

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

I. TINJAUAN MEDIS

A. KONSEP DASAR KEHAMILAN

1. Definisi Kehamilan

Menurut Federasi Ginekologi Internasional dalam Sarwono (2014), kehamilan adalah penyatuan dari spermatozoa dan ovum dan dilanjutkan dengan implantasi dari saat fertilisasi hingga lahirnya bayi, kehamilan normal berlangsung dalam waktu 40 minggu atau 10 atau 9 bulan menurut kalender internasional. Kehamilan terbagi dalam 3 trimester, dimana trimester kesatu berlangsung dalam 12 minggu, trimester kedua 15 minggu (mingguk-13 hingga 12 minggu, trimester ketiga 13 minggu (minggu ke-28 hingga ke-40). Menurut Manuaba (2012:75) Kehamilan merupakan mata rantai yang berkesinambungan dan terdiri dari : Ovulasi, migrasi, spermatozoa dan ovum. Konsepsi dan pertumbuhan zigot, nidasi (implantasi) pada uterus, pembentukan plasenta dan tumbuh kembang hasil konsepsi sampai aterm.

Jadi dapat disimpulkan bahwa kehamilan adalah masa dimana seorang perempuan memiliki janin yang prosesnya dimulai dari fertilisasi hingga menjadi janin seutuhnya, berlangsung dalam waktu 40 minggu.

2. **Klasifikasi Masa Kehamilan**

Purwoastuti dan Walyani (2015) mengklasifikasikan masa hamil menjadi tiga, yaitu:

a) Trimester I (0-12 minggu) Pada masa ini, ibu hamil sedang dalam masa penyesuaian, sebagian ibu hamil akan merasa sangat lelah dan kurang bertenaga bahkan sebagian yang lain diikuti dengan mual muntah/morning sickness.

b) Trimester II (13-25 minggu)

Ibu akan merasa lebih baik dari trimester I. ketidaknyamanan yang biasanya terjadi adalah rasa gatal pada kulit karena adanya peregangan, sesak nafas dan mudah lelah.

c) Trimester III (26-40 minggu)

Trimester tiga merupakan masa penantian hadirnya buah hati. Pada masa ini kenaikan berat badan sekitar 2 ons perminggu dan janin dalam rahim mengalami kenaikan $\frac{3}{4}$ dari berat semula, hal ini akan membuat ibu mengalami keluhan sakit punggung, kaki bengkak, varises dan sakit di pangkal paha. Hal yang dianjurkan tetap rileks, istirahat yang cukup dan melakukan latihan ringan.

3. **Fisiologis Kehamilan**

Menurut Manuaba, (2013) proses kehamilan merupakan mata rantai yang berkesinambungan dan terdiri dari :

a) Ovulasi

Ovulasi adalah proses pelepasan *ovum* yang dipengaruhi oleh sistem hormonal yang kompleks. Selama masa subur yang berlangsung 20 sampai 35 tahun, hanya 420 ovum yang dapat mengikuti proses pematangan dan terjadi ovulasi.

b) Spermatozoa

Proses pembentukan *spermatozoa* merupakan proses yang kompleks. *Spermatogonium* berasal dari sel primitif tubulus, menjadi *spermatosit* pertama, menjadi *spermatosit* kedua, menjadi *spermatid*, akhirnya *spermatozoa*. Pada setiap hubungan seksual dikeluarkan sekitar 3 cc sperma yang mengandung 40 sampai 60 juta *spermatozoa* setiap cc.

c) Konsepsi

Pertemuan inti ovum dengan inti *spermatozoa* disebut konsepsi atau fertilisasi dan membentuk *zigot*. Proses konsepsi dapat berlangsung sebagai berikut:

- (1) *Ovum* yang dilepaskan dalam proses ovulasi, diliputi oleh *korona radiata*, yang mengandung persediaan nutrisi.
- (2) Pada *ovum*, dijumpai inti dalam bentuk metafase di tengah *sitoplasma* yang disebut *vitelus*.
- (3) Dalam perjalanan, *korona radiata* makin berkurang pada zona pelusida. Nutrisi dialirkan ke dalam *vitelus*, melalui saluran pada *zona pelusida*.

