

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar

2.1.2. Konsep Dasar Kehamilan

A. Pengertian

Kehamilan adalah masa dimulainya saat konsepsi sampai lahirnya janin, lamanya kehamilan normal 280 hari (40 minggu/ 9 bulan 7 hari) dihitung dari trimester pertama dimulai dari proses konsepsi sampai 3 bulan, trimester kedua dari 4 bulan sampai 6 bulan, trimester ketiga dari bulan 7 bulan sampai 9 bulan atau proses persalinan.(tyastuti, 2016).

Kehamilan 40 minggu disebut dengan kehamilan matur (cukup bulan). Bila kehamilan lebih dari 43 minggu disebut kehamilan postmatur. Kehamilan antara 28 minggu dan 36 minggu disebut dengan kehamilan prematur (Kuswanti, 2014)

Kehamilan merupakan masa yang cukup berat bagi seorang ibu, karena itu ibu hamil membutuhkan dukungan dari berbagai pihak, terutama suami agar dapat menjalani proses kehamilan sampai melahirkan dengan aman dan nyaman(S. Romauli, 2011)

B. Klasifikasi Kehamilan

1. Trimester pertama (0 – 12 minggu)

Ketika wanita hamil, progesteron dalam tubuh wanita akan meningkat dan menimbulkan pembesaran payudara, mual muntah pada pagi hari. Kebanyakan ibu tidak suka dengan perubahan yang alaminya selama kehamilan seperti kecewa, terjadi adanya penolakan, kecemasan (karamiyah N, Anggasari Y, 2014).

2. Trimester kedua (13-28 minggu)

Trimester kedua terjadi peningkatan dalam perkembangan janin, minggu ke 18 dapat dilakukan pemeriksaan dengan *ultrasonografi* (USG) mengetahui kesempurnaan pada janin, posisi plasenta dan mengetahui adanya bayi kembar atau tidak. Minggu ke 20 dan ke 21 jaringan kulit, kuku, dan rambut sudah mulai mengeras, ditrimester dua ini penglihatan dan pendengaran pada janin sudah mulai berfungsi, klopak mata sudah dapat membuka dan juga dapat menutup dan janin mulai tampak panjang 30 cm (karamiyah N, Anggasari Y, 2014)

3. Trimester ketiga (29-40 minggu

Trimester ketiga organ-organ tumbuh sempurna, aktivitas motorik janin yang terkoordinasi seperti menendang dan menonjok serta memiliki periode tidur dan bangun. Pada trimester ini paru-paru berkembang pesat dengan sangat sempurna dan berat badan bayi lahir kira-kira berkisaran

3000 -3500 gram dengan panjang badan 50 cm (karamiyah N, Anggasari Y, 2014)

C. Proses Kehamilan

Proses kehamilan adalah bertemunya sel sperma (laki-laki) dan sel ovum (perempuan) yang matang kemudian terjadi pembuahan, proses inilah yang akan mengawali terjadinya suatu kehamilan. Proses terjadinya suatu kehamilan harus ada sel sperma, ovum (konsepsi), implantasi (nidasi) atau pelekatan embrio pada dinding rahim, hingga pembentukan plasenta(Kuswanti, 2014).

Di dalam pembuahan terdapat dua unsur penting yang harus ada yaitu sel sperma dan sel telur. Sel telur di produksi oleh indung telur atau ovarium wanita, wanita mengalami ovulasi setiap bulan akan melepaskan satu sel telur yang sudah matang, kemudian ditangkap oleh rumbai-rumbai (microfilamen fimbria) dibawa masuk ke rahim melalui saluran telur (tuba fallopi), sel telur dapat bertahan hidup dalam kurun waktu 12-48 jam setelah ovulasi. Pada pria terdapat hormon yang bekerja untuk menghasilkan sel sperma. Pada saat melakukan hubungan badan (coitus), pria mengeluarkan sperma dengan jumlah berjuta-juta yang akan masuk ke dalam rongga rahim melalui saluran telur untuk mencari sel telur yang akan

dibuahi dan hanya ada satu sel sperma yang terbaik yang bisa menembus sel telur dan dibuahi.

a. Sel Telur (Ovum)

Sel telur berada didalam indung telur atau ovarium. Wanita melepaskan sel telur tiap bulannya 1-2 ovum yang dilepaskan oleh indung telur melalui peristiwa yang disebut ovulasi. Sel telur (ovum) bisa dibuahi jika sudah melewati proses oogenesis yaitu pembentukan dan perkembangan sel telur didalam ovarium dengan waktu hidup 24 -48 jam setelah dikeluarkan dari ovarium (ovulasi). Sel telur mempunyai lapisan pelindung yaitu sel-sel granulosa dan zona pellusida yang harus bisa di tembus oleh sperma untuk dapat terjadinya suatu kehamilan (Kuswanti, 2014). Wanita memiliki ovarium yang terbagi menjadi dua, yaitu sebelah kanan dan kiri, yang didalamnya terdapat folikel primary (folikel ovarim yang belum matang). Ovarium berfungsi mengeluarkan sel telur atau ovum setiap bulannya dan menghasilkan hormon estrogen dan progesteron.

Dengan pengaruh FSH, folikel primer mengalami perubahan menjadi folikel de Graaf (folikel yang sedang matang) yang menuju ke permukaan ovarium disertai pembentukan cairan liquor folikuli (cairan yang banyak

mengandung hormon estrogen). Desakan folikel Graaf ke permukaan ovarium menyebabkan penipisan dan disertai devaskularisasi. Selama pertumbuhan folikel de Graaf ovarium mengeluarkan hormon estrogen yang dapat mempengaruhi gerakan dari tuba yang makin mendekati ovarium, gerakan sel rambut lumen tuba makin tinggi, peristaltik tuba makin aktif. Ketiga faktor tadi menyebabkan aliran cairan dalam tuba makin deras menuju uterus. Dengan pengaruh LH (luteinizing hormone) yang semakin besar dan fluktuasi yang mendadak, terjadi proses pelepasan ovum yang disebut ovulasi (Manuaba, 2010).

b. Sel Sperma (Spermatozoa)

Sel sperma (spermatozoa) dibentuk melalui tubuliseminifer yang berada di dalam testis. Tubulus berisikan serangkaian sel yang kompleks, yaitu penerkembangan atau pembelahan sel germinal sampai dengan terbentuknya spermatozoa atau gamet jantan. Bentuk dari sel sperma yang sempurna adalah sel yang memanjang, yang terdiri dari kepala yang tumpul yang didalamnya terdapat nucleus atau inti, dan ekor yang mengandung apparatus untuk bergerak sel. Pada kepala spermatozoa terdapat akrosom yang memiliki struktur dinding yang rangkap yang terletak diantara membran plasma bagian anterior nucleus, leher menghunungkan kepala dan ekor (flagela) yang dibagi lagi menjadi bagian

tengah, pokok dan akhir yang bagian-bagian tersebut mempunyai struktur yang berbeda. Spermatozoa pada masing-masing spesies mempunyai ukuran berbeda - beda akan tetapi bentuknya hampir sama. Sperma mempunyai panjang kurang lebih 10 kali bagian kepala dan dapat bergetar segingga sperma bergerak dengan cepat (Susilowati, 2013).

Sperma juga melalui pematangan sama halnya dengan sel ovum jumlahnya akan berkurang, tetapi tidak akan habis seperti pada ovum dan tetap bereproduksi meskipun pada lansia. Komponen kimia spermatozoa adalah asam nukleat, protein dan lemak. Kurang lebih sepertiga dan berat kering sel spermatozoa adalah inti kromatin inti yang terdiri dari setengah DNA dan setengah protein. Akrosom mengandung berbagai protein enzim. Dalam 100 juta sel sperma pada setiap mililiter air mani yang dihasilkan, rata-rata 3 cc tiap ejakulasi, dengan kemampuan fertilisasi selama 2-4 hari, rata-rata 3 hari (Kuswanti, 2014)

c. Pembuahan Ovum (Konsepsi)

Konsepsi terjadi sebagai dampak beberapa peristiwa kompleks yang mencakup proses pematangan akhir spermatozoa dan oosit, transpor gamet didalam saluran genitalia wanita, yang selanjutnya peleburan gamet pria dan wanita pembentukan jumlah kromosom diploid. Fertilisasi

adalah proses ketika gamet pria dan wanita bersatu, yang berlangsung selama kurang lebih 24 jam, idealnya proses ini terjadi di ampulla tuba yaitu tabung kecil yang memanjang dari uterus ke ovarium pada sisi yang sama sebagai jalan untuk oosit menuju rongga uterus juga sebagai tempat biasanya terjadi fertilisasi. Pemasukan sperma (ekspulsi semen) dari uretra pria kedalam genitalia/ vagina wanita. Berjuta-juta sperma masuk kedalam saluran reproduksi wanita setiap melakukan ejakulasi semen / pemancaran cairan mani. Dengan menggerakkan ekor dan bantuan kontraksi muskular yang ada, sperma terus bergerak menuju tuba melalui uterus. Dari berjuta-juta sperma yang masuk hanya beberapa ratus ribu yang dapat meneruskan ke uterus menuju tuba fallopi, dan hanya beberapa ratus yang hanya sampai pada ampulla tuba. Bila ovulasi terjadi pada hari tersebut, ovum dapat segera di buahi oleh sperma yang memiliki cukup banyak enzim hialuronidase (enzim yang menembus selaput yang melindungi ovum). Hanya ada satu dari ratusan sperma yang dapat membuahi ovum dan membentuk zigot (Manuaba, 2010).

d. Proses Nidasi (Implantasi)

Pada hari keenam, lapisan trofoblas blastosis bersentuhan dengan endometrium uterus, biasanya terjadi di dinding

posterior atas dan mulai berimplantasi. Pada lapisan luar sel (trofoblas), dapat mengeluarkan enzim proteolitik (enzim yang kaya protein) yang melarutkan sebagian endometrium. Jaringan endometrium banyak mengandung sel-sel desidua yaitu sel-sel besar yang banyak mengandung glikogen dan mudah dihancurkan oleh trofoblas, lalu sel-sel trofoblas (sinsitiotrofoblas) menyekresi enzim yang mengikis endometrium untuk membantu penyediaan nutrisi bagi embrio yang tengah berkembang serta membantu perlekatan embrio pada endometrium. Blastula berisi massa sel dalam (inner cell mass) akan mudah masuk ke dalam desidua, menyebabkan luka yang kemudian sembuh dan menutup lagi. Saat nidasi terjadi sedikit perdarahan akibat luka desidua (tanda hartman) (Marmi, 2014).



Gambar 2.1
Proses Nidasi

Sumber : Manuaba, 2010 : 80

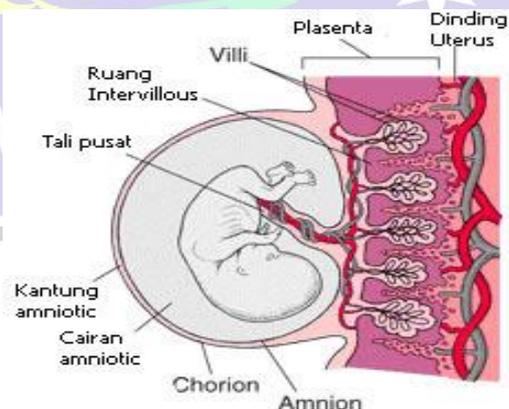
e. Pembentukan Plasenta

Plasenta adalah alat yang sangat penting bagi janin karena merupakan alat pertukaran zat antara ibu dan anak dan

sebaliknya. Jiwa anak tergantung pada plasenta, baik tidaknya anak tergantung pada baik buruknya faal plasenta(Manuaba, 2010).

Plat embrio (embryonal plate) terbentuk di antara dua ruang yaitu ruang amnion dan kantung yolk sac. Plat embrio terdiri dari unsur ektoderm, entoderm, dan mesoderm.

Ruangan amnion dengan cepat mendekati korion sehingga jaringan yang terdapat diantara amnion dan embrio padat dan berkembang menjadi tali pusat. Awalnya yolk sac berfungsi sebagai pembentuk darah bersama dengan hati, limpa, dan sumsum tulang. Pada minggu kedua sampai ketiga, terbentuknya bakal jantung ddengan pembuluh darahnya yang menuju body stalk (bakal tali pusat). Jantung bayi mulai dapat dideteksi pada minggu ke 6 sampai 8 dengan menggunakan ultrasonografi atau sistem dopler.(Putri, 2019)



Gambar 2.2
Plasenta

Sumber : putri, 2019 : 9

D. Pertumbuhan dan Perkembangan Janin

1. Tahapan perkembangan janin trimester pertama

Trimester pertama merupakan waktu pembentukan dan perkembangan pesat dari semua sistem dan organ tubuh bayi. Semua cikal bakal organ penting janin terbentuk di trimester ini. Yang harus diperhatikan benar, kurun waktu ini amat rawan terhadap kemungkinan terjadi kecacatan fatal.

a. Bulan pertama

- 1) Minggu ke-1 merupakan tahap perkembangan awal janin.
- 2) Minggu ke-2 pembuahan terjadi pada akhir minggu kedua.
- 3) Minggu ke-3 merupakan Sel telur yang telah membelah menjadi ratusan akan menempel pada dinding rahim disebut blastosit. Ukurannya sangat kecil, berdiameter 0,1-0,2 mm.
- 4) Minggu ke-4 darah mulai mengalir dari plasenta (Aprilia, 2020).

b. Bulan kedua

- 1) Minggu ke-5, embrio diperkirakan berukuran antara 5-7 mm. Pembentukan organ-organ tubuh seperti telinga dan alat pencernaan makin sempurna.
- 2) Minggu ke-6, persentase perkembangan embrio sudah lebih besar dibanding dari minggu-minggu sebelumnya, yaitu 5 mm. Bentuknya melengkung seperti udang. Pada

minggu ini kepala dan leher sudah mulai muncul, dan mata yang letaknya masih berjauhan juga sudah ada.

3) Minggu ke-7, di minggu ini besarnya embrio seukuran kuku jari kelingking atau 1 cm, tangan sudah mulai ada dan berkembang dengan cepat. Tonjolan-tonjolan yang di minggu sebelumnya masih tampak pada rangka, pada minggu ini sudah jelas.

4) Minggu ke-8, ukuran embrio mencapai kisaran 2731 mm. Secara keseluruhan embrio makin menyerupai bayi dengan taksiran berat sekitar 13-15 gram. Semua organ tubuh juga mulai bekerja, meski belum sempurna (Aprilia, 2020).

c. Bulan ketiga

1) Minggu ke-9, perkembangan janin di minggu ini, si embrio ganti nama, jadi janin. Panjang si janin ini sekarang adalah 3 cm dengan berat sekitar 2 gr, dia sudah punya tangan yang besarnya sekacang kapri dan jari sudah mulai terbentuk. Kaki sudah membentuk lutut dan jari. Di minggu ini organ genital sudah mulai terlihat jelas.

2) Minggu ke-10, Panjang janin 4,5 cm dengan berat 5 gr. Rahang atas dan bawah sudah terbentuk dan janin sudah mulai memproduksi air seni. Bentuk janin sudah hampir

menyerupai manusia. Darah dan sel-sel tulang mulai terbentuk.

3) Minggu ke-11, organ tubuh sudah terbentuk dengan lengkap dan mulai berfungsi. Panjang sekitar 6 cm, dengan berat 10 gr. Rambut, kuku pada jari tangan dan kaki sudah tumbuh. Janin sudah mulai bergerak dan bisa meluruskan tubuhnya, bahkan mengubah posisinya.

4) Minggu ke-12, struktur yang telah terbentuk akan terus bertumbuh dan berkembang kian sempurna. sistem saraf dan otot janin mencapai tingkat kematangan. Selain bernapas, kini janin juga mulai mampu mencerna makanan.

2. Pertumbuhan janin Trimester kedua

d. Bulan keempat

1) Minggu ke-13, panjang janin (dari puncak kepala sampai bokong) ditaksir sekitar 65-78 mm dengan berat kira-kira 20 gram. Pada minggu ini, seluruh tubuh janin ditutupi rambut-rambut halus yang disebut lanugo.

2) Minggu ke-16, panjang janin mencapai taksiran 12 cm dengan berat kira-kira 100 gram. Refleks gerak bisa dirasakan ibu, meski masih amat sederhana, biasanya terasa sebagai kedutan.

e. Bulan kelima

Pada bulan kelima, berat dan panjang janin semakin semakin meningkat. Pada minggu ke-18 taksiran panjang janin adalah 14 cm dengan berat sekitar 150 gram. Pada minggu ke-21, beratnya sekitar 350 gram dengan panjang kira-kira 18cm. Pada minggu ke-21 ini, berbagai sistem organ tubuh mengalami pematangan fungsi dan perkembangan.

Pada bulan kelima, janin mulai aktif mencari tahu sekelilingnya. Di usia ini janin mulai aktif mencari tahu apa saja yang terdapat di sekelilingnya, bahkan bagian dari kehidupannya. Dia sering meraba-raba kantong amnion (ketuban) dengan kedua tangan mungilnya. Kalau bosan bermain dengan kantong amnion, janin akan mencoba menyentuh tubuhnya sendiri (Aprilia, 2020).

3. Pertumbuhan janin trimester ketiga

Pada trimester ketiga, masing-masing fungsi organ tubuh semakin matang. Gerakan janin makin kuat dengan intensitas yang makin sering, sementara denyut jantungnya pun kian mudah didengar.

f) Bulan ketujuh

Pada minggu ke-29, berat janin sekitar 1250 gram dengan panjang rata-rata 37 cm. Kelahiran bayi prematur mesti diwaspadai karena umumnya meningkatkan keterlambatan perkembangan fisik maupun mentalnya. Pada minggu ke-

32, berat bayi berkisar 1800-2000 gram dengan panjang tubuh 42 cm.

g) Bulan kedelapan

Pada minggu ke-33 berat janin lebih dari 2000 gram dan panjangnya sekitar 43 cm. Pada minggu ke-35, secara fisik bayi berukuran sekitar 45 cm dengan berat 2450 gram, Namun yang terpenting, mulai minggu ini bayi umumnya sudah matang fungsi paru-parunya. Ini sangat penting karena kematangan paru-paru sangat menentukan kemampuan si bayi untuk bertahan hidup.

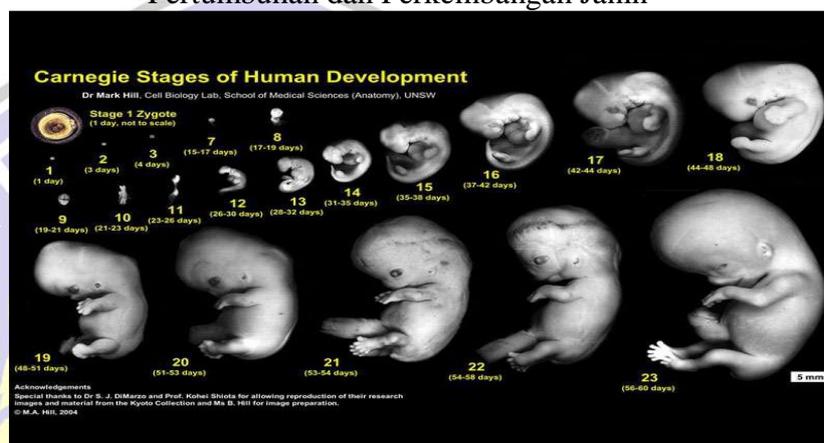
h) Bulan kesembilan

Pada minggu ke-36, berat bayi harusnya mencapai 2500 gram dengan panjang 46 cm. Pada minggu ke-37, dengan panjang 47 cm dan berat 2950 gram, di usia ini bayi dikatakan siap lahir karena seluruh fungsi organ-organ tubuhnya bisa matang untuk bekerja sendiri. Kepala bayi biasanya masuk ke jalan lahir dengan posisi siap lahir, kendati sebagian kecil di antaranya dengan posisi sungsang. Pada minggu ke-38, berat bayi sekitar 3100 gram dengan panjang 48 cm. Meski biasanya akan ditunggu sampai usia kehamilan 40 minggu, bayi rata-rata akan lahir di usia kehamilan 38 minggu.

Di usia kehamilan 38 minggu, bayi mencapai berat sekitar 3250 gram dengan panjang sekitar 49 cm. Pada

minggu ke-40, panjang bayi mencapai kisaran 45-55 cm dan berat sekitar 3300 gram dan siap dilahirkan (Aprilia, 2020).

Gambar 2.3
Pertumbuhan dan Perkembangan Janin



Sumber : (Purwandari, 2011)

E. Tanda – Tanda Kehamilan

Menurut (Dewi, 2017) ada 3 tanda yang menunjukkan seorang wanita mengalami suatu kehamilan, yaitu tanda-tanda persumptif (tidak pasti), tanda-tanda kemungkinan hamil, tanda-tanda pasti hamil.

1. Tanda – tanda permumptif (tidak pasti)

a. Amenorea (tidak haid)

Yaitu kondisi dimana wanita yang sudah mampu hamil, mengalami terlambat haid/ datang bulan. Konsepsi dan nidasi menyebabkan tidak terjadi pembentukan folikel degraaf dan ovulasi. Pada wanita yang terlambat haid dan

diduga hamil, perlu ditanyakan hari pertama haid terakhirnya (HPHT). supaya dapat ditaksir umur kehamilan dan taksiran tanggal persalinan (TTP) yang dihitung dengan menggunakan rumus Naegele yaitu TTP : (hari pertama HT + 7), (bulan - 3) dan (tahun + 1)

b. Mual dan muntah (nausea and vomiting)

Pengaruh estrogen dan progesteron menyebabkan pengeluaran asam lambung yang berlebihan dan menimbulkan mual muntah yang terjadi terutama pada pagi hari yang disebut dengan morning sickness. Akibat mual dan muntah ini nafsu makan menjadi berkurang. Dalam batas yang fisiologis hal ini dapat diatasi. Dalam batas tertentu hal ini masih fisiologis. Untuk mengatasinya ibu dapat diberi makanan ringan yang mudah dicerna dan tidak berbau menyengat.

c. Mengidam (ingin makan sesuatu)

Wanita hamil sering makan makanan tertentu, keinginan yang demikian disebut dengan mengidam, seringkali keinginan makan dan minum ini sangat kuat pada bulan – bulan pertama kehamilan. Namun hal ini akan berkurang dengan sendirinya seiring bertambahnya usia kehamilan.

d. Pingsan (syncope)

Terjadinya gangguan sirkulasi ke daerah kepala (sentral) menyebabkan iskemia susunan saraf pusat dan

menimbulkan syncope atau pingsan bila berada pada tempat-tempat ramai yang sesak dan padat. Keadaan ini akan hilang sesudah kehamilan 16 minggu.

e. Payudara Tegang atau perubahan payudara

Akibat stimulasi prolaktin dan HPL, payudara mensekresi kolostrum, biasanya setelah kehamilan lebih dari 16 minggu. Pengaruh estrogen – progesteron dan somatotropin menimbulkan deposit lemak, air dan garam pada payudara.

Payudara membesar dan tegang, ujung saraf tertekan menyebabkan rasa sakit terutama pada hamil pertama.

Akibat stimulasi prolaktin dan HPL, payudara mensekresi kolostrum, biasanya setelah kehamilan lebih dari 16 minggu

. Pengaruh estrogen – progesteron dan somatotropin menimbulkan deposit lemak, air dan garam pada payudara.

Payudara membesar dan tegang, ujung saraf tertekan menyebabkan rasa sakit terutama pada hamil pertama.

f. Sering Miksi

Sering buang air kecil disebabkan karena kandung kemih tertekan oleh uterus yang mulai membesar. Gejala ini akan hilang pada triwulan kedua kehamilan. Pada akhir kehamilan, gejala ini kembali karena kandung kemih ditekan oleh kepala janin.

g. Kontipasi

Pengaruh progesteron dapat menghambat peristaltik usus (tonus otot menurun) sehingga kesulitan untuk BAB.

h. Pigmentasi kulit

Pigmentasi terjadi pada usia kehamilan lebih dari 12 minggu. Terjadi akibat pengaruh hormon kortikosteroid plasenta yang merangsang melanofor dan kulit. Pigmentasi ini meliputi tempat-tempat berikut ini :

- a. Daerah pipi : Cloasma gravidarum (penghitaman pada daerah dahi, hidung, pipi, dan leher)
- b. Daerah leher : Terlihat tampak lebih hitam
- c. Dinding perut : Striae livide/ gravidarum yaitu tanda yang dibentuk akibat serabut-serabut elastis lapisan kulit terdalam terpisah dan putus/ merenggang, bewarna kebiruan, kadang dapat menyebabkan rasa gatal (pruritus), linea alba atau garis keputihan di perut menjadi lebih hitam (linea nigra atau garis gelap vertikal mengikuti garis perut (dari pusat simpisis)

i. Empulis

Hipertrofi gudi yang disebut epulis, dapat terjadi bila hamil.

j. Varices (pembuluh darah vena)

Pengaruh estrogen dan progesteron menyebabkan pelebaran pembuluh darah terutama bagi wanita yang mempunyai bakat. Varises dapat terjadi di sekitar genitalia eksterna, kaki dan betis serta payudara. Penampakan pembuluh darah ini dapat hilang setelah persalinan.

2. Tanda – tanda kemungkinan hamil

a. Pembesaran rahim atau perut

Rahim membesar dan bertambah besar terutama setelah kehamilan 5 bulan, karena janin besar secara otomatis rahim pun membesar dan bertempat di rongga perut. Tetapi perlu diperhatikan pembesaran perut belum jadi tanda pasti kehamilan, kemungkinan lain disebabkan oleh mioma, tumor, atau kista ovarium (Dewi, 2017).

b. Pembesaran rahim atau perut

Perubahan dapat dirasakan pada pemeriksaan dalam, rahim membesar dan makin bundar, terkadang tidak rata tetapi pada daerah nidasi lebih cepat tumbuh atau biasa disebut tanda Piscasek.

c. Perubahan pada bibir rahim

Perubahan ini dapat dirasakan pada saat pemeriksaan dalam, hasilnya akan teraba keras seperti meraba ujung hidung, dan bibir rahim teraba lunak seperti meraba bibir atau ujung bawah daun telinga.

d. Kontraksi Braxton Hicks

Kontraksi rahim yang tidak beraturan yang terjadi selama kehamilan, kontraksi ini tidak terasa sakit, dan menjadi cukup kuat menjelang akhir kehamilan. Pada waktu pemeriksaan dalam, terlihat rahim yang lunak seakan menjadi keras karena berkontraksi.

e. Adanya Ballotement

Ballotement adalah pantulan yang terjadi saat jari telunjuk pemeriksa mengetuk janin yang mengapung dalam uterus, hal ini menyebabkan janin berenang jauh dan kembali keposisinya semula/ bergerak bebas. Pantulan dapat terjadi sekitar usia 4-5 bulan, tetapi ballotement tidak dipertimbangkan sebagai tanda pasti kehamilan, karena lentingan juga dapat terjadi pada tumor dalam kandungan ibu.

f. Tanda Hegar dan Goodells

Tanda hegar yaitu melunaknya isthmus uteri (daerah yang mempertemukan leher rahim dan badan rahim) karena selama masa hamil, dinding –dinding otot rahim menjadi kuat dan elastis sehingga saat di lakukan pemeriksaan dalam akan teraba lunak dan terjadi antara usia 6-8 minggu kehamilan dan tanda goodells yaitu melunaknya serviks akibat pengaruh hormon esterogen yang menyebabkan massa dan kandungan air meningkat sehingga membuat serviks menjadi lebih lunak

g. Tanda Chadwick

Tanda yang berwarna kebiru-biruan ini dapat terlihat saat melakukan pemeriksaan, adanya perubahan dari vagina dan vulva hingga minggu ke 8 karena peningkatan vaskularitas dan pengaruh hormon estrogen pada vagina. Tanda ini tidak dipertimbangkan sebagai tanda pasti, karena pada kelainan rahim tanda ini dapat diindikasikan sebagai pertumbuhan tumor.

h. Hyperpigmentasi Kulit

Bintik –bintik hitam (hyperpigmentasi) pada muka disebut chloasma gravidarum. Hyperpigmentasi ini juga terdapat pada areola mammae atau lingkaran hitam yang mengelilingi puting susu, pada papilla mammae (puting susu) dan di perut. Pada wanita yang tidak hamil hal ini dapat terjadi kemungkinan disebabkan oleh faktor alergi makanan, kosmetik, obat-obatan seperti pil KB(Dewi, 2017).

3. Tanda – tanda pasti hamil

a. Tes urine

Dapat dilakukan di rumah atau di laboratorium. Tes Pack atau alat tes kehamilan yang banyak digunakan oleh pasangan suami istri secara mandiri dengan mudah, meskipun terdapat banyak macam jenis tes pack baik yang berbentuk strip (sekali pakai), berbentuk pena, atau batangan kecil tetapi pada prinsipnya cara kerja tes pack tersebut sama,

yaitu untuk mengetahui ada tidaknya peningkatan hormon kehamilan HCG (Human Chorionic gonadotropin) di dalam tubuh. Jika memang hamil, hormon ini terdapat di dalam urine dan darah. Peningkatan HCG terjadi kurang lebih satu minggu setelah ovulasi, sehingga disarankan agar melakukan tes minimal tujuh hari supaya hasil yang diperoleh lebih akurat. Tes ini sebaiknya dilakukan di pagi hari, karena saat pagi hari (bangun tidur) urine dalam keadaan murni belum tercampur oleh zat-zat makanan yang dikonsumsi (Souliissa and Gani, 2014).

b. Tes darah

Prinsipnya sama dengan tes urine yaitu menguji adanya HCG dalam tubuh. Bedanya, tes darah ini tidak dapat dilakukan sendiri dirumah, melainkan dilakukan di laboratorium dengan jalan mengambil contoh darah. Jika terdapat peningkatan HCG didalam darah, maka dinyatakan positif hamil.

c. Tes USG (Ultra Sonography)

Tes ini dilakukan oleh seorang dokter dengan memastikan kehamilan melalui USG yang dapat melihat bagian dalam tubuh manusia. Dari gambaran yang ditampilkan alat tersebut, dokter akan melihat didalam rahim terdapat embrio atau tidak. Jika kehamilan sudah berjalan enam minggu, alat ini sangat membantu dokter dalam menganalisis suatu

kehamilan. Selain melihat ada tidaknya embrio, penggunaan USG juga dapat digunakan untuk mengetahui taksiran persalinan, perkiraan usia kehamilan, serta perkiraan berat badan dan panjang janin(Soulissa and Gani, 2014).

F. Perubahan Fisiologi Pada Masa Kehamilan

Selama kehamilan pastinya terjadi mengalami perubahan yang nampak dan yang tidak nampak setelah terjadinya fertilisasi dan berlanjut kepada kehamilan. Berikut beberapa perubahan anatomi dan fisiologis yang terjadi pada wanita hamil diantaranya:

a. Perubahan Sistem Reproduksi

1. Vagina dan vulva

Vagina sampai minggu ke-8 terjadi peningkatan vaskularisasi atau penumpukan pembuluh darah dan pengaruh hormon esterogen yang menyebabkan warna kebiruan pada vagina yang disebut dengan tanda Chadwick. Perubahan pada dinding vagina meliputi peningkatan ketebalan mukosa vagina, pelunakan jaringan penyambung, dan hipertrofi (pertumbuhan abnormal jaringan) pada otot polos yang merenggang, akibat perenggangan ini vagina menjadi lebih lunak. Respon lain pengaruh hormonal adalah seksresi sel-sel vagina meningkat, sekresi tersebut berwarna putih dan bersifat sangat asam karena adanya peningkatan PH asam sekitar (5,2 – 6). Keasaman ini berguna untuk

mengontrol pertumbuhan bakteri patogen/ bakteri penyebab penyakit (Nani, 2018).

2. Uterus atau Rahim

Perubahan yang amat jelas terjadi pada uterus/ rahim sebagai ruang untuk menyimpan calon bayi yang sedang tumbuh. Perubahan ini disebabkan antara lain:

- a. Peningkatan vaskularisasi dan dilatasi pembuluh darah.
- b. Hipertrofi dan hiperplasia (pertumbuhan dan perkembangan jaringan abnormal) yang menyebabkan otot-otot rahim menjadi lebih besar, lunak dan dapat mengikuti pembesaran rahim karena pertumbuhan janin.
- c. Perkembangan desidua atau sel-sel selaput lendir rahim selama hamil.

Ukuran uterus sebelum hamil sekitar 8 x 5 x 3 cm dengan berat 50 gram (Sunarti, 2013: 43). Uterus bertambah berat sekitar 70-1.100 gram selama kehamilan dengan ukuran uterus saat umur kehamilan aterm adalah 30 x 25 x 20 cm dengan kapasitas > 4.000 cc.

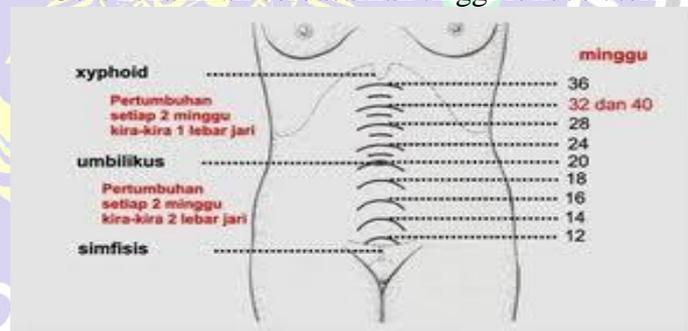
Table 2.1
Perkembangan tinggi fundus uteri (TFU)

Usia kehamilan (minggu)	Tinggi fundus uteri (TFU)
12	3 jari diatas simfisi
16	Pertengahan pusat-simfisis
20	3 jari bawah pusat
24	Setinggi pusat
28	3 jari diatas pusat
32	Pertengahan pusat-prosesus xipoid (px).
36	3 jari dibawah prosesus xipoid)
40	Pertengahan pusat prosesus xipoides (px)

Sumber : Kumalsari, 2015 : 4

Gambar 2.4

Usia kehamilan berdasarkan tinggi fundus uteri



Sumber : kumlasari, 2015 : 4

3. Serviks

pengaruh hormon esterogen menyebabkan massa dan kandungan air meningkat sehingga serviks mengalami penigkatan vaskularisasi dan oedem karena meningkatnya suplai darah dan terjadi penumpukan pada pembuluh darah menyebabkan serviks menjadi lunak tanda (Goodel) dan

berwarna kebiruan (Chadwic) perubahan ini dapat terjadi pada tiga bulan pertama usia kehamilan.

4. Ovarium

Dengan terjadinya kehamilan, indung telur yang mengandung korpus luteum gravidarum akan meneruskan fungsinya sampai terbentuknya plasenta yang sempurna pada usia 16 minggu. Kejadian ini tidak dapat lepas dari kemampuan vili korealis yang mengeluarkan hormon korionik gonadotropin yang mirip dengan hormon luteotropik hipofisis anterior (Manuaba, 2010).

5. Kulit

kulit mengalami perubahan deposit pigmen dan hiperpigmentasi karena pengaruh Melanocyte Stimulating Hormone atau hormon yang mempengaruhi warna kulit pada lobus hipofisis anterior dan pengaruh kelenjar suprarenalis (kelenjar pengatur hormon adrenalin). Hiperpigmentasi ini terjadi pada daerah perut (striae gravidarum), garis gelap mengikuti garis diperut (linia nigra), areola mama, papilla mammae, pipi (cloasma gravidarum). Setelah persalinan hiperpigmentasi ini akan berkurang dan hilang.

6. Payudara

Perubahan ini sering terjadi ketika mendekati persalinan. Payudara menyiapkan diri untuk memproduksi makanan

pokok untuk bayi baru lahir. Perubahan yang terlihat diantaranya:

- a. Payudara membesar, tegang dan sakit hal ini dikarenakan karena adanya peningkatan pertumbuhan jaringan alveoli dan suplai darah yang meningkat akibat perubahan hormon selama hamil.
- b. Terjadi pelebaran pembuluh vena dibawah kulit payudara yang membesar dan terlihat jelas.
- c. Hiperpigmentasi pada areola mammae dan puting susu serta muncul areola mammae sekunder atau warna tampak kehitaman pada puting susu yang menonjol dan keras.
- d. Kelenjar Montgomery atau kelenjar lemak di daerah sekitar puting payudara yang terletak di dalam areola mammae membesar dan dapat terlihat dari luar. Kelenjar ini mengeluarkan banyak cairan minyak agar puting susu selalu lembab dan lemas sehingga tidak menjadi tempat berkembang biak bakteri.
- e. Payudara ibu mengeluarkan cairan apabila di pijat. Mulai kehamilan 16 minggu, cairan yang dikeluarkan bewarna jernih. Pada kehamilan 16 minggu sampai 32 minggu warna cairan agak putih seperti air susu yang sangat encer. Dari kehamilan

32 minggu sampai anak lahir, cairan yang keluar lebih kental, berwarna kuning, dan banyak mengandung lemak. Cairan ini di sebut kolostrum (Nani, 2018)

b. Sistem Sirkulasi Darah (Kardiovaskular)

Pada sistem peredaran darah Volume darah semakin meningkat karena jumlah serum lebih besar daripada pertumbuhan sel darah sehingga terjadi hemodelusi atau pengenceran darah. Volume darah ibu meningkat sekitar 30%-50% pada kehamilan tunggal, dan 50% pada kehamilan kembar, peningkatan ini dikarenakan adanya retensi garam dan air yang disebabkan sekresi aldosteron dari hormon adrenal oleh estrogen. Cardiac output atau curah jantung meningkat sekitar 30%, pompa jantung meningkat 30% setelah kehamilan tiga bulan dan kemudian melambat hingga umur 32 minggu. Setelah itu volume darah menjadi relatif stabil (Kumalasari, 2015). Jumlah sel darah merah semakin meningkat, hal ini untuk mengimbangi pertumbuhan janin dalam rahim, tetapi penambahan sel darah tidak seimbang dengan peningkatan volume darah sehingga terjadi hemodelusi yang disertai anemia fisiologis. Dengan terjadinya hemodelusi, kepekatan darah berkurang sehingga tekanan darah tidak udah tinggi meskipun volume darah bertambah.

c. Perubahan Sistem Pernafasan (Respirasi)

Seiring bertambahnya usia kehamilan dan pembesaran rahim, wanita hamil sering mengeluh sesak dan pendek napas, hal ini disebabkan karena usus tertekan ke arah diafragma akibat dorongan rahim yang membesar. Selain itu kerja jantung dan paru juga bertambah berat karena selama hamil, jantung memompa darah untuk dua orang yaitu ibu dan janin, dan paru-paru menghisap zat asam (pertukaran oksigen dan karbondioksida) untuk kebutuhan ibu dan janin.

d. Perubahan Sistem Perkemihan (Uraninaria)

Selama kehamilan ginjal bekerja lebih berat karena menyaring darah yang volumenya meningkat sampai 30%-50% atau lebih, serta pembesaran uterus yang menekan kandung kemih menyebabkan sering berkemih (Manuaba, 2010). Selain itu terjadinya hemodelusi menyebabkan metabolisme air makin lancar sehingga pembentukan air seni pun bertambah. Faktor penekanan dan meningkatnya pembentukan air seni inilah yang menyebabkan meningkatnya frbeberapa hormon yang dihasilkan yaitu hormoekuensi berkemih. Gejala ini akan menghilang pada trimester 3 kehamilan dan diakhir kehamilan gangguan ini akan muncul kembali karena turunya kepala janin ke rongga panggul yang menekan kandung kemih (Nani, 2018).

e. Perubahan Sistem Endoktrin

Plasenta sebagai sumber utama setelah terbentuk menghasilkan hormon HCG (Human Chorionic Gonadotrophin) hormon

utama yang akan menstimulasi pembentukan esterogen dan progesteron yang di sekresi oleh korpus luteum, berperan mencegah terjadinya ovulasi dan membantu mempertahankan ketebalan uterus. Hormon lain yang dihasilkan yaitu hormon HPL (Human Placenta Lactogen) atau hormon yang merangsang produksi ASI, Hormon HCT (Human Chorionic Thyrotropin) atau hormon pengatur aktivitas kelenjar tyroid, dan hormon MSH (Melanocyte Stimulating Hormon) atau hormon yang mempengaruhi warna atau perubahan pada kulit.

f. Perubahan Sistem Gastrointestinal

Perubahan pada sistem gasrointestinal tidak lain adalah pengaruh dari faktor hormonal selama kehamilan. Tingginya kadar progesteron mengganggu keseimbangan cairan tubuh yang dapat meningkatkan kolesterol darah dan melambatkan kontraksi otot-otot polos, hal ini mengakibatkan gerakan usus (peristaltik) berkurang dan bekerja lebih lama karena adanya desakan akibat tekanan dari uterus yang membesar sehingga pada ibu hamil terutama pada kehamilan trimester 3 sering mengeluh konstipasi/sembelit. Selain itu adanya pengaruh esterogen yang tinggi menyebabkan pengeluaran asam lambung meningkat dan sekresi kelenjar air liur (saliva) juga meningkat karena menjadi lebih asam dan lebih banyak. Menyebabkan daerah lambung terasa panas bahkan hingga dada atau sering disebut heartburn yaitu kondisi dimana makanan terlalu lama

berada dilambung karena relaksasi spingter ani di kerongkongan bawah yang memungkinkan isi lambung kembali ke kerongkongan Keadaan lain menimbulkan rasa mual dan pusing /sakit kepala pada ibu terutama di pagi hari (morning sickness) jika disertai muntah yang berlebihan hingga mengganggu aktivitas ibu sehari-hari disebut : Hyperemesis gravidarum (Nani, 2018).

G. Perubahan Psikologi Ibu Hamil

Selama kehamilan pastinya mengalami ketidak nyamanan yang dapat mengganggu aktivitas atau yang lainnya merasakan beda pada saat belum hamil. Berikut perubahan psikologi dari trimester 1,2,3 :

1. Trimester 1

Kehamilan mengakibatkan banyak perubahan dan adaptasi pada ibu hamil dan pasangan. Trimester pertama sering dianggap sebagai periode penyesuaian, penyesuaian seorang ibu hamil terhadap kenyataan bahwa dia sedang hamil. Fase ini sebagian ibu hamil merasa sedih dan ambivalen. Ibu hamil mengalami kekecewaan, penolakan, kecemasan, dan depresi teruma hal itu serign kali terjadi pada ibu hamil dengan kehamilan yang tidak direncanakan. Namun, berbeda dengan ibu hamil yang hamil dengan direncanakan dia akan merasa senang dengan kehamilannya. Masalah hasrat seksual ditrimester pertama setiap wanita memiliki hasrat yang berbeda-beda, karena

banyak ibu hamil merasa kebutuhan kasih sayang besar dan cinta tanpa seks (Juliadilla, 2017).

2. Trimester 2

Trimester kedua sering dikenal dengan periode kesehatan yang baik, yakni ketika ibu hamil merasa nyaman dan bebas dari segala ketidaknyamanan. Di trimester kedua ini ibu hamil akan mengalami dua fase, yaitu fase pra-quickening dan pasca-quickening. Di masa fase pra-quickening ibu hamil akan mengalami lagi dan mengevaluasi kembali semua aspek hubungan yang dia alami dengan ibunya sendiri. Di trimester kedua sebagian ibu hamil akan mengalami kemajuan dalam hubungan seksual. Hal itu disebabkan di trimester kedua relatif terbebas dari segala ketidaknyamanan fisik, kecemasan, kekhawatiran yang sebelumnya menimbulkan ambivalensi pada ibu hamil kini mulai mereda dan menuntut kasih sayang dari pasangan maupun daeudari keluarganya.

3. Trimester 3

Kehamilan pada trimester ketiga sering disebut sebagai fase penantian dengan penuh kewaspadaan. Pada periode ini ibu hamil mulai menyadari kehadiran bayi sebagai makhluk yang terpisah sehingga dia menjadi tidak sabar dengan kehadiran seorang bayi. Ibu hamil kembali merasakan ketidaknyamanan

fisik karena merasa canggung, merasa dirinya tidak menarik lagi. Sehingga dukungan dari pasangan sangat dibutuhkan. Peningkatan hasrat seksual yang pada trimester kedua menjadi menurun karena abdomen yang semakin membesar menjadi halangan dalam berhubungan (Rustikayanti, 2016)

H. Komplikasi Pada Ibu Hamil dan Janin Selama Kehamilannya

1. Kehamilan Muda

a. Perdarahan Pervaginam

1) Abortus

a) Abortus spontan adalah abortus yang terjadi secara alamiah tanpa interval luar (buatan) untuk mengakhiri kehamilan tersebut.

b) Abortus provokatus (induced abortion) adalah bentuk abortus yang disengaja, baik dengan memakai obat-obatan mau pun alat-alat.

c) Abortus medisinalis adalah abortus yang terjadi karena indikasi medis seperti riwayat penyakit jantung, hipertensi, dan kanker.

d) Abortus kriminalis adalah abortus yang terjadi oleh karena tindakan-tindakan yang tidak legal atau tidak berdasarkan indikasi medis.

e) Abortus inkompletus (keguguran bersisa) adalah bentuk abortus dimana hanya sebagian dari hasil konsepsi yang dikeluarkan, yang tertinggal adalah

desidua atau plasenta. Perdarahan berlangsung banyak, dan dapat membahayakan ibu.

f) Abortus imminens adalah Abortus yang mengancam terjadi di mana perdarahan kurang dari 20 minggu, dengan atau tanpa kram perut bagian bawah tanpa dilatasi serviks.

g) Abortus insipiens adalah abortus yang sedang berlangsung dimana ekspulsi hasil konsepsi belum terjadi tetapi telah ada dilatasi serviks. Kondisi ini ditandai pada wanita hamil dengan perdarahan.

h) Abortus tertunda (missed abortion). Menurut WHO, missed abortion adalah kondisi dimana embrio atau janin nonviable tetapi tidak dikeluarkan secara spontan dari janin (kurun waktu sekitar 8 minggu)(Saifuddin, 2011).

2) Kehamilan Mola

Mola hidatidosa adalah bagian dari penyakit trofoblastik gestasional, yang disebabkan oleh kelainan pada villi khorionok yang disebabkan oleh poliferasi trofoblastik dan edem (Nur Amellia, 2018). Diagnosa mola hidatidosa dapat ditegakkan melalui pemeriksaan USG. Beberapa tanda gejala mola hidatidosa:

1) Terdapat mual dan muntah yang menetap, terkadang sering kali menjadi parah,

- 2) Terdapat perdarahan uterus pada minggu ke-12 disertai bercak darah dan perdarahan hebat, namun biasanya berupa rabas yang bercampur darah, dan cenderung berwarna merah,
- 3) Tampak ukuran uterus yang membesar namun tidak ada perkembangan/ aktivitas janin,
- 4) Terdapat nyeri tekan pada ovarium,
- 5) Tidak ada denyut jantung janin,
- 6) Saat palpasi, bagian-bagian janin tidak diteraba/ tidak ditemukan,
- 7) Komplikasi hipertensi akibat kehamilan, preeklamsi/ eklamsi sebelum usia kehamilan 24 minggu(Nur Amellia, 2018).

3) Kehamilan Ektopik

Kehamilan ektopik adalah kehamilan ketika implantasi dan pertumbuhan hasil konsepsi berlangsung diluar endometrium kavum uteri. Hampir 95% kehamilan ektopik terjadi diberbagai segmen tuba fallopi, dan 5% sisanya terdapat di ovarium, rongga peritoneum dan didalam serviks. Jika terjadi ruptur disekitar lokasi implantasi kehamilan, maka akan terjadi keadaan perdarahan pasif dan nyeri abdomen akut yang disebut kehamilan ektopik terganggu. Faktor-faktor predisposisi kehamilan ektopik meliputi riwayat

kehamilan ektopik sebelumnya, riwayat operasi tubektomi, penggunaan IUD, infertilitas, riwayat abortus dan riwayat inseminasi buatan/ teknologi bantuan reproduktif (assisted reproductive technology/ ART). Gejala awal yang ditimbulkan yaitu perdarahan pervaginam dan bercak darah, kadang disertai nyeri panggul. Diagnosa kehamilan ektopik dapat ditegakkan dengan melakukan pemeriksaan USG (Nur Amellia, 2018).

b. Hiperemesis Gravidarum

hyperemesis gravidarum sebagai suatu keadaan yang dikarakteristikan dengan rasa mual dan muntah yang berlebihan, kehilangan berat badan dan gangguan keseimbangan elektrolit, ibu terlihat lebih kurus, turgor kulit berkurang dan mata terlihat cekung. Jika tidak ditangani segera masalah yang timbul seperti peningkatan asam lambung yang selanjutnya dapat menjadi gastritis. Peningkatan asam lambung akan semakin memperparah hyperemesis gravidarum, mual muntah yang timbul terjadi karena adanya perubahan berbagai hormon dalam tubuh pada awal kehamilan. Presentase hormon hCG akan meningkat sesuai dengan pertumbuhan plasenta.

Diperkirakan hormon inilah yang mengakibatkan muntah melalui rangsangan terhadap otot polos lambung.

Sehingga semakin tinggi hormon hCG , semakin cepat pula merangsang muntah. dampak yang terjadi pada hyperemesis gravidarum yaitu menimbulkan konsumsi O₂ menurun, gangguan fungsi sel liver hingga terjadi ikterus (Manuaba, 2010).

2. Kehamilan Lanjut

a. Perdarahan Pervagina

1) Plasenta Previa

Plasenta previa didefinisikan sebagai plasenta yang berimplantasi diatas atau mendekati ostium serviks interna. Beberapa faktor predisposisi yang menyebabkan terjadinya plasenta previa diantaranya kehamilan ibu sudah usia lanjut (> 22 minggu), multiparitas, serta mempunyai riwayat seksio caesaria sebelumnya. Gejala umum yang terjadi pada kasus plasenta previa seperti terjadi perdarahan tanpa rasa nyeri secara tiba-tiba dan kapan saja, uterus tidak berkontraksi dan bagian terendah janin tidak masuk pintu atas panggul. Jenis-jenis plasenta previa diantaranya:

- a) Plsenta previa totalis yaitu posisi plasenta menutupi ostium internal secara keseluruhan,
- b) Plasenta previa parsialis yaitu posisi plasenta yang menutupi ostium interna sebagian saja,

- c) Plasenta previa marginalis yaitu posisi plasenta yang berada di tepi ostium interna,
- d) Plasenta previa letak rendah. yaitu posisi plasenta yang berimplantasi di segmen bawah uterus(Saifuddin, 2014).

2) Solusio Plasenta

Suatu keadaan dimana plasenta tang letaknya normal terlepas sebagian atau seluruhnya sebelum jalan lahir biasanya dihitung sejak usia kehamilan lebih dari 28 minggu. Solusio plasenta menurut derajat lepasnya plasenta dibagi menjadi :

- a) Solusio plasenta Lateralis/parsialis yaitu bila hanya sebagian dari palsenta yang terlepas dari tempat perlekatannya.
- b) Solusio plasenta totalis yaitu bila seluruh bagian plasenta sudah terlepas dari pelekatannya.
- c) Prolapes plasenta yaitu kadang-kadang plasenta ini turun kebawah dan dapat teraba pada pemeriksaan dalam (Saifuddin, 2014).

I. Kebutuhan Dasar Fisiologis Ibu Hamil

Pada saat hamil Agar janin dapat berkembang secara optimal, maka dalam proses pertumbuhan dan perkembanganya perlu dipenuhi oleh zat gizi yang lengkap, baik berupa vitamin , mineral, kalsium, karbohidrat, lemak, protein dan mineral. Oleh karena itu selama

proses kehamilan seorang ibu hamil perlu mengonsumsi makanan dengan kualitas gizi yang sehat dan seimbang, karena pada dasarnya selama kehamilan berbagai zat gizi yang kita konsumsi akan berdampak langsung pada kesehatan dan perkembangan janin ibu sendiri. Selain gizi yang cukup, kebutuhan dasar selama ibu hamil juga harus diperhatikan, karena hal ini sangat berpengaruh terhadap kondisi ibu baik fisik maupun psikologisnya mengingat reaksi terhadap perubahan selama masa kehamilan antara satu dengan ibu hamil lainnya dalam penerimanya tidaklah sama (Saifuddin, 2014). Kebutuhan dasar ibu hamil diantaranya :

1. Kebutuhan Ibu hamil Trimester I

- a. Diet dalam kehamilan Ibu dianjurkan untuk makan makanan yang mudah dicerna dan makan makanan yang bergizi untuk menghindari adanya rasa mual dan muntah begitu pula nafsu makan yang menurun. Pasien dianjurkan untuk mengonsumsi makanan yang mengandung zat besi (150 mg besi sulfat, 300 mg besi glukonat), asam folat (0,4 - 0,8 mg/hari), kalori ibu hamil umur 23-50 tahun perlu kalori sekitar 23000 kkal), protein (74 gr/hari), vitamin dan garam mineral (kalsium, fosfor, magnesium, seng, yodium). Makan dengan porsi sedikit namun sering dengan frekuensi sedang. Ibu hamil juga harus cukup minum 6-8 gelas sehari.

- b. Pergerakan dan gerakan badan

Selain menyehatkan badan, dengan bergerak secara tidak langsung hal ini meminimalkan rasa malas pada ibu untuk melakukan aktivitas-aktivitas yang tidak terlalu berat bagi ibu selama hamil, bergerak juga mendukung sistem kerja tubuh ibu selama hamil sehingga ibu yang memiliki nafsu makan yang tinggi dan berat badan yang lebih dapat terkontrol dan meminimalkan terjadinya obesitas/kegemukan selama hamil. Pergerakan badan ibu sebagai bentuk olahraga tubuh juga bermanfaat melatih otot-otot dalam ibu menjadi lebih fleksibel/ lentur sehingga memudahkan jalan untuk calon bayi ibu saat memasuki proses persalinan(Kuswanti, 2014).

c. Hygiene dalam kehamilan Ibu hamil boleh mengerjakan pekerjaan sehari-hari akan tetapi jangan terlalu lelah sehingga harus diselingi dengan istirahat. Istirahat yang dibutuhkan ibu 8 jam pada malam hari dan 1 jam pada siang hari. Ibu dianjurkan untuk menjaga kebersihan badan untuk mengurangi kemungkinan infeksi, setidaknya ibu mandi 2-3 kali sehari, kebersihan gigi juga harus dijaga kerbersihannya untuk menjamin perencanaan yang sempurna.

d. Koitus

koitus diperbolehkan pada masa kehamilannya jika dilakukan dengan hati-hati. Pada akhir kehamilan,

sebaiknya dihentikan karena dapat menimbulkan perasaan sakit dan perdarahan. Pada ibu yang mempunyai riwayat abortus, ibu dianjurkan untuk koitusnya di tunda sampai dengan 16 minggu karena pada waktu itu plasenta telah berbentuk. Pola seksual pada trimester III saat persalinan semakin dekat, umumnya hasrat libido kembali menurun, bahkan lebih drastis dibandingkan dengan saat trimester pertama. Perut yang makin membuncit membatasi gerakandan posisi nyaman saat berhubungan intim. Pegal dipunggung dan pinggul, tubuh bertambah berat dengan cepat, nafas lebih sesak (karena besarnya janin mendesak dada dan lambung). Selain hal fisik, turunnya libido juga berkaitan dengan kecemasan dan kekhawatiran yang meningkat menjelang persalinan. Sebenarnya tidak ada yang perlu dirisaukan jika kehamilan tidak disertai faktor penyulit. Hubungan seks sebaiknya lebih diutamakan menjaga kedekatan emosional daripada rekreasi fisik karena pada trimester terakhir ini, dapat terjadi kontraksi kuat pada wanita hamil yang diakibatkan karena orgasme. Hal tersebut dapat berlangsung biasanya sekitar 30 menit hingga terasa tidak nyaman. Jika kontraksi berlangsung lebih lama, menyakitkan, menjadi lebih kuat, atau ada indikasi lain yang menandakan bahwa proses kelahiran akan mulai. Akan tetapi, jika tidak terjadi penurunan

libido pada trimester ketiga ini, hal itu normal saja. Ibu hamil berhak mengetahui pola seksual karena dapat terjadi kontraksi kuat pada wanita hamil yang diakibatkan karena orgasme.

e. Ibu diberi imunisasi TT1 dan TT2 (Yulizawati, 2017).

