

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar

1. Kehamilan

a. Pengertian Kehamilan

Kehamilan adalah masa yang dimulai dari pembuahan sampai lahirnya janin dalam rahim. Usia Kehamilan dengan normal mulai dari 280 hari 40 minggu atau 9 bulan 7 hari. Pada Kehamilan akan terbagi menjadi 3 trimester diantaranya kehamilan trimester pertama mulai yang dimulai pada kehamilan 0–14 minggu kehamilan, kehamilan trimester kedua dimulai dari 14–28 minggu, dan kehamilan trimester ketiga mulai dari usia kehamilan 28–42 minggu (Prawirohardjo, 2018)

Manuaba (2016) memberikan definisi kehamilan secara berbeda. Kehamilan adalah suatu mata rantai yang berkesinambungan yang terdiri dari ovulasi (pematangan sel) lalu pertemuan ovum (sel telur) dan spermatozoa (sperma) terjadilah pembuahan dan pertumbuhan zigot kemudian bernidasi (penanaman) pada uterus dan pembentukan plasenta dan tahap akhir adalah tumbuh kembang hasil

konsepsi sampai aterm. Berdasarkan beberapa definisi kehamilan tersebut dapat disimpulkan bahwa kehamilan merupakan bertemunya sel telur dan sperma yang telah matang sehingga terjadilah nidasi dan tumbuh berkembang sampai aterm.

b. Proses Terjadinya Kehamilan

Peristiwa terjadinya kehamilan di antaranya yaitu :

1) Ovulasi

Proses kehamilan dimulai dari ovulasi yaitu keluarnya sel telur yang matang dari indung telur (ovarium). Setelah sel telur dilepaskan bergerak ke tuba fallopi, sel telur memiliki waktu 12 sampai 24 jam bertahan pada saluran reproduksi wanita menunggu sel sperma membuahi. Ovulasi terjadi kira – kira 14 hari sebelum menstruasi datang, sekitar dua minggu setelah hari pertama menstruasi terakhir (sering disebut masa subur). Jika tidak ada sel sperma yang masuk dan membuahi sel telur, maka tidak terjadi proses kehamilan dan sel telur akan bergerak menuju rahim (uterus) kemudian hancur. Kadar hormon yang dihasilkan korpus luteum tadi kembali normal sehingga lapisan rahim yang menebal tadi menjadi luruh, disebut menstruasi atau haid.

2) Konsepsi

Merupakan pertemuan antara inti ovum dengan inti spermatozoayang nantinya akan membentuk zigot (Manuaba, 2016).

3) Nidasi atau Implantasi

Setelah terbentuknya zigot yang dalam beberapa jam telah mampu membelah dirinya menjadi dua dan seterusnya serta berjalan terus menuju uterus, hasil pembelahan sel memenuhi seluruh ruangan dalam ovum, maka terjadilah proses penanaman blastula yang di namakan nidasi atau implantasiyang berlangsung pada hari ke 6 sampai 7 setelah konsepsi (Manuaba,2016).

c. Tanda-Tanda Kehamilan

1) Tanda Tidak Pasti Hamil

a) Peningkatan suhu basal tubuh

Kenaikan suhu basal lebih dari 3 minggu, kemungkinan adanya kehamilan. Kenaikan ini berkisar antara 37,2 °C sampai dengan 37,8 °C.

b) Perubahan warna kulit

Cloasma Gravidarum berupa berwarna kehitaman sekitar mata, hidung, dan pelipis yang umumnya terjadi pada kehamilan mulai 16 minggu. Warna akan semakin gelap jika terpapar sinar matahari.

Perubahan kulit lainnya bisa berupa hiperpigmentasi di sekitar aerola dan puting mammae, munculnya linea nigra yaitu pigmentasi pada linea medialis perut yang tampak jelas mulai dari pubis sampai umbilikus. Perubahan pada kulit terjadi karena rangsangan Melanotropin Stimulating Hormone/MSH. Striae gravidarum berupa garis-garis tidak teratur sekitar perut berwarna kecoklatan, dapat juga berwarna hitam atau ungu tua (striae livide) atau putih (striae albicans) yang terjadi dari jaringan kolagen yang retak diduga karena pengaruh adrenocortikosteroid. Seringkali terjadi bercak – bercak kemerahan (spider) karena kadar estrogen yang tinggi.

c) Perubahan Payudara

Pembesaran dan hipervaskularisasi mammae terjadi sekitar kehamilan 6 sampai 8 minggu. Pelebaran aerola dan menonjolnya kalenjer montgomery, karena rangsangan hormon steroid. Pengeluaran kolostrum biasanya kehamilan 16 minggu karena pengaruh prolaktin dan progesteron.

d) Pembesaran Perut

Biasanya tampak setelah 16 minggu karena pembesaran uterus. Ini bukan tanda diagnostik pasti

tapi harus dihubungkan dengan tanda kehamilan lain. Perubahan kurang dirasakan primigravida, karena kondisi otot – otot masih baik. Pembesaran perut mungkin dapat ditemui pada obesitas, kelemahan otot perut, tumor pelvik dan perut, ascites, hernia perut bagian depan.

e) Balotement

Pada kehamilan 16 sampai 20 minggu pemeriksaan palpasi kesan seperti ada masa yang keras, mengapung dan memantul di uterus. Dapat terjadi pada tumor uterus, mioma, acites, dan kista ovarium.

f) Kontraksi Uterus

Kontraksi uterus yang dirasakan seperti tertekan dan kencang, disebut kontraksi brackston Hicks. Uterus mudah terangsang oleh peninggian hormon oksitosin gejala ini biasanya mulai usia kehamilan 28 minggu pada primi dan semakin lanjut kehamilannya semakin sering dan kuat.

g) Tanda Chadwick dan Goodell

Terjadi perubahan warna pada vagina atau porsio menjadi kebiruan atau ungu yang disebut tanda chadwick. Perubahan konsistensi serviks menjadi lunak disebut tanda goodell.

2) TandaMungkinHamil

a) Amenorea

Haid dapat berhenti karena konsepsi namun dapat pula terjadi pada wanita dengan stres atau emosi, faktor hormonal, gangguan metabolisme, serta kehamilan yang terjadi pada wanita yang tidak haid karena menyusui ataupun sesudah kuretase. Amenorea penting dikenali untuk mengetahui hari pertama haid terakhir (HPHT) dan hari perkiraan lahir (HPL).

b) Mual dan muntah

Keluhan yang sering dirasakan wanita hamil sering disebut dengan morning sickness yang dapat timbul karena bau rokok, keringat, masakan, atau sesuatu yang tidak disenangi. Keluhan ini umumnya terjadi hingga usia 8 minggu hingga 12 minggu kehamilan.

c) Mengidam

Ibu hamil ingin makanan atau minuman atau menginginkan sesuatu. Penyebab mengidam ini belum pasti dan biasanya terjadi pada awal kehamilan.

d) Mastodynia

Pada awal kehamilan, mammae dirasakan membesar dan sakit. Ini karena pengaruh tingginya kadar hormon

estrogen dan progesteron. Keluhan nyeri payudara ini dapat terjadi pada kasus mastitis, ketegangan payudara, penggunaan pil KB.

e) Perubahan Berat Badan

Berat Badan Berat badan meningkat pada awal kehamilan karena perubahan pola makan dan adanya timbunan cairan berlebihan selama hamil.

f) Quickening

Ibu merasakan adanya gerakan janin untuk yang pertama kali. Sensasi ini bisa juga karena peningkatan peristaltik usus, kontraksi otot perut, atau pergerakan isi perut yang dirasakan seperti janin bergerak.

3) Tanda Pasti Hamil

a) Teraba bagian-bagian janin

Umumnya pada kehamilan 22 minggu janin dapat diraba pada wanita kurus dan otot perut relaksasi. Kehamilan 28 minggu jelas bagian janin dapat diraba demikian pula gerakan janin dapat dirasakan oleh ibu.

b) Gerakan Janin

Pada kehamilan 20 minggu gerakan janin dapat dirasakan oleh pemeriksa.

c) Terdengar Denyut Jantung Janin

Dengan menggunakan ultrasound denyut jantung janin dapat terdengar pada usia 6 sampai 7 minggu. Jika

menggunakan dopler pada usia 12 minggu sedangkan jika menggunakan stetoskop leannec 18 minggu. Frekuensi deyt jantung janin antara 120 sampai dengan 160 kali permenit yang akan jelas terdengar bila ibu tidur terlentang atau miring dengan punggung bayi di depan.

d) Ultrasonografi

USG dapat digunakan pada umur kehamilan 4 sampai 5 minggu untuk memastikan kehamilan dengan melihat adanya kantong gestasi, gerakan janin dan denyut jantung janin.

d. Perubahan Fisiologi Pada Masa Kehamilan

1) Sistem Reproduksi

a) Uterus

Selama kehamilan uterus akan beradaptasi untuk menerima dan melindungi hasil konsepsi (janin, plasenta dan amnion) sampai persalinan. Uterus mempunyai kemampuan yang luar biasa untuk bertambah besar dengan cepat selama kehamilan dan pulih kembali seperti keadaan semula dalam beberapa minggu setelah persalinan. Pada perempuan tidak hamil uterus memiliki berat 70 g dan kapasitas 10 ml atau kurang. Selama

kehamilan uterus akan berubah menjadi suatu organ yang mampu menampung janin, plasenta dan cairan amnion rata-rata pada akhir kehamilan volume totalnya mencapai 51 bahkan mencapai 201 atau lebih dengan berat rata-rata 1100 gram.

b) Vagina dan Perineum

Pada ibu hamil vagina terjadi hipervaskularisasi menimbulkan warna merah ungu kebiruan yang disebut tanda Chadwick. Vagina ibu hamil berubah menjadi lebih asam, keasaman (pH) berubah dari 4 menjadi 6,5 sehingga menyebabkan wanita hamil lebih rentan terhadap infeksi vagina terutama infeksi jamur. Hipervaskularisasi pada vagina dapat menyebabkan hypersensitivitas sehingga dapat meningkatkan libido atau keinginan atau bangkitan seksual terutama pada kehamilan trimester dua.

c) Ovarium

Sejak kehamilan 16 minggu, fungsi diambil alih oleh plasenta, terutama fungsi produksi progesteron dan estrogen. Selama kehamilan ovarium tenang/beristirahat. Tidak terjadi pembentukan dan pematangan folikel baru, tidak terjadi ovulasi, tidak terjadi siklus hormonal menstruasi.

2) Payudara (Mammae)

Pengaruh estrogen, progesteron dan somatotropin menimbulkan deposit lemak, air dan garam pada payudara. Payudara membesar dan tegang, ujung saraf tertekan menyebabkan rasa sakit terutama pada kehamilan pertama. Perubahan lain seperti pigmentasi, puting susu lebih menonjol, sekresi kolostrum dan pembesaran vena semakin bertambah seiring perkembangan kehamilan.

3) Kulit

Pengaruh hormon kehamilan merangsang pigmentasi kulit di beberapa tempat :

- a) Daerah pipi : Cloasma gravidarum (penghitaman pada daerah dahi, hidung, pipi dan leher)
- b) Daerah leher : Terlihat tampak lebih hitam
- c) Dinding perut : Strie livide / gravidarum yaitu tanda yang dibentuk akibat serabut-serabut elastis lapisan kulit terdalam terpisah dan putus/merenggang, berwarna kebiruan, kadang dapat menyebabkan rasa gatal (pruritus), linea alba atau garis keputihan pada perut menjadi lebih hitam (linea nigra atau garis gelap vertikal mengikuti garis perut (dari pusat simpisis)
- d) Sekitar payudara : Hiperpigmentasi areola mammae. Pigmentasi areola berbeda pada tiap wanita, ada yang

merah muda pada wanita kulit putih, coklat tua pada wanita kulit coklat dan hitam pada wanita kulit hitam. Selain itu, kelenjar montgomeri menonjol dan pembuluh darah sekitar payudara.

4) Sistem Kardiovaskuler

Sejak pertengahan kehamilan pembesaran uterus akan menekan vena cava inferior dan aorta bawah ketika berada dalam posisi terlentang. Penekanan vena cava inferior ini akan mengurangi darah balik vena ke jantung. Akibatnya terjadi penurunan preload dan cardiac output menyebabkan hipotensi arterial yang dikenal sindrom hipotensi supine dan pada keadaan yang cukup berat akan mengakibatkan ibu kehilangan kesadaran. Penekanan pada aorta ini juga akan mengurangi aliran darah uteroplasenta ke ginjal. Selama trimester terakhir posisi terlentang akan membuat fungsi ginjal menurun jika dibandingkan posisi miring.

5) Sistem Pernafasan

Kebutuhan oksigen selama hamil meningkat 15-20% sehingga terjadi peningkatan inspirasi dan ekspirasi dalam pernafasan. Semakin bertambah usia kehamilan dan pembesaran rahim, wanita hamil sering mengeluh sesak dan pendek napas disebabkan penekanan pada diafragma akibat dorongan rahim yang membesar. Kerja jantung dan

paru bertambah berat selama hamil, jantung memompa darah untuk ibu dan janin, paru-paru menghisap zat asam (pertukaran O₂ dan CO₂) untuk kebutuhan ibu dan janin.

6) Sistem Perkemihan

Selama kehamilan ginjal bekerja lebih berat karena menyaring darah, volume darah meningkat 30%-50% atau lebih. Hemodelusi menyebabkan metabolisme air lancar sehingga pembentukan air seni bertambah. Pembesaran uterus menekan kandung kemih menyebabkan sering berkemih. Gejala akan menghilang pada trimester 2 kehamilan dan muncul kembali pada akhir trimester 3 karena turunnya kepala janin ke rongga panggul yang menekan kandung kemih.

7) Sistem Pencernaan

Estrogen dan HCG meningkat dengan efek samping mual dan muntah-muntah, Apabila mual muntah terjadi pada pagi hari disebut Morning Sickness. Selain itu terjadi juga perubahan peristaltic dengan gejala sering kembung, dan konstipasi. Pada keadaan patologik tertentu dapat terjadi muntah-muntah banyak sampai lebih dari 10 kali per hari (hiperemesis gravidarum). Aliran darah ke panggul dan tekanan vena yang meningkat dapat mengakibatkan hemoroid pada akhir kehamilan. Hormon estrogen juga

dapat mengakibatkan gusi hyperemia dan cenderung mudah berdarah. Tidak ada peningkatan sekresi saliva, meskipun banyak ibu hamil mengeluh merasa kelebihan saliva (ptialisme), perasaan ini kemungkinan akibat dari ibu hamil tersebut dengan tidak sadar jarang menelan saliva ketika merasa mual sehingga terkesan saliva menjadi banyak.

