

LAPORAN TUGAS AKHIR

ASUHAN KEBIDANAN BERKELANJUTAN PADA NY.S.O G2P10A0AH1 USIA KEHAMILAN 39 MINGGU DI PUSKESMAS TARUS TANGGAL 10 FEBRUARI 2024 S/D 28 APRIL 2024

Sebagai Laporan Akhir Yang Diajukan Untuk Memenuhi Salah Satu Syarat
Tugas Akhir Dalam Menyelesaikan Pendidikan D-III Kebidanan
Pada Program Studi D-III Kebidanan
Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang



Oleh

PRISKA AFILAH NENOSABAN
NIM : PO5303240210675

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
PROGRAM STUDI D-III KEBIDANAN KUPANG
2024**

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Teori

1. Konsep Dasar Kehamilan

a. Penegertian Kehamilan

Kehamilan adalah proses fisiologis dan alami yang terjadi ketika seorang perempuan dengan organ reproduksi yang sehat telah mengalami menstruasi dan melakukan hubungan seksual dengan pria yang sehat. Dalam kondisi tersebut, kemungkinan terjadinya kehamilan menjadi sangat besar (Nugrawati & Amriani, 2021). Kehamilan juga dikenal sebagai gravida atau gestasi adalah waktu dimana satu atau lebih bayi berkembang didalam diri seorang wanita. Kehamilan dapat terjadi melalui hubungan seksual atau teknologi reproduksi bantuan (Stephanie & Kartika, 2016). Kehamilan didefinisikan sebagai fertilisasi dan di lanjutkan dengan nidasi atau implantasi. Masa kehamilan berlangsung sejak terjadinya konsepsi hingga kelahiran bayi, dengan durasi 280 hari atau 40 minggu yang dihitung mulai dari hari pertama haid terakhir (Fatimah & Nuryaningsih, 2017). Pada keadaan normal, ibu hamil akan melahirkan pada saat bayi telah aterm (mampu hidup diluar lahir) yaitu saat usia kehamilan 37-42 minggu, tetapi kadang-kadang kehamilan justru berakhir sebelum janin mencapai aterm. Kehamilan dapat pula melewati batas waktu yang normal lewat dari 42 minggu (Putri & Mudlikah, 2019). Perubahan yang terjadibeberapa kasus mungkin dapat terjadi komplikasi sejak awal karena kondisi tertentu atau komplikasi tersebut terjadi kemudian. Ibu hamil juga perlu merasakan adanya tanda-tanda bahaya kehamilan. Apabila tanda-

tanda bahaya dalam kehamilan ini tidak dilaporkan atau erdeteksi, dapat mengancam jiwanya (Kolantung et al., 2021).

Kehamilan trimester pertama adalah periode pertama yang terjadi dari 0-3 bulan atau 1-12 minggu, dalam masa kehamilan trimester pertama terjadi pertumbuhan dan perkembangan pada sel telur yang telah dibuahi. 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 di bagi lagi menjadi periode embrionik dan janin. Periode embrio dimulai pada saat pembuahan atau pada usia kehamilan 2 sampai 10 minggu. Periode embrionik adalah tahap dimana organogenesis terjadi dan periode waktu dimana embrio paling sensitif terhadap teratogen. Akhir periode embrionik dan awal periode janin terjadi 8 minggu setelah pembuahan atau 10 minggu setelah dimulainya periode menstruasi terakhir (DeCherney et al., 2019). Pada minggu ke 12 denyut janin dapat terlihat jelas dengan ultrasound, gerakan pertama dimulai (Fatimah & Nuryaningsih, 2017). Kehamilan trimester pertama merupakan usia kehamilan yang rentan karena ibu hamil muda sering mengalami perdarahan yang bersifat fisiologis atau patologis (Putri & Mudlikah, 2019).

Trimester kedua adalah periode kedua yang terjadi pada bulan ke 4-6 atau 13-28 minggu, masa kehamilan trimester dua ini merupakan suatu periode pertumbuhan yang cepat, pada periode ini bunyi jantung janin sudah dapat didengar, gerakan janin jelas. Pada minggu ke 28, lebih dari 90% bayi dapat hidup diluar Rahim jika diberikan perawatan medis berkualitas tinggi (Stephanie & Kartika, 2016). Pada akhir trimester dua janin dapat bernapas, menelan dan mengatur suhu, surfaktan terbentuk didalam paru-paru, mata mulai membuka dan menutup, dan ukuran janin 2/3 pada saat lahir (Fatimah & Nuryaningsih, 2017).

Kehamilan trimester ketiga adalah usia kehamilan 29 hingga 40 minggu dan diakhiri dengan lahirnya bayi (Stephanie & Kartika, 2016). Pada trimester tiga seluruh uterus terisi oleh bayi sehingga tidak bebas bergerak atau berputar banyak. Simpanan lemak coklat berkembang dibawah kulit untuk persiapan pemisahan bayi setelah lahir, antibody ibu di transfer ke janin, janin mulai menyimpan zat besi, kalsium, dan fosfor. Sementara ibu merasakan ketidaknyamanan seperti buang air kecil, bengkak pada kaki, sakit punggung dan susah tidur. Braxton hick meningkat karena serviks dan segmen bawah Rahim disiapkan untuk persalinan (Fatimah & Nuryaningsih, 2017). Ketika sudah waktunya mempersiapkan kelahiran dan kedudukan sebagai orang tua seperti terpusatnya perhatian pada kehadiran bayi, sehingga disebut juga sebagai periode penantian (Prawirohardjo, 2020).

b. Kebutuhan Dasar Ibu Hamil Trimester III

Menurut Rosyaria & Khairoh, (2019) :

1) Oksigen

Kebutuhan oksigen ibu hamil meningkat selama kehamilan, sehingga produksi eritropoitin di ginjal juga meningkat, akibatnya sel darah merah (eritrosit) meningkat sebanyak 20-30%. Peningkatan semakin terasa pada trimester II dan III dibandingkan trimester I kehamilan. Hal ini dikarenakan meningkatnya metabolisme serta pertumbuhan dan perkembangan janin di dalam uterus yang juga mengalami perubahan.

2) Nutrisi

Kebutuhan nutrisi ibu hamil meningkat selama kehamilan yang sebagian digunakan untuk pertumbuhan dan perkembangan janin. Pemenuhan kebutuhan nutrisi ibu hamil harus memperhatikan piramida gizi seimbang yang mencakup kebutuhan akan zat gizi makro dan zat gizi mikro yaitu kalori, protein, vitamin dan mineral. 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 (Mariana et al., 2018).

3) Personal Hygiene

Kebersihan diri selama kehamilan harus benar-benar dijaga. Mandi dan menyikat gigi paling sedikit dilakukan dua kali dalam sehari mengingat produksi keringat pada ibu hamil sedikit meningkat. Jika ibu hamil tidak menjaga kebersihan akan membawa dampak seperti kelahiran premature dan BBLR (Surbakti, 2019). Pada ibu hamil cenderung lebih sering mengalami keputihan, apabila perawatan personal hygiene terutama organ genitalia kurang bersih maka dapat mengakibatkan keputihan maupun infeksi (Surbakti, 2019).

4) Pakaian

Pakaian memang tidak secara langsung berpengaruh terhadap kehamilan ibu dan janin yang dikandungnya. Namun pemilihan pakaian yang tepat selama kehamilan akan membuat ibu merasa lebih nyaman dan ini akan berdampak terhadap kesejahteraan ibu dan janin.

5) Eliminasi

Perubahan pola eliminasi yang sering dikeluhkan ibu hamil adalah kesulitan buang air besar atau konstipasi dan sering buang air kecil/miksi (Hartinah et al., 2019). Konstipasi pada ibu hamil terjadi karena pengaruh hormone progesterone yang mempunyai efek rileks terhadap otot polos pada usus besar dalam sistem pencernaan dan juga akibat efek samping Fe atau tablet besi yang harus di konsumsi selama hamil. Konstipasi selama masa kehamilan dapat diatasi dengan melakukan penyesuaian pola makan dan perubahan gaya hidup. Makanan kaya serat (30-35gr/hari) dapat menghindari konstipasi (Hanim, 2019).

6) Aktivitas

Ibu hamil tidak perlu terlalu dibatasi aktivitas kecuali bila terdapat penyulit atau komplikasi kehamilan. Ibu hamil dapat melakukan aktivitas sehari-hari seperti biasanya sesuai batas toleransinya.

7) Seksual

Kebutuhan seksual pada akhir trimester III kehamilan, perubahan libido ada yang meningkat dan ada yang menurun. Penurunan libido pada trimester III kehamilan biasanya lebih sering dialami primigravida karena takut menghadapi persalinan, khawatir bayinya cacat, merasa belum siap menjadi ibu dan lainnya. Hal tersebut akan mempengaruhi ibu dalam memenuhi kebutuhan seksualnya. Hubungan seksual bias dilakukan akan tetapi sebaiknya dilakukan dengan hati-hati terutama pada kehamilan 32-36 minggu, hal ini bertujuan untuk menghindari terjadinya persalinan premature atau persalinan yang berlangsung pada umur kehamilan 20-37 minggu (Nurmitasari et al., 2019).

c. Ketidaknyamanan pada Kehamilan Trimester III

Perubahan fisik emosional, dan mental dapat membuat wanita menjadi stres hanya karena tidak lagi memegang kendali atas tubuhnya dan merasa khawatir dan takut karena tidak tahu apa yang akan terjadi pada dirinya. Prenatal gentle yoga dapat membantu dalam (Bingan, 2019).

Berikut ini adalah ketidaknyamanan trimester ketiga yang sering dialami ibu hamil (Erna, 2020):

- 1) Keputihan
- 2) Sesak napas
- 3) Konstipasi
- 4) Hemoroid
- 5) Oedema pada kaki
- 6) Varises pada kaki atau vulva

7) Nokturia (sering buang air kecil)

Nokturia pada trimester ke tiga terjadi karena bagian bawah janin turun dan masuk ke panggul, yang memberi tekanan langsung pada kandung kemih. Solusinya adalah minum lebih banyak di siang hari, bukan di malam hari, dan batasi minuman berkafein seperti the, kopi, dan soda.

d. Tanda Bahaya Kehamilan Trimester III

Tanda bahaya kehamilan adalah tanda-tanda yang mengindikasikan adanya bahaya yang dapat terjadi selama kehamilan/ periode antenatal, yang apabila tidak dilaporkan atau tidak terdeteksi bisa menyebabkan kematian ibu (Wijayanti et al., 2022).

Tanda bahaya kehamilan Trimester III (29-42 minggu) yaitu perdarahan pervaginam, sakit kepala yang hebat, bengkak di muka dan tangan, janin kurang bergerak seperti biasa, pengeluaran cairan pervaginam (ketuban pecah dini), kejang, selaput kelopak mata pucat, dan demam tinggi.

e. Konsep Asuhan Kehamilan

1) Pengertian

Asuhan Kehamilan adalah program observasi, pendidikan, dan perawatan medis yang dirancang bagi ibu hamil untuk mencapai kehamilan yang aman dan memuaskan serta mempersiapkan persalinan (Fatimah & Nuryaningsih, 2019).

2) Tujuan Asuhan Kehamilan

- a) Memantau perkembangan kehamilan untuk memastikan kesehatan ibu dan perkembangan janin yang baik.
- b) Meningkatkan dan menjaga kesehatan fisik, mental, dan sosial ibu serta bayi.
- c) Identifikasi dini terhadap ketidaknormalan atau komplikasi yang mungkin timbul selama kehamilan, termasuk riwayat penyakit umum, kebidanan, dan pembedahan.

- d) Mempersiapkan persalinan yang tepat waktu dan aman, dengan meminimalkan trauma bagi ibu dan bayi.
- e) Mempersiapkan ibu untuk masa nifas yang normal dan memastikan pemberian ASI Eksklusif.
- f) Mempersiapkan ibu dan keluarga dalam menyambut kelahiran bayi agar dapat tumbuh dan berkembang secara optimal.

3) Standar Pelayanan Asuhan Kebidanan (10 T)

Pemeriksaan kehamilan sangat penting untuk memastikan kesehatan ibu dan janin selama masa kehamilan. Saat ini pelayanan antenatal terpadu untuk pemeriksaan kehamilan harus memenuhi standar 10T (Rufaridah, 2019).

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

Penimbangan berat badan pada setiap kunjungan antenatal dilakukan untuk mendeteksi kemungkinan gangguan pertumbuhan janin. Jika penambahan berat badan selama kehamilan kurang dari 9 kg atau kurang dari 1 kg per bulan, hal ini dapat menunjukkan adanya masalah dalam pertumbuhan janin. Selain itu, pengukuran tinggi badan pada kunjungan pertama bertujuan untuk mengidentifikasi faktor risiko yang mungkin dihadapi oleh ibu hamil. Tinggi badan ibu hamil yang mencapai 145 cm dapat meningkatkan risiko terjadinya CPD (Cephalo pelvic Disproportion).

a) Tentukan tekanan darah (T2)

Pengukuran tekanan darah pada setiap kunjungan antenatal dilakukan untuk mendeteksi adanya hipertensi, yang ditandai dengan tekanan darah $\geq 140/90$ mmHg. Hal ini penting untuk mengidentifikasi kondisi kehamilan yang berisiko, seperti preeklampsia, yang ditandai oleh hipertensi disertai dengan edema pada wajah dan/atau tungkai bawah, serta adanya proteinuria.

b) Tentukan status gizi (T3)

Pengukuran LILA (Lingkar Lengan Atas) dilakukan hanya pada kunjungan pertama oleh tenaga kesehatan di trimester I sebagai skrining untuk mengidentifikasi ibu hamil yang berisiko mengalami kekurangan energi kronis (KEK). Ibu hamil yang memiliki ukuran LILA kurang dari 23,5 cm dianggap mengalami KEK, yang dapat meningkatkan risiko melahirkan bayi dengan berat lahir rendah (BBLR). Di sisi lain, ibu hamil yang mengalami obesitas ditandai dengan ukuran LILA lebih dari 28 cm.

c) Tinggi fundus uteri (T4)

Pengukuran tinggi fundus uteri dilakukan pada setiap kunjungan antenatal untuk memantau apakah pertumbuhan janin sesuai dengan usia kehamilan. Jika tinggi fundus uteri tidak sesuai dengan usia kehamilan, ini bisa menandakan adanya gangguan dalam pertumbuhan janin.