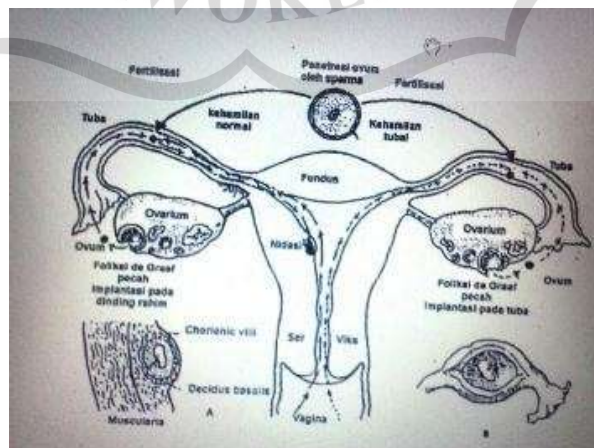
(4) Konsepsi terjadi pada *pars ampularis tuba*, tempat yang paling luas yang dindingnya penuh jonjot dan tertutup sel yang mempunyai silia. Ovum mempunyai waktu hidup terlama di dalam ampula tuba.

(5) Ovum siap dibuahi setelah 12 jam dan hidup selama 48 jam.

d) Proses nidasi atau implantasi

Dengan masuknya inti *spermatozoa* kedalam sitoplasma, “*vitelus*” membangkitkan kembali pembelahan dalam inti ovum yang dalam keadaan “*metafase*”. Proses pemecahan dan pematangan mengikuti bentuk *anafase* dan “*telofase*” sehingga pronukleusnya menjadi “*haploid*”. *Pronukleus spermatozoa* dalam keadaan *haploid* saling mendekati dengan inti *ovum* yang kini *haploid* dan bertemu dalam pasangan pembawa tanda dari pihak wanita maupun pria. Setelah pertemuan kedua inti *ovum* dan *spermatozoa*, terbentuk *zigot* yang dalam beberapa jam telah mampu membelah dirinya menjadi dua dan seterusnya. Bebarengan dengan pembelahan inti, hasil konsepsi terus berjalan menuju uterus. Hasil pembelahan sel memenuhi seluruh ruangan dalam ovum yang besarnya 100 MU atau 0,1 mm dan di sebut stadium morula. Selama pembelahan sel bagian dalam, terjadi pembentukan sel dibagian luar morula yang kemungkinan berasal

dari *korona radiata* yang menjadi sel *trofoblas*. Sel *trofoblas* dalam pertemuannya, mampu mengeluarkan hormon korionik *gonadotropin*, yang mempertahankan *korpus luteum gravidarum*. Pembelahan berjalan terus dan didalam morula terbentuk ruangan yang mengandung cairan yang disebut *blastula*. Perkembangan dan pertumbuhan berlangsung, blastula dengan *vili korealisnya* yang dilapisi sel trofoblas telah siap untuk melakukan nidasi. Sementara itu, pada fase sekresi, endometrium telah makin tebal dan makin banyak mengandung glikogen yang disebut desidua. Sel trofoblas yang meliputi "*primer vili korealis*" melakukan *destruksi enzimatik-proteolitik*, sehingga dapat menambahkan diri di dalam endometrium. Proses penanaman blastula yang disebut nidasi atau implantasi terjadi pada hari ke-6 sampai 7 setelah konsepsi. Pada saat tertanamnya blastula kedalam endometrium, mungkin terjadi perdarahan yang disebut tanda *hartman*. (Manuaba,2013)



Gambar 2.1 Proses terjadinya kehamilan

Sumber: Manuaba, 2013. Ilmu kebidanan, penyakit kandungan dan KB

e) Pembentukan Plasenta

Nidasi dan implantasi terjadi pada bagian fundus uteri di dinding depan atau belakang. Pada blastula, penyebaran sel trofoblas yang tumbuh tidak rata, sehingga bagian blastula dengan *inner cell mass* akan tertanam ke dalam endometrium. Sel trofoblas menghancurkan endometrium sampai terjadi pembentukan plasenta yang berasal dari primer vili korealis.