8) Kenaikan Berat Badan (BB)

Pertambahan berat badan ibu hamil dipengaruhi oleh perubahan fisiologis selama hamil, karakteristik lain dan faktor biologis (metabolisme plasenta). Fungsi plasenta sebagai perantara ibu dan janin. Perubahan homeostatis dapat merubah struktur dan fungsi plasenta berdampak terhadap kondisi pertumbuhan janin. Plasenta mempengaruhi sistem metabolisme ibu karena adanya perubahan hormon insulin sehingga berakibat pada pertambahan berat badan ibu hamil.

Tabel 1. Penambahan berat badan

Kehamilan bulan ke	Presentasi perubahan berat badan
0–3	10%
3–5	25%
5–7	45%
7–9	20%

Sumber: (Walyani, 2015)

Tabel 2. Penambahan berat badan pada bagian-bagiannya

Bagian Tubuh	Penambahan
Berat janin	2,5 – 3,5
Plasenta	+/- 0,5 kg
Cairan ketuban	0,5 – 1 kg
Darah	+/- 2 kg
Rahim	0,5 – 1 kg
Payudara	+/- 0,5 kg
Cadangan lemak	+/- 3 – 5 kg

Sumber : (Walyani, 2015)

e. Perubahan Psikologis Pada Masa Kehamilan

1) Trimester I

Pada awal kehamilan sering muncul perasaan ambivalen dimana ibu hamil merasa ragu terhadap kenyataan bahwa dirinya hamil. Ambivalen dapat terjadi sekalipun kehamilan ini direncanakan dan sangat diharapkan. Gambaran respon terhadap ambivalen iniyaitu selama beberapa minggu awal kehamian apakah ibu hamil atau tidak serta menghabiskan banyak waktu untuk membuktikan kehamilan.

Pada trimester I ini saat terjadi labilitas emosional, yaitu perasaan yang mudah berubah dalam waktu singkat dan tak dapat diperkirakan. Dapat timbul perasaan khawatir seandainya bayi yang dikandungnya cacat atau tidak sehat,

khawatir akan jatuh, cemas dalam melakukan hubungan seksual dan sebagainya.

2) Trimester II

Di trimester kedua ini ibu hamil akan mengalami dua fase, yaitu fase praquickening dan pasca – quickening. Di masa fase praquickening ibu hamil akan mengalami lagi dan mengevaluasi kembali semua aspek hubungan yang dia alami dengan ibunya sendiri. Di trimester kedua sebagian ibu hamil akan mengalami kemajuan dalam hubungan seksual. Hal itu disebabkan di trimester kedua relatif terbebas dari segala ketidaknyamanan fisik, kecemasan, kekhawatiran yang sebelumnya menimbulkan ambivalensi pada ibu hamil kini mulai mereda dan menuntut kasih sayang dari pasangan maupun dari keluarganya (Prawirohardjo, 2018).

3) Trimester III

Trimester ini ibu merasa tidak sabar menunggu kelahiran bayinya. Kadang – kadang ibu merasa khawatir bahwa bayinya akan lahir sewaktu-waktu ini menyebabkan ibu meningkatkan kewaspadaannya akan timbulnya tanda dan gejala akan terjadinya persalinan. Respon terhadap perubahan gambaran diri yaitu ibu merasa dirinya aneh dan jelek. Ibu mulai merasa sedih karena akan berpisah dari bayinya dan kehilangan perhatian khusus yang diterima

selama hamil. Pada trimester inilah ibu memerlukan ketenangan dan dukungan yang lebih dari suami, keluarga dan bidan. Trimester ini adalah saat persiapan aktif untuk kelahiran bayi dan menjadi orang tua. (Prawirohardjo, 2018)

f. Tanda dan Bahaya Pada Masa Kehamilan

1) Perdarahan Pervaginam

Pada masa awal sekali kehamilan ibu mungkin akan mengalami perdarahan yang sedikit atau spotting disekitar waktu pertama haid terlambat. Pada waktu yang lain dalam kehamilan perdarahan kecil mungkin pertanda darifriable cervix. Perdarahan pada awal kehamilan yang tidak normal ditandai dengan perdarahan yang banyak, berwarna merah segar dan dapat disertai rasa sakit. (Jannah, 2017).

2) Sakit kepala yang hebat

Sakit kepala pada masa kehamilan sering terjadi dan dapat memberi rasa tidak nyaman. Sakit kepala yang menunjukkan suatu masalah yang serius adalah sakit kepala yang hebat, menetap dan tidak hilang dengan istirahat. Terkadang sakit kepala yang hebat menjadikan pandangan mata ibu menjadi kabur atau berbayang. Sakit kepala jenis ini menandakan gejala preeklampsia (Jannah, 2017)

3) Gangguan penglihatan

Pandangan kabur karena akibat pengaruh hormonal dalam masa kehamilan. Masalah penglihatan yang mengindikasikan keadaan yang mengancam jiwa adalah perubahan visual secara mendadak, misalnya pandangan kabur atau berbayang dan berbintik-bintik, perubahan penglihatan mungkin disertai dengan sakit kepala yang hebat (Jannah, 2017)

4) Bengkak pada muka dan tangan

Sebagian besar ibu akan mengalami yang namanya bengkak pada masa kehamilan, yang normal pada kaki yang biasanya muncul pada sore hari dan biasanya hilang setelah beristirahat atau saat kaki diletakkan lebih tinggi. Bengkak dapat menunjukkan adanya masalah serius apabila muncul pada permukaan muka, dan tangan, dan akan hilang setelah beristirahat dan biasanya akan diikuti dengan keluhan fisik yang lain. (Jannah, 2017).

5) Nyeri abdomen yang hebat

Nyeri perut akut (acute abdomen) merupakan keluhan yang sering didapatkan pada ibu hamil. Nyeri perut akut adalah setiap keadaan akut intra abdomen ditandai dengan rasa nyeri, otot perut tegang, nyeri tekan serta

memerlukan tindakan bedah emergensi (Prawirohardjo, 2018)

6) Gerakan janin berkurang

Ibu mulai merasakan gerakan janin pada bulan ke 5 atau ke 6. Janin harus bergerak paling sedikit 3 kali dalam periode jam, gerakan janin lebih mudah terasa jika ibu berbaring atau beristirahat dan jika ibu makan dan minum dengan baik. Tanda bahaya adalah bila gerakan janin mulai berkurang bahkan tidak ada sama sekali (Kuswanti, 2014)

7) Demam

Demam menunjukkan adanya infeksi, hal ini berbahaya bagi ibu maupun janin. Oleh karena itu harus segera mendapatkan pertolongan dari bidan maupun dokter (Kuswanti, 2014)

8) Keluar cairan pervaginam secara tiba – tiba

Keluar cairan berupa air dari vagina setelah kehamilan 22 minggu, ketuban pecah dini jika terjadi sebelum proses persalinan berlangsung. Pecahnya selaput ketuban dapat terjadi pada sebelum kehamilan 37 minggu maupun kehamilan aterm (Prawirohardjo, 2018)

9) Keluar ketuban sebelum waktunya

Harus dapat membedakan antara air kencing dengan air ketuban. Jika keluaranya cairan ibu tidak terasa, berbau amis, dan warnanya putih keruh, berarti yang keluar adalah air ketuban. Jika kehamilan belum cukup bulan, dapat menyebabkan adanya persalinan preterm dan komplikasi infeksi intrapartum.

10) Berat badan ibu tidak naik

Jika berat badan ibu hamil tidak naik sebagaimana mestinya, hal ini dapat menimbulkan sejumlah gangguan kesehatan serius yang juga berdampak pada ibu dan kondisi janin dalam kandungan. Jika berat badan ibu hamil tidak naik sesuai dengan berat yang dianjurkan, maka kondisi tersebut berisiko menimbulkan gangguan kesehatan pada ibu maupun janin, seperti kelahiran prematur hingga berat badan lahir rendah pada bayi. Disamping itu juga berat badan yang tidak bertambah pada ibu hamil dikhawatirkan merupakan faktor dari anemia pada kehamilan. Kenaikan berat badan normal selama hamil berkisar antara 11 – 16 kg. Pada trimester pertama, ibu hamil dapat mengalami kenaikan berat badan 2 – 4 kg. Pada trimester selanjutnya sampai kelahiran, berat badan akan mengalami peningkatan

sekitar 0,5 – 1,5 kg setiap minggunya. (Prawirohardjo, 2018)

g. Asuhan Kehamilan (Antenatal Care)

1) Pengertian Antenatal Care

Antenatal Care (ANC) merupakan pelayanan kesehatan oleh tenaga profesional yang diberikan kepada ibu selama masa kehamilan yang dilaksanakan sesuai dengan standar pelayanan antenatal. Pemeriksaan ini bertujuan memeriksa keadaan ibu dan janin secara berkala diikuti dengan upaya koreksi terhadap penyimpangan yang ditemukan, dengan standar 6 kali kunjungan sebagai upaya menurunkan angka kematian prenatal dan kualitas perawatan pada frekuensi pelayanan antenatal oleh Kemenkes ditetapkan 6 kali kunjungan ibu hamil dalam pelayanan antenatal, selama kehamilan dengan ketentuan 2 kali pada trimester pertama atau K1 (UK 0 – 12 minggu), 1 kali pada trimester kedua (UK > 13 minggu – 27 minggu) dan 3 kali pada trimester ketiga atau K4 (UK > 28 minggu – lahir) (Kemenkes, 2020)

2) Tujuan Antenatal Care

Menurut (Jannah, 2017), tujuan antenatal care adalah:

- a) Memantau kemajuan kehamilan untuk memastikan kesehatan, serta kesejahteraan janin dan bayi.
- b) Meningkatkan dan mempertahankan kesehatan fisik, maternal, sosial ibu dan bayi.
- c) Mempersiapkan persalinan cukup bulan, melahirkan dengan selamat ibu dan bayinya dengan trauma seminimal mungkin.
- d) Mendukung dan mendorong penyesuaian psikologis dalam kehamilan, melahirkan, menyusui dan menjadi orang tua.
- e) Mempersiapkan ibu agar masa nifas berjalan normal, dan dalam pemberian ASI eksklusif.
- f) Mempersiapkan peran ibu dan keluarga dalam menerima kelahiran bayi agar dapat tumbuh dan berkembang secara normal.

3) Pelayanan Antenatal Care

Standar pelayanan kebidanan pada kehamilan menurut (Varney, Kriebs and Gegor, 2007) adalah sebagai berikut:

a) Standar 1 (Identifikasi Ibu Hamil)

Bidan melakukan kunjungan rumah dan berinteraksi dengan masyarakat secara berkala untuk memberikan

penyuluhan dan memotivasi ibu, suami dan anggota keluarganya agar mendorong ibu untuk memeriksakan kehamilannya sejak dini dan secara teratur.

b) Standar 2 (Pemeriksaan dan Pemantauan)

Pemeriksaan meliputi anamnesis dan pemantauan ibu dan janin dengan seksama dengan melakukan 10 T. Pelayanan tersebut dikelompokkan dalam usia kehamilan menjadi trimester I, trimester II dan trimester III. Dalam pemeriksaan antenatal, selain kuantitas (frekuensi kunjungan), perlu diperhatikan pula kualitas pemeriksaannya. Menurut (Kemenkes, 2020), yaitu :

(1) Timbang Berat Badan dan Tinggi Badan

Pertambahan berat badan hamil sesuai dengan Indeks Massa Tubuh (IMT) seseorang. Namun secara perlahan berat badan ibu hamil akan bertambah antara 11,5 – 16 kg selama kehamilan berlangsung, atau 0,5 kenaikan perminggu atau 2 kg/bulan. Penimbangan dilakukan pada setiap kali kunjungan antenatal.

Pengukuran tinggi badan dilakukan pada pertama kali kunjungan. Mengukur tinggi badan salah satu tujuan deteksi dini kehamilan dengan faktor resiko, dimana bila tinggi badan ibu hamil

kurang dari 145 cm atau dengan kelainan bentuk panggul dan tulang belakang.

(2) Ukur Tekanan Darah

Setiap kali kunjungan antenatal dilakukan pengukuran darah untuk mendeteksi adanya hipertensi (tekanan darah \geq 140/90 mmHg) pada kehamilan dan preeklamsia (hipertensi disertai dengan edema wajah dan atau tungkai bawah, dan proteinuria)

(3) Tetapkan status gizi (LILA)

Pengukuran LILA hanya dilakukan pada kontak pertama oleh tenaga kesehatan di trimester I untuk skrining ibu hamil beresiko Kurang Energi Kronik (KEK) yaitu ibu hamil yang mengalami kekurangan gizi dan telah berlangsung lama (beberapa bulan/tahun) dimana LILA kurang dari 23,5 cm. Ibu hamil dengan KEK dapat melahirkan Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR).

(4) Ukur Tinggi Fundus Uteri

Pengukuran tinggi fundus pada setiap kali kunjungan antenatal untuk mendeteksi pertumbuhan janin sesuai atau tidak dengan umur kehamilan. Jika tinggi fundus tidak sesuai dengan

umur kehamilan akan terjadi gangguan pertumbuhan janin. Pada standar pengukuran menggunakan pita pengukur setelah usia kehamilan 24 minggu.

Tabel 3. Tinggi Fundus Uteri Dalam Usia Kehamilan

Tinggi Uteri	Fundus	Usia Kehamilan Dalam Minggu
12 cm		12
16 cm		16
20 cm		20
24 cm		24
28 cm		28
32 cm		32
36 cm		36
37 cm		40

(5) Pemberian Imunisasi Tetanus Toksoid (TT) Lengkap

Ibu hamil harus mendapatkan imunisasi TT lengkap untuk mencegah terjadinya tetanus neonatorum. Pada saat kunjungan pertama ibu hamil dilakukan skrinning status imunisasinya. Pemberian status imunisasi TT ibu hamil disesuaikan dengan status imunisasi TT ibu saat ini.

Ibu hamil minimal memiliki status imunisasi T2 untuk melindungi dari infeksi tetanus. Ibu hamil dengan status imunisasi T5 tidak diperlukan imunisasi TT lagi.

Tabel 4. Pemberian Imunisasi TT

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

(6) Pemberian Tablet Besi

Minimal 90 tablet selama kehamilan. Pada ibu hamil diberikan tablet tambah darah untuk mengurangi resiko defisiensi zat besi pada ibu hamil. Defisiensi zat besi dapat terjadi tanda bahaya bagi ibu hamil mengakibatkan resiko komplikasi pada saat persalinan dan resiko melahirkan bayi berat badan rendah.

