

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Kehamilan

1. Definisi Kehamilan

Kehamilan merupakan suatu proses fisiologis dan alamiah, dimana setiap perempuan yang memiliki organ reproduksi sehat, telah mengalami menstruasi, dan melakukan hubungan seksual dengan seorang pria yang sehat maka besar kemungkinan akan mengalami kehamilan. Kehamilan didefinisikan sebagai fertilisasi atau penyatuan dari sperma dan ovum dan dilanjutkan dengan implantasi. Kehamilan terbagi menjadi tiga trimester, dimana trimester satu berlangsung dalam 12 minggu, trimester kedua dimulai pada minggu ke-13 hingga minggu ke-27 dan trimester ketiga yaitu minggu ke-28 hingga minggu ke-40 (Nugrawati and Amriani, 2021). Maka dapat disimpulkan bahwa kehamilan merupakan bertemunya sel telur dan sperma di dalam atau diluar Rahim dan berakhir dengan keluarnya bayi dan plasenta melalui jalan lahir (Nurhayati, 2020).

2. Klasifikasi Usia Kehamilan

Kehamilan terbagi menjadi tiga trimester, dimana trimester satu berlangsung 1 sampai 12 minggu, trimester kedua 13 minggu sampai 28 minggu dan trimester ketiga 29 minggu hingga 42 minggu. Jika ditinjau dari lamanya kehamilan kita bisa menentukan periode kehamilan dengan membaginya dalam 3 bagian. Kehamilan terbagi dalam 3 trimester yaitu. (Wulandari et al., 2021) :

a. Trimester Pertama (1- 12 minggu)

Trimester pertama adalah dari minggu pertama sampai 12 dan termasuk pembuahan. Pembuahan adalah ketika sperma membuahi sel telur kemudian berjalan ke tuba falopi dan menempel ke bagian dalam rahim, di mana ia mulai membentuk janin dan plasenta. Trimester pertama

dapat dibagi lagi menjadi periode embrionik dan janin. Periode embrio dimulai pada saat pembuahan (usia perkembangan) atau pada usia kehamilan 2 sampai 10 minggu. Periode embrionik adalah tahap di mana organogenesis terjadi dan periode waktu di mana embrio paling sensitif terhadap teratogen. Akhir periode embrionik dan awal periode janin terjadi 8 minggu setelah pembuahan (usia perkembangan) atau 10 minggu setelah dimulainya periode menstruasi terakhir. Pada minggu ke 12 denyut janin dapat terlihat jelas dengan ultrasound, gerakan pertama dimulai, jenis kelamin dapat diketahui, ginjal memproduksi urine.

Trimester pertama memiliki risiko keguguran tertinggi (kematian alami embrio atau janin). Kehamilan trimester pertama merupakan usia kehamilan yang rentan karena ibu hamil muda sering mengalami perdarahan pada kehamilan muda dapat bersifat fisiologis atau patologis.

b. Trimester Dua (13-28 minggu)

Trimester kedua adalah dari minggu ke-13 hingga ke- 28. Sekitar pertengahan trimester kedua, pergerakan janin bisa terasa. Pada minggu ke-28, lebih dari 90% bayi dapat bertahan hidup di luar rahim jika diberikan perawatan medis berkualitas tinggi. Pada akhir trimester dua janin dapat bernapas, menelan dan mengatur suhu, surfactan terbentuk didalam paru paru, mata mulai membuka dan menutup, dan ukuran janin $\frac{2}{3}$ pada saat lahir.

c. Trimester Tiga (29-40 minggu)

Trimester ketiga adalah dari 29 minggu sampai kira- kira 40 minggu dan diakhiri dengan bayi lahir. Pada trimester tiga seluruh uterus terisi oleh bayi sehingga tidak bebas bergerak/berputar banyak. Simpanan lemak coklat berkembang dibawah kulit untuk persiapan pemisahan bayi setelah lahir, antibody ibu ditransfer ke janin, janin mulai menyimpan zat besi, kalsium, dan fosfor. Sementara ibu merasakan ketidaknyamanan seperti sering buang air kecil, kaki bengkak, sakit punggung dan susah

tidur. Braxton hick meningkat karena serviks dan segmen bawah rahim disiapkan untuk persalinan.

3. Kebutuhan Dasar Ibu Hamil

a. Kebutuhan Fisik Ibu Hamil Trimester III :

1) Oksigen

Pada saat kehamilan, kebutuhan oksigen meningkat sehingga produksi eritropoitin di ginjal juga meningkat, akibatnya, sel darah merah (eritrosit) meningkat sebanyak 20-30%.

2) Nutrisi

Pada masa kehamilan, seorang Ibu hamil sangat membutuhkan nutrisi yang baik, karena masa kehamilan tersebut merupakan masa dimana tubuh Ibu hamil sangat perlu asupan makan yang baik dan maksimal. Apabila pada Ibu hamil kebutuhan nutrisi tidak terpenuhi dengan baik maka bisa mengakibatkan terjadinya beberapa penyakit pada ibu hamil seperti anemia pada ibu hamil.

Pada saat ibu hamil maka gizi sangat dibutuhkan bagi pertumbuhan dan perkembangan organ reproduksi janin. Pada Ibu hamil kebutuhan zat besi yang dibutuhkan selama kehamilan adalah 800 mg besi, antara lain 300 mg untuk janin plasenta serta 500 mg untuk penambahan eritrosit ibu, maka dari itu ibu hamil memerlukan 2-3 mg zat besi tiap hari. Bila asupan makanan pada ibu hamil sangat baik maka dapat membantu tubuh ibu hamil untuk mengatasi permintaan khusus selama hamil dan akan berdampak positif pada kesehatan bayi. Pola makan yang sehat dan bergizi pada ibu hamil adalah makanan yang memiliki jumlah kalori serta zat-zat gizi yang sesuai dengan kebutuhan yang diperlukan oleh ibu hamil antara lain karbohidrat, lemak, protein, vitamin, mineral, serat dan air. Makanan yang sehat pada ibu hamil dengan gizi seimbang sangat perlu bagi pertumbuhan dan perkembangan janin dalam kandungan

ibu. Pada ibu hamil kebiasaan pola makan juga dipengaruhi oleh beberapa hal antara lain kebiasaan ibu sehari-hari, kesenangan ibu hamil, budaya yang dianut pada ibu hamil, agama, sosial ekonomi. Dari beberapa kebiasaan pola makan pada ibu hamil tersebut sehingga akan berpengaruh pada status gizi ibu.

a) Kalori

Kebutuhan kalori selama kehamilan adalah sekitar 70.000-80.000 kilo kalori (kcal), dengan penambahan berat badan sekitar 12,5 kg. Upaya yang dilakukan agar kebutuhan kalori terpenuhi yaitu ibu harus menggenjot konsumsi makanan dari sumber karbohidrat dan lemak. Karbohidrat bisa diperoleh melalui sereal (padi-padian) dan produk olahannya, kentang, gula, kacang-kacangan, biji-bijian dan susu, sementara untuk lemak, ibu bisa mengonsumsi mentega, susu, telur, daging berlemak, alpukat dan minyak nabati.

b) Vitamin B6 (Piridoksin)

Vitamin ini dibutuhkan untuk menjalankan lebih dari 100 reaksi kimia di dalam tubuh yang melibatkan enzim dan membantu metabolisme asam amino, karbohidrat, lemak dan pembentukan sel darah merah, juga berperan dalam pembentukan neurotransmitter (senyawa kimia penghantar pesan antar sel saraf). Makanan hewani adalah sumber yang kaya akan vitamin B6.

c) Yodium

Yodium dibutuhkan sebagai pembentuk senyawa tiroksin yang berperan mengontrol setiap metabolisme sel baru yang terbentuk. Kekurangan senyawa ini mengakibatkan proses perkembangan janin termasuk otaknya terhambat dan terganggu sehingga janin akan tumbuh kerdil. Angka yang ideal untuk konsumsi yodium adalah 175 mikrogram perhari.

d) Tiamin (Vitamin B1), Riboflavin (B2) dan Niasin (B3)

Deretan vitamin ini akan membantu enzim untuk mengatur metabolisme sistem pernafasan dan energi. Ketiga vitamin B ini bisa ibu konsumsi dari keju, susu, kacang-kacangan, hati dan telur.

e) Air

Kebutuhan ibu hamil di trimester III ini bukan hanya dari makanan tetapi juga dari cairan. Sebaiknya ibu hamil minum minimal 8 gelas air putih sehari. Selain air putih, bisa pula dibantu dengan jus buah, makanan berkuah dan buah-buahan.

3) Personal Hygiene

Pada Ibu hamil kebersihan diri sangat penting selama kehamilan. Ibu hamil dapat menjadi sangat rentan terhadap beberapa penyakit. Kondisi kesehatan dan kebersihan gigi dan mulut, kebersihan vagina, kebersihan kuku dan kebersihan rambut pada ibu hamil yang buruk dapat memberikan dampak seperti kelahiran premature dan bayi dengan berat badan lahir rendah (BBLR). Pada masa kehamilan kebersihan diri harus dijaga sebaik mungkin agar Ibu hamil bisa terhindar dari kondisi yang tidak diinginkan, diantaranya pada ibu hamil dianjurkan untuk mandi sedikitnya dua kali sehari, hal ini dikarenakan ibu hamil lebih banyak mengeluarkan keringat. Ibu hamil juga harus tetap menjaga kebersihan diri khususnya pada lipatan kulit seperti pada lipatan ketiak, pada bawah payudara, dan pada daerah genitalia, hal ini dapat dilakukan dengan cara dibersihkan dengan air setelah itu dikeringkan dengan handuk kering. Selain itu kebersihan gigi dan mulut pada ibu hamil sangat perlu mendapat perhatian karena pada ibu hamil lebih mudah terjadi gigi berlubang dan dapat menyebabkan terjadinya infeksi selama kehamilan yang dapat menyebabkan komplikasi selama kehamilan.

Pada Ibu hamil, daya tahan tubuh terjadi penurunan, oleh sebab itu sistem reproduksi ibu hamil rentan terkena infeksi. Pada ibu hamil cenderung lebih sering mengalami gangguan keputihan daripada saat tidak hamil, apabila perawatan personal hygiene terutama organ genitalia kurang bersih maka dapat mengakibatkan keputihan maupun infeksi.

Ibu hamil cenderung akan mengalami gangguan keputihan daripada tidak sedang hamil, dan keputihan pada ibu hamil disebabkan oleh jamur dan Bacterial Vaginosis (BV). Perawatan organ genitalia eksterna pada ibu hamil perlu dijaga kebersihannya agar dalam menjalani kehamilan menjadi lebih nyaman. Apabila kebersihan di daerah organewanitaan diri tidak terjaga dengari baik maka ibu hamil cenderung mengalami jamur di sekitar vagina, keputihan serta lecet lecet di daerah selangkangan.

4) Pakaian

Pakaian wanita hamil harus ringan dan menarik karena wanita hamil tubuhnya akan tambah menjadi besar. Sepatu harus terasa pas, enak, dan aman, sepatu bertumit tinggi dan berujung lancip tidak baik bagi kaki.

5) Eliminasi

Selama masa kehamilan, tubuh seorang wanita akan mengalami banyak perubahan dan hal ini dapat menyebabkan timbulnya bermacam-macam keluhan dan masalah. Salah satunya keluhan yang paling sering dikeluhkan yaitu konstipasi atau susah buang air besar.

Pada ibu hamil frekuensi kencing menjadi lebih sering, hal ini terjadi akibat adanya tekanan janin kearah panggul, terjadi pula hipervolemia fisiologis. Pada ibu hamil dapat terjadi peningkatan jumlah urin dan peningkatan sistem metabolisme hal ini dapat

menyebabkan ibu hamil mengalami kehilangan sejumlah air dari dalam tubuh. Pada ibu hamil apabila kehilangan cairan dalam jumlah yang besar maka bisa mengakibatkan masalah baru pada ibu hamil selama masa kehamilan. Selama kehamilan Ibu hamil dianjurkan untuk mengkonsumsi air putih serta memenuhi asupan cairan pada makanan ya yang mengandung banyak cairan.

Konstipasi merupakan salah satu ketidaknyamanan yang sering dikeluhkan ibu hamil. Jika tidak dikelola dengan baik konstipasi dapat menyebabkan komplikasi serius. Perubahan pola makan pada masa hamil juga berperan untuk terjadinya konstipasi. Ketidaknyamanan mual muntah pada trimester satu disertai dengan asupan nutrisi terutama cairan yang kurang akan mempengaruhi proses defekasi. Kecenderungan mengurangi asupan cairan dengan bertambahnya usia kehamilan juga memberikan dampak pada proses defekasi. Komposisi makanan yang kurang mengandung serat baik dari sayuran, buah akan memperbesar resiko terjadinya konstipasi. Konsumsi serat dan cairan yang cukup merupakan langkah utama dalam menangani konstipasi sebelum menggunakan farmakoterapi. Konstipasi pada masa kehamilan dapat diatasi dengan melakukan penyesuaian pola makan dan perubahan gaya hidup. Makanan kaya serat (30-35gr/hari) dapat menghindari konstipasi.

Pada ibu hamil dapat beresiko terjadi konstipasi apabila sebelum hamil memiliki riwayat konstipasi dan ibu hamil memiliki riwayat mengkonsumsi suplemen zat besi. Pada ibu hamil aktivitas fisik dapat membantu kelancaran proses defekasi. Aktivitas yang dilakukan ibu hamil dapat merangsang peristaltik usus yang akan memfasilitasi pergerakan chyme di sepanjang kolon. Pada ibu hamil yang biasa terjadi adalah otot-otot menjadi lemah dan tidak efektif pada peningkatan tekanan intraabdominal selama proses defekasi

atau pada pengontrolan defekasi. Otot-otot yang lemah ini adalah akibat dari berkurangnya aktivitas fisik.

6) Seksual

Kehamilan merupakan salah satu kondisi yang bisa berpotensi menimbulkan perubahan dalam kehidupan seksual pasangan. Pada ibu hamil kebutuhan seksualitas bisa beragam, untuk sebagian ibu hamil, kehamilan tersebut dapat menurunkan dorongan seksual, tetapi bagi sebagian lainnya tidak mempunyai pengaruh sama sekali pada kehamilannya. Bagi sebagian ibu hamil, kehamilan bisa meningkatkan dorongan seksual. Frekuensi coital bisa berkurang karena mual dan muntah, takut akan aborsi, keterbatasan akan takut kurang fisik, kerusakan janin, minat, dan ketidaknyamanan. Variasi frekuensi hubungan seksual selama masa kehamilan terjadi penurunan frekuensi hubungan seksual diawal kehamilan dan bertahan hingga trimester berikutnya, hal tersebut biasa disebabkan karena kehamilan merupakan masa transisi dalam siklus kehidupan dimana terjadi perubahan baik secara fisik dan psikologis yang harus diadaptasi oleh perempuan. Pada masa kehamilan, hubungan seksual masih bisa dilakukan, kecuali bila terjadi keadaan yang patologis atau mengancam kehamilan. Pada ibu hamil anak pertama biasanya terjadi keluhan hubungan seksual akibat rasa takut yang berlebihan terhadap kehamilannya. Hubungan seksual bisa dilakukan akan tetapi sebaiknya dilakukan dengan hati-hati terutama pada kehamilan 32-36 minggu, hal ini bertujuan untuk menghindari terjadinya persalinan prematur atau persalinan yang berlangsung pada umur kehamilan 20-37 minggu. (Wulandari et al., 2021)

4. Kebutuhan Psikologis Ibu Hamil Trimester III

1) Support Keluarga

Support keluarga pada kehamilan trimester III antara lain keluarga ikut mendukung dan pengertian dengan mengurangi beban kerja ibu

dan mewaspadaikan tanda persalinan, ikut serta merundingkan persiapan persalinan, suami dan pasangan perlu menyiapkan kenyataan dari peran menjadi orang tua

2) Support dari Tenaga Kesehatan

Support bidan pada ibu hamil trimester III antara lain menginformasikan tentang hasil pemeriksaan, meyakinkan bahwa ibu akan menjalani kehamilan dengan baik, meyakinkan ibu bahwa bidan selalu siap membantu, dan meyakinkan ibu bahwa ibu dapat melewati persalinan dengan baik

3) Rasa aman dan nyaman selama kehamilan

Peran keluarga khususnya suami, sangat diperlukan bagi seorang wanita hamil. Walaupun suami melakukan hal kecil namun mempunyai makna yang tinggi dalam meningkatkan keadaan psikologis ibu hamil ke arah yang lebih baik.

4) Persiapan menjadi orangtua

Persiapan menjadi orang tua sangat penting dipersiapkan karena setelah bayi lahir akan banyak perubahan peran yang terjadi, mulai dari ibu, ayah, dan keluarga. Pasangan yang baru pertama punya anak, persiapan dapat dilakukan dengan banyak berkonsultasi dengan orang yang mampu untuk membagi pengalamannya dan memberikan nasihat mengenai persiapan menjadi orang tua. Hatijar,dkk (2020)

5. Perubahan Fisiologi dan Psikologi Pada Ibu Hamil Trimester III

a. Perubahan Fisiologi

1) Sistem Reproduksi

a) Vagina dan Vulva

Saat usia kehamilan Trimester III dinding vagina mengalami banyak perubahan yang merupakan persiapan mengalami peregangan pada waktu persalinan dengan meningkatnya ketebalan mukosa, mengendornya jaringan ikat, dan hipertrofi sel otot polos.

Perubahan ini mengakibatkan bertambah panjangnya dinding vagina

b) Serviks Uteri

Saat kehamilan mendekati aterm, terjadi penurunan lebih lanjut dari konsentrasi kolagen. Konsentrasinya menurun secara nyata dari keadaan yang relatif dilusi dalam keadaan menyebar (dispresi).

c) Uterus

Di kehamilan Trimester III Segmen bawah Rahim menjadi lebih lebar dan tipis. Batas itu dikenal dengan lingkaran retraksi fisiologis dinding uterus, di atas lingkaran ini jauh lebih tebal dari pada dinding SBR. Setelah minggu ke-28 kontraksi *Braxton Hicks* semakin jelas. Umumnya akan menghilang saat melakukan latihan fisik atau berjalan. Akhir kehamilan kontraksi semakin kuat sehingga sulit membedakan dari kontraksi untuk memulai persalinan.

d) Ovarium

Selama trimester ke III *korpus luteum* sudah tidak lagi berfungsi lagi karena telah digantikan oleh plasenta yang telah terbentuk.

2) Sistem *Traktus Urinarius*

Selama akhir kehamilan kepala janin akan turun ke pintu atas panggul (PAP), keluhan sering kencing akan timbul lagi karena kandung kemih tertekan kembali. Kehamilan tahap lanjut, pelvis ginjal kanan dan ureter lebih berdilatasi dari pada pelvis kiri akibat pergeseran uterus yang berat kekanan akibat terdapat kolon rektosigmoid disebelah kiri. Perubahan ini membuat pelvis dan ureter mampu menampung urine dalam volume lebih besar dan juga memperlambat laju urine

3) Sistem Payudara

Selama trimester III pertumbuhan kelenjar mammae membuat ukuran payudara semakin meningkat, pada kehamilan 32 minggu warna cairan agak putih seperti air susu yang sangat encer. Kehamilan

32 minggu sampai anak lahir, cairan yang keluar lebih kental, berwarna kuning, dan banyak mengandung lemak disebut kolostrum

4) Sistem Endokrin

Selama trimester III kelenjar tiroid akan mengalami pembesaran hingga 15 ml pada saat persalinan akibat dari hiperplasia kelenjar dan peningkatan vaskularisasi. Pengaturan konsentrasi kalsium sangat berhubungan erat dengan magnesium, fosfat, hormone pada tiroid, vitamin D dan kalsium. pada yang lainnya

5) Sistem Musculoskeletal

Selama trimester III otot rektus abdominalis dapat memisah, menyebabkan isi perut menonjol di garis tengah tubuh. Hormon progesterone dan hormone relaxing menyebabkan relaksasi jaringan ikat dan otot. Hal ini terjadi maksimal pada satu minggu terakhir kehamilan. Postur tubuh wanita secara bertahap mengalami perubahan karena janin membesar dalam abdomen sehingga untuk mengompensasi penambahan berat. Lordosis progresif merupakan gambaran yang karakteristik pada kehamilan normal. Selama trimester III akan merasa pegal, mati rasa dan dialami oleh anggota badan atas yang menyebabkan lordosis yang besar dan fleksi anterior leher dan merosotnya lingkaran bahu yang akan menimbulkan traksi pada nervus.