Terjadinya nidasi (implantasi) mendorong sel blastula mengadakan diferensiasi. Sel yang dekat dengan ruangan eksoselom membentuk "*entoderm*" dan *yolk sac* (kantong kuning telur) sedangkan sel lain membentuk "*ektoderm*" dan ruangan amnion. Plat embrio (*embryonal plate*) terbentuk di antara dua ruang yaitu ruang amnion dan kantung *yolk sac*. Plat embrio terdiri dari unsur *ektoderm*, *entoderm*, dan *mesoderm*. Ruangan amnion dengan cepat mendekati korion sehingga jaringan yang terdapat diantara amnion dan embrio padat dan berkembang menjadi tali pusat.

Awalnya *yolk sac* berfungsi sebagai pembentuk darah bersama dengan hati, limpa, dan sumsum tulang. Pada minggu kedua sampai ketiga, terbentuk bakal jantung dengan pembuluh

darahnya yang menuju *body stalk* (bakal tali pusat). Jantung bayi mulai dapat dideteksi pada minggu ke-6 sampai 8 dengan menggunakan ultrasonografi atau sistem dopler.

Pembuluh darah pada *body stalk* terdiri dari arteri umbikalis dan vena umbilikalis. Cabang arteri vena umbilikalis masuk ke vili korealis sehingga dapat melakukan pertukaran nutrisi dan membuang hasil metabolisme yang tidak diperlukan. Dengan berbagai bentuk implantasi (nidasi) di mana posisi plat embrio berada, akan di jumpai berbagai variasi dari insersio tali pusat, yaitu insersio sentralis, para sentralis, marginalis atau insersio vilamentosa. (Manuaba, 2013)

- f) Selanjutnya terjadi pertumbuhan dan perkembangan janin dalam rahim, perkembangan janin terjadi melalui banyak tahapan. Pemberian nutrisi yang baik, suplai oksigen yang cukup, perlindungan terhadap infeksi, serta kondisi hormon yang stabil diharapkan dapat menjaga pertumbuhan dan perkembangan janin sesuai dengan usia kehamilannya. (Astuti, dkk, 2017).



Gambar 2.2 Pertumbuhan dan Perkembangan Janin dalam Rahim

Sumber : Astuti,dkk,2017. Asuhan Ibu dalam Masa Kehamilan

4. Perubahan Fisiologis Pada Kehamilan

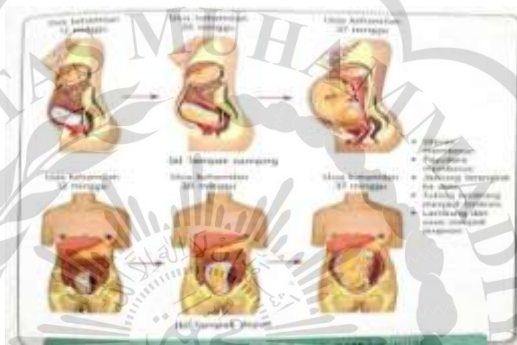
a) Uterus

Letak uterus pada kehamilan akan berubah. Pada usia kehamilan 12 minggu, uterus akan naik keluar dan masuk ke dalam rongga abdomen, serta akan lebih condong ke sisi kanan. Hal ini kemungkinan disebabkan adanya *rektosigmoid* di sisi kiri. Uterus akan menjadi lebih vertikal dan tidak lagi *anteversi* maupun *antefleksi*. Pada usia kehamilan 24 minggu, uterus mencapai umbilikus dan mencapai *processus xiphoideus* pada usia kehamilan 36 minggu. Setelah usia kehamilan 36 minggu, uterus mulai turun ke dalam panggul.(Manuaba,2013).