2. Kebutuhan ibu hamil trimester II

a. Pakaian

Selama kehamilan Ibu dianjurkan untuk mengenakan pakaian yang nyaman digunakan dan yang berbahan katun untuk mempermudah penyerapan keringat. Menganjurkan ibu untuk tidak menggunakan sandal atau sepatu yang berhak tinggi karena dapat menyebabkan nyeri pada pinggang(Kuswanti, 2014).

b. Pola makan

Nafsu makan meningkat dan pertumbuhan yang pesat makan ibu dianjurkan untuk mengkonsumsi protein, vitamin, juga zat besi. saat hamil kebutuhan zat besi sangat meningkat. Ibu hamil dianjurkan mengkonsumsi 90 tablet Fe selama hamil. Besarnya angka kejadian anemia ibu hamil disebabkan karena kurangnya mengkonsumsi tablet Fe. Efek samping tablet Fe adalah kadang terjadi mual karena bau tablet tersebut, muntah, perut tidak enak, susah buang air besar, tinja berwarna hitam, namun hal ini tidak berbahaya. Waktu yang dianjurkan minum tablet Fe

adalah pada malam hari menjelang tidur, hal ini untuk mengurangi rasa mual yang timbul setelah ibu meminumnya.

c. Ibu diberi imunisasi TT3(Kuswanti, 2014).

3. Kebutuhan ibu hamil trimester III

a. Nutrisi

Kecukupan gizi ibu hamil diukur berdasarkan kenaikan berat badan. Kalori ibu hamil 300-500 kalori lebih banyak dari sebelumnya. Kenaikan berat badan juga bertambah pada trimester ini antara 0,3-0,5 kg/minggu. Kebutuhan protein juga 30 gram lebih banyak dari biasanya.

b. Seksual

Hubungan seksual pada trimester 3 tidak berbahaya kecuali ada beberapa riwayat berikut yaitu:

- 1) Pernah mengalami abortus sebelumnya,
- 2) Riwayat perdarahan pervaginam sebelumnya,
- 3) Terdapat tanda infeksi dengan adanya pengeluaran cairan disertai rasa nyeri dan panas pada jalan lahir.

Ada beberapa indikasi tentang bahaya jika melakukan hubungan seksual pada trimester III bagi ibu hamil, namun faktor lain yang lebih dominan yaitu turunnya rangsangan libido pada trimester ini yang membuat kebanyakan ibu hamil tidak tertarik untuk berhubungan intim dengan pasangannya, rasa nyama yang sudah jauh berkurang

disertai ketidaknyamanan seperti pegal/ nyeri di daerah punggung bahkan terkadang ada yang merasakan adanya kembali rasa mual seperti sebelumnya, hal inilah yang mempengaruhi psikologis ibu di trimester III.

c. Istirahat yang cukup

Istirahat dan tidur yang teratur dapat meningkatkan kesehatan jasmani, rohani, untuk kepentingan kesehatan ibu sendiri dan tumbuh kembang janinya di dalam kandungan. Kebutuhan tidur yang efektif yaitu 8 jam/ hari.

d. Kebersihan diri (Personal Hygiene)

Penting bagi ibu menjaga kebersihan dirinya selama hamil, hal ini dapat mempengaruhi fisik dan psikologis ibu. Kebersihan lain yang juga penting di jagayaitu persiapan laktasi, serta penggunaan bra yang longgar dan menyangga membantu memberikan kenyamanan dan keamanan bagi ibu.

e. Memepersiapkan kelahiran

Bekerja sama dengan ibu, keluarganya, serta masyarakat untuk mempersiapkan rencana kelahiran, termasuk mengidentifikasi penolong dan tempat persalinan, serta perencanaan tabungan untuk mempersiapkan biaya persalinan. Bekerja sama dengan ibu, keluarganya dan masyarakat untuk mempersiapkan rencana jika terjadi komplikasi, termasuk: Mengidentifikasi kemana harus

pergi dan transportasi untuk mencapai tempat tersebut, Mempersiapkan donor danar, Mengadakan persiapan financial, Mengidentifikasi pembuat keputusan kedua jika pembuat keputusan pertama tidak ada ditempat.

f. Memberikan konseling tentang tanda – tanda persalinan.

Beberapa tanda – tanda persalinan yang harus diperhatikan:

- 1) Rasa sakit oleh adanya his yang datang lebih kuat, sering dan teratur.
- 2) Keluar lendir bercampur darah (show) yang lebih banyak karena robekan-robekan kecil pada servik.
- 3) Kadang-kadang ketuban pecah dengan sendirinya
- 4) Pada pemeriksaan dalam servik mendatar dan pembukaan telah ada (Kuswanti, 2014).

J. Kebutuhan Psikososial Ibu Hamil

1. Dukungan Keluarga

Kehamilan dapat memperlihatkan seluruh anggota keluarga sebab konsepsi merupakan awal dan bukan saja bagi janin yang sedang berkembang di dalam rahim ibu tetapi jugadalam keluarga. Yaitu dengan hadirnya anggota keluarga baru yang akan terjadi perubahan hubungan didalam keluarga. Oleh karena itu setiap anggota harus beradaptasi dari kehmilan berdasarkan kebutuhan dari masing-masing (Kuswanti, 2014)

2. Dukungan Tenaga Kesehatan

a. Trimester I

- 1) Menjelaskan dan meyakinkan pada ibu apa yang akan terjadi pada dirinya dan itu merupakan hal yang normal.
- 2) Membantu agar ibu dapat memahami setiap perubahan yang terjadi baik fisik maupun psikologis
- 3) Yakinkan bahwa ibu akan memulai merasa lebih baik dan berbahagia pada trimester II

b. Trimester II

- 1) Mengajarkan ibu tentang nutrisi, pertumbuhan bayi, tanda-tanda bahaya.
- 2) Bersama ibu dan keluarga dalam merencanakan kelahiran dan rencana kegawatdaruratan.

c. Trimester III

- 1) Memberikan penjelasan bahwa yang dirasakan ibu adalah normal.
- 2) Menenangkan ibu.
- 3) Memberikan kembali dengan bagaimana tanda-tanda persalinan yang sebenarnya.
- 4) Menyakinkan bahwa anda (Tenaga Kesehatan) akan selalu bersama ibu untuk membantu melahirkan bayinya (Manuaba, 2010)

3. Rasa Aman dan Nyaman selama masa kehamilan

- a. Senam untuk memperkuat otot-otot.
- b. Mengatur posisi duduk untuk mengatasi nyeri punggung akibat janin.
- c. Mengatur berbagai sikap tubuh untuk meredakan rasa nyeri dan pegel.
- d. Sikap berdiri yang akan membuat bayi leluasa.
- e. Melatih sikap santai untuk menenangkan pikiran dan menenangkan tubuh.
- f. Melakukan teknik relaksasi sentuhan.
- g. Melakukan teknik pemijatan(Kumalasari, 2015)

4. Persiapan menjadi orang tua.

- a. Berbagi pengalaman yang unik tentang kejadian yang dialami oleh masing-masing.
- b. Berdiskusi dengan pasangan tentang apa yang akan dilakukan untuk status menjadi orang tua.
- c. Akomodasi bagi calon bayi yang akan lahir.
- d. Menyiapkan tambahan penghasilan.

e. Mencari jalan keluar apabila nanti tiba saatnya ibu harus kembali bekerja.

f. Apa saja yang harus diperlukan untuk merawat bayi.

Peran bidan yang harus dilakukan dalam persiapan menjadi

orang tua :

- a. Memberikan informasi mengenai persalinan.
- b. Membantu menyiapkan psikologis ibu dan suaminya.
- c. Membantu ibu dalam menyesuaikan diri dalam kehamilan dan perannya yang akan menjadi ibu atau orang tua.
- d. Memberi support empati, berkomunikasi secara efektif dan bisa sebagai pendengar aktif (Kuswanti, 2014)

K. Ketidaknyaman Pada Ibu Hamil

1. Mual Muntah

Mual muntah biasanya dirasakan pada ibu hamil pada kehamilan muda atau dini. Biasanya disebabkan oleh respon terhadap hormon dan merupakan pengaruh fisiologis. Penatalaksanaan khusus bisa dengan diet atau memberikan nasihat tentang gizi, makan sedikit tapi sering, makan makanan padat bangkit dan berbaring, segera lapor jika ibu mengalami gejala *vomitus uterus* atau bertambah parah, serta mengingatkan pasien bahwa obat anti vomitus membuatnya mengantuk.

2. Pusing atau sakit kepala

Sakit kepala yang menunjukkan suatu masalah serius adalah sakit kepala hebat, menetap dan tidak hilang dengan beristirahat. Terkadang karena sakit kepala yang hebat tersebut, ibu mungkin menemukan bahwa penglihatannya menjadi kabur atau berbayang. Sakit kepala yang hebat dalam kehamilan adalah gejala dari pre eklamsi.

3. Sering buang air kecil

Buang air kecil yang sering dirasakan ibu hamil muda atau berkelanjutan, disebabkan karena hormon progesteron dan tekanan pada kandung kemih karena pembesaran rahim ada kepala janin yang turun kerongga panggul. Hal yang harus dilakukan yaitu dengan menyingkirkan kemungkinan adanya infeksi. Berikan nasihat untuk mengurangi minum setelah makan atau minum 2 jam sebelum tidur, menghindari minuman yang mengandung kafein dan jangan mengurangi kebutuhan air minum (minimal 8 gelas perhari) perbanyak di siang hari dan melakukan senam kegel.

4. Kaki bengkak

Disebabkan karena adanya perubahan hormonal yang menyebabkan retensi cairan. Yang harus dilakukan oleh ibu hamil adalah dengan segera berkonsultasi dengan dokter jika bengkak yang dialami oleh ibu hamil pada kelopak mata, wajah, jari-jari yang disertai tekanan darah tinggi, sakit kepala, pandangan kabur (tanda preeklamsia) kurangi asupan makan yang mengandung garam, hindari duduk dengan kaki bersilang, gunakan bangku kecil untuk menopang kaki pada saat ibu duduk dan memutar pergelangan kaki juga perlu dilakukan.

5. Nyeri perut bawah

Pada umumnya yang dirasakan pada kehamilan usia lanjut disebabkan karena adanya progesteron dan relaksin (yang melunakkan jaringan ikat) dan postur tubuh yang berubah-ubah serta peningkatan berat badan yang dibawa dalam rahim. Yang harus dilakukan ibu yaitu menghindari atau menyingkarkan kemungkinan penyebab serius, fisioterapi, pemanasan pada bagian yang sakit, analgesia dan istirahat yang cukup, menggunakan sepatu tumit rendah, hindari mengangkat yang berat. Memberitahu cara-cara untuk mengistirahatkan otot punggung. Dan menjelaskan ibu untuk tidur pada kasur yang tipis yang bawahnya ditaruh papan jika diperlukan.

6. Konstipasi

Konstipasi biasanya terjadi pada ibu hamil usia lanjut atau bulan-bulan akhir kehamilan dan disebabkan progesteron dan usus yang terdesak oleh rahim yang membesar, atau juga bisa dikarenakan efek dari tablet zat besi. Penatalaksanaan khusus yaitu diet kadang-kadang dapat diberi (dengan resep dokter). Asuhan yang dapat diberikan yaitu dengan nasihat makanan yang tinggi serat, buah dan sayur, ekstra cairan, hindari makanan berminyak dan anjurkan ibu untuk olahraga tanpa dipaksa(Kuswanti, 2014).

L. Tanda Bahaya Kehamilan

1. Perdarahan Pervaginam

Perdarahan pada masa kehamilan lanjut setelah 22 minggu sampai sebelum persalinan. Perdarahan pervaginaan dikatakan tidak normal bila ada tanda-tanda seperti keluarnya darah merah segar atau kehitaman dengan bekuan, perdarahan kadang banyak kadang tidak terus menerus, perdarahan disertai rasa nyeri. Perdarahan semacam ini bisa berarti plasenta previa, solusio plasenta, ruptur uteri, atau dicurigai adanya gangguan pembekuan darah (Saifuddin, 2014)

2. Sakit Kepala yang hebat

Nyeri kepala hebat pada masa kehamilan dapat menjadi tanda gejala preeklamsi, dan jika tidak diatasi dapat menyebabkan komplikasi kejang maternal, stroke, koagulapati hingga kematian. Sehingga perlu dilakukan pemeriksaan lengkap baik oedem pada tangan/ kaki, tekanan darah, dan protein urin ibu sejak dini.

3. Nyeri abdomen yang hebat

Nyeri pada daerah abdomen yang tidak berhubungan dengan persalinan normal adalah suatu kelainan. Nyeri abdomen yang mengindikasikan mengancam jiwa adalah nyeri perut yang hebat, menetap dan tidak hilang setelah beristirahat, terkadang dapat disertai dengan perdarahan lewat jalan lahir. Hal ini bisa berarti appendicitis (radang usus buntu), kehamilan ektopik (kehamilan di luar kandungan), abortus (keguguran), penyakit radang panggul, persalinan preterm, gastritis (maag), solutio

placenta, penyakit menular seksual, infeksi saluran kemih atau infeksi lain(Saifuddin, 2014).

4. Bengkak pada muka dan tangan

Hampir separuh dari ibu-ibu hamil akan mengalami bengkak yang normal pada kaki yang biasanya muncul pada sore hari dan biasanya hilang setelah beristirahat atau dengan meninggikan kaki lebih tinggi daripada kepala. Bengkak yang menjadi masalah serius yaitu ditandai dengan:

- a) Muncul pembengkakan pada muka, tangan dan ekstremitas lainnya,
- b) Bengkak tidak hilang setelah beristirahat,
- c) Bengkak disertai dengan keluhan fisik lainnya. Hal ini merupakan pertanda dari anemia, gangguan fungsi ginjal, gagal jantung ataupun pre eklampsia. Gejala anemia dapat muncul dalam bentuk oedema (bengkak) karena dengan menurunnya kekentalan darah pada penderita anemia, disebabkan oleh berkurangnya kadar hemoglobin (Hb, sebagai pengangkut oksigen dalam darah). Pada darah yang rendah kadar Hb-nya, kandungan cairannya lebih tinggi dibandingkan dengan sel-sel darah merahnya (Saifuddin, 2014).

5. Bayi kurang bergerak

Ibu hamil mulai dapat merasakan gerakan bayinya pada usia kehamilan 16-18 minggu (multigravida, sudah pernah hamil dan melahirkan sebelumnya) dan 18-20 minggu (primigravida, baru pertama kali hamil). Jika janin tidur, gerakannya akan melemah. Janin harus bergerak paling sedikit 3 kali dalam periode 3 jam (10 gerakan dalam 12 jam). Gerakan janin akan lebih mudah terasa jika ibu berbaring atau beristirahat, makan dan minum. Jika ibu tidak merasakan gerakan janin sesudah usia 22 minggu/memasuki persalinan, maka perlu diwaspadai terjadinya gawat janin atau kematian janin dalam uterus (Saifuddin, 2014).

6. Keluaran cairan pervaginam

Dinamakan ketuban pecah sebelum waktunya apabila terjadi sebelum persalinan yang disebabkan karena berkurangnya kekuatan membran/ peningkatan tekanan uteri yang juga dapat disebabkan adanya infeksi yang dapat berasal dari vagina dan serviks yang dapat dinilai dari cairan ketuban di vagina. Pecahnya selaput ketuban dapat terjadi pada kehamilan 37 minggu preterm maupun kehamilan aterm (Nur Amellia, 2018)

7. Demam Tinggi

Suhu ibu hamil berada pada $> 38^{\circ}\text{C}$ dalam kehamilan, ini menandakan ibu dalam masalah. Demam pada kehamilan merupakan manifestasi tanda gejala infeksi kehamilan. Penangannya dapat dengan memiringkan bahu ibu ke kiri, cukupi kebutuhan cairan ibu dan kompres hangat guna

menurunkan suhu ibu. komplikasi yang ditimbulkan jika ibu mengalami demam tinggi yaitu sistitis (infeksi kandung kencing) serta infeksi saluran kemih atas(Saifuddin, 2014).

M. KSPR (Kartu Skore Poedji Rochayati)

Kartu Skor Poedji Rochjati (KSPR) adalah kartu skor yang digunakan sebagai alat skrining antenatal berbasis keluarga untuk menemukan faktor risiko ibu hamil, yang selanjutnya mempermudah pengenalan kondisi untuk mencegah terjadi komplikasi obstetrik pada saat persalinan. KSPR disusun dengan format kombinasi antara checklist dari kondisi ibu hamil / faktor risiko dengan sistem skor. Kartu skor ini dikembangkan sebagai suatu teknologi sederhana, mudah, dapat diterima dan cepat digunakan oleh tenaga non profesional(Bruno, 2019).

Fungsi dari KSPR adalah :

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

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

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

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

1) Kelompok Faktor Risiko I (Ada Potensi Gawat Obstetrik).

1. Primi muda : terlalu muda, hamil pertama usia 16 tahun atau kurang
2. Primi Tua : terlalu tua, hamil usia \geq 35 tahun
3. Primi Tua Sekunder : jarak anak terkecil $>$ 10 tahun
4. Anak terkecil $<$ 2 tahun : terlalu cepat memiliki anak lagi
5. Grande multi : terlalu banyak memiliki anak, anak \geq 4
6. Umur ibu \geq 35 tahun : terlalu tua
7. Tinggi badan \leq 145 cm : terlalu pendek, belum pernah melahirkan normal dengan bayi cukup bulan dan hidup, curiga panggul sempit
8. Pernah gagal kehamilan

9. Persalinan yang lalu dengan tindakan 10. Bekas operasi sesar

2) Kelompok Faktor Risiko II

1. Penyakit ibu : anemia, malaria, TBC paru, payah jantung, dan penyakit lain.
2. Preeklampsia ringan
3. Hamil kembar
4. Hidramnion : air ketuban terlalu banyak
5. IUFD (Intra Uterine Fetal Death) : bayi mati dalam kandungan
6. Hamil serotinus : hamil lebih bulan (≥ 42 minggu belum melahirkan)
7. Letak sungsang.
8. Letak Lintang.

3) Kelompok Faktor Risiko III

1. Perdarahan Antepartum : dapat berupa solusio plasenta, plasenta previa, atau vasa previa
2. Preeklampsia berat/eklampsia (Bruno, 2019).

N. Kunjungan Antenatal Care

Antenatal care (ANC) adalah pengawasan kehamilan untuk mengetahui kesehatan umum ibu, menegakkan secara dini penyakit yang menyertai kehamilan, menegakkan secara dini komplikasi kehamilan, dan menetapkan risiko kehamilan. Tujuan utama antenatal care adalah menurunkan/mencegah kesakitan dan

kematian maternal dan perinatal. Tujuan penelitian ini untuk mengetahui keteraturan ANC berdasarkan faktor determinan maternal(Izzatul, Ayu, 2019). Tujuan antenatal care yaitu sebagai berikut :

1. Memantau kemajuan kehamilan untuk memastikan kesehatan ibu dan tumbuh kembang bayi.
2. Meningkatkan dan mempertahankan kesehatan fisik, mental, dan sosial ibu dan bayi.
3. Mengenali secara dini adanya ketidaknormalan atau komplikasi yang mungkin terjadi selama hamil, termasuk riwayat penyakit secara umum, obstetric, dan pembedahan.
4. Mempersiapkan persalinan cukup bulan, melahirkan dengan selamat, ibu maupun bayinya dengan trauma seminimal mungkin.
5. Mempersiapkan ibu supaya masa nifas berjalan normal dan pemberian ASI eksklusif.
6. Mempersiapkan peran ibu dan keluarga dalam menerima kelahiran bayi supaya dapat tumbuh dan berkembang secara normal.

Setiap wanita hamil memerlukan sedikitnya enam kali kunjungan selama periode antenatal yaitu :

1. 2 kali kunjungan selama trimester I
 - a. Membangun hubungan saling percaya antara petugas kesehatan dan ibu hamil.

- b. Mendeteksi masalah dan menanganinya.
 - c. Melakukan tindakan pencegahan seperti tetanus neonatus, anemia kekurangan zat besi, penggunaan praktek tradisional yang merugikan.
 - d. Memulai persiapan kelahiran bayi dan kesiapan untuk menghadapi komplikasi.
 - e. Mendorong perilaku yang sehat (gizi, latihan dan kebersihan, istirahat, dan sebagainya)
 - f. 1 kali kunjungan dengan kolaborasi Dokter untuk melakukan pemeriksaan skrining kesehatan ibu hamil secara keseluruhan (IBI, 2020).
2. 1 kali kunjungan selama trimester II
Sama seperti diatas, ditambah kewaspadaan khusus mengenai preelamsia (tanya ibu tentang gejala-gejala preeklamsia, pantau tekanan darah, evaluasi edema, priksa untuk mengetahui proteinuria).
 3. 3 kali kunjungan selama trimester III
Sama seperti diatas, ditambah palpasi abdominal untuk mengetahui apakah ada kehamilan ganda. Setelah usia kehamilan 36 minggu kita melakukan pendeteksian letak bayi yang tidak normal, atau kondisi lain yang memerlukan kelahiran dirumah sakit dengan pemeriksaan kehamilan satu kali kolaborasi dengan dokter untuk mendeteksi komplikasi

kehamilan atau mempersiapkan rujukan persalinan jika perlu (IBI, 2020).

O. Kebijakan Pelayanan Antenatal Care Selama Pandemi Covid-

19

1. Tidak ada keluhan bumil diminta menerapkan isi buku KIA dirumah. Segera ke fasyankes jika ada keluhan / tanda bahaya.
2. Ibu membuat janji melalui online seperti TeloponWA ANC pada trimester pertama 1x kolaborasi dengan dr untuk pemeriksaan kesehatan.
3. Lakukan pengkajian komprehensif sesuai standar dgn kewaspadaan Covid-19. Dapat berkoordinasi dengan RT/Rw/Kades tentang status ibu (ODP/POP,Covid +).
4. ANC dilakukan sesuai standar (10T) don APD level1. Lakukan skrining faktor resiko. Jika temukan taktor resiko nujuk sesuai standar.
5. Ibu hamilL pendamping dan tim kesehatan yang bortugas menggunakan masker dan menerapkan protokol pencegahan covid-19.
6. Tunda kelas Ibu hamil / dilakukan secara online.
7. Konsultasi kohamian, KIE dan Konseling dapat dilakukan secara online(Kemenkes, 2020).

2.1.2. Konsep Dasar Persalinan

A. Penegertian Persalinan

Persalinan normal adalah suatu proses pengeluaran hasil konsepsi (janin atau uri) dari dalam uterus pada umur kehamilan 37 minggu – 42 minggu dengan ditandai adanya kontraksi uterus yang menyebabkan terjadinya penipisan dan dilatasi serviks. Terjadinya persalinan normal bukan berarti tidak ada komplikasi, tetapi melainkan banyak kemungkinan hal yang bisa terjadi (Indah, Firdayanti, 2019).

Persalinan adalah suatu proses alami yang akan berlangsung dengan sendirinya, tetapi persalinan pada manusia setiap saat terancam penyulit yang membahayakan ibu maupun janinnya sehingga memerlukan pengawasan, pertolongan, dan pelayanan dengan fasilitas yang memadai. Setiap ibu memiliki kondisi kesehatan yang berbeda-beda, sehingga dapat mengurangi resiko kematian ibu dan janin pada saat persalinan. Terjadinya komplikasi pada persalinan karena ada kesalahan penolong dalam persalinan, baik tenaga non kesehatan seperti dukun atau pun tenaga kesehatan khususnya bidan (Lestari, 2015).

B. Jenis persalinan

1. Berdasarkan proses berlangsungnya persalinan dibedakan menjadi beberapa antara lain :

a. Persalinan Spontan

Persalinan dikatakan spontan yaitu jika dalam persalinan berlangsung dengan kekuatan ibunya sendiri yang keluar dan melalui jalan lahir

b. Persalinan Bantuan /Buatan

Persalinan bantuan merupakan jika proses persalinan yang berlangsung di bantu dengan tenaga dari luar contohnya seperti ekstraksi dengan *forceps* atau dilakukan operasi *section caesaria*.

c. Persalinan anjuran

Persalinan anjuran merupakan persalinan bila kekuatan ibu yang diperlukan untuk proses persalinan ditimbulkan dari luar dengan adanya rangsangan contohnya pitocin dan prostaglandin (Prawirohardjo, 2014).

2. Berdasarkan usia kehamilan dan berat badan janin yang dilahirkan, persalinan dibedakan menjadi beberapa yaitu antara lain :

a. Abortus merupakan pengeluaran hasil konsepsi dengan usia kehamilan kurang dari 22 minggu dan berat badan janin kurang dari 500 gram.

b. Imatur merupakan partus dengan usia kehamilan 22-28 minggu dan berat badan janin lahir 500-1000 gram.

- c. Prematur merupakan partus dengan usia kehamilan 28-37 minggu dengan berat badan janin 1000-2500 gram.
- d. Aterm merupakan partus dengan usia kehamilan 37-40 minggu dengan berat badan janin 2500 gram atau lebih.
- e. Posterm/serotinus merupakan partus dengan usia kehamilan > 42 minggu (Prawirohardjo, 2014).

3. Bentuk persalinan menurut cara persalinan (Manuaba,2010) antara lain meliputi :

a. Persalinan normal

Persalinan normal (persalinan spontan) merupakan bayi lahir dari vagina ibu dengan letak belakang kepala/ubun-ubun kecil, tanpa menggunakan alat bantu, serta persalinan ini tidak melukai ibu maupun bayi (kecuali dilakukan episiotomi) dari awal sampai akhir persalinan hanya menggunakan tenaga ibu dengan melalui jalan lahir ke dunia luar. Proses persalinan normal biasanya berlangsung dalam waktu kurang dari 24 jam.

b. Persalinan Buatan

Persalinan bantuan disini merupakan persalinan yang berakhir dengan adanya bantuan tenaga yang ada dari luar dan diakhiri dengan suatu tindakan. Contohnya jika terjadi ostruksi dengan melukan tindakan forceps atau

dengan tindakan bedah section caesaria, vakum ekstraksi.

c. Persalinan Anjuran

Selain persalinan normal dan buatan disini juga terdapat persalinan anjuran yaitu persalinan yang baru dapat berlangsung setelah permulaannya dianjurkan dengan suatu perbuatan atau tindakan. Contohnya dengan pemecahan ketuban atau dengan memberi suntikan pitocin, sintosinon.

C. Teori – Teori Penyebab Persalinan

1. Teori penurunan kadar hormon progesteron

Pada usia kehamilan akhir akan terjadi penurunan kadar progesteron yang dapat mengakibatkan peningkatan kontraksi uterus sebab sintesa prostglandin di choriamnin (Saifuddin, 2014). Teori rangsangan estrogen

Estrogen menyebabkan *irritability mymetrium*, estrogen memungkinkan sintesa prostlagandin pada desidua pada selaput ketuban sehingga dapat menyebabkan terjadinya kontraksi uterus

2. Teori reseptor oksitosin dan kontraksi Broxton hiks

Oksitosin merupakan hormon yang dikeluarkan oleh kelenjar hipofisis porst posterior. Distribusi reseptor oksitosin, dominan pada fundus dan korpus uteri. Makin

berkurangnya jumlahnya di segmen bawah rahim dan praktis tidak banyak di jumpai pada serviks uteri

3. Teori keregangan

Rahim yang menjadi besar dan merangsang dapat menyebabkan iskemia otot-otot rahim, sehingga mengganggu sirkulasi utero plasenter

4. Teori fetal membran

Meningkatnya hormon estrogen menyebabkan terjadinya esterifiend yang dapat menghasilkan *arachnoid acid*, *arachnoid acid* yang bekerja untuk pembentukan prostlagandin yang menyebabkan kontraksi miometrium.

5. Teori plasenta sudah tua

Pada usia kehamilan 40 minggu mengakibatkan sirkulasi pada plasenta menurun segera terjadi degenerasi trophoblast maka akan terjadi penurunan produksi hormon.

6. Teori tekanan servik

Fetus yang berpresentasi baik dapat merangsang akhiran syaraf sehingga serviks menjadi lunak dan terjadi dilatasi internum yang mengakibatkan SAR (Segmen atas rahim) dan SBR (segmen bawah rahim) berkerja berlawanan sehingga terjadi kontraksi dan retensi (Sulistyawati, 2012).

D. Tanda –tanda Gejala Persalinan

1. Tanda permulaan Persalinan

a. Lightening

Menjelang minggu ke-36 pada ibu hamil primigravida terjadi penurunan pada fundus uteri sebab kepala bayi sudah masuk PAP. Pada Multigravida, tanda ini tidak begitu kelihatan sebab masuknya kepala janin ke dalam panggul terjadi bersamaan dengan terjadinya proses persalinan (Kuswanti, 2014).

b. Perasaan sering atau susah buang air kecil karena kandung kemih tertekan oleh bagian terbawah dari janin.

c. Perasaan sakit di perut oleh adanya kontraksi.

2. Serviks menjadi lembek, mulai mendatar dan sekresinya bertambah bercampur darah atau disebut *bloody show* (Saifuddin, 2014).

3. Tanda masuknya persalinan

a. Terjadinya his persalinan

His merupakan kontraksi rahim yang dapat diraba menimbulkan adanya pembukaan serviks. Karakter dari his persalinan adalah pinggang yang terasa sakit sampai menjalar kedepan, selain itu sifat his teratur yaitu interval his semakin pendek, kuat dan semakin besar. Terjadinya pembukaan pada serviks, jika pasien menambah aktifitasnya misalnya dengan berjalan-jalan atau jongkok maka kekuatan his akan bertambah (Kuswanti, 2014).

b. Pegeluaran lendir dan darah

Dengan adanya his dalam persalinan maka akan terjadi perubahan serviks yang dapat menimbulkan pendataran dan pembukaan serviks. Pembukaan serviks ini menyebabkan selaput lendir yang terdapat pada kanalis servikalis terlepas sehingga terjadi perdarahan karena kapiler darah pecah (Kuswanti, 2014).

c. Pengeluaran Cairan

Proses penting menjelang persalinan adalah pecahnya air ketuban. Selama sembilan bulan masa gestasi bayi aman melayang dalam cairan amnion. Keluarnya air-air dan jumlahnya cukup banyak, berasal dari ketuban yang pecah akibat kontraksi yang makin sering terjadi (Kuswanti, 2014)

E. Faktor –Faktor yang Mempengaruhi Persalinan

Ada beberapa faktor yang dapat mempengaruhi proses persalinan, antara lain sebagai berikut :

1. Faktor Power

Power merupakan kekuatan dimana kekuatan tersebut meliputi his, kontraksi otot-otot perut, kontraksi diafragma dan aksi dari ligament, dengan kerja sama yang baik dan sempurna.

a. His (Kontraksi Uterus)

Sifat dari his yang baik yaitu kontraksi uterus, fundus dominan, terkoordinasi dan relaksasi.

b. Tenaga mengejan/meneran

- c. Setelah pembukaan lengkap dan ketuban pecah, tenaga yang mendorong anak keluar selain his.
- d. Saat kepala keluar dari panggul timbul reflex yang mengakibatkan penutup glosstisnya, mengkontraksi otot-otot perut dan meneran diafragma ke bawah (Kumalasari, 2015).

2. Faktor *Passanger*

a. Bidang hodge

- 1) Hodge I : Bentuk pada lingkaran PAP dengan bagian atas simfisi dan promotorium.
- 2) Hodge II : Sejajar dengan hodge I setinggi pinggir bawah simfisis.
- 3) Hodge III : Sejajar dengan Hodge I dan II setinggi spina ischiadika kanan kiri.
- 4) Hodge IV : Sejajar dengan hodge I,II,III setinggi oscoccygis (S. Romauli, 2011).

3. Faktor *Passage*(Jalan Lahir)

a. Janin

Passanger pertama mempengaruhi jalannya persalinan karena besar dan posisinya. Kelainan-kelainan yang sering menjadi faktor penghambat dari passanger yaitu kelainan ukuran dan bentuk kepala janin seperti hidrosefalus dan anesefalus, kelainan letak seperti letak muka ataupun letak

dahi, serta kelianan kedudukan anak seperti kedudukan lintang atau pun letak sungsang (Sulistyawati, 2012).

b. Moulage (molase)

Adanya celah antara bagian-bagian tulang kepala janin memungkinkan adanya penyusupan antara bagaian tulang (overlapping) sehingga kepala janin dapat mengalami perubahan bentuk dan ukuran. Proses ini disebut molase (Sulistyawati, 2012).

4. Psikologi Ibu

Dukungan maternal derdampak positif bagi keadaan psikologis ibu ini berpengaruh pada kelancaran proses persalinan ibu. Sebagai contoh pasien persalinan yang didampingi suami dan keluarga yang dicintainya akan mengalami proses persalinan yang lebih lancar jika dibandingkan dengan pasien yang tidak didampingi oleh semuaminya dan keluarga (Asrina, 2010).

5. Penolong

Kompetensi dan pengetahuan penolong sangat bermanfaat dalam proses persalinan dan mencegah kematian maternal dan neonatal. Selain itu, penolong juga tidak diharapkan mal praktek atau tidak sesuai dengan aturan dalam meberikan asuhan kepada ibu bersalin (Asrina, 2010).

F. Tahap – Tahap Persalinan

1. Kala I

Kala I persalinan dimulai sejak terjadinya kontraksi uterus dan pembukaan servik sehingga mencapai pembukaan lengkap (10 cm). Persalinan kala I berlangsung 18-24 jam dan terbagi menjadi dua fase yaitu fase katen dan fase aktif.

a. Fase laten persalinan

- 1) Dimulai sejak awal kontraksi yang menyebabkan penipisan dan pembukaan servix secara bertahap.
- 2) Pembukaan servik kurang dari 4 cm.
- 3) Biasanya berlangsung dibawah hingga 8 jam.

b. Fase aktif persalinan

Fase ini terbagi menjadi 3 fase yaitu akselerasi, dilatasi maksimal, dan deselerasi.

- 1) Frekuensi dan lama kontraksi uterus umumnya meningkat (kontraksi dianggap adekuat atau memadai jika terjadi 3 kali atau lebih dalam waktu 10 menit dan berlangsung selama 40 detik atau lebih.
- 2) Servix membuka dari 4 ke 10 cm biasanya dengan kecepatan 1 cm atau lebih perjam hingga pembukaan lengkap (10 cm)
- 3) Terjadi penurunan bagian terendah janin (Kurniarum, 2016).

2. Kala II

Persalinan kala II dimulai ketika pembukaan serviks sudah lengkap (10 cm) dan berakhir dengan lahirnya bayi. Pada kala pengeluaran janin his terkoordinasi, kuat, cepat dan lebih lama, kira-kira 2-3 menit sekali. Kepala janin telah turun masuk keruang panggul, sehingga terjadilah tekanan pada otot-otot dasar panggul yang secara refleks atau otomatis menimbulkan rasa mengejan. Ibu merasa seperti ingin buang air besar karena tekanan pada rektum dengan tanda anus terbuka (Sulistyawati, 2012).

Pada waktu his, kepala janin mulai kelihatan, vulva membuka dan perineum merenggang. Dengan his mengejan yang dipimpin maka akan lahirlah kepala, diikuti oleh seluruh badan janin. Kala II pada primigravida berlangsung 1 ½ - 2 jam, pada multigravida ½- 1 jam (Marmi, 2012).

3. Kala III

Kala III adalah waktu untuk pelepasan dan pengeluaran plasenta. Proses ini berlangsung setelah kala II yang tidak lebih dari 30 menit, kontraksi uterus berhenti sekitar 5-10 menit. Dengan lahirnya bayi dan proses retraksi uterus, maka plasenta lepas dari lapisan Nitabusch atau jaringan ikat longgar yang melapisinya. Berikut beberapa tanda terlepasnya plasenta, diantaranya:

- a) Uterus menjadi berbrntung longgar.

- b) Uterus terdorong ke atas, karena plasenta terlepas ke segmen bawah rahim.
- c) Tali pusat semakin memanjang.
- d) Melahirkan plasenta dilakukan dengan dorongan ringan secara crede (pelepasan plasenta seperti memeras jeruk dan dilakukan untuk melahirkan plasenta yang belum lepas) pada fundus uteri (Sulistyawati, 2012).

Ada 2 metode untuk pelepasan plasenta menurut Nia Kurnia (2013) sebagai berikut :

a. Metode Schulze

Metode yang lebih umum biasanya yang terjadi, plasenta lepas dari satu titik dan merosot ke vagina melalui lubang dalam kantong amnion, permukaan fetal plasenta muncul pada vulva dengan selaput ketuban yang mengikuti dibelakang seperti payung terbalik saat terkelupasnya dari dinding uteri. Permukaan maternal plasenta tidak terlihat dan bekuan darah berada dalam kantong yang terbalik, kontraksi dan retraksi otot uteri yang menimbulkan pemisahan plasenta juga menekan pembuluh darah dengan kuat dan mengontrol perdarahan.

Hal tersebut mungkin terjadi karena ada saraf otot oblik dibagian atas segmen uteri.

b. Metode Matthews Duncan

Plasenta turun melalui samping dan masuk vulva dengan pembatas lateral terlebih dahulu seperti kucing yang memasuki lubang baju, bagian plasenta tidak terdapat dalam kantong. Pada metode ini kemungkinan terjadinya bagian selaput ketuban yang tertinggal jauh lebih besar sebab selaput ketuban tersebut tidak terlepas semua selengkap metode schulze. Metode ini merupakan metode yang berkaitan dengan plasenta letak rendah didalam uterus. Proses pelapasan berlangsung lebih lama dan darah yang hilang keluar sangat banyak (sebab hanya terdapat sedikit serat oblik dibagian bawah segmen).

Beberapa prasat untuk mengetahui pelepasan plasenta menurut Alifia dkk (2014) :

- 1) Kustner : dengan kita meletakkan tangan disertai tekanan pada atas simfisis, tali pusat diregangkan maka bila tali pusat masuk maka plasenta belum lepas, jika diam atau maju maka plasenta sudah lepas.
- 2) Stressman : tegangkan tali pusat dan ketok fundus bila tali pusat bergeser maka plasenta belum lepas, apabila tidak bergeser maka plasenta belum lepas.
- 3) Klein : Saat ada his, rahim didorong sedikit, bila tali pusat kembali maka belum lepas, apabila diam atau turun maka plasenta sudah lepas.

4. Kala IV

Sejara plasenta lahir, jumlah perubahan maternal terjadi pada saat stress fisik dan emosional terjadi karena persalinan dan kelahiran mereda dan saat itu ibu memasuki proses penyembuhan setelah kelahiran dan bonding atau ikatan. Uterus yang berkontraksi normal harus teraba keras jika lembek kontraksi uterus waspada terjadi adanya perdarahan(Rinata, Rusdyati and Sari, 2016).

Kala IV mulai dari lahirnya plasenta selama 1-2 jam, pada kala IV dilakukan observasi terhadap perdarahan setelah persalinan, paling sering terjadi pada 2 jam pertama. Observasi yang dilakukan dalam kala IV antara lain meliputi sebagai berikut :

a) Tingkat kesadaran pasien

Disini menilai tingkat kesadaran pasien apakah pasien *composmentis, apatis, delirium, somnolen, sopor, semi koma, koma.*

b) Pemeriksaan tanda-tanda vital

Pemeriksaan tanda-tanda vital dilakukan dalam waktu 1 jam pertama dan setiap 30 menit pada jam kedua pasca persalinan. Pemantauan yang dilakukan yaitu tekanan darah (90-120/60-80 mmhg), suhu ($36,5^{\circ}\text{C}$ - $37,5^{\circ}\text{C}$), nadi (60-100 x/menit) dan pernafasan atau respirasi ibu (16-20x/menit).

c) Kontraksi uters

Setelah plasenta lahir dilakukan pemijatan uterus untuk merangsang uterus berkontraksi. Dalam evaluasi uterus yang perlu dilakukan yaitu mengobservasi kontraksi yang normal yaitu pada perubahan fundus uteri akan teraba keras, jika tidak terjadi kontraksi dalam 15 detik setelah dilakukan pemijatan uterus akan terjadi atonia uteri.

d) Terjadi perdarahan

Perdarahan dianggap masih normal bila jumlahnya tidak melebihi 400-500 cc. Nilai perdarahan, priksa perineum dan vagina setiap 15 menit dalam 1 jam pertama dan 30 menit pada jam kedua (Sulistyawati, 2012).

Perdarahan kala IV dan kontraksi pada rahim kurang baik, segera disuntikkan 0,2 mg ergonovin atau metilergonovin intramuskuler, uterus dikeluarkan untuk mengeluarkan gumpalan darah dan dilakukan masase, jika perdarahan belum berhenti juga ditambah dengan suntikan metal ergonovine lagi. Tetapi sekarang intravena dan dipasang oksitosin drip to unit 500 cc glukosa, selama tindakan ini masa diteruskan. Jika masih ada juga perdarahan, jangan tersu terfiksasi pada atoni uteri, tetapi pertahankan juga kemungkinan seperti robekan serviks, sisa plasenta, rupture uteri dan koagulopati (Sulistyawati, 2012).

60 Langkah Asuhan Persalinan

Kala I

1. Jelaskan pada ibu dan keluarga tentang hasil pemeriksaan.
2. Anjurkan ibu untuk melakukan teknik relaksasi ketika ada his yaitu dengan cara mengambil nafas dalam dari hidung dan mengeluarkan dari mulut setelah masing-masing kontraksi.
3. Observasi sesuai patograf yang meliputi : His, DJJ, ketuban, pembukaan, penurunan kepala dan tanda-tanda vital ibu.
4. Anjurkan ibu untuk mencari posisi nyaman pada saat bersalin yaitu miring kiri serta anjurkan untuk tidak tidur terlentang.
5. Berikan asupan nutrisi pada ibu dengan memberikan makanan dan minuman.
6. Anjurkan ibu untuk BAB atau BAK jika terasa.
7. Jaga privasi ibu dengan menutup pintu, jendela, serta kelambu tempat bersalin.
8. Jaga kebersihan dan kondisi ibu agar tetap kering.
9. Tunggu pembukaan lengkap jika telah memasuki kala II segera pimpin persalinan secara sesuai standar asuhan kebidanan persalinan normal.

Kala II

1. Memastikan adanya tanda gejala kala II (doran,teknus,perjol,vulka).

2. Memastikan perlengkapan peralatan, bahan dan obat-obatan esensial yang digunakan untuk menolong persalinan dan menangani komplikasi ibu dan bayi baru lahir.

3. Memakai celemek.

4. Melepas dan menyimpan semua perhiasan yang dipakai, dan mencuci tangan dengan sabun dan air bersih yang mengalir kemudian keringkan tangan dengan handuk pribadi yang bersih dan kering (Saifuddin, 2014).

5. Memakai sarung tangan DTT pada tangan yang akan digunakan untuk periksa dalam.

6. Memasukkan oksitosin kedalam tabung suntik (gunakan tangan yang sudah memakai sarung tangan DTT dan pastikan tidak terkontaminasi pada alat suntik).

7. Membersihkan vulva dan perineum dengan kapas basah dengan vulva ke perineum.

8. Melakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan pembukaan sudah lengkap.

9. Dekontaminasi sarung tangan dengan keadaan terbalik kedalam wadah larutan klorin 0,5% selama 10 menit kemudian cuci tangan.
10. Melakukan pemeriksaan DJJ setelah kontraksi uterus selesai (pastikan DJJ dalam batas normal 120-160 x/menit).
11. Memberitahu ibu pembukaan sudah lengkap, keadaan janin baik, dan meminta ibu untuk meneran apabila ada his.
12. Meminta keluarga untuk membantu ibu untuk menyiapkan posisi yang nyaman yaitu bantu ibu stengah duduk.
13. Melakukan pimpinan meneran pada saat ibu ada dorongan yang kuat untuk meneran.
14. Anjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok, atau mengambil posisi yang nyaman, jika ibu belum merasakan ada dorongan untuk meneran dalam 60 menit.
15. Letakkan handuk bersih (untuk mengeringkan bayi) diperut ibu, jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm.
16. Meletakkan kain bersih 1/3 dibawah bokong ibu.
17. Buka partus setcek kelengkapan alat dan bahan.
18. Pakai sarung tangan DTT pada kedua tangan.
19. Setelah tampak kepala janin di vulva dengan diameter 5-6 cm, maka lindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi kain bersih dan kering. Tangan yang lain menahan

kepala bayi. Anjurkan ibu untuk meneran perlahan atau bernafas cepat dan dangkal.

20. Memeriksa adanya lilitan tali pusat pada leher janin.

21. Menunggu kepala janin putar paksi luar.

22. Setelah kepala sudah paksi luar, pegang secara biparetal.

Anjurkan ibu untuk meneran saat kontraksi, dengan lembut gerakan kepala kearah bawah dan distal hingga bahu depan muncul dibawah arkus pubis dan kemudian gerakan kearah atas dan distal untuk melahirkan bahu belakang.

23. Setelah bahu lahir geser tangan bawah untuk kepala dan bahu, gunakan tangan atas untuk menelusuri dan memegang lengan dan siku sebelah atas.

24. Setelah tubuh dan lengan lahir, penelusuran lengan atas dilanjutkan ke punggung, bokong, tungkai dan kaki. Pegang kedua mata kaki (masukkan telunjuk diantara kaki dan pegang masing-masing mata kaki ibu jari dan jari lainnya).

25. Lakukan penilaian bayi baru lahir.

26. Keringkan bayi mulai dari muka, kepala, dan bagian tubuh lainnya kecuali bagian tangan tanpa membersihkan verniks. Ganti handuk yang keringg, bayi diatas perut ibu. Hipotermi mudah terjadi pada bayi yang tubuhnya dalam keadaan basah atau tidak segera dikeringkan atau

diselimuti walaupun berada didalam ruangan yang relatif hangat.

27. Memeriksa kembali uterus untuk memastikan tidak ada lagi bayi kedua dalam uterus (janin tunggal).

28. Memberitahu ibu bahwa ibu akan disutik oksitosin agar uterus berkontraksi baik

Kala III

29. Dalam waktu 1 menit, setelah bayi lahir suntikkan oksitosin 10 IU secara IM di 1/3 paha atas bagian distal lateral (lakukan aspirasi sebelum menyuntikkan oksitosin).

30. Dalam waktu 2 menit bayi baru lahir, jepit tali pusat dengan klem kira-kira 3 cm dari pusat bayi. Dorong isi tali pusat kearah distal (ibu) dan jepit kembali tali pusat pada 2cm distal dari klem pertama.

31. Lakukan pemotongan tali pusat dan pengikatan tali pusat.

32. Letakkan bayi agar ada kontak kulit ibu ke kulit bayi.

33. Pindahkan klem tali pusat hingga jarak 5-10 cm dari vulva.

34. Letakkan satu tangan diatas akin pada perut ibu, ditep atas simfisi, untuk mendeteksi, tangan lain menegangkan tali pusat.

35. Setelah uterus berkontraksi, tegangkan tali pusat kearah belakang atas(dorso kranial) secara hati-hati (untuk mencegah inversio uteri). Jika plasenta tidak lahir setelah

30 menit, hentikan penegangan tali pusat dan tunggu hingga timbul kontraksi berikutnya, dan ulangi prosedur diatas.

36. Laukan penegangan dan dorongan dorso kranial hingga plasenta terlepas, minta ibu meneran sambil penolong menarik tali pusat dengan arah sejajar lantai kemudian kearah atas, mengikuti proses jalan lahir (tetap dilakukan tekanan dorso kranial).

- a. Jika tali pusat bertambah panjang pindahkan klem hingga jarak 5-10 cm dari vulva melahirkan plasenta.
- b. Jika plasenta tidak lepas setelah 15 menit menengangkan tali pusat.
- c. Beri dosis ulang oksitosin 10 IU.
- d. Lakukan kateisasi (aseptik) jika kandung kemih penuh.
- e. Minta keluarga untuk menyiapkan rujukan.
- f. Ulangi penegangan tali pusat 15 menit berikutnya.
- g. Jika plasenta tidak lahir dalam 30 menit setelah bayi lahir atau bila terjadi perdarahan,segera lakukan plasenta manual.

37. Saat plasenta manual diintroitus vagina lahirkan plasenta dengan kedua tangan. Pegang dan putar hingga selaput ketuban terpelintir kemudian dilahirkan dan ditempatkan plasenta dalam wadah yang sudah disediakan. Jika selaput

ketuban robek, pakai sarung tangan DTT atau steril untuk melakukan eksplorasi sisa selaput kemudian gunakan jari-jari tangan atau klem DTT atau steril untuk mengeluarkan selaput yang tertinggal, rangsangan taktil (masase uterus).

38. Segera setelah plasenta dan selaput ketuban lahir, lakukan masase uterus, letakkan telapak tangan difundus dan lakukan masase dengan gerakan melingkar dengan lembt hingga uterus berkontraksi (fundus teraba keras). Lakukan tindakan yang diperlukan jika uterus tidak berkontraksi setelah 15 detik.

39. Periksa kedua sisi plasenta dan pastikan selaput ketuban lengkap dan utuh. Masukkan plasenta kedalam wadah plasenta atau kantong plastik atau tempat khusus.

40. Evaluasi kemungkinan laserasi pada vagina dan perineum. Lakukan penjahitan bila ada laserasi.

Kala IV

Menilai perdarahan

41. Pastikan uterus berkontraksi baik dan tidak terjadi perdarahan.

42. Mencelupkan sarung tangan kedalam larutan klorin dan melepasnya secara terbalik.

43. Mengecek dan memastikan kandung kemih kosong.

44. Mengajarkan ibu dan keluarga cara masase uterus dan menilai kontraksi.

45. Mengevaluasi dan mengansumsi jumlah darah yang keluar.
46. Memantau tekanan darah 15 menit, menghitung nadi.
47. Periksa kembali bayi untuk mrmastikan bayi bernafas dengan baik (40-60x/menit) serta suhu normal (36°C - 37°C).
48. Tempatkanlah suatu peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5 % untuk dekontaminasi (10 menit) lalu cucikan bilas.
49. Buang bahan yang terkontaminasi ditempat sampah yang sesuai.
50. Bersihkan ibu dengan air DTT, bersihkan sisa cairan ketuban dan darah. Bantu ibu memakaikan pakaian bersih dan kering.
51. Pastikan ibu merasa nyaman, bantu ibu memberikan ASI. Anjurkan keluarga untuk memberikan ibu makanan dan minuman yang diinginkan ibu.
52. Dekontaminasi tempat bersalin dengan larutan klorin 0,5%.
53. Celupkan sarung tangan kotor kedalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit.
54. Cuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir.
55. Memakai sarung tangan DTT.
56. Lakukan pemeriksaan fisik bayi baru lahir.
57. Memberikan imunisasi Hb pada bayi.
58. Melepas sarung tangan.

59. Melakukan cuci tangan dengan sabun dan air mengalir.

60. Melengkapi patograf (halaman depan dan belakang) priksa tanda-tanda vital dan kala IV (Sulistiyawati, 2012).

G. Mekanisme Persalinan

1. Penurunan kepala

Selama kala I persalinan, kontraksi dan retraksi otot uterus memberikan tekanan pada janin untuk turun. Proses ini dipercepat dengan pecah ketuban dan upaya ibu untuk mengejan.

2. Penguncian (*engagement*)

Pada tahap diameter biparetal dari kepala janin telah melalui lubang masuknya pintu panggul.

3. Fleksi

Proses kepala janin masuk ke dalam panggul, fleksi berperan sangat penting karena diameter kepala janin terkecil dapat bergerak melalui panggul dan terus menuju dasar panggul (Kurniarum, 2016).

4. Putaran paksi dalam.

Putaran paksi dalam adalah pemutaran dari bagian depan sedemikian rupa sehingga bagian terendah dari bagian depan memutar ke depan ke bawah symphysis. Putaran paksi dalam terjadi bersamaan dengan majunya kepala dan tidak terjadi sebelum kepala sampai di Hodge III, kadang-kadang baru

terjadi setelah kepala sampai di dasar panggul. Sebab-sebab terjadinya putaran paksi dalam:

- a) Pada letak fleksi, bagian kepala merupakan bagian terendah dari kepala
- b) Bagian terendah dari kepala mencari tahanan yang paling sedikit terdapat sebelah depan atas dimana terdapat hiatus genitalis antara muskulus levator ani kiri dan kanan
- c) Ukuran terbesar dari bidang tengah panggul ialah diameter anteroposterior (Kurniarum, 2016).

5. Lahirnya kepala dengan cara ekstensi

Terjadinya ekstensi ini yaitu ketika sesudah kepala keluar dari panggul dan ubun-ubun kecil berada dibawah simfisis.

6. Putaran paksi luar

Kepala yang sudah keluar selanjutnya mengalami resusitasi yaitu kepala bayi kembali memutar kerah punggung untuk menghilangkan torsi pada leher yang terjadi adanya putaran paksi luar. Bersamaan dengan itu kepala bayi melanjutkan putaran sampai belakang kepala berhadapan dengan tuber iskiadikum sepihak (Kurniarum, 2016)

7. Ekspulsi

Setelah terjadi peturan paksi luar bahu depan sampai dibawah simfisis dan menjadi *hipomochlion* untuk kelahiran

bahu belakang. Saat kedua bahu sudah lahir selanjutnya kedua badan dilahirkan searah dengan jalan lahir (Kurniarum, 2016).

H. Kebutuhan Dasar Ibu Bersalin

1. Kebutuhan Fisiologis Ibu Bersalin

a. Kebutuhan Oksigen.

Pemenuhan kebutuhan oksigen selama proses persalinan perlu diperhatikan oleh bidan, terutama pada kala I dan kala II, dimana oksigen yang ibu hirup sangat penting artinya untuk oksigenasi janin melalui plasenta. Suplai oksigen yang tidak adekuat, dapat menghambat kemajuan persalinan dan dapat mengganggu kesejahteraan janin. Oksigen yang adekuat dapat diupayakan dengan pengaturan sirkulasi udara yang baik selama persalinan. Hindari menggunakan pakaian yang ketat, sebaiknya penopang payudara/BH dapat dilepas/dikurangi kekencangannya. Indikasi pemenuhan kebutuhan oksigen adekuat adalah Denyut Jantung Janin (DJJ) baik dan stabil.

b. Kebutuhan Cairan dan Nutrisi.

Pada ibu bersalin, hipoglikemia dapat mengakibatkan komplikasi persalinan baik ibu maupun janin. Pada ibu, akan mempengaruhi kontraksi/his, sehingga akan menghambat kemajuan persalinan dan meningkatkan insiden persalinan dengan tindakan, serta dapat

meningkatkan risiko perdarahan postpartum. Pada janin, akan mempengaruhi kesejahteraan janin, sehingga dapat mengakibatkan komplikasi persalinan seperti asfiksia. Dehidrasi pada ibu bersalin dapat mengakibatkan melambatnya kontraksi/his, dan mengakibatkan kontraksi menjadi tidak teratur. Ibu yang mengalami dehidrasi dapat diamati dari bibir yang kering, peningkatan suhu tubuh, dan eliminasi yang sedikit. lama kala I, anjurkan ibu untuk cukup makan dan minum, untuk mendukung kemajuan persalinan. Pada kala II, ibu bersalin mudah sekali mengalami dehidrasi, karena terjadi peningkatan suhu tubuh dan terjadinya kelelahan karena proses mengejan. Untuk itu disela-sela kontraksi, pastikan ibu mencukupi kebutuhan cairannya (minum). Pada kala III dan IV, setelah ibu berjuang melahirkan bayi, maka bidan juga harus memastikan bahwa ibu mencukupi kebutuhan nutrisi dan cairannya, untuk mencegah hilangnya energi setelah mengeluarkan banyak tenaga selama kelahiran bayi (pada kala II).

c. Kebutuhan Eliminasi.

