR).
- 4) Meningkatkan kesehatan ibu, anak dan keluarga
- 5) Menghindari kehamilan tidak direncanakan

c. Metode Kontrasepsi Pasca Persalinan

Pemilihan metode dan waktu penggunaan kontrasepsi pada ibu pasca persalinan sangat dipengaruhi oleh status menyusui. Penapisan klien terhadap pilihan metode kontrasepsi tetap dilakukan dengan tujuan menentukan adanya keadaan atau masalah kesehatan yang memerlukan perhatian khusus. Pada klien pasca persalinan yang menyusui, masa infertilitas akan lebih lama. Walaupun demikian, kembalinya kesuburan tidak dapat diperkirakan. Ovulasi dapat terjadi

sebelum menstruasi pada 21 hari pasca persalinan. Oleh karena itu, kontrasepsi segera pasca persalinan dianjurkan.

Pada klien pasca persalinan, penggunaan metode kontrasepsi efektif sebaiknya dilakukan. Kontrasepsi pasca persalinan efektif terpilih antara lain IUD dan tubektomi. IUD dapat dipasang segera pasca plasenta pada persalinan pervaginam dan *Sectio Caesaria* (SC). Selain itu, IUD dapat dipasang dalam 48 jam pasca salin atau tunda hingga 4-6 minggu pasca persalinan. Kontrasepsi mantap MOW dapat dilakukan dalam 48 jam pasca salin atau tunda hingga 6 minggu pasca persalinan. Apabila tidak menggunakan jenis kontrasepsi tersebut, pilihan kontrasepsi hormonal *Progestin Only* dapat menjadi alternatif yaitu minipil, suntikan progestin dan implan.<sup>24</sup> Prinsip pemilihan metode kontrasepsi pasca persalinan adalah dengan mengutamakan metode kontrasepsi yang tidak mempengaruhi produksi ASI bagi klien menyusui. Pada ibu pasca persalinan yang tidak menyusui, pemilihan metode kontrasepsi relatif lebih leluasa sesuai dengan pilihan metode yang tersedia. Akseptor KB pasca salin merupakan pengguna kontrasepsi modern pasca persalinan meliputi kondom, pil, suntik, implan, IUD dan MOW.<sup>33</sup>

#### 8. Kewenangan Bidan

Bidan bertugas memberikan pelayanan dalam penyelenggaraan praktik kebidanan yang meliputi pelayanan kesehatan ibu, pelayanan kesehatan anak, pelayanan kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana serta pelaksanaan tugas berdasarkan pelimpahan wewenang dan/atau pelaksanaan tugas dalam keadaan keterbatasan tertentu menurut pasal 46 ayat 1, UU Kebidanan No. 4 tahun 2019. Dalam menyelenggarakan praktik kebidanan sesuai pasal 47 ayat 1 UU Kebidanan No. 4 tahun 2019 bidan dapat berperan sebagai pemberi pelayanan kebidanan, pengelola pelayanan kebidanan, penyuluh dan

konselor, pendidik, pembimbing, dan fasilitator klinik, penggerak peran serta masyarakat dan pemberdayaan perempuan, dan/atau peneliti. Bidan berhak melakukan kegiatan secara mandiri, kolaborasi, dan/atau rujukan sesuai tingkat kasus yang dihadapi.

Pada pelayanan kesehatan ibu, bidan berwenang memberikan asuhan kehamilan normal, persalinan normal, masa nifas, pertolongan pertama kegawatdaruratan dilanjutkan rujukan serta melakukan deteksi dini kasus risiko dan komplikasi dilanjutkan rujukan. Pada pelayanan kesehatan anak, bidan berwenang memberikan asuhan bayi baru lahir, bayi, balita dan anak prasekolah, memberikan imunisasi program pemerintah, melakukan pemantauan tumbuh kembang dan penanganan kegawatdaruratan dilanjutkan rujukan. Bidan dalam menjalankan tugas memberikan pelayanan kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana berwenang melakukan komunikasi, informasi, edukasi, konseling, dan memberikan pelayanan kontrasepsi sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. Peraturan pemberian pelayanan kontrasepsi diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan (PMK) No 28 tahun 2017. Bidan berwenang memberikan pelayanan kontrasepsi oral, kondom, dan suntikan. Bidan juga memiliki kewenangan memberikan pelayanan berdasarkan penugasan dari pemerintah sesuai kebutuhan dan/atau akibat adanya pelimpahan wewenang. Kewenangan memberikan pelayanan berdasarkan penugasan dari pemerintah sesuai kebutuhan salah satunya terdiri atas pemberian kewenangan berdasarkan program pemerintah. Bidan berhak mendapatkan kewenangan tersebut setelah mendapatkan pelatihan. Program pemerintah yang dimaksud untuk dapat dilaksanakan bidan dalam bidang KB adalah pemberian AKDR/IUD dan AKBK/Implan<sup>34</sup>