Bentuk uterus menjadi bulat (*globular*) karena cavum terisi oleh embrio yang sedang tumbuh. Cavum uterus menjadi lebih bulat seperti telur pada saat fetus tumbuh menjadi lebih panjang. Jika kepala fetus turun ke panggul, maka uterus menjadi lebih bulat lagi. Sebagai penyesuaian dengan pertumbuhan janin, antara minggu ke-12 dan ke-36, maka panjang isthmus menjadi tiga kali lipat.

Ukuran uterus saat hamil jelas akan mengalami perubahan. Perubahan ini terkait dengan hormon estrogen dan progesteron. Hormon ini akan mempengaruhi pembesaran uterus dengan cara

meningkatkan vaskularisasi dan dilatasi pembuluh darah, hiperplasia (produksi serabut otot dan jaringan fibroelastis baru), hipertrofi (pembesaran serabut otot dan jaringan fibroelastin yang telah ada), serta perkembangan desidua. Uterus yang cukup usia kehamilannya mempunyai panjang 30 cm, dan lebar 23 cm, dan tebal 20 cm. Berat uterus meningkat dari 57 gram menjadi 1000 gram(Astuti,dkk,2017).



Gambar 2.3 Perkembangan Rahim Sesuai Masa Kehamilan

Sumber : Astuti, dkk, 2017. Asuhan Ibu Dalam Masa Kehamilan

b) Serviks Uteri

Segera setelah periode tidak terjadinya menstruasi pertama. Serviks menjadi lebih lunak sebagai akibat meningkatnya suplai darah (tanda *Goodell's*) *kanalis servikalis* dipenuhi oleh mukus yang kental disebut *operkulum*. Selama kehamilan *operkulum* menghambat masuknya bakteri ke uterus, yang mengalir selama persalinan yang disebut "*bloody show*", yang menandakan bahwa *kanalis* terbuka untuk lewatnya bayi. Serviks primipara (wanita

yang belum pernah mengalami kehamilan) terlihat bulat dan halus serta menonjol ke arah vagina. Proses kelahiran meregangkan serviks dan hampir selalu menyebabkan laserasi serviks.

Setelahnya, bentuk serviks menjadi oval. Selama masa kehamilan konsistensi serviks berubah. Sebelum kehamilan teraba seperti ujung hidung, pada awal masa kehamilan, teraba seperti ujung daun telinga, dan keadaan term seperti bibir. (Deswani, dkk, 2018).

c) Ovarium

Dengan terjadinya kehamilan indung telur yang mengandung korpus luteum gravidarum akan meneruskan fungsinya sampai terbentuk placenta yang sempurna pada umur 16 minggu. Kejadian ini tidak lepas dari kemampuan vili korealis yang mengeluarkan hormon korionik gondotropin yang mirip dengan *hormon iuteotropik hipofisis anterior*. Ovulasi berhenti. Masih terdapat *corpus iuteum graviditas* sampai terbentuknya uri yang mengambil alih pengeluaran estrogen dan progesterone (Mochtar, 2012)

d) Vagina dan Vulva

Hormon esterogen saat kehamilan berfungsi untuk mempersiapkan vagina supaya elastis selama persalinan, hal itu dilakukan melalui : mempertebal mukosa vagina yang tebal,

membuat jaringan ikat longgar, hipertrofi otot polos, dan pemanjangan vagina. selama kehamilan terjadi peningkatan pH sekresi vagina dari 3,5 menjadi 6,5 sehingga suasana vagina lebih basa. Peningkatan pH ini membuat wanita hamil lebih rentan terhadap infeksi vagina, khususnya infeksi jamur. Perubahan lainnya yang terjadi adalah pembesaran struktur eksterna vulva akibat peningkatan vaskulator, hipertrofi badan perineum dan deposisi lemak. Pada nulipara kedua labia mayor saling mendekat dan menutupi introitus vagina. pada wanita yang pernah melahirkan, kedua labia memisah, dan mengapa setelah melahirkan atau setelah cedera vagina (Deswani, dkk,2018).