6) Sistem Kardiovaskular

Selama kehamilan jumlah leukosit akan meningkat yakni berkisar antara 5000-12000 dan mencapai puncaknya pada saat persalinan dan masa nifas berkisar 14.000-16.000. Penyebab peningkatan ini belum diketahui. Respon yang sama diketahui selama dan setelah melakukan latihan berat. Distribusi tipe sel juga mengalami perubahan. Masa kehamilan terutama pada trimester III, terjadi peningkatan jumlah granulosit dan limfosit dan secara bersamaan limfosit dan monosit

b. Perubahan Psikologis

Trimester ketiga sering disebut dengan periode penantian. Perubahan psikologis yang terjadi pada ibu hamil trimester III yaitu rasa tidak nyaman timbul kembali, merasa dirinya jelek, aneh, dan tidak menarik, merasa tidak menyenangkan ketika bayi tidak lahir tepat waktu, takut akan merasa sakit dan bahaya fisik yang timbul pada saat melahirkan, khawatir akan keselamatannya, khawatir bayi akan dilahirkan dalam keadaan tidak normal, bermimpi yang mencerminkan perhatian dan kekhawatirannya, merasa sedih karena akan terpisah dari bayinya, merasa kehilangan perhatian, dan perasaan sudah terluka. (Fatimah, 2019)

6. Ketidaknyamanan Ibu Hamil Trimester III

a) Keputihan

Keputihan dapat disebabkan karena terjadinya peningkatan produksi kelenjar dan lendir endoservikal sebagai akibat dari peningkatan kadar estrogen. Cara mencegahnya yaitu tingkatkan kebersihan (personal hygiene), memakai pakaian dalam dari bahan katun, dan tingkatkan daya tahan tubuh dengan makan buah dan sayur.

b) *Nocturia* (sering buang air kecil)

Trimester III, *nocturia* terjadi karena bagian terendah janin akan menurun dan masuk ke dalam panggul dan menimbulkan tekanan langsung pada kandung kemih. Cara mengatasinya yakni perbanyak minum pada siang hari tidak pada malam hari dan membatasi minuman yang mengandung bahan kafein seperti teh, kopi, dan soda.

c) Sesak Napas

Hal ini disebabkan oleh uterus yang membesar dan menekan diafragma. Cara mencegah yaitu dengan merentangkan tangan di atas kepala serta menarik napas panjang dan tidur dengan bantal ditinggikan.

d) Konstipasi

Konstipasi terjadi akibat penurunan peristaltik yang disebabkan relaksasi otot polos pada usus besar ketika terjadi peningkatan jumlah progesterone. Cara mengatasinya yakni minum air 8 gelas per hari, mengkonsumsi makanan yang mengandung serat seperti buah dan sayur dan istirahat yang cukup.

e) Haemoroid

Haemoroid selalu didahului dengan konstipasi, oleh sebab itu semua hal yang menyebabkan konstipasi berpotensi menyebabkan haemoroid. Cara mencegahnya yaitu dengan menghindari terjadinya konstipasi dan hindari mengejan saat defekasi.

f) Oedema pada kaki

Hal ini disebabkan sirkulasi vena dan peningkatan tekanan pada vena bagian bawah. Gangguan sirkulasi ini disebabkan karena uterus membesar pada vena-vena panggul, saat ibu berdiri atau duduk terlalu lama dalam posisi terlentang. Cara mencegah yakni hindari posisi berbaring terlentang, hindari posisi berdiri untuk waktu yang lama, istirahat dengan berbaring ke kiri dengan kaki agak ditinggikan, angkat kaki ketika duduk atau istirahat, dan hindari pakaian yang ketat pada kaki.

g) Varises kaki atau vulva

Varises disebabkan oleh hormon kehamilan dan sebagian terjadi karena keturunan, pada kasus yang berat dapat terjadi infeksi dan bendungan berat. Bahaya yang paling penting adalah thrombosis yang dapat menimbulkan gangguan sirkulasi darah. Cara mengurangi atau mencegah yaitu hindari berdiri atau duduk terlalu lama, senam, hindari pakaian dan korset yang ketat serta tinggikan kaki saat berbaring atau duduk. (Fatimah, 2019)

7. Tanda Bahaya Ibu Hamil Trimester III

a. Perdarahan Pervaginam

Penyebab yang paling sering pada kasus perdarahan trimester III adalah plasenta previa dan abruption plasenta (Solutio plasenta). Pengambilan data subjektif mengenai riwayat penyakit ini merupakan hal yang penting untuk membedakan diantara keduanya. Penyebab lain perdarahan pada kehamilan trimester akhir adalah pecahnya pembuluh darah fetus yang terekspos (vasa previa), pada kondisi ini pembuluh darah yang berada pada membrane ketuban yang melewati serviks robek. Hal ini bisa menyebabkan kegawatan pada janin bahkan kematian. Perdarahan pada trimester ketiga juga bisa disebabkan oleh adanya perubahan serviks pada persalinan preterm, infeksi pada saluran genitalia bagian bawah, adanya benda asing atau keganasan.

1) Plasenta Previa

Tanda utama plasenta previa adalah perdarahan pervaginam yang terjadi tiba-tiba dan tanpa disertai rasa nyeri. Hal ini terjadi selama trimester ketiga dan kemungkinan disertai atau dipicu oleh iritabilitas uterus. Seorang wanita yang tidak sedang bersalin, tetapi mengalami perdarahan pervaginam tanpa rasa nyeri pada trimester ketiga, harus dicurigai mengalami plasenta previa. Kondisi lain yang menandai adanya plasenta previa yaitu malpresentasi (presentasi bokong, letak lintang, kepala tidak menancap), hal ini umum ditemukan pada kasus plasenta previa karena bagian terbawah janin terhalang oleh plasenta untuk masuk ke segmen bawah rahim.

Secara umum perdarahan yang disebabkan oleh plasenta previa tidak disertai dengan rasa nyeri, namun seringkali ada hal-hal yang terjadi di luar kondisi ini. Plasenta previa pada kasus persalinan premature dapat disertai dengan rasa nyeri sebagai akibat nyeri kontraksi.

Lebih dari 90% kasus plasenta previa terdiagnosis dengan pemeriksaan ultrasonografi pada kehamilan trimester kedua. Hal ini

karena perkembangan dari segmen bawah rahim pada kehamilan lanjut, menyebabkan plasenta nampak bergerak menuju serviks. Factor risiko utama plasenta previa adalah Sectio Caesarea pada persalinan sebelumnya, penyebab lainnya adalah tindakan operatif yang merusak lapisan endometrium seperti miomektomi dan kuretase. Wanita perokok, kondisi multiparitas, kehamilan ganda, usia tua dan pengguna kokain juga menjadi factor yang berhubungan dengan plasenta previa. Resiko lebih tinggi untuk mengalami plasenta akreta pada kasus plasenta previa dengan persalinan Sectio Caesarea sebelumnya. Plasenta akreta merupakan kondisi plasenta yang melekat secara abnormal hingga melewati myometrium. Pada plasenta akreta ibu beresiko lebih tinggi untuk mengalami kondisi perdarahan yang lebih parah.

2) Abruptio Plasenta

Abruptio plasenta adalah lepasnya plasenta dari tempat implantasinya, sebelum waktunya. Tanda dan gejala abruptio plasenta bergantung pada derajat lepasnya plasenta. Tanda yang khas pada abruptio plasenta adalah perdarahan pervaginam yang disertai nyeri perut, kontraksi uterus, ketegangan dan seringkali diikuti dengan denyut jantung janin abnormal atau kematian janin. Pada abruptio derajat yang rendah, frekuensi denyut jantung janin masih normal. Peningkatan derajat lepasnya plasenta menurunkan frekuensi denyut jantung janin. Pergerakan janin juga akan menurun atau hilang sama sekali selama 12 jam, sebelum tanda dan gejala lain abruptio muncul. Namun, pada beberapa wanita, pergerakan janin justru meningkat pada kasus abruptio yang luas. Pada kondisi abruptio yang luas uterus sulit untuk dipalpasi karena uterus kaku seperti papan.

b. Sakit kepala hebat yang merupakan gejala pre- eklampsia

Sakit kepala selama kehamilan bisa bersifat primer dan sekunder. Sakit kepala yang bersifat sekunder bisa menjadi suatu gejala yang

menhancam jiwa. Sakit kepala sekunder yang paling umum terjadi adalah sebagai manifestasi dari stroke, thrombosis vena serebral, tumor hipofisis, koriokarsinoma, eklampsia, preeklampsia, intracranial idiopatik hipertensi, dan sindrom vasokonstriksi serebral yang bersifat reversible.

Data mengenai kondisi sakit kepala primer masih langka. Migrain merupakan salah satu jenis sakit kepala yang bersifat primer, sebagai factor risiko komplikasi kehamilan, terutama karena masalah kardiovaskuler. Diagnosis awal suatu penyakit yang dimanifestasikan oleh adanya sakit kepala, penting bagi kelangsungan kehidupan ibu dan janin. Hal ini harus dianggap sebagai gejala yang serius. Selama masa kehamilan dan menyusui, terapi sakit kepala primer yang dipilih adalah terapi non-farmakologis. Namun demikian perawatan tidak boleh ditunda karena sakit kepala dapat menyebabkan gangguan tidur, stress, depresi, dan gangguan asupan gizi yang pada akhirnya akan berdampak pada ibu dan janin. Dengan demikian jika terapi non-farmakologis tidak berhasil, perlu dipertimbangkan penggunaan obat-obatan dengan tetap memperhatikan manfaat dan kemungkinan risikonya. Saat ini migraine dianggap sebagai suatu factor risiko preeklampsia.

Preeklampsia sebagai salah satu tiga penyebab utama kematian ibu di Indonesia, salah satunya ditandai dengan munculnya gejala sakit kepala. Karakteristik sakit kepala pada preeklampsia adalah sakit kepala yang hebat yang disertai tanda lain yaitu adanya hipertensi, bersifat persisten dan lokasinya frontal.

c. Gangguan Visual

Perubahan pada mata biasa terjadi selama periode kehamilan. Meskipun sebagian besar merupakan respon fisiologis yang terjadi akibat perubahan metabolisme, hormonal dan imunologis selama kehamilan, ada beberapa kondisi serius yang dapat berkembang menjadi kondisi lebih buruk atau sebagai pertanda dari penyakit dan komplikasi yang serius, diantaranya adalah preeklampsia.

Gangguan visual yang paling sering muncul sebagai tanda preeklampsia adalah pandangan kabur, namun, fotopsia, scotoma, dan diplopia tidak jarang terjadi. Hal ini terjadi sebagai akibat edema retina, yang menyebabkan vaskulopati konstrikatif. Gangguan visual, sakit kepala, kejang dan hilangnya kesadaran tidak hanya berhubungan dengan hipertensi dalam kehamilan, tapi tanda dan gejala tersebut perlu juga dipertimbangkan sebagai penyebab kejang atau koma yang lain termasuk epilepsy, komplikasi malaria, cedera kepala, meningitis dan ensefalitis.

d. Bengkak di muka atau tangan

Peningkatan berat badan yang berlebihan (lebih besar dari 1,8 kg perminggu) pada trimester kedua dan ketiga dapat menjadi tanda awal potensi berkembangnya kasus preeklampsia. Bengkak yang perlu diwaspadai adalah bengkak yang terjadi tidak hanya pada daerah kaki, tapi juga terjadi pada tanga dan muka. Bengkak ini terjadi sebagai akibat kebocoran pembuluh darah. Sekitar 39% pasien preeklampsia tidak mengalami edema.

e. Berkurangnya gerakan janin

Gerakan janin harus selalu dipantau hingga akhir kehamilan dan saat persalinan.

f. Ketuban Pecah Dini

Ketuban pecah dini adalah pecahnya kulit ketuban sebelum persalinan dimulai. Tanda yang perlu diwaspadai pada kasus ketuban pecah dini adalah keluarnya cairan dari vagina setelah usia kehamilan 22 minggu. Ketuban pecah dini dapat terjadi pada saat usia janin imatur, premature bahkan pada kehamilan matur. Diagnosis ketuban pecah dini dapat ditegakkan dari hasil anamnesis ibu yang dikombinasi dengan pemeriksaan vagina menggunakan speculum. Bau yang khas dari air ketuban bisa menjadi penunjuk untuk diagnosis. Jika pecahnya kulit ketuban tidak secara spontan dan terjadi secara bertahap, penentuan diagnosis akan lebih sulit. Jangan lakukan pemeriksaan vagina secara

digital (menggunakan jari tangan), karena hal ini tidak membantu dalam menegakkan diagnose dan justru dapat menyebabkan timbulnya infeksi.

Bidan bisa melakukan hal-hal berikut untuk menunjang diagnose:

- 1) Gunakan pembalut atau pasang underpad dan periksa cairan yang tertampung pada underpad atau pembalut (secara visual) dan dari bau yang muncul
- 2) Lakukan pemeriksaan menggunakan speculum untuk melakukan pengamatan cairan yang keluar dari vagina (jumlah, warna dan bau), dan singkirkan kemungkinan adanya inkontinensia urine:
- 3) Cairan akan terlihat keluar dari serviks atau membentuk genangan pada forniks posterior
- 4) Minta ibu untuk batuk, cairan ketuban akan tampak menyembur keluar dari os serviks, pastikan pula ada tidaknya dilatasi serviks.
- 5) Jika tersedia lakukan tes nitrazin. Pegang selembur kertas nitrazine. Sentuhkan ke cairan yang menggenang di bilah spekulum. Perubahan dari kuning ke biru menunjukkan alkalinitas (adanya cairan ketuban). Atau bisa lakukan tes ferning. Oleskan sedikit cairan pada obyek glass dan biarkan mengering.

Pecahnya kulit ketuban secara spontan merupakan sesuatu yang fisiologis terjadi pada kehamilan aterm baik sebelum atau setelah onset kontraksi persalinan. Hal ini dianggap sebagai sesuatu yang erat kaitannya dengan kondisi kulit ketuban yang semakin melemah dengan bertambahnya usia kehamilan, yang merupakan akibat dari proses remodelling kolagen dan apoptosis sel. Ketika ketuban pecah sebelum aterm, proses berkurangnya kekuatan kulit ketuban akibat dari berbagai hal seperti peregangan yang berlebihan, infeksi, inflamasi dan hipoksia local.

g. Kejang

Setiap kejang dalam kehamilan harus dianggap sebagai eklampsia sampai ditemukannya penyebab kejang yang lain seperti epilepsy. Kejang pada eklampsia dapat terjadi akibat vasospasme intens arteriserebri.

Kejang ini paling sering muncul sebelum persalinan dan dapat berlanjut hingga 10 hari post partum. Kewaspadaan terhadap tanda dan gejala lain mencakup nyeri kepala, gangguan penglihatan, nyeri ulu hati dan kegelisahan ibu menjadi alarm bagi penolong terhadap munculnya kejang.

h. Selaput kelopak mata pucat.

Selaput kelopak mata pucat merupakan salah satu tanda anemia yang dapat juga muncul pada trimester III. Anemia pada trimester III dapat menyebabkan perdarahan pada waktu persalinan dan nifas, serta BBLR

i. Demam Tinggi

Demam tinggi yang ditandai suhu badan di atas 38°C, masih mungkin muncul sebagai tanda bahaya di trimester ketiga. Karenanya ibu hamil masih tetap harus mewaspadaai jika ini terjadi. Jika menemukan kondisi ibu hamil dengan demam, segera bawa ke fasilitas pelayanan kesehatan. (Wulandari et al., 2021)

8. Deteksi Dini Faktor Resiko Trimester III

a. Menilai factor resiko dengan skor Poedji Rochyati

1) Kehamilan Risiko Tinggi

Risiko adalah suatu ukuran statistik dari peluang atau kemungkinan untuk terjadinya suatu keadaan gawat-darurat yang tidak diinginkan pada masa mendatang, yaitu kemungkinan terjadi komplikasi obstetrik pada saat persalinan yang dapat menyebabkan kematian, kesakitan, kecacatan atau ketidakpuasan pada ibu atau bayi.

Definisi yang erat hubungannya dengan risiko tinggi (*highrisk*):

- a) Wanita risiko tinggi (*High Risk Women*) adalah wanita yang dalam lingkaran hidupnya dapat terancam kesehatan dan jiwanya oleh karena sesuatu penyakit atau oleh kehamilan, persalinan dan nifas.
- b) Ibu risiko tinggi (*High Risk Mother*) adalah faktor ibu yang dapat mempertinggi risiko kematian neonatal atau maternal.
- c) Kehamilan risiko tinggi (*High Risk Pregnancies*) adalah

keadaan yang dapat mempengaruhi optimalisasi ibu maupun janin pada kehamilan yang dihadapi. Risiko tinggi atau komplikasi kebidanan pada kehamilan merupakan keadaan penyimpangan dari normal, yang secara langsung menyebabkan kesakitan dan kematian ibu maupun bayi. Untuk menurunkan angka kematian ibu secara bermakna maka deteksi dini dan penanganan ibu hamil berisiko atau komplikasi kebidanan perlu lebih ditingkatkan baik fasilitas pelayanan kesehatan ibu dan anak maupun di masyarakat. Beberapa keadaan yang menambah risiko kehamilan, tetapi tidak secara langsung meningkatkan risiko kematian ibu. Keadaan tersebut dinamakan faktor risiko. Semakin banyak ditemukan faktor risiko pada ibu hamil, semakin tinggi risiko kehamilannya.

b. Skor Poedji Rochjati

Skor Poedji Rochjati adalah suatu cara untuk mendeteksi dini kehamilan yang memiliki risiko lebih besar dari biasanya (baik bagi ibu maupun bayinya), akan terjadinya penyakit atau kematian sebelum maupun sesudah persalinan. Ukuran risiko dapat dituangkan dalam bentuk angka disebut skor. Berdasarkan jumlah skor kehamilan dibagi menjadi tiga kelompok :

- 1) Kehamilan Risiko Rendah (KRR) dengan jumlah skor 2
- 2) Kehamilan Risiko Tinggi (KRT) dengan jumlah skor 6-10
- 3) Kehamilan Risiko Sangat Tinggi (KRST) dengan jumlah skor ≥ 12

c. Tujuan Sistem Skor

Adapun tujuan sistem skor Poedji Rochjati adalah sebagai berikut

- 1) Membuat pengelompokan dari ibu hamil (KRR, KRT, KRST) agar berkembang perilaku kebutuhan tempat dan penolong persalinan sesuai dengan kondisi dari ibu hamil.
- 2) Melakukan pemberdayaan ibu hamil, suami, keluarga dan masyarakat agar peduli dan memberikan dukungan dan bantuan

untuk kesiapan mental, biaya dan transportasi untuk melakukan rujukan terencana.

d. Fungsi Skor

- 1) Sebagai alat komunikasi informasi dan edukasi/KIE bagi klien/ibu hamil, suami, keluarga dan masyarakat. Skor digunakan sebagai sarana KIE yang mudah diterima, diingat, dimengerti sebagai ukuran kegawatan kondisi ibu hamil dan menunjukkan adanya kebutuhan pertolongan untuk rujukan. Dengan demikian berkembang perilaku untuk kesiapan mental, biaya dan transportasi ke rumah sakit untuk mendapatkan penanganan yang adekuat.
- 2) Alat peringatan bagi petugas kesehatan agar lebih waspada. Lebih tinggi jumlah skor dibutuhkan lebih kritis penilaian klinis pada ibu risiko tinggi dan lebih intensif penanganannya.

e. Cara Pemberian Skor

Tiap kondisi ibu hamil (umur dan paritas) dan faktor risiko diberi nilai 2,4 dan 8. Umur dan paritas pada semua ibu hamil diberi skor 2 sebagai skor awal. Tiap faktor risiko skornya 4 kecuali bekas sesar, letak sungsang, letak lintang, perdarahan antepartum dan preeklamsia berat/eklamsia diberi skor 8. Tiap faktor risiko dapat dilihat pada gambar yang ada pada Kartu Skor Poedji Rochjati (KSPR), yang telah disusun dengan format sederhana agar mudah dicatat dan diisi. (Zainiyah et al., 2020)

Gambar 2.1 Skor Poedji Rochjati

SKRINING / DETEKSI DINI IBU RISIKO TINGGI

Nama : Alamat :

Umur ibu : Kec/Kab :

Pendidikan : Pekerjaan :

Hamil Ke Haid Terakhir tgl Perkiraan Persalinan tgl

Periksa I
Umur Kehamilan : bln Di:

KEL	NO.	Masalah/Faktor Risiko	SKOR	Tribulan			
				I	II	III,1	III,2
		Skor awal ibu hamil	2				
I	1	Terlalu muda, hamil < 16 th	4				
	2	Terlalu tua, hamil > 35 th	4				
		Terlalu lambat hamil I, kawin > 4 th	4				
	3	Terlalu lama hamil lagi (> 10 th)	4				
	4	Terlalu cepat hamil lagi (< 2 th)	4				
	5	Terlalu banyak anak, 4 / lebih	4				
	6	Terlalu tua, umur > 35 th	4				
	7	Terlalu pendek < 145 cm	4				
	8	Pernah gagal kehamilan	4				
	9	Pernah melahirkan dengan :					
	a. Tarikan tang / vakum	4					
	b. Uri drogoh	4					
	c. Diberi infus / Transfusi	4					
	10. Pernah Operasi Sesar	8					
II	11	Penyakit pada ibu hamil :					
		a. Kurang Darah b. Malaria	4				
		c. TBC Paru d. Payah Jantung	4				
		e. Kencing Manis (Diabetes)	4				
		f. Penyakit Menular Seksual	4				
	12	Bengkak pada muka/tungkai dan tekanan darah tinggi	4				
	13	Hamil kembar 2 atau lebih	4				
	14	Hamil kembar air (Hydramnion)	4				
	15	Bayi mati dalam kandungan	4				
	16	Kehamilan lebih bulan	4				
	17. Letak sungsang	8					
	18. Letak lintang	8					
	19. Perdarahan dalam kehamilan ini	8					
	20. Preeklampsia Berat / Kejang-2	8					
	JUMLAH SKOR						

PENYULUHAN KEHAMILAN/PERSALINAN AMAN – RUJUKAN TERENCANA

KEHAMILAN				KEHAMILAN DENGAN RISIKO			
JML SKOR	JML SKOR	PERAWA TAN	RUJU KAN	TEMPAT	PENOLO NG	RUJUKAN	
						RDB	RDR RTW
2	KRR	BIDAN	TIDAK DIRLUK	TIDAK DIRLUK	BIDAN		
6-10	KRT	BIDAN DOKTER	BIDAN PKM	POLINDES PKM / RS	BIDAN DOKTER		
>12	KRST	DOKTER	RUMAH SAKIT	RUMAH SAKIT	DOKTER		

KARTU SKOR 'POEDJI ROCHJATI' PERENCANAAN PERSALINAN AMAN

Persalinan Melahirkan tanggal :

RUJUK DARI : 1. Sendiri 2. Dukun 3. Bidan 4. Puskesmas
RUJUK KE : 1. Bidan 2. Puskesmas 3. RS

RUJUKAN :
1. Rujukan Dini Berencana (RDB) 2. Rujukan Tepat Waktu (RTW)

Gawat Obstetrik : Kel. Faktor Resiko I & II
1.
2.
3.
4.
5.
6.

Gawat Obstetrik : Kel. Faktor Resiko I & II
1. Perdarahan antepartum

Komplikasi Obstetrik
3. Perdarahan postpartum
4. Uri tertinggal
5. Persalinan Lama

TEMPAT : 1. Rumah Ibu 2. Rumah Bidan 3. Polindes 4. Puskesmas 5. Rumah Sakit 6. Perjalanan
PENOLONG : 1. Dukun 2. Bidan 3. Dokter 4. Lain-lain
MACAM PERSALINAN
1. Normal 2. Tindakan Pervaginam 3. Operasi Sesar

PASCA PERSALINAN :
IBU : 1. Hidup 2. Mati, dengan penyebab a. Perdarahan b. Preeklampsia/Eklampsia c. Partus Lama d. Infeksi e. Lain-2....
TEMPAT KEMATIAN IBU
1. Rumah Ibu 2. Rumah Bidan 3. Polindes 4. Puskesmas 5. Rumah Sakit 6. Perjalanan

BAYI :
1. Berat lahir : gram, Laki-2 / Perempuan
2. Lahir hidup : APGAR Skor
3. Lahir mati, penyebab
4. Mati kemudian, umur hr, penyebab
5. Kelainan bawaan : tidak ada / ada

KEADAAN IBU SELAMA MASA NIFAS (42 Hari Pasca Salin)
1. Sehat 2. Sakit 3. Mati, penyebab

Keluarga Berencana 1. Ya/Sterilisasi

Kategori Keluarga Miskin 1. Ya 2. Tidak

(Sumber : Poedji Rochjati, 2019)

Ket :

1. Kehamilan resiko rendah : skor 2
2. Kehamilan resiko tinggi : skor 6 - 10
3. Kehamilan resiko sangat tinggi : skor ≥ 12

9. Konsep Pelayanan Antenatal

a. Pengertian

Asuhan Antenatal adalah suatu program yang terencana berupa observasi, edukasi, dan penanganan medik pada ibu hamil, untuk memperoleh suatu proses kehamilan dan persiapan persalinan yang aman dan memuaskan. Tujuan asuhan kehamilan adalah sebagai berikut:

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

b. Standar Pelayanan (kunjungan, 10T)

Menurut (Rufaridah, 2019) yaitu pemeriksaan kehamilan sangat penting untuk memastikan kesehatan ibu dan janin selama kehamilan. Pada saat ini seharusnya pelayanan antenatal terpadu untuk pemeriksaan kehamilan harus memenuhi standar 10T, yaitu :

a) Timbang berat badan dan ukur tinggi badan (T1)

Penimbangan berat badan setiap kunjungan antenatal dilakukan untuk mendeteksi adanya gangguan pertumbuhan janin. Penambahan berat badan yang kurang dari 9 kg selama kehamilan atau kurang dari 1 kg setiap bulanya menunjukkan adanya gangguan pertumbuhan janin. Pengukuran tinggi badan pada

pertama kali kunjungan dilakukan untuk menapis adanya faktor risiko pada ibu hamil. Tinggi badan ibu hamil 145 cm meningkatkan risiko untuk terjadinya CPD (*Chephalo Pelvic Disproportion*)

b) Tentukan tekanan darah (T2)

Pengukuran tekanan darah pada setiap kali kunjungan antenatal dilakukan untuk mendeteksi adanya hipertensi (tekanan darah \geq 140/90 mmHg). Pada kehamilan dan preeclampsia (hipertensi disertai edem wajah dan atau tungkai bawah dan atau protein uria)

c) Tentukan status gizi (T3)

Pengukuran LILA hanya dilakukan pada kontak pertama oleh tenaga kesehatan di trimester I untuk skrining ibu hamil berisiko kurang energy kronis (KEK). Ibu hamil yang mengalami KEK di mana ukuran LILA kurang dari 23,5 cm. Ibu hamil dengan KEK akan dapat melahirkan bayi berat lahir rendah (BBLR). Ibu hamil yang mengalami obesitas di mana ukuran LILA $>$ 28 cm

d) Tinggi fundus uteri (T4)

Pengukuran tinggi fundus uteri dilakukan setiap kali kunjungan antenatal untuk mendeteksi pertumbuhan janin sesuai atau tidak dengan umur kehamilan. Jika tinggi fundus uteri tidak sesuai dengan umur kehamilan, kemungkinan ada gangguan pertumbuhan janin.