Tabel 2.1

TFU menurut usia kehamilan

UK	Tinggi Fundus Uteri (TFU)
16	Pertengahan Pusat-Simfisis
20	Dibawah Pinggir Pusat
24	Pinggir Pusat Atas
28	3 Jari Atas Pusat
32	1/2 Pusat- <i>Proc.Xiphoideus</i>
36	1 Jari Dibawah <i>Proc.Xiphoideus</i>
40	3 Jari Dibawah <i>Proc.Xiphoideus</i>

Sumber: Rufaridah, (2019)

d) Tentukan presentasi janin dan denyut jantung janin (T5)

Penentuan presentasi janin dilakukan pada akhir trimester kedua dan terus diperiksa pada setiap kunjungan antenatal berikutnya. Pemeriksaan ini bertujuan untuk mengetahui posisi janin. Jika pada

trimester ketiga bagian bawah janin bukan kepala atau kepala janin belum memasuki panggul, ini bisa menunjukkan adanya kelainan letak, panggul yang sempit, atau masalah lainnya.

Penilaian detak jantung janin (DJJ) dilakukan pada akhir trimester pertama dan di setiap kunjungan antenatal berikutnya. DJJ yang lambat, kurang dari 120 kali per menit, atau DJJ yang cepat, lebih dari 160 kali per menit, dapat menandakan adanya keadaan darurat pada janin.

e) Skrining Imunisasi Tetanus Toksoid (T6)

Tabel 2.2 Rentang Waktu Pemberian Imunisasi(Tetanus Toksoid)

ImunisasiTT	Selangwaktuminimal	Selangwaktuminimal
TT1		Langkahawal
Pembentukan		
		kekebalantubuhterhadap penyakit tetanus
TT2	1bulansetelahTT1	3tahun
TT3	6bulansetelahTT2	5tahun
TT4	12bulansetelahTT3	10 tahun
TT5	12bulansetelahTT4	>25 tahun

Sumber: Rufaridah, (2019)

f) Tablet Fe (T7)

Tablet tambah darah dapat mencegah anemia gizi besi, setiap ibu hamil harus mendapat tablet tambah darahdan 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.

g) Tes Laboratorium (T8)

- 1) Uji golongan darah untuk mempersiapkan donor darah jika diperlukan bagi ibu hamil.
- 2) Uji hemoglobin dilakukan minimal sekali pada trimester pertama dan sekali pada trimester ketiga untuk mendeteksi anemia. Uji hemoglobin pada trimester kedua dilakukan jika ada indikasi.

- 3) Pemeriksaan urin dilakukan pada trimester kedua dan ketiga jika ada indikasi, untuk mendeteksi adanya protein dalam urin yang dapat menjadi indikator preeklampsia.
 - 4) Pemeriksaan kadar gula darah dilakukan untuk ibu hamil yang menunjukkan indikasi diabetes melitus, sebaiknya dilakukan sekali pada setiap trimester.
 - 5) Uji darah tambahan dilakukan sesuai indikasi, seperti untuk malaria, HIV, dan sifilis. Infeksi menular seksual (IMS) ini dapat ditularkan dari ibu hamil ke bayi melalui kontak seksual, darah, atau transmisi vertikal dari ibu ke janin (Tabelak et al., 2022).
- h) Tatalaksana atau penanganan kasus (T9)

Berdasarkan hasil pemeriksaan antenatal dan laboratorium, setiap kelainan yang terdeteksi pada ibu hamil harus ditangani sesuai dengan standar dan wewenang tenaga kesehatan.

- i) Temu wicara (10)

Konseling atau pertemuan diskusi dilakukan pada setiap kunjungan antenatal, mencakup kesehatan ibu, perilaku hidup bersih dan sehat, peran suami dan keluarga dalam kehamilan dan perencanaan persalinan, tanda-tanda bahaya selama kehamilan, persalinan, dan masa nifas, serta kesiapan menghadapi komplikasi. Selain itu, juga dibahas mengenai asupan gizi seimbang, gejala penyakit menular dan tidak menular, inisiasi menyusui dini (IMD) dan pemberian ASI eksklusif, kontrasepsi pasca persalinan, serta imunisasi.

f. Kebijakan Kunjungan Asuhan Kehamilan

Regulasi program perawatan janin menetapkan bahwa pemeriksaan kehamilan harus dilakukan minimal 6 kali selama masa kehamilan. Rinciannya adalah: minimal 2 kali pada trimester pertama, minimal 1 kali

pada trimester kedua, dan minimal 3 kali pada trimester ketiga (Asmin et al., 2022).

g. Deteksi Dini Resiko Kehamilan Trimester III dan Penanganan Serta Prinsip Rujukan Kasus

Skor Poedji-Rochjati adalah cara untuk mengidentifikasi kehamilan dini dengan risiko penyakit atau kematian yang lebih tinggi (untuk ibu dan anak) sebelum atau sesudah kelahiran.

I KEL M	II No	III Masalah/Faktor Resiko Skor Awal Ibu Hamil	Skor	IV Triwulan			
				I	II	III.1	III.2
I	1	Terlalu muda hamil I ≤ 16 tahun	2				
	2	Terlalu tua hamil I ≥ 35 tahun	4				
		Terlalu lambat hamil I kawin \geq tahun	4				
	3	Terlalu lama hamil lagi ≥ 10 tahun	4				
	4	Terlalu banyak anak ≤ 2 taun	4				
	5	Terlalu banyak anak, 4 atau lebih	4				
	6	Terlalu tua umur ≥ 35 tahun	4				
	7	Terlalu pendek ≥ 145 cm	4				
	8	Pernah gagal kehamilan	4				
	9	Pernah melahirkan dengan arisan tang/vakum	4				
	ri dirogoh	4					
	iberi infus/transfuse	4					
	10	Pernah operasi sesar	8				
II	11	Penyakit pada ibu hamil	4				
		a. Kurang darah b. malaria					
		c. TBC paru d. payah jantung					
		Kencing manis (Diabetes)					
		Penyakit menular seksual	4				
	12	Bengkak pada muka/tungkai dan tekanan darah tinggi	4				
	13	Hamil kembar	4				
	14	Hydramnion	4				
	15	Bayi mati dalam kandungan	4				
	16	Kehamilan lebih bulan	4				
III	17	Letak sungsang	8				
	18	Letak lintang	8				
	19	Perdarahan dalam kehamilan ini	8				
	20	Preeklamsia/kejang-kejang	8				
		JUMLAH SKOR					

Gambar 2.3 Skor Poedji-Rochjati

Berdasarkan jumlah skor, kehamilan dikelompokkan menjadi tiga kategori, yaitu :

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

Sistem Skor menurut Poedjie Rochayati bertujuan untuk , yaitu :

- 1) Mengelompokkan ibu hamil (KRR, KRT, KRST) untuk menyesuaikan perilaku, kebutuhan, tempat, dan penolong persalinan sesuai dengan kondisi masing-masing ibu hamil.
- 2) Melakukan pemberdayaan terhadap ibu hamil, suami, keluarga, dan masyarakat agar mereka peduli serta memberikan dukungan dan bantuan terkait kesiapan mental, biaya, dan transportasi untuk rujukan yang direncanakan.

Fungsi dari pada Skor Poedjie Rochayati menurut, yaitu:

- 1) Alat komunikasi informasi dan edukasi (KIE) untuk klien/ibu hamil, suami, keluarga, dan masyarakat menggunakan skor sebagai sarana yang mudah dipahami, diingat, dan dimengerti, untuk mengukur tingkat kegawatan kondisi ibu hamil serta kebutuhan akan rujukan. Dengan demikian, diharapkan akan berkembang perilaku yang mendukung kesiapan mental, biaya, dan transportasi ke rumah sakit untuk penanganan yang sesuai.
- 2) Skor berfungsi sebagai peringatan bagi petugas kesehatan untuk lebih waspada. Semakin tinggi skor, semakin kritis penilaian dan pertimbangan klinis yang diperlukan untuk ibu dengan risiko tinggi, serta memerlukan penanganan yang lebih intensif.
- 3) Cara pemberian skor: setiap kondisi ibu hamil (umur dan paritas) serta faktor risiko diberi nilai 2 atau 4. Umur dan paritas pada semua ibu hamil diberi skor awal 2. Setiap faktor risiko diberi skor 4, kecuali bekas

sesar, letak sungsang, letak lintang, perdarahan antepartum, dan preeklamsi berat/eklamsi yang memiliki skor khusus. Skor untuk setiap faktor risiko dapat dilihat pada gambar di Kartu Skor 'Poedji Rochjati' (KSPR), yang dirancang dengan format sederhana agar mudah dicatat dan diisi.

a) Pencegahan Kehamilan Risiko Tinggi

- (1) Penyuluhan, komunikasi, informasi, edukasi atau KIE untuk kehamilan dan persalinan aman.
- (2) Kehamilan Risiko Rendah (KRR), tempat persalinan dapat dilakukan di rumah maupun di polindes, tetapi penolong persalinan harus bidan, dukun membantu perawatan nifas bagi ibu dan bayinya.
- (3) Kehamilan Risiko Tinggi (KRT) Petugas kesehatan memberi penyuluhan agar pertolongan persalinan oleh bidan atau dokter puskesmas, di polindes atau puskesmas (PKM), atau langsung dirujuk ke Rumah Sakit, misalnya pada letak lintang dan ibu hamil pertama (primi) dengan tinggi badan rendah.
- (4) Kehamilan Risiko Sangat Tinggi (KRST), diberi penyuluhan dirujuk untuk melahirkan di Rumah Sakit dengan alat lengkap dan dibawah pengawasan dokter spesialis.
- (5) Pengawasan antenatal, memberikan manfaat dengan ditemukannya berbagai kelainan yang menyertai kehamilan secara dini, sehingga dapat diperhitungkan dan dipersiapkan langkah-langkah dalam pertolongan persalinannya.
 - (a) Mengenal dan menangani sedini mungkin penyulit yang terdapat saat kehamilan, saat persalinan dan kala nifas.
 - (b) Mengenal dan menangani penyakit yang menyertai hamil, persalinan dan kala nifas. Memberikan nasihat dan petunjuk yang berkaitan.

- (c) Dengan kehamilan, persalinan, kala nifas, laktasi dan aspek keluarga berencana.
 - (d) Menurunkan angka kesakitan dan kematian ibu serta perinatal.
- b) Prinsip Rujukan BAKSOKUDPN menurut Rajagukguk, (2021).
- (1) B (Bidan) Pastikan bahwa ibu atau bayi didampingi oleh penolong persalinan yang kompeten untuk penatalaksanaan kegawatdaruratan obstetri dan bayi dibawa ke fasilitas rujukan.
 - (2) A (Alat) Bawa perlengkapan dan bahan-bahan untuk asuhan persalinan, masa nifas dan bayi baru lahir bersama ibu ke tempat rujukan.
 - (3) K (Keluarga) Beritahu ibu dan keluarga kondisi terakhir ibu atau bayi dan mengapa perlu dirujuk. Jelaskan pada mereka alasan dan tujuan dirujuk ke fasilitas tersebut. Suami atau anggota keluarga lain harus menemani hingga ke fasilitas rujukan.
 - (4) S (Surat) Berikan surat ke tempat rujukan. Surat ini harus memberikan identifikasi mengenai ibu atau bayi, cantumkan alasan rujukan dan uraikan hasil pemeriksaan, asuhan atau obat-obatan yang diterima ibu atau bayi. Sertakan juga partograf yang dipakai untuk membuat keputusan klinik
 - (5) O (Obat) Bawa obat-obatan esensial pada saat mengantar ibu ke fasilitas rujukan. Obat-obatan tersebut mungkin akan diperlukan selama di perjalanan.
 - (6) K (Kendaraan) Siapkan kendaraan yang paling memungkinkan untuk merujuk ibu dalam kondisi cukup nyaman. Pastikan kendaraan cukup baik untuk mencapai tujuan tepat waktu.
 - (7) U (Uang) Ingatkan pada keluarga untuk membawa uang yang cukup untuk membeli obat-obatan yang diperlukan dan bahan kesehatan lain yang diperlukan selama ibu atau bayi tinggal di fasilitas rujukan.

- (8) D (Donor Darah) Siapkan donor darah yang mempunyai golongan darah yang sama dengan pasien minimal 3 orang.
- (9) P (Posisi) Posisi klien selama perjalanan menuju tempat rujukan haruslah diperhatikan agar dapat memberikan kenyamanan pada klien yang kesakitan dan dapat mengurangi rasa nyeri yang dialami.
- (10) N (Nutrisi) Memberikan nutrisi oral ataupun parenteral selama perjalanan menuju tempat rujukan.

2. Konsep Dasar Persalinan

a. Pengertian Persalinan

Persalinan adalah proses di mana serviks membuka dan menipis, janin turun ke jalan lahir, dan diakhiri dengan kelahiran bayi yang cukup bulan atau dapat hidup di luar kandungan, disertai dengan pengeluaran plasenta dan selaput janin dari tubuh ibu melalui jalan lahir atau jalan lain, baik dengan bantuan atau secara alami. Persalinan dianggap normal jika terjadi pada usia kehamilan cukup bulan (setelah 37 minggu) tanpa adanya komplikasi. Proses persalinan dimulai (inpartu) ketika uterus mulai berkontraksi dan menyebabkan perubahan pada serviks (membuka dan menipis) dan berakhir dengan kelahiran plasenta secara lengkap (Ari, 2021).

b. Tahapan Persalinan

Menurut Ari, (2021) tahapan persalinan dibagi menjadi :

1) Kala I

Inpartu (awal persalinan) ditandai dengan keluarnya lendir bercampur darah, yang terjadi karena serviks mulai membuka dan mendatar. Darah tersebut berasal dari pecahnya pembuluh darah kapiler di sekitar kanal servikalis akibat pergeseran saat serviks mendatar dan terbuka. Proses persalinan dicirikan oleh adanya kontraksi yang teratur,

cukup intens, dan menyebabkan perubahan pada serviks hingga mencapai pembukaan lengkap. Fase kala I terdiri dari :

a) Fase laten: pembukaan 0 sampai 3 cm dengan lamanya sekitar 8 jam.

b) Fase aktif, terbagi atas:

(1) Fase akselerasi pembukaan berlangsung sekitar 2 jam dari pembukaan 3 cm menjadi 4 cm.