e) Mammae (payudara)

Adanya rasa penuh pada payudara, peningkatan sensitivitas, rasa geli, dan rasa berat di payudara mulai timbul sejak minggu keenam gestasi. Perubahan payudara ini adalah tanda kemungkinan kehamilan. Puting susu dan areolah menjadi lebih berpigmen, terbentuk warna merah sekunder pada areola, dan puting susu menjadi lebih erektile. *Hipertrofi* kelenjar sebacea (lemak) yang muncul di areola primer disebut *tuberkel montgomery* dapat terlihat di sekitar puting susu. Selama trimester kedua dan ketiga, pertumbuhan kelenjar mammae membuat ukuran payudara meningkat secara progresif. Walaupun

perkembangan kelenjar mammae secara fungsional lengkap pada pertengahan masa hamil, tetapi laktasi terhambat sampai kadar esterogen menurun, yakni setelah janin dan plasenta lahir (Dewani, dkk, 2018).

f) Dinding Abdomen

Pembesaran rahim menimbulkan peregaan dan menyebabkan robeknya selaput elastis di bawah kulit, sehingga timbul *striae gravidarum* (Mochtar, 2012)

Striae gravidarum, meliputi *striae lividae* (garis-garis yang berwarna biru) dan *striae albicans* (warna putih). *Striae* timbul sebagai akibat *hiperfungsi gladula suprarenalis*. (Mochtar, 2012).

g) Kulit

Perubahan yang umum timbul terdiri dari peningkatan ketebalan kulit dan lemak subdermal, *hiperpigmentasi*, pertumbuhan rambut dan kuku, percepatan aktivitas kelenjar keringat dan kelenjar sebacea, peningkatan sirkulasi dan aktivitas vasomotor. Jaringan elastis mudah pecah, menyebabkan *striae gravidarum*, atau tanda regangan. *Melasma* di wajah yang juga disebut *kloasma*, *striae gravidarum* sering terlihat pada abdomen dan bokong dan menghilang setelah melahirkan, *cloasma gravidarum* di daerah wajah, *linea gravidarum* di bagian perut (Deswani, dkk, 2018).

h) Pertukaran Zat

Wanita hamil bertambah berat :

- (1) Dalam TM I penambah berat 1-2 kg.
- (2) Dalam TM II penambah berat 0,35-0,4 kg per minggu.
- (3) Dalam TM III penambah berat 5,5 kg

Tabel 2.1 Indeks Masa Tubuh

KATEGORI	IMT	REKOMENDASI
Rendah	<19,8	12,5 – 18
Normal	19,8 – 26	11,5 – 16
Tinggi	26 – 29	7 – 11,5
Obesitas	>29	≥7
Gemili		16 – 20,5

r : walyani, 2016

$$IMT = BB/TB^2$$

Di mana:

IMT = indeks masa tubuh

BB = berat badan (kg)

TB = tinggi badan (m)

Penambah berat ini disebabkan :

- (1) Berat janin (3-4 kg), plasenta (0,6 kg), air ketuban (0,8 kg)
- (2) Peningkatan berat uterus (0,9 kg), peningkatan berat payudara (0,4 kg), peningkatan volume darah (1,5 kg)

(3) Cairan ekstra selular (1,4 kg), lemak (3,5 kg) Total kenaikan badan rata-rata 12,5 kg selama hamil

Indeks Masa Tubuh

IMT merupakan alat sederhana untuk memantau status gizi orang dewasa yang berusia > 18 tahun, kecuali bayi, anak-anak, hamil, olahragawan dan orang dengan penyakit khusus seperti asites diabetes mellitus, dll.

Pada ibu hamil, terdapat empat kategori IMT, yaitu berat badan kurang, berat badan normal, berat badan lebih, dan obesitas.