Tabel 2.1 Tinggi Fundus Uteri Menurut Usia Kehamilan

Umur Kehamilan	TFU
12 minggu	3 jari diatas simpisis
16 minggu	½ simpisis-pusat
20 minggu	3jari dibawah pusat
24 minggu	Setinggi pusat
28 minggu	1/3 diatas pusat
34 minggu	½ pusat-prossus xifoideus
36 minggu	Setinggi prossus xifoideus
40 minggu	2 jari dibawah prossus

(Yuliani et al., 2021)

e) Tentukan Presentasi Janin dan Denyut Jantung Janin (T5)

Menentukan presentasi janin dilakukan pada akhir trimester II dan selanjutnya setiap kali kunjungan antenatal. Pemeriksaan ini dimaksudkan untuk mengetahui letak janin. Jika pada trimester III bagian bawah janin bukan kepala, atau kepala janin belum masuk ke panggul berarti ada kelainan letak, panggul sempit atau ada masalah. Penilaian DJJ dilakukan pada akhir trimester I dan selanjutnya setiap kali kunjungan antenatal. DJJ lambat kurang dari 120x/menit atau DJJ cepat lebih dari 160x/ menit menunjukkan adanya gawat janin.

f) Manfaat imunisasi TT bagi ibu hami

- 1) Melindungi bayi terhadap penyakit tetanus neonatorum
- 2) Memberi kekebalan terhadap penyakit tetanus ibu dan janin, sehingga pada saat proses persalinan terhindar dari penyakit tetanus
- 3) Sebagai anti toksin yang melewati plasenta ke janin pasca imunisasi aktif pada ibu dapat mencegah kejadian tetanus neonatorum. Efektifitas 2 dosis TT selama kehamilan dalam mencegah tetanus neonatorum sekitar 80-100%.

Tabel 2.2 Skrining imunisasi tetanus toksoid

Imunisasi	Selang Waktu Minimal	Lama Perlindungan
TT 1		Langkah awal pembentukan kekebalan tubuh terhadap penyakit tetanus.
TT 2	1 bulan setelah TT 1	3 tahun
TT 3	6 bulan setelah TT 2	5 tahun
TT 4	12 bulan setelah TT 3	10 tahun
TT 5	12 bulan setelah TT 4	>25 tahun

Sumber : (Yuliani dkk., 2021)

g) Tablet Fe (T7)

Menurut (Rufaridah, 2019). Tablet tambah darah dapat mencegah anemia gizi besi, setiap ibu hamil harus mendapat tablet tambah darah dan asam folat minimal 90 tablet selama kehamilan yang diberikan sejak kontak pertama. tiap tablet mengandung 60 mg zat besi dan 0,25 mg asam folat.

h) Tes Laboratorium (T8)

- 1) Tes golongan darah, untuk mempersiapkan donor bagi ibu hamil bila diperlukan.
- 2) Tes haemoglobin. Dilakukan minimal sekali pada trimester 1 dan sekali pada trimester 3. Pemeriksaan ini bertujuan untuk mengetahui apakah ibu menderita anemia. Pemeriksaan Hb pada trimester 2 dilakukan atas indikasi.
- 3) Tes pemeriksaan urin (air kencing). Dilakukan pada ibu hamil trimester kedua dan ketiga atas indikasi. Pemeriksaan ini dilakukan untuk mengetahui ada protein urin dalam air kencing ibu. ini merupakan salah satu indikator terjadinya preeklamsi pada ibu hamil.

4) Pemeriksaan kadar gula darah dilakukan pada ibu hamil dengan indikasi diabetes melitus. Pemeriksaan ini sebaiknya dilakukan sekali setiap trimester.

5) Tes pemeriksaan darah lainnya, sesuai indikasi seperti malaria, HIV, sifilis, dan lain-lain

i) Tatalaksana atau penanganan kasus (T9)

Berdasarkan hasil pemeriksaan ante natal di atas dan hasil laboratorium, setiap kelainan yang ditemukan pada ibu hamil harus ditangani dengan standar dan kewenangan tenaga kesehatan (Rufaridah, 2019)

j) Temu Wicara (T10)

Temu wicara atau konseling dilakukan pada setiap kunjungan antenatal yang meliputi kesehatan ibu, perilaku hidup bersih dan sehat, peran suami dan keluarga dalam kehamilan dan perencanaan persalinan, tanda bahaya pada kehamilan, persalinan dan nifas serta kesiapan menghadapi komplikasi, asupan gizi seimbang, gejala penyakit menular dan tidak menular, inisiasi menyusui dini (IMD) dan pemberian ASI eksklusif, KB pasca persalinan, dan imunisasi. (Mutaroh, 2023)

10. 7 Langkah Varney Asuhan Kebidanan Kehamilan

a. Langkah Pertama: Mengumpulkan semua data yang dibutuhkan untuk

Langkah pertama ini bidan memotret atau mendokumentasikan kembali secara lengkap seluruh hasil pengkajian atau penyelidikan bidan tentang keadaan ibu hamil. Data dalam pengkajian yang harus diuraikan adalah data subjektif yaitu data yang didapatkan berdasarkan hasil anamnesis, serta data objektif yang merupakan data yang diperoleh berdasarkan hasil pemeriksaan. Dibawah ini adalah item-item informasi yang harus tercatat dalam hasil pengkajian bidan pada ibu hamil.

1) Data Subjektif lengkap yang harus tercover dalam dokumentasi bidan adalah data terkait; a). identitas ibu dan suami yaitu nama

lengkap, umur, agama, pendidikan terakhir, pekerjaan alamat lengkap, nomor telephone yang dapat dihubungi. b). data keluhan utama yang sedang ibu rasakan saat kunjungan c). alasan alasan kunjungan yaitu ibu mengunjungi fasilitas kesehatan d). riwayat menstruasi ibu berupa data HPHT kehamilan sekarang, pola menstruasi yaitu lama saat menstruasi, jumlah atau banyaknya darah saat menstruasi, siklus haid ibu, apakah teratur atau tidak, selama haid apakah ada keluhan nyeri saat haid (dismenorrhoea) e). riwayat obstetri yaitu menggambarkan Riwayat kehamilan persalinan, nifas dan keadaan anak saat ini serta keterangan waktu dalam tahun saat mengalaminya f). riwayat kehamilan sekarang menggambarkan pemeriksaan kehamilan saat ini di organisir berdasarkan trimester, mencakup: jumlah kunjungan, apakah terdapat keluhan, therapy yang didapat. Selain itu kapan ibu pertama kali mengetahui kehamilannya, tanggal pemeriksaan PpTest (jika dilakukan), pergerakan janin pertama kali dirasakan pada usia kehamilan berapa, serta bagaimana gambaran pergerakan janin dalam 24 Jam terakhir (Frekuensi dan intensitas) g). riwayat KB menggambarkan tentang apakah sebelumnya ibu pernah menggunakan KB, apa jenisnya, pencatatan tentang efek samping yang ibu rasakan selama menggunakan kontrasepsi. h). riwayat kesehatan dan penyakit klien apakah ibu pernah menderita penyakit menular seperti HIV, AIDS, TBC dan hepatitis, penyakit yang berhubungan dengan genetic seperti hipertensi, asma dan diabetes melitus, serta penyakit menahun seperti jantung, ginjal. Selain itu perlunya pencatatan terkait riwayat alergi ibu pada makanan atau obat-obatan. i). riwayat kesehatan keluarga penting untuk bidan mencatata tentang apakah didalam keluarga memiliki riwayat penyakit menular, penyakit menahun dan penyakit menurun. j). pola fungsi kesehatan menggambarkan tentang pola nutrisi, polaistirahat, pola hubungan seksual, pola personal hygiene, pola aktivitas dan pola kebiasaan

sehari-hari. seluruh pol aini bidan merekam keadaan ibu sebelum dan selama kehamilan, terkait frekuensi, lama, komposisi dan sebagainya. k). riwayat psikososial dan buday mencakup berapa kali ibu ini pernah kawin, usia perta saat ibu melakukan perkawinan, lamanya kawin, apakah kehamilan sekarang direncanakan, berapa jumlah keluarga yang tinggal dalam rumah sekarang, serta keprcayaan adat istiadat yang berhubungan dengan kehamilan, persalinan, nifas dan perawatan bayi.

- 2) Data Objektif yang perlu mencajadi catatan bidan adalah seluruh hasil pemeriksaan bidan terkait dengan: a). pemeriksaan umum: keadaan umum, tingkat kesadaran, tanda- tanda vital, BB sebelum hamil dan saat ini, tinggi badan ibu dan ukurang lingkaran atas (LILA). b). pemeriksaan fisik mencakup pemeriksaan inspeksi, palpasi, auskultasi dan perkusi muali dari kepala, telinga, leher, dada, payudara, abdomen (pemeriksaan leopold, djj, inseksi bekas luka operasi, Mc Donald, TTBBJ dan DJJ), genitalia, anus, dan ekstremitas atas dan bawah. Semua pemeriksaan mencakup ukuran, besar, konsistensi dan lain-lain untuk tercover apakah terdapat kelainan-kelainan yang dijumpai dan terwakili dalam pendokumentasian. c). pemeriksaan penunjang termasuk didalam skirring deteksi dini resiko tinggi, pemeriksaan laboratorium termasuk hemoglobin, golongan darah protein urine, VDRL, malaria, hepatitis dan sebagainya.

- b. Langkah kedua adalah interpretasi data dasar.

Dokumentasi hasil interpretasi data dasar berupa diagnosa dan masalah yang menyertai diagnosa ibu. Berdasarkan data hasil pengkajian yang lengkap maka pada langkah ini bidan perlu mendokumentasikan data focus baik subjektif maupun objektif yang mendukung penegakan diagnose bidan sebagai data dasar. Dibawah ini adalah contoh tabel untuk membantu bidan dalam merumuskan hasil interpretasi data dan menegakkan diagnose serta masalah. Menuliskan diagnosa kebidanan

seyogyanya bidan merujuk pada nomenklatur diagnose kebidanan dalam kehamilan oleh karena diagnose kebidanan merupakan salah satu symbol atau ciri sebuah profesi. Sebuah model pendokumentasian nomenklatur diagnose kebidanan kehamilan telah disampaikan penulis sebelumnya pada tahun bahwa ada 4 kelompok informasi yang harus tertuang dalam sebuah diagnose kebidanan dalam kehamilan. Informasi tersebut terdiri dari :

- 1) Informasi status obstetri ibu hamil. Informasi ini adalah informasi yang wajib untuk disampaikan dengan lengkap setiap kali bidan menuliskan diagnose ibu hamil yaitu: gravida, para, premature, abortus, anak hidup dan usia kehamilan saat ini dalam minggu
 - 2) Informasi tentang hasil konsepsi, menggambarkan perkembangan hasil konsepsi apakah hasil konsepsi berkembang sebagai janin, tunggal atau kembar, hidup atau mati, intra uterine atau ekstra uterin. bila karakteristik hasil konsepsi adalah normal sesuai usia kehamilan dan tidak ada diagnose tambahan maka bidan hanya perlu menyampaikan bahwa janin normal.
 - 3) Informasi tentang keadaan ibu saat hamil, pencatatan ini merekam apakah terdapat diagnosis tambahan apakah terdapat diagnosis tambahan pada ibu sesuai dengan hasil pemeriksaan bidan pada langkah ke satu pengkajian
 - 4) Informasi tentang status faktor risiko seorang ibu hamil adalah dokumentasi terkait dengan kelompok risiko ibu hamil berdasarkan kelompok risiko yang dikembangkan oleh Poedji Rochjati
- c. Langkah ketiga adalah mengidentifikasi diagnosa dan masalah potensial.

Pencatatan tentang langkah ke tiga adalah pencatatan tentang hasil analisis bidan terkait dengan apakah ada diagnosa yang berpotensi berkembang atau keadaan gawat darurat yang akan mengancam keadaan ibu, misalnya ibu hamil dengan pre eklamsia ringan, masalah potensial

yang mungkin timbul berdasarkan teori dan rasionalisasi yang mendasari adalah: Pre eklamsia berat dan eklamsia

Data subjektif penunjang:

Data Objektif penunjang:

d. Langkah keempat yaitu mengidentifikasi kebutuhan dan tindakan segera.

Pencatatan tindakan segera adalah pencatatan atau dokumentasi bidan terkait dengan langkah cepat yang dikerjakan bidan berkaitan dengan pencegahan terhadap masalah potensial yang akan terjadi (hasil analisis langkah ke tiga). Misalnya kolaborasi dengan dokter untuk persiapan kuretase pada pasien perdarahan karena abortus, penanganan gawat darurat pemasangan infus dan oksigen serta persiapan rujukan bagi pasien dengan gangguan napas dan lain sebagainya.

e. Langkah kelima yaitu perencanaan.

Langkah kelima dalam pencatatan asuhan kebidanan dalam kehamilan adalah dokumentasi perencanaan yang akan dilakukan bidan dengan mendasarinya menggunakan rasionalisasi yaitu dasar teoritis pemilihan intervensi bidan. Studi literatur review asuhan kebidanan yang terpublikasi menyampaikan bahwa pencatatan point menggunakan perencanaan kalimat perintah sebagai identitasnya, sedangkan rasionalisasi tindakan menggunakan symbol R/. sebagai singkatan dari rasionalisasi.

Contoh kalimat perencanaan adalah: Anjurkan makan makanan yang tidak berlemak, berikan pendidikan kesehatan tentang KB, informasikan hasil pemeriksaan, dan lain sebagainya

f. Langkah keenam adalah pelaksanaan.

Pendokumentasian hasil pelaksanaan asuhan bidan juga sangat penting karena hal ini merupakan inti dari pencatatan apa yang dikerjakan bidan. Pencatatan harus detail terdiri dari waktu pelaksanaan, langkah-langkah yang dilakukan, respon pasien saat bidan melakukan asuhannya. Dalam konteks asuhan apa yang direncanakan bidan dengan urutan

perencanaan berdasarkan prioritas keadaan pasien merupakan apa yang akan di kerjakan, penting untuk diingat bahwa kerjakan apa yang telah direncanakan dan rencanakan apa yang akan di kerjakan. Sehingga dalam pendokumentasian perencanaan dan pelaksanaan jumlah kegiatan harusnya sama. Contoh sebuah asuhan kepada ibu hamil trimester ketiga bidan telah menyiapkan lima point perencanaan mulai dari informasikan hasil pemeriksaan sampai dengan anjuran tentang kunjungan ulangan bulan depan. Lima poin perencanaan harusnya terdokumentasi bagaimana pelaksanaannya, waktunya kapan, Langkah-lankahnya seperti apa dan bagaimana respon pasien digambarkan dengan monitoring sesaat setiap pelaksanaan asuhan yang dilakukan bidan.

Mendokumentasikan kalimat pelaksanaan menggunakan kata kerja berbeda dengan perencanaan yang menggunakan kata perintah. Contoh kata kerja dalam pendokumentasikan asuhan kebidanan adalah: melakukan kolaborasi dengan dokter untuk therapy bagi ibu dengan hyperemesis gravidarum, menganjurkan ibu makan-makanan dengan frekwensi sedikit tapi sering, mempersiapkan sampel urine ibu untuk persiapan laboratrium, dan lain sebagainya

g. Langkah ketujuh yaitu evaluasi.

Langkah ini merupakan langkah terakhir dari manajemen kebidanan Varney. Bidan sebagai pelaksana asuhan kebidanan dalam kehamilan harus memiliki kemampuan untuk memotert seluruh kegiatan yang telah ia lakukan termasuk memberikan kesan bahwa apakah langkah demi langkah yang dikerjakan seluruhnya efektif mengatasi keadaan pasien ataupun ada langkah lain yang dianggap belum efektif. Langkah yang belum atau kurang efektif oleh bidan perlu untuk diulang Kembali dari awal setiap asuhan yang diberikan untuk mengidentifikasi mengapa proses menajaemen tidak efektif serta melakukan penyesuaian rencana asuhan tersebut. (Wulandari et al., 2021)

B. Konsep Dasar Persalinan

1. Pengertian Persalinan

Persalinan adalah suatu proses pengeluaran hasil konsepsi yang dapat hidup dari dalam uterus ke dunia luar. Persalinan dan kelahiran normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (27–42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung dalam 18 jam, tanpa komplikasi baik pada ibu maupun pada janin (Namangdjabar, 2023).

2. Tujuan Asuhan Persalinan

Menurut Fadhallah (2020) tujuan dari asuhan persalinan antara lain sebagai berikut:

- 1) Memberikan dukungan baik secara fisik maupun emosional kepada ibu dan keluarga selama persalinan.
- 2) Melakukan pengkajian, membuat diagnosis, mencegah, menangani komplikasi-komplikasi dengan cara pemantauan ketat dan dekteksi dini selama persalinan dan kelahiran.
- 3) Melakukan rujukan pada kasus–kasus yang tidak bisa ditangani sendiri untuk mendapat asuhan spesialis jika perlu.
- 4) Memberikan asuhan yang adekuat pada ibu sesuai dengan intervensi minimal tahap persalinannya.
- 5) Memperkecil resiko infeksi dengan melaksanakan pencegahan infeksi yang aman.
- 6) Selalu memberitahu kepada ibu dan keluarganya mengenai kemajuan, adanya penyulit maupun intervensi yang akan dilakukan dalam persalinan.
- 7) Memberikan asuhan yang tepat untuk bayi setelah lahir.
- 8) Membantu ibu dengan pemberian ASI dini.

3. Jenis-Jenis Persalinan

Menurut Ari (2021) beberapa istilah yang ada hubungannya dengan persalinan :

Menurut cara persalinan :

- a. Persalinan spontan adalah persalinan berlangsung dengan kekuatan ibu sendiri maupun jalan lahir.
- b. Persalinan buatan adalah persalinan dibantu tenaga dari luar misalnya : forceps, vacuum SC
- c. Persalinan anjuran adalah persalinan berlangsung setelah amniotomi dan pemberian obat-obatan (Pitocin/prostaglandin)

Menurut umur kehamilan

- a. Abortus (keguguran) adalah terhentinya kehamilan sebelum janin dapat hidup (*viable*) – berat janin dibawah 1000g-tua kehamilan dibawah 28 minggu.
- b. Partus prematurus adalah persalinan dari hasil konsepsi pada kehamilan 28-36 minggu janin dapat hidup tetapi premature, berat janin antara 1000-2500g
- c. Partus matures atau aterm (cukup bulan) adalah partus pada persalinan 37-42 minggu dengan berat janin diatas 2500g
- d. Partus post matures (*Serotinus*) adalah partus pada persalinan lebih dari 42 minggu

4. Tanda-Tanda Persalihan

1) Tanda persalinan sudah dekat:

- a. Terjadinya *lightening*

Menjelang minggu ke-36, pada primigravida terjadi penurunan fundus uteri karena kepala bayi sudah masuk PAP yang disebabkan:

- 1) Kontraksi *Braxton Hicks*
- 2) Ketegangan dinding perut
- 3) Ketegangan ligamentum rotundum
- 4) Gaya berat janin dimana kepala ke arah bawah Gambaran *lightening* pada primigravida menunjukkan hubungan normal antara ketiga P yaitu power (kekuatan his), passage (jalan lahir normal) dan passanger (janin dan plasenta). Pada multi

gambarannya tidak jelas, karena kepala janin masuk PAP menjelang persalinan

b. Terjadinya his permulaan

Dengan makin tuanya umur kehamilan, pengeluaran estrogen dan progesteron makin berkurang, sehingga oksitosin dapat menimbulkan kontraksi yang lebih sering, disebut sebagai his palsu. Sifat his permulaan (palsu):

- 1) Rasa nyeri ringan di bagian bawah
- 2) Datangnya tidak teratur
- 3) Tidak ada perubahan pada serviks atau pembawa tanda
- 4) Durasinya pendek
- 5) Tidak bertambah bila beraktivitas

2) Tanda pasti persalinan

a. Terjadinya his persalinan

His persalinan mempunyai sifat:

- a) Pinggang terasa sakit yang menjalar ke depan.
- b) Sifatnya teratur, interval makin pendek dan kekuatannya makin besar.
- c) Mempunyai pengaruh terhadap perubahan serviks.
- d) Makin beraktivitas kekuatan makin bertambah.

b. Pengeluaran lendir dan darah (*show*)

Dengan his persalinan terjadi perubahan pada serviks yang menimbulkan :

- a) Pendataran dan pembukaan.
- b) Pembukaan menyebabkan lendir yang terdapat pada kanalis servikalis lepas.
- c) Terjadi perdarahan karena kapiler pembuluh darah pecah.

c. 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. (Namangdjabar, 2023)

5. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Persalinan

Faktor-faktor yang mempengaruhi persalinan menurut (Ma'rifah, dkk 2022) adalah :

1) Power (Kekuatan ibu)

Kekuatan yang mendorong janin dalam persalinan adalah his, kontraksi otot-otot perut, kontraksi diafragma, dan aksi dari ligamen. Kekuatan primer yang diperlukan dalam persalinan adalah his, sedangkan sebagai kekuatan sekundernya adalah tenaga meneran ibu. His atau kontraksi uterus adalah kontraksi otot-otot rahim pada persalinan. His dibedakan menjadi dua yakni his pendahuluan dan his persalinan. His pendahuluan atau his palsu (false labor pains), yang sebetulnya hanya merupakan peningkatan dari kontraksi braxton hicks. His ini bersifat tidak teratur dan menyebabkan nyeri di perut bagian bawah dan lipat paha, tidak menyebabkan nyeri yang memancar dari pinggang ke perut bagian bawah. His pendahuluan tidak mempunyai pengaruh terhadap serviks. His persalinan merupakan suatu kontraksi dari otot-otot rahim yang fisiologis, akan tetapi bertentangan dengan kontraksi fisiologis lainnya dan bersifat nyeri. Kontraksi rahim bersifat otonom yang artinya tidak dipengaruhi oleh kemauan, namun dapat dipengaruhi dari luar misalnya rangsangan oleh jari-jari tangan. Tenaga meneran ini serupa dengan tenaga meneran saat buang air besar, tetapi jauh lebih kuat lagi. Ketika kepala sampai pada dasar panggul, timbul suatu reflek yang mengakibatkan pasien menekan diafragmanya kebawah. Tenaga meneran pasien akan menambah kekuatan kontraksi uterus. Pada saat pasien meneran, diafragma dan otot-otot dinding abdomen akan berkontraksi. Kombinasi antara his dan tenaga meneran pasien akan meningkatkan tekanan intrauterin sehingga janin akan semakin terdorong keluar. Kekuatan sekunder tidak mempengaruhi dilatasi serviks, tetapi setelah dilatasi serviks lengkap, kekuatan ini cukup penting untuk mendorong janin keluar Apabila dalam persalinan

melakukan valsava maneuver (meneran) terlalu dini, dilatasi serviks akan terhambal Meneran akan menyebabkan ibu lelah dan menimbulkan trauma serviks.