(7) Tentukan Presentasi Janin dan Hitung DJJ

Menentukan presentasi janin dapat dilakukan pada akhir trimester II dan selanjutnya pada setiap kali kunjungan antenatal. Pemeriksaan ini bertujuan untuk mengetahui letak janin. Penghitungan DJJ dilakukan pada akhir trimester I dan selanjutnya setiap kali pada kunjungan antenatal. Detak jantung janin normalnya yaitu 120 – 160 x/menit. Jika lebih atau kurang dari normal yaitu menunjukkan adanya gawat janin.

(8) Temu Wicara (Konseling dan pemecahan masalah)

Temu wicara dilakukan pada ibu hamil oleh petugas kesehatan pada setiap kali kunjungan.

Tindakan bidan dalam melakukan temu wicara antara lain:

- (a) Kesehatan ibu
- (b) Perilaku hidup bersih dan sehat
- (c) Peran suami / keluarga dalam kehamilan dan perencanaan persalinan
- (d) Tanda bahaya kehamilan serta menghadapi komplikasi
- (e) Asupan gizi seimbang
- (f) Gejala penyakit menular dan tidak menular
- (g) Penawaran untuk melakukan tes HIV dan konseling di daerah epidemi meluas dan terkonsentrasi atau ibu hamil dengan IMS dan TB di daerah epidemi rendah
- (h) KB pasca persalinan

(9) Tatalaksana Kasus

Jika ibu hamil ditemukan penyakit setelah tes laboratorium, ibu hamil tersebut mendapatkan penanganan khusus oleh petugas kesehatan. Kasus – kasus yang dapat ditangani dirujuk sesuai dengan sistem rujukan.

(10) Tes Laboratorium

Pada standar asuhan pelayanan kehamilan terdapat tes laboratorium yaitu guna ibu hamil dan petugas kesehatan dapat mendeteksi penyakit

yang diderita ibu. Pemeriksaan laboratorium yang harus dilakukan setiap ibu hamil yaitu golongan darah, hemoglobin, protein dalam urin, kadar gula darah, sifilis dan HIV.

c) Standar 3 (Palpasi Abdominal)

Bidan melakukan pemeriksaan abdomen dengan seksama melakukan partisipasi untuk memperkirakan usia kehamilan. Bila umur kehamilan bertambah, memeriksa posisi, bagian terendah, masuknya kepala janin ke dalam rongga panggul, untuk mencari kelainan serta melakukan rujukan tepat waktu.

d) Standar 4 (Pengelolaan Anemia pada Kehamilan)

Bidan melakukan tindakan pencegahan, penemuan, penanganan dan rujukan semua kasus anemia pada kehamilan sesuai dengan ketentuan yang berlaku.

e) Standar 5 (Pengelolaan Dini Hipertensi pada Kehamilan)

Bidan menemukan secara dini setiap kenaikan tekanan darah pada kehamilan dan mengenali tanda serta gejala preeklamsia lainnya serta mengambil tindakan yang tepat dan merujuknya.

f) Standar 6 (Persiapan Persalinan)

Bidan memberikan saran yang tepat kepada ibu hamil, suami serta keluarganya pada trimester ketiga, untuk

memastikan bahwa persiapan persalinan yang bersih dan aman serta suasana yang menyenangkan akan direncanakan dengan baik, di samping persiapan transportasi dan biaya untuk merujuk, bila tiba-tiba terjadi keadaan gawat darurat

2. Persalinan

a. Pengertian Persalinan

Persalinan menurut WHO adalah persalinan yang dimulai secara spontan, beresiko rendah pada awal persalinan, dan tetap demikian selama proses persalinan. Bayi dilahirkan secara spontan dalam presentasi belakang kepala pada usia kehamilan antara 37 minggu sampai dengan 42 minggu lengkap. Setelah persalinan ibu maupun bayi berada dalam kondisi sehat. (Organization, 2019)

Persalinan merupakan proses membuka dan menipisnya serviks dan janin turun ke dalam jalan lahir kemudian berakhir dengan pengeluaran bayi yang cukup bulan atau hampir cukup bulan atau dapat hidup diluar kandungan disusul dengan pengeluaran plasenta dan selaput janin dari tubuh ibu melalui jalan lahir atau bukan jalan lahir, dengan bantuan atau tanpa bantuan (kekuatan sendiri). (Organization, 2019)

`Faktor Yang Mempengaruhi Persalinan

1) Faktor Passage (Jalan Lahir)

Keadaan jalan lahir atau passage terdiri atas panggul ibu, yakni bagian tulang keras, dasar panggul, vagina dan introitus. Panggul terdiri atas bagian keras dan bagian lunak.

2) Faktor Power (Tenaga Mengejan)

Tenaga mengejan power meliputi his (kontraksi ritmis otot polos uterus), kekuatan mengejan ibu, keadaan kardiovaskular, respirasi dan metabolik ibu. Ibu melakukan kontraksi involunter dan volunter secara bersamaan untuk mengeluarkan janin dan plasenta dari uterus. Kontraksi uterus involunter, yang disebut kekuatan primer, menandai permulaan persalinan.

3) Faktor Passanger (Janin dan Plasenta)

Cara penumpang (passanger) atau janin bergerak disepanjang jalan lahir merupakan akibat interaksi beberapa faktor, yakni ukuran kepala janin, presentasi, letak, sikap dan posisi janin, karena harus melalui jalan lahir, plasenta juga dianggap sebagai penumpang yang menyertai janin. Akan tetapi, plasenta jarang menghambat proses persalinan pada kelahiran normal.

4) Faktor psikologi ibu

Kondisi psikologi ibu mempengaruhi proses persalinan. Dukungan mental berdampak positif bagi keadaan psikis ibu, yang berpengaruh pada kelancaran proses persalinan.

5) Faktor penolong

Pengetahuan dan kompetensi yang baik yang di miliki penolong, diharapkan tidak terjadi kesalahan atau malpraktik dalam memberikan asuhan (Jannah, 2017)

b. Mekanisme Persalinan

Menurut (Walyani, 2015) Gerakan – gerakan utama dari mekanisme persalinan adalah sebagai berikut:

1) Penurunan Kepala

Pada primigravida, masuknya kepala kedalam pintu atas panggul biasanya sudah terjadi pada bulan terakhir pada kehamilan, tetapi pada multigravida biasanya baru terjadi pada permulaan persalinan. Masuknya kepala melewati pintu atas panggul (PAP) dapat dalam keadaan asinklitismus yaitu bila sutura sagitalis terdapat di tengah-tengah jalan lahir tepat diantara simfisis dan promontorium.

2) Fleksi

Pada persalinan, kepala bayi dalam keadaan fleksi yang ringan dengan majunya kepala biasanya fleksi juga

bertambah Pada pergerakan ini, dagu dibawah lebih dekat kearah dada janin sehingga ubun-ubun kecil lebih rendah dari ubun-ubun besar. Hal ini disebabkan karena adanya tahanan dari dinding serviks, dinding pelvis, dan lantai pelvis.

3) Rotasi Dalam (Putaran Paksi Dalam)

Putaran paksi dalam adalah pemutaran dari bagian depan sehingga bagian terendah dari bagian depan janin memutar ke depan ke bawah simfisis. Pada presentasi belakang kepala, bagian yang terendah ialah daerah ubun – ubun kecil dan bagian inilah yang akan memutar kedepan kearah simfisis.

4) Ekstensi

Sesudah kepala janin sampai didasar panggul dan ubun – ubun kecil berada dibawah simfisis, maka terjadilah ekstensi dari kepala janin. Hal ini disebabkan karena sumbu jalan lahir pada pintu bawah panggul mengarah kedepan dan keatas sehingga kepala harus mengadakan fleksi untuk melewatinya.

5) Rotasi Luar (Putaran Paksi Luar)

Kepala yang sudah lahir selanjutnya mengalami restitusi yaitu kepala bayi memutar kembali kearah punggung anak untuk menghilangkan torsi pada leher yang terjadi

karena putaran paksi dalam. Bahu melintasi pintu dalam keadaan miring. Didalam rongga panggul, bahu akan menyesuaikan diri dengan bentuk panggul yang dilaluinya sehingga didasar panggul setelah kepala bayi lahir, bahu mengalami putaran dalam dimana ukuran bahu menempatkan diri dalam diameter anteroposterior dari pintu bawah panggul.

6) Ekspulsi

Setelah putaran paksi luar, bahu depan sampai dibawah simfisis dan menjadi hipomochlion untuk kelahiran bahu belakang. Setelah kedua bahu bayi lahir, selanjutnya seluruh badan bayi dilahirkan searah sumbu jalan lahir.

c. Tahap-tahap persalinan

1) Kala I Persalinan

Kala I atau kala pembukaan berlangsung dari pembukaan nol (0 cm) sampai pembukaan lengkap (10 cm). Kala I untuk primigravida berlangsung 12 jam, sedangkan multigravida sekitar 8 jam. Berdasarkan kuva Friedman, diperhitungkan pembukaan primigravida 1 cm/Jam dan pembukaan multigravida 2 cm/ jam.

Kala I (Pembukaan) dibagi menjadi dua fase, yakni:

a) Fase Laten

(1) Pembukaan serviks berlangsung lambat

(2) Pembukaan 0 sampai pembukaan 3 cm

(3) Berlangsung dalam 7 – 8 jam

b) Fase Aktif

Berlangsung selama 6 jam dan dibagi menjadi tiga subfase.

(1) Periode akselerasi: Berlangsung 2 jam, pembukaan menjadi 4 cm

(2) Periode dilatasi maksimal (steady): selama 2 jam, pembukaan berlangsung cepat menjadi 9 cm

(3) Periode deselerasi: Berlangsung lambat, dalam waktu 2 jam pembukaan menjadi 10 cm atau lengkap (Prawirohardjo, 2018)

2) Kala II Persalinan

Kala II adalah kala pengeluaran bayi, dimulai dari pembukaan lengkap sampai bayi lahir. Uterus dengan kekuatan hisnya ditambah kekuatan meneran akan mendorong bayi lahir. Proses ini biasanya berlangsung 2 jam pada primigravida dan 1 jam pada multigravida. Diagnosis persalinan kala II ditegakkan dengan melakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan pembukaan sudah lengkap dan kepala janin sudah tampak di vulva dengan diameter 5 – 6 cm (Prawirohardjo, 2018)

Gejala utama kala II, yaitu:

- a) His semakin kuat dengan interval 2 – 3 menit, dengan durasi 50 – 100 detik.
- b) Menjelang akhir kala I, ketuban pecah yang ditandai dengan pengeluaran cairan secara mendadak.
- c) Ketuban pecah pada pembukaan mendekati lengkap diikuti keinginan meneran karena tertekannya fleksus frankenhouser.
- d) Dua kekuatan, yaitu his dan meneran akan mendorong kepala bayi sehingga kepala membuka pintu: oksiput bertindak sebagai hipomoklion, berturut-turut lahir ubun-ubun besar dahi, hidung dan muka, serta kepala seluruhnya.
- e) Kepala lahir seluruhnya dan diikuti oleh putaran paksi luar, yaitu penyesuaian kepala pada punggung.
- f) Setelah putaran paksi luar berlangsung, maka persalinan bayi ditolong dengan jalan berikut:
 - (1) Pegang kepala pada tulang oksiput dan bagian bawah dagu, kemudian ditarik ke bawah untuk melahirkan bahu anterior, dan keatas untuk melahirkan bahu posterior.

(2) Setelah kedua bahu dilahirkan, menelusurkan tangan mulai kepala bayi yang berada dibagian bawah kearah perineum, membiarkan bahu dengan lengan posterior lahir ketangan tersebut. Mengendalikan kelahiran siku dan tangan bayi saat melewati perineum, gunakan lengan bagian bawah untuk menyangga tubuh bayi saat dilahirkan. Menggunakan tangan anterior (bagian atas) untuk mengendalikan siku dan tangan anterior bayi saat keduanya lahir. Setelah tubuh dari lengan lahir, menelusurkan tangan yang ada diatas (anterior) dari punggung kearah kaki bayi untuk menyangganya saat punggung kaki lahir, memegang kedua mata kaki bayi dengan hati-hati membantu kelahiran kaki.

g) Lamanya kala II untuk primigravida 50 menit dan multigravida 30 menit. (Prawirohardjo, 2018).

3) Kala III Persalinan

Kala III adalah waktu untuk pelepasan dan pengeluaran plasenta. Setelah kala II yang berlangsung tidak lebih dari 30 menit, kontraksi uterus berhenti sekitar 5 – 10 menit. Dengan lahirnya bayi dan proses retraksi

uterus, maka plasenta lepas dari lapisan Nitabusch. Lepasnya plasenta sudah dapat diperkirakan dengan memperhatikan tanda-tanda pelepasan plasenta, yaitu:

- a) Uterus menjadi berbentuk bundar (globuler)
 - b) Uterus terdorong keatas, karena plasenta dilepas ke segmen bawah Rahim
 - c) Tali pusat bertambah Panjang
 - d) Terjadi perdarahan (Prawirohardjo, 2018)
- 4) Kala IV Persalinan

Setelah plasenta lahir lakukan rangsangan taktil (masase uterus) yang bertujuan untuk merangsang uterus berkontraksi baik dan kuat. Lakukan evaluasi tinggi fundus dengan meletakkan jari tangan secara melintang dengan pusat sebagai patokan. Lakukan evaluasi keadaan umum ibu dan dokumentasikan semua asuhan dan temuan selama persalinan kala IV (Prawirohardjo, 2016). Kala IV dimulai dari lahirnya plasenta selama 1 – 2 jam. Kala IV dilakukan observasi terhadap perdarahan pasca persalinan, paling sering terjadi 2 jam pertama.