Kisaran kenaikan berat badan selama kehamilan berdasarkan IMT kehamilan. Berat badan wanita hamil akan mengalami kenaikan sekitar 6,5-16,5 kg. Kenaikan berat badan terlalu banyak ditemukan pada kasus preeklampsi dan eklampsi. Kenaikan berat badan wanita hamil disebabkan oleh janin, uri, airtubun, uterus, payudara, kenaikan volume darah, lemak, protein dan retensi air (Rukiah, dkk 2013)

i) Sirkulasi Darah

Sirkulasi darah ibu dalam kehamilan dipergunakan oleh adanya sirkulasi ke placenta, uterus yang membesar dengan pembuluh – pembuluh darah yang membesar pula, mammae dan alat yang fungsinya berlebihan dalam kehamilan, volume darah akan tambah banyak, kira – kira 25% dengan puncak kehamilan

32 minggu, diikuti dengan cardiac output yang meningkat kira – kira 30 %. Akibat nemonulasi yang mulai jelas timbul pada kehamilan 16 minggu, ibu yang mempunyai penyakit jantung dapat jatuh dalam keadaan dekompensasi kordis.

Volume darah bertambah, baik plasmanya maupun eritrositnya tetapi penambahan volume plasmanya yang disebabkan oleh hydremia lebih menonjol hingga biasanya kadar Hb turun.

j)Sistem Respirasi

Pada kehamilan terjadi perubahan sistem respirasi untuk dapat memenuhi kebutuhan O₂. Terjadi desakan diafragma karena dorongan rahim yang membesar pada umur kehamilan 32 minggu. Sebagai kompensasi terjadinya desakan rahim dan kebutuhan O₂ yang meningkat, ibu hamil akan bernafas lebih dalam sekitar 20% - 25% dari biasanya. Wanita hamil kadang – kadang mengeluh sesak nafas dan pendek nafas. Hal ini disebabkan oleh usus yang terletak ke arah diafragma akibat pembesaran rahim kapasitas vital paru – paru meningkat sedikit selama kehamilan. Seorang wanita hamil selalu bernafas lebih dalam. Yang lebih menonjol adalah pernafasan dada (thracic breathing).

k) Sistem Pencernaan

Tonus otot-otot saluran pencernaan menurun, sehingga seluruh saluran-saluran pencernaan juga berkurang. Makanan lebih lama berada di dalam lambung dan apa yang telah di cerna akan berada lebih lama dalam usus. Hal ini baik untuk reabsorpsi, akan tetapi menimbulkan obstipasi.

l) Metabolisme

(1) Pada wanita hamil basal metabolisme rate (BMK) meningkat hingga 15-20% terutama pada trimester akhir.

(2) Protein diperlukan dalam kehamilan untuk perkembangan badan, alat kandungan, mammae dan untuk janin. Protein harus disimpan pula untuk dapat dikeluarkan pada laktasi.

(3) Metabolisme mineral

(1) Kalsium: janin membutuhkan 30-40 gr kalsium untuk pembentukan tulang, terutama trimester akhir, dibutuhkan 1,5 – 2,5 gr kalsium sehari.

(2) Fosfor : dibutuhkan rata – rata 2 gr sehari.

(3) Zat besi : dibutuhkan tambahan zat besi sekitar 800 mg atau 30-50 mg besi sehari.

5. Perubahan psikologis kehamilan

Menurut Kumalasari, 2015 : 7-8. Perubahan Psikologis Kehamilan dibagi menjadi beberapa diantaranya :

a) Trimester I

Trimester pertama sering diktakan sebagai masa penentuan. Penentuan untuk membuktikan bahwa wanita dalam keadaan hamil. Pada saat inilah tugas psikologis pertama sebagai calon ibu untuk dapat menerima kenyataan akan kehamilannya. Keadaan ini menciptakan kebutuhan untuk berkomunikasi secara terbuka dengan suami. Banyak wanita merasa butuh dicintai dan merasakan kuat untuk mencintai namun tanpa berhubungan seks. Libido sangat di pengaruhi kelelahan, rasa mual, pembesaran payudara, keprihatinan, kekhawatiran. Semua ini bagian normal dari proses kehamilan pada trimester pertama.