(2) Fase dilatasi maksimal berlangsung sekitar 2 jam dan terjadi dengan cepat, dari 4 cm menjadi 9 cm

(3) Fase deselerasi pembukaan terjadi sekitar 2 jam dari pembukaan 9 cm hingga pembukaan lengkap. Pada primigravida, fase ini biasanya berlangsung sekitar 13 jam, sementara pada multigravida sekitar 7 jam. Secara klinis, dimulainya kala I persalinan ditandai dengan kontraksi (his) dan keluarnya darah bercampur lendir (bloody show). Lendir berasal dari kanal servikalis yang terbuka dan mendatar, sedangkan darah berasal dari pecahnya pembuluh darah kapiler di sekitar kanal servikalis akibat pergeseran saat serviks membuka.

Asuhan yang diberikan pada Kala I meliputi:

a) Penggunaan Partograf

Partograf adalah alat untuk mencatat informasi berdasarkan observasi atau riwayat serta pemeriksaan fisik pada ibu dalam proses persalinan. Ini adalah alat penting, khususnya untuk membuat keputusan klinis selama kala I. Kegunaan partograf meliputi pemantauan dan pencatatan kemajuan persalinan dengan memeriksa dilatasi serviks selama pemeriksaan dalam, memastikan persalinan berjalan normal, serta mendeteksi secara dini jika persalinan berlangsung lama. Jika digunakan secara tepat dan konsisten, partograf membantu tenaga kesehatan dalam memantau kemajuan persalinan, kesejahteraan ibu dan janin, mencatat asuhan yang diberikan selama persalinan dan kelahiran, serta mengidentifikasi secara dini adanya penyulit untuk membuat keputusan klinis yang sesuai dan tepat waktu.

b) Penurunan Kepala Janin

Penurunan kepala janin dinilai melalui palpasi abdominal. Penurunan bagian terbawah atau presentasi janin dicatat setiap kali melakukan pemeriksaan dalam atau setiap 4 jam, atau lebih sering jika ada tanda-tanda penyulit. Catat "turunnya kepala" pada garis yang tidak terputus dari 0-5 di sisi yang sama dengan angka pembukaan serviks. Berikan tanda "O" pada garis waktu yang sesuai dan hubungkan tanda "O" dari setiap pemeriksaan dengan garis yang tidak terputus.

c) Kontraksi Uterus

Periksa frekuensi dan durasi kontraksi uterus setiap jam pada fase laten, dan setiap 30 menit selama fase aktif. Ukur frekuensi dan lamanya kontraksi dalam periode 10 menit. Catat durasi kontraksi dalam hitungan detik menggunakan simbol yang

sesuai: titik-titik untuk kontraksi kurang dari 20 detik, diarsir untuk kontraksi antara 20 dan 40 detik, dan blok untuk kontraksi lebih dari 40 detik. Catat temuan tersebut pada kotak yang sesuai dengan waktu penilaian.

d) Keadaan Janin

(1) Denyut Jantung Janin (DJJ)

Catat dan nilai denyut jantung janin (DJJ) setiap 30 menit, atau lebih sering jika ada tanda-tanda gawat janin. Setiap kotak pada bagian ini mewakili waktu 30 menit. Skala angka di sebelah kolom paling kiri menunjukkan DJJ. Catat DJJ dengan memberikan tanda titik pada garis yang sesuai dengan angka DJJ yang tertera, lalu hubungkan titik-titik tersebut dengan garis yang tidak terputus. Kisaran normal DJJ ditunjukkan pada partograf antara garis tebal dengan angka 120 dan 160, tetapi waspadai jika DJJ berada di bawah 120 atau di atas 160 kali per menit.

(2) Warna dan Adanya Air Ketuban

Nilai kondisi air ketuban setiap kali dilakukan pemeriksaan dalam, dan catat warna air ketuban jika selaput ketuban pecah. Gunakan simbol-simbol berikut: **U** (ketuban utuh atau belum pecah), **J** (ketuban sudah pecah dan air ketuban jernih), **M** (ketuban sudah pecah dan air ketuban bercampur mekonium), **D** (ketuban sudah pecah dan air ketuban bercampur darah), serta **K** (ketuban sudah pecah dan tidak ada air ketuban atau kering).

(3) Molase Tulang Kepala Janin

Molase digunakan untuk memperkirakan sejauh mana kepala janin dapat menyesuaikan diri dengan bagian keras panggul. Kode molase adalah sebagai berikut: (0) tulang-tulang

kepala janin terpisah dan sutura dapat dipalpasi dengan mudah; (1) tulang-tulang kepala janin saling bersentuhan; (2) tulang-tulang kepala janin saling tumpang tindih namun masih bisa dipisahkan; (3) tulang-tulang kepala janin saling tumpang tindih dan tidak bisa dipisahkan.

(4) Keadaan Ibu

Yang perlu diperhatikan meliputi tekanan darah, nadi, suhu, serta urin (volume dan protein). Selain itu, catat penggunaan obat-obatan atau cairan IV, termasuk jumlah oksitosin per volume cairan IV dalam hitungan tetes per menit jika digunakan, serta semua obat tambahan yang diberikan.

e) Informasi tentang ibu : mencakup nama, umur, GPA, nomor registrasi, tanggal dan waktu mulai dirawat, serta waktu pecahnya selaput ketuban. Pada fase aktif, catat kondisi ibu dan bayi dengan rincian berikut: DJJ setiap 30 menit, frekuensi dan durasi kontraksi uterus setiap 30 menit, nadi setiap 30 menit dengan tanda titik, pembukaan serviks setiap 4 jam, penurunan kepala janin setiap 4 jam, tekanan darah setiap 4 jam dengan tanda panah, suhu setiap 2 jam, serta urin, aseton, dan protein setiap 2-4 jam (catat setiap kali berkemih).

f) Memberikan Dukungan Persalinan

Asuhan yang mendukung selama persalinan adalah salah satu ciri khas kebidanan, yang mencerminkan kehadiran aktif dan keterlibatan dalam proses yang sedang berlangsung. Jika seorang bidan sibuk, ia harus memastikan bahwa ada pendukung lain yang hadir untuk membantu wanita dalam persalinan. Lima kebutuhan utama wanita selama persalinan meliputi asuhan fisik, kehadiran pendamping, pengurangan rasa sakit, penerimaan terhadap sikap

dan perilaku, serta informasi dan kepastian mengenai hasil yang aman.

g) Mengurangi Rasa Sakit

Pendekatan untuk mengurangi rasa sakit saat persalinan meliputi dukungan dari seseorang, pengaturan posisi, teknik relaksasi dan pernapasan, istirahat dan privasi, serta penjelasan tentang proses, kemajuan, dan prosedur.

h) Persiapan Persalinan

Hal-hal yang perlu dipersiapkan mencakup ruang bersalin dan asuhan untuk bayi baru lahir, perlengkapan dan obat-obatan esensial, rujukan jika diperlukan, asuhan perhatian ibu selama kala I, serta upaya pencegahan infeksi yang diperlukan.

2) Kala II

- 3) Kala II persalinan dimulai pas pembukaan serviks sudah penuh (10 cm) dan selesai dengan keluarnya si kecil. Fase ini sering disebut juga sebagai fase pengeluaran si bayi (Ari, 2021).

Tanda dan gejala kala II

Menurut Ari, (2021) Langkah-langkah melahirkan janin sesuai dengan asuhan persalinan normal (APN) adalah sebagai berikut :

- (1) Mengamati tanda dan gejala persalinan kala dua.
 - a) Ibu merasakan dorongan untuk meneran.
 - b) Ibu mengalami tekanan yang semakin meningkat pada rektum dan/atau vaginanya.
 - c) Perineum menonjol.
 - d) Vulva-vagina dan sfingter anal terlihat membuka.
- (2) Memastikan bahwa perlengkapan, bahan, dan obat-obatan esensial telah siap digunakan. Pecahkan ampul oksitosin 10

unit dan siapkan tabung suntik steril sekali pakai dalam partus set.

- (3) Mengenakan baju penutup atau celemek plastik yang bersih.
- (4) Melepaskan semua perhiasan yang dikenakan di bawah siku, mencuci tangan dengan sabun dan air bersih yang mengalir, lalu mengeringkan tangan dengan handuk sekali pakai atau handuk pribadi yang bersih.
- (5) Memakai sarung tangan yang sesuai dengan DTT atau steril untuk semua pemeriksaan dalam.
- (6) Mengambil oksitosin 10 unit ke dalam tabung suntik (menggunakan sarung tangan disinfeksi tingkat tinggi atau steril) dan menyimpannya kembali di partus set atau wadah disinfeksi tingkat tinggi atau steril tanpa mengkontaminasi tabung suntik.
- (7) Membersihkan vulva dan perineum, menyekanya dengan hati-hati dari depan ke belakang menggunakan kapas atau kasa yang sudah dibasahi air disinfeksi tingkat tinggi. Jika mulut vagina, perineum, atau anus terkontaminasi kotoran ibu, bersihkan dengan seksama dari depan ke belakang. Buang kapas atau kasa yang terkontaminasi di tempat yang benar. Ganti sarung tangan jika terkontaminasi (letakkan sarung tangan kotor dalam larutan dekontaminasi dengan benar).
- (8) Dengan menggunakan teknik aseptik, lakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan bahwa pembukaan serviks sudah lengkap. Jika selaput ketuban belum pecah dan pembukaan sudah lengkap, lakukan amniotomi.
- (9) Dekontaminasi sarung tangan dengan cara mencelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan kotor ke dalam larutan klorin 0,5%, kemudian lepaskan dalam keadaan terbalik dan

rendam di dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit. Cuci tangan seperti prosedur di atas.

- (10) Memeriksa Denyut Jantung Janin (DJJ) setelah kontraksi berakhir untuk memastikan bahwa DJJ berada dalam rentang normal (120–160 kali/menit).
 - a) Mengambil tindakan yang diperlukan jika DJJ tidak berada dalam rentang normal.
 - b) Mencatat hasil pemeriksaan dalam, DJJ, dan semua hasil penilaian serta asuhan lainnya pada partograf.
- (11) Memberitahukan kepada ibu bahwa pembukaan serviks sudah lengkap dan kondisi janin baik. Membantu ibu untuk berada dalam posisi yang nyaman sesuai dengan keinginannya.
 - a) Menunggu hingga ibu merasakan dorongan untuk meneran. Terus memantau kesehatan dan kenyamanan ibu serta janin sesuai dengan pedoman persalinan aktif, serta mendokumentasikan temuan-temuan yang ada.
 - b) Menjelaskan kepada anggota keluarga cara-cara mereka dapat mendukung dan memberi semangat kepada ibu saat proses meneran dimulai.
- (12) Meminta bantuan keluarga untuk menyiapkan posisi ibu saat meneran. Selama kontraksi, bantu ibu untuk berada dalam posisi setengah duduk dan pastikan ia merasa nyaman.
- (13) Memberikan panduan kepada ibu saat ia merasakan dorongan yang kuat untuk meneran :
 - a) Membimbing ibu untuk meneran ketika ia merasakan dorongan yang kuat untuk melakukannya.
 - b) Memberikan dukungan dan semangat pada usaha ibu saat meneran.

- c) Membantu ibu untuk menemukan posisi yang nyaman sesuai pilihannya, tanpa memaksanya berbaring terlentang.
 - d) Menganjurkan ibu untuk beristirahat di antara kontraksi.
 - e) Menganjurkan keluarga untuk memberikan dukungan dan semangat kepada ibu.
 - f) Menganjurkan ibu untuk mengonsumsi cairan secara oral.
 - g) Memantau dan mencatat Denyut Jantung Janin (DJJ) setiap lima menit.
 - h) Jika bayi belum lahir atau proses kelahiran belum terjadi dalam waktu 120 menit (2 jam) untuk ibu primipara atau 60 menit (1 jam) untuk ibu multipara, segera lakukan rujukan. Jika ibu tidak memiliki dorongan untuk meneran, pertimbangkan rujukan.
- (14) Ketika kepala bayi mulai membuka vulva dengan diameter 5-6 cm, letakkan handuk bersih di atas perut ibu untuk menyerap cairan dan mengeringkan bayi.
- (15) Tempatkan kain bersih yang telah dilipat 1/3 bagian di bawah bokong ibu untuk menjaga kebersihan area tersebut.
- (16) Buka partus set dan periksa kembali kelengkapan peralatan serta bahan yang diperlukan.
- (17) Kenakan sarung tangan DTT atau steril pada kedua tangan.
- (18) Ketika kepala bayi membuka vulva dengan diameter 5-6 cm, lindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi kain bersih, dan gunakan tangan lainnya untuk memegang kepala bayi. Berikan tekanan lembut tanpa menghambat pergerakan kepala bayi, biarkan kepala keluar secara perlahan. Minta ibu untuk meneran perlahan atau bernapas cepat saat kepala bayi lahir.
- Jika terdapat mekonium dalam cairan ketuban, segera hisap mulut dan hidung bayi setelah kepala lahir menggunakan alat

penghisap lendir DeLee yang disterilkan atau bola karet penghisap yang baru dan bersih.

- (19) Dengan lembut, bersihkan wajah, mulut, dan hidung bayi menggunakan kain atau kasa yang bersih.
- (20) Periksa apakah tali pusat melilit bayi dan ambil tindakan yang sesuai:
 - a) Jika tali pusat melilit leher bayi dengan longgar, lepaskan lilitan tersebut melalui bagian atas kepala bayi.
 - b) Jika tali pusat melilit leher bayi dengan erat, klem tali pusat di dua tempat dan potong untuk menghindari risiko.
- (21) Tunggu hingga kepala bayi melakukan putaran paksi luar secara spontan, kemudian bahu bayi lahir.
- (22) Setelah kepala melakukan putaran paksi luar, tempatkan kedua tangan di sisi wajah bayi. Minta ibu untuk meneran saat kontraksi berikutnya. Dengan lembut tarik bayi ke arah bawah dan keluar hingga bahu anterior muncul di bawah arkus pubis, kemudian tarik ke arah atas dan keluar untuk melahirkan bahu posterior, dan akhirnya lahirkan tubuh dan tungkai bayi.
- (23) Setelah bahu bayi lahir, telusuri tangan bayi dari kepala yang berada di bagian bawah menuju perineum, membiarkan bahu dan lengan posterior lahir dengan tangan tersebut. Kontrol kelahiran siku dan tangan bayi saat melewati perineum dengan menggunakan lengan bagian bawah untuk menyangga tubuh bayi. Gunakan tangan anterior (bagian atas) untuk mengendalikan siku dan tangan anterior bayi saat keduanya lahir.
- (24) Setelah lengan bayi lahir, telusuri tangan bagian atas dari punggung ke kaki bayi untuk menyangga saat kaki bayi lahir.