Observasi yang dilakukan adalah sebagai berikut:

- (a) Tingkat kesadaran pasien

- (b) Pemeriksaan tanda-tanda vital: tekanan darah, nadi, suhu, dan pernafasan.
- (c) Kontraksi uterus
- (d) Terjadinya perdarahan. Perdarahan dianggap masih normal bila jumlahnya tidak melebihi 400 – 500 cc.
(Prawirohardjo, 2018)

Asuhan kala IV persalinan adalah sebagai berikut:

- (a) Pemeriksaan fundus setiap 15 menit pada jam pertama dan setiap 30 menit jam ke 2. Jika kontraksi uterus tidak kuat, masase uterus sampai menjadi keras.
- (b) Periksa tekanan darah, nadi, kandung kemih, dan perdarahan tiap 15 menit pada jam pertama dan 30 menit pada jam ke 2.
- (c) Anjurkan ibu untuk minum untuk mencegah dehidrasi.
- (d) Bersihkan perineum dan kenakan pakaian yang bersih dan kering.
- (e) Biarkan ibu beristirahat karena telah bekerja keras melahirkan bayinya, bantu ibu posisi yang nyaman.
- (f) Biarkan bayi di dekat ibu untuk meningkatkan hubungan ibu dan bayi.
- (g) Bayi sangat bersiap segera setelah melahirkan. Hal ini sangat tepat untuk memberikan ASI

- (h) Pastikan ibu sudah buang air kecil tiga jam pascapersalinan.
- (i) Anjurkan ibu dan keluarga mengenal bagaimana memeriksa fundus dan menimbulkankontraksi serta tanda-tanda bahaya ibu dan bayi (Prawirohardjo, 2018)

d. Perubahan Fisiologi Pada Masa Persalinan

1) Perubahan fisiologis kala I:

- a) Tekanan darah.
- b) Metabolisme
- c) Suhu tubuh
- d) Detak Jantung
- e) pernapasan

2) Perubahan fisiologis kala II:

Kala II merupakan peristiwa normal yang diakhiri dengan kelahiran normal tanpa intervensi. Saat pembukaan sudah lengkap, anjurkan ibu untuk meneran sesuai dengan dorongan alamiahnya dan beristirahat diantara dua kontraksi. Jika menginginkan, ibu dapat mengubah posisinya biarkan ibu mengeluarkan suara selama persalinan dan proses kelahiran berlangsung (Prawirohardjo, 2018)

3) Perubahan fisiologis kala III

Pada kala III persalinan, otot uterus menyebabkan berkurangnya ukuran rongga uterus secara tiba – tiba setelah lahirnya bayi. Penyusutan rongga uterus ini menyebabkan implantasi plasenta karena tempat implantasi menjadi semakin kecil, sedangkan ukuran plasenta tidak berubah. Oleh karena itu plasenta akan menekuk, menebal, kemudian terlepas dari dinding uterus. Setelah lepas, plasenta akan turun ke bagian bawah uterus atau bagian atas vagina (Prawirohardjo, 2018)

4) Perubahan fisiologis kala IV

Menurut (Sulistyawati, 2010) perubahan fisiologi pada kala IV adalah :

a) Tanda – tanda vital

Dalam 2 jam setelah persalinan, tekanan darah, nadi, dan pernapasan akan berangsur kembali normal. Suhu pasien biasanya akan mengalami sedikit peningkatan, tapi masih dibawah 38 °C. Hal ini disebabkan olehkurangnya cairan dan kelelahan. Jika intake cairan baik, maka suhu akan berangsur normal kembali setelah 2 jam.

b) Gemetar

Kadang dijumpai pasien pasca persalinan mengalami gemetar. Gemetar terjadi karena hilangnya ketegangan dan sejumlah energi selama melahirkan dan merupakan respon fisiologis terhadap penurunan volume intraabdominal serta pergeseran hematologi.

c) Sistem Gastrointestinal

Selama 2 jam pasca persalinan kadang dijumpai pasien merasa mual sampai muntah, atasi hal ini dengan posisi tubuh yang memungkinkan dapat mencegah terjadinya aspirasi korpus aleanum ke saluran pernapasan dengan setengah duduk atau duduk ditempat tidur. Perasaan haus pasti dirasakan pasien, oleh karena itu hidrasi sangat penting diberikan untuk mencegah dehidrasi.

d) Sistem Renal

Selama 2 – 4 jam pasca persalinan kandung kemih masih dalam keadaan hipotonik akibat adanya alostaksis, sehingga sering dijumpai kandung kemih dalam keadaan penuh dan mengalami pembesaran. Setelah melahirkan, kandung kemih sebaiknya tetap kosong guna mencegah uterus berubah posisi dan terjadi atonia uteri.

e) Sistem kardiovaskuler

Selama kehamilan, volume darah normal digunakan untuk menampung aliran darah yang meningkat yang diperlukan oleh plasenta dan pembuluh darah uterus. Pada persalinan pervaginam kehilangan darah sekitar 200 – 500 ml.

f) Serviks

Terjadi segera setelah lahir, agak menganga seperti corong. Bentuk ini disebabkan oleh korpus uterus yang dapat mengadakan kontraksi, sedangkan serviks tidak berkontraksi sehingga seolah-olah pada perbatasan antara korpus dan serviks berbentuk semacam cincin.

g) Perineum

Segera setelah melahirkan, perineum menjadi kendur karena sebelumnya teregang oleh tekanan bayi yang bergerak maju. Pada hari ke 5 pasca melahirkan, perineum sudah mendapatkan kembali sebagian tonusnya sekalipun tetap lebih kendur dibanding keadaan sebelum hamil.

h) Vulva dan vagina

Vulva dan vagina mengalami penekan serta peregangan yang sangat besar selama proses

melahirkan, dalam beberapa hari pertama sesudah proses tersebut kedua organ ini tetap dalam keadaan kendur. Setelah 3 minggu vulva dan vagina kembali pada keadaan tidak hamil dan rugae vagina dalam vagina secara berangsur-angsur akan muncul kembali, sementara labia menjadi lebih menonjol

i) Pengeluaran ASI

Dengan menurunnya hormone estrogen, progesterone, dan human placenta laktogen hormone setelah plasenta lahir, prolaktin dapat berfungsi membentuk ASI dan mengeluarkannya kedalam alveoli bahkan sampai duktus kelenjar ASI. Isapan langsung pada putung susu ibu menyebabkan reflek yang dapat mengeluarkan oksitosin dari hipofisis sehingga mioepitel yang terdapat disekitar alveoli dan duktus kelenjar ASI berkontraksi dan mengeluarkan ASI kedalam sinus yang disebut "let down refleks".

e. 60 Langkah Asuhan Persalinan Normal (APN)

Asuhan persalinan normal (APN) adalah asuhan yang bersih dan aman dari setiap tahapan persalinan yaitu mulai dari kala satu sampai dengan kala empat dan upaya

pengecahan komplikasi terutama perdarahan pasca persalinan, hipotermi serta asfiksia pada bayi baru lahir (Prawirohardjo, 2018) terdiri atas :

Melihat Tanda dan gejala Kala Dua

- 1) Mengamati tanda dan gejala persalinan kala dua
 - (a) Ibu mempunyai keinginan untuk meneran.
 - (b) Ibu merasa tekanan yang semakin meningkat pada rektum dan vaginanya.
 - (c) Perineum menonjol.
 - (d) Vulva – vagina dan spingter anal membuka

Menyiapkan pertolongan persalinan

- 2) Memastikan perlengkapan, bahan, dan obat – obatan esensial siap digunakan. Mematahkan ampul oksitosin 10 unit dan menempatkan tabung suntik steril sekali pakai di dalam partus set.
- 3) Mengenakan baju penutup atau celemek plastik yang bersih.
- 4) Melepaskan semua perhiasan yang dipakai dibawah siku, mencuci kedua tangan dengan sabun dan air bersih yang mengalir dan mengeringkan tangan dengan handuk satu kali pakai/ pribadi yang bersih.
- 5) Memakai satu sarung tangaan DTT atau steril untuk semua pemeriksaan dalam.

- 6) Mengisap oksitosin 10 unit ke dalam tabung suntik (dengan memakai sarung tangan disinfeksi tingkat tinggi atau steril) dan meletakkan kembali di partus set/wadah disinfeksi tingkat tinggi atau steril tanpa mengotaminasi tabung suntik).

Memastikan Pembukaan Lengkap dengan Janin Baik

- 7) Membersihkan vulva dan perineum, menyekanya dengan hati – hati dari depan ke belakang dengan menggunakan kapas atau kasa yang sudah dibasahi air disinfeksi tingkat tinggi. Jika mulut vagina, perineum, atau anus terkontaminasi oleh kotoran ibu, membersihkannya dengan cara seksama dengan cara menyeka dari depan ke belakang. Membuang kapas atau kasa yang terkontaminasi dalam wadah yang benar. Mengganti sarung tangan jika terkontaminasi (meletakkan kedua sarung tangan tersebut dengan benar di dalam larutan dekontaminasi).
- 8) Dengan menggunakan teknik aseptik, melakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan bahwa pembukaan serviks sudah lengkap. Bila selaput ketuban belum pecah, sedangkan pembukaan sudah lengkap, lakukan amniotomi.

- 9) Mendekontaminasi sarung tangan dengan cara mencelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan kotor kedalam larutan klorin 0,5 % selama 10 menit. Mencuci kedua tangan (seperti diatas).
- 10) Memeriksa Denyut Jantung Janin (DJJ) setelah kontraksi berakhir untuk memastikan bahwa DJJ dalam batas normal (120 – 160 x/menit).
 - (a) Mengambil tindakan yang sesuai jika DJJ tidak normal
 - (b) Mendokumentasikan hasil-hasil pemeriksaan dalam, DJJ, dan semua hasil – hasil penilaian serta asuhan lainnya pada partograf.

Menyiapkan Ibu dan keluarga untuk Membantu proses Pimpinan Meneran

- 11) Memberi tahu ibu pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik. Membantu ibu berada dalam posisi yang nyaman sesuai dengan keinginannya.
 - (a) Menunggu hingga ibu mempunyai keinginan untuk meneran. Melanjutkan pemantauan kesehatan dan kenyamanan ibu serta janin sesuai dengan pedoman persalinan aktif dan pendokumentasikan temuan – temuan.

- (b) Menjelaskan kepada anggota keluarga bagaimana mereka dapat mendukung dan member semangat kepada ibu saat ibu mulai meneran.
- 12) Meminta bantuan keluarga untuk menyiapkan posisi ibu untuk meneran. (pada saat ada his, bantu ibu dalam posisi setengah duduk dan pastikan ibu merasa nyaman).
- 13) Melakukan pimpinan meneran saat ibu mempunyai dorongan yang kuat untuk meneran:
- (a) Membimbing ibu untuk meneran saat ibu mempunyai keinginan untuk meneran.
 - (b) Mendukung dan member semangat atas usaha ibu untuk meneran.
 - (c) Membantu ibu mengambil posisi yang nyaman sesuai dengan pilihannya (tidak meminta ibu berbaring terlentang)
 - (d) Menganjurkan ibu untuk beristirahat di antara kontraksi.
 - (e) Menganjurkan keluarga untuk mendukung dan memberi semangat pada ibu.
 - (f) Menganjurkan asupan per oral.
 - (g) Menilai DJJ setiap 5 menit.

- (h) Jika bayi belum lahir atau kelahiran bayi belum akan terjadi segera dalam waktu 120 menit (2 jam) meneran untuk ibu primipara atau 60 menit (1 jam) untuk ibu multipara, merujuk segera. Jika ibu tidak mempunyai keinginan untuk meneran.
- (i) Menganjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok, atau mengambil posisi yang aman. Jika ibu belum ingin meneran dalam 60 menit, anjurkan ibu untuk mulai meneran pada puncak kontraksi – kontraksi tersebut dan beristirahat di antara kontraksi.
- (j) Jika bayi belum lahir atau kelahiran bayi belum akan terjadi segera setelah 60 menit meneran, merujuk ibu dengan segera.

Persiapan pertolongan kelahiran bayi

- 14) Jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5 – 6 cm, letakkan handuk bersih di atas perut ibu untuk mengeringkan bayi
- 15) Meletakkan kain yang bersih dilipat 1/3 bagian di bawah bokong ibu.
- 16) Membuka partus set
- 17) Memakai sarung tangan DTT atau steril pada kedua tangan

Menolong kelahiran bayi lahirnya kepala

- 18) Saat kepala bayi membuka vulva dengan diameter 5 – 6 cm, lindungi perineum dengan satu tangan yang dilapasi dengan kain tadi, letakkan tangan yang lain di kepala bayi dan lakukan tekanan yang lembut dan tidak menghambat pada kepala bayi, membiarkan kepala keluar perlahan-lahan. Menganjurkan ibu meneran perlahan – lahan atau bernapas cepatsaat kepala lahir.
- 19) Dengan lembut menyeka muka, mulut, dan hidung bayi dengan kain atau kasa yang bersih.
- 20) Memeriksa lilitan tali pusat dan mengambil tindakan yang sesuai jika hal itu terjadi, dan kemudian meneruskan segera proses kelahiran bayi:
 - (a) Jika tali pusat melilit leher janin dengan longgar, lepaskan lewat bagian atas kepala bayi.
 - (b) Jika tali pusat melilit leher dengan erat, mengklempnya di dua tempat dan memotongnya.
- 21) Menunggu hingga kepala bayi melakukan putaran paksi luar secara spontan lahir bahu.
- 22) Setelah kepala melakukan putaran paksi luar, tempatkan kedua tangan di masing-masing sisi muka bayi. Menganjurkan ibu untuk meneran saat kontraksi berikutnya, dengan lembut menariknya ke arah bawah dan ke arah luar hingga bahu anterior muncul di bawah

arkus pubis dan kemudian dengan lembut menarik ke arah atas dan ke arah luar untuk melahirkan bahu posterior

23) Setelah kedua bahu dilahirkan, menelusurkan tangan mulai kepala bayi yang berada di bagian bawah ke arah perineum, membiarkan bahu dan lengan posterior lahir ke tangan tersebut. Mengendalikan kelahiran siku dan tangan bayi saat melewati perineum, gunakan lengan bagian bawah untuk menyangga tubuh bayi saat dilahirkan menggunakan tangan anterior (bagian atas) untuk mengendalikan siku dan tangan anterior bayi saat keduanya lahir.

24) Setelah tubuh dari lengan lahir, menelusurkan tangan yang ada di atas (anterior) dari punggung ke arah kaki bayi untuk menyangga saat punggung dan kaki lahir. Memegang kedua mata kaki dengan hati-hati membantu kelahiran kaki.

Penanganan Bayi Baru Lahir

25) Menilai bayi dengan cepat (dalam 30 detik), kemudian meletakkan bayi di atas perut ibu dengan posisi kepala bayi sedikit lebih rendah dari tubuhnya (bila tali pusat terlalu pendek, meletakkan bayi di tempat yang memungkinkan). Bila bayi asfiksia, lakukan resusitasi.