b) Trimester II

Trimester kedua biasanya ibu merasa sehat dan sudah terbiasa dengan kadar hormon yang tinggi, serta rasa tidak nyaman akibat kehamilan sudah mulai berkurang. Perut ibu pun belum terlalu besar sehingga belum dirasakan ibu sebagai beban. Ibu sudah menerima kehamilannya dan dapat dimulai menggunakan energi dan pikiran secara lebih konstruktif. Pada trimester ini pula ibu dapat merasakan gerakan janinnya dan ibu mulai merasakan kehadiran bayinya sebagai seseorang diluar dirinya dan dirinya sendiri. Banyak ibu yang merasakan terlepas dari rasa kecemasan dan tidak nyaman seperti yang dirasakannya pada trimester pertama dan merasakan meningkatnya libido.

c) Trimester III

Trimester ke tiga ini sering disebut sebagai priode penantian. Priode ini wanita merasa kehadiran bayinya sebagai bagian dari dirinya, dia menjadi tidak sabar untuk segera melihat bayinya. Trimester III adalah waktu untuk mempersiapkan kelahiran dan kedudukan sebagai orang tua, seperti terpusatnya perhatian pada kehadiran bayi. Sejumlah ketakutan terlihat selama trimester ketiga. Wanita mungkin khawatir terhadap hidupnya dan bayinya, dia tidak akan tahu kapan dia akan melahirkan.

6. **Tanda – tanda Kehamilan**

Menurut Manuaba (2012) tanda-tanda kehamilan dibagi menjadi 3 yaitu:

a) Tanda Dugaan Kehamilan

(1) *Amenorea* (terlambat datang bulan)

Konsepsi dan nidasi menyebabkan tidak terjadi pembentukan folikel de graaf ovulasi. Dengan mengetahui hari pertama haid terakhir (HPHT) dengan perhitungan rumus Naegle dapat ditentukan perkiraan persalinan (HPL)

(2) Mual (*Nause*) dan muntah (*Emesis*)

Pengaruh esterogen dan progesterone menyebabkan pengeluaran asam lambung yang berlebihan. Mual dan muntah terutama pada pagi hari disebut morning sickness. Dalam batas yang fisiologis,

keadaan ini dapat diatasi. Akibat mual dan muntah, nafsu makan berkurang.

(3) Ngidam

Wanita hamil sering menginginkan makanan tertentu, keinginan yang demikian disebut ngidam.

(4) *Sinkope* atau pingsan

Terjadinya gangguan sirkulasi ke daerah kepala (sentral) menyebabkan iskemia susunan saraf dan menimbulkan sinkope atau pingsan. Keadaan ini menghilang setelah usia 16 minggu.

(5) Payudara tegang

Pengaruh esterogen – progesteron dan somatomamotrofin menimbulkan deposit lemak, air dan garam pada payudara. Payudara membesar dan tegang. Ujung saraf tertekan menyebabkan rasa sakit terutama pada hamil pertama.

(6) Sering miksi (BAK)

Desakan Rahim kedepan menyebabkan kandung kemih sempit terasa penuh dan sering buang air kecil. Pada trimester kedua, gejala ini sudah menghilang.

(7) Konstipasi atau obstipasi

Pengaruh hormone progesterone dapat menghambat peristaltic usus, menyebabkan kesulitan untuk buang air besar.

(8) Pigmentasi kulit

Keluarnya melanophore stimulating hormone hipofisis anterior menyebabkan pigmentasi kulit disekitar pipi (*kloasma gravidarum*), pada dinding perut (*striae lividae, striae nigra, linea alba* makin hitam), dan sekitar payudara (hiperpigmentasi areola mameae, puting susu makin menonjol, kelenjar *montgomey* menonjol, pembuluh darah menifes sekitar payudara), sekitar pipi (*kloasma gravidarum*).