Tabel 2.3 Perbedaan His Pendahuluan dan His Persalinan

His Pendahuluan	His Persalinan
Tidak Teratur	Teratur
Tidak Pernah Kuat	Tambah kuat sering
Tidak pernah ada pengaruh pada serviks	Ada pengaruh pada serviks
Tidak nyeri	Nyeri

Sumber : (Widyastuti, 2021)

2) *Passage* (Panggul Ibu)

Menurut (Widyastuti, 2021) Panggul ibu yaitu

a) anatomi panggul ibu

Panggul ibu terdiri atas :

1) Jalan lahir keras dibentuk oleh tulang.

Tulang panggul terdiri oleh 4 buah tulang yaitu 2 tulang pangkal paha (*ossa coxae*), 1 tulang kelangka (*os sacrum*) dan 1 tulang tungging (*os Coccyges*)

(a) Tulang pangkal paha (*ossa coxae*) terdiri atas 3 buah tulang yaitu tulang usus (*os ilium*), tulang duduk (*os ischium*) dan tulang kemaluan (*os pubis*) yang berhubungan satu sama lain pada acetabulum yaitu cawan untuk kepala tulang paha (*caput femoris*).

(b) Tulang Usus (*Os Ilium*)

Tulang usus merupakan tulang terbesar dari panggul dan membentuk bagian atas dan belakang dari panggul. Bagian atas tulang usus merupakan pinggir tulang yang tebal yang disebut dengan crista iliaca. Ujung depan maupun belakang dari crista iliaca menonjol disebut dengan spina iliaca anterior superior (SIAS) dan spina iliaca posterior superior (SIPS). Dibawah SIAS terdapat spina iliaca anterior inferior dan dibawah SIPS terdapat

spina iliaca posterior inferior serta dibawah spina iliaca posterior inferior terdapat incisura ischiadica mayor. Pada os ilium terdapat bagian yang menjadi batas antara panggul besar dan panggul kecil yaitu linea innominata/linea terminalis.

(c) Tulang Duduk (*Os Ischium*)

Tulang duduk terdapat pada sebelah bawah dari tulang usus. Bagian pinggir belakang berduri disebut dengan spina ischiadica. Dibawah spina ischiadica terdapat incisura ischiadica minor. Pinggir bawah tulang duduk sangat tebal, bagian inilah yang mendukung berat badan ketika duduk yaitu *tuber ischiasticum*.

(d) Tulang Kemaluan (*Os Pubis*)

Terdapat sebelah bawah dan depan dari tulang usus. Dengan tulang duduk, tulang ini membatasi sebuah lubang dalam tulang panggul yang dinamakan dengan foramen obturatorium. Tangkai tulang kemaluan yang berhubungan dengan tulang usus disebut dengan sedangkan ramus yang superior ossis pubis berhubungan dengan tulang duduk disebut dengan ramus inferior ossis pubis. Ramus inferior kiri dan kanan membentuk arcus pubis.

2) Jalan lahir lunak yang dibentuk oleh otot-otot dan ligament

Bagian ini terdiri-dari ligamentum dan otot meliputi dinding sebelah dalam dan menutupi panggul sebelah bawah. Bagian yang menutupi panggul dari bawah dan membentuk dasar panggul disebut diafragma pelvis. Diafragma pelvis berfungsi untuk menahan genetalia interna pada tempatnya. Bila bagian ini lemah atau rusak, berisiko mengalami prolaps organ genetalia terutama uterus. Penyusun diafragma pelvis adalah bagian dalam oleh muskulus levator ani, dan bagian luar berupa

lapisan/membran yaitu diafragma urogenitalis. Muskulus Levator Ani, terletak agak ke belakang, berfungsi juga sebagai sekat yang ditembus oleh rektum. Terdiri dari tiga bagian. Dari depan ke belakang yaitu muskulus Pubococcygeus; muskulus Iliococcygeus; muskulus Ischiococcygeus. Antara muskulus pubococcygeus kiri dan kanan terdapat celah segitiga disebut hiatus urogenitalis yang ditutupi oleh diafragma urogenital, ditembus oleh uretra dan vagina.

b) Ukuran-ukuran panggul

1) Panggul Luar

Ukuran panggul luar terdiri dari:

- (a) Distansia spinarum: diameter antara dua spina iliaca anterior superior kanan dan kiri: 24-26 cm.
- (b) Distansia kristarum: diameter terbesar kedua crista iliaca kanan dan kiri: 28-30cm.
- (c) Distansia boudeloque atau konjugata eksterna: diameter antara lumbal ke- 5 dengan tepi atas symfisis pubis 18-20 cm. Ketiga distansia ini diukur dengan jangka panggul.
- (d) Lingkar panggul: jarak antara tepi atas symfisis pubis ke pertengahan antara trokhanter dan spina iliaca anterior superior kemudian ke lumbal ke-5 kembali ke sisi sebelahnya sampaai kembali ke tepi atas symfisis pubis. Diukur dengan metlin. Normal 80-90 cm.

2) Panggul Dalam

a) Pintu Atas Panggul (PAP)

Adalah batas dari panggul kecil berbentuk bulat oval. PAP dibatasi oleh promontorium, sayap sacrum, linea innominata, ramus superior ossis pubis dan pinggir atas symphysis. Ukuran pada PAP terdiri dari:

(1) Ukuran muka belakang anteroposterior, conjugata vera) (diameter

Dari promontorium ke pinggir symphysis, terkenal dengan atas nama conjugata vera dengan ukuran 11 cm. ukuran ini adalah ukuran yang terpenting dari panggul Conjugata vera tidak dapat ukur secara langsung tapi dapat diperhitungkan dari conjugata diagonalis (dari promontorium ke pinggir bawah symphysis). Conjugata diagonalis ini dapat diukur dengan jari pada saat pemeriksaan dalam Apabila panggul sempit, conjugata vera dapat diperhitungkan dengan mengurangi conjugata diagonalis dengan 1,5-2 cm ($CV = CD - 1,5$). Pada panggul normal jari tak cukup panjang untuk mencari promontorium.

(2) Ukuran melintang (diameter transversa)

Merupakan ukuran terbesar antara linea innominata diambil tegak lurus pada conjugata vera (Ind. 12,5 cm, Eropa 13,5 cm). Kedua ukuran serong (diameter oblique) dari articulation sacro iliaca ke tuberculum pubicum dari belahan panggul yang bertentangan (13 cm)

b) Bidang Luas Panggul

Bidang luas panggul adalah ukuran-ukuran yang terbesar. Bidang ini terbentang antara pertengahan symphysis, pertengahan acetabulum dan pertemuan antara sacral II dan III. Ukuran muka belakang 12,75 cm dan ukuran melintang 12,5 cm. Pada bidang ini tidak menimbulkan kesukaran dalam persalinan.

c) Bidang Sempit Panggul

Bidang sempit panggul merupakan bidang dengan ukuran ukuran terkecil. Bidang ini terdapat setinggi pinggir bawah symphysis, kedua spina ischiadica dan memotong sacrum 1-2 cm, diatas ujung sacrum. Ukuran muka belakang 11,5 cm, ukuran melintang 10 cm dan diameter sagitalis Activate posterior ialah dari sacrum ke pertengahan antara spina ischiadica 5 cm. Kesempitan antara spina ischiadica 5 cm. Kesempitan pintu bawah panggul biasanya disertai kesempitan bidang sempit panggul.

d) Pintu Bawah Panggul

Pintu bawah panggul bukan satu bidang, tetapi terdiri dari 2 segitiga dengan dasar yang sama, yaitu garis yang menghubungkan kedua tuber ischiadicum kiri dan kanan. Puncak dari segitiga yang belakang adalah ujung os sacrum, sisinya adalah ligamentum sacm tuberosum kiri dan kanan. Segitiga depan dibatasi oleh arcus pubis.

(3) Inklinatio pelvis

Adalah kemiringan panggul, sudut yang terbentuk antara bidang semu. Pintu atas panggul dengan garis lurus tanah sebesar 55- 60 derajat.

(4) Sumbu panggul

Sumbu secara klasik garis yang menghubungkan titik persekutuan antara diameter transversa dan conjugata vera pada pintu atas panggul dengan titik sejenis di hodge II, III, dan IV. Sampai dekat hodge III sumbu itu lurus sejajar dengan sacrum, untuk seterusnya melengkung ke depan, sesuai dengan lengkungan sacrum. Diameter bidang pintu atas panggul tengah, pintu bawah dan sumbu jalan lahir menentukan

mungkin tidaknya persalinan pervaginam berlangsung dan bagaimana janin dapat menuruni jalan lahir. Sudut sub pubis yang menunjukkan jenis lengkung pubis serta panjang ramus pubis dan diameter intertuberositas, merupakan bagian Arth terpenting karena pada tahap awal janin harus melalui bagian bawah lengkung pubis maka sudut subpubis kurang menguntungkan jika dibandingkan dengan lengkung yang bulat dan lebar.

(5) Bidang Panggul

Bidang hodge adalah bidang semu sebagai pedoman untuk menentukan kemajuan persalinan yaitu seberapa jauh penurunan kepala melalui pemeriksaan dalam/vagina toucher (VT). Adapun bidang hodge sebagai berikut:

- a. Hodge 1. Bidang yang setinggi Pintu Atas Panggul (PAP) yang dibentuk oleh promontorium, artikulasio sakro iliaca, sayap sacrum, linia inominata, ramus superior os pubis, tepi atas symfisis pubis.
- b. Hodge II: Bidang setinggi pinggir bawah symfisis pubis berhimpit dengan PAP (Hodge I)
- c. Hodge III: Bidang setinggi spina ischiadika berhimpit dengan PAP (Hodge I).
- d. Hodge IV: Bidang setinggi ujung os coccygis berhimpit dengan PAP(Hodge 1).

(6) Bentuk Panggul

Bentuk panggul dikelompokkan sebagai berikut:

- a. Ginekoid (tipe wanita klasik)
- b. Android (mirip panggul pria)
- c. Anthropoid (mirip panggul kera anthropoid)

d. Platipeloid (panggul pipih)

3) Passanger

a) Kepala Janin

Sutura adalah ruang diantara tulang kranial yang dilapisi oleh membran. Fontanela adalah ruang yang dilapisi oleh membran, tempat pertemuan sutura cranium. Merasakan garis sutura dan fontanela saat periksa dalam mengidentifikasi posisi janin terdapat dua penanda penting yang dibentuk bermanfaat oleh sutura, yang dalam mengidentifikasi posisi kepala janin di panggul.

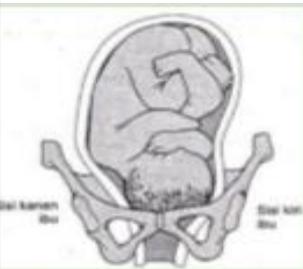
Sikap merujuk pada hubungan bagian janin satu sama lain. Biasanya sikap janin fleksi atau ekstensi terhadap spina janin. Penonjolan kepala menggambarkan kepala janin yang dapat diraba dengan meletakkan kedua tangan di kedua sisi uterus dan teraba turun kearah panggul. Ketika kepala fleksi normal, penonjolan kepala teraba disisi yang berlawanan dengan punggung janin, penonjolan ini ditemukan pada bagian kiri bawah abdomen ibu. Hiperekstensi kepala mengakibatkan presentasi wajah saat lahir. mengakibatkan presentasi wajah saat lahir. Penonjolan kepala dirasakan pada sisi yang sama dengan punggung janin. penonjolan ini ditemukan pada bagian bawah abdomen ibu.

(1) Fleksi, terjadi ketika dagu dekat dengan dada, lengan dan tungkai terlipat di depan tubuh dan punggung bungkuk, Posisi janin ini menghasilkan pengukuran kepala terkecil terhadap jalan lahir panggul dan merupakan satu satunya sikap normal.

(2) Ekstenst, terjadi ketika kepala tengadah dan dada serta abdomen sedikit melengkung. Pada posisi ekstensi ekstrim, wajah janin menjadi bagian terendah saat turun melewati panggul. Sikap ini dapat menimbulkan trauma pada bayi,

yang seringkali tidak dapat dilahirkan pervaginam karena diameter kepala lebih besar. Sikap mileter terjadi ketika posisi janin tidak fleksi ataupun ekstensi Sikap ekstensi sebagian terjadi ketika kepala mengalami ekstensi sedang.

Tabel 2.4 Tipe Presentasi Janin

Presentasi	Penunjuk	Keterangan
 <p>(Bahuh)</p>	Bahu menjadi bagian terendah	Presentasi bahu jarang terjadi
 <p>(Sungsang)</p>	Bokong menjadi bagian terendah	Faktor risiko terjadinya presentasi sungsang adalah: Plasenta previa, hidramnion, kehamilan kembar, prematur, riwayat sungsang sebelumnya, grande multipara, hidrosefalus, ivat anensefalus, kelainan uterus
 <p>(Sefalik)</p>	Kepala menjadi bagian terendah	Saat kepala janin fleksi sempurna dan vertex menjadi bagian presentasi.

Sumber : (Widyastuti, 2021)

b) Plasenta

Struktur plasenta akan lengkap pada minggu ke 12, plasenta terus tumbuh meluas sampai minggu ke 20 saat plasenta menutupi sekitar setengah permukaan uterin. Plasenta kemudian tumbuh menebal. Percabangan villi terus berkembang kedalam tubuh plasenta, meningkatkan area permukaan fungsional. Fungsi plasenta adalah sebagai organ metabolisme, organ yang melakukan tranfer dan organ endokrin yang berperan dalam

sintesis, produksi dan sekresi baik hormon protein maupun hormon steroid.

c) Air Ketuban

Ruangan amnion berisi 1000 - 1500 cc air ketuban. Apabila jumlahnya lebih dari 2 liter dinamakan polyhidramnion. air ketuban bersifat alkali.

4) Position

Posisi ibu mempengaruhi adaptasi anatomi dan fisiologi persalinan. Posisi tegak memberi sejumlah keuntungan. Mengubah posisi membuat rasa letih hilang, memberi rasa nyaman, dan memperbaiki sirkulasi. Posisi tegak meliputi posisi berdiri, berjalan, duduk dan jongkok. (Yulizawati, et al., 2021)

5) Psychologic Respons

Proses persalinan adalah saat yang menegangkan dan mencemaskan bagi wanita dan keluarganya. Rasa takut, tegang dan cemas mungkin mengakibatkan proses kelahiran berlangsung lambat. Pada kebanyakan wanita, persalinan dimulai saat terjadi kontraksi uterus pertama dan dilanjutkan dengan kerja keras selama jam-jam dilatasi dan melahirkan kemudian berakhir ketika wanita dan keluarganya memulai proses ikatan dengan bayi. Perawatan ditujukan untuk mendukung wanita dan keluarganya dalam melalui proses persalinan supaya dicapai hasil yang optimal bagi semua yang terlibat. Wanita yang bersalin biasanya akan mengutarakan berbagai kekhawatiran jika ditanya, tetapi mereka jarang dengan spontan menceritakannya. (Mardliyana et al., 2022)

6. Tahapan Persalinan

Menurut (Namangdjabar, 2023) persalinan dapat dibagi menjadi 4 kala:

a. Kala I

Dimulai dari his persalinan yang pertama sampai pembukaan serviks menjadi lengkap (10 cm). Kala I dibagi menjadi 2 fase yaitu:

- 1) Fase laten : pembukaan 4 cm. (8 jam)
- 2) Fase Aktif : pembukaan 4 cm.-10 cm. (6-7 jam) atau 1 cm/jam
- 3) Fase aktif terdiri dari 3 periode yaitu
- 4) Fase akselerasi : berlangsung 2 jam, pembukaan menjadi 4 cm
- 5) Fase dilatasi maksimal : berlangsung 2 jam, pembukaan 4–9 cm
- 6) Fase diselerasi : berlangsung 2 jam, pembukaan 10 cm

b. Kala II

Dimulai dari pembukaan lengkap sampai lahirnya bayi. Premi 2 jam multi 1 jam. Pada kala ini his terkoordinir kuat, cepat dan lebih lama kira-kira 2-3 menit sekali. Kepala janin telah turun masuk ruang panggul sehingga terjadilah tekanan pada otot-otot dasar panggul dan secara reflektoris menimbulkan rasa meneran. Karena tekanan pada rektum ibu merasa seperti mau buang air besar dengan tanda anus terbuka. Pada waktu his kepala janin mulai kelihatan, vulva membuka dan perineum menegang.

c. Kala III

Dimulai dari lahirnya bayi sampai lahirnya placenta. Setelah bayi lahir kontraksi rahim istirahat sebentar. Uterus tera keras dengan fundus uteri teraba pusat dan berisi plasenta yang menjadi tebal 2 kali sebelumnya, beberapa saat kemudian timbul his pelepasan dan pengeluaran urin dalam waktu 5 menit seluruh plasenta terlepas terdorong kedalam vagina dan akan lahir spontan atau dengan sedikit dorongan dari atas simpisis. Seluruh proses berlangsung 5-30 menit setelah bayi lahir. Pengeluaran plasenta disertai dengan pengeluaran darah kira-kira 100-200 cc.

d. Kala IV

- 1) Selama Dua jam setelah placenta lahir. Untuk mengamati keadaan ibu terutama terhadap bahaya perdarahan post partum.
- 2) Setelah placenta lahir mulailah masa nifas (puerperium).

7. 60 Langkah APN

- 1) Mendengarkan dan melihat adanya tanda-tanda persalinan kala dua. Ibu merasa dorongan kuat untuk meneran, ibu merasakan tekanan yang semakin meningkat pada rektum/vaginanya, perineum menonjol, vulva, vagina dan sfingter ani membuka.
- 2) Memastikan perlengkapan peralatan, bahan dan obat-obatan esensial untuk menolong persalinan dan menatalaksanakan komplikasi ibu dan BBL. Untuk asfiksia tempat datar dan keras. 2 kain dan 1 handuk bersih dan kering, lampu sorot 60 watt dengan jarak 60 cm dari tubuh bayi, menggelar kain di atas perut ibu dan tempat resusitasi serta ganjal bahu bayi, menyiapkan oksitosin 10 unit dan alat suntik steril sekali pakai dalam partus set.
- 3) Mengenakan baju penutup atau celemek plastik yang bersih.
- 4) Melepaskan semua perhiasan yang dipakai di bawah siku. Mencuci kedua tangan dengan sabun dan air bersih yang mengalir dan mengeringkan tangan dengan handuk satu kali pakai/pribadi yang bersih.
- 5) Memakai sarung tangan desinfeksi tingkat tinggi atau steril untuk semua pemeriksaan dalam.
- 6) Masukkan oksitosin 10 unit ke dalam tabung suntik (dengan memakai sarung tangan desinfeksi tingkat tinggi/steril).
- 7) Membersihkan vulva, perineum, menyekanya dengan hati-hati dari depan ke belakang dengan menggunakan kapas atau kasa yang sudah dibasahi air desinfeksi tingkat tinggi. Jika mulut vagina perineum anus terkontaminasi oleh kotoran ibu, membersihkannya dengan seksama dengan cara menyeka dari depan ke belakang. Membuang kapas atau kasa yang terkontaminasi dalam wadah yang benar, mengganti sarung tangan jika terkontaminasi.
- 8) Melakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan bahwa serviks sudah lengkap, bila selaput ketuban belum pecah, sedangkan pembukaan sudah lengkap lakukan amniotomi.

- 9) Mendekontaminasi sarung tangan dengan cara mencelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan kotor ke dalam larutan klorin 0,5% dan kemudian melepaskannya dalam keadaan terbalik serta merendamnya dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit, mencuci tangan.
- 10) Memeriksa DJJ setelah kontraksi berakhir untuk memastikan bahwa DJJ dalam keadaan baik dan semua hasil-hasil penilaian serta asuhan lainnya dicatat pada partograph.
- 11) Memberitahu ibu pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik. Membantu ibu dalam posisi yang nyaman sesuai keinginannya, menunggu hingga ibu mempunyai keinginan untuk meneran. Melanjutkan pemantauan kesehatan dan kenyamanan ibu serta janin sesuai dengan pedoman persalinan aktif dan mendokumentasikan temuan-temuan, menjelaskan kepada anggota bagaimana mereka dapat mendukung dan memberi semangat kepada ibu saat ibu mulai meneran.
- 12) Meminta bantuan keluarga untuk menyiapkan posisi ibu meneran.
- 13) Laksanakan bimbingan meneran pada saat ibu merasa ada dorongan untuk meneran. Bimbing ibu agar dapat meneran secara benar dan efektif. Dukung dan beri semangat pada saat meneran dan perbaiki cara meneran apabila caranya tidak sesuai. Bantu ibu mengambil posisi yang nyaman sesuaipilihannya. Anjurkan ibu untuk istirahat diantara kontraksi. Anjurkan keluarga untuk memberi semangat pada ibu. Berikan cukup asupan cairan. Menilai DJJ setiap kontraksi uterus selesai. Segera rujuk bila bayi tidak lahir setelah 2 jam meneran (primigravida) atau 1 jam meneran (multigravida).
- 14) Anjurkan pada ibu untuk berjalan, berjongkok atau mengambil posisi yang nyaman. Jika ibu belum merasa ada dorongan untuk meneran dalam 60 menit.
- 15) Letakkan handuk bersih (untuk mengeringkan bayi) di perut ibu, jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm.