- 26) Segera membungkus kepala dan badan bayi dengan handuk dan biarkan kontak kulit ibu – bayi. Lakukan penyuntikan oksitoksin (lihat keterangan di bawah).
- 27) Menjepit tali pusat menggunakan klem kira – kira 3 cm dari pusat bayi. Melakukan urutan pada tali pusat mulai dari klem ke arah ibu dan memasang klem kedua 2 cm dari klem pertama (ke arah ibu)
- 28) Memegang tali pusat dengan satu tangan, melindungi bayi dari gunting dan memotong tali pusat di antara dua klem tersebut.
- 29) Menegeringkan bayi, mengganti handuk yang basah dan menyelimuti bayi dengan dengan kain atau selimut yang bersih dan kering, menutupi bagian kepala bayi membiarkan tali pusat terbuka. Jika bayi mengalami kesulitan bernapas, ambil tindakan yang sesuai.
- 30) Membiarkan bayi kepada ibunya dan menganjurkan ibu untuk memeluk bayinya dan memulai pemberian ASI jika ibu menghendakinya oksitosin.
- 31) Meletakkan kain yang bersih dan kering. Melakukan palpasi abdomen untuk menghilangkan kemungkinan adanya bayi kedua
- 32) Memberitahu kepada ibu bahwa ia akan disuntik

- 33) Dalam waktu 2 menit setelah kelahiran bayi, berikan suntikan oksitoksin 10 unit IM di gluteus atau 1/3 atas paha kanan ibu bagian luar, setelah mengaspirasinya terlebih dahulu.

Penegangan Tali Pusat Terkendali

- 34) Memindahkan klem pada tali pusat
- 35) Meletakkan satu tangan di atas 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.
- 36) Menunggu uterus berkontraksi dan kemudian melakukan penegangan ke arah bawah pada tali pusat dengan lembut. Lakukan tekanan yang berlawanan arah pada bagian.

Mengeluarkan Plasenta

- 37) Setelah plasenta terlepas, meminta ibu untuk meneran sambil menarik tali pusat ke arah bawah dan kemudian ke arah atas,
- a) Jika tali pusat bertambah panjang, pindahkan klem hingga berjarak sekitar 5 – 10 cm dari vulva
 - b) Jika tali pusat tidak lepas setelah melakukan penegangan tali pusat selama 15 menit :

- (1) Mengulangi pemberian oksitoksin 10 unit IM
- (2) Menilai kandung kemih dan dilakukan katektisasi 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

38) Jika plasenta terlihat di introitus vagina, melanjutkan kelahiran plasenta dengan menggunakan kedua tangan. Memegang plasenta dengan dua tangan dengan hati – hati memutar plasenta hingga selaput ketuban terpinil. Dengan lembut perlahan melahirkan selaput ketuban tersebut. 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 forseps disinfeksi tingkat tinggi atau steril untuk melepaskan bagian selaput yang tertinggal.

Pemijatan Uterus

39) Segera setelah plasenta dan selaput ketuban lahir, lakukan masase uterus, meletakkan telapak tangan di fundus dan melakukan masase dengan gerakan

melingkar dengan lembut hingga uterus berkontraksi (fundus menjadi keras).

Menilai perdarahan

- 40) Memeriksa kedua plasenta baik yang menempel ke ibu maupun janin dan selaput ketuban untuk memastikan bahwa plasenta dan selaput ketuban lengkap dan utuh. Meletakkan plasenta di dalam kantong plastik atau tempat khusus. Jika uterus tidak berkontraksi setelah melakukan masase selama 15 detik mengambil tindakan yang sesuai.
- 41) Mengevaluasi adanya laserasi pada vagina dan perineum dan segera menjahit laserasi yang mengalami perdarahan aktif.

Melakukan prosedur pasca persalinan

- 42) Menilai ulang uterus dan memastikannya berkontraksi dengan baik.
- 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) Menempatkan klem tali pusat disinfeksi tingkat tinggi atau steril atau mengikat tali disinfeksi tingkat tinggi dengan simpul mati sekeliling tali pusat sekitar 1 cm dari pusat.
- 45) Mengikat satu lagi simpul mati di bagian pusat yang berseberangan dengan simpul mati yang pertama.
- 46) Melepaskan klem bedah dan meletakkannya ke dalam larutan klorin 0,5 %.
- 47) Menyelimuti kembali bayi atau menutupi bagian kepalanya. Memastikan handuk atau kainnya bersih atau kering.
- 48) Menganjurkan ibu untuk melakukan pemberian ASI
- 49) Melanjutkan pemantauan kontraksi uterus dan perdarahan vagina.
 - a) 2– 3 kali dalam 15 menit pertama pascapersalinan
 - b) Setiap 15 menit pada 1 jam pertama pascapersalinan
 - c) Setiap 20 – 30 menit pada jam kedua pasca persalinan
 - d) Jika uterus tidak berkontraksi dengan baik, laksanakan perawatan yang sesuai untuk penatalaksanaan atonia uteri.

- e) Jika ditemukan laserasi yang memerlukan penjahitan, lakukan penjahitan dengan anestesia lokal dan menggunakan teknik yang sesuai.
- 50) Mengajarkan pada ibu/keluarga bagaimana melakukan masase uterus dan memeriksa kontraksi uterus.
 - 51) Mengevaluasi kehilangan darah.
 - 52) Memeriksa tekanan darah, nadi, dan keadaan kandung kemih setiap 15 menit selama satu jam pertama pascapersalinan dan setiap 30 menit selama jam kedua pascapersalinan.
 - a) Memeriksa temperatur suhu tubuh sekali setiap jam selama dua jam pertama pascapersalinan.
 - b) Melakukan tindakan yang sesuai dengan temuan yang tidak normal

Kebersihan dan keamanan

- 53) Menempatkan semua peralatan di dalam larutan klorin 0,5 % untuk dekontaminasi (10 menit). Mencuci dan membilas pakaian setelah dekontaminasi.
- 54) Membuang bahan-bahan yang terkontaminasi ke dalam tempat sampah yang sesuai.
- 55) Membersihkan ibu dengan menggunakan air disinfeksi tingkat tinggi. Membersihkan cairan

ketuban, lendir dan darah. Membantu ibu memakai pakaian yang bersih dan kering.

- 56) Memastikan bahwa ibu nyaman. Membantu ibu memberikan ASI. Menganjurkan keluarga untuk memberikan ibu minuman dan makanan yang diinginkan.
- 57) Mendekontaminasi daerah yang digunakan dengan larutan klorin 0,5 % dan membilas dengan air bersih.
- 58) Mencelupkan sarung tangan kotor ke dalam larutan klorin 0,5 %, membalikkan bagian dalam ke luar untuk merendamnya dalam larutan klorin 0,5 % selama 10 menit.
- 59) Mencuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir.
- 60) Melengkapi partograf (halaman depan dan belakang).

f. Partograf

Partograf adalah alat bantu yang digunakan selama persalinan. Tujuan utama penggunaan partograf adalah untuk

- 1) Mencatat hasil observasi dan kemajuan persalinan
- 2) Mendeteksi apakah proses persalinan berjalan secara normal (Prawirohardjo, 2018)

Halaman depan partograf terdiri dari:

- a) Denyut jantung janin, dicatat setiap 30 menit

- b) Air ketuban, dicatat setiap melakukan pemeriksaan vagina:
- U : Selaput utuh
 - J : selaputpecah, air ketuban jernih
 - M : air ketuban bercampur mekonium
 - D : air ketuban bernodadarah
 - K : tidak ada cairan ketuban (kering)
- c) Perubahan bentuk kepala janin (molding dan molase) :
- 0 : sutura terpisah
 - 1 : Sutura tepat bersesuaian
 - 2 : Sutura tumpang tindih tetapi dapat diperbaiki
 - 3 : Sutura tumpang tindih dan tidak dapat diperbaiki
- d) Pembukaan mulut rahim (serviks), dinilai setiap 4 jam dan di beri tanda silang (x).
- e) Penurunan, mengacu pada bagian yang teraba (pada pemeriksaan abdomen/luar) diatas simpisispubis, dicatat dengan tanda lingkaran (O).
- f) Waktu, menyatakan berapa jam waktu yang telah diajalani sesudah pasien diterima dan jam dicatat yang sesungguhnya
- g) Kontraksi, dicatat setiap 30 menit, melakukan palpasi untuk menghitung banyaknya kontraksi dalam 10 menit dan lamanya tiap kontraksi dalam hitungan detik

- h) Nadi dicatat setiap 30 – 60 menit pada fase aktif serta ditandai dengan sebuah titik besar (.) (Prawirohardjo, 2018)

3. Nifas

a. Pengertian Nifas

Masa nifas (Post Partum) adalah masa di mulai setelah kelahiran plasenta dan berakhir ketika alat kandungan kembali semula seperti sebelum hamil, yang berlangsung selama 6 minggu atau 42 hari. Selama masa pemulihan tersebut berlangsung, ibu akan mengalami banyak perubahan fisik yang bersifat fisiologis dan banyak memberikan ketidak nyamanan pada awal postpartum, yang tidak menutup kemungkinan untuk menjadi patologis bila tidak diikuti dengan perawatan yang baik. (Prawirohardjo, 2018)

Menurut Wulandari (2020). Ada beberapa tahapan yang di alami oleh wanita selama masa nifas, yaitu sebagai berikut :

- 1) Immediate puerperium, yaitu waktu 0 – 24 jam setelah melahirkan. ibu telah di perbolehkan berdiri atau jalan-jalan.
- 2) Early puerperium, yaitu waktu 1–7 hari pemulihan setelah melahirkan. pemulihan menyeluruh alat-alat reproduksi berlangsung selama 6 minggu

3) Later puerperium, yaitu waktu 1 – 6 minggu setelah melahirkan, inilah waktu yang diperlukan oleh ibu untuk pulih dan sehat sempurna. Waktu sehat bisa berminggu – minggu, bulan dan tahun

b. Perubahan Fisiologis

Menurut Walyani dan Purwoastuti (2015) perubahan – perubahan yang terjadi yaitu:

1) Sistem Kardiovaskuler

Volume darah Perubahan pada volume darah tergantung pada beberapa variable. Contohnya kehilangan darah selama persalinan, mobilisasi dan pengeluaran cairan ekstrasvaskular. Kehilangan darah mengakibatkan perubahan volume darah tetapi hanya terbatas pada volume darah total.

2) Sistem reproduksi

a) Uterus

(1) Bayi lahir fundus uteri setinggi pusat dengan berat uterus 1000 gr.

(2) Akhir kala III persalinan tinggi fundus uteri teraba 2 jari bawah pusat dengan berat uterus 750 g.

- (3) Satu minggu postpartum tinggi fundus uteri teraba pertengahan pusat simpisis dengan berat uterus 500 gr.
- (4) Dua minggu postpartum tinggi fundus uteri tidak teraba diatas simpisi dengan berat uterus 350 gr.
- (5) Enam minggu postpartum fundus uteri bertambah kecil dengan berat uterus 50 gr.

Tabel 5. Perubahan Uterus Pada Masa Nifas

Waktu	TFU	Berat Uterus
Bayi lahir	Setinggi pusat	1000 gr
Plasenta lahir	2 jari dibawah pusat	750 gr
1 minggu	½ pst simfisis	500 gr
2 minggu	Tidak teraba	350 gr
6 minggu	Betambah kecil	50 gr
8 minggu	Normal	30 gr

b) Lochea

- (1) Lochea rubra: berisi darah segar dan sisa-sisa selaput ketuban, sel-sel desidua, verniks

kaseosa, lanugo, dan mekonium, selama 2 hari postpartum.

- (2) Lochea sanguinolenta: berwarna kuning berisi darah dan lendir, hari 3 – 7 postpartum.
- (3) Lochea serosa: berwarna kuning cairan tidak berdarah lagi, pada hari ke 7 – 14 postpartum.
- (4) Lochea alba: cairan putih, setelah 2 minggu.
- (5) Lochea purulenta: terjadi infeksi, keluar cairan seperti nanah berbau busuk.
- (6) Locheastasis: lochea tidak lancar keluarnya

c) Serviks

Serviks mengalami involusi bersama-sama uterus.

Setelah persalinan, ostium eksterna dapat dimasuki oleh 2 hingga 3 jari tangan, setelah 6 minggu persalinan serviks menutup.

d) Vulva dan vagina

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

secara berangsur-angsur akan muncul kembali sementara labia menjadi lebih menonjol.

e) Perineum

Segera setelah melahirkan, perineum menjadi kendur karena sebelumnya teregang oleh tekanan kepala bayi yang bergerak maju. Pada postnatal hari ke 5, perineum sudah mendapatkan kembali sebagian besar tonusnya sekalipun tetap lebih kendur daripada keadaan sebelum melahirkan.

f) Payudara

Kadar prolaktin yang disekresi oleh kelenjar hypofisis anterior meningkat secara stabil selama kehamilan, tetapi hormone plasenta menghambat produksi ASI. Setelah kelahiran plasenta, konsentrasi estrogen dan progesterone menurun, prolaktin dilepaskan dan sintesis ASI dimulai. ASI yang dapat dihasilkan oleh ibu pada setiap harinya $\pm 150 - 300$ ml, sehingga kebutuhan bayi setiap harinya terpenuhi.

g) Sistem perkemihan

Buang air kecil sering sulit selama 24 jam pertama kemungkinan terdapat spasme sfingter

dan edema leher buli- buli sesudah bagian ini mengalami kompresi antara kepala janin dan tulang pubis selama persalinan. Ureter yang berdilatasi akan kembali normal dalam waktu 6 minggu.

c. Perubahan Fisiologis

Berikut ini 3 tahap penyesuaian psikologi ibu dalam masa post partum Menurut Sutanto (2019) :

- 1) Fase Talking In (Setelah melahirkan sampai hari ke dua)
 - (a) Perasaan ibu berfokus pada dirinya
 - (b) Ibu masih pasif dan tergantung dengan orang lain.
 - (c) Perhatian ibu tertuju pada kekhawatiran perubahan tubuhnya.
 - (d) Ibu akan mengulangi pengalaman pengalaman waktu melahirkan.
 - (e) Memerlukan ketenangan dalam tidur untuk mengembalikan keadaan tubuh ke kondisi normal.
 - (f) Nafsu makan ibu biasanya bertambah sehingga membutuhkan peningkatan nutrisi.
 - (g) Kurangnya nafsu makan menandakan proses pengembalian kondisi tubuh tidak berlangsung normal.
- 2) Fase Taking Hold (Hari ke – 3 sampai 10)

- a) Ibu merasa merasa khawatir akan ketidakmampuan merawat bayi, muncul perasaan sedih (baby blues).
 - b) Ibu memperhatikan kemampuan menjadi orang tua dan meningkatkan teng gung jawab akan bayinya.
 - c) Ibu memfokuskan perhatian pada pengontrolan fungsi tubuh, BAK, BAB dan daya tahan tubuh.
 - d) Ibu berusaha untuk menguasai keterampilan merawat bayi seperti menggendong, menyusui, memandikan, dan mengganti popok.
 - e) Kemungkinan ibu mengalami depresi postpartum karena merasa tidak mampu membesarkan bayinya.
 - f) Kemungkinan ibu mengalami depresi postpartum karena merasa tidak mampu membesarkan bayinya.
 - g) Wanita pada masa ini sangat sensitif akan ketidakmampuannya, cepat tersinggung, dan cenderung menganggap pemberi tahu bidan sebagai teguran. Dianjur kan untuk berhati – hati dalam berkomunikasi dengan wanita ini dan perlu memberi support.
- 3) Fase Letting Go (Hari ke – 10 sampai akhir masa nifas)
- a) Ibu merasa percaya diri untuk merawat diri dan bayinya. Setelah ibu pulang ke rumah dan

dipengaruhi oleh dukungan serta perhatian keluarga.

b) Ibu sudah mengambil tanggung jawab dalam merawat bayi dan memahami kebutuhan bayi.

d. Kunjungan Masa Nifas

1) Kunjungan I (6 – 48 jam setelah persalinan)

Tujuan Kunjungan:

a) Mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri

b) Mendeteksi dan merawat penyebab lain perdarahan rujuk jika perdarahan berlanjut

c) Memberikan konseling pada ibu atau salah satu anggota keluarga bagaimana mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri

d) Pemberian ASI awal

e) Melakukan hubungan antara ibu dan bayi baru lahir

f) Menjaga bayi tetap sehat dengan cara mencegah hipotermi

2) Kunjungan II (6 hari setelah persalinan)

Tujuan kunjungan:

a) Memastikan involusi uterus berjalan normal yaitu uterus berkontraksi, fundus di bawah umbilikus, tidak ada perdarahan abnormal, tidak ada bau.