Pegang kedua mata kaki bayi dengan hati-hati untuk membantu kelahiran kaki.

- (25) Segera periksa bayi, kemudian tempatkan bayi di atas perut ibu dengan posisi kepala bayi sedikit lebih rendah dari tubuhnya (jika tali pusat terlalu pendek, letakkan bayi di posisi yang sesuai).
- (26) Keringkan bayi mulai dari wajah, kepala, dan bagian lainnya (kecuali kedua tangan) tanpa menghapus verniks. Ganti handuk basah dengan handuk kering. Pastikan bayi berada dalam posisi aman di perut ibu.
- (27) Periksa kembali uterus untuk memastikan hanya satu bayi yang lahir (hamil tunggal) dan bukan kehamilan ganda (gemeli).
- (28) Beritahu ibu bahwa ia akan disuntik oksitosin untuk membantu kontraksi uterus.
- (29) Dalam waktu 1 menit setelah bayi lahir, suntikkan oksitosin 10 IU secara intramuskular di 1/3 distal lateral paha (lakukan aspirasi sebelum menyuntikkan oksitosin).
- (30) Setelah 2 menit setelah bayi lahir (cukup bulan), jepit tali pusat dengan klem sekitar 3 cm dari pusat bayi. Lakukan urutan pada tali pusat dari klem ke arah ibu dan pasang klem kedua 2 cm dari klem pertama (ke arah ibu).
- (31) Pemotongan dan pengikatan tali pusat.
 - a) Dengan satu tangan, pegang tali pusat yang telah dijepit (lindungi perut bayi) dan lakukan pengguntingan tali pusat di antara 2 klem tersebut.
 - b) Ikat tali pusat dengan benang DTT/steril pada satu sisi kemudian lingkarkan lagi benang tersebut dan ikat tali pusat dengan simpul kunci pada sisi lainnya.

c) Lepaskan klem dan masukkan dalam wadah yang telah disediakan.

(32) Letakkan bayi tengkurap di dada ibu untuk kontak kulit-bayi. Luruskan bahu bayi sehingga dada bayi menempel di dada ibunya. Usahakan kepala bayi berada di antara payudara ibu dengan posisi lebih rendah dari puting susu atau areola mammae ibu.

a) Selimuti ibu-bayi dengan kain kering dan hangat, pasang topi di kepala bayi.

b) Biarkan bayi melakukan kontak kulit ke kulit di dada ibu paling sedikit 1 jam.

c) Sebagian bayi akan berhasil melakukan inisiasi menyusui dini dalam waktu 30 – 60 menit. Menyusu untuk pertama kali akan berlangsung sekitar 10 – 15 menit bayi cukup menyusu dari satu payudara.

d) Biarkan bayi berada di dada ibu selama 1 jam walaupun bayi sudah berhasil menyusu.

4) Kala III

(33) Memindahkan klem tali pusat hingga berjarak 5-10 cm dari vulva.

(34) Meletakkan satu tangan diatas kain yang ada di perut ibu, tepat di atas tulang pubis, dan menggunakan tangan ini untuk melakukan palpasi kontraksi dan menstabilkan uterus. Memegang tali pusat dan klem dengan tangan yang lain.

(35) Pada saat uterus berkontraksi, tegangkan tali pusat ke arah pada bagian bawah uterus dengan cara menekan uterus ke arah atas dan belakang (dorso kranial) dengan hati-hati untuk membantu mencegah terjadinya inversio uteri. Jika plasenta tidak lahir setelah 30 – 40 detik, hentikan penegangan tali pusat dan

tunggu hingga timbul kontraksi berikutnya kemudian ulangi kembali prosedur di atas.

(36) Setelah plasenta terlepas, meminta ibu untuk meneran sambil menarik tali pusat ke arah bawah dan kemudian ke arah atas, mengikuti kurve jalan lahir sambil meneruskan tekanan berlawanan arah pada uterus.

a) Jika tali pusat bertambah panjang, pindahkan klem hingga berjarak sekitar 5 – 10 cm dari vulva.

b) Jika plasenta tidak lepas setelah melakukan penegangan tali pusat selama 15 menit :

(1) Mengulangi pemberian oksitosin 10 unit IM.

(2) Menilai kandung kemih dan mengkateterisasi kandung kemih dengan menggunakan teknik aseptik jika perlu.

(3) Meminta keluarga untuk menyiapkan rujukan.

(4) Mengulangi penegangan tali pusat selama 15 menit berikutnya.

(5) Merujuk ibu jika plasenta tidak lahir dalam waktu 30 menit sejak kelahiran bayi.

(37) Jika plasenta terlihat di introitus vagina, melanjutkan kelahiran plasenta dengan menggunakan kedua tangan. Memegang plasenta dengan dua tangan dan dengan hati-hati memutar plasenta hingga selaput ketuban terpilin. Dengan lembut perlahan melahirkan selaput ketuban tersebut dan tempatkan plasenta pada wadah yang telah disediakan.

(a) Jika selaput ketuban robek, memakai sarung tangan disinfeksi tingkat tinggi atau steril dan memeriksa vagina dan serviks ibu dengan seksama. Menggunakan jari-jari tangan atau klem atau forceps disinfeksi tingkat tinggi atau

steril untuk melepaskan bagian selapuk yang tertinggal.

Pemijatan Uterus

- (38) Segera setelah plasenta dan selaput ketuban lahir, melakukan masase uterus, meletakkan telapak tangan di fundus dan melakukan masase dengan gerakan melingkar dengan lembut hingga uterus berkontraksi (fundus menjadi keras).
- (39) Evaluasi kemungkinan perdarahan dan laserasi pada vagina dan perineum. Lakukan penjahitan bila terjadi laserasi derajat 1 atau derajat 2 dan atau menimbulkan perdarahan. Bila ada robekan yang menimbulkan perdarahan aktif, segera lakukan penjahitan.
- (40) Memeriksa kedua sisi plasenta (maternal-fetal) pastikan plasenta telah dilahirkan lengkap. Masukkan plasenta ke dalam kantong plastik atau tempat khusus.

5) Kala IV

- (41) Menilai ulang uterus dan memastikannya berkontraksi dengan baik.
- (42) Pastikan kandung kemih kosong. Jika penuh, lakukan kateterisasi.
- (43) Mencilupkan kedua tangan yang memakai sarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5 %, membilas kedua tangan yang masih bersarung tangan tersebut dengan air disinfeksi tingkat tinggi dan mengeringkannya dengan kain yang bersih dan kering.
- (44) Ajarkan ibu/keluarga cara melakukan masase uterus dan menilai kontraksi.
- (45) Memeriksa nadi ibu dan pastikan keadaan umum ibu baik.
- (46) Evaluasi dan estimasi jumlah kehilangan darah.
- (47) Pantau keadaan bayi dan pastikan bahwa bayi bernafas dengan baik (40-60 kali permenit).

- a) Jika bayi sulit bernafas, merintih, atau retraksi, di resusitasi dan segera rujuk ke rumah sakit.
 - b) Jika bayi nafas terlalu cepat atau sesak nafas, segera rujuk ke rumah sakit.
 - c) Jika kaki teraba dingin, pastikan ruangan hangat. Lakukan kembali kontak kulit ibu – bayi dan hangatkan ibu-bayi dalam satu selimut.
- (48) Bersihkan ibu dari paparan darah dan cairan tubuh dengan menggunakan air DTT. Bersihkan cairan ketuban, lendir dan darah di ranjang atau di sekitar ibu berbaring. Menggunakan larutan klorin 0,5 %, lalu bilas dengan air DTT. Bantu ibu memakai pakaian yang bersih dan kering.
- (49) Pastikan ibu merasa nyaman. Bantu ibu memberikan ASI. Anjurkan keluarga untuk memberi ibu minuman dan makanan yang diinginkannya.
- (50) Tempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit). Cuci dan bilas peralatan setelah di dekontaminasi.
- (51) Buang bahan-bahan yang terkontaminasi ke tempat sampah yang sesuai.
- (52) Dekontaminasi tempat bersalin dengan larutan klorin 0,5 % .
- (53) Celupkan tangan yang masih memakai sarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5 %, lepaskan sarung tangan dalam keadaan terbalik dan rendam dalam larutan klorin 0,5 % selama 10 menit.
- (54) Cuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir kemudian keringkan tangan dengan tissue atau handuk pribadi yang bersih dan kering.

- (55) Pakai sarung tangan bersih/DTT untuk memberikan vitamin K1 (1 mg) intramuskuler di paha kiri bawah lateral dan salep mata profilaksis infeksi dalam 1 jam pertama kelahiran.
- (56) Lakukan pemeriksaan fisik lanjutan (setelah 1 jam kelahiran bayi). Pastikan kondisi bayi tetap baik (pernapasan normal 40-60 kali permenit dan temperatur tubuh normal 36,5 -37,5°C) setiap 15 menit.
- (57) Setelah 1 jam pemberian vitamin K1, berikan suntikan imunisasi Hepatitis B di paha kanan bawah lateral. Letakkan bayi di dalam jangkauan ibu agar sewaktu-waktu dapat disusukan.
- (58) Lepaskan sarung tangan dalam keadaan terbalik dan rendam di dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit.
- (59) Cuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir kemudian keringkan dengan tissue atau handuk pribadi yang bersih dan kering.
- (60) Lengkapi partograf (halaman depan dan belakang).

c. Tujuan Asuhan Persalinan

Tujuan asuhan persalinan normal adalah untuk memastikan kelangsungan hidup dan mencapai kesehatan optimal bagi ibu dan janin melalui upaya terpadu dan menyeluruh dengan intervensi yang minimal. Hal ini dilakukan dengan menjaga prinsip keselamatan dan kualitas pelayanan pada tingkat yang optimal (Ari, 2021). Tujuan lain dari asuhan persalinan adalah:

- 1) Meningkatkan sikap positif erhadap pelayanan persalinan normal dengan menekankan keramahan dan keamanan, serta penanganan awal penyulit beserta rujukannya.

- 2) Memberikan pengetahuan dan keterampilan dalam pelayanan persalinan normal dan penanganan awal penyulit serta rujukan, dengan kualitas yang tinggi dan sesuai dengan prosedur standar.
- 3) Mengidentifikasi praktek-praktek terbaik dalam manajemen persalinan dan kelahiran, termasuk penolong yang terampil, kesiapan menghadapi persalinan, penggunaan partograf, serta episiotomi hanya jika diperlukan, dan menghilangkan tindakan-tindakan yang merugikan.

d. Tanda-Tanda Persalinan

Menurut Ari, (2021), tanda-tanda persalinan mendekat meliputi:

1) Tanda-Tanda Persalinan Sudah Dekat

a) Tanda Lightening

Menjelang minggu ke-36, pada primigravida, terjadi penurunan fundus uteri karena kepala bayi telah memasuki pintu atas panggul. Hal ini disebabkan oleh kontraksi Braxton Hicks, ketegangan dinding perut, ketegangan ligamen rotundum, dan gaya berat janin yang membuat kepala bayi bergerak ke bawah. Masuknya bayi ke pintu atas panggul membuat ibu merasa bagian atas perutnya lebih ringan dan rasa sesak berkurang, sedangkan bagian bawah perut terasa penuh dan mengganjal, sering mengalami kesulitan saat berjalan, dan sering buang air kecil (follaksuria).

b) Terjadinya His Permulaan

Seiring bertambahnya usia kehamilan, pengeluaran estrogen dan progesteron berkurang, sehingga produksi oksitosin meningkat, yang dapat menyebabkan kontraksi lebih sering. His permulaan, yang sering disebut sebagai his palsu, biasanya ditandai dengan rasa nyeri ringan di bagian bawah, datangnya tidak teratur, tidak mengubah kondisi serviks atau tanda kemajuan persalinan, durasinya pendek, dan tidak bertambah saat ibu beraktivitas.

2) Tanda-Tanda Timbulnya Persalinan (Inpartu)

Tanda – tanda timbulnya persalinan (Ari, 2021):

a) Terjadinya His Persalinan

His persalinan adalah kontraksi rahim yang dapat diraba dan menimbulkan rasa nyeri di perut, serta menyebabkan pembukaan serviks. Kontraksi rahim dimulai pada area yang dekat dengan cornu uteri. His yang menyebabkan pembukaan serviks dengan kecepatan tertentu disebut his efektif. Ciri-ciri his efektif meliputi.

Dominasi kontraksi pada fundus uteri (fundal dominance). Proses kontraksi yang sinkron dan harmonis. Intensitas kontraksi yang maksimal di antara dua kontraksi. Irama kontraksi yang teratur dengan frekuensi yang semakin sering. Lama kontraksi berkisar antara 45-60 detik. Pengaruh his terhadap uterus meliputi peningkatan desakan pada daerah uterus, penurunan pada janin, penebalan dinding korpus uteri, regangan dan penipisan itsmus uteri, serta effacement dan pembukaan kanalis servikalis. Ciri-ciri his persalinan adalah: Nyeri di pinggang yang menjalar ke depan. His teratur, interval semakin pendek, dan kekuatan semakin besar. Terjadi perubahan pada serviks. Kekuatan his bertambah dengan aktivitas, seperti berjalan.