- 16) Letakkan kain bersih yang diletakkan 1/3 bagian di bawah bokong ibu.
- 17) Buka tutup partus set dan perhatikan kembali perlengkapan alat dan bahan.
- 18) Pakai sarung tangan DTT pada kedua tangan.
- 19) Setelah tampak kepala bayi dengan diameter 5-6 cm membuka vulva maka lindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi kain bersih dan kering. Tangan yang lain menahan kepala bayi untuk menahan posisi defleksi dan membantu lahirnya kepala. Anjurkan ibu untuk meneran perlahan atau bernafas cepat dan dangkal. Dengan lembut, menyeka muka, mulut dan hidung bayi dengan kain atau kasa yang bersih.
- 20) Periksa kemungkinan adanya lilitan tali pusat dan ambil tindakan yang sesuai jika hal itu terjadi dan segera lanjutkan proses kelahiran bayi.
- 21) Menunggu hingga kepala bayi melakukan putaran paksi luar secara spontan.
- 22) Setelah kepala melakukan putaran paksi luar, pegang secara biparietal, Menganjurkan ibu meneran saat kontraksi berikutnya dengan lembut menariknya ke arah bawah dan ke arah luar hingga bahu anterior muncul di bawah arkuspubis dan kemudian dengan lembut menarik ke arah atas dan ke arah luar untuk melahirkan bahu posterior.
- 23) Setelah kedua bahu dilahirkan, menelusurkan tangan mulai kepala bayi yang berada di bagian bawah ke arah perineum tangan, membiarkan bahu dan lengan posterior lahir ke tangan tersebut. Mengendalikan kelahiran dan tangan bayi saat melewati perineum, gunakan lengan bagian bawah untuk menyangga tubuh bayi saat dilahirkan.
- 24) Setelah tubuh dan tangan lahir, menelusurkan tangan yang ada di atas dari punggung ke arah kaki bayi untuk menyangganya saat

- punggung dan kaki lahir memegang kedua mata kaki bayi, dengan hati-hati membantu kelahiran bayi.
- 25) Melakukan penilaian, apakah bayi menangis kuat atau bernafas tanpa kesulitan, apakah bayi bergerak kesulitan. Jika bayi tidak bernafas tidak menangis lakukan resusitasi.
 - 26) Keringkan bayi mulai dari muka, kepala dan bagian lainnya kecuali bagian tangan tanpa membersihkan verniks. Ganti handuk basah dengan handuk atau kain yang kering. Biarkan bayi di atas perut ibu.
 - 27) Periksa kembali uterus untuk memastikan tidak ada lagi bayi dalam uterus (hamil tunggal).
 - 28) Beritahu ibu bahwa dia akan disuntik oksitosin 10 unit agar uterus berkontraksi baik.
 - 29) Dalam waktu satu menit setelah bayi lahir suntikkan oksitosin secara IM di 1/3 paha bagian distal lateral.
 - 30) Setelah 2 menit pasca persalinan, jepit tali pusat dengan menggunakan klem kira-kira 3 cm dari pusat bayi. Melakukan urutan pada tali pusat mulai dari klem ke arah ibu dan memasang klem kedua 2 cm dari klem pertama.
 - 31) Memotong dan mengikat tali pusat, dengan satu tangan memegang tali pusat yang telah dijepit dan lakukan penjepitan tali pusat antara 2 klem tersebut atau steril pada satu sisi kemudian melingkarkan kembali benang tersebut dan mengikatnya dengan satu simpul kunci pada sisi lainnya. Lepaskan klem dan masukkan dalam wadah yang telah disediakan.
 - 32) Letakkan bayi tengkurap di dada ibu. Luruskan bayi sehingga bayi menempel di dada ibu/di perut ibu. Usahakan kepala bayi berada diantara payudara ibu dengan posisi lebih rendah dari posisi puting payudara ibu.
 - 33) Pindahkan klem pada tali pusat hingga jarak 5-10 cm dari vulva.
 - 34) Letakkan satu tangan di atas kain pada perut ibu, ditepi atas simfisis untuk mendeteksi. Tangan lain meregangkan tali pusat.

- 35) Setelah uterus berkontraksi regangkan tali pusat ke arah bawah sambil tangan yang lain mendorong uterus ke arahdorsokranial secara hati-hati. Untuk mencegah inversio uterus jika plasenta tidak lahir setelah 30-40 detik, hentikan peregangan tali pusat dan tunggu hingga kontraksi berikutnya dan ulangi prosedur di atas.
- 36) Lakukan peregangan dan dorongan dorsokranial hingga plasenta terlepas, minta ibu meneran sambil penolong menarik tali pusat dengan arah sejajar lantai dan kemudian ke arah atas, mengikuti proses jalan lahir. Jika tali pusat bertambah panjang, pindahkan klem hingga berjarak sekitar 5-10 cm dari vulva dan lahirkan plasenta. Jika plasenta tidak lepas setelah 15 menit meregangkan tali pusat: Beri dosis ulang oksitosin 10 unit IM. Lakukan kateterisasi jika kandung kemih penuh. Minta keluarga untuk menyiapkan rujukan. Ulangi peregangan tali pusat 15 menit berikutnya. Jika plasenta tidak lahir dalam 30 menit setelah bayi lahir atau bila terjadi perdarahan segera lakukan plasenta manual.
- 37) Saat plasenta muncul di introitus vagina, lahirkan plasenta dengan kedua tangan. Pegang dan putar plasenta hingga selaput ketuban terpilih kemudian lahirkan dan tempatkan plasenta pada wadah yang telah disediakan. Dan jika selaput ketuban robek, pakai sarung tangan DTT atau steril untuk melakukan eksplorasi sisa selaput kemudian gunakan jari-jari tangan atau klem DTT untuk mengeluarkan bagian selaput yang tertinggal.
- 38) Segera setelah plasenta dan selaput ketuban lahir lakukan masase uterus, letakkan tangan di fundus dan lakukan masase dengan gerakan melingkar dengan lembut hingga uterus berkontraksi (fundus teraba keras).
- 39) Periksa kedua sisa plasenta baik bagian ibu maupun janin dan pastikan selaput ketuban utuh dan lengkap, masukkan plasenta kedalam kantong plastik atau tempat khusus.

- 40) Evaluasi kemungkinan laserasi pada vagina dan perineum. Lakukan penilaian bila laserasi menyebabkan perdarahan.
- 41) Pastikan uterus berkontraksi baik dan tidak terjadi perdarahan pervaginam.
- 42) Memastikan kandung kemih kosong
- 43) Celupkan tangan yang masih memakai sarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5%
- 44) Ajarkan ibu atau keluarga cara melakukan masase dan menilai kontraksi.
- 45) Memeriksa nadi ibu dan memastikan keadaan umum ibu baik
- 46) Evaluasi dan estimasi jumlah kehilangan darah.
- 47) Periksa kembali bayi untuk pastikan bahwa bayi bernafas dengan baik (40-60 x/menit) serta suhu tubuh normal (36,5-37,5 °C).
- 48) Tempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit). Cuci dan bilas peralatan setelah dekontaminasi.
- 49) Buang bahan-bahan yang terkontaminasi ketempat sampah yang sesuai.
- 50) Bersihkan ibu dengan menggunakan air Desinfektan Tingkat Tinggi (DTT). Bersihkan sisa cairan ketuban, lendir dan darah. Bantu ibu memakai pakaian yang bersih dan kering.
- 51) Pastikan ibu merasa nyaman. Bantu ibu memberikan ASI. Anjurkan keluarga untuk memberi ibu minuman dan makanan yang diinginkannya.
- 52) Dekontaminasi tempat tidur dengan larutan klorin 0,5 %.
- 53) Celupkan sarung tangan kotor kedalam larutan klorin 0,5%. Balikkan bagian dalam keluar dan rendam dalam larutan klorin selama 10 menit.
- 54) Cuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir.
- 55) Memakai sarung tangan untuk melakukan pemeriksaan fisik bayi

- 56) Memberitahu ibu akan dilakukan penimbangan antropometri bayi, pemberian salep mata, oxytetracycline 1% dan vitamin K 1 mg (0,5 cc) secara IM di paha kiri dan pengukuran suhu tubuh setiap 15 menit dan isi partograf
- 57) Setelah 1 jam pemberian vit K, memberikan suntikan hepatitis B di paha kanan bawah lateral dan meletakkan bayi dekat ibu agar di beri ASI.
- 58) Lepaskan sarung tangan dalam keadaan terbalik dan rendam dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit.
- 59) Cuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir kemudian keringkan dengan tisu atau handuk bersih
- 60) Lengkapi partograf

8. Partograf

a. Pengertian

Partograf adalah alat bantu yang digunakan selama fase aktif persalinan.

b. Tujuan utama penggunaan partograf:

- 1) Mencatat hasil observasi dan menilai kemajuan persalinan
- 2) Mendeteksi apakah persalinan berjalan normal atau terdapat penyimpangan, dengan demikian dapat melakukan deteksi dini setiap kemungkinan terjadinya partus lama

c. Partograf harus digunakan: 1.

- 1) Untuk semua ibu dalam kala I fase aktif (fase laten tidak dicatat di partograf tetapi di tempat terpisah seperti di KMS ibu hamil atau rekam medik)
- 2) Selama persalinan dan kelahiran di semua tempat (spesialis obgyn, bidan, dokter umum, residen swasta, rumah sakit, dll)
- 3) Secara rutin oleh semua penolong persalinan yang memberikan asuhan kepada ibu selama persalinan dan kelahiran.

d. Kondisi ibu dan bayi yang dicatat dalam partograf:

- 1) DJJ tiap 30 menit

- 2) Frekuensi dan durasi kontraksi tiap 30 menit
 - 3) Nadi tiap 30 menit
 - 4) Pembukaan serviks tiap 4 jam
 - 5) Penurunan bagian terbawah janin tiap 4 jam
 - 6) Tekanan darah dan temperatur tubuh tiap 4 jam
 - 7) Urin, aseton dan protein tiap 2-4 jam.
- e. Partograf tidak boleh dipergunakan pada kasus:
- 1) Wanita pendek, tinggi kurang dari 145 cm
 - 2) Perdarahan antepartum
 - 3) Preeklamsi – eklamsi
 - 4) Persalinan prematur
 - 5) Bekas sectio sesarea
 - 6) Kehamilan ganda
 - 7) Kelainan letak janin
 - 8) Fetal distress
 - 9) Dugaan distosia karena panggul sempit
 - 10) Kehamilan dengan hidramnion
 - 11) Ketuban pecah dini
 - 12) Persalinan dengan induksi
- f. Kala Persalinan
- 1) Kala I adalah saat mulainya persalinan sesungguhnya sampai pembukaan lengkap
 - 2) Kala II adalah saat dari pembukaan lengkap sampai lahirnya bayi
 - 3) Kala III adalah saat lahirnya bayi sampai keluarnya plasenta 4. Kala IV adalah saat keluarnya plasenta sampai keadaan ibu post partum menjadi stabil
- g. Fase-Fase dalam Kala I Persalinan
- 1) Fase laten persalinan: pembukaan serviks kurang dari 4 cm
 - 2) Fase aktif persalinan: pembukaan serviks dari 4 sampai 10 cm
- h. Kondisi ibu dan janin juga harus dinilai dan dicatat secara seksama, yaitu:

- 1) Denyut jantung janin: setiap $\frac{1}{2}$ jam
 - 2) Frekuensi dan lamanya kontraksi uterus: setiap $\frac{1}{2}$ jam
 - 3) Nadi: setiap $\frac{1}{2}$ jam
 - 4) Pembukaan serviks: setiap 4 jam
 - 5) Penurunan: setiap 4 jam
 - 6) Tekanan darah dan temperatur tubuh: setiap 4 jam
 - 7) Produksi urin, aseton dan protein: setiap 2-4 jam
- i. Pencatatan kondisi ibu dan janin meliputi:
- 1) Informasi tentang ibu
 - a) Nama, umur
 - b) Gravida, para, abortus
 - c) Nomor catatan medis/nomor puskesmas
 - d) Tanggal dan waktu mulai dirawat (atau jika di rumah, tanggal dan waktu penolong persalinan mulai merawat ibu) Lengkapi bagian awal (atas) partograf secara teliti pada saat memulai asuhan persalinan. Waktu kedatangan (tertulis sebagai “jam”) dan perhatikan kemungkinan ibu datang dalam fase laten persalinan. Tidak kalah penting, catat waktu terjadinya pecah ketuban.
 - 2) Kondisi bayi Kolom pertama adalah digunakan untuk mengamati kondisi janin. Yang diamati dari kondisi bayi adalah DJJ, air ketuban dan penyusupan (kepala janin)
 - a) DJJ Menilai dan mencatat denyut jantung janin (DJJ) setiap 30 menit (lebih sering jika ada tanda-tanda gawat janin). Tiap kotak menunjukkan waktu 30 menit. Skala angka di sebelah kolom paling kiri menunjukkan DJJ. Catat DJJ dengan memberi tanda titik pada garis yang sesuai dengan angka yang menunjukkan DJJ. Kemudian hubungkan titik yang satu dengan titik lainnya dengan garis tidak terputus. Kisaran normal DJJ 110-160 x/menit.

b) Warna dan adanya air ketuban Menilai air ketuban dilakukan bersamaan dengan periksa dalam. Warna air ketuban hanya bisa dinilai jika selaput ketuban telah pecah. Lambang untuk menggambarkan ketuban atau airnya:

U : selaput ketuban utuh (belum pecah)

J : selaput ketuban telah pecah dan air ketuban jernih

M : selaput ketuban telah pecah dan air ketuban bercampur mekonium

D : selaput ketuban telah pecah dan air ketuban bercampur darah

K : selaput ketuban telah pecah dan air ketuban kering (tidak mengalir lagi)

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

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

0: tulang –tulang kepala janin terpisah, sutura mudah dipalpasi

1: tulang-tulang kepa janin sudah saling bersentuhan

2: tulang-tulang kepala janin saling tumpang tindih tapi masih bisa dipisahkan

3: tulang-tulang kepala janin saling tumpang tindih dan tidak dapat dipisahkan

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

- Pembukaan serviks

Angka pada kolom kiri 0-10 menggambarkan pembukaan serviks. Menggunakan tanda X pada titik silang antara angka yang sesuai dengan temuan pertama pembukaan serviks pada fase aktif dengan garis waspada. Hubungan tanda X dengan garis lurus tidak terputus. ·

- Penurunan bagian terbawah Janin

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

- Jam dan Waktu

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

4) Kontraksi Uterus

Terdapat lima kotak mendatar untuk kontraksi. Pemeriksaan dilakukan setiap 30 menit, raba dan catat jumlah dan durasi kontraksi dalam 10 menit. Misal jika dalam 10 menit ada 3 kontraksi yang lamanya 20 detik maka arsirlah angka tiga ke bawah dengan warna arsiran yang sesuai untuk menggambarkan kontraksi 20 detik (arsiran paling muda warnanya).

5) Obat-obatan dan cairan yang diberikan

Catat obat dan cairan yang diberikan di kolom yang sesuai. Untuk oksitosin dicantumkan jumlah tetesan dan unit yang diberikan.

6) Kondisi Ibu

Catat nadi ibu setiap 30 menit dan beri tanda titik pada kolom yang sesuai. Ukur tekanan darah ibu tiap 10 menit dan beri tanda ↑ pada kolom yang sesuai. Temperatur dinilai setiap dua jam dan catat di tempat yang sesuai.

7) Volume urine, protein dan aseton

Lakukan tiap 2 jam jika memungkinkan.

8) Data lain yang harus dilengkapi dari partograf adalah:

- Data atau informasi umum
- Kala I
- Kala II
- Kala III
- Kala IV
- bayi baru lahir. (Yulizawati, 2021)

9. SOAP Persalinan

a. Tulis Bagian Subjektif (S)

Bagian pertama adalah menuliskan riwayat medis dan juga hasil temuan subjektif seorang bidan berdasarkan laporan medis dari pasien tersebut. Riwayat pasien yang dicantumkan pada bagian subjektif ini umumnya meliputi etiologi atau penyebab utama penyakit atau kasus yang dialami atau MOI (*Mechanism of Injury*) atau mekanisme cedera

Selain itu, juga biasanya dituliskan kasus C,C (*Chief Complaint*) atau keluhan utama, gejala penyakit, deskripsi keluhan, dan juga riwayat yang pernah dialami oleh pasien.

- Bagi pasien yang memiliki porsi riwayat paling besar di dalam catatan SOAP, terutama karena memahami riwayat pasien sangat diperlukan untuk menentukan dan juga mempersempit perkiraan atau potensi cedera yang dialami pasien tersebut.
- Saat mengajukan pertanyaan, hindari pertanyaan tertutup yang hanya bisa dijawab dengan “ya” atau “tidak”. Misalnya, jangan bertanya “di bagian perut bawah, sakit ya?”

b. Tulis Bagian Objektif (O)

Langkah selanjutnya adalah menulis bagian objek pada catatan rekam medis SOAP. Yang mana di dalamnya berisi mengenai hasil observasi kuantitatif sebagai seorang bidan. Misalnya berapa detak jantung janin di dalam perut, berapa ukuran perut pasien, berapa tekanan darah pasien, bagaimana keluhan pasien, dan lain sebagainya.

Dari hasil tersebut, akan tercatat bagian objektif yang harus dituliskan di dalam SOAP kebidanan, dengan catatan:

- Jika dilakukan pemeriksaan khusus lain (misalnya hasil cek laboratorium, hasil USG, dan lain sebagainya), masukkan juga hasil-hasil pemeriksaan tersebut ke dalam catatan yang Anda miliki.
- Pada bagian ini, pastikan Anda dapat mempersempit potensi cedera dan segera tentukan diagnosis pasien. Misalnya pada tahap ini Anda akan menemukan apakah masalah utama pasien terjadi pada berat badan janin atau tekanan darah ibu hamil yang bisa dicatat ke dalam rekam medis atau SOAP.

c. Tulis Bagian Penilaiannya (A)

Selanjutnya, cantumkan juga diagnosis yang paling memungkinkan. Pada bagian ini, jika diagnosis terakhir belum didapatkan, Anda bisa mencantumkan beberapa kemungkinan diagnosis terlebih dahulu. Jika ada, cantumkan juga beberapa diagnosis tambahan yang perlu diperhatikan, dengan catatan:

- Pada diagnosis penilaian ini, Anda bisa mencantumkan berbagai tes medis yang dilakukan pasien, misalnya hasil cek laboratorium, hasil tes darah, hasil urin, hasil USG, dan lain sebagainya untuk rekomendasi berobat ke spesialis lainnya atau ke dokter.

- Pastikan Anda mencantumkan tipe cedera yang dialami pasien, apakah ringan, akut, kronis, atau memiliki potensi yang berulang.

d. Tulis Bagian Perencanaan (P)

Terakhir, pada bagian ini Anda bisa mencatat langkah pengobatan yang sekiranya akan ditempuh oleh pasien tersebut. Cantumkan pula bagaimana perawatan yang akan diberikan kepada pasien, misalnya terapi, jenis obat, dan atau metode perawatan lain misalnya operasi jika memang harus dilakukan.

Setelah itu, tuliskan bagaimana rencana pengobatan jangka panjang dan juga rekomendasi gaya hidup pasien. Hal ini akan membawa Anda menjelaskan mengenai tujuan jangka panjang dan tujuan jangka pendek dari pasien tersebut, misalnya melakukan latihan agar janinnya segera masuk ke panggul, melatih otot agar lebih lancar bersalin, dan lain sebagainya. (Kurniyati, 2022)

C. Konsep Dasar Bayi Baru Lahir

1. Pengertian Bayi Baru Lahir

Bayi baru lahir adalah masa kehidupan bayi pertama di luar rahim sampai dengan usia 28 hari dimana terjadi perubahan yang sangat besar dari kehidupan di dalam rahim menjadi di luar rahim. Pada masa ini terjadi pematangan organ hampir di semua sistem (Wahyuni, 2023).

2. Ciri-ciri Bayi Baru Lahir Normal

Ciri-ciri bayi baru lahir normal menurut Wahyuni (2023):

- 1) Berat badan 2.50-4.000 gram.
- 2) Panjang badan 48-52 cm.
- 3) Lingkar dada 30-38 cm.
- 4) Lingkar kepala 33-35 cm.
- 5) Frekuensi denyut jantung 120-160x/menit.
- 6) Pernafasan \pm 40-60 x/menit.
- 7) Kulit kemerah-merahan dan licin karena jaringan subkutan yang cukup.

- 8) Rambut lanugo tidak terlihat dan rambut kepala biasanya telah sempurna.
- 9) Kuku agak panjang dan lemas.
- 10) Genitalia: pada perempuan, labia mayora sudah menutupi labia minora: pada laki-laki, testis sudah turun, skrotum sudah ada.
- 11) Bayi lahir langsung menangis kuat.
- 12) Refleks sucking (isap dan menelan) sudah terbentuk dengan baik.
- 13) Refleks morro (gerakan memeluk bila dikagetkan) sudah terbentuk dengan baik.
- 14) Refleks grasping (menggenggam) sudah baik.
- 15) Refleks rooting (mencari puting susu dengan rangsangan taktil pada pipi dan daerah mulut) sudah terbentuk dengan baik
- 16) Eliminasi baik yang ditandai dengan keluarnya mekonium dalam 24 jam pertama dan berwarna hitam kecokelatan.
- 17) Refleks bayi baru lahir merupakan indikator penting perkembangan normal. Beberapa refleks pada bayi diantaranya:
 - (a) Refleks Glabella: Ketuk daerah pangkal hidung secara pelan-pelan dengan menggunakan jari telunjuk pada saat mata terbuka. Bayi akan mengedipkan mata pada 4 sampai 5 ketukan pertama.
 - (b) Refleks Hisap: Benda menyentuh bibir disertai refleks menelan.
 - (c) Refleks Mencari (rooting): Misalnya mengusap pipi bayi dengan lembut: bayi menolehkan kepalanya ke arah jari kita dan membuka mulutnya.
 - (d) Refleks Genggam (palmar grasp): Letakkan jari telunjuk pada palmar, normalnya bayi akan menggenggam dengan kuat.
 - (e) Refleks Babynski: Gores telapak kaki, dimulai dari tumit, gores sisi lateral telapak kaki ke arah atas kemudian gerakkan jari sepanjang telapak kaki. Bayi akan menunjukkan respon berupa semua jari kaki hiperekstensi dengan ibu jari dorsifleksi.