- b) Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi atau perdarahan abnormal.
 - c) Memastikan ibu mendapat cukup makanan, cairan, dan istirahat.
 - d) Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tak memperlihatkan tanda-tanda penyulit.
 - e) Memberikan konseling pada ibu mengenai asuhan pada bayi, tali pusat menjaga bayi tetap hangat dan merawat bayi sehari – hari.
- 3) Kunjungan III (2 minggu setelah persalinan)

Tujuan kunjungan:

- a) Memastikan involusi uterus berjalan normal yaitu uterus berkontraksi, fundus di bawah umbilikus, tidak ada perdarahan abnormal, tidak ada bau.
- b) Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi atau perdarahan abnormal.
- c) Memastikan ibu mendapat cukup makanan, cairan, dan istirahat.
- d) Memastikan Ibu menyusui bayinya dengan baik dan tidak memperlihatkan tanda – tanda penyulit.
- e) Memberikan konseling pada ibu mengenai asuhan pada bayi, tali pusat menjaga bayi tetap hangat dan merawat bayi sehari – hari.

4) Kunjungan IV (6 minggu setelah persalinan)

Tujuan kunjungan:

- a) Menanyakan pada ibu tentang penyulit – penyulit yang dia atau bayi alami.
- b) Memberikan konseling untuk KB secara dini (Wahyuni, 2018).

e. Tanda Bahaya Pada Masa Nifas

1) Tanda bahaya pada masa nifas

- a) Perdarahan hebat atau peningkatan perdarahan secara tiba – tiba (melebihi haid biasa atau jika perdarahan tersebut membasahi lebih dari 2 pembalut saniter dalam waktu setengah jam).
- b) Pengeluaran cairan vaginal dengan bau busuk yang keras.
- c) Rasa nyeri di perut bagian bawah atau punggung sakit sepala yang terus menerus. nyeri epigastrium, atau, masalah penglihatan.
- d) Pembengkakan pada wajah dan tangan Demam muntah, rasa sakit sewaktu buang air seni, atau merasa tidak enak badan Payudara yang memerah panas atau sakit.

- e) Kehilangan selera makan untuk waktu yang berkepanjangan Rasa sakit. warna merah, kelembutan atau pembengkakan pada kaki.
- f) Merasa sangat sedih atau tidak mampu mengurus diri sendiri atau merasa sangat letih atau bernafas terengah – engah (Wilujeng & Hartati, 2018).

2) Gejala infeksi pada masa nifas

Infeksi nifas adalah keadaan yang mencakup semua peradangan alat-alat genitalia dalam masa nifas. Infeksi setelah persalinan disebabkan oleh bakteri atau kuman. Infeksi masa nifas ini menjadi penyebab tertinggi angka kematian ibu (AKI) (Prawirohardjo, 2018)

a) Tanda dan Gejala Infeksi Masa Nifas

Demam dalam nifas sebagian besar disebabkan oleh infeksi nifas. Oleh karena itu, demam menjadi gejala yang penting untuk diwaspadai apabila terjadi pada ibu postpartum. Demam pada masa nifas sering disebut morbiditas nifas dan merupakan indeks kejadian infeksi nifas. Morbiditas nifas ini ditandai dengan suhu 38°C atau lebih yang terjadi selama 2 hari berturut-turut. Kenaikan suhu ini terjadi sesudah 24 jam postpartum dalam 10 hari pertama masa nifas.

Gambaran klinis infeksi nifas dapat berbentuk:

(1) Infeksi Lokal

Pembengkakan luka episiotomi, terjadi penanahan, perubahan warna kulit, pengeluaran lokhea bercampur nanah, mobilitasi terbatas karena rasa nyeri, temperatur badan dapat meningkat.

(2) Infeksi Umum

Tampak sakit dan lemah, temperatur meningkat, tekanan darah menurun dan nadi meningkat, pernapasan dapat meningkat dan terasa sesak, kesadaran gelisah sampai menurun dan koma, terjadi gangguan involusi uterus, lokhea berbau dan bernanah kotor.

b) Faktor Penyebab Infeksi

(1) Persalinan lama, khususnya dengan kasus pecah ketuban terlebih dahulu.

(2) Pecah ketuban sudah lama sebelum persalinan.

(3) Pemeriksaan vagina berulang – ulang selama persalinan, khususnya untuk kasus pecah ketuban.

(4) Teknik aseptik tidak sempurna.

(5) Tidak memperhatikan teknik cuci tangan.

- (6) Manipulasi intrauteri (misal: eksplorasi uteri, penge luaran plasenta manual).
- (7) Trauma jaringan yang luas atau luka terbuka seperti laseri yang tidak diperbaiki.
- (8) Hematoma.
- (9) Hemorargia, khususnya jika kehilangan darah lebih dari 1.000 ml.

4. Bayi Baru Lahir

a. Pengertian Bayi Baru Lahir

Bayi baru lahir atau neonatus adalah masa kehidupan (0 – 28 hari), dimana terjadi perubahan yang sangat besar dari kehidupan di dalam rahim menuju luar rahim dan terjadi pematangan organ hampir pada semua sistem. Bayi hingga umur kurang satu bulan merupakan golongan umur yang memiliki risiko gangguan kesehatan paling tinggi dan berbagai masalah kesehatan bisa muncul, sehingga tanpa penanganan yang tepat bisa berakibat fatal (Kemenkes, 2020)

Bayi baru lahir normal adalah bayi yang baru lahir pada usia kehamilan genap 37 – 42 minggu, dengan presentasi belakang kepala atau letak sungsang yang melewati vagina tanpa memakai alat. (Prawirohardjo, 2018)

b. Ciri-Ciri Bayi Baru Lahir Normal

Ciri-ciri bayi baru lahir normal adalah lahir aterm antara 37 – 42 minggu, berat badan 2500 – 4000 gram, panjang lahir 48 – 52 cm. lingkar dada 30 – 38 cm, lingkar kepala 33 – 35 cm, lingkar lengan 11 – 12 cm, frekuensi denyut jantung 120 – 160 kali permenit, kulit kemerah – merahan dan licin karena jaringan subkutan yang cukup, rambut lanugo tidak terlihat dan rambut kepala biasanya telah sempurna, kuku agak panjang dan lemas, nilai Appearance Pulse Grimace Activity Respiration (APGAR) > 7, gerakan aktif, bayi langsung menangis kuat, genetalia pada laki – laki kematangan ditandai dengan testis yang berada pada skrotum dan penis yang berlubang sedangkan genetalia pada perempuan kematangan ditandai dengan labia mayora menutupi labia minora, refleks rooting susu terbentuk dengan baik, refleks sucking sudah terbentuk dengan baik (Armini, 2017).

Ciri-ciri bayi normal adalah, sebagai berikut :

- 1) Berat badan 2.500 – 4.000 gram.
- 2) Panjang badan 48 – 52.
- 3) Lingkar dada 30 – 38.
- 4) Lingkar kepala 33 – 35.
- 5) Frekuensi jantung 120 – 160 x/menit.
- 6) Pernapasan \pm 40 – 60 x/menit.

- 7) Kulit kemerah-merahan dan licin karena jaringan subkutan cukup.
- 8) Rambut lanugo tidak terlihat, rambut kepala biasanya telah sempurna.
- 9) Kuku agak panjang dan lemas.
- 10) Genitalia: pada perempuan labia mayora sudah menutupi labia minora, dan pada laki – laki, testis sudah turun dan skrotum sudah ada.
- 11) Refleks isap dan menelan sudah terbentuk dengan baik.
- 12) Refleks Moro atau gerak memeluk jika di kagetkan sudah baik.
- 13) Refleks grasip atau menggenggam sudah baik.

Eliminasi baik, mekonium keluar dalam 24 jam pertama, mekonium berwarna hitam kecoklatan (Prawirohardjo, 2018)

c. Klasifikasi Bayi Baru Lahir

Neonatus dikelompokkan menjadi dua kelompok (Juwita & Priskusanti, 2020), yaitu:

1) Neonatus menurut masa gestasinya

Masa gestasi atau dapat disebut dengan umur kehamilan merupakan waktu dari konsepsi yang dihitung dari ibu hari pertama haid terakhir (HPHT) pada ibu sampai dengan bayi lahir (Prawirohardjo, 2018)

- a) Bayi kurang bulan: bayi yang lahir < 259 hari (37 minggu).
 - b) Bayi cukup bulan: bayi yang lahir antara 259 – 293 hari (37 minggu – 42 minggu).
 - c) Bayi lebih bulan: bayi yang lahir > 294 hari (> 42 minggu).
- 2) Neonatus menurut berat badan saat lahir Bayi lahir ditimbang berat badannya dalam satu jam pertama jika bayi lahir di fasilitas kesehatan dan jika bayi lahir di rumah maka penimbangannya dilakukan dalam waktu 24 jam pertama setelah kelahiran (Novieastari et al., 2020) :
- a) Bayi berat badan lahir rendah: bayi yang lahir dengan berat badan < 2,5 kg.
 - b) Bayi berat badan lahir cukup: bayi yang lahir dengan berat badan antara 2,5 kg – 4 kg.
 - c) Bayi berat badan lahir lebih: bayi yang lahir dengan berat badan > 4 kg.
- d. Asuhan Kebidanan Bayi Baru Lahir

1) Pengertian

Asuhan bayi baru lahir adalah menjaga bayi agar tetap hangat, membersihkan saluran nafas, mengeringkan tubuh bayi (kecuali telapak tangan), memantau tanda bahaya, memotong dan mengikat tali pusat, melakukan

IMD, memberikan suntikan vitamin K1, memberi salep mata antibiotik pada kedua mata, memberi immunisasi Hepatitis B, serta melakukan pemeriksaan fisik. (Prawirohardjo, 2018)

2) Asuhan Bayi Baru Lahir

- a) Menjaga bayi agar tetap hangat. Langkah awal dalam menjaga bayi tetap hangat adalah dengan menyelimuti bayi sesegera mungkin sesudah lahir, tunda memandikan bayi selama 6 jam atau sampai bayi stabil untuk mencegah hipotermi.
- b) Membersihkan saluran napas dengan menghisap lendir yang ada di mulut dan hidung (jika diperlukan). Tindakan ini juga dilakukan sekaligus dengan penilaian APGAR skor menit pertama. Bayi normal akan menangis spontan segera setelah lahir. Apabila bayi tidak langsung menangis, jalan napas segera dibersihkan.
- c) Mengeringkan tubuh bayi dari cairan ketuban dengan menggunakan kain atau handuk yang kering, bersih dan halus. Dikeringkan mulai dari muka, kepala dan bagian tubuh lainnya dengan lembut tanpa menghilangkan verniks. Verniks akan membantu menyamankan dan menghangatkan bayi. Setelah dikeringkan, selimuti bayi dengan kain kering untuk

menunggu 2 menit sebelum tali pusat diklem, Hindari mengeringkan punggung tangan bayi. Bau cairan amnion pada tangan bayi membantu bayi mencari puting ibunya yang berbau sama.

d) Memotong dan mengikat tali pusat dengan teknik aseptik dan antiseptik. Tindakan ini dilakukan untuk menilai APGAR skor menit kelima. Carapemotongan dan pengikatan tali pusat adalah sebagai berikut :

- (1) Klem, potong dan ikat tali pusat dua menit pasca bayi lahir. Penyuntikan oksitosin dilakukan pada ibu sebelum tali pusat dipotong (oksitosin IU intramuscular)
- (2) Melakukan penjepitan ke – 1 tali pusat dengan klem logam DTT 3 cm dari dinding perut (pangkal pusat) bayi, dari titik jepitan tekan tali pusat dengan dua jari kemudian dorong isi tali pusat kearah ibu (agar darah tidak terpancar pada saat dilakukan pemotongan tali pusat). Lakukan penjepitan ke – 2 dengan jarak 2 cm dari tempat jepitan ke – 1 ke arah ibu.
- (3) Pegang tali pusat diantara kedua klem tersebut, satu tangan menjadi landasan tali pusat sambil melindungi bayi, tangan yang lain memotong tali

pusat diantara kedua klem tersebut dengan menggunakan gunting DTT (steril).

- (4) Mengikat tali pusat dengan benang DTT pada satu sisi, kemudian lingkarkan kembali benang tersebut dan ikat dengan simpul kunci pada sisi lainnya.
 - (5) Melepaskan klem penjepit tali pusat dan masukkan ke dalam larutan klorin 0,5 %. Meletakkan bayi tengkurap di dada ibu untuk upaya inisiasi menyusui dini.
- e) Melakukan IMD, dimulai sedini mungkin, eksklusif selama 6 bulan dilanjutkan sampai 2 tahun dengan makanan pendamping ASI sejak usia 6 bulan. Pemberian ASI pertama kali dapat dilakukan setelah mengikat tali pusat. Langkah IMD pada bayi baru lahir adalah lakukan kontak kulit ibu dengan kulit bayi selama paling sedikit satu jam dan biarkan bayi mencari dan menemukan puting dan mulai menyusui.
 - f) Memberikan identitas diri segera setelah IMD, berupa gelang pengenal tersebut berisi identitas nama ibu dan ayah, tanggal, jam lahir, dan jenis kelamin.
 - g) Memberikan suntikan Vitamin K1. Karena sistem pembekuan darah pada bayi baru lahir belum sempurna, semua bayi baru lahir beresiko mengalami

perdarahan. Untuk mencegah terjadinya perdarahan pada semua bayi baru lahir, terutama bayi BBLR diberikan suntikan vitamin K1 (phytomenadione) sebanyak 1 mg dosis tunggal, intra muscular pada anterolateral paha kiri. Suntikan vit K1 dilakukan setelah proses IMD dan sebelum pemberian imunisasi Hepatitis B.