Sebelum memasuki proses persalinan, sebaiknya pastikan bahwa ibu sudah BAB. Rektum yang penuh dapat mengganggu dalam proses kelahiran janin. Namun apabila pada kala I fase aktif ibu mengatakan ingin BAB, bidan

harus memastikan kemungkinan adanya tanda dan gejala kala II. Apabila diperlukan sesuai indikasi, dapat dilakukan lavement pada saat ibu masih berada pada kala I fase latent. Pemenuhan kebutuhan eliminasi selama persalinan perlu difasilitasi oleh bidan, untuk membantu kemajuan persalinan dan meningkatkan kenyamanan pasien. Anjurkan ibu untuk berkemih secara spontan sesering mungkin atau minimal setiap 2 jam sekali selama persalinan.

d. Kebutuhan Hygiene

gawasan dari bidan. Pada kala I fase aktif, dimana terjadi peningkatan bloodyshow dan ibu sudah tidak mampu untuk mobilisasi, maka bidan harus membantu ibu untuk menjaga kebersihan genetalia untuk menghindari terjadinya infeksi intrapartum dan untuk meningkatkan kenyamanan ibu bersalin. Membersihkan daerah genetalia dapat dilakukan dengan melakukan vulva hygiene menggunakan kapas bersih yang telah dibasahi dengan air Disinfeksi Tingkat Tinggi (DTT), hindari penggunaan air yang bercampur antiseptik maupun lisol. Bersihkan dari atas (vestibulum), ke bawah (arah anus). Tindakan ini dilakukan apabila diperlukan, misalnya setelah ibu BAK, setelah ibu BAB, maupun setelah ketuban pecah spontan. Pada kala II dan kala III, untuk membantu menjaga

kebersihan diri ibu bersalin, maka ibu dapat diberikan alas bersalin (under pad) yang dapat menyerap cairan tubuh (lendir darah, darah, air ketuban) dengan baik. Apabila saat mengejan diikuti dengan faeses, maka bidan harus segera membersihkannya, dan meletakkannya di wadah yang seharusnya. Sebaiknya hindari menutupi bagian tinja dengan tisyu atau kapas ataupun melipat underpad. Pada kala IV setelah janin dan placenta dilahirkan, selama 2 jam observasi, maka pastikan keadaan ibu sudah bersih. Ibu dapat dimandikan atau dibersihkan di atas tempat tidur. Pastikan bahwa ibu sudah mengenakan pakaian bersih dan penampung darah (pembalut bersalin, underpad) dengan baik. Hindari menggunakan pot kala, karena hal ini mengakibatkan ketidaknyamanan pada ibu bersalin. Untuk memudahkan bidan dalam melakukan observasi, maka celana dalam sebaiknya tidak digunakan terlebih dahulu, pembalut ataupun underpad dapat dilipat disela-sela paha (Kurniarum, 2016).

e. Kebutuhan Istirahat.

Bidan memberikan kesempatan pada ibu untuk mencoba relaks tanpa adanya tekanan emosional dan fisik. Hal ini dilakukan selama tidak ada his (disela-sela his). Ibu bisa berhenti sejenak untuk melepas rasa sakit akibat his, makan atau minum, atau melakukan hal menyenangkan

yang lain untuk melepas lelah, atau apabila memungkinkan ibu dapat tidur. Namun pada kala II, sebaiknya ibu diusahakan untuk tidak mengantuk. Setelah proses persalinan selesai (pada kala IV), sambil melakukan observasi, bidan dapat mengizinkan ibu untuk tidur apabila sangat kelelahan. Namun sebagai bidan, memotivasi ibu untuk memberikan ASI dini harus tetap dilakukan. Istirahat yang cukup setelah proses persalinan dapat membantu ibu untuk memulihkan fungsi alat-alat reproduksi dan meminimalisasi trauma pada saat persalinan.

2. Kebutuhan Psikologi.

a. Pemberian Sugesti

Sugesti positif yang dapat diberikan bidan pada ibu bersalin diantaranya adalah dengan mengatakan pada ibu bahwa proses persalinan yang ibu hadapi akan berjalan lancar dan normal, ucapkan hal tersebut berulang kali untuk memberikan keyakinan pada ibu bahwa segalanya akan baik-baik saja. Contoh yang lain, misal saat terjadi his/kontraksi, bidan membimbing ibu untuk melakukan teknik relaksasi dan memberikan sugesti bahwa dengan menarik dan menghembuskan nafas, seiring dengan proses pengeluaran nafas, rasa sakit ibu akan berkurang.

b. Mengalihkan Perhatian

Upaya yang dapat dilakukan bidan dan pendamping persalinan untuk mengalihkan perhatian ibu dari rasa sakit selama persalinan misalnya adalah dengan mengajaknya berbicara, sedikit bersenda gurau, mendengarkan musik kesukaannya atau menonton televisi/film. Saat kontraksi berlangsung dan ibu masih tetap merasakan nyeri pada ambang yang tinggi, maka upaya-upaya mengurangi rasa nyeri misal dengan teknik relaksasi, pengeluaran suara, dan atau pijatan harus tetap dilakukan.

c. Membangun Kepercayaan

Untuk membangun sugesti yang baik, ibu harus mempunyai kepercayaan pada bidan sebagai penolongnya, bahwa bidan mampu melakukan pertolongan persalinan dengan baik sesuai standar, didasari pengetahuan dasar dan keterampilan yang baik serta mempunyai pengalaman yang cukup. Dengan kepercayaan tersebut, maka dengan sendirinya ibu bersalin akan merasa aman dan nyaman selama proses persalinan berlangsung (Kurniarum, 2016).

I. Benang Merah

Ada lima aspek dasar, atau lima benang merah, yang penting dan saling terkait dalam asuhan persalinan yang bersih dan aman:

1. Membuat Keputusan Klinik

Aspek dalam pemecahan masalah klinik yang diperlukan yaitu untuk menentukan pengambilan dalam keputusan klinik.

Dalam kebidanan dikenal dengan proses perawatan, para bidan disini menggunakan proses yang serupa yang disebut sebagai proses penatalaksanaan kebidanan atau proses pengambilan keputusan. Dalam membuat keputusan klinik memiliki beberapa proses tahapan mulai dari pengumpulan data,diagnostik,perencanaan , dan penatalaksanaan, serta ada evaluasi yang merupakan pola pikir yang sistematis bagi para bidan selama memerikan asuhan kebidanan khusus dalam asuhan persalinan normal (Marmi, 2012).

2. Asuhan sayang Ibu dan bayi

Asuhan sayang ibu dalam proses persalinan harus di perhatikan para bidan antara lain :

- a. Suami, saudara atau keluarga lainnya harus diperkenalkan untuk mendampingi ibu selama proses persalinan bila ibu menginginkan.
- b. Standar untuk persalinan yang bersih harus selalu dipertahankan.
- c. Kontak segera ibu dan bayi serta pemberian ASI harus dianjurkan untuk dikerjakan.
- d. Penolong persalinan harus memiliki sikap sopan dan pengertian.
- e. Penolong persalinan harus menerangkan pada ibu maupun keluarga mengenai seluruh proses persalinan yang akan dilakukan.

- f. Penolong persalinan harus mendengarkan dan memberikan jawaban atas keluhan maupun kebutuhan ibu.
 - g. Penolong persalinan harus cukup mempunyai fleksibilitas dalam menentukan pilihan mengenai hal-hal yang bisa dilakukan selama prose perslinan berlangsung maupun pemilihan posisi saat melahirkan.
 - h. Tindakan – tindakan secara tradisional sering dilakukan dan sudah terbukti dan tidak berbahaya harus diperbolehkan bila dilakukan.
 - i. Ibu harus diberikan privasi bila ibu menginginkan.
 - j. Tindakan – tindakan medis yang rutin dikerjakan dan ternyata tidak perlu dan harus dihindari (episiotomi, pencukuran, dan klisma) (Marmi, 2012)
3. Pencegahan infeksi

Penolong persalinan secara konsisten dan sistematis harus menggunakan praktek pencegahan infeksi seperti cuci tangan, penggunaan sarung tangan, menjaga sanitasi lingkungan yang sesuai untuk persalinan, kebutuhan bayi dan proses ulang peralatan bekas pakai.

Cara efektif untuk mencegah penularan penyakit dari orang ke orang dan atau dari peralatan atau sarana kesehatan ke orang ini dapat dilakukan dengan meletakkan penghalang diantara mikroorganisme dan individu (klien atau petugas

kesehatan) (Marmi, 2012). Penghalang ini dapat berupa proses secara fisik, mekanik atau pun kimia yang meliputi :

a. Cuci tangan.

- 1) Gunakan sabun dan air yang mengalir lalu gosok telapak tangan.
- 2) Setelah itu gosok telapak tangan kanan diatas tangan kiri dan telapak tangan kiri diatas tangan kanan.
- 3) Gosok telapak tangan secara terikat.
- 4) Letakkan punggung jari pada telapak kiri dan sebaliknya.
- 5) Jempol kanan digosok memutar oleh telapak tangan kiri dan sebaliknya.
- 6) Jari kiri mengucup, gosok memutar kekanan dan kiri telapak tangan kanan dan sebaliknya.
- 7) Pegang pergelangan tangan kiri dengan tangan kanan dan sebaliknya, gerakan memutar.

b. Pakai sarung tangan.

c. Pemrosesan bekas alat pakai

1. Dekontaminasi
2. Pencucian
3. Sterilisasi atau DTT
4. Penyimpanan

d. Pengelolaan cairan antiseptik

Klorin berfungsi sebagai desinfektan mikroorganisme patogen utama yang terdapat didalam air umumnya berasal dari kotoran manusia. Disinfeksi air dapat dilakukan mendekati sempurna yaitu 99,9% populasi bakteri istilah klorin dalam disinfeksi air (Saifuddin, 2014).

4. Pencatatan

Pencatatan adalah bagian penting dari proses membuat keputusan klinik karena memungkinkan penolong persalinan untuk terus menerus memperhatikan asuhan yang diberikan selama proses persalinan dan kelahiran bayi.

- a. Kelengkapan status klien.
- b. Anamnesis, prosedur dan hasil pemeriksaan fisik, laboratorium dan uji atau penapisan tambahan lainnya.
- c. Patograf sebagai instrumen membuat keputusan dan dokumentasi klien.
- d. Kesesuaian kondisi klien dan prosedur klinik terpilih.
- e. Upaya tata laksana rujukan yang diperlukan.

Dalam asuhan persalinan normal, sistem pencatatan yang dapat digunakan yaitu patograf. Hasil pemeriksaan yang tidak dicatat pada patograf dapat diartikan bahwa pemeriksaan tidak dilakukan (Marmi, 2012).

5. Rujukan

Rujukan dalam kondisi optimal dan tepat waktu ke fasilitas rujukan atau fasilitas yang memiliki sarana lebih lengkap, diharapkan mampu menyelamatkan jiwa para ibu dan bayi baru lahir. Meskipun sebagian besar ibu akan mengalami persalinan normal namun sekitar 10-15% diantaranya akan mengalami masalah selama proses persalinan dan kelahiran bayi sehingga perlu dirujuk ke fasilitas kesehatan rujukan .

Rujukan untuk keselamatan ibu dan bayi baru lahir. Singkatan BAKSOKUDA dapat digunakan untuk mengingatkan hal-hal penting dalam mempersiapkan rujukan untuk itu ibu dan bayi.

- a. B (Bidan) yaitu pastikan bahwa ibu dan bayi baru lahir didampingi oleh penolong persalinan yang kompeten untuk dibawa ke fasilitas kesehatan yang tepat.
- b. A (Alat) merupakan perlengkapan dan bahan-bahan untuk asuhan persalinan dan BBL bersama ibu ketempat rujukan.
- c. K (Keluarga) disini memberitahu kondisi ibudan bayi terakhir pada keluarga mengapa ibu dan bayi perlu dirujuk kefasilitas kesehatan.
- d. S (Surat) berikan surat ketempat rujukan, surat ini berisi identifikasi mengenal ibu dan BBL.
- e. O (Obat) membawa obat-obatan esensia pada saat mengantar ibu ketempat rujukan.

- f. K (Kendaraan) siapkan kendaraan yang memungkinkan agar dapat merujuk ibu,
- g. U (Uang) ingatkan pada keluarga untuk membawa uang dalam jumlah yang cukup untuk membeli keperluan yang lain jika di butuhkan.
- h. Da (Darah) persiapan darah baik dari keluarga maupun kerabat sebagai persiapan jika terjadi perdarahan (Astuti, 2010).

J. Masalah Dalam Persalinan

1. Bayi sungsang

Usia kelahiran sudah mendekati kelahiran, ibu perlu memeriksakan kehamilan ke bidan atau ke dokter untuk mengetahui posisi bayi apakah bayi sudah baik atau posisi bayi sungsang. Posisi yang benar bay saat dilahirkan yaitu kepala berada dibawah, jika posisi bayi sungsang maka ibu akan disarankan untuk melakukan berbagai cara untuk mengembalikan bayi ke posisi seharusnya dengan cara alami seperti sujud. Namun ketika cara ini tidak tercapai atau tidak berhasil dan posisi bayi masih sungsang saat akan dilahirkan, maka proses persalinan akan menjadi lebih rumit. Melahirkan

dengan operasi caesar mungkin direkomendasikan pada saat ini (Saifuddin, 2014).

2. Proses melahirkan yang terlalu lama

Sebuah proses kelahiran yang lancar pasti akan memakan waktu selama beberapa jam. Namun beberapa ibu akan mengalami masalah pada leher rahimnya (sebagai jalan keluarnya bayi). Leher rahim ibu bisa mengalami kesulitan untuk berkembang dan membesar, sehingga bayi akan sulit keluar dan proses melahirkan akan berlangsung lama. Jika terjadi proses melahirkan yang demikian itu tidak baik jika dibiarkan begitu saja. Resiko ibu mengalami infeksi (jika air ketuban sudah pecah) semakin besar. Untuk itu dokter akan memberikan obat untuk membantu cepat jalannya proses persalinan atau terkadang dianjurkan untuk operasi caesar (Saifuddin, 2014).

3. Prolaps tali pusat

Selama dalam kandungan ibu, tali pusat merupakan tumpuan hidup seorang bayi. Tali pusat mengalirkan nutrisi dan oksigen dari ibu ke tubuh bayi sehingga bayi tumbuh dan berkembang di dalam rahim. Selama proses melahirkan berlangsung tali pusat dapat masuk kedalam leher rahim terlebih dahulu sebelum bayi setelah air ketuban pecah. Tali pusat bahkan bisa keluar lebih dahulu dari vagina dibandingkan bayi. Sehingga kondisi ini sangat berbahaya bagi bayi. Aliran

darah yang masih berjalan dari tali pusat ke bayi dapat terganggu ini merupakan keadaan yang darurat bayi (Saifuddin, 2014)

4. Tali pusat melilit bayi

Karena bayi selalu bergerak aktif didalam kandungan bayi mungkin bisa terlilit tali pusat, tali pusat bisa melilit bayi dan terlepas dengan sendirinya berkali-kali selama kehamilan. Namun , tali pusat yang melilit bayi selama proses melahirkan mungkin bisa membahayakan bayi ketika terjadi penurunan aliran darah ke bayi menurun. Jika detk jantung bterus memburuk selama persalinan dan bayi menunjukkan tanda-tanda bahaya lainnya. Melahirkan dengan cara operasi caesar mungkin ini di perlukan (Saifuddin, 2014).

5. Perdarahan berat

Setelah bayi berhasil dilahirkan, perdarahan bisa terjadi pada ibu. Perdarahan normal terjadi, namun perdarahan berat dapat terjadi hal yang serius, perdarahan yang berlebihan bisa disebabkan kontraksi rahim setelah ,ahirkan berjalan buruk, bagian plasenta yang masih tersisa dalam rahim, dan infeksi pada dinding rahim. Sehingga mengakibatkan pembuluh darah yang terbuka saat plasenta lepas dari dinding rahim terus mengeluarkan darah. Perdarahan yang berlebihan ketika habis melahirkan bisa disebut dengan perdarahan postpartum. Terdapat dua jenis perdarahan postpartum yaitu primer yang

berlangsung (perdarahan yang terjadi dalam waktu 24 jam setelah melahirkan) dan perdarahan sekunder atau tertunda (perdarahan setelah 24 jam pertama sampai 6 minggu setelah melahirkan) (Saifuddin, 2014).

K. Partus Lama

Partus lama merupakan fase laten yang lebih dari 8 jam. Persalinan telah berlangsung selama 12 jam atau lebih tetapi bayi belum lahir. Dilatasi serviks dikanan garis waspada persalinan aktif (Saifuddin, 2014).

a) Partus lama dapat dibagi berdasarkan menjadi tiga kelompok yaitu :

1. Fase laten memanjang

Fase laten memanjang apabila lama fase ini lebih dari 20 jam pada primigravida dan 14 jam pada ibu multipara. Keadaan yang mempengaruhi durasi fase laten antara lain keadaan serviks yang memburuk (misalnya tebal, tidak mengalami pendataran atau tidak membuka), dan persalinan palsu. Diagnosis dapat pula ditentukan dengan menilai pembukaan serviks tidak melewati 4 cm sesudah 8 jam inpartu dengan his yang teratur.

2. Fase aktif memanjang

permulaan fase laten ditandai dengan adanya kontraksi yang menimbulkan nyeri secara regular yang dirasakan oleh ibu. Gejala ini dapat bervariasi menurut masing – masing ibu

bersalin. Masalah fase aktif menjadi gangguan berkepanjangan atau berlarut-larut dan macet tidak ada kemajuan. kecepatan pembukaan dan penurunan yang lambat yaitu untuk nulipara adalah kecepatan pembukaan kurang dari 1,2 cm/jam atau penurunan kurang dari 1 cm/jam. Untuk multipara kecepatan pembukaan kurang dari 1,5 cm/jam atau penurunan kurang dari 2 cm/jam. Berhentinya secara total pembukaan atau penurunan ditandai dengan tidak adanya perubahan serviks (Nur Amellia, 2018) dalam 2 jam dan kemacetan penurunan sebagai tidak adanya penurunan janin dalam 1 jam. Fase aktif memanjang dapat didiagnosis dengan menilai tanda dan gejala yaitu pembukaan serviks melewati kanan garis waspada partograf. Hal ini dapat dipertimbangkan adanya inertia uteri jika frekwensi his kurang dari 3 his per 10 menit dan lamanya kurang dari 40 detik, disproporsi sefalopelvic didiagnosa jika pembukaan serviks dan turunnya bagian janin yang dipresentasi tidak maju, sedangkan his baik. Obstruksi kepala dapat diketahui dengan menilai pembukaan serviks dan turunnya bagian janin tidak maju karena kaput, moulase hebat, edema serviks sedangkan mal presentasi dan malposisi dapat diketahui presentasi selain vertex dan oksiput anterior.

3. Kala II memanjang

Tahap ini berawal saat pembukaan serviks telah lengkap dan berakhir dengan keluarnya janin. Kala II persalinan pada nulipara dibatasi dua jam sedangkan untuk multipara satu jam. Pada ibu dengan paritas tinggi, kontinuitas otot vagina dan perineum sudah meregang, dua atau tiga kali usaha mengejan setelah pembukaan lengkap mungkin cukup untuk mengeluarkan janin. Sebaliknya untuk ibu dengan panggul sempit atau janin besarmaka kala II dapat sangat panjang. Kala II memanjang dapat didiagnosa jika pembukaan serviks lengkap, ibu ingin mendedan, tetapi tidak ada kemajuan penurunan (Nur Amellia, 2018).

b) Faktor – faktor penyebab partus lama

1. His tidak efisien/adekuat

Adanya kontraksi diikuti dengan adanya relaksasi dan pada setiap his menyebabkan terjadinya perubahan pada serviks, yaitu menipis dan membuka, hal ini berarti his memiliki peranan penting dalam membantu penurunan kepala janin sehingga tidak terjadi partus lama.

2. Faktor janin

Persalinan dapat mengalami gangguan atau kemacetan karena kelainan dalam letak atau bentuk janin.

3. Faktor jalan lahir

Kelainan dalam ukuran atau bentuk jalan lahir bisa menghalangi kemajuan persalinan yang menyebabkan kemacetan.

c) Tanda dan Gejala

1. Pembukaan serviks tidak membuka (kurang dari 3 cm) dan tidak didapatkan kontraksi uterus.
2. Pembukaan serviks tidak melewati 3 cm sesudah 8 jam inpartu.
3. Pembukaan serviks tidak melewati garis waspada patograf.
4. Pembukaan serviks lengkap, ibu ingin mengejan tetap tidak ada kemajuan (kala II lama)(Saifuddin, 2014).

d) Dampak persalinan lama

Partus lama dapat berakibat buruk baik pada ibu maupun pada bayi. Ibu dan bayi dapat mengalami distress serta meningkan resiko infeksi karena dapat menyebabkan meningkatnya tindakan intervensi serta resiko terjadinya perdarahan post partum dan atonia uteri. Komplikasi dari partus lama yaitu, atonia uteri, laserasi, perdarahan, infeksi, kelelahan ibu dan shock, asfiksia, trauma cerebri, cedera akibat tindakan ekstraksi dan rotasi.

e) Penatalaksanaan kasus partus lama

1. Fase laten memanjang

- a) Apabila fase laten lebih dari 8 jam dan tidak ada tanda-tanda kemajuan, maka harus dilakukan penilaian ulang terhadap serviks.
- b) Apabila tidak ada perubahan pada pendataran atau pembukaan serviks dan tidak ada gawat janin, maka mungkin pasien belum inpartu.
- c) Apabila ada kemajuan dalam pendataran dan pembukaan serviks, maka harus dilakukan amniotomi dan induksi persalinan dengan oksitosin atau prostaglandin.
- d) Melakukan penilaian ulang setiap 4 jam.
- e) Apabila didapatkan tanda-tanda infeksi seperti demam dan cairan vagina berbau maka harus dilakukan akselerasi persalinan dengan oksitosin.
- f) Memberikan antibiotika kombinasi sampai persalinan.
- g) Memberikan ampisilin 2g IV setiap 6 jam ditambah gentamisin 5 mg/kgBB IV setiap 24 jam.
- h) Apabila terjadi persalinan pervaginam, maka pemberian antibiotika pasca-persalinan harus dihentikan.
- i) Apabila dilakukan SC, maka pemberian antibiotika dilanjutkan ditambah dengan memberikan metronidazol 500 mg IV setiap 8 jam sampai pasien bebas demam selama 48 jam.

2. Fase aktif memanjang

- a) Apabila tidak ada tanda-tanda disporposi sefalopelfik atau obstruksi dan ketuban masih utuh maka ketuban dapat dipecahkan.
- b) Apabila his tidak teratur dan lamanya kurang dari 40 detik, maka harus dipertimbangkan kemungkinan adanya inertia uteri.
- c) Apabila his adekuat (3 kali dalam 10 menit dan lamanya lebih dari 40 detik), maka harus dipertibangkan mengenai kemungkinan adanya disporporosi, obstruksi, malposisi atau malpresentasi.
- d) Melakukan penanganan umum yang akan memperbaiki his serta mempercepat kemajuan persalinan (Nur Amellia, 2018)

L. Lembar Observasi Persalinan

Lembar observasi adalah pendokumentasian hasil observasi dan mencatat pada lembar observasi dan dilakukan mulai kala I fase laten pembukaan < 4 cm. Pada lembar observasi harus mencantumkan nama jelas pasien pada setiap lembaran observasi atau pemeriksaan, menulis tanggal masuk, tanggal dan jam pemeriksaan, tindakan atau observasi sesuai dengan temuan yang obyektif (kenyataan) (Saifuddin, 2014).

Kondisi ibu dan bayi juga harus dinilai dan dicatat dengan seksama, yaitu :

- 1) Denyut jantung janin : setiap 30 menit

- 2) Frekwensi dan lamanya kontraksi uterus : setiap 30 menit
- 3) Nadi : setiap 30 menit
- 4) Pembukaan serviks : setiap 4 jam
- 5) Penurunan bagian terbawah janin : setiap 4 jam
- 6) Tekanan darah dan temperatur tubuh : setiap 4 jam
- 7) Produksi urin, aseton dan protein : setiap 2 –4 jam
- 8) Pencatatan Selama Fase Aktif Persalinan (JNPK-KR, 2008).

M. Patograf

Partograf sebagai alat bantu dalam pemantauan kemajuan persalinan merupakan standar dalam memberikan asuhan persalinan dan berguna untuk mencegah terjadinya keterlambatan penanganan (Yuliasuti, Kartasurya and Dharminto, 2014).

1. Pencatatan selama fase aktif persalinan

Halaman depan partograf mencantumkan bahwa observasi yang dimulai pada fase aktif persalinan dan menyediakan lajur dan kolom untuk mencatat hasil-hasil pemeriksaan selama fase aktif persalinan, meliputi:

Informasi tentang ibu :

- 1) Waktu pecahnya selaput ketuban.
- 2) Kondisi janin:
 - a. DJJ (denyut jantung janin).
 - b. Warna dan adanya air ketuban
 - c. Penyusupan (moulase) kepala janin.
- 3) Kemajuan persalinan

- a. Pembukaan serviks.
 - b. Penurunan bagian terbawah janin atau persentase janin.
 - c. Garis waspada dan garis bertindak.
- 4) Jam dan waktu
 - a. Waktu mulainya fase aktif persalinan.
 - b. Waktu aktual saat pemeriksaan atau penilaian.
 - 5) Kontraksi uterus : frekuensi dan lamanya.
 - 6) Obat–obatan dan cairan yang diberikan:
 - a. Oksitisin.
 - b. Obat-obatan lainnya dan cairan IV yang diberikan.
 - 7) Kondisi ibu:
 - a. Nadi, tekanan darah, dan temperature.
 - b. Urin (volume , aseton, atau protein).
 - 8) Asuhan, pengamatan, dan keputusan klinik lainnya (dicatat dalam kolom tersedia di sisi partograf atau di catatan kemajuan persalinan).
2. Mencatat temuan pada patograf
 - a. Informasi tentang ibu

Lengkapi bagian awal (atas) partograf secara teliti pada saat memulai asuhan persalinan. Waktu kedatangan (tertulis sebagai : jam atau pukul“ pada partograf) dan perhatikan kemungkinan ibu datang pada fase laten. Catat waktu pecahnya selaput ketuban.
 - b. Kondisi janin.

Bagan atas grafik pada partograf adalah untuk pencatatan denyut jantung janin (DJJ), air ketuban dan penyusupan (kepala janin).

1) Deyut jantung janin

Nilai dan catat DJJ setiap 30 menit (lebih sering jika ada tanda-tanda gawat janin). Setiap kotak di bagian atas partograf menunjukkan DJJ. Catat DJJ dengan memberi tanda titik pada garis yang sesuai dengan angka yang menunjukkan DJJ. Kemudian hubungkan yang satu dengan titik lainnya dengan garis tegas bersambung. Kisaran normal DJJ terpapar pada patograf diantara 180 dan 100. Akan tetapi penolong harus waspada bila DJJ di bawah 120 atau di atas 160.

2) Warna dan adanya air ketuban

Nilai air kondisi ketuban setiap kali melakukan pemeriksaan dalam dan nilai warna air ketuban jika selaput ketuban pecah. Catat semua temuan-temuan dalam kotak yang sesuai di bawah lajur DJJ. Gunakan lambang-lambang berikut ini :

U : Selaput ketuban utuh (belum pecah)

J: Selaput ketuban sudah pecah dan air ketuban jernih

M: Selaput ketuban sudah pecah dan air ketuban bercampur mekonium

D : Selaput ketuban sudah pecah dan air ketuban bercampur darah

K : Selaput ketuban sudah pecah tapi air ketuban tidak mengalir lagi.

3) Penyusupan (Molase) tulang kepala

Penyusupan adalah indikator penting tentang seberapa jauh kepala bayi dapat menyesuaikan diri terhadap bagian keras (tulang) panggul ibu. Gunakan lambang-lambang berikut ini :

0 : Tulang-tulang kepala janin terpisah, sutura dengan mudah dapat dipalpasi

1 : Tulang-tulang kepala janin hanya saling bersentuhan

2 : Tulang-tulang kepala janin saling tumpang tindih tetapi masih dapat dipisahkan

3 : Tulang-tulang kepala janin saling tumpang tindih dan tidak dapat dipisahkan (JNPK-KR, 2008).

4) Kemajuan persalinan

Kolom dan lajur kedua pada partograf adalah untuk pencatatan kemajuan persalinan. Angka 0-10 yang tertera dikolom paling kiri adalah besarnya dilatasi serviks. Perubahan nilai atau perpindahan lajur satu ke lajur yang lain menunjukkan penambahan dilatasi serviks sebesar 1 cm. Pada lajur dan kotak yang mencatat penurunan bagian terbawah janin tercantum angka 1-5

yang sesuai dengan metode perlimaan. Setiap kotak segi empat atau kubus menunjukkan waktu 30 menit untuk pencatatan waktu pemeriksaan, DJJ, kontraksi uterus dan frekwensi nadi ibu.

5) Pembukaan serviks

Saat ibu berada dalam fase aktif persalinan, catat pada partograf setiap temuan dari setiap pemeriksaan. Tanda "X" harus dicantumkan di garis waktu yang sesuai dengan lajur besarnya pembukaan serviks. Perhatikan :

a) Pilih angka pada tepi kiri luar kolom pembukaan serviks yang sesuai dengan besarnya pembukaan serviks pada fase aktif persalinan yang diperoleh dari hasil pemeriksaan dalam.

b) Untuk pemeriksaan pertama pada fase aktif persalinan, temuan (pembukaan serviks dari hasil pemeriksaan dalam harus dicantumkan pada garis waspada. Pilih angka yang sesuai dengan bukaan serviks (hasil periksa dalam) dan cantumkan tanda „X“ pada ordinat atau titik silang garis dilatasi serviks dan garis waspada.

c) Hubungkan tanda „X“ dari setiap pemeriksaan dengan garis utuh (tidak terputus) (JNPK-KR, 2008).

6) Penurunan bagian terbawah janin

Berikan tanda “O” yang ditulis pada garis waktu yang sesuai. Sebagai contoh, jika hasil palpasi kepala diatas simfisis pubis adalah 4/5 maka tuliskan tanda “O” di garis angka 4. Hubungkan tanda „O” dari setiap pemeriksaan dengan garis tidak terputus.

7) Garis waspada dan garis bertindak

Garis waspada dimulai pada pembukaan serviks 4 cm dan berakhir pada titik dimana pembukaan lengkap diharapkan terjadi jika laju pembukaan adalah 1 cm per jam. Pencatatan selama fase aktif persalinan harus dimulai di garis waspada. Jika pembukaan serviks mengarah ke sebelah kanan garis waspada (pembukaan kurang dari 1 cm per jam), maka harus dipertimbangkan adanya penyulit. Garis bertindak tertera sejajar dan di sebelah kanan (berjarak 4 jam) garis waspada. Jika pembukaan serviks telah melampaui dan berada di sebelah kanan garis bertindak maka hal ini menunjukkan perlu dilakukan tindakan untuk menyelesaikan persalinan(JNPK-KR, 2008).

8) Jam dan waktu

Setiap kotak pada partograf untuk kolom waktu (jam) menyatakan satu jam sejak dimulainya fase aktif persalinan(JNPK-KR, 2008).

9) Kontraksi uterus

Cara mengisi kotak kontraksi yang tersedia dan disesuaikan dengan angka yang mencerminkan temuan dari hasil pemeriksaan kontraksi. Sebagai contoh jika ibu mengalami 3 kontraksi dalam waktu satu kali 10 menit, maka lakukan pengisian pada 3 kotak kontraksi.

10) Obat – obatan dan cairan yang diberikan

a) Oksitosin

Jika tetesan (drip) oksitosin sudah dimulai, dokumentasikan setiap 30 menit jumlah unit oksitosin yang diberikan per volume cairan IV dan dalam tetes per menit.

b) Obat – obatan lainnya

Catat semua pemberian obat-obatan tambahan dan/atau cairan I.V dalam kotak yang sesuai dengan kolom waktunya.

Halaman belakang

Halaman belakang partograf merupakan bagian untuk mencatat hal-hal yang terjadi selama proses persalinan dan kelahiran, serta tindakan–tindakan yang dilakukan sejak persalinan kala I hingga IV (termasuk bayi baru lahir) (JNPK-KR, 2008)

Cara pengisian lembar belakang partograf .

1. Data Dasar

Data dasar terdiri dari tanggal, nama bidan, tempat persalinan, alamat tempat persalinan, catatan, alasan merujuk,

tempat rujukan dan pendamping pada saat merujuk. Isi data pada masing-masing tempat yang telah disediakan, atau dengan cara memberi tanda pada kotak disamping jawaban.

2. Kala I

Terdiri dari pertanyaan-pertanyaan tentang partograf saat melewati garis waspada, masalah-masalah yang dihadapi, penatalaksanaan, dan hasil penatalaksanaannya tersebut.

3. Kala II

Kala II terdiri dari *episiotomy*, pendamping persalinan, gawat janin, *distosia bahu*, masalah penyerta dan penatalaksanaannya.

4. Kala III

Kala III berisi lama kala III, pemberian oksitosin, penegangan tali pusat terkendali, *masase fundus uteri*, plasenta lahir lengkap, plasenta tidak lahir >30 menit, *laserasi*, *atonia uteri*, jumlah perdarahan, masalah penyerta, penatalaksanaan dan hasilnya. Isi jawaban pada tempat yang disediakan dan beri tanda pada kotak di samping jawaban yang sesuai.

5. Bayi baru lahir

Informasi tentang bayi baru lahir terdiri dari berat badan, panjang badan, jenis kelamin, penilaian kondisi bayi baru lahir, pemberian ASI, masalah penyerta dan hasilnya. Isi jawaban

pada tempat yang disediakan dan beri tanda pada kotak di samping jawaban yang sesuai.

6. Kala IV

Kala IV berisi data tentang tekanan darah, nadi, suhu tubuh, tinggi fundus uteri, kontraksi uterus, kandung kemih, dan perdarahan. pemantauan pada kala IV ini sangat penting terutama untuk menilai apakah terdapat resiko atau terjadi perdarahan pasca persalinan. Pengisian pemantauan kala IV dilakukan setiap 15 menit pada satu jam pertama setelah melahirkan dan setiap 30 pada satu jam berikutnya, kecuali suhu tubuh, diukur setiap 1 jam 1 kali. Isi setiap kolom sesuai dengan hasil pemeriksaan dan jawaban pertanyaan mengenai masalah kala IV pada tempat yang telah disediakan (Kemenkes RI, 2019).

N. Kebijakan Pelayanan Ibu Bersalin Selama Pandemi Covid-19

1. Jika ada tanda-tanda bersalin, segera hubungi Bidan melalui telepon/WA. Bidan melakukan skrining faktor resiko termasuk resiko infeksi covid-19. Apabila ada faktor resiko, segera rujuk ke Rumah Sakit sesuai standar.
2. Lakukan pengkajian komprehensif sesuai standar, dengan kewaspadaan covid-19. Bidan dapat berkoordinasi dengan RT/RW/ Kades tentang ibu apakah sedang isolasi mandiri (ODP/PDP/Covid+).

3. Pertolongan persalinan dilakukan sesuai APN, lakukan IMD & Pemasangan IUD paska persalinan dengan ADP level 2 dan menerapkan protokol pencegahan penularan covid-19 pada ibu bukan PDP, Covid + (pasien dan pendamping maksimal 1 orang menggunakan masker).
4. Jika tidak dapat melakukan pertolongan persalinan, segera berkolaborasi dan rujuk ke PKM/RS sesuai standar.
5. Keluarga/pendamping dan semua tim yang bertugas menerapkan protokol pencegahan penularan covid-19.
6. Melaksanakan rujukan persalinan terencana untuk ibu bersalin dengan resiko, termasuk resiko ODP/PDP/Covid+ sesuai standar (IBI, 2020).

2.1.3. Konsep Dasar Masa Nifas

A. Pengertian Masa Nifas

Masa nifas (puerperium) adalah masa yang dimulai setelah 2 jam plasenta keluar dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti semula sampai dengan 6 minggu atau 24 minggu (sebelum hamil). (Qonitun, 2018).

Post Partum merupakan periode waktu atau masa dimana organ-organ reproduksi kembali kepada keadaan tidak hamil membutuhkan waktu sekitar 6 minggu (Sukarni, 2013).

B. Proses Masa Nifas

1. Pengecilan rahim atau involusi

Rahim merupakan organ tubuh yang spesifik dan unik sebab rahim dapat mengecil dan membesar dengan menambah atau mengurangi jumlah selnya. Setelah bayi lahir dari rahim ibu, pada umumnya berat rahim ibu menjadi 1000 gram dan bisa diraba kira-kira 2 jari diatas umbilicus. Setelah 1 minggu berat rahim menjadi sekitar 300 gram dan rahim sudah tidak dapat diraba. Secara proses alamiah rahim kembali mengecil secara pelan dan perlahan kedalam bentuk yang semula. Setelah 6 minggu berat sudah sekitar 40-60 gram. Pada saat ini dianggap bahwa masa nifas sudah selesai. Namun rahim akan kembali keposisi yang semulanya, dan kondisi ibu secara keseluruhan (Kumalasari, 2015).

2. Kekentalan darah (Hemokonsentrasi) kembali normal

Selama masa kehamilan darah ibu encer, sebab cairan darah ibu yang banyak, sementara sel darahnya berkurang. Apabila dilakukan pemeriksaan kadar hemoglobin dan terlihat sedikit menurun angka normalnya, 11-12 gr%. Jika HB ibu setelah mengalami persalinan Hb ibu rendah sistem sirkulasi ibu akan kembali kesemula darah akan kembali mengental dimana kadar perbandingan dari sel darah kembali normal. Umumnya hal ini bisa terjadi pda hari ke 2 sampai hari ke 15 pasca melahirkan (Kumalasari, 2015).

3. Proses Laktasi dan Menyusui

Proses ini akan timbul ketika plasenta lepas. Plasenta mengandung hormon penghambat prolaktin (hormone plasenta) yang dapat menghambat pembentukan ASI. Setelah plasenta lepas hormon-hormon dalam plasenta ibu tidak di hasilkan lagi, sehingga terjadi produksi ASI. ASI keluar di hari ke 2-3 setelah melahirkan. Namun hal yang luar biasa merupakan sebelum dipayudara sudah terbentuk yang sangat baik untuk bayi, sebab mengandung zat besi dan anti bodi pembunuh kuman (Kumalasari, 2015).

C. Fisiologi Masa Nifas

1. Perubahan Sistem Reproduksi

a) Involusi Uterus

Involusi atau pengerutan uterus merupakan suatu proses yakni uterus kembali ke kondisi sebelum hamil dengan berat sekitar 60 gram. Proses ini dimulai segera setelah plasenta lahir akibat kontraksi otot-otot polos uterus (Kumalasari, 2015). Involusi uterus melibatkan reorganisasi dan penanggalan desidua/ endometrium dan pengelupasan lapisan pada tempat implantasi plasenta sebagai tanda penurunan ukuran dan berat serta perubahan tempat uterus, warna, dan jumlah lochia. Proses involusi uterus ini diantaranya :

- 1) Iskemia Miometrium. Disebabkan oleh kontraksi dan retraksi yang terus menerus dari uterus setelah pengeluaran plasenta sehingga membuat uterus menjadi relatif anemi dan menyebabkan serat oto atrofi.
- 2) Atrofi Jaringan. Terjadi sebagai reaksi penghentian hormon esterogen saat pelepasan plasenta.
- 3) Autolysis. Proses penghancura diri sendiri yang terjadi didalam otot uterus. Enzim proteolitik akan memendekkan jaringan otot yang telah mengendur hingga panjangnya 10 kali panjang sebelum hamil dan lebarnya 5 kali lebar sebelum hamil yang terjadi selama kehamilan Yang disebabkan karena penurunan hormon esterogen dan progesteron.
- 4) Efek Oksitosin. Menyebabkan terjadinya kontraksi dan retraksi otot uterus sehingga akan menekan pembuluh darah yang mengakibatkan kerangnya suplai darah ke uterus.

Segera setelah kelahiran, uterus harus berkontraksi secara baik dengan fundus sekitar 4 cm dibawah umbilikus atau 12 cm diatas simfisis pubis. Dalam 2 minggu, uterus tidak lagi dapat dipalpasi diatas simfisis.

Tabel 2.2
Perubahan Uterus Masa Nifas
Sumber : Kumlasari,Intan, 2015

No.	Waktu	Berat	Diameter	Palpasi
-----	-------	-------	----------	---------

	Involusi	Uterus	Uterus	Serviks
1.	Bayi lahir	Setinggi pusat	1000 Gram	Lunak
2.	Plsenta lahir	2 jari dibawah pusat	750 Gram	Lunak
3.	1 minggu	Pertengahan pusat sampai simfisis	500 Gram	2 cm
4.	2 minggu	Tidak teraba diatas simfisis	300 Gram	1 cm
5.	6 minggu	Bertambah kecil	60 Gram	menyempit

Bila uterus tidak mengalami atau terjadi kegagalan dalam proses involusi disebut dengan subinvolusi. Subinvolusi disebabkan oleh infeksi dan tertinggalnya sisa plasenta/perdarahan lanjut (postpartum haemorrhage). Selain itu, beberapa faktor lain yang menyebabkan kelambatan uterus berinvolusi diantaranya:

- 1) Kandung kemih penuh
- 2) Rektum berisi
- 3) Infeksi uterus
- 4) Retensi hasil konsepsi
- 5) Fibroid
- 6) Hematoma ligamentum latum uteri.

b) Perubahan Ligamen

Ligamen-ligamen dan diafragma pelvis serta fascia yang merenggang sewaktu kehamilan dan partus, serta jalan lahir, berangsur-angsur menciut kembali seperti sediakala.

Perubahan ligamen yang dapat terjadi pasca melahirkan diantaranya: Ligamentum rotundum menjadi kendur yang mengakibatkan letak uterus menjadi retrofleksi sehingga ligamen, fasia, jaringan penunjang alat genitalia menjadi agak kendur.

c) Perubahan Serviks

Setelah melahirkan, serviks menjadi lembek, kendur, terkulai dan berbentuk seperti corong. Hal ini disebabkan korpus uteri berkontraksi, sedangkan serviks tidak berkontraksi, sehingga perbatasan antara korpus dan serviks berbentuk seperti cincin. Warna serviks sendiri merah kehitaman karena pembuluh darah. Konsistensinya lunak, kadang-kadang terdapat laserai atau perlukaan kecil. Oleh karena robekan kecil yang terjadi di daerah ostium eksternum selama dilatasi, serviks tidak dapat kembali seperti sebelum hamil (Kumalasari, 2015).

d) Lochea (Lochea)

Lochea mengandung darah dan sisa jaringan desidua yang nekrotik dari dalam uterus. Pemeriksaan lochea meliputi perubahan warna dan bau kerana lochea memiliki ciri khas berbau amis atau khas darah dan adanya bau busuk menandakan adanya infeksi. Jumlah total pengeluaran seluruh periode lochea rata-rata 240 – 270 ml. Lochea dibagi menjadi 4 tahapan yaitu:

1) Lochea Rubra / Merah

Lochea ini muncul pada hari ke-1 sampai hari ke-3 masa postpartum. Cairan yang keluar berwarna merah karena berisi darah segar, jaringan sisa-sisa plasenta, dinding rahim, lemak bayi, lanugo, dan mekonium.

2) Lochea Sanguinolenta

Cairan yang keluar berwarna merah kecoklatan dan berlendir. Berlangsung dari hari ke 4 sampai hari ke 7 post partum.

3) Lochea Serosa

Lochea ini bewarna kuning kecoklatan karena mengandung serum, leukosit, dan robekan/ laserasi plasenta. Muncul pada hari ke-8 sampai hari ke-14 postpartum.

4) Lochea Alba / Putih

Mengandung leukosit, sel desidua, sel epitel, selaput lendir servik, dan serabut jaringan yang mati. Lochea alba bisa berlangsung selama 2 sampai 6 minggu postpartum. Biasanya wanita mengeluarkan sedikit lochea saat berbaring dan mengeluarkan darah lebih banyak saat berdiri/ bangkit dari tempat tidur. Hal ini

terjadi akibat penggumpalan darah di fornix vagina atau saat wanita mengalami posisi rebahan.

e) Perubahan Vulva, Vagina dan Perineum

Vulva dan vagina mengalami penekanan serta peregangan yang sangat besar selama proses persalinan dan akan kembali secara bertahap selama 6-8 minggu postpartum.

Penurunan hormon estrogen pada masa postpartum berperan dalam penipisan mukosa vagina dan hilangnya rugae. Rugae akan terlihat kembali pada sekitar minggu ke-4. Perineum setelah persalinan, mengalami pengenduran karena teregang oleh tekanan kepala bayi yang bergerak maju. Pulihnya tonus otot perineum terjadi sekitar 5-6 minggu postpartum. Latihan senam nafas baik untuk mempertahankan elastisitas otot perineum dan organ-organ reproduksi lainnya. Luka episiotomi akan sembuh dalam 7 hari postpartum. Bila terjadi infeksi, luka episiotomi akan terasa nyeri, panas, merah dan bengkak (Safitri, 2011).

2. Perubahan Sistem Pencernaan

Pasca melahirkan, kadar progesteron menurun, namun faal usus memerlukan waktu 3-4 hari untuk kembali normal, sehingga hal ini akan mempengaruhi pola nafsu makan ibu. Biasanya ibu akan mengalami obstipasi (konstipasi) pasca persalinan. Hal ini disebabkan karena pada waktu melahirkan

alat pencernaan mendapat tekanan yang menyebabkan kolon menjadi kosong, pengeluaran cairan pada waktu persalinan (dehidrasi), hemoroid, dan laserasi jalan lahir.

3. Perubahan Sistem Perkemihan

Terkadang ibu mengalami sulit buang air kecil karena tertekannya spingter uretra oleh kepala janin dan spasme (kejang otot) oleh iritasi muskulus spingter ani selama proses persalinan, atau karena edema kandung kemih selama persalinan. Saat hamil, perubahan sistem hormonal yaitu kadar steroid mengalami peningkatan. Namun setelah melahirkan kadarnya menurun sehingga menyebabkan penurunan fungsi ginjal. Umumnya urin banyak dikeluarkan dalam waktu 12-36 jam pascapersalinan. Fungsi ginjal ini akan kembali normal selang waktu satu bulan pascapersalinan.

4. Perubahan Sistem Muskuloskeletal

Perubahan ini terjadi pada saat umur kehamilan semakin bertambah. Adaptasi muskuloskeletal mencakup peningkatan berat badan, bergesernya pusat akibat pembesaran rahim, relaksasi dan mobilitas. Namun, pada saat postpartum sistem muskuloskeletal akan berangsur-angsur pulih dan normal kembali. Ambulasi dini dilakukan segera pascapersalinan, untuk membantu mencegah komplikasi dan mempercepat involusi uteri (Kumalasari, 2015).

5. Perubahan Sistem Endoktrin

Hormon – hormon yang berperan terkait sistem endokrin diantaranya :

a) Hormon plasenta

HCG mengalami penurunan sejak plasenta lepas dari dinding uterus dan lahir, dan menetap sampai 10% dalam 3 jam hingga hari ke 7 postpartum. Hormon ini akan kembali normal setelah hari ke 7.

b) Hormon Pituitary

Hormon pituitary diantaranya: Prolaktin, FSH dan LH. Hormon prolaktin berperan dalam pembesaran payudara untuk merangsang produksi ASI. LH meningkat pada minggu ke-3 (fase konsentrasi folikuler) dan LH akan turun dan tetap rendah hingga menjelang ovulasi.

c) Hormon Oksitosin

Hormon oksitosin disekresi oleh kelenjar otak belakang (Glandula Pituitary Posterior) yang bekerja terhadap otot uterus dan jaringan payudara. Hormon ini berperan dalam pelepasan plasenta, dan mempertahankan kontraksi untuk mencegah perdarahan saat persalinan berlangsung. Selain itu, isapan bayi saat menyusu pada ibunya juga dapat merangsang produksi ASI lebih banyak dan sekresi oksitosin yang tinggi, sehingga mempercepat proses involusi uteri.

d) Hipotalamik Pituitary Ovarium

Hormon ini mempengaruhi proses menstruasi pada wanita yang menyusui ataupun tidak menyusui. Wanita yang menyusui mendapatkan menstruasi pada 6 minggu.

e) Hormon Estrogen dan Progesteron

Estrogen yang tinggi akan memperbesar hormon anti diuretik yang dapat meningkatkan volume darah. Sedangkan progesteron akan mempengaruhi perangsangan dan peningkatan pembuluh darah. Hal ini mempengaruhi saluran kemih, ginjal, usus, dinding vena, dasar panggul, perineum, vulva dan vagina (Sukarni, 2013).

6. Perubahan Sistem Kardiovaskuler

Setelah kala III saat besar volume darah dari uterus terjepit di dalam sirkulasi. Namun mengalami penurunan setelah hari pertama masa nifas dan normal kembali diakhir minggu ke-3. Penurunan ini terjadi karena darah lebih banyak mengalir ke payudara untuk persiapan laktasi. Hal ini membuat darah lebih mampu melakukan koagulasi dengan peningkatan viskositas yang dapat meningkatkan risiko trombosis.

7. Perubahan Tanda – Tanda Vital pada Masa Nifas

a) Suhu

Suhu badan pasca persalinan dapat naik lebih dari 0,5°C dari keadaan normal, namun tidak lebih dari 39°C setelah

2 jam pertama melahirkan, umumnya suhu badan kembali normal. Bila lebih dari 38°C waspadai ada infeksi.

b) Nadi

Umumnya nadi normal 60-80 denyut per menit dan segera setelah partus dapat terjadi bradiikardi (penurunan denyut nadi). Bila terdapat takikardi (peningkatan denyut jantung) diatas 100 kali permenit perlu diwaspadai terjadi infeksi atau perdarahan postpartum berlebihan.

c) Tekanan darah

Tekanan darah normalnya sistolik 90-12- mmHG dan diastolik 60-80 mmHG. Tekanan darah biasanya tidak berubah biasanya akan lebih rendah setelah melahirkan karena ada perdarahan atau ayang lainnya. Tekanan darah akan tinggi apabila terjadi pre-eklamsi.

d) Pernafasan

Frekuensi normal pernapasan orang dewasa yaitu 16-24 kali per menit. Pada ibu postpartum umumnya lambat/normal dikarenakan masih dalam fase pemulihan. Keadaan pernapasan selalu berhubungan dengan suhu dan denyut nadi. Bila suhu dan nadi tidak normal, pernapasan juga akan mengikutinya kecuali apabila ada gangguan khusus pada saluran cerna.

8. Perubahan Hematologi

Pada awal postpartum, jumlah hemoglobin, hematokrit, dan eritrosit bervariasi, hal ini dikarenakan tingkat volume darah dan volume darah yang berubah-ubah. Penurunan volume dan peningkatan sel darah merah pada kehamilan diasosiasikan dengan peningkatan hematokrit dan hemaglobin pada hari ke-3 hingga ke-7 postpartum dan normal kembali pada minggu ke-4 hingga ke-5 postpartum. Jumlah kehilangan darah selama masa persalinan kurang lebih 200-500 ml, minggu pertama postpartum berkisar 500-800 ml dan selama sisa masa nifas berkisar 500 ml (Sukarni, 2013).

D. Tahapan Masa Nifas

Tahapan masa nifas terbagi menjadi tiga tahapan yaitu :

1. Puerperium Dini

Suatu masa kepulihan setelah persenta lahir sampai dengan 24 jam dimana ibu diperbolehkan untuk berdiri dan berjalan-jalan. Pada masa ini sering terdapat masalah misalnya perdarahan karena atonia uteri, oleh karena itu bidan dengan teratur harus melakukan pemeriksaan kontraksi uterus, pengeluaran lokea, tekanan darah, dan suhu.

2. Puerperium Intermedial

Suatu masa dimana kepulihan dari organ- organ reproduksi selama kurang lebih enam minggu sampai delapan minggu(Sukarni, 2013).

3. Remote Puerperium

Waktu yang diperlukan ibu untuk pulih dan sehat kembali dalam keadaan sempurna terutama bila ibu selama hamil atau waktu persalinan mengalami komplikasi(Kumalasari, 2015).

E. Perubahan Psikologi Masa Nifas

Tahapan adaptasi psikologis masa nifas menurut Reva Rubin yaitu :

1. Periode Taking In (hari ke 1 – 2 setelah melahirkan)
 - a. Ibu masih pasif dan tergantung dengan orang lain
 - b. Perhatian ibu tertuju pada kekhawatiran perubahan tubuhnya
 - c. Ibu akan mengulangi pengalaman-pengalaman waktu melahirkan
 - d. Memerlukan ketenangan dalam tidur untuk mengembalikan keadaan tubuh ke kondisi normal
 - e. Nafsu makan ibu biasanya bertambah sehingga membutuhkan peningkatan nutrisi. Kurangnya nafsu makan menandakan proses pengembalian kondisi tubuh tidak berlangsung normal.
2. Periode Taking On / Taking Hold (hari ke 2 – 4 setelah melahirkan).

- a. Ibu memperhatikan kemampuan menjadi orang tua dan meningkatkan tanggung jawab akan bayinya
 - b. Ibu memfokuskan perhatian pada pengontrolan fungsi tubuh, BAK, BAB, dan daya tahan tubuhnya
 - c. Ibu berusaha untuk menguasai keterampilan merawat bayi seperti menggendongnya, menyusui, memandikan, dan mengganti popok
 - d. Ibu cenderung terbuka menerima nasehat bidan dan kritikan pribadi
 - e. Kemungkinan ibu mengalami depresi postpartum karena merasa tidak mampu membesarkan bayinya.
3. Periode Letting Go (berlangsung 10 hari setelah melahirkan)
- a. Tejadinya setelah pulang kerumah dan dipengaruhi oleh dukungan serta perhatian keluarga
 - b. Ibu sudah mengambil tanggung jawab dalam merawat bayi dan memahami kebutuhan bayi sehingga akan mengurangi hak ibu dalam kebebasan dan hubungan sosial
 - c. Depresi postpartum sering terjadi pada masa ini (Safitri, 2011).

F. Kebutuhan Fisik Ibu Nifas

1. Nutrisi dan cairan

Selama masa nifas, diet sehat sangat dianjurkan pada ibu setelah melahirkan untuk mempercepat proses penyembuhan

dan peningkatan kualitas produksi ASI. Diet yang dilakukan tentunya harus bermutu dengan nutrisi yang cukup, gizi seimbang, terutama kebutuhan protein dan karbohidrat serta banyak mengandung cairan dan serat untuk mencegah konstipasi. Beberapa asupan yang dibutuhkan ibu pada masa nifas diantaranya:

- a. Mengonsumsi tambahan 500 kalori tiap hari (3-4 porsi setiap hari)
- b. Ibu dianjurkan minum sedikitnya 3 liter air perhari, untuk mencukupi kebutuhan cairan supaya tidak cepat dehidrasi.
- c. Rutin mengonsumsi pil zat besi setidaknya selama 40 hari postpartum
- d. Serta tidak dianjurkan mengonsumsi makanan yang mengandung kafein / nikotin.

2. Ambulasi

Ambulasi dini (early ambulation) ialah kebijakan agar secepat mungkin bidan membimbing ibu postpartum bangun dari tempat tidur dan membimbing ibu secepat mungkin untuk berjalan. Keuntungan early ambulation adalah sebagai berikut:

1. Ibu merasa lebih sehat dan kuat dengan early ambulation
2. Faal usus dan kandung kemih lebih baik. Early ambulation memungkinkan kita mengajarkan ibu cara merawat anaknya selama ibu masih dirumah (Putri, 2019).

3. Eliminasi

a. Buang Air Kecil (BAK)

Biasanya dalam waktu 6 jam postpartum ibu sudah dapat melakukan BAK secara spontan. Miksi normal terjadi setiap 3-4 jam postpartum. Namun apabila dalam waktu 8 jam ibu belum dapat berkemih sama sekali, maka katerisasi dapat dilakukan apabila kandung kemih penuh dan ibu sulit berkemih. Kesulitan BAK antara lain disebabkan spingter uretrs yang tertekan oleh kepala janin dan kejang otot (spasmus) oleh iritasi muskulo spingter ani selama persalinan, atau adanya edema kandung kemih selama persalinan.

b. Buang Air Besar (BAB)

Ibu postpartum diharapkan sudah dapat buang air besar setelah hari ke-2 postpartum. Jika pada hari ke-3 ibu belum bisa BAB, maka penggunaan obat pencahar berbentuk supositoria sebagai pelunak tinja dapat diaplikasikan melalui per oral atau per rektal. Kesulitan BAB (konstipasi) pada ibu antara lain disebabkan selain perineum yang sakit juga takut luka jahitan perineum terbuka, adanya hemoroid atau obat-obatan analgesik selama proses persalinan. Kesulitan BAB ini dapat diatasi

dengan melakukan mobilisasi dini, konsumsi makanan tinggi serat, mencukupi kebutuhan asupan cairan dapat membantu memperlancar BAB ibu dengan baik.