- (f) Refleks Moro: Timbulnya pergerakan tangan yang simetris apabila kepala tiba-tiba digerakkan atau dikejutkan dengan cara bertepuk tangan.
- (g) Refleks Ekstrusi: Bayi menjulurkan lidah ke luar bila ujung lidah disentuh dengan jari atau puting.
- (h) Refleks Tonik Leher (Fencing): Ekstremitas pada satu sisi dimana kepala ditolehkan akan ekstensi, dan ekstremitas yang berlawanan akan fleksi bila kepala bayi ditolehkan ke satu sisi selagi istirahat.

3. Apgar Score

Tabel 2.5 Penilaian Apgar Score

Tanda	Penilaian	0	1	2
Appearance	Warna kulit	Bila pucat, ekstremitas biru	Tubuh merah	Tubuh dan ekstremitas merah
Pulse	Denyut jantung		< 100 x/menit	>100 x/menit
Grimace	Refleks	Tidak ada respon	Gerakan sedikit	Reaksi melawan
Activity	Tonus otot	Lumpuh	Ekstremitas fleksi sedikit	Gerakan aktif
Respiratory	Usaha bernapas	Tidak ada	Lambat dan menangis lemah	Menangis kuat

Interpretasi:

7-10 : normal

4-6 : asfiksia sedang

0-3: asfiksia berat

4. Adaptasi Bayi Baru Lahir

1) Adaptasi Fisik

a) Perubahan pada Sistem Pernafasan

Selama dalam uterus janin mendapat oksigen dari pertukaran gas melalui plasenta. Setelah lahir pertukaran gas melalui paru– paru bayi.

b) Rangsangan untuk Gerak Pernafasan

- (1) Rangsangan gerakan pertama terjadi karena beberapa hal berikut : Tekanan mekanik dari torak sewaktu melalui jalan lahir (stimulasi mekanik).
- (2) Penurunan PaO₂ (tekanan parsial oksigen) dan peningkatan PaCo₂ (tekanan parsial karbon dioksida) merangsang kemoreseptor yang terletak di sinus karotikus (stimulasi kimiawi).
- (3) Rangsangan dingin di daerah muka dan perubahan suhu di dalam uterus (stimulasi sensorik).
- (4) Reflek deflasi hering

c) Upaya Pernafasan Bayi Pertama

Upaya nafas pertama bayi berfungsi untuk mengeluarkan cairan dalam paru dan mengembangkan jaringan alveoli paru untuk pertama kali. Untuk mendapatkan fungsi alveoli harus terdapat surfaktan yang cukup dan aliran darah melalui paru. Surfaktan mengurangi tekanan permukaan dan membantu menstabilkan dinding alveoli pada akhir persalinan sehingga tidak kolaps.

2) Perubahan Pada Sistem Kardiovaskuler

Setelah bayi lahir paru akan berkembang menyebabkan tekanan arteriol dalam paru berkurang. Tekanan dalam paru turun dan tekanan dalam aorta desenden naik dan karena rangsangan biokimia duktus arteriosus berobliterasi ini terjadi pada hari pertama.

3) Perubahan pada Sistem Termoregulasi

Ketika bayi baru lahir, bayi merasa pada suhu lingkungan yang rendah dari suhu di dalam rahim. Perubahan sistem termoregulasi empat kemungkinan mekanisme yang dapat menyebabkan bayi baru lahir kehilangan panas tubuhnya yaitu evaporasi, konduksi, konveksi dan radiasi.

4) Perubahan pada Sistem Renal

Ginjal sangat penting dalam kehidupan janin, kapasitasnya kecil hingga setelah lahir. Urin bayi encer, berwarna kekuningkuningan dan tidak

berbau. Warna coklat disebabkan oleh lendir bekas membran mukosa dan udara asam akan hilang setelah bayi banyak minum.

5) Perubahan pada Sistem Gastrointestinal

Kemampuan bayi cukup bulan menerima dan menelan makanan terbatas, hubungan esofagus bawah dan lambung belum sempurna, sehingga mudah gumoh terutama bayi baru lahir dan bayi muda. Kapasitas lambung terbatas kurang dari 30 cc untuk bayi cukup bulan.

6) Metabolisme

Luas permukaan tubuh neonatus, relatif lebih luas dari orang dewasa sehingga metabolisme basal per kg BB akan lebih besar, sehingga BBL harus menyesuaikan diri dengan lingkungan baru sehingga energi diperoleh dari metabolisme karbohidrat dan lemak.

7) Keseimbangan air dan fungsi ginjal

Tubuh bayi baru lahir relatif mengandung lebih banyak air dan kadarnatriumrelatif lebih besar dari kalium karena ruangan ekstraseluler luas. Fungsi ginjalbelum sempurna karena:

(a) Jumlah nefron masih belum sebanyak orang dewasa

(b) Tidak seimbang antara luas permukaan glomerulus dan volume tubulus proksimal

8) Aliran darah ginjal (renal blood flow) pada neonatus relatif kurang bila dibandingkan dengan orang dewasa.

9) Immunoglobulin

Sistem imunitas bayi baru lahir masih belum matang, sehingga menyebabkan neonatus rentan terhadap berbagai infeksi dan alergi. Sistem imunitas yang matang akan memberikan kekebalan alami maupun yang didapat.Kekebalan alami terdiri dari struktur pertahanan tubuh yang berfungsi mencegah atau meminimalkan infeksi.

10) Hati

Fungsi hati janin dalam kandungan dan segera setelah lahir masih dalam keadaan matur (belum matang), hal ini dibuktikan dengan ketidak

seimbangan hepar untuk menghilangkan bekas penghancuran dalam peredaran darah. (Hatijar et al., 2020b)

5. Pemberian Imunisasi BBL

Setelah pemberian injeksi vitamin K bayi juga diberikan imunisasi hepatitis B yang bermanfaat untuk mencegah infeksi hepatitis B terhadap bayi terutama jalur penularan ibu. Imunisasi hepatitis B diberikan 1 jam setelah pemberian vitamin K (Yusnita, 2022). Adapun jadwal imunisasi neonatus atau bayi muda adalah sebagai berikut:

Tabel 2.6 Jadwal Imunisasi Neonatus

Umur	Jenis imunisasi
0-7 hari	HBO
1 Bulan	BCG, Polio 1
2 Bulan	DPT-HB-Hib 1-Polio 2
3 Bulan	DPT-HB-Hib 2-Polio 3
4 Bulan	DPT-HB-Hib 3-Polio 4, IPV
9 Bulan	Campak
18 Bulan	DPT-HB-Hib
24 Bulan	Campak

Sumber: (Yusnita, 2022)

6. Asuhan Kebidanan Bayi Baru Lahir

Asuhan kebidanan pada bayi baru lahir menurut Baiq Ricca Afrida (2022):

1) Pencegahan infeksi

Bayi lahir sangat rentan terhadap infeksi yang disebabkan oleh paparan atau kontaminasi mikroorganisme selama proses persalinan berlangsung maupun beberapa saat setelah lahir. Sebelum menangani bayi, pastikan penolong persalinan telah menerapkan upaya pencegahan infeksi, antara lain:

- a) Cuci tangan secara efektif sebelum bersentuhan dengan bayi.
- b) Gunakan sarung tangan yang bersih pada saat menangani bayi yang belum dimandikan.

- c) Pastikan semua peralatan dan bahan yang digunakan, terutama klem, gunting, penghisap lender *Delee* dan benang tali pusat telah didisinfeksi tingkat tinggi atau steril. Gunakan bola karet yang baruh dan bersih jika akan melakukan penghisap lendir dengan alat tersebut (jangan bola karet penghisap yang sama untuk lebih dari satu bayi).
- d) Pastikan semua pakian, handuk, selimut dan kain yang digunakan untuk bayi sudah dalam keadaan bersih. Demikian pula halnya timbangan, pita pengukur, thermometer, stetoskop, dan benda lain yang akan bersentuhan dengan bayi. Dokumentasi dan cuci setiap kali setelah digunakan.

2) Penilaian neonates

Segera setelah lahir, lakukan penilaian awal pada bayi baru lahir:

- a) Apakah bayi bernapas atau menangis kuat tanpa kesulitan?
- b) Apakah bayi bergerak aktif ?
- c) Bagaimana warna kulit, apakah berwarna kemerahan atautkah ada sianosis?

3) Perlindungan ternal (termoregulasi)

Pada lingkungan yang dingin, pembentukan suhu tanpa mekanisme menggigil merupakan usaha utama seorang bayi yang kedinginan untuk mendapatkan kembali suhu tubuhnya. Oleh karena itu, upaya pencegahan kehilangan panas merupakan prioritas utama dan berkewajiban untuk meminimalkan kehilangan panas pada bayi baru lahir. Suhu tubuh normal pada neonates adalah 36,5-37,5C melalui pengukuran di aksila dan rectum, jika nilainya turun dibawah 36,5C maka bayi mengalami hipotermia

4) Mekanisme kehilangan panas

Mekanisme pengaturan suhu tubuh pada bayi baru lahir belum berfungsi sempurna, untuk itu perlu dilakukan upaya pencegahan kehilangan panas dari tubuh bayi karena bayi beresiko mengalami hipotermia. Bayi dengan hipotermia sangat rentan terhadap kesakitan dan

kematian. Hipotermia mudah terjadi pada bayi yang tubuhnya dalam keadaan basah atau tidak segera keringkan dan di selimuti walaupun didalam ruangan yang relative hangat

5) Proses adaptasi

Dalam proses adaptasi kehilangan panas, bayi mengalami:

- a) Stress pada BBL menyebabkan hipotermia
- b) BBL mudah kehilangan panas
- c) Bayi menggunakan timbunan lemak coklat untuk meningkatkan suhu tubuhnya
- d) Lemak coklat terbatas sehingga apabila habis akan menyebabkan adanya stres dingin

6) Mencegah kehilangan panas

Upaya yang dapat dilakukan untuk mencegah kehilangan panas dari tubuh bayi adalah:

- a) Keringkan bayi secara saksama. Pastikan tubuh bayi dikeringkan segera setelah bayi lahir untuk mencegah kehilangan panas secara evaporasi. Selain untuk menjaga kehangatan tubuh bayi, mengeringkan dengan menyeka tubuh bayi juga merupakan rangsangan taktil yang dapat merangsang pernapasan bayi
- b) Selimuti bayi dengan selimut atau kain bersih, kering dan hangat. Bayi yang diselimuti kain yang sudah basah dapat terjadi kehilangan panas secara konduksi. Untuk itu setelah mengeringkan tubuh bayi, ganti kain tersebut dengan selimut atau kain yang bersih, kering dan hangat
- c) Tutup bagian kepala bayi. Bagian kepala bayi merupakan permukaan yang relatif luas dan cepat kehilangan panas. Untuk itu tutupi bagian kepala bayi agar bayi tidak kehilangan panas
- d) Anjurkan ibu untuk memeluk dan menyusui bayinya. Selain untuk memperkuat jalinan kasih sayang ibu dan bayi, kontak kulit antara ibu dan bayi akan menjaga kehangatan tubuh bayi. Untuk itu anjurkan ibu untuk memeluk bayinya

- e) Perhatikan cara menimbang bayi atau jangan segera memandikan bayi baru lahir. Menimbang bayi tanpa alas timbangan dapat menyebabkan bayi mengalami kehilangan panas secara konduksi. Jangan biarkan bayi ditimbang telanjang. Gunakan selimut atau kain bersih.

Bayi baru lahir rentan mengalami hipotermi untuk itu tunda memandikan bayi hingga 6 jam setelah lahir.

- a) Tempatkan bayi dilingkungan yang hangat. Jangan tempatkan bayi di ruangan ber-AC. Tempatkan bayi bersama ibu (*rooming in*). jika menggunakan AC, jaga suhu ruangan agar tetap hangat
- b) Jangan segera memandikan bayi baru lahir. Bayi baru lahir akan cepat dan mudah kehilangan panas karena system pengaturan panas di dalam tubuhnya belum sempurna
- c) Bayi sebaiknya dimandikan minimal 6 jam setelah lahir. Memandikan bayi dalam beberapa jam pertama setelah lahir dapat menyebabkan hipotermia yang sangat membahayakan kesehatan bayi baru lahir
- d) Merawat tali pusat setelah plasenta lahir dan kondisi ibu dinilai sudah stabil maka lakukan pengikatan tali pusat atau jepit dengan klem plastic tali pusat.
 - (1) Celupkan tangan yang masih menggunakan sarung tangan kedalam larutan klorin 0,5% untuk membersihkan darah dan sekresi lainnya
 - (2) Bilas tangan dengan air desinfeksi tingkat tinggi (DTT)
 - (3) Keringkan dengan handuk atau kain yang bersih dan kering
 - (4) Ikat tali pusat dengan jarak sekitar 1 cm dari pusat bayi. Gunakan benang atau klem plastic penjepit tali pusat DTT atau steril. Ikat kuat dengan simpul mati atau kuncikan penjepit plastic tali pusat
 - (5) Lepaskan semua klem penjepit tali pusat dan rendam dalam larutan klorin 0,5%

(6) Bungkus tali pusat yang sudah di ikat dengan kasa steril

7) Pemberian asi

Rangsangan hisapan bayi pada puting susu ibu akan diteruskan oleh serabut syaraf ke hipofise anterior untuk mengeluarkan hormone prolaktin. Prolactin akan mempengaruhi kelenjar ASI untuk memproduksi ASI di alveoli. Semakin sering bayi mengisap puting susu maka akan semakin banyak prolaktin dan ASI yang di produksi. Penerapan inisiasi menyusui dini (IMD) akan memberikan dampak positif bagi bayi, antara lain menjalin atau memperkuat ikatan emosional antara ibu dan bayi melalui kolostrum, merangsang kontraksi uterus, dan lain sebagainya. Pemberian asi yang dianjurkan adalah sebagai berikut :

- a) ASI eksklusif selama 6 bulan karena ASI saja dapat memenuhi 100% kebutuhan bayi
- b) Dari 6-12 bulan ASI masih merupakan makanan utama bayi karena dapat memenuhi 60-79% kebutuhan bayi dan perlu ditambahkan makanan pendamping ASI berupa makanan lumat sampai lunak sesuai dengan usia bayi
- c) Di atas 12 bulan ASI saja hanya memenuhi sekitar 30% kebutuhan bayi dan makanan padat sudah menjadi makanan utama. Namun, ASI tetap anjurkan pemberiannya sampai paling kurang 2 tahun untuk manfaat lainnya.

8) Pencegahan infeksi pada mata

Pencegahan infeksi pada mata dapat diberikan kepada bayi baru lahir. Pencegahan infeksi tersebut di lakukan dengan menggunakan salep mata tetrasiklin 1%. Salep antibiotika tersebut harus diberikan dalam waktu satu jam setelah kelahiran. Upaya profilaksis infeksi mata tidak efektif jika diberikan lebih dari satu jam setelah kelahiran.

9) Profilaksis perdarahan pada bayi baru lahir

Semua bayi baru lahir harus segera diberikan vitamin K1 injeksi 1 mg intramuskular di paha kiri sesegera mungkin untuk mencegah perdarahan

pada bayi baru lahir akibat defisiensi vitamin K yang dapat dialami oleh sebagian bayi baru lahir.

10) Pemberian imunisasi hepatitis B

Imunisasi hepatitis B bermanfaat untuk mencegah terjadinya infeksi yang disebabkan oleh virus hepatitis B terhadap bayi. Terdapat 2 jadwal pemberian imunisasi hepatitis B. Jadwal pertama, imunisasi hepatitis B sebanyak 3 kali pemberian, yaitu usia 0 hari (sesegera setelah lahir menggunakan *uniject*), 1 dan 6 bulan. Jadwal kedua, imunisasi hepatitis B sebanyak 4 kali pemberian, yaitu pada 0 hari (segera setelah lahir) dan DPT+hepatitis B pada 2, 3 dan 4 bulan usia bayi.

7. Kunjungan Neonatus

Kunjungan neonatal menurut (Yuliani et al., 2021) sebagai berikut :

1) Hari ke 1(KN 1)

- a) Untuk bayi yang lahir di fasilitas kesehatan pelayanan dapat dilakukan sebelum bayi pulang dari fasilitas kesehatan (> 24 jam).
- b) Untuk bayi yang lahir di rumah, bila bidan meninggalkan bayi sebelum 24 jam maka pelayanan dilaksanakan pada 6-24 jam setelah lahir.

Hal –hal yang dilaksanakan adalah :

- a) Jaga kehangatan bayi
- b) Berikan ASI Eksklusif
- c) Cegah infeksi
- d) Rawat tali pusat

2) Kunjungan neonatal 2 (3-7 hari)

- a) Jaga kehangatan bayi
- b) Berikan ASI Eksklusif
- c) Cegah infeksi
- d) Rawat tali pusat

3) Kunjungan neonatal 3 (8-28 hari)

- a) Periksa ada/tidaknya tanda bahaya dan atau gejala sakit
- b) Jaga kehangatan bayi

- c) Berikan ASI Eksklusif
- d) Cegah infeksi
- e) Rawat tali pusat

8. 7 Langkah Varney

1. Pengkajian Data

Pengkajian merupakan [langkah](#) mengumpulkan semua data yang akurat dan lengkap dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi [klien](#) secara keseluruhan. [Bidan](#) dapat melakukan pengkajian dengan efektif, maka harus menggunakan format pengkajian yang terstandar agar pertanyaan yang diajukan lebih terarah dan relevan. Pengkajian data dibagi menjadi:

a) Data Subjektif

Data subjektif diperoleh dengan cara melakukan [anamnesa](#). [Anamnesa](#) adalah pengkajian dalam rangka mendapatkan data pasien dengan cara mengajukan pertanyaan- pertanyaan, baik secara langsung pada pasien dalam hal ini ibu bayi maupun kepada [keluarga](#) pasien. Bagian penting dari [anamnesa](#) adalah data subyektif pasien bayi yang meliputi: biodata/identitas bayi dan orang tua sayang, alasan masuk dan keluhan, Riwayat [kebidanan](#) (riwayat [kehamilan](#), [pengiriman](#) dan [nifas](#) yang lalu), riwayat [kesehatan](#) ([kesehatan](#) sekarang, [kesehatan](#) yang lalu, [kesehatan keluarga](#)), pola kebiasaan (pola makan dan minum, pola [eliminasi](#), pola aktifitas dan [istirahat](#), Kebersihan pribadi).

b) Data Objektif

Data objektif tujuan dapat diperoleh melalui [pemeriksaan fisik](#) sesuai dengan kebutuhan dan [pemeriksaan](#) tanda- tanda penting; dan [pemeriksaan](#) maju. [Pemeriksaan fisik](#) dilakukan dengan cara inspeksi, [palpasi](#), auskultasi dan perkusi. [Pemeriksaan fisik](#) meliputi: [pemeriksaan](#) keadaan umum pasien, kesadaran pasien, tanda penting, [kepala](#), telinga, mulut, hidung, leher, dada, [perut](#); ekstremitas

(ekstremitas atas dan bawah), [genetalia](#), punggung, [dubur](#), refleks (Moro, Rooting, Sucking, Tonic neck, Grafik), dan kulit

2. Interpretasi Data

Interpretasi data merupakan identifikasi terhadap diagnosa, masalah dan kebutuhan pada bayi baru lahir berdasarkan interpretasi yang benar atas data-data yang telah dikumpulkan. Pada [langkah](#) ini mencakup :

- Menentukan keadaan [normal](#).
- Membedakan antara [ketidaknyamanan](#) dan kemungkinan [komplikasi](#).
- Identitas [tanda dan gejala](#) kemungkinan [komplikasi](#).

Interpretasi data meliputi : Diagnosa [kebidanan](#) dan Masalah.

Diagnosis yang ditegakkan oleh profesi ([bidan](#)) dalam lingkup praktik [kebidanan](#) dan memenuhi standar Nomenklatur (tata nama) [diagnosa kebidanan](#), yaitu :

- Diakui dan telah di sahkan oleh profesi.
- Berhubungan langsung dengan praktisi [kebidanan](#).
- Memiliki ciri khas [kebidanan](#).
- Didukung oleh penilaian klinis dalam praktik [kebidanan](#).
- Dapat diselesaikan dengan pendekatan manajemen [kebidanan](#).

Masalah dirumuskan bila [bidan](#) bila menemukan mewakili yang terjadi pada merespons bayi baru lahir. Masalah ini terjadi belum berakhirgris dalam rumusan [diagnosa](#) yang ada, tetapi masalah tersebut membutuhkan [penanganan bidan](#), maka masalah dirumuskan setelahnya diagnosa. Permasalahan yang muncul merupakan pernyataan dari ibu bayi, yang ditunjang dengan data dasar baik subyektif maupun obyektif.

3. Tindakan Antisipasi

Langkah ini merupakan langkah antisipasi, sehingga dalam melakukan pengasuhan kebidanan, bidan diperlukan untuk mengantisipasi permasalahan yang akan timbul dari kondisi yang ada.

4. Tindakan Segera

Setelah menentukan tindakan yang perlu dilakukan untuk mengantisipasi diagnosa/masalah potensial pada langkah sebelumnya, bidan juga harus mengembangkan Tindakan segera yang harus dirumuskan untuk menyelamatkan sayang. Tindakan segera ini dapat berupa secara mandiri, kolaborasi atau rujukan berdasarkan kondisi bayi baru lahir tersebut

5. Perencanaan

Langkah ini ditentukan dari hasil kajian pada langkah sebelumnya. Jika ada informasi/data yang tidak lengkap bisa dilengkapi. Merupakan kelanjutan penatalaksanaan terhadap masalah atau diagnosa yang telah diidentifikasi atau diantisipasi yang sifatnya segera atau rutin. Rencana pengasuhan dibuat berdasarkan pertimbangan yang tepat, baik dari pengetahuan, teori yang up to date, dan divalidasikan dengan kebutuhan pasien. Penyusunan rencana pengasuhan sebaiknya melibatkan pasien. Sebelum pelaksanaan rencana pengasuhan, sebaiknya dilakukan kesepakatan antara bidan dan pasien ke dalam Penjelasan dan persetujuan.

6. Pelaksanaan

Implementasinya dapat dilakukan seluruhnya oleh bidan atau bersama-sama dengan klien atau anggota tim kesehatan. Bila tindakan dilakukan oleh dokter atau tim kesehatan lain, bidan tetap memegang tanggung jawab untuk mengarahkan kesinambungan pengasuhan berikutnya. Kaji ulang apakah semua rencana pemeliharaan telah dilaksanakan

7. Evaluasi

Pada [langkah](#) ini dilakukan evaluasi keefektifan dari pengasuhan yang telah diberikan. Evaluasi didasarkan pada [harapan](#) pasien yang diidentifikasi saat merencanakan pengasuhan [kebidanan](#). Untuk mengetahui keberhasilan pengasuhan, [bidan](#) mempunyai pertimbangan tertentu antara lain: tujuan pengasuhan [kebidanan](#), efektivitas tindakan untuk mengatasi masalah, dan hasil pengasuhan [kebidanan](#)

D. Konsep Dasar Masa Nifas

1. Pengertian Masa Nifas

Nifas (puerperium) berasal dari bahasa latin. Puerperium berasal dari dua suku kata yakni peur dan parous. Peur berarti bayi dan parous berarti melahirkan sehingga dapat disimpulkan bahwa puerperium merupakan masa setelah melahirkan. Masa nifas (puerperium) merupakan masa setelah kelahiran plasenta dan berakhir ketika alat-alat kandungan. Masa nifas ini berlangsung 6 minggu. Masa nifas adalah masa pulih kembali, mulai dari persalinan selesai sampai alat-alat kandungan kembali seperti sebelum hamil, (Anggraini, 2022).