Pengaruh his sehingga dapat menimbulkan: terhadap desakan daerah uterus (meningkat), terhadap janin (penurunan), terhadap korpus uteri (dinding menjadi tebal), terhadap itsmus uterus (teregang dan menipis), terhadap kanalis servikalis (effacement dan pembukaan). His persalinan memiliki ciri-ciri sebagai berikut:

- (1) Pinggangnya terasa sakit dan menjalar ke depan.
- (2) Sifat his teratur, interval semakin pendek, dan kekuatan semakin besar.
- (3) Terjadi perubahan pada serviks.

(4) Jika pasien menambah aktivitasnya, misalnya dengan berjalan, maka kekuatan hisnya akan bertambah.

b) Keluarnya lendir bercampur darah pervaginam (show).

Lendir berasal dari pembukaan yang menyebabkan lepasnya lendir dari kanalis servikalis. Sedangkan pengeluaran darah disebabkan robeknya pembuluh darah waktu serviks membuka.

c) Kadang-kadang ketuban pecah dengan sendirinya.

Sebagian ibu hamil mengeluarkan air ketuban akibat pecahnya selaput ketuban. Jika ketuban sudah pecah, maka ditargetkan persalinan dapat berlangsung dalam 24 jam. Namun apabila tidak tercapai, maka persalinan harus diakhiri dengan tindakan tertentu, misalnya ekstaksi vakum dan sectio caesarea.

d) Dilatasi dan Effacement

Dilatasi merupakan terbukanya kanalis servikalis secara berangsur-angsur akibat pengaruh his. Effacement merupakan pendataran atau pemendekan kanalis servikalis yang semula panjang 1-2 cm menjadi hilang sama sekali, sehingga tinggal hanya ostium yang tipis seperti kertas.

3) Faktor-faktor yang mempengaruhi tentang persalinan.

Faktor-faktor yang mempengaruhi persalinan adalah (Ari, 2021) :

a) Power (kekuatan)

Kekuatan yang mendorong janin keluar selama persalinan. Ini meliputi kekuatan his, kontraksi otot-otot perut, kontraksi diafragma, dan aksi ligamen. Kekuatan-kekuatan ini harus bekerja dengan baik dan sempurna untuk mendukung proses persalinan.

b) Kontraksi uterus (His)

His yang efektif ditandai oleh kontraksi yang simultan dan simetris di seluruh rahim, dengan kekuatan terbesar pada fundus.

Kontraksi ini disertai dengan periode relaksasi di antara dua kontraksi, serta retraksi otot-otot korpus uteri setelah setiap his.

Kontraksi disebut sempurna jika kekuatan kontraksi tertinggi berada di fundus uteri, yang memiliki lapisan otot paling tebal. Bagian bawah rahim dan serviks, yang mengandung sedikit otot dan banyak kolagen, mudah menipis dan terbuka. Kontraksi berlangsung secara koordinasi dengan gelombang yang simetris, dominasi di fundus uteri, dan amplitudo sekitar 40-60 mmHg selama 60-90 detik..

c) Tenaga meneran

Ketika kontraksi uterus mulai, ibu diminta untuk menarik napas dalam, menahan napas, dan segera mengejan ke arah bawah seperti saat BAB. Kekuatan mengejan ini mendorong janin ke bawah dan menyebabkan peregangan pasif. Kombinasi dari kekuatan his dan refleks mengejan semakin mendorong bagian terendah janin, sehingga terjadi pembukaan pintu dengan crowning dan penipisan perineum. Selanjutnya, kekuatan refleks mengejan dan kontraksi menyebabkan kelahiran bagian kepala secara bertahap, dimulai dari ubun-ubun (UUB), dahi, wajah, hingga seluruh kepala dan badan bayi.

(1) *Passenger* (Isi Kehamilan)

Faktor *passenger* dalam persalinan mencakup tiga komponen utama: janin, air ketuban, dan plasenta.

(a) Janin

Pergerakan janin sepanjang jalan lahir dipengaruhi oleh interaksi beberapa faktor, termasuk ukuran kepala janin, presentasi, letak, sikap, dan posisi janin.

(b) Air ketuban

Selama persalinan, air ketuban membantu membuka serviks dan mendorong selaput janin ke dalam ostium uteri. Selaput janin yang menonjol di atas ostium uteri saat kontraksi adalah ketuban, yang berperan dalam membuka serviks.

(c) Plasenta

Plasenta, sebagai bagian dari kehamilan yang penting, juga harus melewati jalan lahir dan dianggap sebagai penumpang yang menyertai janin. Meskipun plasenta jarang menghambat proses persalinan normal, ia memiliki peranan krusial, yaitu sebagai penghubung untuk transportasi zat dari ibu ke janin, penghasil hormon yang mendukung kehamilan, serta sebagai penghalang untuk melindungi janin.

(2) *Passage*

Jalan lahir melibatkan struktur panggul ibu, yang terdiri dari bagian tulang padat, dasar panggul, vagina, dan introitus vagina. Meskipun lapisan-lapisan otot dasar panggul yang lunak turut mendukung keluarnya bayi, peran utama dalam proses persalinan lebih banyak ditentukan oleh panggul ibu itu sendiri. Janin perlu menyesuaikan diri dengan jalan lahir yang relatif kaku. Oleh karena itu, ukuran dan bentuk panggul harus dinilai sebelum persalinan dimulai.

d) Faktor psikologi ibu

Kondisi psikologis ibu berpengaruh terhadap proses persalinan. Ibu yang didampingi oleh suami atau orang-orang yang dicintainya cenderung mengalami persalinan yang lebih lancar dibandingkan ibu yang tidak didampingi oleh mereka. Hal ini menunjukkan bahwa dukungan mental memberikan dampak positif bagi kondisi psikis ibu, yang pada akhirnya berpengaruh terhadap kelancaran proses persalinan.

e) Faktor penolong

Kemampuan yang dimiliki oleh tenaga penolong persalinan sangat penting untuk memperlancar proses persalinan dan mencegah kematian ibu dan bayi baru lahir. Dengan pengetahuan serta kompetensi yang baik, diharapkan tidak terjadi kesalahan atau malpraktik dalam pemberian asuhan.

e. Kebutuhan Ibu dalam Bersalin

Menurut Varney, (2019) Lima kebutuhan seorang wanita dalam persalinan.

- 1) Asuhan fisik dan psikologis Asuhan fisik yang diberikan pada wanita dalam persalinan dapat berupa: memberikan cairan dan nutrisi, keleluasaan ke kamar mandi secara teratur, pencegahan infeksi, membuat ibu nyaman mungkin dengan posisi yang iainginkan. Asuhan psikologis selama persalinan meliputi: memberikan dukungan emosional kepada ibu , memberikan kesempatan kepada ibu untuk memilih pendamping selama persalinan, mengucapkan kata-kata yang membesarkan hati dan pujian kepada ibu, bersikap dan bertindak dengan tenang, serta berikan dukungan penuh selama persalinan dll.
- 2) Kehadiran pendamping secara terus-menerus
- 3) Pengurangan rasa sakit
- 4) Penerimaan atas sikap dan perilakunya Persalinan dan kelahiran merupakan hal yang fisiologis, tetapi banyak wanita yang tidak siap untuk menghadapi persalinannya. Wanita biasanya membutuhkan perhatian lebih dari suami dan keluarganya bahkan bidan sebagai penolong persalinan. Asuhan yang harus diberikan adalah selain pemberian dukungan mental juga penjelasan kepada ibu bahwa rasa sakit yang ia alami selama persalinan merupakan suatu proses yang harus dilalui dan diharapkan ibu tenang menghadapi persalinannya.
- 5) Informasi dan kepastian tentang hasil persalinan yang aman Dalam setiap persalinan wanita atau keluarga membutuhkan penjelasan

mengenai persalinan yang dihadapinya baik mengenai kondisi ibu maupun bayinya, serta perkembangan persalinannya. Hasil penelitian telah memperlihatkan efektifnya dukungan fisik, emosional, dan psikologis selama persalinan dan kelahiran.

3. Konsep Dasar Bayi Baru Lahir

a. Pengertian

Bayi baru lahir atau disebut juga neonatus adalah individu yang sedang dalam masa pertumbuhan dan baru saja mengalami trauma lahir serta perlu dapat melakukan transisi dari kehidupan intrauterin ke kehidupan ekstrauterin (Ari, 2021).

Bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir tanpa alat pada usia kehamilan genap 37–42 minggu dengan berat badan 2500–4000gram, dengan skor Apgar > 7 dan tanpa cacat lahir (Trirestuti & Puspitasari, 2018).

b. Ciri-Ciri Bayi Lahir Normal

Menurut Jamil et al., (2017), Ciri-ciri bayi baru lahir aterm adalah ketika kelahiran terjadi pada usia kehamilan antara 37-42 minggu, dengan berat badan 2500-4000 gram, panjang badan 45-53 cm, lingkar dada 30-38 cm, lingkar kepala 33-35 cm, dan lingkar lengan 11-12 cm. Detak jantung bayi berkisar antara 120-160 kali per menit, pernapasan sekitar 40-60 kali per menit. Kulit bayi tampak kemerahan dan licin karena jaringan subkutan yang cukup berkembang, rambut lanugo sudah tidak terlihat, dan rambut kepala biasanya sudah sempurna. Kuku bayi agak panjang dan lentur, nilai APGAR lebih dari 7, gerakan aktif, dan bayi menangis kuat segera setelah lahir.

Refleks rooting (pencarian puting susu dengan rangsangan taktil pada pipi dan sekitar mulut) sudah terbentuk dengan baik, begitu juga dengan

refleks moro (gerakan memeluk saat dikagetkan) dan refleks grasping (menggenggam). Pada bayi laki-laki, kematangan ditandai dengan testis yang sudah berada di skrotum dan penis yang berlubang. Sementara itu, pada bayi perempuan, kematangan ditunjukkan oleh vagina dan uretra yang terbentuk sempurna, serta adanya labia minora dan mayora. Eliminasi berjalan baik, ditandai dengan keluarnya mekonium berwarna hitam kecokelatan dalam 24 jam pertama.

c. Asuhan Kebidanan Bayi Baru Lahir

1) Asuhan segera bayi baru lahir

- 2) Asuhan yang diberikan pada bayi dalam satu jam pertama setelah lahir disebut asuhan segera bayi baru lahir. Aspek-aspek penting dari asuhan ini meliputi beberapa tindakan penting yang dilakukan untuk memastikan kesejahteraan bayi pasca-kelahiran (Ismayanah et al., 2020):

- a) Memantau pernafasan dan warna kulit bayi setiap 5 menit sekali
- b) Jaga agar bayi tetap kering dan hangat dengan cara ganti handuk atau kain yang basah dan bungkus bayi dengan selimut serta pastikan kepala bayi telah terlindung baik
- c) Periksa telapak kaki bayi setiap 15 menit, jika telapak bayi dingin periksa suhu aksila bayi dan jika suhu kurang dari 36,5 0C segera hangatkan bayi.
- d) Berikan bayi kepada ibunya secepat mungkin untuk kehangatan yaitu untuk mempertahankan panas dan untuk ikatan batin dan pemberian ASI. Jangan pisahkan ibu dengan bayi dan biarkan bayi bersama ibunya paling sedikit 1 jam setelah persalinan.

3) Asuhan bayi baru lahir

Asuhan yang diberikan dalam waktu 24 jam. Asuhan yang diberikan adalah (Ismayanah et al., 2020):

- a) Lanjutkan pengamatan pernafasan, warna dan aktivitas
- b) Pertahankan suhu tubuh bayi dengan tidak memandikannya setidaknya selama 6 jam, kecuali ada masalah medis yang memerlukan penanganan. Pastikan suhu tubuh bayi minimal 36,5°C sebelum dimandikan. Bungkus bayi menggunakan kain yang kering atau hangat, serta tutup kepala bayi untuk menjaga kehangatannya.
- c) Pemeriksaan fisik bayi

Poin-poin penting saat memeriksa bayi baru lahir meliputi: gunakan tempat yang hangat dan bersih, cuci tangan sebelum dan sesudah pemeriksaan, gunakan sarung tangan, dan tangani bayi dengan lembut. Amati, dengarkan, dan periksa setiap bagian tubuh mulai dari kepala hingga ujung kaki. Jika ditemukan faktor risiko atau masalah, segera minta bantuan tambahan jika diperlukan, dan catat hasil pemeriksaan dengan baik.
- d) Hal-hal penting yang perlu diperhatikan saat memeriksa bayi baru lahir adalah: pastikan tempatnya hangat dan bersih, cuci tangan sebelum dan sesudah pemeriksaan, gunakan sarung tangan, dan perlakukan bayi dengan hati-hati. Periksa setiap bagian tubuh mulai dari kepala hingga kaki dengan cermat, baik melalui pengamatan, pendengaran, maupun perabaan. Jika ada risiko atau masalah yang terdeteksi, segera cari bantuan lebih lanjut jika dibutuhkan, dan dokumentasikan hasil pemeriksaan secara lengkap.
- e) Inisiasi Menyusu Dini

Inisiasi Menyusu Dini menurut Jamilah & Madinah, (2021) adalah proses membiarkan bayi menyusu sendiri setelah proses persalinan. IMD dilakukan minimal 1jam, apabila tidak berhasil dapat ditunggu selama 30 menit lagi

(1) Inisiasi menyusui dini yang dianjurkan

Begitu bayi lahir, letakkan di atas perut ibu yang telah dilapisi kain kering. Segera keringkan seluruh tubuh bayi, termasuk kepala. Potong dan ikat tali pusat setelah itu. Verniks (lapisan lemak putih) yang menempel pada tubuh bayi sebaiknya tidak dibersihkan karena lapisan ini memberikan kenyamanan pada kulit bayi. Tanpa dibedong, letakkan bayi tengkurap di dada atau perut ibu dengan kontak langsung antara kulit bayi dan ibu. Ibu dan bayi kemudian diselimuti bersama. Jika diperlukan, berikan topi pada bayi untuk mengurangi kehilangan panas dari kepalanya.

(2) Keuntungan IMD

(a) Bagi bayi :

Penting untuk memberikan makanan dengan kualitas dan kuantitas optimal agar kolostrum segera keluar sesuai dengan kebutuhan bayi. Kolostrum menyediakan kekebalan pasif yang penting bagi kesehatan bayi dan merupakan bentuk imunisasi pertama. Selain itu, kolostrum membantu meningkatkan kecerdasan bayi, serta mendukung koordinasi antara hisap, telan, dan napas. Pemberian kolostrum juga memperkuat ikatan kasih sayang antara ibu dan bayi, mencegah kehilangan panas, dan merangsang keluarnya kolostrum dengan segera.