- h) Memberi salep mata antibiotik pada kedua mata untuk mencegah terjadinya infeksi pada mata. Salep ini sebaiknya diberikan 1 jam setelah lahir.
- i) Memberikan imunisasi Hepatitis B pertama (HB – O) diberikan 1 – 2 jam setelah pemberian vitamin K1 secara intramuscular. Imunisasi Hepatitis B bermanfaat untuk mencegah infeksi Hepatitis B terhadap bayi, terutama jalur penularan ibu-bayi. Imunisasi Hepatitis B harus diberikan pada bayi usia 0 – 7 hari.
- j) Melakukan pemeriksaan fisik bayi baru lahir untuk mengetahui apakah terdapat kelainan yang perlu mendapat tindakan segera serta kelainan yang berhubungan dengan kehamilan, persalinan dan kelahiran. Memeriksa secara sistematis head to toe (dari kepala hingga jari kaki). Diantaranya :

- (1) Kepala : pemeriksaan terhadap ukuran, bentuk, sutura menutup/melebar adanya caput succedaneum, cephal hematoma.
- (2) Mata : Pemeriksaan terhadap perdarahan, subkonjungtiva dan tanda – tanda infeksi.
- (3) Hidung dan mulut : Pemeriksaan terhadap labioskisis, labiopalatoskisis dan reflex isap.
- (4) Telinga : Pemeriksaan terhadap kelainan daun telinga dan bentuk telinga.
- (5) Leher : Pemeriksaan terhadap serumen atau simetris.
- (6) Dada : Pemeriksaan terhadap bentuk, pernapasan dan ada tidaknya retraksi.
- (7) Abdomen : pemeriksaan terhadap membuncit (pembesaran hati, limfa, tumor).
- (8) Tali pusat : Pemeriksaan terhadap perdarahan jumlah darah pada tali pusat, warna dan besar tali pusat, hernia di tali pusat atau selangkangan.
- (9) Alat kelamin : Untuk laki – laki, apakah testis berada dalam skrotum, penis berlubang pada ujung, pada wanita vagina berlubang dan apakah labia mayora menutupi labio minora.
- (10) Anus : Tidak terdapat atresia ani

(11) Ekstremitas : Tidak terdapat polidaktili dan sindaktili (Prawirohardjo, 2018)

e. Kunjungan Neonatus

Pelayanan kesehatan neonatus menurut (Kemenkes, 2020) adalah pelayanan kesehatan sesuai standar yang diberikan oleh tenaga kesehatan kepada neonates sedikitnya 3 kali, selama periode 0 sampai dengan 28 hari setelah lahir.

- 1) Kunjungan neonates ke – 1 (KN I) dilakukan 6 – 48 jam setelah lahir, dilakukan pemeriksaan pernapasan, warna kulit gerakan aktif atau tidak, ditimbang, ukur panjang badan, lingkaran lengan, lingkaran dada, pemberian salep mata, vitamin K1, Hepatitis B, perawatan tali pusat dan pencegahan kehilangan panas bayi.
- 2) Kunjungan neonatus ke – 2 (KN 2) dilakukan pada hari ke – 3 sampai hari ke – 7 setelah lahir, pemeriksaan fisik, melakukan perawatan tali pusat, pemberian ASI eksklusif, personal hygiene, pola istirahat, keamanan dan tanda-tanda bahaya.
- 3) Kunjungan neonatus ke – 3 (KN 3) dilakukan pada hari ke – 8 sampai hari ke – 28 setelah lahir, dilakukan pemeriksaan pertumbuhan dengan berat badan, tinggi badan dan nutrisinya.

B. Manajemen Asuhan Kebidanan 7 Langkah Varney

1. Pengkajian

Pengkajian atau pengumpulan data dasar adalah mengumpulkan semua data yang dibutuhkan untuk mengevaluasi keadaan pasien. Merupakan langkah pertama untuk mengumpulkan yang berkaitan dengan kondisi pasien dan semua informasi yang akurat dari semua sumber (Ambarwati, dkk, 2014).

a. Data Subjektif

1) Identitas

Identitas ini untuk mengidentifikasi pasien dan menentukan status sosial ekonominya yang harus kita ketahui seperti anjuran apa yang akan diberikan (Hani, dkk. 2010).

(a) Nama pasien dikaji untuk memperlancar komunikasi dalam asuhan sehingga tidak terlalu kaku dan lebih akrab (Astuti, 2012).

(b) Umur pasien dikaji untuk mengetahui apakah klien dalam kehamilan yang beresiko atau tidak. Usia dibawah 16 tahun dan 35 tahun adalah umur yang beresiko tinggi untuk hamil. Umur yang baik untuk kehamilan maupun persalinan adalah 19 – 25 tahun (Yuliani, dkk, 2017).

- (c) Agama pasien dikaji sebagai pedoman asuhan yang diberikan sesuai dengan kepercayaan yang dianut (Astuti, 2012).
- (d) Suku pasien dikaji untuk mengetahui adat dan kebiasaan yang berhubungan dengan masalah yang merugikan kesehatan ibu hamil. Tenaga kesehatan harus dapat menyikapi hal ini dengan bijaksana jangan sampai menyinggung kearifan lokal yang sudah berlaku di daerah tersebut (Jannah, 2012).
- (e) Pendidikan pasien dikaji untuk mengetahui tingkat pengetahuan dan metode komunikasi yang akan disampaikan. Tingkat pendidikan seorang ibu hamil sangat berperan dalam kualitas perawatan kehamilan. Penguasaan pengetahuan juga erat kaitannya dengan tingkat pendidikan seseorang (Jannah, 2012).
- (f) Pendidikan pasien dikaji untuk mengetahui tingkat pengetahuan dan metode komunikasi yang akan disampaikan. (Ambarwati, 2014).
- (g) Pekerjaan pasien dikaji untuk mengetahui tingkat sosial ekonomi pasien, tingkat ekonomi terbukti sangat berpengaruh terhadap kondisi kesehatan

fisik dan psikososial ibu hamil, yang lebih tinggi sosial ekonominya maka ibu akan lebih fokus untuk mempersiapkan fisik dan mentalnya sebagai seorang ibu. Sementara ibu hamil yang lebih rendah ekonominya maka ia akan mendapat banyak kesulitan terutama masalah pemenuhan kebutuhan primer (Jannah, 2012).

(h) Alamat pasien dikaji untuk mempermudah hubungan jika diperlukan dalam keadaan mendesak sehingga bidan mengetahui tempat tinggal pasien (Astuti, 2012).

2) Keluhan utama

Keluhan utama dikaji untuk mengetahui keluhan yang dirasakan pasien yang berhubungan dengan system tubuh, meliputi kapan mulainya, bentuknya seperti apa, faktor pencetus, perjalanan penyakit termaksud durasi dan kekambuhan (Yuliani dkk, 2017).

3) Riwayat obstetri

Riwayat obstetri dikaji untuk mengetahui kesehatan reproduksi yang dialami oleh pasien baik riwayat menstruasi, riwayat kehamilan, persalinan dan nifas (Ambarwati, dkk, 2014).

4) Riwayat kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu

Tanggal kelahiran, usia kehamilan aterm atau tidak, bentuk persalinan (spontan, SC, forcep atau vakum), penolong, tempat, masalah obstetri dalam kehamilan (preeklamsi, ketuban pecah dini, dll), dalam persalinan (malpresentasi, drip oksitosin, dll), dalam nifas (perdarahan, infeksi kandungan, dll), jenis kelamin bayi (laki-laki/perempuan), berat badan bayi, adakah kelainan kongenital, kondisi anak sekarang (Hani, 2011).

5) Riwayat kehamilan sekarang

(a) HPHT

Untuk mengetahui usia kehamilan (Hani, 2011).

(b) HPL

Untuk mengetahui perkiraan kelahiran (Nursalam, 2009)

(c) ANC (Antenatal Care)

Untuk mengetahui pemeriksaan teratur atau tidak, tempat ANC dimana (Prawirohardjo, 2010).

6) Riwayat ginekologi

Riwayat ginekologi dengan mengkaji perdarahan diluar haid, riwayat keputihan, perdarahan post koitus, riwayat tumor ganas. Riwayat kesehatan merupakan sumber data subjektif tentang status kesehatan pasien yang memberikan

gambaran tentang masalah kesehatan aktual maupun Psikososial (Robert, 2015)

7) Riwayat KB

Kontrasepsi yang pernah dipakai, lamanya pemakaian kontrasepsi, alasan berhenti, rencana yang akan datang (Janah, 2011).

8) Riwayat kesehatan

(a) Riwayat Kesehatan Sekarang adalah riwayat kesehatan yang diderita saat ini oleh pasien. Penyakit menular seperti TBC, hepatitis, Malaria, HIV/AIDS, Penyakit keturunan seperti jantung, hipertensi, DM, Asma, Alergi Obat (Jannah, 2011).

(b) Riwayat Kesehatan Dahulu merupakan riwayat penyulit yang dahulu pernah diderita seperti Jantung, Hipertensi, DM, Asma, Hepar dan HIV/AIDS (Astuti, 2012).

(c) Riwayat Kesehatan Keluarga adalah riwayat kesehatan yang pernah diderita keluarga seperti Jantung, Asma, Hipertensi, DM, Kembar, kanker, penyakit ginjal, TB, epilepsi (Hani, 2011).

(d) Riwayat Penyakit Menular yaitu menanyakan kepada klien apakah mempunyai keluarga yang menderita penyakit menular. Apabila klien mempunyai keluarga yang menderita penyakit menular, sebaiknya bidan

menyarankan kepada klien untuk menghindari secara langsung bersentuhan dengan fisik agar tidak menular pada ibu hamil dan janinnya (Astuti, 2012).

9) Pola kebutuhan sehari-hari

a) Pola Nutrisi

Tanyakan kepada klien, apa jenis makanan yang biasa dikonsumsi, porsi makanan, frekuensi makan klien per hari (Astuti, 2012).

b) Pola Eliminasi

Untuk memastikan keadaan kesehatan keluarga (Sulistyawati, 2009). Ditanyakan BAB berapa kali/hari, BAK berapa kali /hari, keluhan.

c) Pola Istirahat

Untuk mengetahui hambatan yang mungkin muncul jika didapatkan data yang senjang tentang pemenuhan kebutuhan istirahat (Sulistyawati, 2009). Ditanyakan tidur siang dan tidur malam berapa jam, keluhan.

d) Pola Aktivitas

Memberikan gambaran tentang seberapa berat aktivitas yang dilakukan di rumah (Sulistyawati, 2009). Ditanyakan pekerjaan dirumah atau pekerjaan yang dikerjakan sehari – hari.

10) Personal Hygiene

Data yang mempengaruhi kesehatan pasien dan bayinya (Sulistyawati, 2009). Dikaji mandi berapa kali/hari, keramas berapa kali/minggu, ganti baju berapa kali/hari, ganti celana dalam berapa 1kali/hari, sikat gigi berapa kali/hari, potong kuku berapa kali/minggu.

a) Aktivitas Seksual

Untuk mengetahui keluhan dalam aktivitas seksual yang mengganggu (Sulistyawati, 2009). Dikaji frekuensi, keluhan.

b) Psikososial Spiritual

Perlu dikaji untuk kenyamanan psikologis ibu (Sulistyawati, 2009). Dikaji respon terhadap kehamilan ini senang atau tidak, respon suami terhadap kehamilan ini mendukung atau tidak, respon keluarga terhadap kehamilan ini, adat istiadat.

b. Data Objektif

Pemeriksaan fisik sesuai dengan kebutuhan dan pemeriksaan tanda-tanda vital, meliputi: pemeriksaan khusus (terdiri dari inspeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi) dan pemeriksaan penunjang yaitu laboratorium dan catatan terbaru serta catatan sebelumnya (Suryani, 2014).

Pemeriksaan yang dilakukan kepada pasien sebagai berikut:

1) Keadaan Umum

Untuk mengetahui data ini kita cukup dengan mengamati keadaan pasien secara keseluruhan. Hasil pengamatan kita laporkan dengan criteria sebagai berikut :

(a) Baik

Jika pasien memperlihatkan respon yang baik terhadap lingkungan dan orang lain, serta secara fisik pasien tidak mengalami ketergantungan berjalan.

(b) Lemah

Pasien dimasukkan dalam kriteria ini jika ia kurang atau tidak memberikan respon yang baik terhadap lingkungan dan orang lain dan pasien sudah tidak mampu lagi berjalan sendiri (Sulistyawati,2010).

2) Kesadaran

Untuk mendapatkan gambaran tentang kesadaran pasien, kita dapat mengkaji tingkat kesadaran mulai dari composmentis sampai koma (Sulistyawati,2010).

3) Tinggi Badan

Tinggi badan merupakan salah satu ukuran pertumbuhan seseorang. Tinggi badan dapat diukur dengan stasiometer atau tongkat pengukur (Tambunan, dkk. 2011).

4) Berat Badan

Perkiraan kenaikan berat badan yang dianjurkan adalah 4 kg pada kehamilan di TM I 0,5 kg/minggu pada kehamilan TM II sampai TM III jadi keseluruhan total kenaikan berat badannya yaitu 11,5 – 16 kg selama kehamilan. (Sulistyawati, 2010).

5) Pengukuran LILA

Untuk mengetahui lingkaran lengan atas sebagai indikator untuk menilai status gizi ibu hamil, ukuran lingkaran lengan yang normal adalah 23,5 cm (Yuliani dkk, 2017).

6) Tanda-tanda vital

7)

(a) Tekanan darah

Tekanan darah arteri mengganbarkan dua hal, yaitu besar tekanan yang dihasilkan vertikel kiri sewaktu berkontraksi (angka sistolik). Nilai normal rata-rata tekanan sistol pada orang dewasa adalah 90 sampai 130 mmHg, sedangkan rata-

rata diastol adalah 70 sampai 90 mmHg (Prawiroharjo, Sarwono.2014).

(b) Nadi

Nadi adalah gelombang yang diakibatkan oleh adanya perubahan pelebaran (vasodilatasi) dan penyempitan (Vasokonstriksi) dari pembuluh darah arteri akibat kontraksi ventrikel melawan dinding aorta. Tekanan nadi adalah tekanan yang ditimbulkan oleh perbedaan sistolik dan diastolik. Normalnya 80 – 100 kali per menit (Tambunan, dkk. 2011).