2. Tujuan masa nifas

Tujuan dari pemberian asuhan pada masa nifas menurut (Ari, 2021);

- 1) Menjaga kesehatan ibu dan bayinya, baik fisik maupun psikologis
- 2) Melaksanakan *screening* secara komprehensif, deteksi dini, mengobati atau merujuk bila terjadi komplikasi pada ibu maupun bayi
- 3) Memberikan pendidikan kesehatan tentang perawatan kesehatan diri, nutrisi, KB, cara dan manfaat menyusui, pemberian imunisasi
- 4) Memberikan pelayanan keluarga berencana
- 5) Mendapatkan kesehatan emosi

3. Tahap masa nifas

Beberapa tahapan masa nifas menurut (Furi, 2020);

1) Puerperium dini

Puerperium dini merupakan kepulihan, dimana ibu diperbolehkan berdiri dan berjalan, serta menjalankan aktivitas layaknya wanita normal lainnya.

2) Puerperium intermediete

Puerperium intermediet merupakan masa kepulihan menyeluruh alat-alat genitalia yang lamanya sekitar 6-8 minggu.

3) Puerperium remote

Remote puerperium yakni masa yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna terutama apabila selama hamil atau persalinan mempunyai komplikasi. Waktu untuk sehat sempurna dapat berlangsung berminggu-minggu, bulanan, bahkan tahunan.

4. Perubahan Fisiologi Masa Nifas

a. Perubahan Sistem Reproduksi

1) Involusi Uterus

Involusi atau pengerutan uterus merupakan suatu proses dimana uterus kembali ke kondisi sebelum hamil dengan berat hanya 60 gram. Proses involusi uterus menurut antara lain, sebagai berikut:

a) Iskemia Miometrium

Iskemia miometrium disebabkan oleh kontraksi dan retraksi yang terus-menerus dari uterus setelah pengeluaran plasenta membuat uterus relatif anemia dan menyebabkan serat otot atrofi.

b) Atrofi Jaringan

Atrofi jaringan terjadi sebagai reaksi penghentian hormon esterogen saat pelepasan plasenta

2) Autolisis

Autolisis merupakan proses penghancuran diri sendiri yang terjadi di dalam otot uterus. Enzim proteolitik akan memendekkan jaringan otot yang telah sempat mengendur hingga panjangnya 10 kali dari semula dan lebar lima kali dari semula selama kehamilan atau dapat juga dikatakan sebagai perusakan secara langsung jaringan hipertrofi yang berlebihan. Hal ini disebabkan karena penurunan hormon estrogen dan progesteron.

3) Efek Oksitosin

Oksitosin menyebabkan terjadinya kontraksi dan retraksi otot uterus sehingga akan menekan pembuluh darah yang mengakibatkan berkurangnya suplai darah ke uterus. Proses ini membantu untuk mengurangi perdarahan. Penurunan ukuran uterus yang cepat itu dicerminkan oleh perubahan lokasi uterus ketika turun keluar dari abdomen dan kembali menjadi organ pelvis.

b. Perubahan Pada Serviks

Serviks mengalami involusi bersama-sama uterus. Perubahan yang terdapat pada serviks postpartum adalah bentuk serviks yang akan menganga seperti corong. Bentuk ini disebabkan oleh korpus uteri yang dapat mengadakan kontraksi, sedangkan serviks tidak berkontraksi sehingga seolah-olah pada perbatasan antara korpus dan serviks uteri terbentuk semacam cincin. Warna serviks sendiri merah kehitam-hitaman karena penuh pembuluh darah. Beberapa hari setelah persalinan, ostium eksternum dapat dilalui oleh 2 jari, pinggir - pinggirnya tidak rata, tetapi retak-retak karena robekan dalam persalinan. Pada akhir minggu pertama hanya dapat dilalui oleh satu jari saja, dan lingkaran retraksi berhubungan dengan bagian atas dari kranialis servikalis. Pada serviks terbentuk sel - sel otot baru yang mengakibatkan serviks memanjang seperti celah. (Rini dan Feti, 2022).

c. Lokhea

Lokhea adalah ekskresi cairan rahim selama masa nifas. Lokhea mengandung darah dan sisa jaringan desidua yang nekrotik dari dalam uterus. Lokhea yang berbau tak sedap menandakan adanya infeksi.

Tabel 2.7 Macam-macam Lochea

Lochea	Waktu	Warna	Ciri-ciri
Rubra	1-3 hari	Merah kehitaman	Terdiri dari darah segar, jaringan sisa-sisa plasenta, dinding rahim, lemak bayi, lanugo (rambut bayi), dan sisa meconium. Lokhea rubra yang menetap pada awal priode postpartum menunjukkan adanya perdarahan postpartum sekunder yang mungkin di sebabkan tinggalnya sisa atau selaput plasenta.
Sanginolenta	4-7 hari	Merah kecoklatan dan berlendir	Sisa darah segar bercampur lendir.
Serosa	7-14 hari	Kuning kecoklatan	Lebih sedikit darah dan lebih banyak serum, juga terdiri dari leukosit dan robekan atau laserasi plasenta. Lokhea serosa dan albayang berlanjut bisa menandakan adanya endometris, terutama jika disertai demam, rasa sakit atau nyeri tekan pada abdomen.
Alba	>14 hari berlangsung 2-6 postpartum	Putih	Mengandung leukosit, sel desidua, dan sel epitel, selaput lendir serviks serta serabut jaringan yang mati.
Lochea purulenta			Terjadi infeksi keluar cairan seperti nanah berbau busuk.
Locheastatis			Lochea tidak lancar keluaranya

Sumber. (Sutanto, 2018)

d. Perubahan pada Vulva, Vagina dan Perineum

Vulva dan vagina mengalami penekanan serta peregangan yang sangat besar selama proses melahirkan bayi, dan dalam beberapa hari pertama sesudah proses tersebut. Kedua organ ini tetap berada dalam keadaan kendur. Setelah 3 minggu vulva dan vagina kembali kepada keadaan tidak hamil dan rugae dalam vagina secara berangsur-angsur

akan muncul kembali sementara labia menjadi lebih menonjol. Hymen tampak sebagai tonjolan kecil dan dalam proses pembentukan berubah menjadi kurunkulae motiformis yang khas bagi wanita multipara. Pada post natal hari kelima, perineum sudah mendapatkan kembali sebagian besar tonusnya sekalipun tetap lebih kendur daripada keadaan sebelum hamil.

e. Perubahan pada Payudara

Perubahan pada payudara dapat meliputi hal - hal sebagai berikut:

- 1) Penurunan kadar progesteron dan peningkatan hormon prolaktin setelah persalinan.
- 2) Kolostrum sudah ada saat persalinan, produksi ASI terjadi pada hari kedua atau hari ketiga setelah persalinan.
- 3) Payudara menjadi besar sebagai tanda mulainya proses laktasi.

f. Perubahan Sistem Pencernaan

Menurut Rini dan Feti (2022) beberapa hal yang berkaitan dengan perubahan pada sistem pencernaan antara lain:

1) Nafsu makan

Pasca melahirkan, ibu biasanya merasa lapar sehingga ibu diperbolehkan untuk mengonsumsi makanan. Pemulihan nafsu makan diperlukan waktu 3-4 hari sebelum faal usus kembali normal. Meskipun kadar progesteron menurun setelah melahirkan, asupan makanan juga mengalami penurunan satu atau dua hari.

2) Motilitas

Secara khas, penurunan otot tonus dan motilitas otot traktus cerna menetap selama waktu yang singkat setelah bayi lahir. Kelebihan analgesia dan anastesia bisa memperlambat pengembalian tonus otot dan motilitas ke keadaan normal.

3) Pengosongan usus

Pasca melahirkan, ibu sering mengalami kontsipasi. Hal ini disebabkan tonus otot menurun selama proses persalinan dan awal masa pascapartum, diare sebelum persalinan, enema selama melahirkan, kurang makan, dehidrasi, hemoroid ataupun laserasi jalan lahir. Sistem pencernaan pada masa nifas membutuhkan waktu untuk kembali normal.

g. Perubahan Sistem Perkemihan

Hendaknya buang air kecil dapat dilakukan sendiri secepatnya. Namun kadang-kadang ibu nifas mengalami sulit buang air kecil karena sfingter uretra ditekan oleh kepala janin dan adanya edema kandung kemih selama persalinan. Kandung kemih pada puerperium sangat kurang sensitif dan kapasitasnya bertambah, sehingga kandung kemih penuh atau sesudah buang air kecil masih tertinggal urin residu. Sisa urin dan trauma kandung kemih waktu persalinan memudahkan terjadinya infeksi (Aritonang, 2021)

h. Perubahan Sistem Muskuloskeletal

Ligamen, fasia, dan diafragma pelvis yang meregang pada waktu persalinan, setelah bayi lahir, secara berangsur - angsur menjadi ciut dan pulih kembali sehingga tidak jarang uterus jatuh ke belakang dan menjadi retrofleksi, karena ligamen rotundum menjadi kendur. Stabilisasi sempurna terjadi pada 6-8 minggu setelah persalinan. Sebagai akibat putusannya serat - serat elastis kulit dan distensi yang berlangsung lama akibat besarnya uterus pada saat hamil, dinding abdomen masih lunak dan kendur untuk sementara waktu. Pemulihan dibantu dengan latihan (Mirong, 2023).

i. Perubahan Sistem Endokrin

Menurut Anggraini (2022), hormon -hormon yang berperan pada proses tersebut, antara lain:

- 1) Hormon plasenta menurun dengan cepat setelah persalinan. HCG (Human Chorionic Gonadotropin) menurun dengan cepat dan menetap sampai 10% dalam 3 jam hingga hari ke-7 postpartum dan sebagai onset pemenuhan *mamae* pada hari ke-3 postpartum.
- 2) Hormon Pituitari Prolaktin darah akan meningkat dengan cepat. Pada wanita yang tidak menyusui, prolaktin menurun dalam waktu 2 minggu. FSH dan LH akan meningkat pada fase konsentrasi folikuler pada (minggu ke-3) dan LH tetap rendah hingga ovulasi terjadi.
- 3) Hipotalamik Pituitari Ovarium Lamanya seorang wanita mendapat menstruasi juga dipengaruhi oleh faktor menyusui. Seringkali menstruasi pertama ini bersifat anovulasi karena rendahnya kadar esterogen dan progesteron.
- 4) Kadar Esterogen Setelah persalinan, terjadi penurunan kadar esterogen yang bermakna sehingga aktivitas prolaktin yang juga sedang meningkat dapat mempengaruhi kelenjar *mamae* dalam menghasilkan ASI.

j. Perubahan Sistem Kardiovaskular

Pada kehamilan terjadi peningkatan sirkulasi volume darah yang mencapai 50%. Mentoleransi kehilangan darah pada saat melahirkan perdarahan pervaginam normalnya 400-500 cc. Sedangkan melalui seksio caesaria kurang lebih 700-1000 cc. Bradikardi (dianggap normal), jika terjadi takikardi dapat merefleksikan adanya kesulitan atau persalinan lama dan darah yang keluar lebih dari normal atau perubahan setelah melahirkan. (Fitriani, 2021)

5. Adaptasi psikologi ibu pada masa nifas

Dalam menjalani adaptasi masa nifas, sebagian ibu dapat mengalami fase-fase sebagai berikut:

a) Fase taking in

Fase taking in yaitu periode ketergantungan berlangsung pada hari pertama sampai hari kedua setelah melahirkan. Ibu baru umumnya pasif dan tergantung, perhatiannya tertuju pada kekhawatiran akan tubuhnya. Pengalaman selama proses persalinan berulang kali diceritakannya. Hal ini membuat ibu cenderung menjadi pasif terhadap lingkungannya. Kemampuan mendengarkan (*listening skills*) dan menyediakan waktu yang cukup merupakan dukungan yang tidak ternilai bagi ibu. Kehadiran suami dan keluarga sangat diperlukan pada fase ini. Petugas kesehatan dapat menganjurkan kepada suami dan keluarga untuk memberikan dukungan moril dan menyediakan waktu untuk mendengarkan semua yang disampaikan oleh ibu agar dia dapat melewati fase ini dengan baik.

Gangguan psikologis yang mungkin dirasakan ibu pada fase ini adalah sebagai berikut:

- 1) Kekecewaan karena tidak mendapatkan apa yang diinginkan tentang bayinya misalkan: jenis kelamin tertentu, warna kulit, dan sebagainya
- 2) Ketidaknyamanan sebagai akibat dari perubahan perubahan fisik yang dialami ibu misalnya rasa mules akibat dari kontraksi rahim, payudara bengkak, akibat luka jahitan, dan sebagainya
- 3) Rasa bersalah karena belum bisa menyusui bayinya
- 4) Suami atau keluarga yang mengkritik ibu tentang cara merawat bayinya dan cenderung melihat saja tanpa membantu. Ibu akan merasa tidak nyaman karena sebenarnya hal tersebut bukan hanya tanggung jawab ibu saja, tetapi tanggung jawab bersama.

Pada saat ini tidur tanpa gangguan sangat penting untuk mengurangi gangguan fisik dan psikologis yang dapat diakibatkan karena kurang istirahat, selain itu peningkatan nutrisi dibutuhkan untuk mempercepat pemulihan dan penyembuhan luka, serta persiapan proses laktasi aktif. Dalam memberikan asuhan, bidan harus dapat memfasilitasi kebutuhan psikologis ibu. Pada tahap ini bidan dapat menjadi pendengar yang baik ketika ibu menceritakan pengalamannya. Berikan juga dukungan mental atau apresiasi atas hasil perjuangan ibu dalam melahirkan bayinya. Bidan diharapkan dapat menciptakan suasana yang nyaman bagi ibu sehingga ibu dapat dengan leluasa menceritakan permasalahan yang sedang dihadapi kepada bidan. Dalam hal ini sering kali terjadi kesalahan dalam perawatan yang dilakukan kepada pasien dan bayinya akibat kurangnya jalinan komunikasi yang baik antara pasien dengan bidan Namangdjabar (2023).

b) Fase taking hold

Fase taking hold adalah fase/periode yang berlangsung antara 3-10 hari setelah melahirkan. Pada fase ini, ibu merasa khawatir akan ketidakmampuannya dan rasa tanggung jawabnya dalam merawat bayi. Ibu memiliki perasaan yang sangat sensitif sehingga mudah tersinggung dan gampang marah sehingga kita perlu berhati-hati dalam berkomunikasi dengan ibu. Pada fase ini ibu memerlukan dukungan karena saat ini merupakan kesempatan yang baik untuk menerima berbagai masukan dalam merawat diri dan bayinya sehingga timbul percaya diri. Tugas sebagai tenaga kesehatan yakni mengajarkan cara merawat bayi, cara menyusui yang benar, cara merawat luka jahitan, mengajarkan senam nifas, memberikan pendidikan kesehatan yang diperlukan ibu seperti gizi, istirahat, kebersihan diri, dan lain-lain Namangdjabar (2023).

c) Fase letting go

Fase letting go merupakan fase menerima tanggung jawab akan peran barunya yang berlangsung sepuluh hari setelah melahirkan. Ibu

sudah dapat menyesuaikan diri, merawat diri dan bayinya, serta kepercayaan dirinya sudah meningkat. Pendidikan kesehatan yang kita berikan pada fase sebelumnya akan sangat berguna bagi ibu agar lebih mandiri dalam memenuhi kebutuhan diri dan bayinya. Dukungan dari suami dan keluarga masih sangat diperlukan ibu. Suami dan keluarga dapat membantu merawat bayi, mengerjakan urusan rumah tangga sehingga ibu tidak terlalu lelah dan terbebani. Ibu memerlukan istirahat yang cukup sehingga mendapatkan kondisi fisik yang bagus untuk dapat merawat bayinya.

Pada periode ini ibu mengambil tanggung jawab terhadap perawatan bayi dan harus beradaptasi dengan segala kebutuhan bayi sangat bergantung pada ibu, hal ini menyebabkan berkurangnya hak ibu, kebebasan serta hubungan sosial. Jika hal ini tidak dapat dilalui dengan baik maka dapat menyebabkan terjadinya post partum blues dan depresi post partum Namangdjabar (2023).

Faktor-faktor yang mempengaruhi suksesnya masa transisi ke masa menjadi orang tua pada saat post partum, antara lain:

a) Respon dan dukungan keluarga dan teman

Bagi ibu post partum, apalagi pada ibu yang pertama kali melahirkan akan sangat membutuhkan dukungan orang-orang terdekatnya karena ia belum sepenuhnya berada pada kondisi stabil, baik fisik maupun psikologisnya. Ia masih sangat asing dengan perubahan peran barunya yang begitu fantastis terjadi dalam waktu yang begitu cepat, yakni peran sebagai “ibu” Dengan respon positif dari lingkungan, akan mempercepat proses adaptasi peran ini sehingga akan memudahkan bagi bidan untuk memberikan asuhan yang sehat.

b) Hubungan dari pengalaman melahirkan terhadap harapan dan aspirasi

Hal yang dialami oleh ibu ketika melahirkan akan sangat mewarnai alam perasaannya terhadap perannya sebagai ibu. Ia

akhirnya menjadi tahu bahwa begitu beratnya ia harus berjuang untuk melahirkan bayinya dan hal tersebut akan memperkaya pengalaman hidupnya untuk lebih dewasa. Banyak kasus terjadi, setelah ibu melahirkan anaknya yang pertama, ia bertekad untuk lebih meningkatkan kualitas hubungannya dengan ibunya.

c) Pengalaman melahirkan dan membesarkan anak yang lalu.

Walaupun bukan kelahiran anak berikutnya bukan pengalaman pertama, namun kebutuhan dukungan positif dari lingkungannya tidak berbeda dengan ibu yang melahirkan anak yang pertama. Hanya perbedaannya adalah teknik penyampaian dukungan yang diberikan lebih kepada support dan apresiasi dari keberhasilannya dalam melewati saat-saat sulit pada persalinan yang lalu.

d) Pengaruh budaya

Adanya adat istiadat yang dianut oleh lingkungan dan keluarga sedikit lebih banyak akan mempengaruhi keberhasilan ibu dalam melewati saat transisi ini, apalagi jika ada hal yang tidak sinkron antara arahan dari tenaga kesehatan dengan budaya yang di anut pada lingkungan ibu.

6. Kebutuhan Dasar Ibu Masa Nifas

Kebutuhan dasar masa nifas adalah:

a. Nutrisi

Ibu nifas memerlukan nutrisi dan cairan untuk pemulihan kondisi kesehatan setelah melahirkan, cadangan tenaga serta untuk memenuhi produksi air susu.

a) Kalori

Kebutuhan kalori pada masa menyusui sekitar 400-500 kalori. Wanita dewasa memerlukan 1800 kalori per hari. Sebaliknya ibu nifas jangan mengurangi kebutuhan kalori, karena akan mengganggu proses metabolisme tubuh dan menyebabkan ASI rusak.

b) Kalsium dan vitamin D

Kalsium dan vitamin D berguna untuk pembentukan tulang dan gigi, kebutuhan kalsium dan vitamin D di dapat dari minum susu rendah kalori atau berjamur di pagi hari. Konsumsi kalsium pada masa menyusui meningkat menjadi 5 porsi per hari. Satu setara dengan 50-60 gram keju, satu cangkir susu krim, 160 gram ikan salmon, 120 gram ikan sarden, atau 280 gram tahu.

c) Magnesium

Magnesium dibutuhkan sel tubuh untuk emmbantu gerak otot, fungsi syaraf dan memperkuat tulang. Kebutuhan magnesium didapat pada gandum dan kacang-kacangan.

d) Sayuran hijau dan buah

Kebutuhan yang diperlukan setidaknya tiga porsi sehari. Satu porsi setara dengan 1/8 semangka, 1/4 mangga, 3/4 cangkir brokoli, 1/2 wortel, 1/4- 1/2 cangkir sayuran hijau yang telah dimasak, satu tomat.

e) Karbohidrat

Selama menyusui, kebutuhan karboidrat kompleks diperlukan enam porsi perhari. Satu porsi setara dengan 1/2 cangkir nasi, 1/4 cangkir jagung pipi, satu porsi sereal atau oat, satu iris roti dari bijian utuh, 1/2 kue maffin dari bijian utuh, 2-6 biskuit kering atau crackers, 1/2 cangkir kacang-kacangan, 2/3 cangkir kacang koro, atau 40 gram mi/pasta dari bijian utuh.

f) Lemak

Rata-rata kebutuhan lemak orang dewasa adalah 4 1/2 porsi lemak (14 gram porsi) perharinya. Satu porsi lemak sama dengan 80 gram keju, tiga sendok makan kacang tanah atau kenari, empat sendok makan krim, secangkir es krim, 1/2 buah alpukat, 2 sendok makan selai kacang, 120-140 gram daging tanpa lemak, Sembilan kentang goreng, 2 iris cake, satu sendok makan mayones atau mentega, atau 2 sendok makan salad.

g) Cairan

Konsumsi cairan sebanyak 8 gelas per hari. Minum sedikitnya 3 liter tiap hari. Kebutuhan akan cairan diperoleh dari air putih, sari buah, susu dan sup.

h) Vitamin

Kebutuhan vitamin selama menyusui sangat dibutuhkan. Vitamin yang diperlukan antara lain: Vitamin A yang berguna bagi kesehatan kulit, kelenjar serta mata. Vitamin A terdapat dalam telur, hati dan keju. Jumlah yang dibutuhkan adalah 1.300 mcg, Vitamin B6 membantu penyerapan protein dan meningkatkan fungsi syaraf. Asupan vitamin B6 sebanyak 2,0 mg per hari. Vitamin B6 dapat ditemui dari daging, hati, padi-padian, kacang polong dan kentang; Vitamin E berfungsi sebagai antioksidan, meningkatkan stamina dan daya tahan tubuh. Terdapat dalam

b. Ambulasi

Setelah bersalin, ibu akan merasa lelah. Oleh karena itu, ibu harus istirahat. Mobilisasi yang akan dilakukan pada komplikasi persalinan, nifas dan sembuhan luka. Ambulasi dini (*early ambulation*) adalah mobilisasi segera setelah ibu melahirkan dengan membimbing ibu untuk bangun dari tempat tidurnya. Ibu post partum diperbolehkan bangun dari tempat tidurnya 24-48 jam setelah melahirkan.

c. Eliminasi

a) Miksi

Buang air kecil sendiri sebaiknya dilakukan secepatnya. Miksi normal bila dapat BAK spontan seetiap 3-4 jam. Kesulitan BAK dapat disebabkan karena sfingter uretra tertekan oleh kepala janin dan spesm oleh iritasi muskulo spingter ani selama persalinan. Lakukan keteterisasi apabila kandung kemih penuh dan sulit berkemih

b) Defekasi

Ibu diharapkan dapat BAB sekitar 3-4 hari post partum. Apabila mengalami kesulitan BAB, lakukan diet teratur, cukup cairan, konsumsi makanan berserat, olahraga, berikan obat perangsang per oral/ rektal atau lakukan klisma bilamana perlu.

d. Kebersihan diri atau perineum

Kebersihan diri berguna mengurangi infeksi dan meningkatkan perasaan nyaman. Kebersihan diri meliputi kebersihan tubuh, pakaian, tempat tidur maupun lingkungan. Beberapa hal yang dapat dilakukan ibu post partum dalam menjaga kebersihan diri, adalah sebagai berikut mandi teratur minimal 2 kali sehari, mengganti pakaian dan alas tempat tidur, menjaga lingkungan sekitar tempat tinggal, melakukan perawatan perineum, mengganti pembalut minimal 2 kali sehari, mencuci tangan setiap membersihkan daerah genitalia.

e. 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 anjurkan ibu untuk cukup istirahat, sarankan ibu untuk melakukan kegiatan rumah tangga secara perlahan, tidur siang atau istirahat saat bayi tidur, kurang istirahat dapat menyebabkan jumlah ASI berkurang, memperlambat proses involusi uteri, menyebabkan depresi dan ketidakmampuan dalam merawat bayi.

f. Seksual

Program Keluarga Berencana sebaiknya dilakukan ibu setelah masa nifas selesai atau 40 hari (6 minggu), dengan tujuan menjaga kesehatan ibu. Pada saat melakukan hubungan seksual sebaiknya perhatikan waktu, penggunaan kontrasepsi, dipareuni, kenikmatan dan kepuasan pasangan suami istri. Beberapa cara yang dapat mengatasi kemesraan suami istri setelah periode nifas antara lain (hindari menyebut ayah dan ibu, mencari pengasuh bayi, membantu kesibukan istri, menyempatkan

berkencan, meyakinkan diri, bersikap terbuka dan konsultasi dengan ahlinya.

g. Latihan atau senam nifas

Senam nifas adalah senam yang dilakukan sejak hari pertama melahirkan sampai dengan kesepuluh. Tujuan senam nifas adalah sebagai berikut membantu mempercepat pemulihan kondisi ibu, mempercepat proses involusi uteri, membantu memulihkan dan mengencangkan otot panggul, perut dan perineum, memperlancar pengeluaran lochea, membantu mengurangi rasa sakit, merelaksasikan otot-otot yang menunjang proses kehamilan dan persalinan, mengurangi kelainan dan komplikasi masa nifas.