(b) Bagi ibu

Merangsang produksi oksitosin dan prolaktin. Meningkatkan keberhasilan produksi ASI. Meningkatkan jalinan kasih sayang ibu dan bayi

f) Identifikasi bayi Merupakan alat pengenalan bayi agar tidak tertukar.

g) Perawatan lain

Perawatan lain adalah: lakukan perawatan tali pusat. Dalam waktu 24 jam dan sebelum ibu dan bayi pulang ke rumah beri imunisasi BCG, polio oral, dan hepatitis B. Ajarkan tanda-tanda bahaya bayi pada orang tua. Ajarkan pada orang tua cara merawat bayi. Beri ASI sesuai kebutuhan setiap 2-3 jam. Pertahankan bayi agar selalu dekat ibu. Jaga bayi dalam keadaan bersih, hangat dan kering. Jaga tali pusat dalam keadaan bersih dan kering. Peganglah, sayangi dan nikmati kehidupan bersama bayi. Awasi masalah dan kesulitan pada bayi. Ukur suhu tubuh bayi jika tampak sakit atau menyusu kurang baik.

Ketika pasien mau pulang, sebaiknya bidan melakukan evaluasi sebagai berikut : Tanda-tanda vital bayi, tangisan, warna kulit, tonus otot dan tingkat aktivitas. Apakah bayi sudah BAB. Apakah bayi sudah dapat menyusu dengan benar. Apakah ibu menunjukkan bahwa ia sudah dapat menangani neonatal dengan benar. Apakah suami dan keluarga sudah dilibatkan dalam hal perawatan neonatal. Apakah sudah cukup persediaan pakaian atau perlengkapan bayi dirumah. Apakah keluarga memiliki rencana tindak lanjut kunjungan. Apakah memiliki rencana transportasi ke rumah.

d. Kunjungan Bayi Baru Lahir

Menurut Bano, (2018), Kunjungan pada neonatus terdiri dari tiga kali kunjungan dirumah maupun difasilitas kesehatan:

1) Kunjungan neonatal ke-1 (KN 1) pada waktu 6-3 hari

Pada kunjungan pertama, tujuan utamanya adalah menimbang berat badan, mengukur panjang badan, serta memeriksa suhu bayi. Selain itu, tanyakan kepada ibu apakah bayi mengalami sakit apa, periksa kemungkinan adanya penyakit serius atau infeksi bakteri, cek apakah ada diare, amati tanda-tanda ikterus, dan evaluasi potensi masalah terkait pemberian ASI.

2) Kunjungan neonatal ke-2 (KN 2) pada hari ke 4-7 hari

Pada kunjungan kedua, lakukan penimbangan berat badan, pengukuran panjang badan, dan pengukuran suhu bayi. Tanyakan kepada ibu mengenai kondisi kesehatan bayi, apakah ada keluhan atau sakit. Periksa kemungkinan adanya penyakit serius atau infeksi bakteri, amati apakah bayi mengalami diare, periksa tanda-tanda ikterus, dan evaluasi potensi masalah terkait pemberian ASI.

3) Kunjungan neonatal ke-3 (KN 3) pada hari ke 8-28 hari

Pada kunjungan ketiga melakukan penimbangan berat badan, pengukuran panjang badan, pengukuran suhu, tanyakan ibu, bayi sakit apa?, memeriksa kemungkinan penyakit sangat berat atau infeksi bakteri, memeriksa adanya diare, memeriksa icterus, memeriksa kemungkinan ada masalah pemberian ASI .

Tujuan dari kunjungan ini yaitu :

- a. Untuk meningkatkan akses neonatus terhadap pelayanan kesehatan dasar.
- b. Mengetahui sedini mungkin bila terdapat kelainan/ masalah kesehatan pada neonatus.

4. Konsep Dasar Nifas

a. Pengertian Masa Nifas

Masa nifas (puerperium) adalah waktu setelah plasenta dikeluarkan sampai alat-alat reproduksi pulih, seperti sebelum hamil, dan persalinan biasanya berlangsung selama 6 minggu atau 40 hari.

Masa nifas adalah periode setelah melahirkan, termasuk beberapa minggu berikutnya, di mana alat reproduksi wanita kembali ke keadaan normal seperti sebelum kehamilan. Masa ini dimulai beberapa jam setelah kelahiran plasenta dan berlangsung hingga 6 minggu setelah persalinan (Sari & Anggraini, 2019).

b. Tujuan Masa Nifas

Menurut Sari & Anggraini, (2019) Tujuan asuhan nifas adalah menjaga kesehatan ibu dan bayi secara fisik dan psikologis, melakukan skrining menyeluruh, serta mendeteksi dan menangani komplikasi yang mungkin timbul. Ini juga mencakup memberikan pendidikan tentang perawatan diri, nutrisi, keluarga berencana, manfaat menyusui, imunisasi, perawatan bayi sehari-hari, pencegahan infeksi, dan komplikasi ibu. Selain itu, asuhan nifas bertujuan untuk menyediakan layanan keluarga berencana, mendukung kesehatan emosional, dan mempromosikan perawatan kesehatan, termasuk metode pemberian makan anak dan perkembangan hubungan yang baik antara ibu dan anak.

c. Tahapan Masa Nifas

Menurut Sari & Anggraini, (2019) masa nifas (puerperium) dimulai setelah lahirnya plasenta dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil. Masa nifas berlangsung sekitar 6 minggu. Masa nifas dapat dibagi menjadi tiga periode (Sari & Anggraini, 2019):

- 1) Puerperinium dini merupakan masa pemulihan dimana ibu diperbolehkan berdiri dan berjalan serta menjalankan aktivitas layaknya wanita normal lainnya. Dalam agama islam dianggap telah bersih dan boleh bekerja setelah 40 hari.
- 2) Puerperium Intermediate merupakan masa pemulihan seluruh alat-alat genitalia yang lamanya sekitar 6-8 minggu.

- 3) Remote Puerperium ialah waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna terutama apabila ibu selama hamil atau persalinan mempunyai komplikasi.

d. Perubahan Fisiologis Masa Nifas

Pada masa nifas terjadi beberapa perubahan seperti (Kusuma et al., 2022):

- 1) Perubahan system reproduksi
 - a) Involusi uterus

Setelah plasenta lahir uterus merupakan alat yang keras karena adanya kontraksi dan retraksi otot-ototnya. Pada Involusi uterus ini terjadi karena masing-masing sel menjadi lebih kecil karena cytoplasmanya yang berlebihan dibuang. Involusi uteri pada masa nifas mengecil seperti sebelum melahirkan dengan berat sekitar 600 gram.

Tabel 2.3 Proses involusi uterus

Involusi	TinggiFundusUteri (TFU)	Berat Uterus	Diameter uterus
Bayi Lahir	SetinggiPusat	1000 gram	12,5 cm
UriLahir	2Jari BawahPusat	750 gram	12,5 cm
1 Minggu	PertengahanPusatSympis	500 gram	7,5 cm
2 Minggu	TidakTerabaDiatas Simpisis	350 gram	5 cm

6 Minggu	BertambahKecil	50 gram	2,5 cm
8 Minggu	SebesarNormal	30 gram	Tidakteraba

Sumber: Kusuma et al., (2022)

Pada masa nifas uterus dapat amati dengan cara memeriksa fundus uteri secara palpasi akan didapatkan TFU akan berada setinggi pusat segera setelah janin lahir, sekitar 2 jari dibawah pusat setelah plasenta lahir, pertengahan pusat dan simpisis pada hari kelima postpartum dan setelah 12 hari postpartum tidak dapat dirabalagi dimana berkurang 1 cm setiap harinya.

b) Serviks

Setelah persalinan bentuk servik agak menganga seperti corong, berwarna merah kehitaman. Konsistensinya lembek, kendur, dan terdapat perlukaan kecil. Setelah persalinan serviks masih dapat dilewati oleh tangan pemeriksa. Setelah 2 jam postpartum serviks hanya bisa dilewati oleh 2-3 jari dan setelah satu minggu persalinan hanya dapat dilewati oleh 1 jari.

c) Vulva, Vagina dan Perinium

Setelah proses persalinan vulva dan vagina mengalami penekanan serta perenggangan yang sangat besar dan dalam beberapa hari setelah persalinan tersebut kedua organ ini tetap berada dalam keadaan kendur. Rugae (lipatan-lipatan/kerutan) pada vagina secara berangsur-angsur akan muncul kembali pada 3 minggu postpartum. Lipatan-lipatan ini memungkinkan vagina melebar pada saat persalinan yang sesuai dengan fungsinya sebagai lunak jalan lahir. Himmen tampak sebagai tonjolan kecil. Ukuran vagina agak sedikit lebih besar dari sebelum persalinan.

Perubahan pada perinium postpartum terjadi pada saat perinium mengalami robekan. Robekan jalan lahir dapat terjadi secara spontan ataupun dilakukan episiotomi dengan indikasi tertentu. Meskipun

demikian, latihan otot perineum dapat mengembalikan tonus tersebut dan dapat mengencangkan vagina hingga tingkat tertentu. Hal ini dapat dilakukan pada masa nifas dengan latihan atau senam nifas atau latihan harian.

d) Lokhea

Lokhea merupakan ekskresi (pengeluaran) cairan secret yang berasal dari kavum uteri dan vagina selama masa nifas. Lochea mempunyai bau amis (anyir), meskipun tidak terlalu menyengat dan volumenya berbeda tiap wanita berbeda-beda. Berdasarkan waktunya lochea juga mengalami perubahan karena proses involusi yakni:

(1) Lokhea rubra

Berwarna merah mengandung darah dan sisa-sisa selaput ketuban, jaringan dan desidua, verniks caseosa, lanugo dan mekonium. Muncul pada hari 1-4 post partum (PP).

(2) Lokhea sanguinolenta.

Berwarna merah kuning dan berisi darah lendir. Muncul pada hari 4-7 post partum (PP).

(3) Lokhea serosa

Berwarna kecoklatan mengandung lebih banyak serum dan lebih sedikit darah, juga terdiri dari leukosit dan robekan laserasi plasenta. Muncul pada hari ke 7-14 postpartum (PP).

(4) Lokhea alba

Berwarna putih kekuningan mengandung leukosit, selaput lender serviks dan serabut jaringan yang mati. Muncul setelah 2-6 minggu postpartum. Normalnya Lokhea agak berbau amis, kecuali bila terjadi infeksi pada jalan lahir, maka akan menimbulkan bau busuk. Berikut beberapa macam lokhea abnormal:

a) Lochia Purulenta

Ini karena terjadi infeksi, keluar cairan seperti nanah berbau busuk.

b) Lochiotosis

Lochea tidak lancar keluarnya.

2) Payudara (mamae)

Pada masing-masing payudara terdiri dari 15-24 lobus yang terletak radiair dan terpisah satu sama lain oleh jaringan lemak. Tiap lobus terdiri dari lobuli yang terdiri pula dari acini. Acini ini menghasilkan air susu. Kondisi payudara pada 2 hari pertama nifas sama dengan keadaan dalam kehamilan. Pada kira-kira hari ke 3 postpartum payudara menjadi besar keras dan nyeri. Ini menandai permulaan sekresi air susu dan kalau areola mamae dipijat keluarlah cairan putih dari puting susu.

3) Involusi tempat plasenta

Setelah persalinan, keluarnya plasenta uterus akan mengalami kontraksi sehingga volume ruang plasenta berkurang atau bertabah cepat dan bagian permukaan dalam lapisan uterus yang tidak menjadi tempat penempelan plasenta mengalami regenerasi dengan cepat untuk menghasilkan epitel pelapis. Penutupan parsial dikatakan akan terjadi dalam 7-10 hari setelah kelahiran, sedangkan penutupan total terjadi dalam 21 hari.

Luka mengecil dengan cepat, pada akhir minggu kedua hanya 3-4 cm, dan akhir nifas 1-2 cm. Pemulihan luka bekas plasenta sangat khas sekali. Pada permulaan nifas bekas plasenta mengandung banyak pembuluh darah yang tersumbat oleh thrombus.

4) Perubahan ligament

Setelah bayi lahir ligamen dan difragma pelvis serta fascia yang meregang sewaktu kehamilan dan saat persalinan, setelah janin lahir, kembali seperti sediakala secara perlahan. Perubahan ligament rotundum menjadi kendor yang menyebabkan letak uterus menjadi

retroflexi, ligament, fasia, jaringan penunjang alat genetalia menjadi agak kendur.

5) Perubahan System pencernaan masa nifas

Setelah persalinan nafsu makan ibu bertambah. Pemulihan nafsu makan diperlukan waktu 3-4 hari sebelum faal usus kembali normal. Biasanya ibu mengalami obstipasi setelah persalinan. Hal ini disebabkan karena pada waktu melahirkan alat pencernaan mendapat tekanan yang menyebabkan kolon menjadi kosong, pengeluaran cairan yang berlebihan pada waktu persalinan (dehidrasi), kurang makan, haemoroid, laserasi jalan lahir. Sistem pencernaan pada masa nifas ini membutuhkan waktu untuk kembali normal.

Pada ibu yang melahirkan dengan cara Operasi (Section Cesarea) biasanya membutuhkan waktu sekitar 1-3 hari agar fungsi saluran cerna dan nafsu makan dapat kembali normal.

6) Perubahan System perkemihan masa nifas

Setelah persalinan trauma akibat kehamilan dan persalinan (mukosa menjadi oedema dan hiperemik). Anestesi epidural dapat meningkatkan rasa penuh pada kandung kemih, dan nyeri perineum terasa lebih lama. Dengan mobilisasi dini bisa mengurangi hal tersebut. Pada miksi sering meninggalkan residu, akibatnya sering ISK. Protein uri bisa terdapat pada 50% wanita post partum pada hari ke-1 sampai ke-2 post partum. Dalam 12 jam pertama post partum, ibu mulai membuang kelebihan cairan yang tertimbun di jaringan selama hamil.