4. Kebersihan Diri (Personal Hygiene)

Kebersihan diri ibu membantu mengurangi sumber infeksi dan meningkatkan perasaan nyaman pada ibu. Perawatan luka perineum bertujuan untuk mencegah infeksi, meningkatkan rasa nyaman dan mempercepat penyembuhan. Beberapa hal yang dapat dilakukan ibu postpartum dalam menjaga kebersihan diri, antara lain sebagai berikut :

1. Mandi teratur minimal 2 kali sehari
 2. Mengganti pakaian dan alas tempat tidur
 3. Menjaga lingkungan sekitar tempat tinggal
 4. Melakukan perawatan perineum
 5. Mengganti pembalut minimal 2 kali sehari
 6. Mencuci tangan setiap membersihkan daerah genitalia.
5. Istirahat

Ibu nifas memerlukan istirahat yang cukup, istirahat tidur yang dibutuhkan ibu nifas sekitar 8 jam pada malam hari dan 1 jam pada siang hari. Hal – hal yang dapat dilakukan ibu dalam memenuhi kebutuhan istirahatnya antara lain :

- a. Anjurkan ibu untuk cukup istirahat
- b. Sarankan ibu untuk melakukan kegiatan rumah tangga secara perlahan

c. Tidur siang atau istirahat saat bayi tidur.

6. Seksual

Ibu dapat melakukan aktivitas seksual dengan suami ibu kapan saja, selama ibu sudah siap, secara fisik aman dan tidak merasakan nyeri daerah genitalia.

7. Senam nifas

Senam nifas adalah senam yang dilakukan oleh ibu setelah persalinan, setelah keadaan ibu normal (pulih kembali).

Senam nifas merupakan latihan yang tepat untuk memulihkan kondisi tubuh ibu dan keadaan ibu secara fisiologis maupun psikologis. Senam nifas dapat dilakukan saat ibu merasa benar-benar pulih dan tidak ada komplikasi atau penyulit selama masa nifas. Selain memulihkan kondisi tubuh ibu senam nifas dapat mempercepat proses involusi uteri dan mengembalikan elastisitas otot-otot dan jaringan yang merenggang waktu persalinan (Kumalasari, 2015).

G. Kunjungan Masa Nifas

Standar kunjungan masa nifas dibagi menjadi 3 yaitu antara lain :

1. Kunjungan 1 (6 jam- 3 hari postpartum)

- a) Mencegah perdarahan masa nifas karena antonia uteri.
- b) Mendeteksi dan merawat penyebab lain dan perdarahan lain perdarahan dan merujuk apabila perdarahan berlanjut.

- c) Memberikan konseling pada ibu atau salah satu anggota keluarga bagaimana cara mencegah perdarahan masa nifas karena antonia uteri.
- d) Melanjutkan pemberian ASI (ASI eksklusif).
- e) Melakukan hubungan antara ibu dan bayi baru lahir
- f) Menjaga bayi tetap sehat dengan cara mencegah hipotermi
- g) Memeriksa status pemberian Vit. K (Wardatin, 2017)

2. Kunjungan 2 (4-28 hari postpartum)

Asuhan yang diberikan pada kunjungan 2 yaitu antara lain :

- a) Memastikan involusi uteri berjalan normal, uterus berkontraksi, fundus dibawah umbilicus, tidak ada perdarahan abnormal, tidak bau.
 - b) Memeriksa kemungkinan penyakit berat atau adanya infeksi.
 - c) Memastikan ibu mendapatkan cukup makanan, cairan dan istirahat.
 - d) Memeriksa status imunisasi unijek.
- ## 3. Kunjungan 3 (29-42 hari postpartum)

Asuhan yang diberikan dikunjungan ketiga sama dengan asuhan kunjungan kedua postpartum.

- a) Pemberian Vitamin A.
- b) Memeriksa keluhan ibu.
- c) Konseling pelayanan KB pasca salin(Kumalasari, 2015).

H. Kebijakan Pelayanan Nifas Selama Pandemi Covid-19

1. Tidak ada keluhan agar menerapkan isi buku KIA, lakukan pemantauan mandiri, jika ada keluhan/tanda bahaya pada ibu segera rujuk kefasilitas kesehatan.
2. Pelayanan nifas dengan membuat janji melalui telepon/WA.
3. Lakukan pengkajian komprehensif sesuai standar, dengan kewaspadaan covid-19. Bidan dapat berkoordinasi dengan RT/RW/Kades tentang status ibu apakah sedang isolasi mandiri (ODP/PDP/Covid+).
4. Pelayanan nifas dilakukan sesuai standar menggunakan APD level 1 dan menerapkan protokol pencegahan covid-19.
5. Jika tidak dapat memberikan pelayanan, bidan segera berkolaborasi dan rujukan ke PKM/RS.
6. Tunda kelas ibu nifas atau lakukan secara online.
7. Konsultasi nifas, KIE, konseling laktasi, dilaksanakan secara online.
8. Ibu nifas, pendamping & semua tim yang bertugas menggunakan masker dan menerapkan protokol pencegahan covid-19 (IBI, 2020).

I. Tanda – Tanda Bahaya Masa Nifas

Tanda – tanda bahaya pada ibu nifas antara lain :

1. Perdarahan hebat atau peningkatan darah secara tiba-tiba (melebihi haid biasa atau jika perdarahan tersebut membasahi

memenuhi lebih dari 2 pembalut seniter dalam waktu setengah jam).

2. Pengeluaran cairan dari vagina dengan bau busuk.
3. Terdapat nyeri pada bagian perut bawah atau punggung.
4. Rasa sakit kepala yang terus menerus masalah penglihatan, serta nyeri epigastri.
5. Demam, pembengkakan yang terjadi pada wajah dan tangan, rasa sakit pada saat buang air kecil, atau juga merasa tidak enak badan.
6. Payudara sakit atau memerah.
7. Selera makan hilang dalam waktu yang panjang.
8. Pada kaki terasa sakit, warna kemerahan, kelembutan dan terdapat pembengkakan.
9. Merasa sangat sedih dan merasa tidak mampu mengurus dirinya sendiri dan bayi.
10. Merasa sangat letih dan bernafas terengah-engah (Saifuddin, 2014).

J. Komplikasi Masa Nifas

1. Infeksi nifas

a) Definisi

Bakteri dapat menjadi salah satu penyebab infeksi setelah persalinan. Selain kurang menjaga kebersihan dan perawatan masa nifas yang kurang tepat, faktor lain yang memicu seperti adanya luka bekas pelepasan plasenta,

laserasi pada saluran genetalia termasuk episiotomi pada perineum ataupun dinding vagina dan serviks(Kumalasari, 2015).

b) Macam – macam infeksi nifas

1) *Endometritis*

Endometritis merupakan peradangan atau infeksi yang terjadi pada endometrium. Infeksi ini sangat sering terjadi yang dialami pada saat masa nifas. Mikroorganisme masuk ke endometrium melalui luka bekas insersio plasenta dan pada waktu yang singkat bisa menyebar keseluruh endometrium.

2) *Peritonitis*

Peritonitis merupakan peradangan atau infeksi pada masa nifas yang terjadi pada peritoneum (selaput dinding perut). Pada masa nifas peritonitis terjadi pada uterus melalui pembuluh limfe. Berbeda dengan peritonitis umum. Peritonitis ini biasanya hanya terbatas pada daerah pelvis sehingga terjadi gejala tidak seberat pada peritonitis umum (Nur Amellia, 2018).

3) *Mastitis*

Mastitis merupakan peradangan atau infeksi yang terjadi pada payudara atau mammae. Pada masa nifas biasanya terjadi infeksi dan peradangan pada mammae

terutama pada primipara. Penyebab dari infeksi ini yaitu *staphylococcus aureus*. Tanda ibu yang mengalami *mastitis* yaitu rasa panas dingin serta dengan adanya peningkatan suhu tubuh, lesu tidak nafsu makan. Mammae membesar dan nyeri lokal, kulit merah, membengkak dan terdapat nyeri pada perabaan. Jika *mastitis* tidak segera ditangani *mastitis* ini dapat menjadi abses (Nur Amellia, 2018).

4) *Trombophlebitis*

Trombophlebitis merupakan penjaralan infeksi melalui vena. Terjadi pada masa nifas sebab terbukanya vena-vena selama proses persalinan sehingga memudahkan masuknya mikroorganisme *pathogen*, *trombophlebitis* sering menyebabkan kematian pada ibu karena mikroorganisme dengan mudah dan cepat menjalar keseluruh tubuh melalui sistem peredaran darah dan menyebabkan infeksi pada organ tertentu (Nur Amellia, 2018).

2. Perdarahan post partum

Perdarahan paska persalinan yaitu perdarahan pervaginam yang melebihi 500 ml setelah bayi lahir. Perdarahan pascasalin menurut Kemenkes RI (2014) dibagi menjadi 2, yaitu:

a) Postpartum primer

Perdarahan postpartum primer merupakan perdarahan yang terjadi dalam waktu 24 jam pertama setelah kelahiran bayi.

b) Postpartum sekunder

Perdarahan postpartum sekunder merupakan perdarahan yang terjadi setelah 24 jam pertama setelah kelahiran bayi. Perdarahan postpartum dapat disebabkan oleh berbagai faktor diantaranya yaitu :

1) *Atonia uteri*

Atonia uteri merupakan kegagalan otot-otot rahim untuk mempertahankan kontraksi setelah melahirkan bayi sehingga tidak dapat menekan pembuluh darah yang berada ditempat menempelnya plasenta.

2) *Retensio plasenta*

Retensio plasenta merupakan suatu keadaan dimana plasenta belum lahir dalam waktu 30 menit setelah bayi lahir.

3) *Inversio Plasenta*

Inversio plasenta merupakan suatu keadaan dimana fundus uteri terbalik sebagian atau keseluruhan kedalam kavum uteri.

4) Robekan jalan lahir

Robekan jalan lahir yaitu laserasi atau luka yang terjadi disepanjang jalan lahir (perineum) akibat proses persalinan. Robekan jalan lahir dapat terjadi secara disengaja (episiotomi) atau tidak disengaja (Nur Amellia, 2018).

5) Tertinggalnya sebagian sisa plasenta dalam uterus

Tinggalnya sebagian sisa plasenta dalam uterus sisa plasenta yang masih tertinggal didalam uterus dapat menyebabkan terjadinya perdarahan. Sisa plasenta mengakibatkan kontraksi tidak adekuat sehingga pembuluh darah yang terbuka pada dinding uterus tidak dapat berkontraksi atau terjepit dengan sempurna (Nur Amellia, 2018).

2.1.4 Konsep Dasar Bayi Baru Lahir dan Neonatus

A. Pengertian Bayi Baru Lahir dan Neonatus

Bayi baru lahir adalah bayi yang lahir dalam presentasi belakang kepala melalui vagina tanpa memakai alat, pada usia kehamilan genap 37 minggu sampai 42 minggu, dengan berat badab lahir 2500 – 4000 gram, dengan nilai apgar > 7 dan tanpa cacat bawaan (Saifuddin, 2014)

Definisi bayi baru lahir adalah bayi yang baru mengalami proses kelahiran dan berusia 0-28 hari. Masa neonatal adalah masa sejak

lahir sampai dengan 4 minggu (28 hari), sesudah kelahiran dimana ada tiga masa yaitu neonatus adalah bayi berumur 0 (baru lahir) sampai dengan usia 1 bulan sesudah lahir, Neonatus dini adalah usia < 7 hari dan Neonatus lanjut adalah usia 7-28 hari (Marmi, 2012).

B. Ciri – ciri Bayi Baru Lahir

1. Lahir aterm antara 37-42 minggu.
2. Berat badan 2500-4000 gram
3. Panjang badan lahir 48-52 cm
4. Ligkar dada 30-38 cm
5. Lingkar kepala 33-35 cm
6. Lingkar lengan bayi 11-12 cm
7. Frekuensi jantung 120-160 kali/menit
8. Pernapasan 40-60 kali / menit
9. Kulit kemerahan-merahan dan licin karena jaringan subkutan yang cukup
10. Rambut lanugo tidak terlihat, rambut kepala biasanya telah sempurna
11. Kuku agak panjang dan lemas
12. Nilai APGAR > 7 skore
13. Gerak bayi aktif
14. Bayi lahir menangis normal / spontan kuat
15. Reflek rooting (mencari puting susu dengan cara rangsangan taktil pada pipi didaerah mulut) sudah terbentuk dengan baik.

16. Reflek sucking (isap dan menelan) sudah terbentuk dengan baik.

17. Reflek moro (gerakan memeluk bila bayi dikagetkan) sudah terbentuk dengan baik.

18. Reflek grapsing (menggenggam) sudah baik.

19. Genetalia

a. Pada bayi laki-laki kematangan ditandai dengan testis yang berada pada skrotum dan penis yang berlubang.

b. Pada bayi perempuan kematangan ditandai dengan vagina dan utera yang berlubang serta adanya labia minora dan mayora.

20. Eliminasi baik yang ditandai dengan keluarnya mekonium dalam 24 jam pertama, mekonium berwarna hitam kecoklatan (Kumalasari, 2015).

C. Ciri – Ciri Neonatus

Neonatus memiliki ciri berat badan 2700-4000 gram, panjang 48-50 cm, lingkar kepala 33-35 cm, *neonatus* memiliki frekuensi denyut jantung 120-160 x/menit, pernafasan 40-60x/menit, lanugo tidak terlihat dan rambut tumbuh dengan sempurna, kuku sedikit panjang dan lemas, memiliki APGAR > 7, reflek-reflek sudah terbentuk dengan baik (Marmi, 2012).

D. Penilaian APGAR Skore

Berdasarkan pedoman yang dikeluarkan oleh neonatal resuscitation program. Skore APGAR berguna untuk mendapatkan

informasi mengenai status klinis bayi baru lahir secara umum dan respon bayi terhadap resusitasi. Namun resusitasi harus di insiasi sebelum dilakukan penentuan skore APGAR pada menit ke-1 . sebab itu skore APGAR ini tidak bisa digunakan untuk menentukan kebutuhan resusitasi inisial, tahapan resusitasi yang dibutuhkan ataupun kapan resusitasi diperlukan. Untuk menentukan kebutuhan resusitasi pada bayi baru lahir digunakan *Neonatal Resuscitation Algorithm*. Persiapan ini dimulai dari bayo baru lahir yaitudengan menilai resiko perinatal (Marmi, 2011).

Tabel 2.3
Tanda APGAR Skore

Tanda	Nilai 0	Nilai 1	Nilai 2
Warna	Pucat / biru seluruh tubuh	Tubuh merah,ekstermitas biru.	Seluruh tubuh kemerahan.
Denyut jantung	Tidak ada	<100	>100
Tonus otot	Tidak ada	Ekstermitas sedikit fleksi	Gerak aktif
Aktivitas	Tidak ada	Sedikit gerak	Langsung menangis
Pernafasan	Tidak ada	Lemah / tidak teratur	Menangis

Sumber : Varney, 2007:275

Interpretasi :

1. Nilai 0-3 : asfiksia berat.
2. Nilai 4-6 : asfiksia sedang.
3. Nilai 7-10 : asfiksia ringan (normal)

E. Tahapan Bayi Baru Lahir

1. Tahap 1 : Tahap ini terjadi setelah bayi lahir, selama menit-menit pertama kelahiran. Tahap ini digunakan scoring apgar untuk menilai fisik dan scoring gray untuk interaksi ibu dan bayi.
2. Tahap II : Tahap ini disebut dengan tahap transisional reaktivitas. Pada tahap II ini dilakukan pengkajian selama 24 jam pertama terhadap adanya perubahan perilaku.
3. Tahap III: Tahap ini sering disebut dengan tahap periodik, pengkajian dilakukan setelah 24 jam pertama meliputi pemeriksaan seluruh tubuh (Kumalasari, 2015).

F. Klasifikasi Bayi Baru Lahir

1. Berdasarkan Masa gestasi
 - a. *Neonatus* kurang bulan (preterm infant) : kurang dari 259-294 hari (<37 minggu)
 - b. *Neonatus* cukup bulan (term infant) : 259-294 hari (37-42 minggu).
 - c. *Neonatus* lebih bulan (postterm infant) : lebih dari 294 hari (>42 minggu).
2. Berdasarkan berat badan lahir

- a. Neonatus berat badan lahir rendah : kurang dari 2500 gram.
 - b. Neonatus berat lahir cukup : antara 2500-4000 gram.
 - c. Neonatus berat lahir lebih : lebih dari 4000 gram
- (Kumalasari, 2015).

3. Neonatus menurut berat lahir terhadap masa gestasi (masa gestasi dan ukuran berat lahir yang sesuai untuk masa kehamilan) :
 - a. Neonatus cukup bulan/kurang/lebih bulan (NCB/NKB).
 - b. Sesuai/kecil/besar untuk masa kehamilan (SMK/KMK/BMK).

G. Tanda Bahaya Pada Bayi Baru Lahir

1. Tidak mau minum dan menyusu.

ASI merupakan makanan pokok untuk bayi, jika bayi tidak mau menyusu maka asupan nutrisinya akan berkurang dan bisa berefek pada kondisi tubuhnya, disini biasanya bayi tidak mau menyusu jika sudah dalam kondisi lemah dan bisa juga dalam kondisi dehidras berat (Nur Amellia, 2018).

2. Kejang

Pada bayi yang demam biasanya akan terjadi kejang pada bayi jika tidak dalam kondisi demam bayi mengalami kejang berarti ada masalah lain yang dialami oleh bayi (Nur Amellia, 2018).

3. Frekuensi nafas < 30 x/menit dan > 60x/ menit

Frekuensi bayi biasanya akan lebih cepat dari orang dewasa yaitu sekitar 30-60x/menit jika bayi bernafas kurang dari 30x/menit atau lebih dari 60x/menit maka segera bawa bayi ke tenaga kesehatan terdekat dan lihat dinding dada bayi ada tarikan atau tidak (Nur Amellia, 2018).

4. Lemah

Jika bayi tidak terlihat seaktif biasanya maka waspadailah, jangan biarkan kondisi ini berkenanjutan, kondisi yang lemah yang dipicu dari diare, muntah, yang berlebihan atau infeksi yang berat (Nur Amellia, 2018).

5. Kulit terlihat kuning

Kuning pada bayi terjadi karena kurang ASI. Namun jika kuning bayi terjadi pada waktu kurang dari 24 jam setelah bayi lahir atau lebih 14 hari setelah bayi lahir. Kuning menjalar hingga telapak tangan dan kaki bayi bahkan tinja bayi berwarna kuning maka segera konsultasikan pada bidan atau dokter (Nur Amellia, 2018).

6. Demam atau tubuh dingin

Suhu normal pada bayi berkisaran $36,5^{\circ}\text{C}$ - $37,5^{\circ}\text{C}$ jika suhu kurang atau lebih lihat kondisi bayi dan perhatikan. Apakah kondisi disekitar bayi membuat bayi kehilangan panas tubuh seperti ruangan yang dingin atau pun pakaian yang basah.

7. Merintih

Jika bayi merintih terus menerus ketika bayi sudah diberikan ASI atau sudah dipuk-puk maka konsultasikan kedokter bisa jadi ada masalah lain yang bayi rasakan (Nur Amellia, 2018).

8. Keluar nanah dari mata

Nanah yang berlebihan pada mata bayi menunjukkan adanya infeksi pada saat persalinan. Bersihkan mata bayi dengan kapas dan air hangat lalu konsultasikan pada dokter atau bidan (Nur Amellia, 2018).

9. Pusat kemerahan meluas kedinding perut

Tali pusat berwarna kemerahan menunjukkan adanya tanda infeksi. Yang perlu diperhatikan dalam merawat tali pusat yaitu menjaga tali pusat tetap kering dan bersih. Bersihkan dengan air hangat dan biarkan kering. Bethadine atau alkohol dibiarka tetapi tidak untuk kompresi, artinya hanya oleskan saja saat tali pusat sudah kering dan tutup dengan kassa steril (Nur Amellia, 2018).

H. Fisiologis Bayi Baru Lahir

1. Sistem pernafasan

Sistem pernafasan merupakan pertukaran gas antara makhluk hidup (oganisme) dengan lingklungannya. Secara umum pernafasan dapat diartikan sebagai proses menghirup oksigen dari udara serta mengeluarkan karbondioksida dan uap air (Marmi, 2012).

Dibawah ini tabel mengenai perkembangan sistem pulmonal sesuai dengan usia kehamilan.

Tabel 2.4
Pernafasan pulmonal

Usia Kehamilan	Perkembangan
24 hari	Bakal paru-paru terbentuk
26-28 hari	Kedua bronkus membesar
6 minggu	Segmen bronkus terbentuk
12 minggu	Lobus terdiferensi
24 minggu	Alveolus terbentuk
28 minggu	Surfaktan terbentuk
34-36 minggu	Struktur paru matang

Sumber : Maulina, 2015: 12

Struktur matang, ranting paru-paru dapat mengembangkan sistem alveoli. Selama dalam uterus, janin mendapatkan oksigen dari pertukaran gas melalui plasenta dan setelah bayi lahir, pertukaran gas harus melalui paru-paru bayi. Rangsangan gerakan pertama pernafasan terjadi disebabkan oleh beberapa hal antara lain sebagai berikut :

- a. Tekanan mekanik dari torak sewaktu melalui jalan lahir (stimulasi mekanik).
- b. Penurunan oksigen dan peningkatan oksigen merangsang kemoreseptor yang terletak di sinus karotikus (stimulasi kimiawi).
- c. Rangsangan daerah muka dan perubahan suhu di dalam uterus (stimulasi sensorik).

d. Reflek delfasi hering breut

Pernafasan pertama pada bayi normal terjadi dalam waktu 30 menit pertama sesudah lahir. Usaha bayi pertama kali untuk mempertahankan tekanan alveoli, selain karena adanya surfaktan, juga karena adanya tarikan nafas dan pengeluaran nafas dengan rintih sehingga udara bisa tertahan di dalam. Cara *neonatus* bernapas dengan cara bernapas difragmatin dan abdominal, sedangkan untuk frekuensi dan dalamnya bernapas belum teratur. Apabila surfaktan berkurang, maka alveoli akan kolaps dan paru-paru kaku, sehingga terjadi atelektatis. Dalam kondisi seperti ini (anoksia) neonatus (masih mempertahankan hidupnya karena adanya kelanjutan *metabolisme anearobik*) (Marmi, 2011).

2. Peredaran darah

Pada masa fetus daerah dari plasenta melalui *vena umbilikal* sebagian ke hati, sedangkan langsung ke serambi kiri jantung, kemudian ke bilik kiri jantung. Dari bilik kiri darah di pompa melalui aorta ke seluruh tubuh. Dari bilik kanan darah di pompa sebagian ke paru dan sebagian melalui duktus arteriosus ke aorta (Kumalasari, 2015).

Setelah bayi lahir, paru akan berkembang mengakibatkan tekanan arteriol dalam paru menurun. Tekanan dalam jantung

kanan turun, sehingga tekanan jantung kiri lebih besar daripada tekanan jantung kanan yang mengakibatkan menutupnya *foramen ovale* secara fungsional. Hal ini terjadi pada jam-jam pertama setelah kelahiran. Oleh karena tekanan dalam paru turun dan tekanan dalam aorta desenden naik dan karena rangsangan biokimia *duktus arteriosus* akan berobliterasi, ini terjadi pada hari pertama.

Aliran darah dari plasenta berhenti pada saat tali pusat diklem. Sebagian besar darah janin yang teroksigenasi melalui paru dan malah mengalir melalui lubang antara atrium kanan dan kiri, yang disebut *foramen ovale*. Darah yang kaya oksigen ini kemudian secara istimewa mengalir ke otak melalui *duktus arteriosus*. Karena tali pusat diklem, sistem bertekanan rendah yang ada pada unit janin-plasenta terputus. Sistem sirkulasi bayi baru lahir sekarang merupakan sistem sirkulasi tertutup, bertekanan tinggi dan berdiri sendiri (Sulistyawati, 2012).

3. Suhu tubuh

Empat kemungkinan mekanis yang dapat menyebabkan bayi baru lahir kehilangan panas tubuhnya antara lain yaitu :

a. Konduksi

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

kontak langsung). Sebagai contoh, edukasi bisa terjadi ketika menimbang bayi tanpa las timbangan, mencegah bayi saat tangan dingin, dan menggunakan stetoskop dingin untuk pemeriksaan BBL.

b. Konveksi

Panas hilang dari tubuh bayi ke udara sekitar yang sedang bergerak (jumlah panas yang hilang tergantung pada kecepatan dan suhu udara). Sebagai contoh konveksi dapat terjadi ketika membiarkan dan menempatkan BBL dekat jendela atau membiarkan BBL di ruangan yang terpasang kipas angin (Prawirohardjo, 2014).

c. Radiasi

Panas dipancarkan dari BBL keluar tubuhnya ke lingkungan yang lebih dingin (pemindahan panas antara 2 objek yang mempunyai suhu berbeda) sebagai contoh membiarkan BBL berdekatan dalam AC tanpa diberi pemanasan lampu, membiarkan BBL berdekatan dengan tembok.

d. Evaporasi

Panas hilang melalui proses penguapan yang bergantung pada kecepatan dan kelembapan udara (perpindahan panas dengan cara mengubah cairan menjadi uap). Kehilangan panas dapat terjadi karena penguapan cairan ketuban pada permukaan tubuh oleh panas tubuh

bayi sendiri karena setelah lahir tubuh bayi tidak segera dikeringkan (Prawirohardjo, 2014).

4. Sistem pencernaan

Kapasitas lambung 15-30 cc dan akan meningkat dalam minggu- minggu pertama kehidupan. Sfingter kardiak lambung dalam matang sehingga gumoh lazim terjadi. Pada saat lahir keasaman lambung tinggi namun pada hari ke-10 hampir tidak ada asam lambung oleh karena itu rentan terhadap terjadinya infeksi. Waktu pengosongan lambung adalah 2,5-3 jam (Marmi, 2012).

5. Keseimbangan air dan fungsi ginjal

Bayi baru lahir cukup bulan memiliki beberapa defisit struktural dan fungsional pada sistem ginjal. Banyak dari defisit tersebut memperbaiki dirinya sendiri pada bulan pertama kehidupan. Ginjal bayi baru lahir menunjukkan penurunan aliran darah ginjal dan penurunan kecepatan filtrasi glomerulus. Kondisi itu mudah menyebabkan retensi cairan dan intoksikasi air. Bayi baru lahir mengekskresikan sedikit urine pada 48 jam pertama kehidupan, sering kali hanya 30-60 ml. Seharusnya tidak terdapat protein atau darah dalam urine bayi baru lahir(Marmi, 2012).

6. Perubahan pada sistem imun

imun neonatus tidak matur pada sejumlah tingkat yang signifikan. Ketidakmampuan fungsional ini membuat neonatus

rentan terhadap banyak infeksi dan respon alergi. Sistem imun yang matur memberikan baik imunitas alami maupun yang didapat. terdapat 2 macam imunitas pada bayi baru lahir, yaitu:

a. Imunitas alami

Imunitas alami terdiri dari struktur tubuh yang mencegah atau meminimalkan infeksi. Contohnya yaitu kolonisasi pada kulit dan usus oleh mikroba pelindung.

b. Imunitas yang didapat

Janin mendapatkan imunitas melalui perjalanan transplasenta dari imunoglobulin varietas IgG (Prawirohardjo, 2014).

7. Sistem Reproduksi

Spermatogenesis pada bayi laki-laki belum terjadi sampai mencapai pubertas, tetapi pada bayi perempuan sudah terbentuk folikel primodial yang mengandung ovum pada saat lahir. Pada kedua jenis kelamin ini pengambilan estrogen dari ibu untuk pertumbuhan payudara yang kadang-kadang disertai secret pada hari keempat atau kelima. Hal ini tidak membutuhkan perawatan karena akan hilang dengan sendirinya. Pada bayi perempuan kadang terjadi pseudomenstruasi dan labia mayora sudah terbentuk menutupi labia minora. Pada laki-laki testis sudah turun kedalam skrotum pada akhir 36 minggu kehamilan.

8. Sistem syaraf

Syaraf belum matang secara anatomi dan fisiologi. Hal ini mengakibatkan kontrol yang minim oleh korteks serebri

terhadap sebagian besar batang otak dan aktivitas refleksi tulang belakang pada bulan pertama kehidupan walaupun sudah terjadi interaksi sosial. Adanya beberapa aktivitas refleksi yang terdapat pada bayi baru lahir menandakan adanya kerjasama antara sistem syaraf dan sistem muskuloskeletal (Prawirohardjo, 2014).

I. Macam – macam Reflek Pada Bayi

1. Reflek Rooting

Reflek ini timbul karena adanya stimulasi taktil pada pipi dan daerah mulut, bayi akan memutar kepala seakan – akan mencari puting susu.

2. Reflek menelan (*swallowing reflek*)

Reflek menelan yaitu reflek menelan dimana ASI dimulut bayi mendesak otot didaerah mulut dan farng sehingga mengaktifkan reflek menelan dan mendorong ASI kedalam lambung (Marmi, 2012).

3. Reflek berkedip (*glabellar reflek*)

Pada saat pangkal hidung bayi diketuk secara pelan-pelan bayi akan mengedipkan mata pada 4-5 ketukan pertama yang dilakukan.

4. Reflek menghisap (*sucking reflek*)

Reflek ini timbul bersama dengan reflek rooting untuk menghisap puting susu dan menelan ASI.

5. Reflek menoleh (*tonikneck reflek*)

Reflek jika bayi mengangkat leher dan menoleh kekanan atau kekiri jika diposisikan tengkurap. Reflek ini tidak dapat dilihat pada bayi yang berusia 1 hari, meskipun sekali reflek ini kelihatan, reflek ini dapat diamati sampai bayi berusia 3-4 bulan.

6. Reflek menggenggam (*grasping reflek*)

Setelah telapak tangan di stimulasi oleh suatu objek seperti jari maka bayi akan mempunyai respon menggenggam dengan erat.

7. Reflek *babinsky*

Reflek bila ada rangsangan pada telapak kaki akan bergerak keatas dan jari – jari lain membuka. Reflek ini biasanya hilang setelah berusia 1 tahun.

8. Reflek terkejut (*morro reflek*)

Ketika bayi terkejut maka akan menunjukkan respon memeluk, reflek ini juga berfungsi untuk menguji kondisi umum bayi serta keabnormalan sistem syaraf pusat.

9. Reflek *ekstruksi*

Cara melakukannya dengan spatel lidah disentuhkan ke lidah bayi. Pada kondisi yang normal lidah ekstensi kearah luar apabila disentuh dengan jari atau putting (Marmi, 2012).

10. Reflek melangkah (*stteping reflek*)

Bayi akan menggerakkan tungkainya dalam satu gerakan berjalan atau melangkah kita diberikan dengan cara memegang lengannya sedangkan kakinya dibiarkan menyentuh permukaan yang rata dan keras (Marmi, 2012).

J. Identifikasi Bayi

Apabila bayi dilahirkan ditempat bersaling yang kemungkinan persalinannya lebih dari satu persalinan, maka sebuah alat pengenalan yang efektif harus diberikan pada bayi setiap bayi baru lahir dan harus ditempatnya sampai waktu pulang.

1. Peralatan identifikasi bayi baru lahir harus selalu tersedia di tempat penerimaan pasien, dikamar bersalin, dan ruangan bayi.
2. Alat yang digunakan hendaknya kebal air, dengan tepi muka yang halus dan tidak mudah melukai, tidak mudah sobek dan alat yang digunakan tidak mudah lepas.
3. Pada alat atau gelang identifikasi harus tercantum
 - a. Nama bayi (bayi,nyonya)
 - b. Tanggal lahir.
 - c. Nomor bayi
 - d. Jenis kelamin
 - e. Unit
 - f. Nama lengkap ibu.

4. Setiap tempat tidur harus diberi tanda dengan mencantumkan nama, tanggal lahir, nomer identifikasi, ukuran berat lahir, panjang bayi baru lahir, lingkar kepala dan lingkar perut. Dan harus dicatat dalam rekam medik (Prawirohardjo, 2014).

K. Pemantauan Bayi Baru Lahir

Tujuan pemantauan bayi baru lahir yaitu untuk mengetahui aktivitas dari bayi normal atau teridentifikasi adanya masalah kesehatan pada bayi baru lahir yang memerlukan perhatian keluarga dan penolong bersalin serta tindak lanjut yang harus diberikan oleh tenaga kesehatan:

1. Dua jam pertama setelah bayi lahir

Hal – hal yang harus dinilai atau dipantau pada bayi baru lahir pada dua jam pertama setelah kelahiran antara lain :

- a. Kemampuan dalam menghisap lemah atau kuat.
- b. Bayi terlihat kemerahan atau biru.
- c. Bayi terlihat lunglai atau aktif.
- d. Sebelum penolong persalinan meninggalkan ibu dan bayinya, penolong persalinan harus melakukan pemeriksaan dan penilaian terhadap keadaan ibu maupun bayinya apakah ada masalah kesehatan yang memerlukan tindakan segera :

- 1) Bayi kecil untuk masa kehamilan atau bayi kurang bulan.
- 2) Gangguan pernafasan.

- 3) Hipotermia
- 4) Infeksi .
- 5) Cacat bawaan atau trauma lahir (Prawirohardjo, 2014).

L. Kebutuhan Dasar Bayi Baru Lahir

1. Nutrisi

Pada jam-jam pertama energi didapatkan dari perubahan karbohidrat. Pada hari kedua energy berasal dari pembakaran lemak setelah mendapatkan susu kurang lebih hari ke 6 (Marmi, 2012). Kebutuhan bayi pada tahun pertama sangat bervariasi menurut usia dan berat badan. Taksiran kebutuhan selama dua bulan pertama sekitar 120 kkal/kgBB/hari. secara umum selama 6 bulan pertama bayi membutuhkan energi sebesar 115-120 kkal/kgBB/hari (Marmi, 2012).

Berikan ASI sesering mungkin sesuai dengan keinginan ibu (jika payudara sudah penuh) atau sesuai kebutuhan bayi, yaitu setiap 2-3 jam (paling sedikit tiap 4 jam). Berikan bayi eksklusif selama 6 bulan. Selanjutnya pemberian asi diberikan sampai berusia 2 tahun, dengan penambahan makanan lunak atau padat yang disebut makanan pendamping asi (Marmi, 2012).

2. Eliminasi

Pengeluaran *mekonium* biasanya dalam 10 jam pertama dan dalam 4 hari tinja sudah berbentuk dan berwarna biasa

(marmi, 2012). *Feses* pertama ini berwarna hijau kehitaman, lengket serta mengandung empedu, asam lemak, lendir dan epitel. Sejak hari ketiga hingga hari kelima kelahiran, *fezes* mengalami tahap transisi dan menjadi berwarna kuning kecoklatan. BAK bayi normalnya 6 sampai 10 kali atau popok kotor per hari. Urine pertama dikeluarkan dalam 24 jam pertama dan setelahnya dengan frekuensi yang semakin sering, sering meningkatnya asupan cairan. Urin encer, berwarna kuning dan tidak berbau (Marmi, 2012).

3. Istirahat dan tidur

Dalam 2 minggu pertama setelah bayi lahir, bayi normalnya sering tidur. Bayi baru lahir sampai usia 3 bulan rata-rata tidur selama 16 jam sehari. Pada umumnya bayi terbangun sampai malam hari pada usia 3 bulan (Marmi, 2012).

4. *Personal hygiene*

Bayi ditunda memandikan kira kira sedikitnya 4-6 jam setelah kelahiran, setelah suhu bayi stabil. Mandi selanjutnya 2-3 kali sehari. Mandi menggunakan sabun dapat menghilangkan minyak dari kulit bayi yang sangat rentan untuk mengering.

Pencucian rambut hanya perlu dilakukan sekali atau dua kali dalam seminggu. Pemakaian popok harus dilipat sehingga puting tali pusat terbuka ke udara, yang mencegah urine dan *fezes* membasahi tali pusat. Popok harus diganti beberapa kali sehari ketika basah (Marmi, 2012)

Perawatan tali pusat ialah menjaga agar tali pusat tetap kering dan bersih. Cuci tangan dengan sabun sebelum merawat tali pusat(Marmi, 2012).

5. Aktifitas

Bayi normal melakukan gerakan tangan dan kaki yang simetris pada waktu bangun. Adanya *tremor* pada bibir, kaki dan tangan pada waktu menangis adalah normal, tetapi bila hal ini terjadi pada waktu tidur, kemungkinan gejala kelainanan yang perlu dilakukan pemeriksaan lebih lanjut. Bayi dapat menangis sedikitnya sekitar 5 menit per hari sampai sebanyak-banyaknya 2 jam perhari, bergantung pada tempramen individu. Alasan paling umum untuk menangis adalah lapar, ketidaknyamanan karena popok basah, suhu ekstrim, dan stimulasi berlebihan(Marmi, 2012).

6. Psikososial

Kontak kulit dengan kulit membuat bayi lebih tenang sehingga didapat pola tidur yang lebih baik. Bayi baru lahir waspada dan sadar terhadap lingkungan saat ia terbangun. Jauh dari pasif, bayi bereaksi terhadap rangsangan dan mulai pada usia yang sangat dini untuk mengumpulkan informasi tentang lingkungannya(Saifuddin, 2014).

M. Penyuluhan Sebelum Bayi Baru Lahir Pulang

1. Perawatan Tali Pusat

Perawatan tali pusat Saat bayi dilahirkan, tali pusat (umbilicus) yang menghubungkannya dan plasenta ibunya akan dipotong oleh dokter. Semasa dalam rahim, tali ini menyalurkan oksigen dan makanan dari plasenta ke janin yang berada di dalamnya. Tapi saat dilahirkan, bayi tidak lagi membutuhkan oksigen dari ibunya, karena ia sudah dapat bernafas sendiri melalui hidung. Karena itulah, tali tersebut harus dipotong meski tidak semuanya. Tali pusat yang melekat di perut bayi, akan dibiarkan hingga pelan-pelan menyusut dan mengering lalu terlepas dengan sendirinya (Kumalasari, 2015).

2. Pemberian ASI

Inisiasi Menyusu Dini atau pemberian ASI sejak dini adalah sangat dianjurkan untuk dilakukan pada setiap ibu setelah melahirkan. Proses menyusui dapat segera dilakukan begitu bayi lahir. Bayi yang lahir cukup bulan akan memiliki naluri untuk menyusui pada ibunya di 20-30 menit setelah ia lahir. Itupun jika ia tidak mengantuk akibat pengaruh obat ataupun anestesi yang diberikan ke ibu saat proses melahirkan. Pengalaman pertama bayi. Di jam-jam pertama, bayi akan relative tenang, terjaga dan memiliki kemampuan untuk melakukan proses latch on (proses masuknya sebagian besar ke dalam mulut bayi hingga ia dapat “mengunci” dan menyusui dengan baik (Kumalasari, 2015).

3. Jaga Kehangatan Bayi

Bayi belum mampu mengatur tetap suhu badannya dan membutuhkan pengaturan diluar untuk membuat bayi tetap hangat. Menjaga kehangatan bayi baru lahir merupakan suatu hal yang sangat penting, dengan cara membungkus atau membedong bayi dan kepala ditutup agar membantunya merasa aman dan hangat.

4. Tanda-tanda Bahaya

- a. Memberikan pertolongan pertama sesuai dengan kemampuan ibu yang sesuai dengan kebutuhan sampai bayi ibu memperoleh perawatan medis lanjut.
- b. Membawa bayi kerumahsakit atau klinik terdekat untuk perawatan tindakan segera (Kumalasari, 2015).

5. Imunisasi

Tiga jenis imunisasi awal yang diberikan di rumah sakit atau di klinik bersalin setelah bayi lahir yaitu Hepatitis B (diberikan minimal 3 kali dalam rentan waktu 6 bulan). Polio yang diberikan 3 kali dalam selang waktu 6- 8 minggu. BCG yang diberikan di lengan atas minimal 1 kali(Kumalasari, 2015).

Tabel 2.5
Jadwal imunisasi
Sumber : Putri, Intan (2019)

Usia	Jenis Imunisasi
------	-----------------

0 bulan	Polio 1, BCG, HB 0
2 bulan	Polio 2, DPT, HB 1
3 bulan	Polio 3, DPT, HB 2
4 bulan	Polio 4, DPT, HB 3
9 bulan	Campak

Keterangan :

- 1) Imunisasi Hepatitis B : digunakan untuk mencegah kerusakan hati. Diberikan pada saat usia 0-7 hari.
- 2) Imunisasi BCG (Bacillus Calmette-Guerin). Ditunjukan untuk memberikan kekebalan bayi terhadap bakteri tuberkolosis (TBC). Diberikan segera setelah bayi lahir ditempat pelayanan kesehatan atau mulai 1 bulan.
- 3) Imunisasi DPT : memberikan kekebalan bagi bayi terhadap penyakit Dipteri, Pertusis (Batuk rejan) dan tetanus. Imunisasi ini pertama kalinya diberikan pada bayi berusia 2 bulan. Imunisasi selanjutnya 4 minggu atau bersamaan dengan Hepatitis B.
- 4) Imunisasi Polio : memberikan kekebalan bagi bayi terhadap penyakit polio (Kelumpuhan). Imunisasi polio diberikan 4 kali dengan selang waktu 4 minggu.
- 5) Imunisasi Campak : mencegah bayi terkena infeksi penyakit campak. Diberikan pada usia 9 bulan.

N. Kebijakan Pelayanan Kesehatan Bayi Baru Lahir/Neonatal Selama Pandemi Covid-19

1. Kunjungan Bayi Baru Lahir/Neonatal

a. Kunjungan neonatal pertama (KN 1) dilakukan pada kurun waktu 6-24 jam pertama setelah bayi baru lahir, hal ini yang dilakukan antara lain yaitu :

- 1) Jaga kesehatan tubuh bayi.
- 2) Berikan ASI eksklusif
- 3) Rawat Tali pusat.

b. Kunjungan neonatal ke-2 (KN 2) dilakukan pada waktu hari ke-3 sampai hari ke-7 setelah bayi baru lahir :

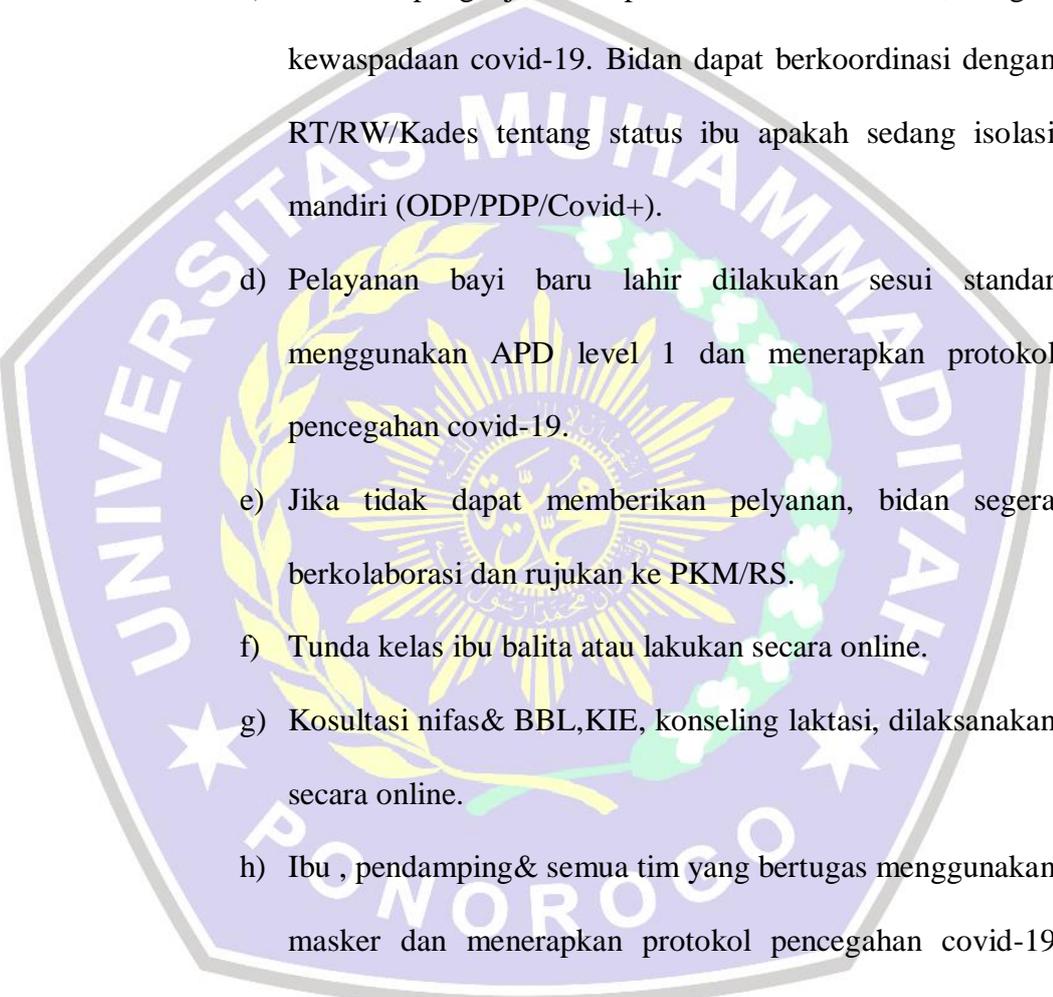
Jaga kehangatan bayi.

- 1) Berikan ASI eksklusif.
- 2) Cegah Infeksi
- 3) Rawat Tali pusat,

c. Kunjungan neonatal ke-3 atau (KN 3) lengkap dilakukan pada kurun waktu hari ke-8 sampai dengan 28 hari setelah kelahiran bayi:

- 1) Periksa ada atau tidaknya tanda bahaya dan atau gejala sakit
- 2) Lakukan :
 - a) Jaga kehangatan bayi.
 - b) Berikan ASI eksklusif.
 - c) Rawat tali pusat (Kumalasari, 2015).

2. Kebijakan Pelayanan Bayi Baru Lahir/Neonatal Selama Pandemi Covid-19

- 
- a) Tidak ada keluhan agar menerapkan isi buku KIA, lakukan pemantauan mandiri, jika ada keluhan/tanda bahaya pada ibu/ bayi segera rujuk kefasilitas kesehatan.
 - b) Pelayanan bayi baru lahir dengan membuat janji melalui telepon/WA.
 - c) Lakukan pengkajian komprehensif sesuai standar, dengan kewaspadaan covid-19. Bidan dapat berkoordinasi dengan RT/RW/Kades tentang status ibu apakah sedang isolasi mandiri (ODP/PDP/Covid+).
 - d) Pelayanan bayi baru lahir dilakukan sesuai standar menggunakan APD level 1 dan menerapkan protokol pencegahan covid-19.
 - e) Jika tidak dapat memberikan pelayanan, bidan segera berkolaborasi dan rujukan ke PKM/RS.
 - f) Tunda kelas ibu balita atau lakukan secara online.
 - g) Konsultasi nifas& BBL, KIE, konseling laktasi, dilaksanakan secara online.
 - h) Ibu, pendamping& semua tim yang bertugas menggunakan masker dan menerapkan protokol pencegahan covid-19 (IBI, 2020).

2.1.5. Konsep Dasar Keluarga Berencana (KB)

A. Pengertian Keluarga Berencana

Keluarga berencana (KB) adalah salah satu usaha untuk mencapai kesejahteraan keluarga serta untuk mewujudkan keluarga kecil yang bahagia sejahtera (Shinta, 2013).

Keluarga berencana (KB) adalah salah satu usaha untuk mencapai kesejahteraan keluarga dalam memberikan nasihat perkawinan dan penjarangan kehamilan, pembinaan ketahanan keluarga, meningkatkan kepedulian dan peran serta masyarakat melalui pendewasaan usia perkawinan serta untuk mewujudkan keluarga kecil yang bahagia sejahtera (Affandi, 2013).

Cara kerja dari alat kontrasepsi adalah sebagai berikut :

1. Melumpuhkan sel sperma.
2. Menghalangi sel sperma sel telur.
3. Mengusahakan agar tidak terjadi ovulasi (Affandi, 2013).

B. Tujuan Keluarga Berencana

1. Terkendalinya tingkat kelahiran dan pertumbuhan penduduk.
2. Meningkatnya jumlah peserta KB atas dasar kesadaran dengan sukarela dengan dasar pertimbangan moral dan agama.

3. Berkembangnya usaha-usaha yang membantu peningkatan kesejahteraan ibu dan anak, serta menurunnya kematian ibu pada masa kehamilan dan persalinan (Affandi, 2013).

C. Sasaran Keluarga Berencana

Untuk mencapai tujuan diatas program nasional KB diarahkan pada dua bentuk sasaran yaitu antara lain :

1. Sasaran langsung

Sasaran langsung merupakan usia subur (PUS 23 -35 tahun) dengan jalan mereka secara bertahap menjadi peserta KB yang aktif sehingga memberikan efek samping penurunan fertlisasi.

2. Sasaran tidak langsung

Selain sasaran langsung disini juga terdapat sasaran tidak langsung yaitu merupakan organisasi-organisasi atau lembaga kemasyarakatan. Instansi –instansi pemerintah maupun swasta, tokoh-tokoh masyarakat (alim ulama, wanita dan pemuda). Yang diharapkan dapat memberikan dukungan dalam pelebagaan NKKBS (Norma Keluarga Kecil Bahagia Sejahtera)(Shinta, 2013).

D. Ruang Lingkup Keluarga Berencana

1. Ruang lingkup menurut program pelayanan KB meliputi antara lain :
 - a. Komunikasi informasi dan edukasi.
 - b. Konseling.

- c. Pelayanan kontrasepsi.
 - d. Pelayanan infertilitas.
 - e. Pendidikan sex (*educitaion*)
 - f. Konsultasi pra perkawinan dan konsultasi perkawinan.
2. Ruang lingkup program KB secara umum :
- a. Keluarga berencana.
 - b. Kesehatan reproduksi remaja.
 - c. Ketahanan dan pemberdayaan keluarga kecil berkulitas.
 - d. Keserasian kebijakan kependudukan.
 - e. Pengelolaan sumber daya manusia.
 - f. Penyelenggaraan pimpinan kenegaraan atau pemerintah.
 - g. Peningkatan pengawasan dan akuntabilitas negara (Shinta, 2013).

E. Macam – Macam Keluarga Berencana

1. Metode Kontrasepsi Sederhana Tanpa Alat

a. Metode Amenore Laktasi (MAL)

1) Pengertian

MAL merupakan kontrasepsi yang mengandalkan pemberian ASI secara eksklusif, artinya hanya diberikan ASI tanpa tambahan makanan atau minuman apapun lainnya. MAL dapat dipakai sebagai kontrasepsi bila menyusui secara penuh (lebih efektif bila pemberian >8x sehari), belum haid, dan umur bayi kurang dari 6 bulan. MAL adalah kontrasepsi

yang mengandalkan pemberian ASI secara eksklusif, artinya hanya diberikan ASI tanpa tambahan makanan atau minuman apapun lainnya (Affandi, 2013).

2) Cara kerja

- a) Menyusui secara penuh (full breast feeding), lebih efektif bila pemberian >8 x sehari.
- b) Belum haid
- c) Umur bayi kurang dari 6 bulan
- d) Efektif digunakan sampai 6 bulan, namun harus dilanjutkan dengan pemakaian metode kontrasepsi lainnya.

3) Keuntungan

- a) Efektifitas tinggi keberhasilan 98% pada enam bulan setelah persalinan.
- b) Segera efektif.
- c) Tidak mengganggu seenggama.
- d) Tidak ada efek samping secara sistemik.
- e) Tidak perlu pengawasan medis.
- f) Tidak perlu obat atau alat.
- g) Tanpa biaya (Affandi, 2013).

4) Keterbatasan

- a) Perlu persiapan sejak perawatan kehamilan supaya setelah segera menyusui dalam 30 menit selama persalinan.

- b) Mungkin sulit dilakukan karena kondisi sosial.
- c) Efektifitasnya tinggi hanya sampai kembalinya haid atau sampai dengan 6 bulan.
- d) Tidak melindungi terhadap IMS termasuk virus hepatitis B dan HIV/AIDS (Affandi, 2013).

5) Yang menggunakan MAL

Perempuan yang menyusui secara eksklusif, bayinya berumur kurang dari 6 bulan dan belum mendapat haid setelah melahirkan (Affandi, 2013).

6) Yang seharusnya tidak menggunakan MAL.

- a) Perempuan yang sudah mendapat haid setelah bersalin.
- b) Perempuan yang tidak menyusui secara eksklusif.
- c) Perempuan yang bayinya sudah berumur lebih dari 6 bulan
- d) Perempuan bekerja dan terpisah dari bayi lebih lama dari 6 jam.

b. Segama Terputus

1) Pengertian

Coitus interruptus (segama terputus) atau senggama terputus adalah penarikan penis dari vagina sebelum terjadinya ejakulasi (Affandi, 2013).

2) Cara Kerja

Efektivitas metode ini umumnya dianggap kurang berhasil. Metode coitus interruptus akan efektif apabila dilakukan dengan benar dan konsisten. Angka kegagalan 4-27 kehamilan per 100 perempuan per tahun (Affandi, 2013).

3) Manfaat / Keuntungan

a) Manfaat Kontrasepsi

- (1) Tidak mengganggu produksi ASI.
- (2) Tidak ada efek samping.
- (3) Tidak membutuhkan biaya.
- (4) Tidak memerlukan persiapan khusus.
- (5) Dapat dikombinasikan dengan metode kontrasepsi lain.

b) Manfaat Non Kontrasepsi

- (1) Adanya peran serta suami dalam keluarga berencana dan kesehatan reproduksi.
- (2) Menanamkan sifat saling pengertian .
- (3) Tanggung jawab bersama dalam ber-KB.

4) Keterbatasan

- a) Sulit mengontrol tumpahan sperma selama penetrasi, sesaat dan setelah interupsi coitus.
- b) Tidak melindungi dari penyakit menular seksual.

c) Kurang efektif untuk mencegah kehamilan(Affandi, 2013).

5) Indikasi

a) Suami yang ingin berpartisipasi aktif dalam keluarga berencana.

b) Pasangan yang taat beragama atau memiliki alasan filsosofi utuk tidak menggunakan metode lain.

c) Pasangan yang membutuhkan kontrasepsi dengan segera.

d) Pasangan yang membutuhkan metode sementara, sambil menunggu metode pendukung.

e) Pasangan yang memerlukan metode pendukung.

f) Pasangan yang tidak teratus melakukan hubungan seksual.

6) Kontraindikasi

a) Suami dengan pengalaman ejakulasi dini.

b) Suami yang sulit saat melakukan seggama terputus.

c) Istri yang memiliki pasangan yang sulit untuk berkerja sama.

d) Pasangan yang kurang dapat saling berkomunikasi.

e) Pasangan yang tidak sedia melakukan seggama terputus (Affandi, 2013).

2. Metode Kontrasepsi Sederhana Menggunakan Alat.

a. Kondom

1) Pengertian

Kondom merupakan selubung/sarung karet yang dapat terbuat dari berbagai bahan diantaranya lateks (karet), plastic (vinil), atau bahan alami (produksi hewani) yang dipasang pada penis saat hubungan seksual. Kondom terbuat dari karet sintetis yang tipis, terbentuk silinder, dengan muaranya tebal, yang bila digulung berbentuk rata atau mempunyai bentuk seperti puting susu. Standar kondom dilihat dari ketebalannya, umumnya standar ketebalan kondom yaitu 0.02 mm, tipe kondom terdiri dari beberapa antara lain yaitu :

- a) Kondom biasa.
- b) Kondom berkontur (bergerigi)
- c) Kodom beraroma.
- d) Kondom tidak beraroma (Affandi, 2013)

2) Mekanisme

Kondom menghalangi terjadinya pertemuan sperma dan sel telur dengan cara mengemas sperma di ujung selubung karet yang dipasang pada penis sehingga

sperma tersebut tidak tercurah ke dalam saluran reproduksi perempuan. Mencegah penularan mikroorganisme (IMS termasuk HBV dan HIV/AIDS) dari satu pasangan kepada pasangan yang lain (khusus kondom yang terbuat dari lateks dan vinil).