Manfaat senam nifas antara lain : Membantu memperbaiki sirkulasi darah, memperbaiki sikap tubuh dengan punggung pasca salin, memperbaiki dan memperkuat otot panggul, membantu ibu lebih relaks dan segar pasca persalinan.

7. Kunjungan Masa Nifas

Berdasarkan Buku Kesehatan Ibu dan Anak (2020) Pelayanan kesehatan ibu nifas dilaksanakan minimal 4 kali, yaitu:

1. Kunjungan I : 6 jam sampai 2 hari *post partum*
2. Kunjungan II : 3 sampai 7 hari *post partum*
3. Kunjungan III : 8 sampai 28 hari *post partum*
4. Kunjungan IV : 29 sampai 42 hari *post partum*

Dalam Buku Kesehatan Ibu dan Anak juga dituliskan jenis pelayanan yang dilakukan selama kunjungan nifas diantaranya:

1. Melihat kondisi ibu nifas secara umum
2. Memeriksa tekanan darah, suhu tubuh, respirasi, dan nadi
3. Memeriksa perdarahan pervaginam, kondisi perineum, tanda infeksi, kontraksi rahim, tinggi fundus uteri dan memeriksa payudara.
4. Memeriksa lokea dan perdarahan
5. Melakukan pemeriksaan jalan lahir

6. Melakukan pemeriksaan payudara dan anjuran pemberian ASI eksklusif
7. Memberi kapsul vitamin A
8. Pelayanan kontrasepsi pascapersalinan
9. Penanganan risiko tinggi dan komplikasi pada nifas dan memberi nasihat seperti:
10. Makan makanan yang beraneka ragam yang mengandung karbohidrat, protein hewani, protein nabati, sayur, dan buah-buahan.
11. Kebutuhan air minum ibu menyusui pada 6 bulan pertama adalah 14 gelas sehari dan pada 6 bulan kedua adalah 12 gelas sehari.
12. Menjaga kebersihan diri, termasuk kebersihan daerah kemaluan, ganti pembalut sesering mungkin.
13. Istirahat cukup, saat bayi tidur ibu istirahat.
14. Bagi ibu yang melahirkan dengan cara operasi caesar maka harus menjaga kebersihan luka bekas operasi.
15. Cara menyusui yang benar dan hanya memberi ASI saja selama 6 bulan.
16. Perawatan bayi yang benar.
17. Jangan membiarkan bayi menangis terlalu lama, karena akan membuat bayi stres.
18. Lakukan stimulasi komunikasi dengan bayi sedini mungkin bersama suami dan keluarga.

Untuk berkonsultasi kepada tenaga kesehatan untuk pelayanan KB setelah persalinan.

8. Tanda Bahaya Dalam Masa Nifas

Berikut ini tanda bahaya masa post partum menurut Fitriani (2021):

- a. Perdarahan hebat atau peningkatan perdarahan secara tiba-tiba (melebihi haid biasa atau jika perdarahan tersebut membasahi lebih dari 2 pembalut saniter dalam waktu setengah jam).
- b. Pengeluaran cairan vaginal dengan bau busuk yang keras.

- c. Rasa nyeri di perut bagian bawah atau punggung Sakit Kepala yang terus menerus. nyeri epigastrium, atau, masalah penglihatan.
- d. Pembengkakan pada wajah dan tangan Demam muntah, rasa sakit sewaktu buang air seni, atau merasa tidak enak badan Payudara yang memerah panas dan/atau sakit.
- e. Kehilangan selera makan untuk waktu yang berkepanjangan Rasa sakit. warna merah, kelembutan dan/atau pembengkakan pada kaki.
- f. Merasa sangat sedih atau tidak mampu mengurus diri-sendiri atau bayi.
- g. Merasa sangat letih atau bernafas terengah-engah.

9. Asuhan Kebidanan Masa Nifas

Anamnesa Pengkajian data fisik (pengumpulan data) Pengkajian data adalah mengumpulkan semua data yang di butuhkan untuk mengevaluasi pasiendan merupakan langkah pertama untuk mengumpulkan semua informasi yang jelas dan akurat. Pengumpulan data ada 2 jenis,yaitu :

1. Data Subjektif Untuk memperoleh data subjektif dapat di lakukan dengan cara anamnesa yaitu informasi yang kita dapatkan bisa langsung dari pasien atau juga bisa dari orang orang terdekat klien.

Data Subjektif ini mencakup :

i. Identitas atau Biodata

Nama :	Nama Suami :
Umur :	Umur :
Suku / Bangsa :	Suku / Bangsa :
Agama :	Agama :
Pendidikan :	Pendidikan :
Pekerjaan :	Pekerjaan :
Alamat kantor :	Alamat Kantor :
No Telepon :	No Telepon :
Alamat Rumah :	Alamat Rumah :

ii. Keluhan Utama

Yang di kaji adalah apakah ibu ada merasakan keluhan pada masa nifas

iii. Riwayat Kesehatan Yang di kaji adalah :

- Riwayat kesehatan yang lalu
- Riwayat kesehatan sekarang
- Riwayat kesehatan keluarga

iv. Riwayat Perkawinan

Yang di kaji adalah menikah sejak umur berapa, berapa lama menikah, berapa kali menikah, status pernikahan.

v. Riwayat Obstetric

Riwayat kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu, riwayat Persalinan sekarang.

vi. Riwayat KB

Untuk mengetahui apakah klien pernah ikut KB dengan jenis kontrasepsi apa.

vii. Kehidupan social budaya

Untuk mengetahui klien dan keluarganya yang menganut adat istiadat tertentu dengan budaya yang menguntungkan atau merugikan ibu dalam masa nifas.

viii. Data psikososial

- Respons keluarga terhadap ibu dan bayinya
- Respons ibu terhadap dirinya sendiri
- Respons ibu terhadap bayinya

ix. Data pengetahuan

Untuk mengetahui seberapa jauh pengetahuan ibu tentang perawatan setelah melahirkan.

x. Pola pemenuhan kebutuhan sehari – hari antara lain: nutrisi dan cairan, personal hygiene, eliminasi, istirahat, seksual, aktifitas

2. Data Objektif

Dalam menghadapi klien dalam masa nifas ini, bidan harus mengumpulkan data untuk memastikan apakah klien dalam keadaan normal atau tidak. Bagian dari pengkajian data objektif yaitu :

- 1) Keadaan umum ibu
- 2) Tanda-tanda vital yaitu : tekanan darah, suhu, nadi, pernapasan
- 3) Payudara : dalam melakukan pengkajian apakah terdapat benjolan, pembesaran kelenjar, dan bagaimanakah keadaan pitting susu ibu apakah menonjol atau tidak, apakah payudara ibu bernanah atau tidak.
- 4) Uterus : pemeriksaan tinggi fundus uteri apakah sesuai dengan involusi uteri, apakah kontraksi uterus baik atau tidak, apakah konsistensinya lunak atau kelars, dari pemeriksaan diatas bertujuan untuk mengetahui apakah pelebaran otot perut normal atau tidak caranya yaitu dengan memasukkan kedua jari kita yaitu telunjuk dan jari tengah kebagian diafragma dari perut ibu. Jika jari kita masuk dua jari berate abnormal.
- 5) Kandung kemih : jika kandung kemih ibu penuh, maka bantu ibu untuk mengkosongkan kasung kemihnya dan anjurkan ibu agar tidak menahan apabila terasa ingin BAK. Jika ibu tidak data berkemih dalam 6 jam postpartum , bantu ibu dengan cara menyiram air hangat dan bersih ke vulva perineum ibu. Bila berbagai cara telah dilakukan namu ibu tetap tidak berkemih, maka mungkin perlu dilakukan pemasangan katerisasi. Setelah kandung kemih dokosongkan, maka lakukan massase pada fundus agar uterus berkontasi dengan baik.
- 6) Ekstremitas bawah : pada pemeriksaan kaki apakah ada: varises, odema, reflex patella, nyeri tekan atau panas pada betis. Adanya tanda human caranya dengan meletakkan 1 tangan pada lutut ibu dandilakukan tekanan ringan agar lutut tetap lurus. Bila ibu merasakan nyeri pada betis dengan tindakan tersebut, tanda Homan (+).

- 7) Genitalia : Pemeriksaan pengeluaran lochea, warna, bau dan jumlahnya, Hematoma vulva (gumpalan darah), gejala yang paling jelas dan dapat diidentifikasi dengan inspeksi vagina dan serviks dengan cermat, lihat kebersihan pada genitalia ibu, ibu harus selalu menjaga kebersihan pada alat genitalianya karena pada masa nifas ini ibu sangat mudah sekali untuk terkena infeksi.
- 8) Perineum : pada pemeriksaan perineum sebaiknya ibu dalam posisi dengan kedua tungkai dilebarkan. Saat melakukan pemeriksaan perineum periksa jahitan laserasinya.
- 9) Lochea : mengalami perubahan karena proses involusi yaitu lochea rubra, serosa, dan alba.

Pemeriksaan Masa nifas adalah periode berakhirnya persalinan (akhir kala III persalinan sampai akhir 6 minggu pertama postpartum). Nifas adalah sejak 1 jam setelah plasenta lahir sampai minggu ke-6 atau berlangsungnya selama 42 hari.

Perawatan masa nifas adalah perawatan terhadap wanita hamil yang telah selesai bersalin sampai alat-alat kandungan kembali seperti sebelumhamil lamanya kira-kira 6-8 minggu. Perawatan masa nifas dimulai sebenarnya sejak kala uri dengan menghadirkan adanya kemungkinan-kemungkinan perdarahan postpartum dan infeksi. Bila ada perlukan jalan lahir atau luka bekas episotomi, lakukan penjahitan dan perawatan luka dengan sebaik- baiknya. Penolong persalinan harus tetap waspada sekurang-kurangnya 1 jam sesudah melahirkan, untuk mengatasi kemungkinan terjadinya perdarahan postpartum.

Pemeriksaan yang dilakukan pada ibu nifas adalah :

- a. Pada 2-6 jam pertama
 - 1) Tekanan darah : pada proses persalinan terjadi peningkatan tekanan darah sekitar 15 mmHg untuk systole dan 10 mmHg untuk diastole namun kembali normal pada saat postpartum.

- 2) Suhu : dapat naik sekitar $0,5^{\circ}\text{C}$ dari keadaan normal tetapi tidak lebih dari 38°C dan dalam 12 s/d 24 jam pertama post partum kembali normal.
 - 3) Denyut nadi : denyut nadi biasanya 60-80 x/I kecuali pesalinan dengan penyulit prdarahan, denyut nadi dapat melebihi 100 x/i.
 - 4) Fudus kembali keras dan bulat diatas pusat
 - 5) Perdarahan pervaginam
 - 6) Blass tidak teraba karena ibu dapat BAK dengan lancer.
- b. Pemeriksaan rutin setiap hari
- 1) Pemeriksaan fisik
 - 2) Tanda vital
 - 3) Payudara dan puting susu jika diinspeksi tidak ada kemerahan dan nyeri.

Aktifitas asuhan kebidanan dalam periode nifas dapat dikategorikan sebagai pemulihan dan pemeliharaan kesehatan, peningkatan kesejahteraan emosional dan pemberian informasi, pendidikan serta saran praktis dari pengalaman.

Diagnosa yang ditegakkan oleh profesi (bidan) dalam lingkup praktik kebidanan dan memenuhi standar nomenklatur (tata nama) diagnosa kebidanan yaitu :

- a. Diakui dan telah disahkan oleh profesi.
- b. Berhubungan langsung dengan praktisi kebidanan.
- c. Memiliki ciri khas kebidanan.
- d. Didukung oleh clinical judgement dalam praktik kebidanan.
- e. Dapat diselesaikan dengan pendekatan manajemen kebidanan.

Diagnosa dapat berkaitan dengan para, abortus, anak hidup umur ibu, dan keadaan nifas. Kemudian ditegakkan dengan data dasar subjektif dan objektif. Contoh : Seorang P1A0 postpartum normal hari pertama. Asuhan Kebidanan Langkah ini ditentukan dari hasil kajian pada langkah sebelumnya. Jika ada informasi/data yang tidak lengkap bisa

dilengkapi. Merupakan kelanjutan dari pelaksanaan terhadap masalah atau diagnosa yang telah diidentifikasi atau diantrispasi yang sifatnya segera atau rutin. Rencana asuhan dibuat berdasarkan pertimbangan yang tepat, baik dari pengetahuan, teori yang up to date, dan validasikan dengan kebutuhan pasien. Penyusunan rencana asuhan sebaiknya melibatkan pasien sebelum pelaksanaan rencana asuhan, sebaiknya dilakukan kesepakatan antara bidan dan pasien ke dalam informed consent.

Contoh :

1. Anjurkan ibu untuk mengeluarkan ASI
2. Lakukan kompres air hangat dan dingin
3. Lakukan masase pada payudara secara bergantian
4. Anjurkan ibu untuk tetap konsumsi makanan yang bergizi

E.Konsep Dasar Kontrasepsi Pasca Persalinan

1. Pengertian

Metode Amenorhea Laktasi (MAL) adalah salah satu cara kontrasepsi yang didasari pada menurunnya kesuburan secara fisiologis yang dialami oleh ibu menyusui dengan mengandalkan pemberian Air Susu Ibu (ASI) (Bakoil, 2021).

2. Cara kerja

Mekanisme kerja kontrasepsi MAL adalah terjadinya penundaan/ penekanan ovulasi. Ada 2 refleks yang mempengaruhi penundaan/ penekanan ovulasi selama masa laktasi. Pertama, refleks oksitosin yang bekerja pada payudara untuk mensekresi ASI dan pada ovarium, menekan ekstrogen sehingga tidak terjadi ovulasi kedua, refleks prolaktin yang bekerja pada payudara untuk memproduksi ASI dan menekan hormone ekstrogen dan progesterone. Akibatnya sekresi LH akan menurun dan menyebabkan terjadinya anovulasi (Bakoil, 2021).

3. Keuntungan

a. Keuntungan kontrasepsi

Cukup efektif dalam mencegah kehamilan (1-2 kehamilan per 100 wanita di 6 bulan pertama penggunaan), bila segera menyusukan secara eksklusif maka efek kontraseptif akan segera pula bekerja efektif serta tidak mengganggu proses sanggama dan tidak ada efek samping sistemik dan tidak perlu dilakukan pengawasan medis, serta tidak perlu pasokan ulangan, cukup dengan selalu memberikan ASI secara eksklusif bagi bayinya serta tidak membutuhkan biaya apapun (Bakoil, 2021).

b. Keuntungan non-kontrasepsi

1) Untuk anak :

Imunisasi pasif dan perlindungan terhadap berbagai penyakit infeksi lainnya. Dan sumber terbaik bagi bayi dan mengurangi terkenanya kontaminasi dalam air, susu atau formula lain, atau pada peralatan (Bakoil, 2021)

2) Untuk ibu :

Mengurangi perdarahan postpartum serta mengeratkan hubungan psikologis ibu-anak dan mengurangi risiko anemia.

4. Kerugian

Sangat tergantung dengan motivasi pengguna bila memang ingin menggunakan MAL sebagai metode kontrasepsi (Pemberian ASI Eksklusif), untuk kondisi atau alasan tertentu mungkin sulit untuk dilaksanakan serta tingkat efektivitasnya sangat tergantung tingkat eksklusifitas menyusukan bayi(hingga usia 6 bulan atau mulai mendapat menstruasi) dan tidak melindungi pengguna dari PMS Misalnya :HBV, HIV, AIDS) (Bakoil, 2021)

5. Standar Asuhan Kebidanan

Standar asuhan kebidanan adalah acuan proses pengambilan keputusan dan tindakan yang dilakukan oleh bidan sesuai dengan wewenang dan ruang lingkup praktiknya berdasarkan ilmu dan kiat kebidanan, perumusan

diagnosa dan atau masalah kebidanan, perencanaan, implementasi, evaluasi dan pencatatan asuhan kebidanan.

a. Standar I: Pengkajian

Pernyataan Standar: Bidan mengumpulkan semua informasi yang akurat, relevan, dan lengkap dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi klien. Kriteria pengkajian:

- 1) Data tepat, akurat dan lengkap
- 2) Terdiri dari data subyektif (hasil anamnesa; biodata, keluhan utama, riwayat obstetrik, riwayat kesehatan dan latar belakang social budaya).
- 3) Data obyektif (hasil pemeriksaan fisik, psikologi dan pemeriksaan penunjang).

b. Standar II: Perumusan Diagnosa Dan Atau Masalah

Pernyataan standar: Bidan menganalisa data yang diperoleh pada pengkajian, menginterpretasikan secara akurat dan logis untuk menegakkan diagnosa dan masalah kebidanan yang tepat.

Kriteria perumusan diagnosa dan atau masalah kebidanan:

- 1) Diagnosa sesuai dengan nomenklatur kebidanan
- 2) Masalah dirumuskan sesuai dengan kondisi klien.
- 3) Dapat diselesaikan dengan asuhan kebidanan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan.

c. Standar III: Perencanaan

Pernyataan standar : Bidan merencanakan asuhan kebidanan berdasarkan diagnosa dan masalah yang ditegakan.

Kriteria perencanaan:

- 1) Rencana tindakan disusun berdasarkan prioritas masalah dan kondisi klien, tindakan segera, tindakan antisipasi dan asuhan secara berkelanjutan.
- 2) Melibatkan klien/pasien dan atau keluarga
- 3) Mempertimbangan kondisi psikologi social budaya klien/keluarga

- 4) Memilih tindakan yang aman sesuai kondisi dan kebutuhan klien berdasarkan evidence based dan memastikan bahwa asuhan yang diberikan bermanfaat untuk klien.
- 5) Mempertimbangkan kebijakan dan peraturan yang berlaku, sumber daya serta fasilitas yang ada.

d. Standar IV: Implementasi

Pernyataan standar: Bidan melaksanakan rencana asuhan kebidanan secara berkelanjutan, efektif, efisien dan aman berdasarkan evidence based kepada klien/pasien, dalam bentuk upaya promotif, preventif kuratif dan rehabilitatif. Dilaksanakan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan.

Kriteria Implementasi:

- 1) Memperhatikan klien sebagai makhluk bio-psiko-sosio-kultural
- 2) Setiap tindakan atau asuhan harus mendapatkan persetujuan klien atau keluarganya (informed consent)
- 3) Melaksanakan tindakan asuhan berdasarkan evidence based
- 4) Melibatkan klien/pasien dalam setiap tindakan
- 5) Menjaga privasi klien/pasien
- 6) Melaksanakan prinsip pencegahan infeksi
- 7) Mengikuti perkembangan kondisi klien secara berkesinambungan
- 8) Menggunakan sumber daya, sarana dan fasilitas yang ada dan sesuai
- 9) Melakukan tindakan sesuai standar
- 10) Mencatat semua tindakan yang dilakukan

e. Standar V: Evaluasi

Pernyataan standar: Bidan melakukan evaluasi secara sistematis dan berkesinambungan untuk melihat keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan, sesuai perkembangan kondisi klien.

Kriteria evaluasi:

- a. Penilaian dilakukan segera setelah melaksanakan asuhan sesuai kondisi klien.

- b. Hasil evaluasi segera dicatat dan dikomunikasikan kepada klien/keluarga
- c. Evaluasi dilakukan sesuai dengan standar.
- d. Hasil evaluasi ditindak lanjuti sesuai dengan kondisi klien/pasien.
- f. Standar VI: Pencatatan Asuhan Kebidanan

Kebidanan Pernyataan standar: Bidan melakukan pencatatan secara lengkap, akurat singkat dan jelas mengenai keadaan/kejadian yang ditemukan dan dilakukan dalam memberikan asuhan kebidanan.

Kriteria:

- a. Pencatatan dilakukan segera setelah melaksanakan asuhan pada formulir yang tersedia (rekam medis/KMS/status pasien/buku KIA).
- b. Ditulis dalam bentuk catatan pengembangan SOAP .
- c. S adalah data subjektif, mencatat hasil anamnesa
- d. O adalah data Obyektif, mencatat hasil pemeriksaan
- e. A adalah hasil analisa, mencatat diagnose dan masalah kebidanan.
- f. P adalah penatalaksanaan, mencatat seluruh perencanaan dan pelaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan secara berkelanjutan, penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi, *followup* dan rujukan. (Aulya et al., 2023)

B. Kerangka Pikir