7) Perubahan System muskulokuletal

Setelah proses persalinan selesai, maka akan terjadi perubahan pada system muskulokuletal/ diastasis rectus abdominkus pada uterus yaitu:

- a) Dinding perut menjadi longgar, kendur, lebar setelah bersalin. Keadaan ini biasanya kembali dalam 6 minggu.

- b) Kulit abdomen yang melebar selama masa kehamilan tampak melonggar dan mengendur sampai berminggu-minggu bahkan berbulan-bulan yang biasa disebut striae. Striae pada dinding abdomen tidak dapat menghilang sempurna melainkan membentuk garis lurus yang samar.
 - c) Kadang-kadang pada wanita yang asthenis terjadi diastasis dari otot-otot recti abdominis sehingga sebagian dari dinding perut digaris tengah hanya terdiri dari peritoneum, fascia tipis dan kulit.
 - d) Melalui latihan postnatal, otot-otot dari dinding abdomen seharusnya dapat normal kembali dalam beberapa minggu.
 - e) Tulang-tulang sendi panggul dan ligamentum kembali dalam waktu sekitar 3 bulan.
- 8) Perubahan Sytem kardiovaskuler dan hematoma

Selama kehamilan, kapasitas pembuluh darah meningkat untuk menampung aliran darah tambahan yang diperlukan oleh plasenta dan pembuluh darah uteri. Setelah melahirkan, penurunan kadar estrogen menyebabkan diuresis cepat, yang mengurangi volume plasma kembali ke tingkat normal. Proses ini biasanya terjadi dalam 2-4 jam pertama setelah bayi lahir.

Ibu mengalami peningkatan pengeluaran urine setelah melahirkan. Penurunan kadar progesteron membantu mengurangi retensi cairan yang meningkat selama kehamilan, ditambah dengan efek trauma persalinan. Pada persalinan normal, ibu biasanya mengeluarkan darah sekitar 250-500 ml, sedangkan pada persalinan sesar (SC), pengeluaran darah bisa mencapai dua kali lipat dari jumlah tersebut.

Setelah persalinan, shunt akan menutup secara tiba-tiba, menyebabkan peningkatan volume darah ibu. Keadaan ini meningkatkan beban pada jantung, namun sistem hemostasis tubuh akan segera mengatasi hal ini melalui mekanisme hemokonsentrasi, yang

akan mengembalikan volume darah ke keadaan normal. Umumnya, proses ini terjadi dalam 3-7 hari setelah persalinan.

e. Kebutuhan Psikologis Masa Nifas

Perubahan psikologis sebenarnya terjadi selama kehamilan sebelum kelahiran. Bagi primipara, menjadi orang tua merupakan pengalaman tersendiri dan dapat menimbulkan stres jika tidak segera ditangani. Perubahan peran dari wanita biasanya menjadi seorang ibu memerlukan adaptasi sehingga ibu dapat melakukan perannya dengan baik. Perubahan hormonal yang sangat cepat setelah proses melahirkan juga ikut mempengaruhi keadaan emosi dan proses adaptasi ibu pada masa nifas (Simanullang, 2017).

a) Adaptasi psikologis masa nifas

Adapun fase-fase yang dialami ibu masa nifas menurut Simanullang, (2017) antara lain:

(1) Fase Taking In

Fase ini merupakan periode ketergantungan, yang berlangsung dari hari ke-1 sampai ke-2 setelah persalinan. Ibu fokus pada dirinya sendiri sehingga cenderung pasif dengan lingkungan. Ketidaknyamanan yang dialami ibu antara lain rasa mules, nyeri luka jahitan, kurang tidur, dan kelelahan. Hal yang perlu diperhatikan yaitu istirahat yang cukup, komunikasi yang baik, dan asupan nutrisi. Gangguan yang dapat dialami ibu pada fase ini adalah :

- (a) Kekecewaan pada bayinya
- (b) Ketidaknyamanan akibat perubahan fisik yang dialaminya
- (c) Rasa bersalah karena belum bisa menyusui bayinya

(2) Talking hold

Pada periode ini berlangsung pada hari ke 3-10 setelah persalinan. Kekawatiran akan ketidaknyamanan dan tanggung

jawab dalam merawat bayinya muncul pada fase ini. Perasaan ibu lebih sensitif sehingga mudah tersinggung dan mudah marah. Dukungan moral di butuhkan untuk kepercayaan diri ibu.

(3) Letting Go

Periode ini merupakan fase menerima tanggung jawab akan peran barunya sebagai ibu yang berlangsung 10 hari setelah melahirkan. Dukungan suami, keluarga membantu meningkatkan rasa percaya diri dalam merawat bayinya.

b) Postpartum blues (Baby blues)

Postpartum blues merupakan perasaan sedih, khawatir, kurang percaya diri, mudah tersinggung, merasa hilang semangat, menangis tanpa sebab jelas, kurang merasa menerima bayi yang baru dilahirkan, sangat kelelahan, harga diri rendah, tidak sabaran, terlalu sensitif, mudah marah dan gelisah yang di alami ibu yang berkaitan dengan bayinya. Muncul pada 2 hari-2 minggu setelah persalihan. Hal tersebut disebabkan oleh kekecewaan dan kecemasan, rasa sakit, kelelahan, dan rasa takut tidak menarik lagi bagi suami.

c) Depresi Postpartum

Depresi postpartum ini terjadi antara 10%-20% pada ibu post partum ringan sampai berat. Jika depresi parah, akan mengganggu kegiatan seperti makan, tidur dan berpikir

Kesedihan dan kemurungan yang dialami ibu masa nifas merupakan hal yang normal. Kondisi ini karena adanya perubahan pada tubuh ibu setelah persalinan. Ada kalanya ibu merasakan sedih karena kebebasan, otonomi, interaksi social, kemandirian berkurang setelah mempunyai bayi. Hal ini hanya akan menimbulkan depresi post partum. Kondisi tersebut menunjukkan tanda-tanda seperti: sulit tidur, tidak nafsu makan, perasaan tidak berdaya atau kehilangan control, terlalu cemas atau tidak

perhatian terhadap bayinya, sedikit atau bahkan tidak perhatian terhadap penampilan diri, tidak mau menyentuh bayinya.

f. Tanda Bahaya Masa Nifas

Menurut Jamil et al., (2017), beberapa tanda bahaya masa nifas, yaitu:

1) Pendarahan pervaginam

Apabila perdarahan lebih dari 500 cc postpartum (PP) dalam 24 jam setelah bayi dan plasenta lahir.

2) Keluar cairan berbau dari jalan lahir

Cairan yang dikeluarkan uterus melalui vagina dalam masa nifas sifat lochea alkalis, jumlah lebih banyak dari pengeluaran darah dan lendir waktu menstruasi dan berbau anyir.

3) Demam lebih dari 2 hari

Demam nifas ini terjadi jika suhu tubuh $\geq 38^{\circ}\text{C}$ selama 2 hari dan pada 10 hari pertama PP.

4) Payudara bengkak, merah disertai rasa sakit

5) Bengkak di wajah, tangan dan kaki, atau sakit kepala dan kejangkejang

6) Kehilangan nafsu makan dalam waktu yang lama

7) Rasa sakit, merah, nyeri tekan dan/ pembengkakan kaki

8) Sakit kepala yang terus-menerus, nyeri ulu hati, masalah penglihatan

9) Rasa sakit bagian bawah abdomen atau punggung

10) Ibu mengalami depresi (antara lain menangis tanpa sebab dan tidak peduli pada bayinya).

g. Kunjungan Masa Nifas

Kunjungan nifas dilakukan minimal 3 kali yaitu KF1-KF3 selama masa nifas, untuk menilai kondisi ibu dan bayi baru lahir serta untuk

mencegah, mendeteksi dan menangani setiap masalah yang timbul. Berikut 3 waktu dan tujuan kunjungan nifas (Kusuma et al., 2022) :

1) Kunjungan pertama KF I 6 jam - 2 hari post partum

Tujuannya yakni untuk mencegah perdarahan nifas, mendeteksi dan merawat penyebab perdarahan, rujuk bilaperdarahan berlanjut, konseling cara mencegah perdarahan, pemberian ASI eksklusif 6 bulan, lakukan hubungan ibu dengan BBL, cara cegah hipotermi, observasi 2 jam setelah kelahiran jika bidan yang menolong persalinan.

2) Kunjungan kedua KF II hari ke 3-28 hari post partum

Tujuannya yakni untuk memastikan involusi normal, menilai tandatanda infeksi, memastikan ibu mendapatkan makan dan cairan serta istirahat, memastikan ibu menyusui dengan baik, memberikan konseling tentang asuhan bayi baru lahir, pelayanan kontrasepsi pascapersalinan, perawatan tali pusat menjaga bayi tetap hangat dan merawat bayinya.

3) Kunjungan tiga KF III 29 hari-42 hari post partum Tujuan yakni:

- a) Menanyakan pada ibu tentang keluhan dan penyulit yang di alaminya.
- b) Memberikan konseling untuk menggunakan KB secara dini.

5. Konsep Dasar Keluarga Berencana

a. Keluarga Berencana (KB)

Keluarga Berencana menurut Rahayu, (2021):

Pengertian Keluarga Berencana dalam Pembangunan Kependudukan dan Pembangunan Keluarga Sejahtera menurut Undang-undang Nomor 10 Tahun 1992 adalah upaya untuk meningkatkan kesadaran dan peran serta masyarakat melalui pendewasaan usia perkawinan (PUP), mengatur angka

kelahiran, mendorong ketahanan dan kesejahteraan keluarga kecil, bahagia dan sejahtera.

b. Tujuan Keluarga Berencana

Tujuan keluarga berencana menurut Rahayu, (2021):

1) Fase menunda kehamilan

Untuk pasangan dengan istri berusia di bawah 20 tahun, pilihan kontrasepsi yang paling rasional adalah sebagai berikut: pertama, pil kontrasepsi; kedua, IUD; ketiga, metode kontrasepsi sederhana; keempat, implan; dan terakhir, suntikan.

2) Fase menjarangkan kehamilan

Untuk pasangan dengan istri berusia 20-35 tahun, pilihan kontrasepsi rasional dibagi berdasarkan jarak kehamilan yang diinginkan. Untuk menjarakkan kehamilan 2-4 tahun, opsi rasional meliputi IUD, suntikan, minipil, pil, implan, dan metode kontrasepsi sederhana. Untuk menjarakkan kehamilan 4 tahun atau lebih, opsi rasional meliputi IUD, suntikan, minipil, pil, implan, metode kontrasepsi sederhana, dan steril.

3) Fase mengakhiri kehamilan

Untuk pasangan dengan istri berusia 35 tahun ke atas, pilihan kontrasepsi rasional adalah sebagai berikut: pertama adalah steril, diikuti oleh IUD, kemudian implan, suntikan, metode kontrasepsi sederhana, dan terakhir pil.

c. Manfaat program KB terhadap pencegahan kelahiran

Manfaat program KB terhadap pencegahan kelahiran menurut Rahayu, (2021):

1) Untuk ibu, dengan jalan mengatur jumlah dan jarak kelahiran maka manfaatnya:

- a) Perbaiki kesehatan badan karena tercegahnya kehamilan yang berulang kali dalam jangka waktu yang terlalu pendek.

- b) Peningkatan kesehatan mental dan sosial yang di mungkinkan oleh adanya waktu yang cukup untuk mengasuh anak, beristirahat dan menikmati waktu luang serta melakukan kegiatan lainnya.
- 2) Untuk anak- anak yang lain, manfaatnya:
 - a) Memberi kesempatan kepada anak agar perkembangan fisiknya lebih baik karena setiap anak memperoleh makanan Yang cukup dari sumber yang tersedia dalam keluarga.
 - b) Perencanaan kesempatan pendidikan yang lebih baik karen sumber-sumber pendapatan keluarga yang tidak habis untuk mempertahankan hidup semata-mata.
 - 3) Untuk Ayah, memberikan kesempatan kepadanya agar dapat
 - a) Memperbaiki kesehatan fisiknya.
 - b) Memperbaiki kesehatan mental dan sosial karena kecemasan berkurang serta lebih banyak waktu terluang untuk keluarganya.
 - 4) Untuk seluruh keluarga, manfaatnya :

Kesehatan fisik, mental, dan sosial setiap anggota keluarga bergantung pada kesehatan seluruh keluarga. Setiap anggota keluarga memiliki lebih banyak kesempatan untuk mendapatkan pendidikan.

d. Jenis-jenis Alat Kontasepsi

Jenis kontrasepsi terbagi menjadi 3 metode menurut Febrianti & Aslina, (2019). Ketiga metode tersebut antara lain:

- 1) Metode sederhana tanpa alat (kontrasepsi alamiah)
 - a) Metode pantang berkala, yakni tidak melakukan persetubuhan pada masa subur istri. Untuk mengetahui masa subur istri, dapat dikenal melalui ovulasi terjadi 14 kurang 2 hari sebelum haid yang akan datang, sperma dapat hidup dan membuahi dalam 48 jam setelah ejakulasi, dan ovum dapat hidup 24 jam setelah ovulasi.