3) Manfaat penggunaan kondom

a) Manfaat kontrasepsi

- (1) Efektif bila cara pemakaiannya benar.
- (2) Tidak mengganggu produksi ASI.
- (3) Tidak mengganggu kesehatan klien.
- (4) Tidak memiliki pengaruh sistematis.
- (5) Murah dan tersedia diberbagai tempat.
- (6) Tidak memerlukan resep atau pemeriksaan khusus.
- (7) Metode kontrasepsi sederhana.

b) Manfaat non kontrasepsi

- (1) Meningkatkan keterlibatan suami dalam program KB.
- (2) Mencegah penularan IMS.
- (3) Mencegah ejakulasi dini.
- (4) Mengurangi terjadinya kanker serviks.
- (5) Adanya interaksi sesama pasangan.
- (6) Mencegah infertilitas.

4) Keterbatasan

- a) Penggunaan setiap kali dipasang sebelum berhubungan seksual,
- b) Perlu adanya komitmen yang kuat dari pasangan,
- c) Kesulitan ereksi kadang terjadi pada sebagian pria
- d) Sedikit mengganggu hubungan seksual/ kurang memuaskan,
- e) Pada sebagian perempuan yang menggunakan kondom wanita, terjadi ketidakcocokan/ alergi bahan kondom sehingga dapat memicu iritasi bahkan infeksi(Shinta, 2013).

5) Kondom yang sesuai untuk pria

- a) Ingin berpartisipasi dalam ber KB.
- b) Ingin segera mendapatkan alat kontrasepsi.
- c) Ingin menggunakan kontrasepsi yang sementara.
- d) Ingin kontrasepsi tambahan.
- e) Hanya ingin memakai alat kontrasepsi jika ingin melakukan hubungan seksual.
- f) Beresiko tinggi tertular atau menularkan infeksi menular seksual (IMS).

6) Kondom yang tidak sesuai untuk pria

- a) Pria dengan pengalaman ejakulasi dini.
- b) Pria yang sulit melakukan senggama terputus.
- c) Pria yang memiliki kelainan fisik atau psikologis.

- d) Perempuan yang mempunyai pasangan yang sulit bekerja sama.
- e) Pasangan yang kurang dapat saling berkomunikasi.
- f) Pasangan yang tidak bersedia melakukan senggama terputus(Affandi, 2013).

b. Diafragma

1) Pengertian

Diafragma merupakan suatu alat yang berfungsi untuk mencegah sperma mencapai serviks sehingga sperma tidak memperoleh akses ke saluran alat reproduksi bagian atas (uterus dan tuba fallopi). Angka kegagalan diafragma 4-8% kehamilan(Affandi, 2013).

2) Cara kerja

Diafragma biasanya terbuat dari lateks atau silicon, berbentuk melingkar seperti kubah dan berfungsi mencegah sperma masuk kedalam rahim.

3) Efektivitasnya

Efektivitasnya bila digunakan dengan benar bersama spermisida, resiko kehamilan adalah 6 – 16 diantara 100 ibu dalam 1 tahun.

4) Keuntungan

- a) Tidak mengganggu produksi ASI
- b) Tidak mengganggu hubungan seksual karena sudah terpasang 6 jam sebelum berhubungan seksual,
- c) Dapat mencegah penularan penyakit IMS seperti HIV/AIDS,
- d) Menampung darah menstruasi, jika digunakan saat haid.

5) Kekurangan

- a) Perlu adanya motivasi kuat dan berkesinambungan dengan menggunakannya setiap berhubungan seksual,
- b) Memerlukan pemeriksaan dalam untuk menentukan ukuran yang tepat, dan keberhasilan tergantung dengan cara pemakaian,
- c) Dapat menimbulkan efek samping seperti iritasi vagina dan penis, serta lesi di vagina. Risiko kesehatan lain seperti infeksi saluran kemih, vaginosis bakterial, kandidiasis, hingga sindroma syok toksik.

6) Manfaat

- a) Manfaat kontrasepsi
 - (1) Efektivitasnya bila digunakan dengan benar.

- (2) Tidak mengganggu produksi ASI.
- (3) Tidak mengganggu hubungan seksual karena telah dipersiapkan sebelumnya.
- (4) Tidak mengganggu kesehatan klien.
- (5) Tidak mempunyai pengaruh sistematis.

b) Manfaat non kontrasepsi

- (1) Memberikan perlindungan terhadap penyakit menular seksual.
- (2) Dapat menampung darah menstruasi, bila digunakan saat haid.

7) Efek samping

- (a) Infeksi saluran uretra
- (b) Alergi diafragma
- (c) Rasa nyeri pada tekanan terhadap kandung kemih.
- (d) Timbul cairan vagina dan berbau.
- (e) Luka dinding vagina akibat tekanan pegas diafragma.

8) Yang tidak boleh menggunakan diafragma

- (a) Apabila tidak nyaman menyentuh diri sendiri atau mengalami kesulitan memasukkan diafragma dengan benar.
- (b) Pernah mengalami toxic sindrom.

(c) Serviks , vagina, atau rahim bunda memiliki ukuran yang tidak sama sehingga tidak memungkinkan bagi diafragma untuk tetap berada pada posisinya tanpa bergeser.

(d) Telah mengalami infeksi saluran urine berulang kali setelah menggunakan diafragma dan masalah tetap saja muncul meskipun sudah mengganti diafragma dengan jelas dan ukuran baru.

(e) Beresiko tinggi terhadap HIV atau penyakit seksual menular lainnya (Affandi, 2013).

3. Metode Kontrasepsi Hormonal

a. KB suntik

1) Suntikan progesterin 3 bulan

a) Pengertian

Suntikan Depo Provera yang diberikan sekali setiap 3 bulan dengan dosis 150 mg. Disuntikkan secara intramuscular didaerah bokog atau paha dan dianjurkan untuk diberikan tidak lebih dari 12 minggu dan 5 hari setelah suntikan terakhir (Affandi, 2013).

b) Jenis kontrasepsi suntik progesteron

(1) *Depo Medroksi Progesteron Asetat* (Depo Provera), mengandung 150 mg DMPA, yang

diberikan suntikan 3 bulan sekali dengan cara suntikan secara intramuskular.

(2) *Depo Noretisteron Enantat* (Depo Noristerat), mengandung 200 mg Noretindron Enantat, diberikan setiap 2 bulan diberikan seacara intramuskular (Affandi, 2013).

c) Cara kerja

Cara kerja suntikan progestin yaitu mencegah ovulasi, mengentalkan lendir serviks sehingga kemampuan penetrasi menurun, menjadikan selaput lendir rahim tipis dan atrofi, serta menghambat transportasi gamet oleh tuba.

d) Keuntungan suntik progestin

(1) Sangat efektif, 0,3 kehamilan per 100 perempuan / tahun, asal penyuntikan dilakukan secara teratur sesuai jadwal yang sudah ditentukan.

(2) Mencegah kehamilan jangka panjang.

(3) Tidak berpengaruh terhadap hubungan suami istri.

- (4) Tidak mengandung estrogen sehingga tidak akan berdampak serius pada penyakit jantung, dan gangguan pembekuan darah.
- (5) Tidak mempengaruhi ASI.
- (6) Sedikit efek samping.
- (7) Dapat menurunkan kejadian penyakit kanker jinak payudara.
- (8) Dapat menurunkan krisis anemia bulan sabit.
- (9) Klien tidak perlu menyimpan obat suntiknya.
- (10) Bisa digunakan oleh perempuan > 35 tahun sampai *pre menopause*.
- (11) Dapat membantu mencegah kanker endometrium dan kehamilan ektopik (Affandi, 2013).

e) Keterbatasan suntikan progestin

- (1) Sering ditemui gangguan haid seperti siklus haid yang memendek atau memanjang, perdarahan yang banyak atau sedikit, perdarahan yang teratur atau perdarahan yang bercak (*spotting*) dan tidak haid.
- (2) Klien bergantung pada fasilitas pelayanan kesehatan.
- (3) Tidak dapat dihentikan sewaktu-waktu sampai suntikan berikutnya.

(4) Permasalahan pada berat badan merupakan salah satu masalah dari efek samping yang sering terjadi.

(5) Tidak menjamin terhadap penularan IMS.

(6) Pada penggunaan jangka panjang padat sedikit menurunkan kepadatan tulang, dapat menimbulkan kekeringan vagina, menurunkan libido, gangguan emosi, sakit kepala, jerawat.

(7) Terlambatnya pengembalian kesuburan setelah penghentian pemakaian, hal ini bukan karena terjadi kerusakan atau kelainan organ genitalia melainkan karena belum habisnya pelepasan obat suntikan dari deponya (tempat suntikan).

f) Indikasi

(1) Usia reproduksi.

(2) Nulipara dan yang telah memiliki anak.

(3) Menginginkan kontrasepsi jangka panjang dan yang memiliki efektifitas yang tinggi.

(4) Setelah melahirkan dan tidak menyusui.

(5) Setelah abortus atau keguguran.

(6) Menyusui dan membutuhkan kontrasepsi yang sesuai

(7) Perokok

(8) Sudah memiliki banyak anak tetapi belum menghendaki tubektomi.

(9) Menggunakan obat untuk *epilepsi* (*fenitoinin* dan *barbiturate*) atau obat *tuberculosis*.

(10) Tekanan darah > 180 mmhg dengan masalah gangguan darah dan anemia bulan sabit.

(11) Tidak bisa memakai alat kontrasepsi yang mengandung estrogen.

(12) Sering lupa menggunakan pil kontrasepsi.

(13) Mendekati usia menopause yang tidak boleh menggunakan kontrasepsi pil kombinasi.

g) Kontraindikasi

(1) Hamil atau dicurigai hamil.

(2) Perdarahan pervagina yang belum jelas penyebabnya.

(3) Tidak dapat menerima gangguan haid, terutama penyebab amenore.

(4) Menderita kanker payudara atau riwayat kanker payudara.

(5) Diabetes militus disertai komplikasi.

h) Waktu yang diperlukan untuk memulai melakukan suntik progestin.

(1) Mulai hari pertama sampai hari ketujuh siklus haid.

(2) Klien yang memakai alat kontrasepsi hormonal lain dan ingin mengganti dengan kontrasepsi suntik progestin, jika klien menggunakan kontrasepsi tersebut dengan benar dan sudah dipastikan tidak hamil, suntikan dapat diberikan setiap saat. Tidak perlu menunggu haid berikutnya.

(3) Setiap saat selama siklus haid, jika sudah dipastikan klien tidak hamil.

(4) Pada klien yang tidak hamil, injeksi pertama bisa diberikan setiap saat jika pasien sudah dipastikan tidak hamil, selama 7 hari setelah suntikan tidak boleh melakukan hubungan seksual.

(5) Klien yang memiliki kontrasepsi non hormonal dan ingin menggantinya dengan suntikan progestin suntik bisa segera diberikan asalkan klien tidak hamil dan pemberiannya suntikan 7 hari siklus haid, maka sekama 7 hari setelah suntikan tidak diperbolehkan untuk melakukan hubungan seksual.

(6) Bila klien sedang memakai jenis kontrasepsi lain dan ingin mengganti dengan suntikan progesteron, suntikan yang akan diberikan

dimulai pada saat jadwal kontrasepsi suntikan yang sebelumnya.

- (7) Klien ingin mengganti AKDR dengan kontrasepsi hormonal, suntikan pertama dapat diberikan selama hari pertama sampai hari ketujuh siklus haid tetapi dipastikan ibu sedang tidak hamil (Affandi, 2013).

2) Suntikan Kombinasi 1 bulan

a) Pengertian

Suntikan kombinasi yaitu suntikan kombinasi mengandung hormon estrogen dan progesteron, yang diberikan 1 bulan sekali secara intramuskular (Affandi, 2013).

b) Keuntungan KB suntik 1 bulan.

- (1) Peserta suntikan cycloferm mendapat menstruasi .
- (2) Diberikan setiap 4 minggu.
- (3) Pemberian aman, efektif, dan relative mudah.

c) Indikasi

- (1) Usia reproduksi.
- (2) Telat memiliki anak, atau yang belum memiliki anak.
- (3) Anemia .

- (4) Setelah melahirkan dan tidak menyusui.
- (5) Ingin mendapat kontrasepsi dengan efektivitas yang tinggi.
- (6) Menyusui ASI setelah melahirkan lebih dari 6 bulan.

(7) Nyeri haid yang hebat.

(8) Haid teratur

(9) Riwayat kehamilan ektopik dan sering menggunakan pil kontrasepsi.

d) Kontraindikasi

(1) Hamil dan dugaan hamil.

(2) Penyakit hati akut.

(3) Menyusui dibawah 6 minggu setelah melahirkan.

(4) Perdarahan pervagina yang belum jelas penyebabnya.

(5) Usi lebih dari 35 tahun dan merokok.

(6) Keganasan payudara.

(7) Kelainan pembuluh darah yang menyebabkan sakit kepala atau migren.

e) Waktu untuk menggunakan suntikan kombinasi

(1) Suntikan pertama diberikan dalam waktu 7 hari siklus haid dan tidak dibutuhkan kontrasepsi tambahan.

- (2) Bila klien tidak haid, suntikan pertama dapat diberikan setiap asal dipastikan klien tidak hamil.
- (3) Bila suntikan pertama diberikan dalam waktu 7 hari siklus haid, klien tidak boleh melakukan hubungan seksual selama 7 hari menggunakan kontrasepsi tambahan selama 7 hari.
- (4) Bila klien melahirkan 6 bulan, menyusui, serta belum haid suntikan pertama diberikan asal di pastikan ibu tidak hamil.
- (5) Bila setelah persalinan kurang dari 3 minggu dan tidak menyusui dapat diberikan suntikan kombinasi.
- (6) Bila setelah persalinan kurang dari 6 bulan dan tidak menyusui jangan diberikan suntikan kombinasi.
- (7) Ibu sedang menggunakan alat kontrasepsi hormonal lainnya dan ingin mengganti dengan kontrasepsi hormonal kombinasi, selama ibu tersebut menggunakan kontrasepsi secara benar suntikan dapat diberikan tanpa perlu menunggu haid.
- (8) Bila kontrasepsi sebelumnya juga kontrasepsi hormonal dan ibu tersebut menginginkan

mengganti dengan suntikan kombinasi maka suntikan kombinasi tersebut dapat diberikan sesuai jadwal kontrasepsi sebelumnya (Affandi, 2013).

b. Kontrasepsi Pil Progestin

1) Pengertian

Pil progestin atau minipil bukan merupakan penghambat ovulasi sebab selama memakan pil mini ini biasanya ovulasi masih dapat terjadi (Affandi, 2013).

2) Jenis Pil KB

a) Pil kontrasepsi oral tipe kombinasi

Jenis pil terdiri dari 21-22 pil kontrasepsi oral dan setiap pilnya berisi derivat estrogen dengan dosis yang kecil dan digunakan dalam satu siklus.

Pil kontrasepsi oral pertama mulai minum pada hari pertama perdarahan haid, selanjutnya setiap pil diminum 1 hari 1 pil selama 21-22 hari. Pada umumnya setelah 2-3 hari sudah minum pil kontrasepsi oral terakhir diminum, akan timbul perdarahan haid yang sebenarnya merupakan perdarahan putus obat. Penggunaan pada siklus selanjutnya, sama seperti siklus sebelumnya, sama

seperti siklus sebelumnya, yaitu pil pertama ditelan pada hari pertama perdarahan haid.

b) Pil kontrasepsi oral tipe sekuensial

Terdiri dari 14-15 pil kontrasepsi oral yang berisi derivat estrogen dan 7 pil berikutnya berisi kombinasi estrogen dan progestin. Cara penggunaan pil ini yaitu sama dengan tipe kombinasi. Efektifitasnya sedikit lebih rendah dan lebih sering menyebabkan hal-hal yang tidak diinginkan.

c) Pil kontrasepsi oral tipe mini

Hanya terdiri derivat progestin, noretrindon atau norgestrel, dengan dosis kecil, terdiri dari 21-22 pil. Cara pemakaiannya sama dengan tipe kombinasi.

d) Pil kontrasepsi oral tipe pasca segama (*morning after pil*)

Berisi dietilstilbestrol 25 mg, diminum 2 kali sehari, dalam waktu kurang dari 72 jam pasca segama, selama 5 hari berturut-turut.

e) Pil kontrasepsi oral dipasaran

Umumnya pil kontrasepsi oral dipasaran terdiri dari 28 pil kontrasepsi, biasanya 7 diantaranya berisi placebo (zat netral). Hal ini dilakukan untuk

mendisiplinkan pemakaian pil kontrasepsi oral. Pil kontrasepsi oral selain untuk mencegah kehamilan juga untuk mengatur haid agar teratur. Ada juga pil kontrasepsi oral yang tidak menimbulkan efek samping berat badan naik, tulang kropos, produk tertentu itu pil kontrasepsi oral juga menjanjikan kehalusan kulit pada pemakaiannya (Manuaba, 2010).

3) Manfaat

- (a) Memiliki efektivitas yang tinggi (hampir menyerupai efektivitas tubektomi), apabila digunakan setiap hari (1 kehamilan per 1000 perempuan dalam tahun pertama penggunaan).
- (b) Risiko kesehatan sangat kecil.
- (c) Tidak mengganggu hubungan seksual.
- (d) Siklus haid menjadi teratur, jumlah darah haid berkurang (mencegah anemia), dan tidak terjadi nyeri haid.
- (e) Metode ini dapat digunakan untuk membantu

mencegah hal berikut:

- (1) Kehamilan ektopik
- (2) Kanker ovarium
- (3) Kanker endometrium.

4) Keterbatasan minipil

- (a) Hampir 30-60% mengalami gangguan haid (perdarahan sela, spotting, amenorea).
- (b) Peningkatan atau penurunan berat badan.
- (c) Harus digunakan setiap hari pada waktu yang sama.
- (d) Resiko kehamilan ektopik cukup tinggi (4 dari 100 kehamilan) namun resiko ini lebih rendah bila di bandingkan dengan perempuan yang tidak menggunakan minipil.
- (e) Peyudara tegang , mual, pusing, dermatitis atau jerawat.
- (f) Bila lupa satu pil saja, kegagalan akan menjadi besar.

5) Indikasi

- (a) Usia reproduksi.
- (b) Menginginkan kontrasepsi yang sangat efektifitas selama masa periode menyusui.
- (c) Telah memiliki anak atau yang belum memiliki anak.
- (d) Perokok
- (e) Setelah melahirkan dan tidak menyusui.
- (f) Setelah keguguran.

(g) Tidak boleh menggunakan estrogen atau lebih senang tidak menggunakan estrogen.

(h) Mempunyai tekanan darah tinggi (selama <math><180/110\text{ mmHg}</math>) atau dengan adanya masalah pembekuan darah.

6) Kontraindikasi

(a) Hamil atau dugaan hamil.

(b) Memiliki riwayat stroke, progestin menyebabkan apasme pembuluh darah.

(c) Sering lupa minum pil.

(d) Miom uterus, progestin memicu pertumbuhan miom uterus.

(e) Kanker payudara atau riwayat kanker payudara.

(f) Menggunakan obat-obatan turberculosis atau obat epilepsy.

(g) Tidak menerima bila terjadi gangguan haid.

(h) Perdarahan pervagina yang belum diketahui penyebabnya (Manuaba, 2010).

7) Waktu memulai menggunakan minipil

(a) Mulai hari pertama sampai hari kelima siklus haid.

Tidak diperlukan pencegahan dengan kontrasepsi lain.

(b) Dapat digunakan setiap saat, asal saja tidak terjadi kehamilan. Bila menggunakan setelah hari kelima

siklus haid, jangan melakukan hubungan seksual selama 2 hari atau menggunakan metode kontrasepsi lainnya untuk 2 hari saja.

(c) Bila klien tidak haid, minipil dapat digunakan setiap saat asalkan klien tidak hamil. Jangan melakukan hubungan seksual selama 2 hari atau menggunakan alat kontrasepsi lainnya untuk 2 hari saja.

(d) Bila menyusui antara 6 minggu dan 6 bulan pascapersalinan dan tidak haid, minipil dapat diberikan setiap saat. Bila ibu menyusui secara penuh, tidak mendapatkan haid tidak memerlukan kontrasepsi tambahan.

(e) Bila lebih 6 minggu pascapersalinan dan klien telah mendapat haid, minipil dapat dimulai pada hari 1-5 siklus haid.

(f) Minipil dapat diberikan segera pasca keguguran.

(g) Bila klien sebelumnya menggunakan kontrasepsi hormonal lain dan ingin menggantinya dengan minipil, minipil dapat segera diberikan, bila saja kontrasepsi sebelumnya digunakan secara benar atau ibu tidak hamil. Tidak perlu menunggu datangnya haid berikutnya.

(h) Bila kontrasepsi sebelumnya menggunakan kontrasepsi suntikan, minipil diberikan pada jadwal suntikan yang berikutnya. Tidak perlu menggunakan kontrasepsi tambahan.

(i) Bila kontrasepsi sebelumnya adalah kontrasepsi non hormonal dan ibu tersebut ingin menggantinya dengan minipil, minipil diberikan pada hari 1-5 siklus haid dan tidak memerlukan metode kontrasepsi lainnya.

(j) Bila kontrasepsi sebelumnya yang digunakan adalah AKDR (termasuk AKDR yang mengandung hormon) minipil dapat diberikan pada hari 1-5 siklus haid. Dilakukan pengangkatan AKDR (Affandi, 2013).

c. Kontrasepsi Implant

1) Pengertian

Salah satu jenis alat kontrasepsi yang berupa susuk terbuat dari sejenis karet silastik yang berisi hormon, dipasang pada lengan atas (Affandi, 2013).

2) Macam –macam kontrasepsi implan

(a) *Norplant*

Terdiri dari 6 batang silastik lembut berongga dengan panjang 3,4 cm, dengan diameter 2,4 mm,

yang diisi dengan 36 mg Levonorgestrel dan lama kerjanya lima tahun.

(b) *Jadena* dan *Indoplant*

Terdiri atas dua batang yang berisi 75 mg levonorgestrel dengan lama kerja tiga tahun.

(c) *Implanon*

Terdiri dari satu batang putih lentur dengan panjang kira-kira 40 mm dan diameter 2 mm, yang diisi dengan 68 mg 3-Keto-desogestrel dan lama kerjanya 3 tahun (Saifuddin, 2013).

3) Cara kerja kontrasepsi implant

- a. Lendir serviks menjadi kental.
- b. Mengganggu proses pembentukan endometrium sehingga sulit terjadi implantasi.
- c. Mengurangi transportasi sperma.
- d. Menekan ovulasi.

4) Keuntungan

Dipasang selama lima tahun, kontrol medis ringan, dapat dilayani di daerah pedesaan, penyulit medis tidak terlalu tinggi biaya murah (Manuaba, 2010). Menurut saifudin (2011) keuntungan implant yaitu :

- (a) Daya guna tinggi.
- (b) Perlindungan jangka panjang (sampai lima tahun).

- (c) Pengembalian tingkat kesuburan yang cepat setelah pencabutan.
 - (d) Tidak memerlukan pemeriksaan dalam.
 - (e) Bebas dari pengaruh esterogen.
- 5) Kerugian
- (a) Menimbulkan gangguan menstruasi, yaitu tidak mendapat menstruasi dan terjadi perdarahan yang tidak teratur.
 - (b) Berat badan bertambah.
 - (c) Menimbulkan akne, ketegangan payudara.
 - (d) Liang senggama terasa kering(Manuaba, 2010).
- 6) Keterbatasan
- (a) Tidak mencegah infeksi menular seksual.
 - (b) Membutuhkan tindak pembedahan minor untuk inersi dan pencabutan.
 - (c) Efektifitasnya menurun bila menggunakan obat tuberculosis atau obat epilepsi.
- 7) Efek samping
- (a) Perdarahan bercak.
 - (b) Amenorea
 - (c) Ekspulsi
 - (d) Infeksi pada daerah inersi.
 - (e) Berat badan naik atau turun.
- 8) Indikasi

- (a) Usia reproduksi
- (b) Wanita dengan indikasi hormon estrogen
- (c) Tidak menginginkan anak lagi, tapi tidak mau menggunakan metode kontrasepsi mantap.
- (d) Setelah keguguran
- (e) Ibu menyusui
- (f) Menghendaki kontrasepsi jangka panjang
- (g) Sering mengkonsumsi pil (Kumalasari, 2015).

9) Kontra indikasi

- (a) Hamil atau dugaan hamil
- (b) Miom uterus
- (c) Gangguan toleransi glukosa
- (d) Tidak dapat menerima perubahan pada haid yang terjadi
- (e) Benjolan atau kanker payudara atau riwayat kanker payudara.
- (f) Perdarahan pervaginam yang belum jelas penyebabnya (Affandi, 2013).

4. Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR)

a. Pengertian

AKDR atau IUD (Intrauterine Device) atau spiral merupakan suatu benda kecil yang terbuat dari plastik yang lentur, mempunyai lilitan tembaga atau juga mengandung hormon yang dimasukkan didalam rahim

melalui vagina serta mempunyai benang (Kumalasari, 2015).

b. Jenis –jenis AKDR

1) AKDR Cu T-380A

Kecil, kerangka plastik yang fleksibel, benrbentuk huruf T diselubungi oleh kawat halus yang terbuat dari tembaga (Cu). Tersedia di indonesia dan terdapat dimana-mana.

2) AKDR yang lain yang beredar di Indonesia ialah NOVA T (schering) (Affandi, 2013).

c. Cara kerja

- 1) Menghambat kemampuan sperma untuk masuk ke *tuba falopii*.
- 2) Mempengaruhi fertilisasi sebelum ovum mencapai *kavum uteri*.
- 3) Mencegah sperma dan ovum bertemu.
- 4) Mencegah *implantasi*.

d. Efektifitas

AKDR sangat efektif 0,6-0,8 kehamilan/100 perempuan dalam 1 tahun pertama (1 kegagalan dalam 125-170 kehamilan). Motode jangka panjang (10 tahun proteksi dari CuT-308A dan tidak perlu diganti) (Affandi, 2013).

d. Indikasi

- 1) Usia reproduksi.
- 2) Keadaan nulipara.
- 3) Menginginkan menggunakan kontrasepsi jangka panjang.
- 4) Perempuan menyusui yang menginginkan kontrasepsi.
- 5) Setelah menyusui dan tidak ingin menyusui bayinya.
- 6) Setelah abortus dan tidak terlihat adanya infeksi.
- 7) Perempuan dengan resiko rendah IMS.
- 8) Tidak menghendaki metode hormonal.
- 9) Tidak menyukai untuk mengingat-ingat minum pil setiap hari.

e. Kontraindikasi

- 1) Sedang hamil (diketahui hamil atau kemungkinan hamil).
- 2) Perdarahan vagina yang tidak diketahui (sampai dapat di evaluasi).
- 3) Sedang menderita infeksi alat genital (*vaginitis, servicitis*).
- 4) Tiga bulan terakhir sedang mengalami atau sering menderita PRP atau *abortus septik*.
- 5) Kelainan bawaan uterus yang abnormal atau tumor jinak rahim yang dapat mempengaruhi kavum uteri.

- 6) Penyakit trofoblas yang ganas.
- 7) Diketahui menderita TBC pelvic.
- 8) Kanker alat genital.
- 9) Ukuran rongga rahim kurang dari 5 cm.
- 10) Tidak menghendaki kehamilan setelah 1-5 hari senggama(Saifuddin, 2013).

f. Keuntungan

- 1) Efektivitasnya tinggi.
- 2) AKDR dapat efektif segera setelah pemasangan.
- 3) Metode jangka panjang (10 tahun proteksi dari Cu-T380A dan tidak perlu diganti).
- 4) Sangat efektif karena tidak perlu lagi mengingat-ingat.
- 5) Tidak mempengaruhi hubungan seksual.
- 6) Meningkatkan kenyamanan seksual karena tidak perlu takut untuk hamil.
- 7) Tidak mempengaruhi kualitas dan volume ASI.
- 8) Dapat dipasang segera setelah melahirkan atau sesudah abortus (apabila tidak terjadi infeksi).
- 9) Dapat digunakan sampai menopause (1 tahun atau lebih setelah haid terakhir).
- 10) Tidak ada interaksi dengan obat-obatan.
- 11) Membantu mencegah kehamilan ektopik.

g. Kerugian

- 1) IUD tidak melindungi terhadap IMS

- 2) Masih terjadi kehamilan dengan AKDR *in situ*.
- 3) Terdapat perdarahan (spotting dan menometroragia)
- 4) *Leukorea*, sehingga menguras protein tubuh dan liang senggama terasa lebih basah.
- 5) Dapat terjadi infeksi.
- 6) Tingkat akhir infeksi menimbulkan kemandulan primer atau sekunder dan kehamilan ektopik.
- 7) Tali AKDR dapat menimbulkan perlukaan *portio uteri* dan mengganggu hubungan seksual (Manuaba, 2012).

h. Efek samping dan komplikasi

1) Efek samping umum :

- a) Perubahan siklus haid (umumnya pada 3 bulan pertama akan berkurang setelah 3 bulan).
- b) Haid lebih lama dan banyak.
- c) Perdarahan (*spotting*) antar menstruasi.
- d) Saat haid lebih sakit.

2) Komplikasi lain :

- a) Merasakan sakit dan kejang selama 3 sampai 5 hari setelah pemasangan.
- b) Perdarahan berat pada waktu haid atau di antaranya yang memungkinkan penyebab anemia.
- c) Perforasi dinding uterus (sangat jarang apabila pemasangan benar) (Saifuddin, 2013).

i. Waktu Pemasangan

- 1) 2-4 hari setelah melahirkan.
- 2) 40 hari setelah melahirkan.
- 3) Setelah terjadinya keguguran.
- 4) Hari ke 3 haid sampai hari ke 10 dihitung dari hari pertama.
- 5) Menggantikan metode lama (Manuaba, 2010).

Menurut Dyah (2013) waktu pemasangan AKDR yaitu sebagai berikut :

- 1) Setiap waktu dalam siklus haid, yang dpastikan klien tidak hamil.
- 2) Hari pertama sampai hari ke 7 siklus haid.
- 3) Segera setalah melahirkan, selama 48 jam pertama dan setelah 4 hari setelah melahirkan. Setelah 6 bulan apabila menggunakan motode amonore laktasi (MAL) perlu diingat, angka ekspulsi tinggi pada pemasangan segera atau selama 48 jam setelah melahirkan.
- 4) Selama 1 sampai 5 hari setelah senggama yang tidak dilindungi.
- 5) Setelah abortus (segera atau dalam waktu 7 hari) apabila tidak ada gejala infeksi.

5. Kontrasepsi Mantap

a. Tubektomi

- 1) Pengertian

Tubektomi yaitu alat kontrasepsi untuk perempuan yang sudah tidak ingin hamil lagi. Diperlukan sebuah prosedur bedah untuk melakukan tubektomi sehingga perlu dilakukan pemeriksaan tambahan lainnya untuk memastikan apakah seseorang klien sesuai untuk menggunakan metode kontrasepsi ini (Affandi, 2013).

Tubektomi termasuk metode efektif dan tidak mempunyai efek samping jangka panjang. Efektifitas tubektomi :

(a) Kurang dari 1 kehamilan per 100 (5 per 1000) perempuan pada tahun pertama penggunaannya.

(b) Pada 10 tahun penggunaan, terjadi sekitar 2 kehamilan per 100 perempuan (18-19 per 1000 kehamilan).

(c) Efektifitas kontrasepsi terkait dengan teknik tubektomi (penghambat atau okulasi tuba) namun secara keseluruhan, efektifitasnya tubektomi cukup tinggi dibandingkan tubektomi minilaparotomi setelah melahirkan (Affandi, 2013).

2) Keuntungan

Keuntungan dari tubektomi yaitu mempunyai efek protektif terhadap kehamilan dan penyakit radang panggul (PID). Beberapa study menunjukkan efek

produktifitas terhadap kanker ovarium. Reaksi tubektomi walaupun jarang, namun dapat terjadi sebuah komplikasi tindakan pembedahan dan anastesi. Penggunaan anastesi lokal sangat efektif mengurangi resiko yang terkait dengan tindakan anastesi umum (Affandi, 2013).

3) Indikasi

- (a) Ibu setelah melahirkan.
- (b) Ibu yang sedang menyusui
- (c) Pasangan yang tidak menginginkan anak lagi.
- (d) Penggunaan kontrasepsi yang menimbulkan gangguan pola hati.
- (e) Perempuan dengan gangguan kesehatan yang bertambah berat jika terjadi kehamilan.
- (f) Tidak ingin menggunakan kontrasepsi yang harus pakai atau siapkan setiap waktu.

4) Profil tubektomi

- (a) Sangat efektif dan permanen.
- (b) Tidak mempunyai efek samping.
- (c) Tindak pembedahan yang aman dan sederhana.
- (d) Konseling dan informed consent (persetujuan tindakan) mutlak diperlukan.

5) Manfaat tubektomi

(a) Tidak ada perubahan dalam fungsi seksual (tidak ada efek pada produksi hormon ovarium).

(b) Tidak terdapat efek samping dalam jangka panjang.

(c) Pembedahan sederhana dilakukan dengan anastesi local.

(d) Sangat efektif (0,5 kehamilan per 100 perempuan selama tahun pertama penggunaan).

(e) Tidak tergantung pada faktor senggama.

(f) Baik bagi klien apabila kehamilan akan menjadi resiko kesehatan yang serius.

(g) Tidak mempengaruhi proses menyusui.

6) Keterbatasan tubektomi

(a) Harus dipertimbangkan sifat permanen metode kontrasepsi ini (tidak dapat dipulihkan kembali) kecuali dengan operasi rekanalisasi.

(b) Klien dapat menyesal di kemudian hari.

(c) Dilakukan oleh dokter terlatih (dokter spesialis ginekologi atau spesialis bedah untuk proses laparoskopi).

- (d) Tidak melindungi dari IMS, termasuk BBV dan HIV/AIDS
- (e) Rasa sakit atau ketidaknyamanan dalam jangka pendek setelah tindakan.
- (f) Resiko komplikasi kecil (meningkat apabila digunakan anastesi umum) (Affandi, 2013).

7) Indikasi

- (a) Usia > 26 tahun.
- (b) Paritas > 2
- (c) Paham dan secara sukarela setuju dengan prosedur yang akan dilakukan.
- (d) Pascakeguguran
- (e) Yakin telah mempunyai besar keluarga yang sesuai dengan kehendaknya.
- (f) Pada kehamilan akan menimbulkan resiko yang serius.

8) Kontraindikasi

- (a) Hamil
- (b) Perdarahan pervagina yang belum jelas penyebabnya (hingga harus dievaluasi).
- (c) Belum memberikan persetujuan tertulis.
- (d) Tidak boleh menjalani proses pembedahan.
- (e) Kurang pasti mengenai keinginan untuk fertilitas di masa depan.

(f) Infeksi sistematik atau pelvik yang akut (hingga penyakit itu disembuhkan atau dikontrol).

9) Waktu pemasangan

a. Setiap waktu setiap ada siklus menstruasi apabila diyakini secara rasional klien tidak hamil.

b. Hari ke 6 hingga hari ke 13 dari siklus menstruasi (*fase proliferasi*).

c. Setelah melahirkan

(1) Minilap : didalam waktu 2 hari atau setelah 6 minggu atau 12 minggu.

(2) Laparoscopi : Tidak tepat digunakan untuk pasien-pasien yang setelah persalinan.

d. Setelah keguguran

(1) Triwulan pertama : Dalam waktu 7 hari sepanjang tidak ada bukti infeksi pelvik (minilap laparoscopi).

(2) Triwulan kedua : Dalam waktu 7 hari sepanjang tidak ada bukti infeksi pelvik (minilap saja) (Affandi, 2013).

b. *Vasektomi*

1) Pengertian

Vasektomi merupakan metode kontrasepsi untuk laki-laki yang tidak ingin anak lagi. Perlu prosedur bedah untuk melakukan vasektomi sehingga perlu

pemeriksaan fisik dan pemeriksaan tambahan lainnya untuk memastikan apakah seseorang klien sesuai untuk menggunakan metode ini (Affandi, 2013).

2) Profil kesehatan

- a) Sangat efektif.
- b) Tindakan bedah yang aman dan sederhana.
- c) Tidak ada efek samping jangka panjang.
- d) Efektif setelah ejakulasi 20 kali atau 3 bulan (Affandi, 2013).

3) Efektifitasnya

- a) Setelah masa pengosongan sperma dari vasikula seminalis (20 kali ejakulasi menggunakan kondom) maka kehamilan akan terjadi pada 1 per 100 perempuan pada tahun pertama penggunaan.
- b) Setelah 3 tahun penggunaan, terjadi sekitar 4 kehamilan per 100 perempuan.
- c) Pada mereka yang tidak dapat memastikan (analisis sperma) atau tidak patuh menggunakan kondom hingga 20 kali ejakulasi maka kehamilan terjadi 2-3 per 100 perempuan pada tahun pertama pemakaian.

d) Bila terjadi kehamilan setelah menggunakan kontrasepsi vasektomi, kemungkinan yang terjadi adalah sebagai berikut :

(a) Penggunaan tidak menggunakan metode tambahan (barier) saat senggama dalam waktu 3 bulan pertama setelah menggunakan vasektomi.

(b) Okulasi vasdeferens tidak tepat.

(c) Rekanalisasi spontan (Affandi, 2013).

4) Manfaat

a) Hanya sekali aplikasi dan efektif dalam jangka panjang.

b) Tingkat tinggi infeksi resiko efensiensi dan lamanya penggunaan kontrasepsi (Affandi, 2013).

5) Keterbatasan

a) Bila tidak siap mungkin akan ada penyesalan dikemungkinan hari.

b) Perlu pengosongan depot sperma divasikula seminalis sehingga perlu 20 kali ejakulasi.

c) Resiko dan efek samping pe,bedahan kecil.

d) Permanen (*non-reversible*) dan akan timbul bila pasien menikah lagi.

e) Ada nyeri atau rasa tidak nyaman pascabedah.

f) Perlu tenaga pelaksana terlatih.

g) Tidak melindungi klien terhadap PMS seperti HIV/AIDS .

6) Efek samping

Vasektomi tidak memiliki efek samping jangka pendek dan jangka panjang. Sebab area pembedahan termasuk superficial, sangat jarang menimbulkan resiko merugikan pada klien (Affandi, 2013).

7) Indikasi

- a) Usia reproduksi (biasanya < 50 tahun).
- b) Yang istrinya memiliki masalah usia, paritas atau kesehatan yang jika hamil dapat menyebabkan resiko kesehatan atau mengancam keselamatan jiwa.
- c) Tidak menginginkan anak lagi, menghentikan fertilisasi, ingin metode kontrasepsi yang sangat efektif dan permanen.
- d) Yang memahami asas suka rela dan memberi persetujuan tindakan medis untuk prosedur tersebut.

e) Yang merasa yakin bahwa mereka telah mendapatkan jumlah keluarga yang diinginkan (Affandi, 2013).

8) Komplikasi

a) Komplikasi dapat terjadi saat prosedur sedang berlangsung atau beberapa saat tindakan, komplikasi selama prosedural bisa berupa komplikasi akibat reaksi anafilaksis yang disebabkan karena penggunaan lidokain yang berlebihan terhadap pembuluh darah yang disekitar vas deferens.

b) Komplikasi pasca tindakan dapat berupa hematoma skotalis, infeksi atau abses pada testis, atrofi epididymitis, atau peradangan kronik granuloma ditempat insisi. Penyulit jangka panjang yang bisa mengganggu upaya pemulihan fungsi reproduksi adalah terjasinya antibodi sperma (Affandi, 2013).

F. Kebijakan Pelayanan keluarga Berencana Selama Pandemi Covid-19.

1. Tidak ada keluhan, akseptor Implant/IUD dapat menunda untuk kontrol ke bidan. Pelayanan KB baru/kunjungan ulang membuat janji melalui telepon/WA.
2. Lakukan pengkajian komprehenisf sesuai standar, dengan kewaspadaan covid-19. Bidan dapat berkoordinasi dengan

RT/RW/Kades untuk informasi tentang status ibu (ODP/PDP/Covid +).

3. Pelayanan KB dilakukan sesuai dengan standar menggunakan APD level 1 atau 2. Konseling memotivasi menggunakan MKJP- tidak perlu kontrol rutin (kecuali ada keluhan)
4. Kunjungan ulang akseptor suntik/pil tidak dapat diberikan, untuk sementara ibu menggunakan kondom/patag berkala/segama terpusat bidan dapat berkerjasama dengan PLKB untuk distribusi pil.
5. Akseptor pendamping dan semua tim yang bertugas menggunakan masker dan menerapkan protokol pencegahan covid-19.
6. Konsultasi KB, penyuluhan dan konseling dilakukan secara online dimotivasi dan didorong untuk beralih menggunakan MKJP pilihan yang tepat di era new normal tidak perlu kontrol rutin (IBI, 2020)

2.2 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan

2.2.1. Konsep Dasar Asuhan Kehamilan

A. Pengkajian

1. Data Subjektif

- a) Biodata

(1) Nama : untuk bisa mengenali nama ibu dan mencegah kekeliruan atau kesalahan bila ada nama yang sama (Romauli, 2011a).

(2) Usia / tanggal lahir : ibu hamil usia 20 sampai dengan usia 35 tahun merupakan usia reproduksi sehat. Penyalit pada kehamilan remaja lebih tinggi dibandingkan dengan kurun waktu reproduksi sehat. Keadaan ini disebabkan karena belum matangnya alat reproduksi untuk hamil, sehingga mudah mengalami keguguran, infeksi, anemia pada kehamilan dan gestosis (Manuaba, 2010).

(3) Agama : Sebagai dasar bidan dalam memberikan dukungan mental dan spiritual terhadap pasien dan keluarga sebelum dan pada saat persalinan (Manuaba, 2010).

(4) Pendidikan terakhir : sebagai dasar bidan untuk menentukan metode yang tepat dalam penyampaian informasi mengenai teknik melahirkan bayi (Manuaba, 2010).

(5) Pekerjaan : Data ini menggambarkan tingkat sosial ekonomi, dan data pendukung dalam menentukan pola kebiasaan atau aktifitas yang dilakukan sehari-hari. Sebab pekerjaan bisa mempengaruhi kesehatan

kehamilan, khususnya pekerjaan yang baru (Romauli, 2011a).

(6) Suku / bangsa : Ini berhubungan dengan sosial budaya yang dianut oleh klien dan keluarga yang berkaitan dengan persalinan (Marmi, 2011).

(7) Alamat : Selain sebagai data mengenai distribusi lokasi klien, data ini juga menggambarkan mengenai jarak dan waktu yang ditempuh pasien menuju lokasi persalinan (Marmi, 2011).

b) Keluhan Utama

Keluhan utama merupakan keluhan yang ibu rasakan dan menyebabkan ibu untuk memeriksakan diri untuk mengetahui keadaannya, biasanya berkaitan dengan kehamilan atau adanya infeksi yang menyertai kehamilan (Manuaba, 2010).

c) Alasan kunjungan

Alasan wanita datang ketempat bidan atau klinik yang diungkapkan dengan kata-katanya sendiri (Hani, 2010).

d) Riwayat menstruasi

Anamnesis haid yaitu kesan tentang faal alat reproduksi/kandungan yang meliputi :

- (1) Umur menarche.
- (2) Frekuensi, jarak/siklus jika normal.
- (3) Lamanya .

- (4) Jumlah darah yang keluar.
- (5) Karakteristik darah (misalnya bergumpal).
- (6) HPHT, lamanya dan jumlahnya normal.

Menurut Mochtar (2012), wanita seharusnya mengetahui tanggal pertama haid terakhir (HPHT) supaya dapat tafsiran usia kehamilannya dan tafsiran tanggal persalinan (TTP), yang dihitung dengan rumus menggunakan rumus Neegele :

$TTP = (\text{hari HT}+7)$ dan $(\text{bulan HT}-3)$ dan tahun $(\text{HT}+1)$ untuk siklus 28 hari + X hari.

Menurut sunarti (2013) perhitungan berdasarkan tanggal contohnya hari pertama haid normal terkahir 2 february, caranya yaitu ditambahkan 7 hari, dan ditambahkan 9 pada bulan. Jadi perkiraan tanggal persalinan 9-11 pada tahun yang sama.

- 1) Disminorea
 - 2) Sindrom premenstrual
 - 3) Sindrom syok keracunan
 - 4) Penggunaan produk sanitasi (misalnya celana dalam pembalut).
 - 5) Perdarahan uterus disfungsi, misalnya spotting, menoragia, dan lain-lainnya (Hani, 2010).
- e) Riwayat obstetri
- (1) Gravida / para

- (2) Tipe golongan darah
- (3) Kehamilan yang lalu
 - (a) Tanggal persalinan
 - (b) Usia gestasi
 - (c) Tempat tanggal lahir
 - (d) Bentuk persalinan (spontan,sc,forcep, atau vakum ekstrasi).
 - (e) Masalah obstertik, medis dan sosial yang lain, dalam kehamilan (pre-eklamsia dan lain-lain), dalam persalinan (malpresentasi,drip oksitosin, dan lain-lain), dalam masa nifas (Perdarahan, infeksi, bagaimana laktasi dan lain-lain), berat badan bayi, jenis kelamin, kelainan congenital bayi dan komplikasi seperti ikterus, status bayi saat lahir (hidup atau mati) status kehidupannya bayi, jika meninggal apa penyebabnya.
 - (f) Masa nifas yang lalu tidak ada penyakit seperti perdarahan postpartum dan infeksi masa nifas. Maka diharapkan nifas saat ini juga tanpa penyakit. Ibu dengan infeksi uterin, rasa nyeri yang berlebihan ini memerlukan pengawasan yang khusus. Adanya bendungan ASI sampai terjadi abses oayudara harus dilakukan observasi yang tepat (Hani, 2010)

f) Riwayat kehamilan sekarang

Riwayat kehamilan yang sekarang dikaji untuk menentukan umur kehamilan sekarang dengan tepat.

a. Hari pertama dan haid terakhir dan tafsiran persalinan.

Untuk mengetahui usia kehamilan, perkiraan lahir.

b. Keluhan-keluhan pada trimester I, II, III, untuk mengetahui ada gangguan seperti muntah-muntah, hipertensi, perdarahan waktu hamil muda.

c. Pergerakan anak pertama kali dirasakan pada saat usia kandungan berapa. Biasanya dirasakan pada kehamilan usia 18 minggu pada (Primigravida) atau usia 16 minggu (multigravida).

d. Dimana ibu memeriksakan kehamilan, untuk mengetahui tempat ANC dan mengetahui riwayat kehamilan.

e. Sejak hamil berapa bulan ibu memeriksakan kehamilannya : untuk mengetahui riwayat ANC teratur atau tidak.

f. Sudah berapa kali ibu memeriksakan kehamilannya :

Sudah mengetahui imunisasi TT (*Tetanus toxoid*) sudah atau belum, kapan, berapa kali. Keadaan psikologis, untuk mengetahui respon ibu dan keluarga terhadap bayinya. Wanita mengalami banyak perubahan emosi/psikologi selama masa bersalin

sementara is menyesuaikan diri menghadapi menjadi seorang ibu (Manuaba, 2010).

g) Riwayat KB

KB terakhir yang digunakan jika pada kehamilan perlu juga ditanyakan rencana KB setelah melahirkan (Hani, 2010).

h) Riwayat kesehatan keluarga

Riwayat kesehatan keluarga dikaji untuk mengetahui ada penyakit yang menurun atau menular seperti hipertensi, jantung, asma, kanker, diabetes, hepatitis, TBC, alergi adakah riwayat kembar atau tidak dalam keluarganya (Manuaba, 2010).

i) Pola fungsi kesehatan

(1) Nutrisi

Pada ibu hamil akan meningkat untuk makan hingga 300 kalori dalam sehari, mengkonsumsi makanan yang mengandung protein, zat besi, minum yang cukup cairan (menu semimbang).

Penambahan berat badan dalam kehamilan kira-kira 10-12 kg selama seluruh kehamilan. Pada trimester III, janin mengalami pertumbuhan dan perkembangan yang sangat pesat. Perkembangan janin yang pesat ini terjadi pada 20 minggu terakhir kehamilan. Umumnya

nafsu makan ibu akan sangat baik dan ibu merasa cepat lapar(Romauli, 2011a).

Tabel 2.6
Contoh menu makan dalam sehari bagi ibu hamil

Bahan Makanan	Porsi hidangan sehari-hari	Jenis hidangan
Nasi	5 + 1 porsi	Makan pagi : nasi 1,5 (150 gram) dengan ikan/daging 1 potong sedang (40 gram), tempe 2 potong sedang (50 gram), sayur 1 mangkuk dan buah 1 potong sedang.
Sayuran	3 mangkuk	
Buah	4 potong	
Tempe	3 potong	
Daging	3 potong	makan selingan : susu 1 gelas dan buah 1 potong.
Susu	2 gelas	
Minyak	2 gelas	
Gula	2 sendok makan	Makan siang : nasi 3 porsi (300 gram), dengan lauk, sayur, dan buah sama dengan pagi. Makan malam : nasi 2,5 porsi (250 gram) dengan lauk,sayur, dan buah sam dengan makan pagi/siang Selingan susu 1 gelas.

Sumber : Marmi,2013:201

(2) Pola eliminasi

Berkaitan dengan adaptasi gaestional sehingga menurunkan tonus dan lambung dan usus terjadi reabsorsi zat makanan periltaltik usus lebih lambat sehingga menyebabkan konstipasi. Penekanan

kandung kemih sebab pengaruh hormone estrogen progesteron sehingga menyebabkan sering buang air kecil (Hani, 2010).

(3) Pola aktivitas

Menurut Manuaba (2012), olahraga dikurangi bila dijumpai sering mengalami keguguran, persalinan belum cukup bulan, pada mereka yang mempunyai riwayat persalinan sulit, pada kasus *infertilitas*, usia saat hamil relatif tua (*primi tua*) dan hamil dengan perdarahan dan mengeluarkan cairan.

Lakukan gerakan tubuh ringan misalnya dengan melakukan senam hamil, berjalan kaki terutama pada pagi hari. Jangan melakukan pekerjaan rumah tangga yang berat dan hindarkan kerja fisik yang dapat menimbulkan kelelahan yang berlebihan. Jika kegiatan pasien terlalu berat sampai dikhawatirkan dapat menimbulkan penyulit masa hamil, maka kita dapat memberi peringatan sedini mungkin kepada pasien untuk membatasi dahulu kegiatannya sampai sehat dan pulih kembali. Aktivitas yang terlalu berat dapat menyebabkan abortus dan persalinan prematur. Senam hamil bertujuan mempersiapkan dan melatih otot-otot sehingga dapat dimanfaatkan untuk berfungsi secara optimal dalam persalinan normal. Senam hamil

dimulai pada usia kehamilan sekitar 24-28 minggu. Beberapa aktivitas yang dapat dianggap sebagai senam hamil yaitu jalan-jalan saat hamil terutama pagi hari (Manuaba, 2010).

(4) Pola istirahat dan tidur

Jadwal istirahat dan tidur perlu diperhatikan dengan baik, karena istirahat dan tidur yang teratur dapat meningkatkan kesehatan jasmani dan rohani untuk kepentingan perkembangan dan pertumbuhan janin.

Apabila ternyata klien tidak terbiasa tidur siang, anjurkan klien untuk mencoba tidur siang. Ibu hamil tidur malam kurang lebih sekitar 8 jam setiap istirahat dan tidur siang kurang lebih 1 jam. Posisi yang baik adalah ibu tidur melingkar atau lurus pada salah satu sisi tubuh. Lebih dipilih kiri, dengan salah satu kaki menyilang di atas yang lainnya dan dengan bantal diapit di antara kedua kaki (Romauli 2011).

(5) Pola seksual

Jika wanita hamil memiliki riwayat abortus spontan atau persalinan prematur maka senggama tidak boleh dilakukan selama 2-3 bulan pertama kehamilannya dan juga bukan terakhir, kalau tidak

terdapat riwayat seperti diatas, aktivitas seksual dapat dilakukan untuk dianjurkan menurut keinginan pasangan suami istri (Manuaba, 2010).

(6) Personal hygiene

Menjaga kebersihan diri terutama lipatan pada kulit (ketiak, buah dad, daerah genetalia) dengan cara membersihkan diri dan dikeringkan (Hani, 2010).

(7) Riwayat ketergantungan

1) Merokok

Selain berisiko mengalami penyakit kardiovaskular, penyakit paru obstruktif, dan kanker paru, wanita yang merokok selama hamil juga berisiko terhadap janin. Janinnya mengalami penurunan perfusi uteroplacenta dan penurunan oksigenasi. Bayi yang lahir dari wanita yang merokok lebih dari ½ pak per hari cenderung lebih kurus daripada bayi yang lahir dari wanita bukan perokok(Saifuddin, 2011).

2) Alkohol

Masalah signifikan yang ditimbulkan oleh anak-anak yang mengalami sindrom alkohol janin dan gangguan perkembangan saraf terkait alkohol membuat klinis wajib menanyakan asupan alkohol

dan meningkatkan wanita efek potensial jangka panjang pada bayi yang dikandungnya (Marmi, 2011).

3) Obat terlarang

Penggunaan obat seperti heroin, kemudian metadon, kanabis, kokain, dan amfetamin bila digunakan secara berlebihan pada kehamilan berkaitan dengan keguguran, persalinan prematur, berat badan lahir rendah, lahir mati, dan abnormalitas(Marmi, 2011).

j) Riwayat psikososial dan budaya

Status perkawinan : pertanyaan yang dapat diajukan antara lain : usia menikah pertama kali, status pernikahan sah/ tidak, lama menikah, pernikahan sekarang adalah suami yang keberapa (Sulistyawati, 2012).

2. Data Objektif

a. Pemeriksaan umum

1) Keadaan umum

Data ini dapat untuk mengerti keadaan klien secara keseluruhan. Hasil pengamatan yang dilaporkan kreterianya sebagai berikut :

a) Baik : Jika klien memperlihatkan respon yang baik terhadap lingkungan dan orang lain, serta secara fisik klien tidak mengalami ketergantungan dalam berjalan.

b) Lemah : Klien dimasukkan dalam kreteria ini jika ia kurang atau tidaj memberi respon yang baik terhadap lingkungan dan orang lain dan dia sudah tifak mampu berjalan sendiri (Sulistyawati, 2012).

2) Tanda-tanda vital

a) Tekanan Darah

Tekanan darah normal yaitu 100/70-130/90 mmHg. Wanita tekanan darahnya sedikit meningkat diawal pertengahan kehamilan mungkin mengakami hipertensi kronis atau jika wanita multipara dengan sistolik >120 mmHg dan berisiko mengalami pre eklmasi. Kenaikan tidak boleh lebih dari sistolik lebig dari 30 mmHg dan diastol 15 mmHg dari batas norml tersebut kemungkinan mengalami pre-eklamsia (Manuaba, 2010).

b) Nadi

Denyut nadi maternal sedikit meningkat, selama kehamilan tetapi jarang melebihi 100 X/ menit. Jika denyut nadi lebih dari 100 X/ menit curigai *hipotridisme* (Marmi, 2011).

c) Suhu

Suhu tubuh yang normal yaitu 36,5 – 37,5°C. Jika suhu tubuh lebih dari 37,5°C perlu diwaspadai adanya infeksi (Romauli, 2011a).

d) Pernafasan

Untuk mengetahui pernafasan, normalnya 16-24 X/ menit (Romauli, 2011a).