(c) Pernafasan

Pernafasan merupakan salah satu indikator untuk mengetahui fungsi sistem pernafasan yang terdiri dari mempertahankan pertukaran oksigen dan karbon dioksida dalam paru dan penganturan asam basal. Adapun pernapasan pada orang dewasa yaitu 16 – 24 x/menit (Prawiroharjo, Sarwono.2014).

(d) Suhu

Suhu adalah derajat panas yang dipertahankan oleh tubuh dan diatur oleh hipotalamus (dipertahankan dalam batas normal yaitu \pm

36,5 °C sampai 37,5 °C) dengan menyeimbangkan antara panas yang dihasilkan dan panas yang dilepaskan. (Tambunan, dkk. 2011).

7) Pemeriksaan fisik head to toe

(a) Kepala

Inspeksi dengan memperhatikan bentuk kepala terdapat benjolan atau tidak, nyeri tekan dan dan kebersihan kepala (Prawiroharjo, Sarwono.2014).

(b) Muka

Pada daerah wajah/muka dilihat simetris atau tidak, apakah kulitnya normal atau tidak, pucat/tidak, atau ikhterus dan lihat apakah terjadi hiperpigmentasi. Pada kulit terdapat deposit pigmen dan hiperpigmentasi alat – alat tertentu, pigmentasi ini disebabkan pengaruh Melanophore stimulating Hormone (MSH) yang meningkat (Wiknjosastro, 2014).

(c) Mata

Pemeriksaan mata dilakukan untuk menilai adanya visus atau ketajaman pengelihatan. Pemeriksaan skelera bertujuan untuk menilai warna, apakah dalam keadaan normal yaitu putih. Apabila ditemukan warna lain. Pemeriksaan pupil, secara normal berbentuk bulat

dan simetris. Apabila diberikan sinar, akan mengecil. Midriasis atau dilatasi pupil menunjukkan adanya rangsangan simpatis. Sedangkan miosis menunjukkan keadaan pupil yang mengecil. Pupil yang berwarna putih menunjukkan kemungkinan adanya penyakit katarak.

(d) Telinga

Pada pemeriksaan telinga bagian luar dapat dimulai dengan pemeriksaan daun telinga dan liang telinga dengan menentukan bentuk, besar dan posisinya. Pemeriksaan pendengaran dilaksanakan dengan bantuan grafotata untuk mengetahui ada gangguan pendengaran atau tidak. (Mufdillah, dkk. 2016).

(e) Hidung

Hidung dikaji dengan tujuan untuk mengetahui keadaan atau bentuk dan fungsi hidung (Prawiroharjo, Sarwono. 2014).

(f) Mulut

Pemeriksaan mulut bertujuan untuk menilai ada tidaknya trismus, halitosis dan labioskisis. Trismus yaitu kesukaran membuka mulut. Halitosis yaitu bau mulut tidak sedap karena personal hygiene yang kurang. Labioskisis yaitu keadaan bibir tidak simetris. Selanjutnya dilakukan pemeriksaan pada gusi untuk

menilai edema atau tanda-tanda radang (Mufdilah, dkk. 2016).

(g) Leher

Palpasi pada leher dilakukan untuk mengetahui keadaan dan lokasi kelenjar limfe, kelenjar tyroid dan trakea. Pembesaran kelenjar limfe dapat disebabkan oleh berbagai penyakit, misalnya peradangan akut/kronis. Pembesaran limfe juga terjadi di beberapa kasus seperti tuberculosis atau sifilis. Palpasi kelenjar tyroid dilakukan untuk mengetahui adanya pembesaran kelenjar tyroid yang biasanya disebabkan oleh kekurangan garam yodium (Prawiroharjo, Sarwono. 2014).

(h) Payudara

Pada awal kehamilan perempuan akan merasakan payudaranya menjadi lebih lunak. Setelah bulan kedua payudara akan bertambah ukurannya dan vena – vena dibawah kulit akan lebih terlihat. Setelah bulan pertama suatu cairan yang berwarna kekuningan yang disebut colostrums dapat keluar (Prawiroharjo, Sarwono. 2014).

(i) Abdomen

Pemeriksaan Leopold dengan cara palpasi abdominal dimulai dari Leopold I untuk mengetahui TFU dan

bagian teratas janin, Leopold II untuk mengetahui bagian di sebelah kanan dan kiri perut ibu, Leopold III untuk mengetahui bagian janin dibagian bawah uterus ibu, Leopold IV untuk mengetahui apakah kepala sudah masuk PAP atau belum. Kepala masuk PAP pada primigravida yaitu pada usia kehamilan 36 minggu (Manuaba, 2015).

(j) Ekstermitas

Ada varises, lakukan pengetukan dengan reflex hammer di daerah tendon muskulus kuadrises femoris di bawah patella.

(k) Genetalia

Genetalia berkaitan dengan system reproduksi wanita. Sietem reproduksi wanita terdiri atas dua bagian utama yaitu genetalia dalam dan genetalia luar yang berkembang dan berfungsi sesuai dengan pengaruh hormone-hormon yang juga mempengaruhi fertilitas, kehamilan dan seksual (Tambunan, dkk. 2011).

8) Pemeriksaan penunjang

Menurut Yuliani dkk, 2017, adalah :

(a) Pemeriksaan Kadar Hemoglobin (HB)

Dikatakan anemia jika kadar HB < 11gr/dl pada trimester 1 dan 3 atau <10,5 gr/dl pada trimester 2

(b) Pemeriksaan Golongan Darah

Pemeriksaan golongan darah pada ibu hamil tidak hanya untuk mengetahui jenis golongan darah, tapi juga untuk mempersiapkan calon pendonor jika terjadi kegawatdaruratan.

(c) Urinalisasi

Pemeriksaan urinalisasi yang dilakukan pada kehamilan terutama protein pada trimester kedua dan ketiga jika terjadi hipertensi. Protein urin pada ibu hamil merupakan indikasi adanya preeklamsi.

(d) Pemeriksaan USG

Pemeriksaan USG direkomendasikan pada awal kehamilan (idealnya sebelum usia kehamilan 15 minggu), untuk menentukan usia gestasi, viabilitas janin, letak dan jumlah janin serta deteksi abnormalitas Janin yang berat serta dilakukan pada trimester ketiga untuk persiapan persalinan.

2. Interpretasi data

Pada langkah ini dilakukan identifikasi yang benar terhadap diagnosis atau masalah dan kebutuhan klien berdasarkan interpretasi yang benar atas data – data yang telah dikumpulkan. Data dasar yang sudah dikumpulkan diinterpretasikan sehingga dapat merumuskan diagnosis dan

masalah yang spesifik. Masalah dan diagnosis keduanya digunakan karena beberapa masalah tidak dapat diselesaikan, seperti diagnosis, tetapi sungguh membutuhkan penanganan yang dituangkan dalam sebuah rencana asuhan terhadap klien. Masalah sering berkaitan dengan pengalaman wanita yang diidentifikasi oleh bidan sesuai dengan pengarahannya. Masalah juga sering menyertai diagnosis. (Asrinah, 2012)

3. Identifikasi Diagnosis dan Masalah Potensial

Pada langkah ketiga ini, bidan dituntut untuk mampu mengantisipasi masalah potensial tidak hanya merumuskan masalah potensial yang akan terjadi, tetapi juga merumuskan tindakan antisipasi agar masalah atau diagnosis potensial tidak terjadi. Dengan demikian, langkah ini benar merupakan langkah yang bersifat antisipasi yang rasional/logis. Kaji ulang diagnosis atau masalah potensial yang diidentifikasi sudah tepat. Tujuan dari langkah ketiga ini adalah untuk mengantisipasi semua kemungkinan yang dapat muncul. Pada langkah ini, bidan mengidentifikasi diagnosis dan masalah potensial berdasarkan diagnosis dan masalah yang sudah teridentifikasi atau diagnosis dan masalah aktual (Asrinah, 2012)

4. Tindakan segera atau Kolaborasi

Langkah keempat mencerminkan kesinambungan dari proses manajemen kebidanan yang terjadi dalam kondisi

darurat. Kondisi darurat dapat terjadi pada saat pengelolaan ibu hamil, ibu bersalin, nifas dan bayi baru lahir. Kondisi darurat merupakan kondisi yang membutuhkan tindakan dengan segera untuk menangani diagnosis maupun masalah darurat yang terjadi dan apabila tidak segera dilakukan tindakan segera akan dapat menyebabkan kematian ibu maupun anak. Pada langkah ini mungkin saja diperlukan data baru yang lebih spesifik agar dapat mengetahui penyebab langsung diagnosis dan masalah yang ada. Oleh karena itu, diperlukan tindakan segera untuk mengetahui penyebabnya. Jadi, tindakan segera selain diatas bisa juga berupa observasi/pemeriksaan. Pada penjelasan diatas menunjukkan bahwa bidan dalam melakukan tindakan harus sesuai dengan prioritas masalah/kebutuhan yang dihadapi kliennya. Setelah bidan merumuskan tindakan yang perlu dilakukan untuk mengantisipasi diagnosis/masalah potensial pada langkah sebelumnya, bidan juga harus merumuskan tindakan darurat/segera yang harus dirumuskan untuk menyelamatkan ibu dan bayi. Dalam rumusan ini, termasuk tindakan segera yang mampu dilakukan secara mandiri atau bersifat rujukan. Kaji ulang apakah tindakan segera ini benar-benar dibutuhkan (Asrinah, 2012)

5. Rencana Asuhan Kebidanan

Rencana asuhan yang menyeluruh tidak hanya meliputi apa yang sudah teridentifikasi dari kondisi klien atau dari setiap masalah yang berkaitan, tetapi juga dari kerangka pedoman antisipasi terhadap wanita tersebut, seperti apa yang diperkirakan akan terjadi berikutnya, apakah dibutuhkan penyuluhan, konseling, dan apakah perlu merujuk klien bila ada masalah-masalah yang berkaitan dengan sosial ekonomi, kultural atau masalah psikologis. Dengan kata lain asuhan terhadap wanita tersebut sudah mencakup setiap hal yang berkaitan dengan semua aspek asuhan kesehatan. Setiap rencana asuhan haruslah disetujui oleh kedua belah pihak, yaitu oleh bidan dan klien agar dapat dilaksanakan dengan efektif karena klien juga akan melaksanakan rencana tersebut. Oleh karena itu pada langkah ini tugas bidan adalah merumuskan rencana asuhan sesuai dengan hasil pembahasan rencana asuhan bersama klien kemudian membuat kesepakatan bersama sebelum melaksanakannya. Semua keputusan yang dikembangkan dalam asuhan menyeluruh ini harus rasional dan benar-benar valid berdasarkan pengetahuan dan teori yang terbaru, serta sesuai dengan asumsi tentang apa yang akan dilakukan klien. Kaji ulang apakah rencana asuhan sudah meliputi semua aspek

asuhan kesehatan terhadap wanita. Rasional berarti tidak berdasarkan asumsi, tetapi sesuai dengan keadaan klien dan pengetahuan teori yang benar dan memadai atau berdasarkan suatu data dasar yang lengkap dan bisa dianggap valid sehingga menghasilkan asuhan klien yang lengkap dan tidak berbahaya (Asrinah, 2012).

6. Implementasi

Pada langkah ini dilakukan pelaksanaan asuhan langsung secara efisien dan aman. Pada langkah keenam ini, rencana asuhan menyeluruh seperti yang telah diuraikan pada langkah kelima dilaksanakan secara efisien dan aman. Perencanaan ini dapat dilakukan seluruhnya oleh bidan atau sebagian lagi oleh klien atau anggota tim lainnya. Walau bidan tidak melakukan sendiri, ia tetap memikul tanggung jawab untuk mengarahkan pelaksanaannya

7. Evaluasi

Pada langkah ketujuh ini dilakukan evaluasi keefektifan asuhan yang telah diberikan. Hal yang dievaluasi meliputi apakah kebutuhan telah terpenuhi dan mengatasi diagnosis dan masalah yang telah diidentifikasi. Rencana tersebut dapat dianggap efektif jika memang benar-benar efektif dalam pelaksanaannya.

Ada kemungkinan bahwa sebagian rencana tersebut efektif, sedangkan sebagian lain belum efektif. Mengingat proses manajemen asuhan ini merupakan suatu kegiatan yang berkesinambungan, maka perlu mengulang kembali dari awal setiap asuhan yang tidak efektif melalui manajemen untuk mengidentifikasi mengapa proses manajemen tidak efektif, serta melakukan penyesuaian pada rencana asuhan tersebut. (Asrinah, 2012)

C. Pendokumentasian SOAP

1. Subjective

Menggambarkan pendokumentasian hasil pengumpulan data klien melalui anamnesis (langkah I Varney) (Yulifah, 2014). Menurut sudarti (2011), data subyektif yang dikaji pada ibu hamil adalah sebagai berikut:

- a) Menanyakan keadaan ibu
- b) Menanyakan pengetahuan ibu tentang seberapa jauh ibu memahami keadaanya.

2. Objective

Menggambarkan pendokumentasian hasil pemeriksaan fisik klien, hasil laboratorium dan uji diagnosis lain yang dirumuskan dalam data fokus untuk mendukung asuhan (langkah I Varney) (Yulifah dan Surachmindari, 2014). Menurut sudarti (2011), data obyektif yang dikaji pada ibu hamil adalah sebagai berikut :

- a) Memeriksa TTV
- b) Inspeksi
- c) Palpasi
- d) Auskultasi
- e) Perkusi
- f) Laboratorium dan USG (bila diperlukan)

3. **Assesment**

Menggambarkan pendokumentasian hasil analisis dan interpretasi data subjektif dan objektif dalam suatu identifikasi:

- 1) Diagnosis/masalah
- 2) Antisipasi diagnosis/masalah potensial
- 3) Perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter/konsultasi/kolaborasi dan atau rujukan (langkah II, III dan IV Varney)
(Yulifah, 2014)

4. **Plan**

Menggambarkan pendokumentasian tindakan dan evaluasi perencanaan berdasarkan assesment (langkah V, VI dan VII Varney) (Yulifah dan Surachmindari, 2014). Menurut sudarti (2011), perencanaan pada ibu hamil adalah sebagai berikut :

- 1) Jelaskan kondisi kehamilan dan rencana asuhan yang akan dilaksanakan
- 2) Diskusikan jadwal pemeriksaan dan hasil yang diharapkan

- 3) Jelaskan pada ibu, bila diperlukan pemeriksaan khusus konsultasikan ke disiplin ilmu lain bila perlu, ibu dapat dirujuk ke tenaga ahli fasilitas kesehatan yang lebih lengkap.