- b) Metode suhu basal. Ketika menjelang ovulasi, suhu basal tubuh akan mengalami penurunan kurang lebih 24 jam setelah ovulasi. Suhu basal dapat meningkat sebesar 0,2- 0,5 ketika ovulasi.
 - c) Metode lendir serviks, dilakukan dengan cara wanita mengamati lendir serviksnya setiap hari. Apabila lendir serviks terlihat lengket dan jika direntangkan di antara kedua jari akan putus, maka menandakan lendir tidak subur. Lendirserviks yang jernih dan melar, apabila dipegang di antara kedua jari dapat diregangkan dengan mudah tanpa terputus bisa disebut lendir subur.
 - d) Metode coitus interruptus, dilakukan dengan cara mengeluarkan alat kelamin pria (penis) sebelum ejakulasi sehingga sperma tidak masuk ke dalam vagina.
 - e) Metode Amonera Laktasi menurut Bakoil, (2021) adalah salah satu cara kontrasepsi yang didasari pada menurunnya kesuburan secara fisiologis yang dialami oleh ibu menyusui dengan mengandalkan pemberian Air Susu Ibu (ASI).
- 2) Metode sederhana dengan alat (mekanis/barrier)
- a) Kondom, merupakan selubung atau sarung karet yang memiliki mekanisme kerja menghalangi masuknya sperma ke dalam vagina, sehingga pembuahan dapat dicegah. Pemakaian kondom dapat mencegah penularan mikroorganisme (HIV/AIDS) dari satu pasangan kepada pasangan yang lain.
 - b) Diafragma, merupakan kap berbentuk bulat cembung yang terbuat dari karet yang diinsersikan ke dalam vagina sebelum berhubungan seksual dan menutup serviks. Cara kerja diafragma yaitu menekan sperma agar tidak mendapatkan akses mencapai saluran alat reproduksi bagian atas.
- 3) Kontrasepsi hormonal

Hormonal, merupakan alat atau obat kontrasepsi yang bertujuan untuk mencegah terjadinya ovulasi dimana bahan bakunya mengandung preparat estrogen dan progesteron. Berdasarkan jenis dan cara pemakaiannya, ada tiga macam kontrasepsi hormonal antara lain:

- a) Pil KB. Pil kontrasepsi dapat berupa pil kombinasi (berisi hormon estrogen dan progesteron) ataupun hanya berisiprogesteron saja. Pil kontrasepsi bekerja dengan cara mencegah terjadinya ovulasi dan penebalan dinding rahim.
- b) Suntik, dikategorikan menjadi dua yakni:
 - (1) Suntik kombinasi. Jenis suntik kombinasi adalah 25 mg Depo Medroksi progesteron Asetat dan 5 mg Estradiol Sipionat yang diberikan injeksi LM (intramuscular) sebulan sekali, dan 50 mg nerotindron enantat dan Estradiol yang diberikan injeksi LM (intramuscular) sebulan sekali.
 - (2) Suntik progestin. Tersedia 2 jenis kontrasepsi yang mengandung progestin, yaitu Depo Medroksi progesteron Asetat (DMPA), mengandung 150 mg DMPA yang diberikan 3 bulan dengan cara disuntik LM dan Depo Noretisteron Enanta (Depo Noristeran), yang mengandung 200 mg noreindron Enantan, diberikan setiap 2 bulan dengan cara suntik LM.
 - (3) Implan atau susuk, terdiri atas:
 - (a) Norplant, terdiri dari 6 batang silastik lembut berongga dengan panjang 3,4 cm, diameter 2,4 mm dan berisi 36 mg levonogestrel dengan lama kerja tiga tahun.
 - (b) Jadena dan indoplant, terdiri dari dua batang silastik lembut berongga dengan panjang 4,3 cm berdiameter 2,5 mm dan berisi 75 mg levonogestrel dengan lama kerja 3 tahun.

- (c) Implan, terdiri dari satu batang silastik lembut dengan rongga yang memiliki panjang kira- kira 4 cm dan diameter 2 mm. Berisi 68 mg ketodesogestrel dengan lama kerja 3 tahun.

Proses pemasangan KB implan dimulai dengan memberi obat bius pada bagian lengan yang akan dimasukkan susuk, supaya pasien tidak merasa sakit. Dokter kemudian akan menggunakan jarum kecil untuk memasukkan tabung susuk di bawah kulit yang sudah baal tersebut. Keseluruhan proses pemasangan KB implan atau susuk hanya berlangsung beberapa menit saja. Setelah susuk dipasang, pasien dianjurkan untuk tidak mengangkat barang berat dulu selama beberapa hari.

Pasien harus kembali datang ke dokter atau klinik untuk mengganti susuk dengan yang baru, setelah 3 tahun atau sesuai dengan anjuran dokter. Saat sudah lewat masanya, susuk akan berhenti berfungsi dan tidak lagi melindungi anda dari kehamilan.

4) Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR)

Alat Kontrasepsi Dalam Rahim merupakan alat kontrasepsi yang dimasukan ke dalam Rahim untuk menghambat kemampuan sperma untuk masuk ke tuba falupi. AKDR lebih populer dengan sebutan spiral dan IUD.

5) Pelayanan kontrasepsi dengan metode operasi

- (a) Tubektomi (metode operasi wanita - MOW), merupakan prosedur bedah sukarela untuk menghentikan fertilitas (kesuburan) seorang perempuan secara permanen dengan cara mengkoklusi tuba fallopi, mengikat, dan memotong atau memasang cincin, sehingga sperma tidak dapat bertemu dengan ovum.

(b) Vasektomi (metode operasi pada pria-MOP) adalah prosedur klinik untuk menghentikan kapasitas reproduksi pria dengan jalan melakukan okulasi vasa deferentia sehingga alat transportasi sperma terhambat dan proses fertilisasi (penyatuan dengan ovum) tidak terjadi.

B. Manajemen Kebidanan

Manajemen kebidanan adalah suatu metode berpikir logis yang sistematis dalam menyelenggarakan asuhan kebidanan untuk kepentingan kedua belah pihak, baik klien maupun caregiver. Oleh karena itu arah atau kerangka manajemen dalam menangani perkara yang menjadi tanggung jawabnya.

Manajemen kebidanan adalah proses pemecahan masalah yang digunakan sebagai metode untuk mengatur pemikiran dan tindakan untuk teori ilmiah, pemahaman, pengambilan keputusan yang berpusat pada klien (Insani et al., 2016):

1. Metode pendokumentasian dengan 7 langkah Varney

Berikut langkah – langkah dalam Manajemen Kebidanan (Insani et al., 2016):

a. Pengumpulan Data Dasar

Pada langkah ini kita harus mengumpulkan semua informasi yang akurat dan lengkap dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi klien, untuk memperoleh data dapat dilakukan dengan cara: Anamnesa, Pemeriksaan fisik sesuai dengan kebutuhan dan pemeriksaan tanda-tanda vital, pemeriksaan khusus, Pemeriksaan penunjang.

b. Interpretasi Data Dasar

Pada langkah ini kita akan melakukan identifikasi terhadap diagnosa atau masalah berdasarkan interpretasi yang akurat atas data-data yang telah dikumpulkan pada pengumpulan data dasar. Data dasar yang sudah dikumpulkan diinterpretasikan sehingga dapat merumuskan diagnosa dan

masalah yang spesifik. Rumusan diagnosa dan masalah keduanya digunakan karena masalah yang terjadi pada klien tidak dapat didefinisikan seperti diagnosa tetapi membutuhkan penanganan. Masalah sering berkaitan dengan hal-hal yang sedang dialami wanita yang diidentifikasi oleh bidan sesuai dengan hasil pengkajian. Masalah juga sering disertai dengan diagnosa. Diagnosa kebidanan adalah diagnosa yang ditegakkan bidan dalam lingkup praktik kebidanan dan memenuhi standar asuhan kebidanan. Standar diagnosa kebidanan yaitu diakui dan telah disahkan oleh profesi, berhubungan langsung dengan praktik kebidanan, memiliki ciri khas kebidanan, didukung oleh clinical judgement dalam praktik kebidanan, dapat diselesaikan dengan pendekatan manajemen kebidanan.

c. Mengidentifikasi Diagnosa atau Masalah potensial

Pada langkah ini kita akan mengidentifikasi masalah potensial atau diagnosa potensial berdasarkan diagnose/masalah yang sudah diidentifikasi. Langkah ini membutuhkan antisipasi, bila memungkinkan dapat dilakukan pencegahan. Pada langkah ketiga ini bidan dituntut untuk mampu mengantisipasi masalah potensial tidak hanya merumuskan masalah potensial yang akan terjadi tetapi juga merumuskan tindakan antisipasi penanganan agar masalah atau diagnosa potensial tidak terjadi.

d. Tindakan Segera

Pada langkah ini kita akan mengidentifikasi perlunya tindakan segera oleh bidan/dokter dan atau untuk dikonsultasikan atau ditangani bersama dengan anggota tim kesehatan yang lain sesuai dengan kondisi klien. Langkah ini mencerminkan kesinambungan dari proses penetalaksanaan bukan hanya selama asuhan primer periodeik atau kunjungan prenatal saja tetapi juga selama wanita tersebut bersama bidan terus-menerus.

e. Perencanaan

Pada langkah ini kita harus merencanakan asuhan secara menyeluruh yang ditentukan oleh langkah-langkah sebelumnya. Langkah ini merupakan kelanjutan penatalaksanaan terhadap masalah atau diagnosa yang telah teridentifikasi atau diantisipasi pada langkah sebelumnya.

f. Pelaksanaan

Pada langkah keenam ini rencana asuhan menyeluruh seperti yang diuraikan pada langkah kelima dilaksanakan secara aman dan efisien. Perencanaan ini dibuat dan dilaksanakan seluruhnya oleh bidan atau sebagian lagi oleh klien atau anggota tim kesehatan lainnya. Walaupun bidan tidak melakukan sendiri, bidan tetap bertanggung jawab untuk mengarahkan pelaksanaan. Dalam kondisi dimana bidan berkolaborasi dengan dokter untuk menangani klien yang mengalami komplikasi, maka keterlibatan bidan dalam penatalaksanaan asuhan bagi klien adalah tetap bertanggung jawab terhadap terlaksananya rencana asuhan bersama yang menyeluruh tersebut. Pelaksanaan yang efisien akan menyangkut waktu dan biaya serta meningkatkan mutu dan asuha klien.

g. Evaluasi

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

2. Metode Pendokumentasian dengan SOAP

Di dalam metode SOAP, S adalah data subjektif, O adalah data objektif, A adalah analysis, P adalah planning. Metode ini merupakan dokumentasi yang sederhana akan tetapi mengandung semua unsur data dan langkah yang dibutuhkan dalam asuhan kebidanan, jelas, logis. Prinsip dari metode SOAP adalah sama dengan metode dokumntasi yang lain seperti yang telah

dijelaskan diatas. Sekarang kita akan membahas satu persatu langkah metode SOAP.

S: Subjective

Menggambarkan pendokumentasian hasil pengumpulan data klien melalui anamnesa.

O: Objective

Menggambarkan pendokumentasian hasil pemeriksaan fisik klien, hasil Laboratorium dan test diagnostik lain yang dirumuskan dalam data fokus untuk mendukung assesment.

A: Assesment

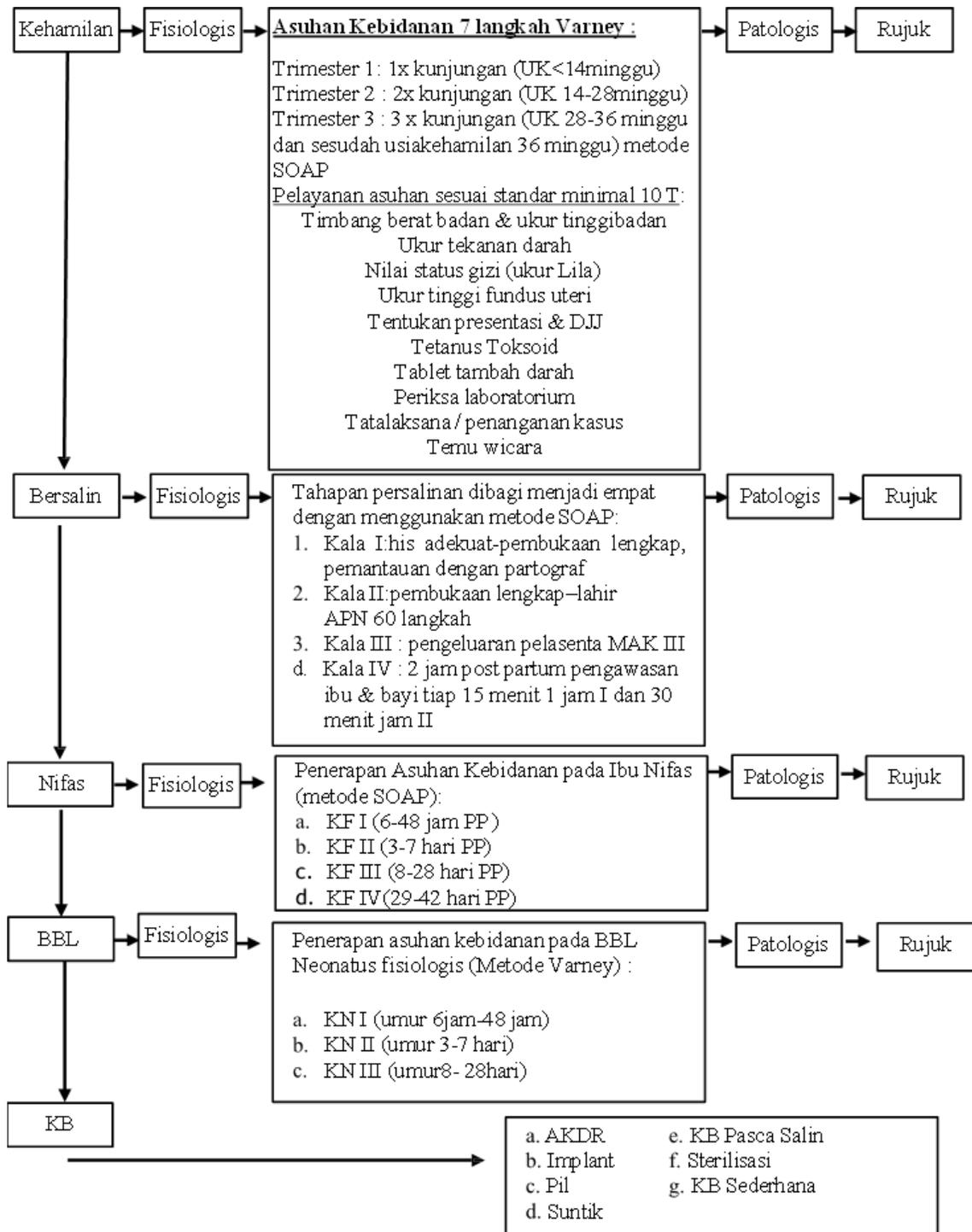
Menggambarkan pendokumentasian hasil analisa dan interpretasi data subjective dan objective dalam suatu identifikasi:

- a. Diagnosa atau masalah
- b. Antisipasi diagnosa lain atau masalah potensial.

P: Planning

Menggambarkan pendokumentasian dari perencanaan dan evaluasi berdasarkan assesment.

C. KerangkaPiker/ Kerangka Pemecahan Masalah



Gambar 2.2 Kerangka Pikir