3) Antropometri

a) Tinggi badan

Tubuh yang pendek dapat menjadi indikator gangguan genetik. Tinggi badan harus diukur pada saat kunjungan awal. Batas normal tinggi badan pada ibu hamil yaitu > 145 cm (Romauli, 2011a).

b) Berat badan

Berat badan ibu hamil akan bertambah antara 6,5 sampai 15 kg selama hamil atau terjadi kenaikan berat badan sekitar 0,5 kg/minggu. Ibu yang menurut kategori BMI berada pada rentang obesitas lebih berisiko mengalami komplikasi kehamilan. Komplikasi tersebut antara lain diabetes

gestasional, hipertensi akibat kehamilan, dan distosia bahu(Saifuddin, 2011).

c) Lingkar lengan atas (LILA)

Standar minimal ukuran LILA pada wanita dewasa atau usia reproduksi adalah 23,5 cm. Jika LILA kurang dari 23,5 cm maka interpretasinya adalah Kurang Energi Kronis (KEK). Selain itu merupakan indikator kuat status gizi ibu yang kurang/buruk, sehingga beresiko untuk melahirkan Berat Bayi Lahir Rendah (BBLR). Dengan demikian bila hal ini ditemukan sejak awal kehamilan, petugas dapat memotivasi ibu agar lebih memperhatikan kesehatannya serta jumlah dan kualitas makanannya(Romauli 2011).

b. Pemeriksaan Fisik

1. Kepala

Bersih atau kotor, pertumbuhan, warna, mudah rontok atau tidak. Rambut yang mudah dicabut menandakan kurang gizi atau ada kelainan tertentu (Romauli 2011).

2. Muka

Tampak *cloasma gravidarum* sebagai akibat deposit *pigmentasi* yang berlebihan, tidak sembab.

Bentuk simetris, bila tidak menunjukkan adanya kelumpuhan. Edema pada muka atau edema seluruh tubuh merupakan salah satu tanda gejala adanya *preeklampsia* (Saifuddin, 2011).

3. Mata

Bentuk simetris, konjungtiva normal berwarna merah muda, bila pucat menandakan *anemia*. Sklera normal berwarna putih, bila kuning menandakan ibu mungkin terinfeksi hepatitis, bila merah kemungkinan ada konjungtivitis. Kelopak mata yang bengkak kemungkinan adanya *preeklampsia* (Romauli, 2011a).

4. Hidung

Simetris, ada pernafasan cuping hidung atau tidak, ada pembesaran polip atau tidak (Romauli 2011).

5. Mulut

Pemeriksaan pada mulut perlu dilihat adakah sariawan, bagaimana kebersihannya dan dalam kehamilan sering timbul stomatitis dan gingivitis yang mengandung pembuluh darah dan mudah berdarah, maka perlu perawatan mulut agar selalu bersih (Romauli 2011).

6. Telinga

Normal tidak, ada serumen yang berlebihan atau tidak, berbau, bentuk simetris (Romauli 2011).

7. Leher

Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid dan kelenjar limfe, tidak ditemukan bendungan vena jugularis. Kelenjar tiroid sedikit membesar selama hamil akibat *hiperplasia* kelenjar dan peningkatan *vaskularitas*. Namun perubahan anatomi ini tidak menyebabkan tiromegali yang signifikan dan setiap pembesaran yang signifikan perlu diteliti (Romauli 2011).

8. Dada

- a) Retraksi atau penonjolan interkosa dan atau subklavia.
- b) Kesimetrisan gerak napas
- c) Frekuensi, kedalaman irama dan tipe pernapasan (dada, abdomen).
- d) Auskultasi paru (bunyi napas normal, wheezing, ronkhi, mengi, bunyi tambahan lainnya).
- e) Auskultasi jantung (frekuensi, irama, dan kualitas bunyi napas pada empat area katub, bunt tambahan, murmur, gesekan).

9. Payudara

Adanya *hiperpigmentasi areola*, puting susu bersih dan menonjol. Pada minggu ke-12 *kolostrum* mulai

keluar dari *papila mammae* pada pasien multigravida yang telah mantap menyusui pada masa kehamilan sebelumnya. Wanita primigravida baru akan memproduksi kolostrum pada masa akhir kehamilan (Romauli 2011).

10. Abdomen

Bentuk simetris, bekas operasi, terdapat linea nigra, striae gravidarum livide/albican dan terdapat pembesaran abdomen. Hasil pemeriksaan palpasi Leopold, kontraksi uterus, TBJ, DJJ, palpasi kandung kemih (Romauli 2011).

a) Normalnya DJJ 120-160 kali/menit apabila kurang dari 120 kali/menit disebut *brakardi*, sedangkan bila lebih dari 160 kali/menit disebut *takikardi* (Romauli 2011).

b) Ukuran janin. Dengan cara Mc.Donald, untuk mengetahui TFU dengan pita ukur kemudian dilakukan perhitungan tafsiran berat janin dengan rumus Johnson Tausak ($TFU \text{ (cm)} - n \times 155 = TBJ$).

Bila kepala diatas spina ischiadika maka -12. Bila kepala dibawah spina ischiadika maka -11 (Manuaba, 2010).

Tabel 2.7
Tafsiran berat janin sesuai usia kehamilan
trimester III

Usia kehamilan (bulan)	Berat janin (gram)
------------------------	--------------------

7	1000
8	1800
9	2500
10	3000

Sumber : Manuaba dkk, 2010 : 89

c) Menentukan usia kehamilan

Menurut Mochtar (2012) cara untuk menentukan taunya kehamilan antara lain yaitu :

- (1) Dihitung dari haid pertama haid terakhir (HPHT) sampai dengan hari pemeriksaan, kemudian dijumlah dan dijadikan dalam hitungan minggu.
- (2) Ditambah 4,5 bulan dari waktu ibu merasakan gerakan janin pertama kali.
- (3) Menurut Mc.Donald yaitu modifikasi cara Spiegelberg, yaitu jarak fundus-simfisis dalam cm dibagi 3,5 merupakan tuanya kehamilan dalam bulan.
- (4) Menurut Manuaba (2010) menetapkan usia kehamilan berdasarkan hasil pemeriksaan palpasi Leopold I pada trimester III.

Tabel 2.8
Usia kehamilan berdasarkan TFU pada pemeriksaan palpasi

TFU	Usia kehamilan
3 jari diatas pusat	28 minggu
Pertengahan px dan pusat	32 minggu
Setinggi px atau 2-3 jari dibawah px	36 minggu

Pertengahan px dan pusat	40 minggu
--------------------------	-----------

Sumber : Manuaba dkk, 2010: 120

(5) Menurut Manuaba (2010), menjelaskan untuk menetapkan usia kehamilan yaitu antara lain :

(a) Mendengarkan denyut jantung janin,

denyut jantung janin akan terdengar pada usia kehamilan lebih dari 16 minggu.

(b) Memperhitungkan masuknya kepala ke pintu atas panggul pada primigravida masuknya ke PAP pada minggu ke-36.

(c) Mempergunakan ultrasonografi dengan melihat jaak biparetal, tulang tibia dan panjang lingkaran abdomen janin.

(d) Mempergunakan hasil pemeriksaan air ketuban, semakin tua usia kehamilan semakin sedikit air ketuban.

d) Pemeriksaan khusus (letak dan presentasi)

Letak dan presentasi dapat diketahui menggunakan palpasi. Salah satunya dengan cara palpasi yang sering digunakan yaitu Leopold antara

lain :

(1) Leopold I : unruk mengetahui tinggi fundus uteri dan bagian yang berada pada bagian fundus.

Menentukan tinggi fundus uteri, bagian janin dalam fundus, dan konsistensi fundus. Pada letak kepala akan teraba bokong pada fundus, yaitu tidak keras, tidak melinting, dan tidak bulat. Menentukan letak kepala atau bokong salah satu tangan di fundus dan tangan lain keatas simfisi (Manuaba, 2010).

Menurut Marmi (2011) langkah-langkah pemeriksaan leopard antara lain sebagai berikut:

- (a) Kaki penderita dibengkokkan pada lutut dan lipatan paha.
- (b) Pemeriksaan berdiri disebelah kanan penderita dan melihat kearah muka penderita.
- (c) Rahim dibawah ketengah.
- (d) Tinggi fundus uteri ditentukan.



Gambar 2.5
Posisi leopard I
Sumber : Manuaba, 2010 : 118



TFU berdasarkan Leopold pada trimester III dapat disermati pada tabel dibawah ini :

Tabel 2.9

TFU berdasarkan Leopold pada trimester III

Usia kehamilan	TFU
28 minggu	3 jari diatas pusat
32 minggu	Pertengahan px dan pusat
36 minggu	Setinggi px atau 2-3 jari dibawah px
40 minggu	Pertengahan px dan pusat

Sumber : Manuaba, 2010

(2) Leopold II : untuk mengetahui letak janin memanjang atau melintang dan bagian janin berada disebelah kanan atau kiri.

Menentukan batas samping rahim kanan/kiri dan menentukan letak punggung.

Letak membujur dapat tetapkan punggung anak, yang teraba rata dengan tulang iga seperti papan cuci. Menurut Marmi (2011) langkah-langkah melakka Leopold antara lain yaitu :

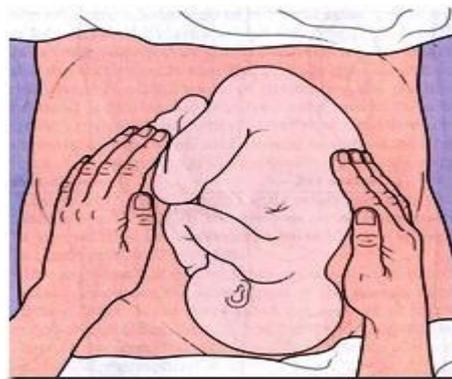
- (a) Kedua tangan pindah kesamping
- (b) Tentukan dimana punggung janin, punggung janin terdapat dipihak yang meberikan rintangan yang terbesar, carilah bagian-bagian terkecil yang biasanya terletak bertentangan dengan pihak yang memberi rintangan besar. Kadang –kadang disamping terdapat kapala atau bokong yaiu letak sungsang.

Variasi Buddin : Menentukan letak punggung dengan satu tangan menekan fudus, tangan yang laian meraba punggung janin.

Varuasi Ahfeld : menentukan letak punggung dengan pinggir tangan kiri diletakkan tegak ditengah perut (Manuaba, 2010).



Gambar 2.6
Posisi leopold II
Sumber : Manuaba, 2010

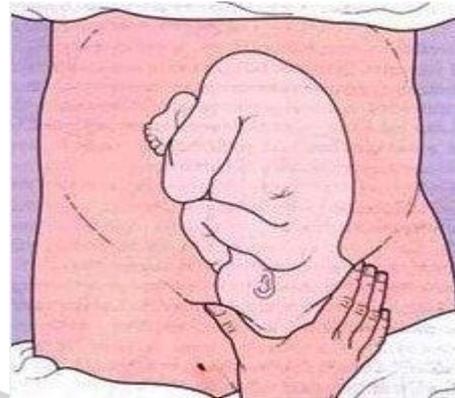


(3) Leopold III : untuk menentukan bagian janin yang berada dibawah (presentasi) dan untuk menentukan apakah bagian janin sudah masuk panggul.

Menurut Marmi (2011), langkah-langkah memeriksa leopold III yaitu :

- (a) Dipergunakan satu tangan saja
- (b) Bagian bawah ditentukan antara ibu dan jari lainnya.
- (c) Cobalah apakah bagian bawah masih dapat digoyangkan.

Gambar 2.7
Posisi leopold III
Sumber : Mnuaba, 2010



(4) Leopold IV : menentukan bagian bawah janin dan seberapa jauh janin sudah masuk PAP.

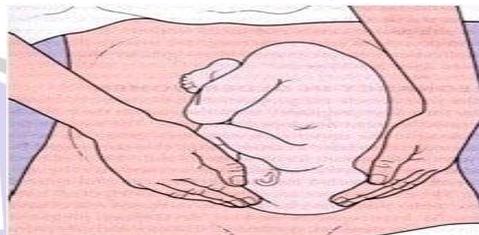
Bila bagian terendah janin masuk PAP telah melampaui lingkaran besarnya, maka tangan yang melakukan divergen, sedangkan lingkaran terbesarnya belum masuk PAP, maka tangan pemeriksa konvergen (Manuaba, 2010).

Menurut Marmi (2011), langkah-langkah untuk melakukan leopold IV antara lain :

- (a) Pemeriksa megubah sikap menjadi kearah kiri pasien.
- (b) Dengan kedua tangan dipastikan apa yang menjadi bagian bawah.
- (c) Ditentukan apakah bagian janin sudah masuk kedalam PAP berapa masuknya bagian bawah kedalam rongga panggul.

- (d) Jika kita rapatkan kedua tangan ada permukaan dari bagian terbawah janin yang masih teraba dari luar.

Gambar 2.8
Posisi leopold IV
Sumber : Manuaba, 2010



(5) Perlimaan

Penilaian dengan menghitung proporsi bagian terbawah janin yang masih berada diatas simpisis dan dapat diukur dengan lima jari tangan pemeriksa (perlimaan). Penurunan bagian terbawah dengan metode lima jari :

- (1) 5/5 jika bagian terbawah janin seluruhnya teraba diatas simfisis pubis.
- (2) 4/5 jika sebagian (1/5) bagian terbawah janin telah memasuki pintu atas panggul.
- (3) 3/5 jika bagian (2/5) bagian terbawah janin telah memasuki rongga panggul.
- (4) 2/5 jika hanya sebagian dari bagian terbawah janin masih berada diatas simfisis dan (3/5) bagian telah turun melewati

bidang tengah rongga panggul (tidak dapat digerakkan).

- (5) 1/5 jika hanya 1 dari 5 jari masih dapat meraba bagian terbawah janin yang berada diatas simfisis dan 4/5 bagian telah masuk kedalam rongga panggul(Kumalasari, 2015).

Tabel 2.10
Penurunan kepala

Periksa luar	Periksa dalam	Keterangan
5/5	-	Kepala diatas PAP, mudah digerakkan
4/5	HI-II	Sulit digerakkan, bagian terbesar kepala, belum masuk panggul
3/5	HII-III	Bagian terbesar belum masuk panggul
2/5	HIII ⁺	Bagian terbesar belum masuk panggul
1/5	HIII-IV	Kepala didasar panggul
0/5	HIV	Di perineum

Sumber : Manuaba, 2010

e) Osbron test

Tujuan dilakukan pemeriksaan Osbron Test yaitu tes untuk mengetahui adanya (disposisi kepala panggul) pada ibu hamil. Prosedur pemeriksaan osbron tes yaitu sebagai berikut :

- (1) Dilakukan pada umur 36 minggu
- (2) Tangan kiri mendorong kepala janin masuk PAP.

Apabila kepala mudah masuk tanpa halangan, maka hasil tes osbron adalah negatif (-). Apabila kepala tidak bisa masuk dan teraba ada tonjolan diatas simpisi, maka tonjilan diukur engan 2 jari telunjuk dan jari tengah kanan. Apabila tonjolan lebih dari 2 jari, maka hasil test (+) positif. Apabila terba tonjolan kurang dari 2 jari, maka hasil tes adalah ragu-ragu. Dengan pertambahan sia kehamilan, ukuran kepala digarapkan bisa menyesuaikan dengan ukuran panggul (Moulase) (Manuaba, 2010).

(3) Pemeriksaan denyut jantung

Pemeriksaan denyut jantung pada janin bisa menggunakan stetoskop Laennec juntuk usia kehmilan 17-22 minggu, dengan ultrasonografi (USG), dan dengan fetal Doppler stetoskop dapat didengar sekitar usia kehamilan 12 minggu, dengan stetoskop dapat didengar sekitar usia kandungan 1 minggu, dengan stetoskop dapat didengar bermacam-macam bunyi berasal dari anak (bunyi jantung, bising tali pusat, serta gerakan anak), dari ibu (bising rahim, bunyi aorta, dan bunyi bising usus). Bunyi jantung janin pada bayi

dapat didengar pada akhir bulan kelima walaupun dengan ultrasound (dopton) sudah bisa didengar pada akhir bulan ketiga. Bunyi jantung anak paling jeas terdengar di pihak punggung anak dekat pada kepala. Pada presentasi biasa(letak kepala), tempat ini dikira atau dikanan bawah pusat (Marmi, 2011).

Mendengarkan denyut jantung janin meliputi frekuensi dan keteraturan. DJJ dihitung selama 1 menit penuh. Jumlah DJJ normal antara 120-160 kali/menit (Romauli, 2011a)

11. Anus

Derajat hemoroid dibagi menjadi 4 yaitu antara lain :

- a. Derajat 1 : benjolan kecil, masuk sendiri dengan ibu disuruh seperti menahan BAB.
 - b. Derajat 2 : benjolan besar, kita masukkan dan tidak keluar.
 - c. Derajat 3 : benjolan besar, tidak bisa masuk sendiri, apabila bisa dimasukkan sendiri keluar lagi.
 - d. Derajat 4 : benjolan besar, disertai darah
- (Kumalasari, 2015).

12. Genetalia

Pemeriksaan alat genitalia eksterna terdiri dari inspeksi *vulva* untuk mengetahui pengeluaran cairan atau darah dari liang senggama, perlukaan pada *vulva/labium mayus*, dan pertumbuhan abnormal (kondiloma akuminata-lata, kista bartholini, abses bartholini, fibroma labium mayus). Pada palpasi vulva akan teraba tumor pada vulva, teraba benjolan atau penebalan labium mayus, dan teraba pembengkakan kelenjar *Bartholini*. *Leukorea* (keputihan) merupakan sekresi vagina dalam jumlah besar dengan konsistensi kental atau cair yang dimulai dari trimester I, sebagai bentuk dari hiperplasi mukosa vagina (Marmi, 2011).

13. Ekstermitas

Pada ibu hamil trimester III sering terjadi edema pada muka, tangan, dan disertai proteinuria serta hipertensi perlu diwaspadai adanya *pre eklampsia*. *Varises* dapat diakibatkan oleh gangguan sirkulasi vena dan peningkatan tekanan vena pada ekstremitas bagian bawah karena penekanan uterus yang membesar pada vena panggul saat wanita duduk atau berdiri dan penekanan pada *vena cava inferior* saat ia berbaring (Marmi, 2011).

c. Pemeriksaan Penunjang

1) Pemeriksaan laboratorium

a) Pemeriksaan darah

(1) Hemoglobin

Tujuan pemeriksaan haemoglobin adalah untuk mengetahui kadar Hb dalam darah dan menentukan derajat anemia. Kondisi haemoglobin dapat digolongkan sebagai berikut : Hb 11 gr% : Tidak anemia, Hb 9-10 gr% : Anemia ringan, Hb 7-8 gr% : Anemia sedang dan Hb < 7 gr% : Anemia berat (Marmi, 2011).

(2) Golongan darah

Pemeriksaan golongan darah ABO dan faktor *Rhesus* (Rh). Ibu dengan resus negatif beresiko mengalami keguguran, *amniosentesis* atau trauma terus dan harus diberi antigamaglobulin D dalam beberapa hari setelah pemeriksa. Jika titrasi menunjukkan peningkatan respon antibodi, harus dilakukan pemeriksaan yang lebih sering dalam rangka untuk merencanakan penatalaksananya serta pengobatan oleh spesialis Rhesus (Kumalasari, 2015).

(3) HbsAg

Diambil dari darah vena, dilakukan pada pemeriksaan hamil yang pertama, bertujuan untuk mengetahui ada atau tidaknya virus hepatitis B dalam darah, baik dalam kondisi aktif maupun sebagai *carier*. Bila seorang ibu yang hamil dilakukan pemeriksaan HbsAg dinyatakan reaktif, maka segera setelah persalinan bayi akan membutuhkan suntikan vaksinasi hepatitis B dan HBIG (Hepatitis B immunoglobulin) dalam waktu kurang dari 12 jam sejak dilahirkan guna untuk mencegah penularan virus ini. Semakin lama vaksin diberikan efektifitasnya akan semakin menurun (Kumalasari, 2015).

(4) HIV/AIDS

Tes HIV dilakukan dengan tujuan untuk mendiagnosis seseorang yang baru terinfeksi, untuk mengidentifikasi infeksi yang sebelumnya tidak dikenal, dan untuk meringankan pikiran orang-orang yang tidak terinfeksi. Sangat penting ibu hamil untuk melakukan tes HIV agar untuk mengetahui penularan ibu ke bayinya (Kumalasari, 2015).

b) Pemeriksaan protein urine

Pemeriksaan urin dilakukan pada kunjungan pertama dan kunjungan trimester III. Diperiksa dengan cara dibakar, dilihat warnanya, kemudian ditetesi asam asetat 2-3 tetes, lalu dilihat warnanya lagi. Cara menilai hasilnya: Tidak ada kekeruhan : (-), ada kekeruhan ringan tanpa butir-butir : (+), kekeruhan mudah terlihat dengan butir-butir : (++) , kekeruhan jelas dan berkeping-keping : (+++) dan sangat keruh berkeping besar atau bergumpal : (++++) (Romauli, 2011a).

c) Pemeriksaan reduksi

Untuk mengetahui kadar glukosa dalam urin, dilakukan pada kunjungan pertama kehamilan. Cara menilai hasilnya: Hijau jernih/biru : negative, hijau keruh : positif 1/+, hijau keruh, kekuningan, (1-1,5%) : positif 2/++, jingga/kuning keruh (2-3,5%) : glukosa dan merah kekuningan, keruh/merah bata : 3,52 glukosa (Romauli, 2011a).

2) Pemeriksaan Dalam

Pemeriksaan dalam dilakukan baik pada kehamilan muda maupun pada kehamilan tua. Pemeriksaan ini untuk mengetahui tanda hegar, tanda Chadwick, dan tandapiskacek pada kehamilan muda yang ditunjukkan dengan adanya kontraksi Braxton

hick, teraba ballottement, dan pembukaan serviks. Pemeriksaan dalam pada kehamilan tuda dilakukan beberapa tahap anatara lain yaitu :

- a) Serviks yaitu untuk mengetahui perlunakan serviks dan pembukaan serviks.
- b) Ketuban yaitu untuk mengetahui apakah sudah pecah atau belum dan apakah ada ketegangan keuban.
- c) Bagian terendah janin, yaitu untuk mengetahui bagian apakah janin yang terendah, apakah ada kedudukan rangkap, apakah ada penghalang dibagian bawah yang dapat mengganggu jalannya lahir.
- d) Perubahan vorniks yaitu untuk mengetahui apakah adabantalan forniks dan apakah janin masih dapat didorong ke atas (Manuaba, 2010).

3) Pemeriksaan panggul luar

Menurut Marmi (2011) persalinan dapat berlangsung dengan baik atau tidak tergantung pada luasnya jalan lahir yang terutama ditentukan oleh bentuk dan ukuran-ukuran panggul. Maka untuk meramalkan apakah persalinan dapat berlangsung biasa, pengukuran panggul diperlukan. Pemeriksaan panggul luar :

(1) *Distansia spinarum*, jarak antara spina iliaka *anterior superior* kiri dan kanan (normalnya \pm 23-26 cm).

(2) *Distansia kristarum*, jarak antara krista iliaka kanan dan kiri (normalnya \pm 26-29 cm).

(3) *Konjungata eksterna (baudeloque)*, jarak antara pinggir atas simpisis dan ujung prosesus spinosus ruas tulang lumbal ke-V (normalnya \pm 18-20 cm).

(4) Ukuran lingkaran panggul, dari pinggir atas simpisis ke pertengahan antara *spina iliaka anterior superior* dan trokanter mayor sepihak dan kembali melalui tempat-tempat yang sama dipihak yang lain (normalnya 80-90 cm) menggunakan jangka panggul (Manuaba, 2012).

4) Ultrasonografi

Pada minggu keenam sudah terlihat adanya kantong kehamilan. Pada minggu keenam-tujuh katub janin, minggu ketujuh-delapan denyut jantung janin, minggu kedelapan-sembilan gerakan janin, minggu kesembilan-sepuluh plasenta, minggu keduabelas diameter biparietal. Adanya 2 *gestasional sac* pada minggu keenam sudah dapat menentukan adanya kehamilan kembar (Romauli, 2011a).

5) NST (*Non Stress Test*)

Pemeriksaan ini dilakukan untuk menilai hubungan gambar DJJ dan aktifitas dari janin itu sendiri. Cara pemeriksian ini dikenal dengan nama *aktomarfiograf* atau *fetal activity acceleration determination*(FAD : FAAD). Penilaian dilakukan terhadap frekuensi dasar DJJ, variabilitas dan timbulnya akselerasi yang menyertai gerakan janin (Marmi, 2011).

6) Kartu Skore Pordji Rochayati

Untuk mendeteksi resiko ibu hamil dapat dilakukan dengan menggunakan kartu skor poedji rochayati (KPSPR). Terdiri dari kehamilan resiko rendah (KRR) dengan skore 2 ditolong oleh bidan, kehamilan resiko tinggi (KRT) dengan sore 6-10 ditolong oleh bidan atau dokter, kehamilan resiko sangat tinggi (KRST) dengan skore > 12 ditolong oleh dokter (Kemenkes RI, 2015).

B. Analisis/Diagnosa Kebidanan

Setelah ditentukan masalah dan masalah utamanya maka bidan merumuskannya dalam suatu pernyataan yang mencakup kondisi, masalah, penyebab dan prediksi terhadap kondisi tersebut. Prediksi yang dimaksud mencakup masalah potensial dan prognosa. Hasil dari perumusan masalah merupakan keputusan yang ditegakkan oleh bidan yang disebut diagnosa

kebidanan. Dalam menentukan diagnosa kebidanan, pengetahuan keprofesionalan bidan diperlukan(Kemenkes RI, 2015).

Menurut Kemenkes RI No 938/Menkes/VII/2017 bidan menganalisis data yang diperoleh pada pengkajian, menginterpretasikannya secara akurat dan logis untuk menegakkan diagnosa dan masalah yang tepat. Dengan kriteria sngai berikut :

- a. Diagnosa sesuai dengan nomenklatur kbidanan.
- b. Masalah diselesaikan sesuai dengan kondisi klien.
- c. Dapat diselesaikan dengan asuhan kebidanan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan.

Diagnosa: G1/>1 PAPIAH, usia kehamilan 28-40 minggu, janin hidup, tunggal, intrauterin, situs bujur, habitus fleksi, posisi puka/puki, presentasi kepala/bokong, kesan jalan lahir normal, keadaan umum ibu dan janin baik (Manuaba, 2012).

C. Perencanaan

1. DX : G...P...A...P...I...A...H...usia kehamilan 28-40 minggu, janin hidup, tunggal, intrauterin, situs bujur, habitus fleksi, posisi puka/puki, presentasi kepala/bokong, kesan jalan lahir normal, keadaan umum ibu dan janin baik(Manuaba, 2012).

Tujuan : Ibu dan Janin, sejahtera sampai melahirkan

Kreteria Hasil :

- a. Kesadaran umum baik.
- b. Kesadaran *composmentis*.

c. Tanda-tanda vital normal :

- 1) Tekanan darah : 100/80 mmHg.
- 2) Nadi : 76-88 kali/menit.
- 3) Suhu : 36,5-37,5⁰C.
- 4) Respirasi Rate : 16-24 kali/menit.

d. Pemeriksaan laboratorium

Hb > 11 gr%, protein urine (-), reduksi urine (-).

e. DJJ 120-160 kali/menit.

f. TFU sesuai usia kehamilan.

g. Situs bujur presentasi kepala (Varney, 2007).

Intervensi

1) Jelaskan pada ibu tentang hasil pemeriksaan.

R/ apabila ibu mengerti keadaanya, ibu bisa kooperatif dengan tindakan yang diberikan.

2) Lakukan pemeriksaan kehamilan standar 10 T.

R/ pemeriksaan 10 T merupakan standar yang dapat mencangkup dan mendeteksi secara dini adanya resiko dan komplikasi.

3) Anjurkan klien agar memeriksakan kehamilannya secara rutin sesuai dengan usia kehamilan.

R/ deteksi dini adanya kelainan, baik pada klien maupun janin.

4) Anjurkan klien untuk beristirahat cukup dan mengurangi kerja berat.

R/ relaksasi otot sehingga aliran darah lancar.

- 5) Anjurkan klien untuk tidur miring kiri dan kaki ibu agak ditinggikan.

R/ memperlancar sirkulasi darah dari jantung, ibu, janin ke plasenta dan mengurangi pembengkakan pada kaki.

- 6) Jelaskan tentang ketidaknyamanan dan masalah yang mungkin terjadi pada kehamilan trimester III.

R/ ibu dapat beradaptasi dengan keadaan dirinya.

- 7) Jelaskan pada ibu tanda-tanda bahaya kehamilan trimester III.

R/ mengidentifikasi tanda bahaya dalam kehamilan, supaya ibu mengetahui kebutuhan yang harus dipersiapkan untuk menghadapi kemungkinan keadaannya yang darurat.

- 8) Jelaskan kepada ibu tentang persiapan persalinan.

R/ dengan adanya rencana persalinan mengurangi kebingungan dan kekacauan ibu pada saat persalinan serta meningkatkan kemungkinan bahwa ibu akan menerima asuhan yang sesuai dan tepat waktu.

- 9) Jelaskan pada ibu tanda-tanda persalinan.

R/ mengidentifikasi kebutuhan yang harus dipersiapkan untuk mempersiapkan persalinan dan kemungkinan keadaan darurat.

10) Anjurkan ibu untuk kontrol ulang sesuai jadwal dan sewaktu-waktu jika ada keluhan.

R/ mengetahui perkembangan ibu dan janin (Marmi, 2011).

Potensi Masalah

1. Masalah 1 : Konstipasi

Tujuan : Agar tidak terjadi konstipasi

Kreteria hasil : Ibu bisa BAB 1-2 kali/hari konsistensi lunak.

Intervensi :

a. Anjurkan ibu untuk membiasakan pola BAB yang teratur.

R/ berperan besar dalam menentukan waktu defekasi, tidak mengukur dapat menghindari pembukan feses.

b. Anjurkan ibu untuk meningkatkan intake cairan serat dalam diet.

R/ makanan tinggi serat menjadikan feses tidak keras tidak terlalu padat.

c. Anjurkan ibu untuk minum cairan dingin/panas (terutama pada saat perut kosong).

R/ dengan minum cairan dingin/panas sehingga dapat merangsang BAB.

d. Anjurkan ibu melakukan latihan secara umum, berjalan setiap hari, pertahankan postur tubuh, latihan kontraksi otot abdomen bagian bawah secara teratur.

R/ memfasilitasi sirkulasi vena sehingga mencegah kongesti pada usus besar.

2. Masalah 2 : Oedema Dependen.

Tujuan : ibu dapat beradaptasi terhadap perubahan yang fisiologis.

Kriteria hasil : sudah tidur atau istirahat oedema berkurang.

Intervensi :

a. Jelaskan kepada ibu penyebab dari oedema dependen.

R/ ibu mengerti penyebab oedemadependen yaitu karena tekanan pembesaran uterus vena pelvik ketika dudik atau pada vena cava inferior ketika berbaring.

b. Anjurkan ibu untuk miring kekiri dan kaki agak ditinggikan.

R/ mengurangi penekanan pada vena cava inferior oleh pembesaran uterus.

c. Anjurkan kepada ibu untuk tidak berdiri terlalu lama.

R/ menringkan tekanan pada vena dalam panggul.

d. Anjurkan klien untuk menghindari pakaian yang ketat.

R/ pakaian yang ketat dapat menekan vena sehingga menghambat sirkulasi darah pada ekstermitas bawah.

- e. Anjurkan pada ibu untuk menggunakan penyokong atau korset.

R/ penggunaan penyokong atau korset pada abdomen maternal yang dapat melonggarkan tekanan pada vna-vena panggul (Sulistyawati, 2012).

3. Masalah 3 : Nokturia/ sering berkemih.

Tujuan : Ibu dapat beradaptasi dengan keadaan yang fisiologis yang sedang dialami (nokturia).

Kriteria hasil : ibu BAK 7-8 kali/hari terutama siang hari dan infeksi pada saluran kencing tidak terjadi.

Intervensi :

- a. Jelaskan terjadinya sering kencing.

R/ ibu mengerti penyebab sering kencing karena tekanan bagian bawah janin pada kandung kemih.

- b. Anjurkan ibu untuk menghindari minuman dan makanan bahan diuretik alamiah seperti kopi dan teh.

R/ bahan diuretik akan menambah ibu semain sering berkemih.

- c. Anjurkan ibu untuk tidak menahan BAK.

R/ menahan BAK akan menambah mudahnya timbul infeksi saluran kemih.

- d. Anjurkan ibu untuk minum minimal 8 gelas / hari namun banyak minum pada pagi atau siang hari dan mengurangi pada sore hari setelah makann dan sebelum tidur buang air kecil dahulu.

R/ mengurangi frekuensi berkemih pada malam hari (Marmi, 2011).

4. Masalah 4 : Sesak nafas.

Tujuan : ibu mampu beradaptasi dengan keadaannya dan kebutuhan O₂ ibu terpenuhi.

Kriteria hasil : Frekuensi nafas 16-24 kali/ menit dan ibu menggunakan pernafasan perut.

- a. Jelaskan pada ibu penyebab sesak napas.

R/ ibu mengerti penyebab sesak nafas yaitu karena membesarnya uterus.

- b. Anjurkan ibu untuk tidur dengan posisi yang nyaman dengan posisi yang tinggi.

R/ menghindari penekanan diafragma.

- c. Anjurkan ibu untuk senam hamil yang teratur.

R/ merelaksasi otot-otot

- d. Anjurkan ibu untuk menghindari kerja yang berat.

R/ aktifitas yang berat menyebabkan energi yang digunakan banyak dan menambah kebuuhan O₂.

e. Anjurkan ibu berdiri merenggangkan lengannya diatas kepala.

R/ peregangan tulang meringkan penarikan nafas (Marmi, 2011).

5. Masalah 5 : kram pada kaki

Tujuan : ibu dapat beradaptasi secara fisiologis (kram tungkai) atau tidak terjadi kram tungkai.

Kriteria hasil : kram pada kaki berkurang dan ibu mampu mengatasi bila kram tungkai berkurang.

Intervensi :

a. Jelaskan penyebab kram kaki

R/ ibu mengerti penyebab kram pada kaki yaitu ketidak seimbangan rasio kalsium.

b. Anjurakn ibu untuk senam hamil.

R/ senam hamil memperlancar peredaran darah suplai oksigen ke jaringan sel terpenuhi.

c. Ajurkan ibu untuk menghangatkan kaki dan betis dengan masase.

R/ sirkulasi keharigan darah lancar

d. Minta ibu untuk tidak berdiri lama

R/ mengurangi penekanan yang lama pada kaki sehingga aliran darah lancar.

e. Anjurkan ibu untuk menghindari aktivitas yang berat dan cukup istirahat.

R/ otot bisa relaksasi sehingga kram berkurang.

f. Anjurkan ibu untuk diet mengandung kalsium fosfor

R/ konsumsi kalsim dan fosfor baim untuk kesehatan tulang.

6. Masalah 6 : Hemoroid

Tujuan : Hemoroid tidak terjadi dan bertambah parah.

Kriteria hasil : BAB 1-2 kali/hari, konsistensi lunak dan BAB tidak berdarah dan nyeri.

Intervensi :

a. Anjurkan ibu unuk mengkonsumsi makanan yang tinggi serat untuk menghndari konstipasi.

R/ makanan tinggi serat menjadikan feses tidak terlalu padat dan keras sehingga mudah pengeluarannya.

b. Anjurkan ibu untuk minum air hangat 1 gelas setiap bangun tidur.

R/ minum air hangat akan merangsang peristaltik usu sehingga dapat merangsang pengosongan kolon lebih cepat.

c. Anjurkan ibu untuk jalan-jalan atau senam ringan

R/ olahraga dapat memperlancar peredaran darah sehingga semua sistem tubuh berjalan lancar termasuk pencernaan.

- d. Anjurkan ibu untuk menghindari mengejan saat defekasi.

R/ mengejan terlalu sering memicu terjadinya hemoroid.

- e. Anjurkan ibu untuk mengompres es dan air hangat

R/ kompres diperlukan untuk mengurangi hemoroid.

7. Masalah 7 : pusing sehubungan dengan ketegangan otot, stress, perubahan postur tubuh, ketegangan mata dan kelelahan

Tujuan : Ibu mampu beradaptasi dengan keadaannya sehingga tidak cemas.

Kriteria : pusing berkurang, kesadaran composmentis dan tidak terjadi jatuh atau hilang keseimbangan.

Intervensi :

- a. Jelaskan kepada ibu penyebab pusing

R/ ibu mengerti penyebab pusing karena hipertensi postutral yang berhubungan dengan perubahan hemodinamis.

- b. Anjurkan ibu bagaimana bangun dari dari posisi istirahat

R/ agar ibu tidak terjatuh dari bangun tidur.

c. Anjurkan ibu untuk menghindari berdiriberlalu lama di lingkungan panas dan ramai.

R/ kekurangan oksigen karena lingkungan sesak napas dapat menyebabkan pusing.

8. Masalah 8 : Varices

Tujuan : tidak terjadi varices dan tidak bertambah parah

Kreteria : tidak terdapat varices

Intervensi :

a. Kenakan kaos kaki penyokong

R/ penggunaan kaos kaki penyokong dapat meningkatkan aliran balik vena menurunkan resiko terjadinya varises.

b. Hindari mengenakan pakian ketat.

R/ pakaian ketat dapat menghambat aliran balik vena.

c. Hindari berdiri lama dan tidak menyilangkan kaki saat duduk

R/ meningkatkan sirkulasi balik vena dan menurunkan resiko terjadinya varises.

d. Lakukan latihan ringan dan berjalan secara teratur

R/ latihan ringan dan berjalan teratur dapat memfasilitasi peningkatan sirkulasi.

9. Masalah 9 : Nyeri punggung berkurang

Tujuan : ibu dapat beradaptasi dengan keadaan fisiologis yang terjadi

Kriteria : nyeri punggung berkurang

Intervensi :

- a. Tekuk kaki dari pada membungkuk ketika mengakati apapun. Lebarkan kedua kaki dan tempatkan satukakisedikit didepan kaki yang lain

R/ menekuk kaki akan membuat kedua kaki yang menopang berat badan dan meranggan, bukan punggung , melebarkan kedua kaki dan menempatkan satu kaki sedikit didepan kaki yang lain memberi jarak yang cukup saat bangkit dari posisi setelah jongkok.

- b. Anjurkan ibu tidur miring kekiri

R/ mengurangi penekanan uterus ligamentum rodutum

- c. Gunakan sepatu bertumit rendah

R/ sepatu tumit tinggi tidak stabil dan memperberat masalah pada pusat grafitasi

- d. Gunakan kasur yang menyokong dan posisikan dan dengan menggunakan bantal sebagai pengganjal.

R/ kasur yang menyokong dan menggunakan bantal dapat meluruskan serta meringkankan tarkan dan rengangan.

10. Masalah 10 : Kecemasan menghadapi persalinan

Tujuan : kecemasan berkurang

Kriteria : ibu tampak tersenyum, suami dan keluarga memberi dukungan dan ibu tampak tenang rileks.

Intervensi :

a. Jelaskan kepada ibu tentang hal-hal yang dapat menyebabkan kecemasan

R/ ibu mengerti penyebab kecemasan menjelang persalinan adalah hal yang normal.

b. anjurkan ibu mandi dengan air hangat

R/ selain memperlancar sirkulasi darah, juga memberikan rasa nyaman.

c. Anjurkan ibu menatalaksanakan relaksasi progresif.

R/ relaksasi dapat mengurangi masalah-masalah psikologi seperti halnya cemas menjelang persalinan.

D. Implementasi

Menurut keputusan menteri kesehatan RI nomor 938/Menkes/SK/VII/2017 tentang standar asuhan kebidanan.

Bidan melakukan rencana asuhan kebidanan secara *komprehensif, efektif, efisien* dan aman berdasarkan *evidence based* kepada klien atau pasien, dalam bentuk upaya *promotive, preventif, kuratif* dan *regabilitatif*. Dilaksanakan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan dengan kriteria hasil sebagai berikut :

1. Memperhatikan keunikan klien sebagai makhluk bio-psiko-sosialspiritual-kultural.
2. Setiap tindakan asuhan harus mendapatkan persetujuan dan lien atau pun keluarga.
3. Melakukan tindakan asuhan kebidanan berdasarkan *evidence based*.
4. Melibatkan pasien
5. Melaksanakan prinsip pencegahan infeksi
6. Meningkatkan perkembangan kondisi klien secara berkesinambungan
7. Menggunakan sumber daya, saran dan fasilitas yang ada dan sesuai
8. Melakukan tindakan yang sesuai dengan standar
9. Mencatat semua tindakan yang telah dilakukan
10. Menjaga privasi klien.

E. Evaluasi

Menurut keputusan menteri kesehatan RI nomor 938/Menkes/SK/VII/2017 tentang standar asuhan kebidanan.

Bidan melakukan evaluasi serta sistematis dan berkesinambungan untuk melihatkan keefektifan dari asuhan yang suda diberikan, sesuai dengan perubahan perkembangan kondisi klien. Dengan kriteria :

1. Penilaian dilakukan segera setelah selesai melaksanakan asuhan sesuai kondisi klien.

2. Hasil evaluasi segera dicatat dan didokumentasikan pada klien dan keluarga.
3. Evaluasi dilakukan sesuai dengan standar.
4. Hasil evaluasi ditindak lanjuti sesuai dengan kondisi klien.

2.2.2. Konsep Dasar Asuhan Persalinan

A. Pengkajian Data

Pengkajian pada langkah awal ini dikumpulkan sesuai dengan informasi yang akurat dan lengkap dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi pasien itu sendiri untuk mengetahui dan memperoleh data dilakukan melalui anamnesis sebagai berikut :

1. Data Subjektif

a. Identitas

1) Nama

Mengetahui nama klien dan suami berguna untuk memperlancar komunikasi dalam asuhan sehingga tidak terlihat kaku dan lebih akrab (Sulistiyawati, 2012).

2) Umur

Usia dibawah 16 tahun atau diatas 35 tahun mempredisposisi wanita terhadap sejumlah komplikasi. Usia dibawah 16 tahun meningkatkan insiden pre eklamsia. Usia diatas 35 tahun meningkatkan insiden diabetes tipe II (yang

menyebabkan peningkatan insiden diabetes kehamilan juga diagnosis diabetes tipe II); hipertensi kronis (yang menyebabkan peningkatan insiden *pre-eklamsia* dan *abrupsi plasenta*), persalinan yang lama pada *nulipara*, *seksio sesarea*, kelahiran *preterm*, IUGR, *anomali kromosom*, dan kematian janin (Varney, 2007).

3) Agama

Sebagai dasar seseorang bidan dalam memberikan dukungan mental dan spiritual terhadap pasien dan keluarga sbelum dan pada saat persalinan (Sulistyawati, 2012).

4) Pendidikan

Untuk mengetahui tingkat intelektual, tingkat pendidikan mempengaruhi sikap perilaku kesehatan seseorang (Romauli, 2011a).

5) Pekerjaan

Mengetahui pekerjaan ibu, manfaat untuk mengetahui dan mengukur tingkat sosial ekonominya, sebab ini juga mempengaruhi dalam gizi pasien tersebut (Romauli, 2011a).

6) Suku dan bangsa

Data ini berhubungan dengan sosial budaya yang dianut oleh pasien dan keluarga yang berkaitan dengan persalinan (Sulistyawati, 2012).

7) Alamat

Alamat ditanyakan untuk : mengetahui dimana ibu menetap, mencegah kekeliruan, bila ada nama yang sama, memudahkan menghubungi keluarga, dan dijadikan petunjuk pada waktu kunjungan rumah (Marmi, 2011).

b. Keluhan Utama

1) Terjadinya his persalinan

His persalinan mempunyai ciri khas pinggang terasa nyeri yang menjalar ke depan, sifatnya teratur, interval makin pendek, dan kekuatannya makin besar, mempunyai pengaruh terhadap pembukaan serviks, makin beraktivitas (jalan) makin bertambah. Pengeluaran lendir dan darah (pembawa tanda).

Dengan his persalinan terjadi perubahan pada serviks yang menimbulkan pendataran dan pembukaan.

Pembukaan menyebabkan lendir yang terdapat pada kanalis servikalis lepas. Terjadi perdarahan karena kapiler pembuluh darah pecah.

2) Pengeluaran cairan

Pengeluaran cairan. Pada beberapa kasus terjadi ketuban pecah yang menimbulkan pengeluaran cairan. Sebagian besar ketuban baru pecah menjelang pembukaan lengkap. Dengan pecahnya ketuban diharapkan persalinan berlangsung dalam waktu 24 jam.

Gejala utama pada kala II (pengusiran) menurut Manuaba (2012) adalah:

- 1) His semakin kuat, dengan interval 2 sampai 3 menit, dengan durasi 50 sampai 100 detik.
- 2) Menjelang akhir kala I, ketuban pecah dan ditandai dengan pengeluaran cairan secara mendadak.
- 3) Ketuban pecah pada pembukaan mendekati lengkap diikuti keinginan mengejan, karena tertekannya pleksus Frankenhauser.

c. Riwayat kesehatan yang lalu dan penyakit klien

- 1) Hipertiroid

Biasanya pada kehamilan berakhir dengan abortus (inhabilitus) partus prematuritas, cacat bawaan, dan kretinismus pada bayi lebih besar (Sulistyawati, 2012).

- 2) Hipotiroid

Pada hipotiroid subklinis bisa meningkat terjadinya persalinan prematuritas, sulosis plasenta, dan perawatan bayi di UICU (Saifuddin, 2011).

3) Epilepsi

Dibandingkan wanita bukan epilepsi, wanita epilepsi memiliki risiko melahirkan bayi malformasi dua sampai tiga kali lebih tinggi dan risiko memiliki anak dengan gangguan kejang 2% sampai 3%. Mereka juga berisiko mengalami preeklamsia dan persalinan premature (Saifuddin, 2011).

4) Penyakit jantung

Penyakit jantung terbagi menjadi empat stadium yaitu antara lain :

- a) Kelas I : Tanpa gejala pada kegiatan biasanya, tanpa batas gerak biasa.
- b) Kelas II : Waktu istirahat tidak terjadi gejala, gerak fisik terbatas, gejala payah jantung (cepat lelah, palpitasi, sesak nafas, nyeri dada, oedema tungkai/tangan)
- c) Kelas III : Gerakan sangat terbatas karena gerakan yang minimal saja telah menimbulkan gejala payah jantung.
- d) Kelas IV : Dalam keadaan istirahat sudah terjadi gejala payah jantung.

Persalinan pervagina diperbolehkan pada ibu dengan penyakit jantung kelas I dan II (Manuaba, 2010).

5) Asma

Pengawasan hamil dan pertolongan persalinan dapat berlangsung biasa. Kecuali terdapat indikasi pertolongan persalinan dengan tindakan operasi (Manuaba, 2012).

6) Anemia

Anemia sel sabit dapat memberikan efek bagi maternal dan janin. Resiko maternal meliputi nyeri krisis antenatal dan pascanatal, infeksi, komplikasi pulmoner, anemia, dan seksio sesarea. Komplikasi janin dan neonatus meliputi kelahiran prematur, terlalu kecil untuk usia gestasi, dan ikterik neonatus (Manuaba, 2012).

7) Hipertensi

Wanita yang memiliki hipertensi kronis beresiko mengalami preeklamsia, persalinan prematur dan melahirkan bayi yang mengalami retardasi pertumbuhan. Pemisahan prematur plasenta (*abruptio plasenta*), yang berpotensi mencetuskan morbiditas dan mortalitas ibu serta janin, cenderung terjadi (Sulistyawati, 2012).

8) Diabetes mellitus

Pada persalinan yang memerlukan tenaga ibu dan kerja rahim akan memerlukan glukosa banyak, maka bisa terjadi hipoglekimia atau koma (Mochtar, 2012).

d. Riwayat kesehatan keluarga

Informasi tentang keluarga klien penting untuk mengidentifikasi wanita yang beresiko menderita penyakit genetik yang dapat mempengaruhi hasil akhir kehamilan atau beresiko memiliki bayi yang menderita penyakit genetik. Misalnya riwayat penyakit psikiatri (termasuk depresi), penyalahgunaan obat dan alkohol dan saudara perempuan atau ibu yang pernah mengalami pre eklamsia (Manuaba, 2012).

e. Riwayat menstruasi

Pada riwayat menstruasi hal yang diperlukan dikaji yaitu umur manarche, siklus, lamanya, banyaknya darah, serta adanya dismonore. Selain itu dikaji pula HPHT (Hari pertama haid terakhir) ibu. HPHT dapat dijabarkan untuk memperhitungkan tanggal tafsiran persalinan. Bila siklus haid kurang lebih 28 hari, rumus yang dipakai yaitu rumus Neagle yaitu hari +7, bulan -3, tahun +1 (Marmi, 2012).

f. Riwayat kehamilan

1) Riwayat kehamilan sekarang

Pemeriksaan dilakukan sekurang-kurangnya empat kali selama masa kehamilan, dengan distribusi waktu minimal satu kali pada trimester pertama (usia kehamilan 0-12 minggu), satu kali pada trimester kedua (usia kehamilan 12-24 minggu), dan dua kali pada trimester ketiga (usia kehamilan 24 minggu sampai persalinan (Manuaba, 2010).

2) Riwayat kehamilan yang lalu

Terminasi kehamilan bisa mempengaruhi viabilitas kehamilan yang berikutnya. Dilatasi dan kuretase menyebabkan terjadinya inkompetensi serviks. Aborsi spontan berulang dapat mengidentifikasi adanya kondisi yang abdominalistas genetik, ketidak seimbangan hormone atau inkompetensi serviks (Manuaba, 2012).

g. Riwayat persalinan yang lalu

Informasi esensial tentang persalinan terdahulu mencakup tipe persalinan apakah spontan, forcep, ekstrasi vakum, atau bedah mar. Lama persalinan, penolong persalinan, aterm atau prematur, berat lahir, jenis kelamin serta komplikasi-komplikasi menyertai persalinan (Marmi, 2012).

h. Riwayat nifas

Segera setelah persalinan dapat terjadi peningkatan suhu tubuh, tetapi tidak lebih dari 38°C berturut-turut selama 2 hari kemungkinan klien terjadi infeksi. Uterus yang telah menyelesaikan tugasnya menjadi keras karena kontraksinya, sehingga terdapat penutupan pembuluh darah. Kontraksi uterus yang diikuti his pengiring menimbulkan rasa nyeri yang disebut dengan nyeri ikutan (*after pain*) terutama pada multipara (Manuaba, 2010).

i. Riwayat kelahiran bayi

Jenis kelamin, hidup atau tidak, kalau meninggal umur beberapa dan sebabnya meninggal, berat badan waktu lahir. Pernyataan ini sangat mempengaruhi prognosa persalinan dan pimpinan persalinan, sebab jalannya persalinan yang lampau merupakan hasil ujian dari segala faktor yang mempengaruhi persalinan (Manuaba, 2012).

j. Riwayat keluarga berencana

Dikaji metode KB terakhir yang dipakai bagi akseptor KB lama untuk mengetahui pengaruhnya pada kesuburan Ibu (Saifuddin, 2011).

k. Pola kehidupan sehari-hari

1) Pola nutrisi

Pastikan ibu untuk mendapatkan asupan (makanan ringan dan minum air) selama persalinan dan kelahiran bayi. Makanan ringan dan cairan yang

cukup selama persalinan berlangsung akan memberikan lebih banyak energi dan mencegah dehidrasi. Dehidrasi ini bila terjadi akan memperlambat kontraksi atau membuat kontraksi menjadi tidak teratur (Marmi, 2011).

2) Eliminasi

Ibu dianjurkan untuk BAK sendiri minimal 2 jam sekali atau bila ibu merasa kandung kemih sudah penuh, Kandung kemih dapat menghalangi penurunan kepala janin ke dalam rongga panggul (Marmi, 2011).

3) Aktivitas

Ibu bersalin harus diberikan kebebasan dalam melakukan gerakan dan memilih posisi yang nyaman. Posisi terlentang mengakibatkan berkurangnya aliran darah dari ibu ke janin dan ibu mengalami rasa nyeri yang lebih hebat. Ibu yang lebih banyak bergerak dan dibiarkan memilih posisi yang diinginkan mengalami proses persalinan lebih singkat, dan kurang merasakan nyeri (Kumalasari, 2015).

4) Istirahat dan tidur

Posisi duduk atau setengah duduk dan berbaring miring ke kiri dapat memberikan rasa nyaman bagi ibu dan memberinya kemudahan untuk beristirahat di antara kontraksi (Marmi, 2012).

5) Personal hygiene

pada kala I , mengganti pakaian yang basah oleh keringat dan perlak, menjaga perineum tetap kering, membersihkan genetalia dari depan ke belakang dan mengganti pembalut yang menyerap di antara bokong ibu dapat menekan terjadinya infeksi intrauteri akibat kontaminasi pada introitus vagina. Mandi, menyikat gigi, mengeringkan dengan handuk dapat membuat ibu merasa lebih nyaman. Pada Kala 2, wanita mengalami hidrasi karena banyaknya cairan yang hilang melalui kulit dalam bentuk keringat(Marmi, 2011).

6) Pola seksual

Aktivitas koitus tidak dihalangi, kecuali ada riwayat sering mengalami abortus atau persalinan prematur, terdapat perdarahan pervaginam, pada minggu akhir kehamilan harus dilakukan dengan hati-hati, dan apabila ketuban sudah pecah, koitus dilarang. Orgasme pada kehamilan tua dapat menyebabkan kontraksi uterus(Marmi, 2011).

7) Riwayat ketergantungan

Kebiasaan merokok, minum alkohol, dan kecanduan narkoba dapat mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan janin dan menimbulkan kelahiran dengan BBLR bahkan dapat menimbulkan cacat bawaan atau kelainan pertumbuhan dan perkembangan mental (Manuaba, 2012).

8) Data psikososial dan spritual

Seorang ibu dapat menyambut peristiwa ini dengan perasaan senang karena sebentar lagi ia akan melihat bayinya. Ibu dapat merasa cemas membayangkan bahwa melahirkan seorang anak akan terasa sangat sakit dan khawatir dan kemampuannya mengendalikan rasa nyeri. Sejalan dengan kemajuan persalinan, ibu dapat merasa kurang percaya diri terhadap kemampuan kopingnya menghadapi sifat kontraksi yang kuat yang mengendalikan tubuhnya (Manuaba, 2012).

2. Data Objektif

a. Pemeriksaan umum

Pemeriksaan umum dilakukan untuk mengetahui keadaan umum dan kesadaran, pengukuran tanda-tanda vital yang meliputi tekanan darah, suhu, nadi, dan pernafsan (Romauli, 2011a).

1) Keadaan umum

- a) Baik : Jika klien memperlihatkan respon yang baik terhadap lingkungan dan orang lain, serta secara fisik klien tidak mengalami ketergantungan dalam berjalan.
- b) Lemah : Klien dimasukkan dalam kriteria ini jika ia kurang atau tidak memberi respon yang baik terhadap lingkungan dan orang lain dan dia sudah tidak mampu berjalan sendiri (Sulistyawati, 2012).

2) Kesadaran

Untuk mendapatkan gambaran tentang kesadaran klien. Kita dapat melakukan pengkajian dari tingkat kesadaran mulai dari kompos mentis (kesadaran sepenuhnya normal), somnolens (kesadaran menurun), apatis (klien kelihatan sangat acuh untuk berhubungan dengan lingkungan), sopor komatis (keadaan seperti tertidur lelap namun ada respon terhadap nyeri), koma (klien dalam keadaan tidak sadar tidak ada respon dan tidak bisa dibangunkan) (Sulistyawati, 2012).

3) Tanda-tanda vital

a) Tekanan darah

Selama kontraksi uterus tekanan darah meningkat dengan kenaikan sistolik rata-rata 10-20 mmHg dan kenaikan diastolik rata-rata 5-10 mmHg. Diantar kontraksi uterus, tekanan darah

akan turun seperti sebelum masuk persalinan dan akan naik lagi bila terjadi kontraksi (Marmi, 2012).

Tekanan darah diukur setiap 2-4 jam, kecuali jika tidak normal. Tekanan darah meningkat selama kontraksi disertai peningkatan sistolik rata-rata 15 (10-20) mmHg dan diastolik rata-rata 5-10 mmHg. Pada waktu-waktu sebelum kontraksi, tekanan darah kembali ke tingkat sebelum persalinan. Dengan mengubah posisi tubuh dari terlentang ke posisi miring. Perubahan tekanan darah selama kontraksi dapat dihindari. Nyeri, rasa takut, dan kekawatiran meningkatkan tekanan darah (Sulistyawati, 2012).

b) Nadi

Untuk mengetahui fungsi jantung ibu, normalnya 80-90 X/menit (Marmi, 2011).

c) Suhu

Suhu tubuh yang normalnya $36,5-37,5^{\circ}\text{C}$. Bila suhu tubuh lebih dari $37,5^{\circ}\text{C}$ perlu diwaspadai adanya infeksi (Romauli 2011).

d) Pernafasan

Sedikit peningkatan frekuensi pernafasan masih normal selama persalinan mencerminkan peningkatan metabolisme yang terjadi. Normalnya pernafasan 16-24 X/menit (Marmi, 2011).

4) Antropometri

a) Tinggi badan

Tubuh yang pendek bisa menjadi faktor ganggaun genetik. Tinggi badan baru diukur pada saat ibu melakukan kunjungan awal. Batas normal tinggi badan ibu hamil yaitu > 145 cm (Marmi, 2011).

b) Berat badan

Sebagian besar penambahan berat badan selama kehamilan berasal dari uterus dan isinya. Kemudian dari volume darah dan cairan ekstraseluler. Diperkirakan selama kehamilan berat badan akan bertambah 12,5 kg (Saifuddin, 2011).

c) LILA

Lila kurang dari 23,5 cm merupakan indikator untuk status gizi ibu kurang/buruk, sehingga beresiko untuk melahirkan bayi BBLR (Romauli 2011).

5) Pemeriksaan Fisik

a) Kepala

Menilai warna rambut klien bersih/kotor adanya ketombe/tidak, serta adanya rambut rontok atau tidak (Manuaba, 2012).

b) Muka

Apakah ada oedema atau tidak, sianosis atau tidak.

c) Mata

Bentuk simetris, konjungtiva normal warna merah muda, bila pucat menandakan anemia. Sklera normal berwarna putih, bila kuning menandakan ibu mungkin terinfeksi hepatitis, bila merah kemungkinan ada *konjungtivitis*. Kelopak mata yang bengkak kemungkinan adanya *pre eklampsia* (Romauli 2011).

d) Hidung

Untuk mengetahui simetris atau tidak, bersih atau tidak, ada polip atau tidak, ada pernafasan dari cuping hidung atau tidak (Romauli 2011).

e) Mulut dan gigi

Wanita yang bersalin biasanya mengeluarkan bau napas yang tidak sedap, mulut kering, bibir kering atau pecah-pecah, terutama jika ia bersalin selama berjam-jam tanpa mendapat cairan oral dan perawatan mulut (Romauli 2011).

f) Telinga

Untuk mengetahui ketajaman pendengaan, letak, bentuk, tonjolsn lesi, adanya serumen (Romauli 2011).

g) Leher

Apakah vena terbenbung di leher (misalnya pada penyakit jantung), apakah kelenjar gondok membesar atau kelenjar limfa membengkak.

h) Dada

(1) Paru-paru

Normalnya apabila tidak ada retraksi dinding dada, tidak ada wheezing, ronki, tidak ada nyeri tekan, tidak ada masa abnormal (Romauli 2011).

(2) Jantung

Jantung normal tidak berdetak cepat, bunyinya lub dup-lup dup, tidak terdengar suara mur-mur.

(3) Payudara

Bentuknya simetris , hiperpigmentasi pada areola, puting susu bersih dan menonjol, ada tidaknya benjolan atau masa pada payudara(Romauli 2011).

i) Abdomen

Lihat bentuk, bekas operasi , striae gravidarum livide/albican, TFU, linea, hasil pemeriksaan leopold, TBJ, DJJ, palpasi kandung kemih (Sulistyawati, 2012).

Pemeriksaan abdomen digunakan untuk :

(1) Untuk menentukan tinggi fundus uteri (pastikan pengukuran dilakukan pada saat uterus tidak sedang berkontraksi).

(2) Menentukan kontraksi uterus, pemantauan kontraksi uterus dilakukan waktu 10 menit.

Kontraksi uterus harus dievaluasi tidak hanya frekuensi, durasi serta intensitasnya namun juga hubungan tiga faktor tersebut (Sulistyawati, 2012). Adanya his dalam persalinan dapat dibedakan menjadi beberapa antara lain sebagai berikut :

(1) Kala I

Kala I dalam persalinan dimulai sejak terjadinya kontraksi uterus mulai : kuat dan teratur (frekuensi dan kekuatan) dan pembukaan serviks sehingga mencapai pembukaan lengkap (10 cm). Kala I persalinan terdiri dari fase laten dan fase aktif (Marmi, 2011).

(2) Kala II

Pada kala II his menjadi lebih kuat dan lebih cepat kira-kira 2 sampai 3 menit sekali. Persalinan kala II dimulai sejak pembukaan serviks lengkap dan berakhir dengan kelahiran bayi. Kala II juga disebut dengan kala pengeluaran bayi (Sulistyawati, 2012).

(3) Kala III

Setelah bayi lahir, uterus akan teraba keras dengan fundus uteri agak diatas perut. Beberapa menit kemudian uterus berkontraksi lagi untuk melepaskan plasenta dari dindingnya (Sulistyawati, 2012).

(4) Kala IV

Persalinan kala IV dimulai setelah lepasnya plasenta dan berakhirnya 2 jam setelah persalinan. Kontraksi lemah, masih sedikit terasa nyeri, pengecilan rahim dalam beberapa jam atau hari (Mochtar, 2012).

j) Genetalia

Tanda-tanda inpartu pada vagina terdapat pengeluaran pervaginam berupa *bloody slym*, tekanan pada anus, perineum menonjol, vulva membuka sebagai tanda gejala kala II. Pada genetalia dilakukan pemeriksaan adanya luka atau massa termasuk kondilomata, varikosis vulva atau rektum, adanya perdarahan pervaginam, cairan ketuban dan adanya luka parut di vagina. Luka parut di vagina mengindikasikan adanya riwayat robekan perineum atau tindakan episiotomi sebelumnya (Sulistyawati, 2012).

k) Anus

Kemajuan kepala janin menjelang persalinan akan menyebabkan penonjolan pada rektum (Sulistyawati, 2012).

h) Ekstermitas

Terutama pemeriksaan reflek lutut. Reflek lutut negatif pada hipovitaminose dan penyakit urat saraf. Edema ekstremitas merupakan tanda klasik pre eklampsia, bidan harus memeriksa dan mengevaluasi pada pergelangan kaki, area pretibia, atau jari. Edema pada kaki dan pergelangan kaki biasanya merupakan edema dependen yang

disebabkan oleh penurunan aliran darah vena akibat uterus yang membesar (Marmi, 2011).

6) Pemeriksaan khusus

a) Palpasi

Palpasi adalah perabaan untuk menentukan seberapa besar bagian kepala janin yang terpalpasi di atas pintu panggul untuk menentukan seberapa jauh terjadinya *engagement*, mengidentifikasi punggung janin untuk menentukan posisi, dan menentukan letak bokong dan kepala dan presentasi janin (Sulistyawati, 2012).

Pemeriksaan palpasi dilakukan dengan metode:

- (1) Leopold I : Untuk mengetahui TFU dan bagian apakah yang ada di fundus.
- (2) Leopold II : untuk mengetahui apakah bagaian janin berada disebelah kanan kiri.
- (3) Leopold III : Untuk mengetahui apakah janin bagian terbawah janin, bokong atau kepala.
- (4) Leopold IV : Untuk mengetahui apakah bagian terbawah janin sudah masuk PAP atau belum

(Kumalasari, 2015)

Cara menghitung TFU :

Menghitung TFU menggunakan rumus Mc.Donald menggunakan metode untuk menaksir berat badan janin dengan pengukuran tinggi fundus uteri yaitu mengukur jarak antar tepi atas tulang kemaluan (*simfisis osis pubis*) sampai ke puncak rahim (*fundus uteri*) dengan mengikuti lengkungan uterus, memakai pita pengukur. Rumus Mc.

Doland dapat dikatakan jarak dibagian atas tulang kemaluan (*simfisis osis pubis*) ke puncak rahim (*fundus uteri*) dalam centimeter dikurang 11 dan 12 hasilnya dikalikan 155 didapatkan berat badan janin dalam gram. Penggunaan 11 atau 12 tergantung dari posisi kepala bayi. Jika kepala diatas atau pada spina isciadika maka dikurang 12, jika kepala dibawah spina isciadika maka dikurang 11 (Manuaba, 2012).

Cara menentukan TBJ (tafsiran berat janin)

Untuk mengetahui TBJ dalam gram perlu diketahui apakah kepala sudah masuk PAP atau belum.

Rumus

$$TBJ = (TFU \text{ dalam cm} - n) \times 155 = \dots \text{gram}$$

n : posisi kepala masih diatas spina isciadika atau bawah. Bila diatas (-12) dan dibawah (-11).

b) Auskultasi

Denyut jantung janin berbunyi ganda tetapi lebih cepat dibandingkan bunyi jantung orang biasa. DJJ normal harus berada pada rentang 110-160 x/menit. DJJ harus dihitung cukup lama untuk menentukan perubahan pada frekuensi dan irama. Untuk menentukan nilai dasar, DJJ harus didengarkan selama 60 detik penuh. Jika takikardia atau *bradikardia* terdeteksi, auskultasi harus dilakukan lebih sering. Irama yang tidak teratur harus dikaji lebih lanjut melalui *ultrasonografi* atau *kardiografi* menyingkirkan dugaan *artifak* atau menentukan tipe *disritmia* yang terjadi (Sulistyawati, 2012).

c) Pemeriksaan dalam

Pemeriksaan dalam sebaiknya dilakukan setiap 4 jam sekali selama kala I persalinan dan setelah selaput ketuban pecah, cacat pada jam berapa diperiksa dan sudah pembukaan berapa. Pada pemeriksaan dalam evaluasi bagaimana keadaan *porsio*, *dilatasi* serviks, presentasi, penurunan kepala, ketuban dan apakah teraba bagian-bagian kecil.

(1) Menilai cairan vagina dan menentukan bercak darah serta perdarahan pervagina atau mekonium :

(a) Jika ada perdarahan pervagina dilarang melakukan pemeriksaan dalam.

(b) Jika ketuban sudah pecah, perhatikan warna dan bau air ketuban, lihat warna mekonium kekentalan dan pemeriksaan DJJ.

(c) Jika mekonium encer dan DJJ dengan seksama menurut petunjuk patograf.

(d) Jika mekonium kental nilai DJJ dan merujuk.

(e) Jika tercium bau busuk mungkin telah terjadi tanda infeksi.

(f) Jika ketuban belum pecah jangan melakukan amniotomi.

(2) Mengidentifikasi adanya riwayat robekan perineum atau tindakan episiotomi sebelumnya. Hal ini merupakan informasi penting untuk menentukan tindakan pada saat kelahiran.

(3) Menilai pembukaan dan penipisan serviks.

(4) Memastikan tali pusat dan bagian-bagian kecil (tangan atau kaki) tidak teraba saat melakukan pemeriksaan dalam.

(5) Menilai penurunan bagian terbawah janin dan menentukan bagian yang masuk kedalam rongga panggul. Bidang hodge tersebut antara lain :

(a) Hodge I : Bidang yang dibentuk pada lingkaran PAP dengan bagian atas simfisis dan promotorium.

(b) Hodge II : Bidang yang sejajar dengan hodge I setinggi bawah simfisis.

(c) Hodge III : Bidang yang sejajar dengan Hodge I dan II setinggi spina isciadika kanan dan kiri.

(d) Hodge IV : Bidang sejajar hodge I,II,III terletak setinggi os koksigues (Sulistyawati, 2012).

d) Pemeriksaan panggul dalam

Pemeriksaan ini dilakukan pada saat usia kehamilan 36 minggu. Pemeriksaan dilakukan dengan cara vaginal toucher (VT), caranya pemeriksa (dokter atau bidan) memasukkan jari (jari telunjuk dan tengah) kejalan lahir hingga menyentuh bagian tulang belakang atau promotorium. Kemudian hitung jarak minimal antara tulang kemaluan dan promotorium adalah

11 cm. Jika kurang, maka dikategorikan panggul sempit (Saifuddin, 2011).

7) Pemeriksaan penunjang

a) Pemeriksaan darah

(1) Hemoglobin (Hb)

Pemeriksaan darah dilakukan minimal 2 kali selama kehamilan yaitu pada trimester I dan III (Marmi, 2011).

- (a) Hb 11 g% : tidak anemia
- (b) Hb 9-10 g% : anemia ringan
- (c) Hb 7-8 g% : anemia sedang
- (d) Hb < 7 g% : anemia berat.

(2) Golongan darah

Golongan darah ABO dan faktor rhesus. Ibu dengan rhesus negatif berisiko mengalami keguguran dan trauma uterus harus diberikan anti-gammaglobulin D dalam beberapa hari setelah pemeriksaan. jika hasil menunjukkan peningkatan respon antibodi, harus dilakukan pemeriksaan yang lebih sering dalam rangka merencanakan penatalaksanaan pengobatan oleh spesialis Rhesus (Marmi, 2011).

b) Urine

Pemeriksaan yang dilakukan adalah reduksi urine dan kadar albumin dalam urine sehingga diketahui apakah ibu menderita pre eklampsi/tidak. Urine yang dikeluarkan selama persalinan harus diperiksa untuk adanya glukosa, keton dan protein.

Keton dapat terjadi akibat kelaparan atau distress maternal jika semua energi yang ada telah terpakai. Jejak protein bisa jadi merupakan kontaminan setelah ketuban pecah atau tanda infeksi urinaria, tetapi proteinuria yang lebih signifikan dapat mengindikasikan adanya pre eklampsia (Sulistyawati, 2012).

c) Ultrasonografi

Dibandingkan dengan pemeriksaan rotgen, USG tidak berbahaya untuk janin karena memakai prinsip sinar (bunyi). Jadi boleh dipergunakan pada kehamilan muda. Pada layar dapat dilihat letak, gerakan, detak jantung janin (Marmi, 2011).

B. Diagnosa Kebidanan

Menurut keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang standar asuhan kebidanan. Bidan menganalisa data yang diperoleh dari hasil pengkajian, menginterpretasikan data secara akurat dan logis untuk

menegakkan diagnosa dan masalah kebidanan yang tepat dengan kriteria :

1. Diagnosa sesuai dengan nomenklatur kebidanan.
2. Masalah dapat diselesaikan sesuai dengan kondisi pasien.
3. Dapat diselesaikan dengan asuhan kebidanan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan.

Diagnosa : G>1P0/> UK 36-40 minggu, tunggal, hidup, intrauteri, situs bujur, habitus fleksi, puka/puki, preskep, kepala sudah masuk PAP, keadaan janin lahir normal, KU ibu dan janin baik.

Inpartu :

- 1) Kala I fase laten dengan kemungkinan masalah cemas menghadapi persalinan. Kala I fase laten akselerasi/dilatasi maksimal dengan kemungkinan masalah ketidaknyamanan menghadapi proses persalinan (Varney, 2007).
- 2) Kala II dengan kemungkinan masalah :
 - a) Keletihan
 - b) Infeksi
 - c) Kram tungkai
- 3) Bayi baru lahir cukup bulan, sesuai masa kehamilan ,KU baik (Kemenkes No 938/Menkes/SK/VIII/2007) tentang standar asuhan kebidanan.
- 4) P> 1 kala III persalinan,KU ibu dan bayi baik, prognosa dengan baik kemungkinan masalah retensio plsentia.

- 5) P>1 kala IV persalinan, KU ibu dan bayi baik, prognosa baik dengan kemungkinan masalah yang terjadi (Manuaba, 2012).

C. Perencanaan

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang standar asuhan kebidanan. Bidan merencanakan asuhan kebidanan berdasarkan diagnosis dan masalah yang ditegakkan. Dengan kriteria :

1. Rencana tindakan disusun berdasarkan prioritas masalah dan kondisi klien, tindakan segera, tindakan antisipasi dan asuhan secara komprehensif.
 - a. Melibatkan pasien dan keluarga
 - b. Mempertimbangkan kondisi psikologi, sosial budaya klien/keluarga.
 - c. Memilih tindakan yang memenuhi kondisi dan kebutuhan klien berdasarkan keadaan dan memastikan bahwa asuhan yang diberikan bermanfaat untuk klien.
 - d. Mempertimbangkan kebijakan dan peraturan yang berlaku. Sumber daya serta fasilitas yang ada.
2. **Diagnosa** : G>1P0/> UK 36-40 minggu, tunggal, hidup, intrauteri, situs bujur, habitus fleksi, puka/puki, preskep, kepala sudah masuk PAP, keadaan janin lahir normal, KU ibu dan janin baik, inpartu kala I fase laten/aktif.

Tujuan : Proses persalinan berjalan dengan normal ibu dan bayi sehat.

Kriteria :

1) KU baik, kesadaran composmenstis.

2) TTV dalam batas normal

TD : 100/60,130/90 mmHg.

S : 36-37,5°C

N : 80-100 kali/menit

R : 16-24 kali/menit

3) His minimal 2kali tiap 10 menit dan berlangsung sedikitnya 40 detik

4) Kala I pada primigravida < 13 jam sedangkan pada multigravida < 7 jam

5) Kala II pada primigravida < 2 jam sedangkan pada multigravida < 1 jam.

6) Bayi lahir spontan, menangis kuat, gerak aktif.

7) Kala III pada primigravida < 30 menit sedangkan multigravida < 15 menit.

8) Palsenta lahir spontan lengkap

9) Perdarahan < 500 cc.

Intervensi :

60 langkah Asuhan Persalina

Kala I

1. Jelaskan pada ibu dan keluarga tentang hasil pemeriksaan.

2. Anjurkan ibu untuk melakukan teknik relaksasi ketika ada his yaitu dengan cara mengambil nafas dalam dari hidung dan mengeluarkan dari mulut setelah masing-masing kontraksi.
3. Observasi sesuai patograf yang meliputi : His, DJJ, ketuban, pembukaan, penurunan kepala dan tanda-tanda vital ibu.
4. Anjurkan ibu untuk mencari posisi nyaman pada saat bersalin yaitu miring kiri serta anjurkan untuk tidak tidur terlentang.
5. Berikan asupan nutrisi pada ibu dengan memberikan makanan dan minuman.
6. Anjurkan ibu untuk BAB atau BAK jika terasa.
7. Jaga privasi ibu dengan menutup pintu,jendela, serta kelambu tempat bersalin.
8. Jaga kebersihan dan kondisi ibu agar tetap kering.
9. Tunggu pembukaan lengkap jika telah memasuki kala II segera pimpin persalinan secara sesuai standar asuhan kebidanan persalinan normal.

Kala II

1. Memastikan adanya tanda gejala kala II (doran,teknus,perjol,vulka).

2. Memastikan perlengkapan peralatan, bahan dan obat-obatan esensial yang digunakan untuk menolong persalinan dan menangani komplikasi ibu dan bayi baru lahir.
3. Memakai celemek.
4. Melepas dan menyimpan semua perhiasan yang dipakai, dan mencuci tangan dengan sabun dan air bersih yang mengalir kemudian keringkan tangan dengan handuk pribadi yang bersih dan kering (Saifuddin, 2014).
5. Memakai sarung tangan DTT pada tangan yang akan digunakan untuk periksa dalam.
6. Memasukkan oksitosin kedalam tabung suntik (gunakan tangan yang sudah memakai sarung tangan DTT dan pastikan tidak terkontaminasi pada alat suntik).
7. Membersihkan vulva dan perineum dengan kapas basah dengan vulva ke perineum.
8. Melakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan pembukaan sudah lengkap.
9. Dekontaminasi sarung tangan dengan kedaan terbalik kedalam wadah larutan klorin 0,5% selama 10 menit kemudian cuci tangan.
10. Melakukan pemeriksaan DJJ setelah kontraksi uterus selesai (pastikan DJJ dalam batas normal 120-160 x/menit).
11. Memberitahu ibu pembukaan sudah lengkap, keadaan janin baik, dan meminta ibu untuk meneran apabila ada his.

12. Meminta keluarga untuk membantu ibu untuk menyiapkan posisi yang nyaman yaitu bantu ibu stengah duduk.
13. Melakukan pimpinan meneran pada saat ibu ada dorongan yang kuat untuk meneran.
14. Anjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok, atau mengambil posisi yang nyaman, jika ibu belum merasakan ada dorongan untuk meneran dalam 60 menit.
15. Letakkan handuk bersih (untuk mengeringkan bayi) diperut ibu, jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm.
16. Meletakkan kain bersih 1/3 dibawah bokong ibu.
17. Buka partus setcek kelengkapan alat dan bahan.
18. Pakai sarung tangan DTT pada kedua tangan.
19. Setelah tampak kepala janin di vulva dengan diameter 5-6 cm, maka lindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi kain bersih dan kering. Tangan yang lain menahan kepala bayi. Anjurkan ibu untuk meneran perlahan atau bernafas cepat dan dangkal.
20. Memeriksa adanya lilitan tali pusat pada leher janin.
21. Menunggu kepala janin putar paksi luar.
22. Setelah kepala sudah paksi luar, pegang secara biparetal. Anjurkan ibu untuk meneran saat kontraksi, dengan lembut gerakan kepala kearah bawah dan distal hingga bahu depan

muncul dibawah arkus pubis dan kemudian gerakan kearah atas dan distal untuk melahirkan bahu belakang.

23. Setelah bahu lahir geser tangan bawah untuk kepala dan bahu,gunakan tangan atas untuk menelusuri dan memegang lengan dan siku sebelah atas.

24. Setelah tubuh dan lengan lahir, penelusuran lengan atas dilanjutkan ke punggung, bokong, tungkai dan kaki. Pegang kedua mata kaki (masukkan telunjuk diantara kaki dan pegang masing-masing mata kaki ibu jari dan jari lainnya.

25. Lakukan penilaian bayi baru lahir.

26. Keringkan bayi mulai dari muka, kepala, dan bagian tubuh lainnya kecuali bagian tangan tanpa membersihkan verniks. Ganti handuk yang keringg, bayi diatas perut ibu. Hipotermi mudah terjadi pada bayi yang tubuhnya dalam keadaan basah atau tidak segera dikeringkan atau diselimuti walaupun berada didalam ruangan yang relatif hangat.

27. Memeriksa kembali uterus untuk memastikan tidak ada lagi bayi kedua dalam uterus (janin tunggal).

28. Memberitahu ibu bahwa ibu akan disutik oksitosin agar uterus berkontraksi baik.

Kala III

29. Dalam waktu 1 menit, setelah bayi lahir suntikkan oksitosin 10 IU secara IM di 1/3 paha atas bagian distal lateral (lakukan aspirasi sebelum menyuntikkan oksitosin).
30. Dalam waktu 2 menit bayi baru lahir, jepit tali pusat dengan klem kira-kira 3 cm dari pusat bayi. Dorong isi tali pusat kearah distal (ibu) dan jepit kembali tali pusat pada 2cm distal dari klem pertama.
31. Lakukan pemotongan tali pusat dan pengikatan tali pusat.
32. Letakkan bayi agar ada kontak kulit ibu ke kulit bayi.
33. Pindahkan klem tali pusat hingga jarak 5-10 cm dari vulva.
34. Letakkan satu tangan diatas akin pada perut ibu, ditep atas simfisi, untuk mendeteksi,tangan lain menegangkan tali pusat.
35. Setelah uterus berkontraksi, tegangkan tali pusat kearah belakang atas(dorso kranial) secara hati-hati (untuk mencegah inversio uteri). Jika plasenta tidak lahir setelah 30 menit, hentikan penegangan tali pusat dan tunggu hingga timbul kontraksi berikutnya, dan ulangi prosedur diatas.
36. Lakukan penegangan dan dorongan dorso kranial hingga plasenta terlepas, minta ibu meneran sambil penolong menarik tali pusat dengan arah sejajar lantai kemudian

kearah atas, mengikuti proses jalan lahir (tetap dilakukan tekanan dorso kranial).

- a. Jika tali pusat bertambah panjang pindahkan klem hingga jarak 5-10 cm dari vulva melahirkan plasenta.
- b. Jika plasenta tidak lepas setelah 15 menit menengangkan tali pusat.
- c. Beri dosis ulang oksitosin 10 IU.
- d. Lakukan katektisasi (aseptik) jika kandung kemih penuh.
- e. Minta keluarga untuk menyiapkan rujukan.
- f. Ulangi penengangan tali pusat 15 menit berikutnya.
- g. Jika plasenta tidak lahir dalam 30 menit setelah bayi lahir atau bila terjadi perdarahan, segera lakukan plasenta manual.

37. Saat plasenta manual diintroitus vagina lahirkan plasenta dengan kedua tangan. Pegang dan putar hingga selaput ketuban terpelintir kemudian dilahirkan dan ditempatkan plasenta dalam wadah yang sudah disediakan. Jika selaput ketuban robek, pakai sarung tangan DTT atau steril untuk melakukan eksplorasi sisa selaput kemudian gunakan jari-jari tangan atau klem DTT atau steril untuk mengeluarkan selaput yang tertinggal, rangsangan taktil (masase uterus).

38. Segera setelah plasenta dan selaput ketuban lahir, lakukan masase uterus, letakkan telapak tangan difundus dan lakukan masase dengan gerakan melingkar dengan lembt

hingga uterus berkontraksi (fundus teraba keras). Lakukan tindakan yang diperlukan jika uterus tidak berkontraksi setelah 15 detik.

39. Periksa kedua sisi plasenta dan pastikan selaput ketuban lengkap dan utuh. Masukkan plasenta kedalam wadah plasenta atau kantong plastik atau tempat khusus.

40. Evaluasi kemungkinan laserasi pada vagina dan perineum. Lakukan penjahitan bila ada laserasi.

Kala IV

Menilai perdarahan

41. Pastikan uterus berkontraksi baik dan tidak terjadi perdarahan.

42. Mencecupkan sarung tangan kedalam larutan klorin dan melepasnya secara terbalik.

43. Mengecek dan memastikan kandung kemih kosong.

44. Mengajarkan ibu dan keluarga cara masase uterus dan menilai kontraksi.

45. Mengevaluasi dan mengansumsi jumlah darah yang keluar.

46. Memantau tekanan darah 15 menit, menghitung nadi.

47. Priksa kembali bayi untuk mrmastikan bayi bernafas dengan baik (40-60x/menit) serta shu normal (36⁰C-37⁰C).

48. Tempatkanlah suatu peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5 % untuk dekontaminasi (10 menit) lalu cucikan bilas.
49. Buang bahan yang terkontaminasi ditempat sampah yang sesuai.
50. Bersihkan ibu dengan air DTT, bersihkan sisa cairan ketuban dan darah. Bantu ibu memakaikan pakaian bersih dan kering.
51. Pastikan ibu merasa nyaman, bantu ibu memberikan ASI. Anjurkan keluarga untuk memberikan ibu makanan dan minuman yang diinginkan ibu.
52. Dekontaminasi tempat bersalin dengan larutan klorin 0,5%.
53. Celupkan sarung tangan kotor kedalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit.
54. Cuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir.
55. Memakai sarung tangan DTT.
56. Lakukan pemeriksaan fisik bayi baru lahir.
57. Memberikan imunisasi Hb pada bayi.
58. Melepas sarung tangan.
59. Melakukan cuci tangan dengan sabun dan air mengalir.
60. Melengkapi patograf (halaman depan dan belakang) priksa tanda-tanda vital dan kala IV (Sulistyawati, 2012).

3. Masalah

1) Masalah kala I

a) Masalah 1 : Cemas menghadapi persalinan

Tujuan : Mengurangi rasa takut dan cemas selama persalinan

Kriteria : ibu tampak tegang.

Intervensi :

(1) Jelaskan fisiologis persalinan pada ibu

R/ proses persalinan merupakan proses yang panjang sehingga diperlukan pendekatan.

(2) Jelaskan proses dan kemajuan persalinan

R/ ibu bersalin memerlukan penjelasan mengenai kondisi dirinya.

(3) Jelaskan prosedur dan batasan tindakan yang dilakukan

R/ ibu paham untuk dilakukan prosedur yang dibutuhkan dan memahami batasan tertentu yang diberlakukan.

b) Masalah 2 : kala 1 memanjang

Tujuan : untuk mempercepat kala 1

Kriteria : ibu tidak merasa cemas

Intervensi (Marmi, 2012) :

(1) Beri dukungan kepada ibu selama proses persalinan

R/ mengurangi kecemasan kepada ibu.

(2) Pemberian cairan sedikitnya 2500 ml per hari

R/ dehidrasi ditandai dengan adanya aseton dalam urine harus dicegah.

(3) Pengosongan kandung kemih

R/ mengurangi resiko nyeri yang berlebihan.

(4) Pemeriksaan rectum atau vagina harus dikerjakan dengan frekuensi sekecil mungkin.

R/ pemeriksaan ini dilakukan 4 jam sekali untuk menghindari memnyakiti klien dan mengurangi resiko infeksi. Setiap pemeriksaan harus dilakukan dengan maksud yang jelas.

(5) Apabila kontraksi tidak adekuat

R/ menganjurkan ibu untuk mobilisasi dengan berjalan dan mengubah posisi dalam persalinan.

Rehidrasi melalui infus atau minum. Merangsang puting susu ibu. Melakukan penilaian frekuensi kontraksi berdasarkan patograf.

c) Masalah 3 : ketidaknyamanan menghadapi proses persalinan

Tujuan : ibu merasakan nyaman terhadap proses persalinan

Kriteria : nyeri punggung berkurang, ibu tidak cemas lagi, ibu tenang.

Intervensi (Marmi, 2012):

(1) Hadirkan orang terdekat atau keluarga

R/kehadiran orang terdekat mampu memberikan kenyamanan psikologis dan mental ibu yang akan menghadapi persalinan.

(2) Berikan sentuhan fisik misalnya pada tungkai

R/ sentuhan fisik yang diberikan kepada ibu dapat menentramkan dan menenangkan ibu.

(3) Berikan usapan punggung

R/ usapan punggung meningkatkan relaksasi

(4) Pengipasan dan penggunaan handuk sebagai kipas

R/ ibu bersalin menghasilkan banyak keringat karena mengeluh kepanasan.

2) Masalah kala II

a) Kekurangan cairan

Tujuan : agar tidak terjadi dehidrasi

Kriteria: nadi 80-100 kali/menit, urin jernih produksi urin 300 cc/jam.

Intervensi (Sulistyawati, 2012):

(1) Anjurkan ibu untuk minum

R/ ibu yang menghadapi persalinan akan menghasilkan pangs sehingga memerlukan kecukupan air.

(2) Jika dalam satu jam dehidrasi tidak teratasi, pasang infus menggunakan jarum dengan diameter 16/18 G dan berikan RL a

R/ pemberian cairan intravena akan cepat diserap oleh tubuh.

(3) Segera rujuk kefasilitas yang memiliki kemampuan penatalaksanaan kegawatdaruratan obstetrik dan bayi baru lahir

R/ rujukan pada ibu dengan kekurangan cairan dapat meminimalkan resiko terjadinya dehidrasi.

b) Infeksi

Tujuan : agar tidak terjadi infeksi

Kriteria : nadi dalam batas normal 80-100 kali/menit, suhu 36-37,5°C, KU baik, cairan ketuban atau cairan vagina tidak berbau.

Intervensi (Sulistyawati, 2012) :

(1) Baringkan miring ke kiri

R/ tidur miring ke kiri mempercepat penurunan kepala janin sehingga mempersingkat waktu persalinan.

(2) Pasang infus

R/ salah satu tanda infeksi adanya peningkatan suhu tubuh, suhu tubuh yang meningkat menyebabkan dehidrasi.

(3) Berikan amoxicillin 2 gram / oral

R/ antibiotik mengandung senyawa aktif yang mampu membunuh bakteri dengan mengganggu sintesis protein pada bakteri penyebab penyakit.

(4) Segera rujuk kefasilitas kesehatan yang memiliki sarana fasilitas yang lengkap

R/ infeksi yang tidak segera tertangani akan berkembang kearah syo yang menyebabkan terjadinya kegawatdarutan ibu dan janin.

c) Kram tungkai kaki

Tujuan : agar tidak terjadi kram tungkai

Kriteria : sirkulasi darah lancar

Intervensi :

(1) Luruskan tungkai ibu bersalin

R/ meluruskan tungkai dapat memperlancar peredaran darah ke ekstermias bawah.

(2) Atur posisi ibu feleksi

R/ relaksasi yang dilakukan secara bergantian dengan dorso fleksi kaki dapat mempercepat peredaan nyeri.

(3) Jangan lakukan pemijitan pada tungkai

R/ tungkai wanita tidak boleh dipijit sebab resiko trombi tanpa sengaja dapat lepas.

3) Masalah kala III

a) Retensio plasenta

Tujuan : plasenta agar dapat dilahirkan dengan lengkap

Kriteria : tidak ada plasenta yang tertinggal

Intervensi (Nur Amellia, 2018):

(1) Plasenta dalam uterus selama 30 menit dan terjadi perdarahan berat, pasang infus dan berikan RL dengan 20 unit oksitosin.

(2) Coba lakukan plasenta manual dan lakukan penanganan lanjut.

(3) Bila tidak memiliki syarat plasenta manual di tempat atau tidak kompeten maka segera rujuk ibu bersalin ke fasilitas terdekat dengan kegawatdaruratan obsteric.

(4) Dampingi ibu ke tempat rujukan

(5) Tawarkan bantuan walau ibu telah dirujuk dan mendapat pertolongan ke fasilitas kesehatan rujukan.

b) Tejadi avulsi tali pusat

Tujuan : avulsi tidak terjadi, plasenta lahir lengkap

Intervensi (Nur Amellia, 2018). :

(1) Palpasi uterus melihat kontraksi minta ibu meneran pada setiap kontraksi

- (2) Saat plasenta terlepas, lakukan pemeriksaan dalam dengan hati-hati, jika mungkin cari talinpusat dan keluarkan plasenta dari vagina sambil melakukan tekanan dorso-kranial pada uterus.
- (3) Setelah plasenta lahir, lakukan masase uterus dan priksa plasenta

Jika plasenta belum lahir dalam 30 menit, tangani sebagai retensio plasenta.

4) Masalah kala IV

a) Atonia uteri

Tujuan : antonia uteri dapat teratasi

Kriteria : kontraksi uterus baik, jeras, dan bundar serta perdarahan <500 cc

Intervensi (Sulistyawati, 2012) :

- (1) Segera lakukan kompresi bimanual internal (KBI) selama 5 menit dan lakukan evaluasi apakah uterus berkontraksi dan perdarahan berkurang.
- (2) Jika kontraksi tidak berkontraksi terus eluar perdarahan , jarkan keluarga untuk mrlakukan kompresi bimanual eksterna. Serukan suntikan 0,2 mg ergometrin IM dan minosoprol 600-1000 mg rectal dan pasang infus dan berkan 500 cc larutan RL yang mengandunf 20 unit oksitosin.

(3) Jika uterus belum berkontraksi dan perdarahan masih keluar ulangi KBE.

(4) Jika uterus tidak berkontraksi selama 2-3 menit rujuk ibu ke fasilitas kesehatan yang mampu melakukan tindakan operasi dan transfusi darah.

(5) Dampingi ibu selama merujuk, lakukan tindakan KBI dan infus cairan hingga ibu tiba di tempat rujukan.

b) Robekan jalan lahir, perineum atau serviks

Tujuan : robekan vagina, perineum atau serviks dapat teratasi

Kriteria :

(1) Vagina perineum atau serviks dapat dijahit dengan baik

(2) Perdarahan < 500 cc

Intervensi (Sulistyawati, 2012) :

(a) Lakukan pemeriksaan secara hati-hati untuk memastikan laserasi yang timbul

(b) Jika terjadi laserasi derajat 1 dan menimbulkan perdarahan aktif atau derajat 2 lakukan penjahitan

(c) Jika laserasi derajat tiga atau empat atau robekan serviks :

1) Pasang infus dan berikan RL

- 2) Pasang tampon unruk mengurangi perdarahan yang keluar.
- 3) Segera rujuk ibu ke fasilitas dengan kemampuan gawat darurat obstetric
- 4) Dampingi ibu ke tempat rujukan.

c) Sub involusi

Tujuan : agar tidak terjadi sub involusi uteri

Kriteria : sub involusi dapat tertangani dengan baik.

Intervensi (Sulistyawati, 2012) :

- (1) Memberitahu ibu tentang hasil pemeriksaan. berdasarkan hasil pemeriksaan ibu dalam kondisi kurang baik. Pengeluaran cairan dari jalan lahir masih berwarna dan berbau menyengat yang dialami oleh ibu adalah sub involusi dimana proses mengcilnya uterus terganggu.
- (2) Memberitahu ibu untuk membuang air kecil supaya mengkosongkan kandung kemih.
- (3) Melakukan inform consent untuk menyetujui tindakan pemasangan infus dan rujukan ke rumah sakit.
- (4) Memasang infus RL agar ibu tidak mengalami dehidrasi atau lemah
- (5) Memberikan suntikan ergometrin 0,5 mg intramuskular.

(6) Menganjurkan ibu untuk melakukan masase/ pijit pada perut bagian bawah untuk merangsang kontraksi.

(7) Merujuk ibu kerumah sakit untuk mendapatkan penanganan yang tepat.

D. Implementasi

Menurut keputusan menteri kesehatan RI nomor 938/Menkes/SK/VII/2017 tentang standar asuhan kebidanan.

Bidan melakukan rencana asuhan kebidanan secara *komprehensif, efektif, efisien* dan aman berdasarkan *evidence based* kepada klien atau pasien, dalam bentuk upaya *promotive, preventif, kuratif* dan *regabilitatif*. Dilaksanakan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan dengan kriteria hasil sebagai berikut :

1. Memperhatikan keunikan klien sebagai makhluk bio-psiko-sosialspiritual-kultural.
2. Setiap tindakan asuhan harus mendapatkan persetujuan dan klien atau pun keluarga.
3. Melakukan tindakan asuhan kebidanan berdasarkan *evidence based*.
4. Melibatkan pasien
5. Melaksanakan prinsip pencegahan infeksi
6. Meningkatkan perkembangan kondisi klien secara berkesinambungan

7. Menggunakan sumber daya, saran dan fasilitas yang ada dan sesuai
8. Melakukan tindakan yang sesuai dengan standar
9. Mencatat semua tindakan yang telah dilakukan
10. Menjaga privasi klien.

E. Evaluasi

Menurut keputusan menteri kesehatan RI nomor 938/Menkes/SK/VII/2017 tentang standar asuhan kebidanan.

Bidan melakukan evaluasi serta sistematis dan berkesinambungan untuk melihatkan keefektifan dari asuhan yang suda diberikan, sesuai dengan perubahan perkembangan kondisi klien. Dengan kriteria :

1. Penilaian dilakukan segera setelah selesai melaksanakan asuhan sesuai kondisi klien.
2. Hasil evaluasi segera dicatat dan didokumentasikan pada klien dan keluarga.
3. Evaluasi dilakukan sesuai dengan standar.
4. Hasil evaluasi ditindak lanjuti sesuai dengan kondisi klien.

2.2.3. Konsep Dasar Asuhan Kebidanan Nifas

A. Pengkajian Data

Pengkajian data merupakan proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi data mengidentifikasi status kesehatan klien (Varney, 2007). Pengkajian dilakukan dengan pengumpulan semua data yang

diperlukan untuk mengevaluasi keadaan klien secara lengkap (Romauli 2011).

1. Data Subjektif

a. Biodata

1) Nama

Nama jelas dan lengkap, bila perlu panggilan sehari-hari agar tidak terjadi kesalahan dalam memberikan penanganan (Romauli 2011).

2) Umur

Untuk mengetahui masa reproduksi klien beresiko tinggi atau tidak, < 16 tahun atau > 35 tahun (Romauli 2011).

3) Agama

Untuk mengetahui keyakinan pasien tersebut untuk membimbing atau mengarahkan pasien dalam berdoa (Saifuddin, 2011).

4) Pendidikan

Pendidikan yang kurang membuat masyarakat tetap berorientasi pada pengobatan tradisional sehingga mempengaruhi kesejahteraan ibu (Manuaba, 2010).

5) Alamat

Untuk mempermudah kunjungan rumah bila diperlukan (Safitri, 2011).

6) Pekerjaan

Pekerjaan ibu yang berat bisa mengakibatkan ibu kelelahan secara tidak langsung dapat menyebabkan involusi dan laktasi terganggu sehingga masa nifas pun jadi terganggu pada ibu nifas normal (Manuaba, 2010).

7) Penghasilan

Penghasilan yang terbatas dan putus kerja karena berbagai alasan dapat menambah sulitnya masalah sosialekonomi, sehingga mempengaruhi kelangsungan masa nifas (Manuaba, 2010).

8) Penanggung jawab

Untuk yang mengetahui siapa yang bertanggung jawab terhadap pasien, sehingga bila sewaktu-waktu dibutuhkan bantuannya dapat segera ditemui (Sulistyawati, 2012).

b. Keluhan utama

Menurut Varney (2007) keluhan yang sering dialami ibu masa nifas adalah sebagai berikut :

1) Nyeri setelah lahir

Nyeri setelah kelahiran disebabkan oleh kontraksi dan relaksasi uterus berurutan yang terjadi secara terus menerus. Nyeri ini lebih umum terjadi pada wanita dengan paritas tinggi dan pada wanita menyusui.

Nyeri yang lebih berat pada paritas tinggi adalah penurunan tonus otot uterus, menyebabkan relaksasi intermitten (sebentar-sebentar) berbeda pada wanita primipara yang tonus otot uterusnya masih kuat dan uterus tetap berkontraksi tanpa relaksasi intermitten. Nyeri setelah lahir akan hilang jika uterus tetap berkontraksi dengan baik, yang memerlukan kandung kemih kosong (Manuaba, 2012).

2) Keringat berlebihan

Wanita pascapartum mengeluarkan keringat berlebihan karena tubuh menggunakan rute ini dan diuresis untuk mengeluarkan kelebihan cairan interstisial yang disebabkan oleh peningkatan normal cairan intraseluler selama kehamilan (Manuaba, 2012).

3) Pembesaran payudara

Pembesaran payudara disebabkan kombinasi, akumulasi, dan stasis air susu serta peningkatan vaskularitas dan kongesti. Kombinasi ini mengakibatkan kongesti lebih lanjut karena stasis limfatik dan vena. Hal ini terjadi saat pasokan air susu meningkat, pada sekitar hari ke 3 pascapartum baik pada ibu menyusui maupun tidak menyusui, dan berakhir sekitar 24 hingga 48 jam. Nyeri tekan payudara dapat menjadi nyeri hebat terutama jika bayi

mengalami kesulitan dalam menyusui (Manuaba, 2012).

4) Nyeri luka perineum

Beberapa tindakan kenyamanan perineum dapat meredakan ketidaknyamanan atau nyeri akibat laserasi atau episiotomi dan jahitan laserasi atau episiotomi tersebut. Sebelum tindakan dilakukan, penting untuk memeriksa perineum untuk kemungkinan adanya komplikasi, seperti hematoma. Pemeriksaan ini juga mengindikasikan tindakan lanjutan apa yang mungkin paling efektif (Safitri, 2011).

5) Konstipasi

Konstipasi dapat menjadi berat dengan longgarnya dinding abdomen dan oleh ketidaknyamanan jahitan robekan perineum derajat tiga atau empat.

6) Hemoroid

Jika wanita mengalami hemoroid mereka mungkin sangat merasakan nyeri selama beberapa hari.

c. Riwayat kesehatan

1) Anemia

Pada kehamilan yang tidak tertangani dengan baik akan berpengaruh pada masa nifas yang menyebabkan terjadi sub involusi uteri, menimbulkan perdarahan post partum, memudahkan infeksi puerperium,

pengeluaran ASI berkurang, terjadi dekompensasi kordis mendadak setelah persalinan, anemia kala nifas, mudah terjadi infeksi mammae(Manuaba, 2010).

2) Penyakit TBC

Ibu dengan TBC aktif tidak dibenarkan untuk memberikan ASI karena dapat menularkan pada bayi (Manuaba, 2010).

3) Sifilis

Dapat menyebabkan infeksi pada bayi dalam bentuk kongenital (sifilis pada bayi, deskuamasi kulit telapak tangan dan kaki, kelaianan pada mulut dan gigi) (Manuaba, 2010).

4) Penyakit asma

Pada persalinan kala II, diafragma dan paru-paru dapat membantu mempercepat persalinan dengan jalan mengejan dan menahan nafas. Penyakit asma yang berat dapat mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan janin dalam rahim melalui gangguan pertukaran O₂ dan CO₂ (Manuaba, 2010).

5) Hipertensi

Wanita dengan riwayat hipertensi pada masa kehamilan dapat berlanjut setelah melahirkan (Romauli 2011).

6) Diabetes mellitus

Wanita dengan diabetes mellitus (DM) dapat meningkatkan insiden hipertensi, preeklamsia yang akan memperburuk perjalanan persalinan. Janin beresiko tinggi mengalami kelainan kongenital dan mungkin memiliki ukuran besar atau berukuran sangat besar (makrosomia), yang dianggap sebagai komplikasi pada periode interpartum yang beresiko terjadi persalinan lama, distosia bahu, dan lahir operasi (Nur Amellia, 2018).

7) Pengaruh penyakit jantung dalam masa nifas

a) Setelah lahir penderita dapat tiba-tiba jatuh kolaps, yang disebabkan darah tiba-tiba membanjir tubuh ibu sehingga kerja jantung sangat bertambah, perdarahan merupakan komplikasi yang cukup berbahaya.

b) Saat laktasi kekuatan jantung diperlukan untuk membentuk ASI.

c) Mudah terjadi postpartum yang memerlukan kerja tambahan jantung (Nur Amellia, 2018).

d. Riwayat nifas sekarang

Ibu harus dianjurkan untuk menyusui, terutama karena menyusui mampu memberikan perlindungan baik secara aktif maupun pasif, dimana ASI juga mengandung zat anti

infeksi bayi akan terlindungi dari berbagai macam penyakit (Sukarni, 2013).

e. Riwayat kebidanan

1) Riwayat haid

Sebagian besar menstruasi kembali setelah 4 sampai 6 bulan. Dalam waktu 3 bulan belum menstruasi, dapat menjamin bertindak sebagai kontrasepsi. Biasanya wanita tidak akan menghasilkan telur (ovulasi) sebelum ia mendapatkan lagi haidnya selama meneteki (Manuaba, 2010).

2) Riwayat obstetri

Berapa kali ibu hamil, apakah pernah abortus, jumlah anak, cara persalinan yang lalu, penolong persalinan, keadaan nifas yang lalu, tanggal persalinan, jenis persalinan, jenis kelamin anak, keadaan bayi meliputi PB, BB, penolong persalinan (Manuaba, 2012).

3) Riwayat nifas yang lalu

Ibu dengan riwayat pengeluaran lokea purulenta, lokea stasis, infeksi uterin, rasa nyeri berlebihan memerlukan pengawasan khusus. Dan ibu meneteki kurang dari 2 tahun. Adanya bendungan ASI sampai terjadi abses payudara harus dilakukan observasi yang tepat (Manuaba, 2012).

4) Riwayat KB

Biasanya wanita tidak akan menghasilkan telur (ovulasi) sebelum ia mendapatkan lagi haidnya selama meneteki. Oleh karena itu, metode amenorrhoe laktasi dapat dipakai sebelum haid pertama kembali untuk mencegah terjadinya kehamilan baru. pemeriksaan postpartum merupakan waktu yang tepat untuk membicarakan metode KB untuk menjarangkan atau menghentikan kehamilan. Khusus untuk mendapatkan pelayanan kontak wanita (Metode Operasi Wanita) sama sekali tidak diperlukan hamil. Pelayanan kontak dapat dilayani setiap saat dikehendaki (Manuaba, 2012).

f. Pola kebiasaan sehari – hari

1) Nutrisi

Nutrisi yang dikonsumsi harus bermutu tinggi, bergizi dan cukup kalori untuk proses metabolisme, kerja organ tubuh dan proses pembentukan ASI. Ibu menyusui harus mengkonsumsi tambahan 500 kalori tiap hari, minum sedikitnya 3 liter air setiap hari, makanan yang mengandung 50-60 % karbohidrat, dan tambahan protein sebanyak 10-15% (Marmi, 2011).

2) Eliminasi

Ibu diusahakan mampu buang air kecil sendiri, bila tidak, maka dilakukan tindakan seperti, dirangsang dengan mengalirkan air kran dekat pasien, mengompres air hangat di atas simfisis, berendam air hangat (klien di suruh BAK). Sedangkan untuk BAB, biasanya 2-3 hari postpartum masih susah maka diberi laksan supositoria dan minum air hangat atau agar BAB bisa teratur dapat dilakukan dengan diet teratur, pemberian cairan yang banyak, makanan yang cukup serat dan olahraga (Kumalasari, 2015).

3) Personal hygiene

Mengajarkan pada ibu bagaimana membersihkan daerah kelamin dengan sabun dan air. Sarankan pada ibu untuk mengganti pembalut setidaknya 2 kali dalam sehari. Sarankan ibu untuk mencuci tangan dengan sabun sebelum dan sesudah membersihkan alat kelamin (Saifuddin, 2011).

Pakaian agak longgar terutama di daerah dada sehingga payudara tidak tertekan. Daerah perut tidak perlu diikat dengan kencang karena tidak akan mempengaruhi involusi. Pakaian dalam sebaiknya yang menyerap, sehingga loeka tidak memberikan iritasi pada sekitarnya. Kassa pembalut sebaiknya

dibuang setiap saat terasa penuh dengan lokea(Manuaba, 2010).

4) Istirahat

Anjurkan ibu beristirahat yang cukup untuk mencegah kelelahan yang berlebihan. Sarankan ibu untuk kembali menjalani kegiatan di rumah tangga seperti biasa secara perlahan, serta untuk tidur siang atau istirahat selagi bayi tidur. Kebutuhan istirahat bagi ibu menyusui minimal 8 jam/hari yang dapat dipenuhi melalui istirahat malam dan siang (Kumalasari, 2015).

5) Aktivitas

Mobilisasi segera setelah ibu melahirkan dengan membimbing ibu untuk bangun dari tempat tidurnya. Klien sudah diperbolehkan bangun dari tempat tidur dalam 24-48 jam postpartum(Manuaba, 2010).

6) Seksual

Secara fisik aman untuk memulai hubungan suami istri begitu darah merah berhenti dan ibu dapat memasukkan satu atau dua jarinya ke dalam vagina tanpa rasa nyeri. Begitu darah merah berhenti dan ibu tidak merasa nyeri, aman untuk memulai melakukan hubungan suami istri kapan saja ibu siap (Saifuddin, 2011).

7) Pola kebiasaan

Merokok dapat menyebabkan penyempitan pembuluh darah didalam tubuh, termasuk pembuluh-pembuluh darah pada uterus sehingga menghambat proses involusi, sedangkan alkohol dan narkotika mempengaruhi kandungan ASI yang berlangsung mempengaruhi perkembangan psikologi bayi dan mengganggu proses bonding antara ibu dan bayi (Manuaba, 2010).

g. Riwayat psikososial spiritual

satu atau dua hari postpartum, ibu cenderung pasif dan terkatung. Ia hanya menuruti nasihat, ragu-ragu dalam membuat keputusan, masih berfokus untuk memnuhi kebutuhannya sendiri, masih menggebu membicarakan pengalaman persalinan(Saifuddin, 2011). Ada tiga fase masa nifas yaitu :

1) Fase taking in

Merupakan periode ketergantungan, periode ini terjadi dari hari ke 1 sampai hari ke 2 setelah melahirkan. Dalam fase ini ibu akan merasakan gangguan psikososial seperti :

- a) Kekecewaan karena tidak mendapatkan apa yang diinginkan tentang bayinya.

b) Ketidaknyamanan akibat dari perubahan fisik yang dialami ibu.

c) Rasa bersalah karena belum bisa menyusui bayinya.

2) Fase taking hold

a) Periode ini berlangsung 3 sampai 10 hari setelah melahirkan.

b) Ibu mulai timbul rasa kekhawatiran dalam merawat bayinya

c) Ibu mempunyai perasaan sangat sensitif sehingga mudah tersinggung dan mulai mudah marah.

3) Fase letting go

a) Periode ini berlangsung 10 hari setelah melahirkan

b) Ibu sudah mulai menyesuaikan ketergantungan bayinya

c) Ibu berkeinginan untuk merawat bayinya.

d) Ibu kan lebih percaya diri dalam menjalani peran barunya.

h. Latar belakang sosial budaya

Menghindari makanan berprotein seperti ikan atau telur, karena ibu telah menyusui perlu tambahan kalori sebesar 500 per hari. Penggunaan bebat perut segera pada masa nifas (2-4 jam pertama) karena akan beresiko menghambat keluarnya loka secara lancar. Dimasa

lampau perawatan puerperium sangat konservatif. Wanita yang mengalami masa puerperium diharuskan tidur telentang selama 40 hari. Dampak sikap demikian terjadi adhesi antara labia minor dan labia mayor kanan dan kiri, dan telah berlalu hampir 6 tahun (Manuaba, 2010).

2. Data Objektif

a. Pemeriksaan umum

1) Kesadaran

Meliputi composmentis atau kesadaran penuh, apatis atau tidak acuh terhadap lingkungan, samnolen atau koma (Kumalasari, 2015).

2) Tanda-tanda vital

a) Tekanan darah

Segera setelah melahirkan, banyak wanita mengalami peningkatan sementara tekanan darah sistolik dan diastolik, yang kembali secara spontan ke tekanan darah sebelum hamil selama beberapa hari. Tekanan darah biasanya tidak berubah. Tekanan darah tinggi pada saat postpartum dapat menandakan terjadinya pre eklamsi postpartum (Manuaba, 2012).

b) Nadi

Nadi normal pada ibu nifas adalah 60-80 x/menit. Denyut nadi diatas 100 x/menit pada masa nifas

mengindikasikan adanya suatu infeksi (Romauli 2011).

c) Suhu

Suhu tubuh normal yaitu $< 380C$. Segera setelah persalinan dapat terjadi peningkatan suhu tubuh tapi tidak lebih dari $380C$. Bila terjadi peningkatan melebihi $380C$ berturut-turut selama 2 hari, kemungkinan terjadi infeksi. Setelah 12 jam post partum suhu tubuh kembali normal (Manuaba, 2012).

d) Pernafasan

Untuk mengetahui fungsi sistem pernafasan. Normalnya 16-24 x/menit. Nafas pendek,cepat, atau perubahan lain memerlukan cairan evaluasi adanya kondisi-kondisi seperti kekurangan cairan (Kumalasari, 2015).

b. Pemeriksaan fisik

1) Kepala, Rambut

Untuk mengetahui rambut rontok atau tidak, bersih atau kotor, dan berkombe atau tidak (Sulistyawati, 2012).

2) Muka

Pada daerah muka dilihat kesimetrisan muka, apakah kulitnya normal atau pucat, ketidak simetrisan

muka menunjukkan adanya gangguan pada saraf. Apakah terdapat oedema atau tidak, muka pucat atau tidak (Hani, 2010).

3) Mata

Bentuk simetris, konjungtiva normal warna merah muda, bila pucat menandakan anemia. Sklera normal berwarna putih, bila kuning menandakan ibu mungkin terinfeksi hepatitis, bila merah kemungkinan ada konjungtivitis. Kelopak mata yang bengkak kemungkinan adanya pre eklamsia (Romauli 2011).

4) Hidung

Untuk mengetahui simetris/tidak, bersih/tidak, ada polip/tidak, ada pernafasan cuping hidung/tidak (Manuaba, 2010).

5) Mulut

Untuk mengetahui bentuk dan kelainan pada mulut dilihat dari warna bibir, apakah dia stomatitis/tidak.

Untuk mengetahui adanya stomatitis, karises gigi,, gusi berdarah.

6) Leher

Normal bila tidak ada pembesaran kelenjar tyroid, tidak ada pembesaran limfe dan tidak ditemukan bendungan vena jugularis (Romauli 2011).

7) Dada

Apakah simetris atau tidak, ada benjolan atau tidak. Hal ini untuk mengetahui apakah ada tumor atau kanker.

8) Payudara

Pemeriksaan payudara pada periode awal pascapartum yaitu penampilan dan integritas puting susu, memar atau iritasi jaringan. payudara terisi air susu dan adanya sumbatan duktus, kongesti, dan tanda-tanda mastitis potensial. Menunjukkan adanya kolostrum dan penatalaksanaan puting susu pada wanita menyusui. Produksi ASI akan meningkat sesudah hari kedua dan ketiga hari pasca persalinan (Mochtar, 2012).

9) Abdomen

pemeriksaan abdomen pascapartum dilakukan selama periode pasca partum dini (1 jam-5 hari) yang meliputi tindakan berikut :

a) Pemeriksaan kandung kemih

Mencari secara spesifik distensi kandung kemih yang disebabkan oleh retensi urine akibat hipotonisitas kandung kemih karena trauma selama melahirkan. Kondisi ini dapat mempredisposisi wanita mengalami infeksi

kandung kemih dan bertanggung jawab untuk peningkatan perdarahan uterus (Varney, 2007).

b) Pemeriksaan uterus

Mencatat lokasi, ukuran, dan konsistensi.

Penentuan lokasi uterus dilakukan dengan mencatat apakah fundus berada diatas atau

dibawah umbilikus dan apakah fundus berada pada

garis tengah abdomen/bergeser ke salah satu lokasi

dan ukuran saling tumpang tindih, karena ukuran

ditentukan bukan hanya melalui palpasi, tetapi

juga dengan mengukur tinggi fundus uteri.

Konsistensi uterus memiliki ciri keras dan lunak .

c) Evaluasi tonus otot abdomen dengan memeriksa

derajat distasis. Diastatis adalah derajat pemisahan

otot rektus abdomen (rektus abdominis).

Pemisahan ini diukur menggunakan lebar jari

ketika otot-otot abdomen kontraksi dan sekali lagi

ketika otot-otot tersebut relaksasi (Sulistiyawati,

2012).

10) Genetalia

Segera setelah kelahiran, vagina tetap terbuka lebar,

mungkin mengalami beberapa derajat edema dan

memar, dan celah pada interuptus. Setelah satu hingga

dua hari pertama pascapartum, tonus otot vagina

kembali, celah vagina tidak lebar dan vagina tidak lagi edema (Saifuddin, 2011).

11) Ekstermitas

Flegmasia alba dolens yang merupakan salah satu bentuk infeksi puerperalis yang mengenai pembuluh darah vena femoralis yang terinfeksi dan disertai bengkak pada tungkai, berwarna putih, terasa sangat nyeri, tampak bendungan pembuluh darah, suhu tubuh meningkat. Pada pengkajian ekstremitas bawah, dilakukan pemeriksaan kaki apakah ada oedema dan varises, oedema, refleks patella kiri dan kanan (Manuaba, 2012).

c. Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan dan pengawasan Haemoglobin (Hb) dapat dilakukan dengan menggunakan alat Sahli. Hasil pemeriksaan Hb dengan Sahli dapat digolongkan sebagai berikut : Tidak anemia jika Hb 11 gr%, anemia ringan jika Hb 9-10 gr%, anemia sedang jika Hb 7-8 gr%, anemia berat jika Hb < 7 gr% (Manuaba, 2012).

d. Terapi yang didapat

- 1) Pil zat besi besi 40 tablet diminum 1 kali satu hari
- 2) Vitamin A 200.000 U diminum 1 kali dalam waktu 24 postpartum (Sulistyawati, 2012).

B. Diagnosis Kebidanan

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang standar asuhan kebidanan. Bidan menganalisa data yang diperoleh dari pengkajian, menginterpretasikan secara akurat dan logis untuk menegakkan diagnosa dan masalah kesehatan secara tepat.

Dengan kriteria sebagai berikut :

1. Diagnosa sesuai dengan nomenklatur kebidanan.
2. Masalah yang dirumuskan sesuai dengan kondisi klien.
3. Dapat diselesaikan dengan asuhan kebidanan secara mandiri, kolaborasi, dan rujukan.

Diagnosa kebidanan :

Diagnosa P...A... hari ... post partum normal dengan keadaan umum ibu baik/tidak baik (Marmi, 2012). PAPIAH, post partum hari ke, laktasi lancar, lokia normal, involusi normal, keadaan psikologis baik, keadaan ibu baik, dengan kemungkinan masalah gangguan eliminasi, nyeri luka jahitan perineum, *after pain*, pembengkakan payudara (Sulistyawati, 2012).

C. Perencanaan

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang standar asuhan kebidanan. Bidan menganalisa data yang diperoleh dari pengkajian, menginterpretasikan secara akurat dan logis untuk

menegakkan diagnosa dan masalah kesehatan secara tepat.

Dengan kreteria sebgai berikut :

1. Rencana tindakan disusun berdasarkan prioritas masalah dan kondisi klien, tindakan segera, tindakan antisipasi dan asuhan secara komprehensif.
2. Melibatkan klien dan keluarga.
3. Mempertimbangkan kondisi psikologi, sosial budaya klien atau keluarga.
4. Memilih tindakan yang aman dan sesuai kondisi dan kebutuhan klien dan memastikan bahwa asuhan yang diberikan bermanfaat untuk klien,
5. Mempertimbangkan kebijakan dan peraturan yang berlaku, sumber daya fasilitas yang ada.
 - a. Diagnosa P...A... hari ... post partum hari kedengan keadaan umum ibu baik/tidak, laktasi lancar, lokia normal, involusi noarmal, keadaan pskologis baik, keadaan ibu baik, dengan kemungkinan masalah gangguan eliminasi, nyeri luka jahitan perineum, *after pain*, pembangkakan payudara(Sulistyawati, 2012).
 - b. Tujuan : Masa nifas berjalan dengan normal tanpa komplikasi pada ibu dan bayi.
 - c. Kriteria :
 - 1) Keadaan umum : kesadaran composmentis
 - 2) Kontraksi uterus baik (bundar dan keras)

3) Tanda-tanda vital

(1) TD : 110/70-130/90 mmHg

(2) S : 36-37,5⁰C

(3) N : 80-100 kali/menit

(4) R : 16-24 kali/menit(Sulistyawati, 2012)

4) Laktasi normal

ASI dibedakan menjadi 3 yaitu :

a) Kolostrum merupakan cairan pertama kali disereksi oleh kelenjar payudara dari hasil pertama sampai ketiga atau keempat setelah persalinan.

Kolostrum berwarna kuning, kental, lengket.

Mengandung tinggi protein, mineral, garam vitaminA, sel darah putih dan atibodi yang tinggi.

b) ASI transisi atau peralihan diproduksi pada hari keempat sampai kesepuluh, warna putih jernih.

Kadar yang terkandung immunoglobulin dan protein menurun, sedangkan lemak dan laktosa meningkat.

c) ASI matur merupakan ASI yang disereksi oada hari kesepuluh samapai seterusnya, berwarna putih. Kandungan ASI matur relatif konstan tidak mengumpul bila dipanaskan (Sulistyawati, 2012),

5) Involusi uterus normal

Involusi uterus atau pengerutan uterus merupakan suatu proses dimana kembali ke kondisi sebelum hamil (Sulistiyawati, 2012).

Tabel 2.11
Involusi Uterus

Involusi uterus	Tinggi fundus	Berat uterus	Diameter uterus	Palpasi serviks
Plasenta lahir	Setinggi pusat	1000 gr	12,5 cm	Lembut atau lunak
7 hari	Pertengahan pusat simfisi	500 gr	7,5 cm	2 cm
14 hari	Tidak teraba	350 gr	5 cm	1 cm
6 minggu	normal	60 gr	2,5 cm	Menyempit

Sumber : Sulistiyawati, 2012

6) Lochea normal

Loche rubra keluar dari hari ke 1 – 3 berwarna merah kehitaman. Lochea sanguinolata keluar dari hari ke 4-7 berwarna putih bercampur merah. Lochea serosa keluar dari hari ke 7-14 berwarna kuning. Lochea alba keluar dari hari ke 14 berwarna putih (Manuaba, 2012)

d. Intervensi :

- 1) Lakukan pemeriksaan KU, TTV, laktasi, involusi, dan lochea.

R/ menilai status ibu dan untuk mencegah mendeteksi dan menangani masalah yang terjadi.

2) Anjurkan ibu untuk menyusui

R/ menyusui sedini mungkin dapat mencegah paparan terhadap substansi atau zat dari makanan/minuman yang dapat mengganggu fungsi normal saluran pencernaan.

3) Jelaskan pada ibu mengenai senam nifas

R/ latihan yang tepat memulihkan/mengembalikan keadaan tubuh menjadi indah dan langsing seperti semula.

4) Berikan konseling ibu tentang KB pasca salin

R/ untuk menjarangkan kehamilan

5) Anjurkan ibu untuk mencegah berbagai penyakit sesuai dengan imunisasi bayinya,

R/ untuk mencegah berbagai penyakit sesuai dengan imunisasi yang diberikan (Marmi, 2012).

e. Masalah

1) Nyeri luka jahitan perineum

Tujuan : setelah diberikan asuhan rasa nyeri teratasi

Kriteria : rasa nyeri pada ibu berkurang serta dapat beraktivitas

Intervensi (Sulistyawati, 2012) :

a) Observasi luka jahitan perineum

R/ untuk mengkaji jahitan perineum dan mengetahui adanya infeksi atau tidak.

- b) Ajarkan ibu tentang perawatan perineum yang benar.

R/ ibu bisa melakukan perawatan perineum secara benar dan mengurangi kemungkinan terjadinya infeksi.

- c) Beri analgesik oral (paracetamol 500 mg tiap 4 jam atau bila perlu)

R/ mengurangi rasa nyeri pada luka jahitan perineum.

- d) Lakukan latihan senam kegel

R/ untuk meningkatkan sirkulasi darah dan membantu memulihkan tonus otot.

2) Gangguan eliminasi

Tujuan ; masalah eliminasi teratasi

Kriteria : ibu bisa BAB dan BAK dengan lancar

Intervensi (Sulistyawati, 2012) :

- a) Berikan penjelasan kepada klien mengenai pentingnya BAB dan BAK sedini mungkin setelah melahirkan.

R/ pasien tidak akan menahan untuk BAB dan BAK jika terasa.

- b) Yakinkan pasien bahwa jongkok dan mengejan ketika BAB tidak akan menimbulkan kerusakan pada luka jahitan.

R/ menghilangkan rasa takut pada pasien untuk melakukan BAB.

c) Anjurkan klien untuk minum banyak air putih serta makanan sayur dan buah.

R/ membantu memperlancar eliminasi.

3) Kram perut

Tujuan : masalah kram perut teratasi

Kriteria : rasa nyeri pada ibu berkurang serta aktivitas ibu tidak terganggu

Intervensi (Sulistiyawati, 2012) :

a) Anjurkan ibu untuk mengkosongkan kandung kemih serta rutin BAK

R/ kandung kemih yang penuh menyebabkan kontraksi uterus tidak optimal dan berdampak pada nyeri.

b) Sarankan ibu untuk tidur telungkup dan bantal dibawah perut

R/ posisi ini menjaga kontraksi tetap baik dan menghilangkan nyeri

c) Berikan analgesik jika perlu (paracetamol dan asam fenamat)

R/ mengurangi rasa nyeri.

4) Pembengkakan payudara

Tujuan : masalah pembengkakan payudara teratasi

Kriteria : payudara tidak bengkak, kulit payudara tidak mengkilat dan tidak merah, payudara tidak nyeri, tidak terasa penuh dan keras

Intervensi (Manuaba, 2012) :

a) Anjurkan ibu untuk menyusui seserig mungkin/ 2-3 jam sekali.

R/ sering menyusui dapat mengurangi pembengkakan payudara.

b) Anjurkan ibu untuk menyusui dikedua payudara

R/ menyusui disalahsatu payudara dapat membuat payudara yang satunya bengkak.

c) Anjurkan ibu untuk memberikan kompres air hangat pada payudara, dengan menempelkan kain atau handuk yang hangat pada payudara

R/ air hangat dapat merileksasi payudara supaya tidak tegang.

d) Anjurkan ibu untuk menggunakan bra yang kuat untuk menyangga dan tidak menekan payudara.

R/ bra yang terlalu menekan payudara dapat memperparah pembengkakan dan nyeri yang dialami

e) Lakukan pengulauaran ASI secara manual jika payudara masih tersa penuh

R/ pengosongan payudara secara manual dapat membantu pembegkakan pada payudara.

- f) Berikan terapi paracetamol 500 mg per oral setiap 4 jam bila diperlukan

R/ dapat mengurangi rasa nyeri.

D. Implementasi

Menurut keputusan menteri kesehatan RI nomor 938/Menkes/SK/VII/2017 tentang standar asuhan kebidanan.

Bidan melakukan rencana asuhan kebidanan secara *komprehensif, efektif, efisien* dan aman berdasarkan *evidence based* kepada klien atau pasien, dalam bentuk upaya *promotive, preventif, kuratif* dan *regabilitatif*. Dilaksanakan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan dengan kriteria hasil sebagai berikut :

1. Memperhatikan keunikan klien sebagai makhluk bio-psiko-sosialspiritual-kultural.
2. Setiap tindakan asuhan harus mendapatkan persetujuan dan klien atau pun keluarga.
3. Melakukan tindakan asuhan kebidanan berdasarkan *evidence based*.
4. Melibatkan pasien
5. Melaksanakan prinsip pencegahan infeksi
6. Meningkatkan perkembangan kondisi klien secara berkesinambungan

7. Menggunakan sumber daya, saran dan fasilitas yang ada dan sesuai
8. Melakukan tindakan yang sesuai dengan standar
9. Mencatat semua tindakan yang telah dilakukan
10. Menjaga privasi klien.

F. Evaluasi

Menurut keputusan menteri kesehatan RI nomor 938/Menkes/SK/VII/2017 tentang standar asuhan kebidanan.

Bidan melakukan evaluasi serta sistematis dan berkesinambungan untuk melihatkan keefektifan dari asuhan yang suda diberikan, sesuai dengan perubahan perkembangan kondisi klien. Dengan kriteria :

1. Penilaian dilakukan segera setelah selesai melaksanakan asuhan sesuai kondisi klien.
2. Hasil evaluasi segera dicatat dan didokumentasikan pada klien dan keluarga.
3. Evaluasi dilakukan sesuai dengan standar.
4. Hasil evaluasi ditindak lanjuti sesuai dengan kondisi klien.

2.2.4. Konsep Dasar Asuhan Bayi baru Lahir (Neonatus)

A. Pengkajian Data

1. Data Subjektif

a. Identitas

Identitas sangat penting untuk menghindari bayi tertukar, gelang identitas tidak boleh lepas sampai penyerahan bayi (Manuaba, 2012).

b. Keluhan utama

Keluhan utama pada neonatus adalah bayi gelisah, tidak ada keinginan untuk menghisap ASI, bayi laper, tidak sabar untuk menghisap puting. Terjadi muntah dan gumoh, oral truch (sariawan) (Marmi, 2012).

c. Riwayat antenatal

Bidan harus mencatat usia ibu, periode menstruasi terakhir, dan perkiraan waktu kelahiran. Jumlah kunjungan pranatal dicatat bersama setiap masalah pranatal yang ada. Semua hasil laboratorium dan pengujian pranatal termasuk laporan ultrasonografi, harus ditinjau. Kondisi pranatal dan kondisi intra partum yang dapat mempengaruhi kesehatan dan kesejahteraan bayi baru lahir (Marmi, 2012).

d. Riwayat natal

Bayi lahir aterm dengan berat 2500-4000 gram, cukup bulan, lahir langsung mennagis, gerak aktif dan tidak ada

kelainan kongenital (cacat bawaan) dengan umur kehamilan 37-42 minggu (Marmi, 2012).

e. Riwayat postnatal

Riwayat baru sejak lahir harus ditinjau ulang, termasuk pola menyusui, berkemih, tidur dan menangis. Tanda vital, medikasi yang diberikan pada bayi baru lahir dan hasil laboratorium. Meninjau kecacatan kelahiran bayi tentang tanda-tanda vital dan perilaku bayi baru lahir. Perilaku postif antara lain menghisap, kemampuan untuk makan, kesadaran, berkemih, dan mengeluarkan mekonium. Perilaku mengawatirkan meliputi gelisah, aktifitas menghisap yang buruk/tidak ada, tangisan abnormal (Marmi, 2012).

f. Riwayat imunisasi

Vaksin HB pertama paling baik diberikan dalam waktu 6 -12 jam setelah bayi lahir dan didahului pemberian suntikan vitamin K minimal 30 menit sebelumnya. Jadwal pemberian vaksin HB adalah usia 0,1 dan 6 bulan. Bayi baru lahir dari ibu HbsAg positif, diberikan vaksin HB dan immunoglobulin hepatitis B (HBIG) pada ekstermitas yang berbeda (Marmi, 2012).

g. Pola kebiasaan sehari-hari

1) Nutrisi

Pada jam-jam pertama energi didapatkan dari perubahan karbohidrat. Pada hari ke dua energi berasal dari pembakaran lemak setelah mendapat susu kurang lebih hari ke 6 (Marmi, 2012).

Tabel 2.12
Kebutuhan dasar cairan dan kalori pada neonatus

Hari kelahiran	Cairan/kg/hari	Kalori/kg/hari
Hari 1	60 ml	40 kal
Hari 2	70 ml	50 kal
Hari 3	80 ml	60 kal
Hari 4	90 ml	70 kal
Hari 5	100 ml	80 kal
Hari 6	110 ml	90 kal
Hari 7	120 ml	100 kal
Hari > 10	150-200 ml	>120 kal

Sumber : Marmi, 2012

2) Eliminasi

a) Buang air kecil (BAK)

BAK bayi normalnya mengalami berkemih 7-10 kali/hari. Untuk menjaga bayi agar tetap bersih, hangat dan kering maka setelah BAK harus diganti popok. Biasanya terdapat urine jumlah yang kecil pada kandung kemih bayi saat lahir, tetapi ada kemungkinan urine tidak dikeluarkan selama 12-24 jam (Marmi, 2012).

b) Buang air besar (BAB)

Bayi yang pencernaannya normal akan BAB 24 jam pertama dan dalam 4 hari. BAB pertama

disebut mekonium. Fases pertama ini biasanya berwarna hijau kehitaman dan lengket mengandung empedu, asam lemak, lendir dan sel epitel. Sejak hari 3-5 kelahiran, fases mengalami tahap transisi dan menjadi berwarna kuning kecolatan (Marmi, 2012).

3) Pola tidur

Dalam 2 minggu pertama setelah lahir, bayi normalnya sering tidur. Bayi baru lahir sampai usia 3 bulan rata-rata tidur selama 16 jam sehari (Nurhasiyah, 2017).

Tabel 2.13
Perubahan pola tidur bayi

Usia	Lama tidur
1 minggu	16,5 jam
1 tahun	14 jam
2 tahun	13 jam
5 tahun	11 jam
9 tahun	10 jam

Sumber : Marmi, 2012

4) Aktivitas

Bayi normal melakukan gerakan-gerakan tangan dan kaki yang simetris pada waktu bangun. Adanya tremor pada bibir, kaki dan tangan pada waktu menangis adalah normal, tetapi bila hal ini terjadi pada waktu tidur, kemungkinan gejala kelainan yang perlu dilakukan pemeriksaan lebih lanjut (Marmi, 2012).

5) Personal hygiene

Kebersihan kulit bayi harus benar-benar dijaga terutama bagian muka, bokong, dan tali pusat perlu dibersihkan secara teratur (Nurhasiyah, 2017).

6) Riwayat psikososial

Kontak kulit dengan kuat juga membuat bayi lebih tenang sehingga dapat pola tidur yang lebih baik (Saifuddin, 2011).

2. Data Objektif

a. Keadaan umum

Bayi tampak kemerah-merahan, aktif, tonus otot baik, menangis kuat, minum baik, suhu 36-37°C. Kesadaran perlu dikenali reaksi terhadap rayuan, rangsangan sakit atau suara keras yang mengejutkan (Saifuddin, 2011)

b. Tanda-tanda vital

1) Nadi

Bunyi jantung dalam menit-menit pertama kira-kira 180 x/menit yang kemudian turun sampai 140 x/menit-120 x/menit pada waktu bayi berumur 30 menit.

2) Suhu

Dianjurkan bahwa suhu rektal dan axilla tetap dalam rentang 36,5-37,5°C .

3) Penapasan

Frekuensi rata-rata 40-60 kali per menit, tidak ada *wheezing* dan ronki (Marmi, 2012).

4) APGAR SCORE

2.14
Apgar score

Tanda	Nilai 0	Nilai 1	Nilai 2
Appearance (warna kulit)	Pucat/biru seluruh tubuh	Tubuh merah, ekstermitas biru	Seluruh tubuh kemerahan
Pulse (denyut jantung)	Tidak ada	< 100	>100
Grimace (tonus otot)	Tidak ada	Ekstermitas sedikit fleksi	Gerak aktif
Aktivitas (aktifitas)	Tidak ada	Sedikit gerak	Langsung menangis
Respiration (pernapasan)	Tidak ada	Lemah/tidak teratur	Menangis

Sumber : Marmi, 2012

c. Antropometri

1) Panjang badan

Panjang bayi normal adalah 45 cm-55 cm. Panjang badan ini diukur dari kepala sampai ke tumit. Jika panjang badan bayi lebih dari 45 cm - 55 cm, kemungkinan disebabkan faktor kromosom (Marmi, 2012).

2) Berat badan

Berat badan bayi rata-rata adalah 2500-4000 gram (Marmi, 2012).

3) Ukuran kepala

Ukuran kepala bayi dibagi menjadi ukuran muka belakang dan ukuran melintang menurut

Manuaba (2010) ukuran kepala belakang dibagi menjadi 5 antara lain :

- a) Diameter suboksipiti-bregmatika : 9,5-10 cm
- b) Diameter oksipito-frontalis : 11-12 cm
- c) Diameter mento-frontalis : 12 cm
- d) Diameter mento-mentalis : 13,5-15 cm
- e) Diameter sub mento-bregmentika : 9,5-10 cm

Ukuran melintang dibagi sebagai berikut :

- a) Diameter biparetalis : 9,5-10 cm
- b) Diameter bitemporalis : 8-10 cm
- c) Lingkar dada : 30-38 cm
- d) Lingkar lengan 11-12 cm (Marmi, 2012).

d. Pemeriksaan fisik

1) Kepala

Raba sepanjang garis sutura dan fontanel, apakah ukuran dan tampilannya normal. sutura yang berjarak lebar mengindikasikan bayi preterm, moulding yang buruk atau hidrosefalus. Periksa adanya trauma kelahiran misalnya ada edema pada kepala berisi cairan yang melampaui sutura menandakan adanya caput succedanium, ada perdarahan pada kepala namun tidak melewati batas sutura menandakan adanya sefal hematoma, perdarahan sub aponeurotik atau fraktur tulang tengkorak. Perhatikan adanya

kelainan seperti anensefali, mikrosefali, kraniotabes dan sebagainya (Marmi, 2012).

2) Wajah

Wajah harus nampak simetris. Terkadang wajah bayi tampak simetris asimetris hal ini dikarenakan posisi bayi di intrauterine. Perhatikan kelainan wajah yang khas seperti sindrome piere robin. Perhatikan juga kelainan wajah akibat trauma lahir seperti laserasi (Marmi, 2012).

3) Mata

Katarak kongenital akan mudah terlihat yaitu pupil berwarna putih. Periksa adanya trauma seperti palpebra, perdarahan konjungtiva atau retina. Periksa adanya sekret pada mata, konjungtivitis oleh kuman gonokokus dapat menjadi dan menyebabkan kebutaan (Marmi, 2012).

4) Hidung

Kaji bentuk dan lebar hidung, pada bayi cukup bulan lebarnya harus lebih dari 2,5 cm. Periksa adanya pernafasan cuping hidung, jika cuping hidung mengembang menunjukkan adanya gangguan pernafasan (Marmi, 2012).

5) Mulut

Periksa bibir dan langit-langit, sumbing, refleks hisap dinilai saat bayi menyusui, simetris.

6) Telinga

Bentuk telinga berubah sejalan masa gestasi. Pada mula minggu ke-36 beberapa kartilago dan pinna atas yang tidak tertutup, dan pinna yang dapat membuka kembali secara perlahan ketika dilipat. Untuk mengkaji pantau bentuk telinga, lalu lipat ujung telinga ke arah depan, berlawanan arah sisi kepala, lepaskan dan pantau hasilnya (Marmi, 2012).

7) Leher

Periksa adanya trauma leher yang dapat menyebabkan kerusakan pada *fleksus brakhialis*. Adanya lipatan kulit yang berlebihan di bagian belakang leher menunjukkan adanya kemungkinan trisomi 21 (Nurhasiyah, 2017).

8) Dada

Gerakan dada simetris saat bernafas. Apabila tidak simetris kemungkinan bayi mengalami pneumotoraks, paresis diafragma atau hernia diafragma. Pernafasan yang normal dinding dada dan abdomen bergerak secara bersamaan. Tarikan sternum atau interkostal pada saat bernafas perlu diperhatikan. Pada bayi

cukup bulan, puting susu sudah terbentuk dengan baik dan tampak simetris (Marmi, 2012).

9) Abdomen

Abdomen harus tampak bulat dan bergerak secara bersamaan dengan gerakan dada saat bernafas. Kaji adanya pembengkakan, jika perut sangat cekung kemungkinan terdapat hernia diafragmatik. Abdomen kemungkinan karena tumor lainnya. Dan apabila perut kembung kemungkinan adanya entrokolitis vesikalis, omfalokel (Marmi, 2012).

10) Punggung

Periksa spina dengan cara menelungkupkan bayi, cari adanya tanda- tanda abnormalitas seperti spina bifida, pembengkakan, lesung atau bercak kecil berambut yang menunjukkan adanya abnormalitas medula spinalis atau kolumna vertebra (Marmi, 2012).

11) Genetalia

a) Laki-laki

Pada bayi laki-laki panjang penis 3-4 cm dan lebar 1-1,3 cm. Periksa posisi lubang uretra. Prepusium tidak boleh ditarik karena menyebabkan fimosis. Periksa adanya hipospadia dan epispadia (Marmi, 2012).

b) Perempuan

Pada bayi cukup bulan, labia mayora menutupi labia minora. Lubang uretra terpisah dengan lubang vagina. Terkadang tampak adanya sekret yang berdarah dari vagina, hal ini disebabkan oleh pengaruh hormon ibu (*Withdrawl bleeding*) (Marmi, 2012).

12) Anus

Anus berlubang . Periksa adanya kelainan atresia ani, kaji posisinya (Marmi, 2012)

13) Ekstremitas

Periksa kesimetrisan tungkai dan kaki. Periksa panjang kedua kaki dengan meluruskan keduanya dan bandingkan. Kedua tungkai harus dapat bergerak bebas. Kurangnya gerakan berkaitan dengan adanya trauma misalnya fraktur, kerusakan neurologis. Periksa adanya polidaktili atau sindaktili pada jari kaki (Marmi, 2012).

14) Kulit

Pada BBL pretem kulit tampak tipis dan transparan dengan vena menonjol di abdomen pada awal masa kehamilan. Saat masa kehamilan semakin dekat, kulit tampak buram karena peningkatan jaringan subkutan, hilangnya pelindung verniks

kaseosa meningkatkan pengelupasan (Nurhasiyah, 2017).

e. Pemeriksaan penunjang

Untuk menunjang diagnosa penyakit guna mendukung atau menyingkarkan diagnosa lainnya (Kumalasari, 2015).

f. Pemeriksaan reflek

1) Reflek Rooting

Reflek ini timbul karena adanya stimulasi taktil pada pipi dan daerah mulut, bayi akan memutar kepala seakan – akan mencari puting susu.

2) Reflek menelan (*swallowing reflek*)

Reflek menelan yaitu reflek menelan dimana ASI dimulut bayi mendesak otot didaerah mulut dan farnge sehingga mengaktifkan reflek menelan dan mendorong ASI kedalam lambung (Marmi, 2012).

3) Reflek berkedip (*glabellar reflek*)

Pada saat pangkal hidung bayi diketuk secara pelan-pelan bayi akan mengedipkan mata pada 4-5 ketukan pertama yang dilakukan.

4) Reflek menghisap (*sucking reflek*)

Reflek ini timbul bersama dengan reflek rooting untuk menghisap puting susu dan menelan ASI.

5) Reflek menoleh (*tonikneck reflek*)

Reflek jika bayi mengangkat leher dan menoleh kekanan atau kekiri jika diposisikan tengkurap. Reflek ini tidak dapat dilihat pada bayi yang berusia 1 hari, meskipun sekali reflek ini kelihatan, reflek ini dapat diamati sampai bayi berusia 3-4 bulan.

6) Reflek menggenggam (*grasping reflek*)

Setelah telapak tangan di stimulasi oleh suatu objek seperti jari maka bayi akan mempunyai respon menggenggam dengan erat.

7) Reflek *babinsky*

Reflek bila ada rangsangan pada telapak kaki akan bergerak keatas dan jari – jari lain membuka. Reflek ini biasanya hilang setelah berusia 1 tahun.

8) Reflek terkejut (*morro reflek*)

Ketika bayi terkejut maka akan menunjukkan respon memeluk, reflek ini juga berfungsi untuk menguji kondisi umum bayi serta keabnormalan sistem syaraf pusat.

9) Reflek *ekstruksi*

Cara melakukannya dengan spatel lidah disentuh ke lidah bayi. Pada kondisi yang normal lidah ekstensi kearah luar apabila disentuh dengan jari atau putting (Marmi, 2012).

10) Reflek melangkah (*stteping reflek*)

Bayi akan menggerakkan tungkainya dalam satu gerakan berjalan atau melangkah kita diberikan dengan cara memegang lengannya sedangkan kakinya dibiarkan menyentuh permukaan yang rata dan keras (Marmi, 2012).

B. Diagnosa Kebidanan

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang standar asuhan kebidanan. Bidan menganalisa data yang diperoleh dari pengkajian, menginterpretasikan secara akurat dan logis untuk menegakkan diagnosa dan masalah kesehatan secara tepat. Dengan kriteria sebagai berikut :

1. Diagnosa sesuai dengan nomenklatur kebidanan.
2. Masalah yang dirumuskan sesuai dengan kondisi klien.
3. Dapat diselesaikan dengan asuhan kebidanan secara mandiri, kolaborasi, dan rujukan.

Asuhan kebidanan pada bayi baru lahir usia....jam/hari diberikan kepada bayi baru lahir dengan masalah sebagai berikut, hemangioma, ikterik, mutah, gumoh, bisulan, diare, infeksi, obstipasi, dan bayi meninggal mendadak (Nur Amellia, 2018).

C. Intrvensi

Menurut Varney (2007), Diagnosa yang dapat ditegakkan adalah bayi baru lahir normal, usia...jam/hari, bayi baru lahir, dengan

normal, tangisan kuat, warna kulit merah, tonus otot baik, BB 2500-4000 gram, PB 48-52 cm.

Tujuan : bayi tetap dalam keadaan normal dan bayi tidak mengalami infeksi dan hipotermi.

Kriteria :

1. Bayi tampak sehat, kemerah-merahan, aktif, tonus otot baik, menangis kuat, minum ASI.
2. Nadi 120-160 kali/menit
3. Suhu tubuh 36,5-37⁰C
4. Frekuensi pernafasan rata-rata 40 kali/menit, rentang 30-60 kali/menit.
5. Berat badan 2500-4000 gram.

Intervensi :

- a. Lakukan informed consent
R/informed consent merupakan langkah awal untuk melakukan tindak lanjut
- b. Cuci tangan sebelum melakukan tindakan
R/ cuci tangan merupakan prosedur pencegahan infeksi
- c. Beri identitas
R/ identitas merupakan cara yang tepat untuk menghindari keliruan.
- d. Bungkus bayi dengan kain kering
R/ membungkus bayi merupakan mencegah hipotermi
- e. Rawat tali pusat dan membungkus dengan kassa

R/ tali pusat yang terbungkus merupakan cara mencegah infeksi.

f. Timbang berat badan setiap hari setelah dimandikan

R/ deteksi dini pada pertumbuhan dan kelainan pada bayi

g. Ukur suhu tubuh bayi, denyut jantung dan respirasi setiap jam

R/ deteksi dini terhadap adanya komplikasi

h. Anjurkan ibu untuk mengganti popok setelah basah terkena

BAK/BAB untuk menghindari bayi dari kehilangan panas

R/ segera mengganti popok setelah basah merupakan salah satu cara untuk menghindari bayi dari kehilangan panas.

i. Anjurkan ibu untuk memberikan ASI eksklusif

R/ ASI adalah makanan terbaik bayi untuk tumbuh kembang dan pertahanan tubuh/kebutuhan nutrisi 60cc/kg/hari.

j. Mandikan bayi minimal 6 jam setelah lahir

R/ hipotermia mudah terjadi pada bayi yang tubuhnya dalam keadaan basah (Kumalasari, 2015)

Masalah :

1) Resiko hipoglekemi

Tujuan : hipoglekemi tidak terjadi

Kriteria :

a) Kadar gula dalam darah kurang lebih 45 mg/dl

b) Tidak ada tanda-tanda hipoglekemi yaitu kejang, alergi, pernafasan tidak teratur, sianosis, pucat, menolak minum ASI, tangisan lemah.

Intervensi (Nur Amellia, 2018) :

- a) Kaji bayi baru lahir dan cacat setiap faktor resiko
R/ bayi preterm, bayi ibu dari DM, bayi baru lahir dengan asfiksia, stress karena kedinginan, sepsis, atau bayi termasuk beresiko hipoglekemi
- b) Kaji seluruh bayi untuk tanda-tanda hipoglekemi
R/ tanda-tanda hipoglekemi yang diketahui sejak dini akan mencegah terjadinya komplikasi lebih lanjut.
- c) Berikan ASI lebih awal atau glukosa 5-10 % bagi bayi yang beresiko hipoglekemi
R/ nutrisi yang terpenuhi akan mencegah hipoglekemi.
- d) Kaji kadar glukosa darah dengan menggunakan strip kimia pada seluruh bayi baru lahir dalam 1-2 jam setelah kelahiran,
R/ bayi yang beresiko harus dikaji tidak lenih dari 2 jam setelah kelahiran, serta saat sebelum pemberian ASI, apabila terdapat tanda ketidaknormalan dan setiap 2-4 jam hingga stabil.
- e) Berikan tindakan yang meningkatkan rasa nyaman saat istirahat dan mempertahankan suhu lingkungan yang optimal.
R/ tindakan tersebut dapat mengurangi aktivitas dan konsumsi glukosa serta menghemat tingkat energi bayi.

2) Resiko hipotermi

Tujuan : hipotermi tidak terjadi

Kriteria :

- a) Suhu bayi 36,5-37⁰C
- b) Bayi menetek kat, tidak lesu, akral hangat, denyut jantung bayi 120-160kali/menit, kulit lembab, turgor baik.

Intervensi (Kumalasari, 2015) :

- a) Kaji suhu bayi baru lahir, baik menggunakan metode pemeriksaan per aksila /kulit

R/ penurunan suhu kulit terjadi sebelum penurunan suhu inti tubuh yang dapat menjadi indikator awal stress dingin.

- b) Kaji tanda-tanda hipotermi

R/ selain sebagai suatu gejala, hipotermi dapat merupakan awal yang berakhir dari kematian.

- c) Cegah kehilangan panas tubuh bayi melalui konduksi, konvesi, radiasi, evaorasi

R/ konveksi adalah kehilangan panas yang terjadi saat bayi terpapar udara sekitar yang lebih dingin. Radiasi adalah kehilangan panas yang terjadi karena bayi ditempatkan di dekat benda yang mempunyai suhu tubuh yng rendah dari suhu tubuh bayi. Evaporasi dalah kehilangan panas yang terjadi karena penguapan cairan ketuban pada permukaan tubuh oleh panas yang terjadi

karena pegapan cairan ketuban pada permukaan tubuh oleh panas bayi sendiri karena kelahiran, tubuh bayi tidak segera dikeringkan dan diselimuti.

3) Resiko ikterik

Tujuan : mencegah ikterik

Kriteria :

- a) Kadar bilirubin tidak kurang dari 12,5 mg/dl
- b) Tidak ada tanda-tanda ikterus, seperti warna kuning pada kulit, mukosa, skelera, dan urine.

Intervensi (Marmi, 2012) :

- a) Jemur bayi dimatahari pagi jam 7-9 selama 10 menit

R/ menjemur bayi dimatahari pagi jam 7-9 pagi selama 10 menit akan mengubah senyawa bilirubin menjadi senyawa yang mudah larut dalam air agar lebih mudah ekstrasikan

- b) Mengkaji faktor-faktor resiko

R/ riwayat perinatal tentang imunisasi Rh, ABO, penggunaan aspirin pada ibu atau obat-obatan antimikroba, dan cairan amnion berwarna kuning, merupakan faktor predisposisi bagi kadar bilirubin yang meningkat.

c) Mengakaji tanda gejala ikterus

R/ pola penerimaan ASI yang buruk, alergi, gemetar, menangis kencang, tidak ada reflek moro merupakan tanda-tanda awal ikterus.

d) Berikan ASI segera mungkin dan segera lanjutkan 2-4 jam

R/ mekonium memiliki kandungan bilirubin yang tinggi dan penundaan keluarnya mekonium meningkatkan reabsorpsi bilirubin. Kebutuhan normalnya nutrisi terpenuhi akan mempermudah keluarnya mekonium.

4) Muntah dan gumoh

Tujuan : mencegah bayi muntah dan gumoh setelah minum

Kriteria : tidak muntah dan gumoh setelah minum dan bayi tidak rewel

Intervensi (Marmi, 2012) :

a) Hentikan menyusui bila bayi mulai rewel dan menangis

R/ mengurangi masuknya udara yang berlebihan

b) Sendawakan bayi setelah menyusui

R/ bersendawa membantu mengeluarkan udara yang masuk keperut bayi setelah menyusui.

5) Miliariasis

Tujuan : miliariasis teratasi

Kriteria : tidak terjadi gelembung-gelembung cairan diseluruh tubuh

Intervensi (Marmi, 2012) :

a) Hindari pemakaian bedak berulang tanpa mengiringkan terlebih dahulu

R/ pemakaian bedak berulang dapat menyumbat pengeluaran keringat sehingga dapat mempengaruhi maliasis

b) Kenakan pakaian katun untuk bayi

R/ bahan katun dapat menyerap keringat

c) Mandikan bayi secara teratur 2 kali sehari

R/ mandikan dapat membersihkan tubuh bayi dari kontoran serta keringat yang berlebihan.

d) Bawa kedokter bila timbul keluhan seperti gatal, luka, lecet, rewel dan sulit tidur

R/ penatalaksanaan lebih lanjut.

e) Bila keringat , seka tubuh sesering mungkin dengan hanaduk, lap kering.

R/ meminimalkan terjadinya sumbatan pada saluran kelenjar kringat

D. Implementasi

Menurut keputusan menteri kesehatan RI nomor 938/Menkes/SK/VII/2017 tentang standar asuhan kebidanan. Bidan melakukan rencana asuhan kebidanan secara *komprehensif, efektif, efisien* dan aman berdasarkan *evidence based* kepada klien atau pasien, dalam bentuk upaya *promotive, preventif,*

kuratif dan *regabilitatif*. Dilaksanakan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan dengan kriteria hasil sebagai berikut :

1. Memperhatikan keunikan klien sebagai makhluk bio-psiko-sosialspiritual-kultural.
2. Setiap tindakan asuhan harus mendapatkan persetujuan dan lien atau pun keluarga.
3. Melakukan tindakan asuhan kebidanan berdasarkan *evidence based*.
4. Melibatkan pasien
5. Melaksanakan prinsip pencegahan infeksi
6. Meningkatkan perkembangan kondisi klien secara berkesinambungan
7. Menggunakan sumber daya, saran dan fasilitas yang ada dan sesuai
8. Melakukan tindakan yang sesuai dengan standar
9. Mencatat semua tindakan yang telah dilakukan
10. Menjaga privasi klien.

G. Evaluasi

Menurut keputusan menteri kesehatan RI nomor 938/Menkes/SK/VII/2017 tentang standar asuhan kebidanan.

Bidan melakukan evaluasi serta sistematis dan berkesinambungan untuk melihatkan keefektifan dari asuhan yang suda diberikan, sesuai dengan perubahan perkembangan kondisi klien. Dengan kriteria :

1. Penilaian dilakukan segera setelah selesai melaksanakan asuhan sesuai kondisi klien.
2. Hasil evaluasi segera dicatat dan didokumentasikan pada klien dan keluarga.
3. Evaluasi dilakukan sesuai dengan standar.
4. Hasil evaluasi ditindak lanjuti sesuai dengan kondisi klien.

2.2.5. Konsep Asuhan Keluarga Berencana (KB)

A. Pengkajian Data

1. Data Subjektif

a. Biodata

1) Nama istri / suami

Mengetahui nama klien dan suami guna untuk memperlancar komunikasi dalam memberikan asuhan sehingga tidak terlihat kaku dan lebih akrab (Shinta, 2013).

2) Umur

Wanita usia < 20 tahun menggunakan alat kontrasepsi untuk menunda kehamilan, usia 20-35 tahun untuk menjarangkan kehamilan, dan usia > 35 tahun untuk mengakhiri kesuburan (Saifuddin, 2013).

3) Agama

Untuk mengetahui keyakinan pasien tersebut untuk membimbing atau mengarahkan pasien dalam berdoa (Shinta, 2013).

4) Pendidikan

Makin rendah pendidikan masyarakat, semakin efektif metode KB yang dianjurkan yaitu kontap, suntikan KB, susuk KB atau AKBK (Alat Susuk Bawah Kulit), AKDR (Saifuddin, 2013).

5) Pekerjaan

Hal ini untuk mengetahui taraf hidup dan social ekonomi agar nasehat kita sesuai. Tinggi rendahnya status social dan ekonomi penduduk Indonesia akan memengaruhi perkembangan dari kemajuan program KB (Saifuddin, 2013).

6) Alamat

Wanita yang tinggal di tempat terpencil mungkin memilih metode yang tidak mengharuskan mereka berkonsultasi secara teratur dengan petugas keluarga berencana (Shinta, 2013).

b. Keluhan Utama

Keluhan utama pada ibu pascasalin menurut Saifuddin (2011) adalah:

- 1) Usia 20-35 tahun ingin menjarangkan kehamilan.
- 2) Usia >35 tahun tidak ingin hamil lagi.

c. Riwayat kesehatan

- 1) Penggunaankontrasepsi hormonal tidak diperbolehkan pada ibu yang menderita kanker payudara atau riwayat

kanker payudara, diabetes mellitus disertai komplikasi, penyakit hati akut, jantung, stroke.

- 2) Kontrasepsi implan dapat digunakan pada ibu yang menderita tekanan darah <180/110 mmHg, dengan masalah pembekuan darah, atau anemia bulan sabit (sickle cell).
- 3) Penyakit stroke, penyakit jantung koroner/infark, kanker payudara tidak diperbolehkan menggunakan kontrasepsi pil progestin (Kumalasari, 2015).

d. Riwayat kebidanan

1) Haid

Pada metode KB MAL, ketika ibu mulai haid lagi itu pertanda ibu sudah subur kembali dan harus segera mulai menggunakan metode KB lainnya. Meskipun beberapa metode KB mengandung risiko, menggunakan kontrasepsi lebih aman, terutama apabila ibu sudah haid lagi. Penggunaan KB hormonal progestin diperbolehkan pada ibu dengan riwayat haid teratur dan tidak ada perdarahan abnormal dari uterus.

Bagi ibu dengan riwayat dismenorhea berat, jumlah darah haid yang banyak, haid yang ireguler atau perdarahan bercak (*spotting*) tidak dianjurkan menggunakan IUD (Saifuddin, 2013).

2) Riwayat kehamilan, persalinan, nifas yang lalu

Bila miniPil gagal dan terjadi kehamilan, maka kehamilan tersebut jauh lebih besar kemungkinannya sebagai kehamilan ektopik, ini serupa dengan IUD, maka ibu tidak diperkenankan menggunakan KB pil progestin dan IUD. Ibu dengan riwayat keguguran septik dan kehamilan ektopik, tidak diperkenankan menggunakan KB AKDR. Pada ibu pasca keguguran ada infeksi pemasangan AKDR ditunda 3 bulan sampai infeksi teratasi. Apabila pada persalinan terjadi perdarahan banyak hingga $Hb < 7$ gr% maka penggunaan AKDR ditunda hingga anemia teratasi (Affandi, 2013).

3) Riwayat KB

Bila mini-Pil gagal dan terjadi kehamilan, maka kehamilan tersebut jauh lebih besar kemungkinannya sebagai kehamilan ektopik, ini serupa dengan IUD, maka ibu tidak diperkenankan menggunakan KB pil progestin dan IUD lagi (Hartanto, 2013).

e. Pola kebiasaan sehari-hari

1) Nutrisi

DMPA mengandung pusat pengendalian nafsu makan di hipotalamus, yang menyebabkan akseptor

makan lebih banyak dari pada biasanya (Hartanto, 2013).

2) Eliminasi

Dilatasi ureter oleh pengaruh progestin, sehingga timbul statis dan berkurangnya waktu pengosongan kandung kencing karena relaksasi otot (Hartanto, 2013).

3) Istirahat

Gangguan tidur yang dialami ibu pemakai kontrasepsi hormonal dikarenakan pada awal pemakaian dapat memberikan efek samping dari (mual, pusing, nyeri payudara, perubahan perasaan) (Saifuddin, 2013)..

4) Seksual

Pada penggunaan jangka panjang kontrasepsi hormonal dapat menimbulkan kekeringan vagina, menurunkan libido (Saifuddin, 2013).

5) Riwayat ketergantungan

Untuk penggunaan KB hormonal tidak dianjurkan oleh ibu yang menggunakan obat-obatan dalam jangka panjang. Bagi ibu yang perokok dapat menggunakan kontrasepsi suntikan progestin begitu juga yang obat tuberculosis (rifampisin) dengan ibu (Saifuddin, 2013).

2. Data Objektif

a. Pemeriksaan umum

1) Tanda-tanda vital

Suntikan progesterin dan implant dapat digunakan untuk wanita yang memiliki tekanan darah <180/110 mmHg.

Denyut nadi ireguler (aritmia) menunjukkan klien kemungkinan mengidap kelainan jantung. Suhu normal 36-37 °C, pada akseptor IUD dengan PID akan terjadi kenaikan suhu mencapai 38 °C atau lebih (Hartanto, 2013).

2) Pemeriksaan antropometri

Umumnya pertambahan berat badan tidak terlalu besar, bervariasi antara kurang dari 1-5 Kg dalam tahun pertama. Penyebab pertambahan berat badan tidak jelas. Tampaknya terjadi karena bertambahnya lemak tubuh (Hartanto, 2013).

b. Pemeriksaan fisik

1) Muka

Akan timbul *hirsutisme* (tumbuh rambut/bulu berlebihan di daerah muka) pada penggunaan kontrasepsi progesterin, namun keterbatasan ini jarang terjadi (Saifuddin, 2013).

2) Mata

Kehilangan penglihatan atau pandangan kabur merupakan peringatan khusus untuk pemakai pil progestin, akibat terjadi perdarahan hebat kemungkinan terjadi anemia (Affandi, 2013).

3) Payudara

Kontrasepsi suntikan tidak menambah risiko terjadinya karsinoma seperti karsinoma payudara atau serviks, malah progesterone termasuk DMPA dapat digunakan untuk mengobati karsinoma endometrium. Keterbatasan pada penggunaan KB progestin dan implant akan timbul nyeri pada payudara. Terdapat benjolan payudara/riwayat kanker payudara tidak boleh menggunakan implan maupun progestin (Hartanto, 2013).

4) Abdomen

Dapat terjadi kram abdomen sesaat setelah pemasangan AKDR. Pastikan dan tegaskan adanya penyakit radang panggul dan penyebab lain dari kekejangan. Apabila klien mengalami kejang yang berat, lepaskan AKDR. Bila ditemukan pengguna implan disertai nyeri perut bagian bawah yang hebat kemungkinan terjadi kehamilan ektopik (Saifuddin, 2013).

5) Genetalia

DMPA lebih sering menyebabkan perdarahan, perdarahan bercak dan, amenorea. Dampak yang ditimbulkan dari penggunaan AKDR diantaranya mengalami haid yang lebih lama dan banyak, perdarahan (spotting) antar menstruasi, dan komplikasi lain dapat terjadi perdarahan hebat pada waktu haid (Affandi, 2013).

6) Ekstermitas

Ibu dengan *varises* di tungkai dapat menggunakan AKDR. Lokasi yang biasanya digunakan untuk penanaman kapsul adalah bagian dalam lengan atas yang tidak dominan, walaupun implan sebenarnya dapat dimasukkan dibagian tubuh yang lain (misal: bokong, abdomen bagian bawah, tungkai atas). Lengan atas bagian dalam merupakan area tubuh yang terlindungi, mudah dijangkau untuk memasang dan kembali melepas implan, tidak terlalu terlihat dan mudah dijangkau oleh klien saat melakukan perawatan pasca insersi dan pasca pelepasan (Varney, 2007).

B. Diagnosa Kebidanan

PAPIAH umur 15-49 tahun, anak terkecil usia...tahun, calon peserta KB pasca salin, keadaan umum baik, tidak ada kontraindikasi untuk menggunakan kontrasepsi pasca salin, mula

muntah, sakit kepala, amenorrhea, perdarahan/bercak, nyeri perut bagian bawah, perdarahan pervagina, Prognosa baik (Saifuddin, 2013).

C. Perencanaan

Diagnose : PAPIAH umur 15-49 tahun, calon peserta KB pasca salin, keadaan umum baik, tidak ada kontraindikasi untuk menggunakan kontrasepsi pasca salin. Prognosa baik.

Tujuan :

1. Setelah dilakukan tindakan perawatan keadaan akseptor baik dan kooperatif.
2. Pengetahuan ibu tentang macam-macam cara kerja kelebihan dan kekurangan serta efek samping KB bertambah
3. Ibu dapat memilih KB yang sesuai keinginan dan kondisinya.

Kriteria :

1. Pasien dapat kembali menjelaskan penjelasan yang diberikan petugas.
2. Ibu memilih salah satu KB yang sesuai.
3. Ibu tampak terlihat tenang.

Intervensi menurut Saifddin (2013) :

1. Sapa dan salam kepada klien secara terbuka dan sopan
R/ meyakinkan klien membangun rasa percaya diri.
2. Tanyakan pada klien informasi mengenai dirinya (pengalaman KB, kesehatan reproduksi, tujuan, kepentingan).

R/ dengan mengetahui informasi tentang diri klien akan dapat membantu klien dengan apa yang dibutuhkan klien.

3. Uraikan kepada klien mengenai beberapa jenis kontrasepsi meliputi jenis, keuntungan, kerugian, efektifitas, indikasi dan kontra indikasi

R/ penjelasan yang tepat dan terperinci dapat membantu klien memilih kontrasepsi yang diinginkan.

4. Bantulah klien menentukan pilihannya.

R/ klien akan mampu memilih alat kontrasepsi yang sesuai dengan keadaan dan kebutuhan klien.

5. Diskusikan pilihan klien dengan pasangan.

R/ penggunaan alat kontrasepsi merupakan kesepakatan dari pasangan usia subur sehingga perlu dukungan dari pasangan klien.

6. Jelaskan secara lengkap bagaimana menggunakan kontrasepsi.

R/ penjelasan yang lebih lengkap tentang alat kontrasepsi yang digunakan klien mampu membuat klien lebih mantap menggunakan alat kontrasepsi tersebut.

7. Pesankan kepada klien untuk melakukan kunjungan ulang.

R/ kunjungan ulang digunakan untuk memantau keadaan ibu dan mendeteksi dini bila terjadi komplikasi atau masalah selama penggunaan alat kontrasepsi.

Masalah :

1. Pusing

Tujuan : Setelah diberikan asuhan, pusing dapat teratasi dan ibu dapat beradaptasi dengan keadaannya.

Kriteria : Tidak merasa pusing dan mengerti efek samping dari KB hormonal.

Intervensi menurut (Saifuddin, 2013) :

a. Kaji keluhan pusing pasien.

R/ Membantu menegakkan diagnosa dan menentukan langkah selanjutnya untuk pengobatan.

b. Lakukan konseling dan berikan penjelasan bahwa rasa pusing bersifat sementara.

R/Akseptor mengerti bahwa pusing merupakan efek samping dari KB hormonal.

c. Ajarkan teknik distraksi dan relaksasi

R/ Teknik distraksi dan relaksasi mengurangi ketegangan otot dan cara efektif untuk mengurangi nyeri.

2. Amenorhea

Tujuan : setelah diberikan asuhan, ibu tidak mengalami komplikasi lebih lanjut.

Kriteria : ibu dapat beradaptasi dengan keadaannya.

Intervensi menurut Affandi (2013) :

a. Kaji pengetahuan klien tentang amenorhea

R/ mengetahi tingkat pengetahuan pasien,

- b. Pastikan ibu tidak hamil dan jelaskan darah haid tidak terkumpul didalam rahim.

R/ ibu dapat merasakan tenang dengan keadaannya.

- c. Bila terjadi kehamilan hentikan penggunaan KB, bila kehamilan ektopik segera rujuk.

R/ penggunaan KB pada kehamilan dapat mempengaruhi kehalalan dan kehamilan ektopik lebih besar pada penggunaan KB.

3. Perdarahan bercak/spotting.

Tujuan : setelah diberikan asuhan, ibu mampu beradaptasi dengan keadaannya.

Kriteria : keluhan ibu terhadap masalah bercak berkurang.

Intervensi menurut Affandi (2013) :

- a. Jelaskan bahwa perdarahan ringan terjadi di jumpai, tetapi hal ini bukanlah masalah yang biasa tidak memerlukan pengobatan

R/ klien mampu mengerti dan memahami kondisinya bahwa efek samping menggunakan KB hormonal adalah terjadinya perdarahan bercak/spotting.

- b. Bila klien tidak dapat menerima perdarahan dan tidak ingin melanjutkan kontrasepsi dapat diganti dengan kontrasepsi lainnya.

R/ Klien mengerti dan memahami kontrasepsi yang akan digunakan.

4. Perdarahan pervagina hebat

Tujuan : setelah diberikan asuhan, ibu mampu beradaptasi dengan keadaannya.

Kriteria : perdarahan berkurang dan ibu tidak khawatir dengan keadaannya

Intervensi menurut Affandi (2013) :

a. Pastikan dan tegaskan adanya infeksi pelvik dan kehamilan ektopik.

R/ Tanda dari kehamilan ektopik dan infeksi pelvik adalah berupa perdarahan yang banyak.

b. Berikan klien terapi ibu profen (800 mg, 3 kali sehari selama satu minggu) untuk mengurangi perdarahan dan berikan tablet besi (1 tablet setiap hari selama 1-3 bulan)

R/ Terapi ibuprofen dapat membantu mengurangi nyeri dan karena perdarahan yang banyak maka diperlukan tablet tambah darah.

c. Lepaskan AKDR jika klien menghendaki

R/ Perdarahan yang banyak merupakan komplikasi dari penggunaan AKDR.

D. Implementasi

Menurut keputusan menteri kesehatan RI nomor 938/Menkes/SK/VII/2017 tentang standar asuhan kebidanan.

Bidan melakukan rencana asuhan kebidanan secara *komprehensif, efektif, efisien* dan aman berdasarkan *evidence based* kepada

klien atau pasien, dalam bentuk upaya *promotive*, *preventif*, *kuratif* dan *regabilitatif*. Dilaksanakan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan dengan kriteria hasil sebagai berikut :

1. Memperhatikan keunikan klien sebagai makhluk bio-psiko-sosialspiritual-kultural.
2. Setiap tindakan asuhan harus mendapatkan persetujuan dan lien atau pun keluarga.
3. Melakukan tindakan asuhan kebidanan berdasarkan *evidence based*.
4. Melibatkan pasien
5. Melaksanakan prinsip pencegahan infeksi
6. Meningkatkan perkembangan kondisi klien secara berkesinambungan
7. Menggunakan sumber daya, saran dan fasilitas yang ada dan sesuai
8. Melakukan tindakan yang sesuai dengan standar
9. Mencatat semua tindakan yang telah dilakukan
10. Menjaga privasi klien.

E. Evaluasi

Menurut keputusan menteri kesehatan RI nomor 938/Menkes/SK/VII/2017 tentang standar asuhan kebidanan. Bidan melakukan evaluasi serta sistematis dan berkesinambungan untuk melihatkan keefektifan dari asuhan yang suda diberikan,