(9) Epulis

Hipertrofi guzi yang disebut epulis, dapat terjadi jika hamil.

(10) Varises

Penampakan pembuluh darah vena. Karena pengaruh dari esterogen dan progesterone terjadi disekitar genetalia eksterna, kaki dan betis, dan payudara. Penampakan pembuluh darah ini dapat menghilang setelah persalinan.

b) Tanda Kemungkinan Hamil

(1) Rahim membesar, sampai dengan tuanya hamil.

(2) Pada pemeriksaan dalam dapat dijumpai :

(a) Tanda *Hegar* yaitu perubahan pada isthmus uteri (Rahim) menjadi lebih panjang dan lunak sehingga seolah – olah kedua jari dapat saling bersentuhan.

- (b) Tanda *chadwicks* yaitu peningkatan aliran darah ke uterus dan limfe akan menyebabkan edema serta kongesti panggul, sehingga uterus dan servik, termasuk isthmus akan menjadi lunak dan serviks akan menjadi kebiruan (Astuti dkk, 2017)
- (c) Tanda *piscaseck* yaitu didapatkan uterus yang tidak rata (asimetris) dan kasar. Ketidakaturan uterus ini biasanya disebabkan implantasi ovum lebih dengan salah satu area kornu. Tanda ini terjadi sekitar minggu ke-8 samapai ke-10 kehamilan (Astuti dkk, 2017)
- (d) Kontraksi *Braxton Hicks* yaitu kontraksi yang bersifat tidak teratur dan tidak menimbulkan nyeri hal ini di karenakan adanya peregangan sel otot uterus serta peningkatan kadar aktomisin dalam otot (Astuti dkk, 2017)
- (e) Pemeriksaan tes biologis kehamilan positif
- c) Tanda Pasti Hamil
- (1) Gerakan janin dalam Rahim
 - (2) Terlihat dan teraba gerakan dan teraba bagian – bagian janin
 - (3) Denyut jantung janin
- Didengar dengan *stetoskop laenec*, alat kardiografi dan alat *Doppler*.
- Dilihat dengan ultrasonografi (Marmi, 2014)

7. Gejala dan Tanda Bahaya Selama Kehamilan

Gejala dan tanda bahaya kehamilan menurut Prawirohardjo (2014)

sebagai berikut :

a) Perdarahan

Perdarahan pada kehamilan usia muda atau usia kehamilan di bawah 20 minggu umumnya disebabkan oleh keguguran. Sekitar 10-12% kehamilan akan berakhir dengan keguguran yang pada umumnya (60-80%) disebabkan oleh kelainan kromosom yang ditemui pada spermatozoa maupun ovum. Perdarahan pada kehamilan lanjut atau usia diatas 20 minggu pada umumnya disebabkan oleh plasenta previa.

b) Preeklamsia

Pada umumnya ibu hamil dengan usia kehamilan diatas 20 minggu disertai dengan peningkatan tekanan darah di atas normal sering diasosiasikan dengan preeklampsia. Data atau informasi awal terkait dengan tekanan darah sebelum hamil akan sangat membantu petugas kesehatan untuk membedakan hipertensi kronis (yang sudah ada sebelumnya) dengan preeklampsia.

c) Nyeri hebat di daerah abdominopelvikum

Nyeri hebat di daerah abdominopelvikum biasa terjadi pada kehamilan, nyeri tersebut bisa terjadi pada kehamilan trimester kedua dan ketiga. Apabila nyeri tersebut terasa pada trimester kedua atau

ketiga maka diagnosanya mengarah pada solusi plasenta yang bisa dilihat baik dari jenis nyeri maupun perdarahan yang terjadi.

- d) Muntah yang berlebihan yang berlangsung selama masa kehamilan
- e) Disuria
- f) Menggigil atau demam
- g) Ketuban pecah dini atau sebelum waktunya
- h) Uterus lebih besar atau lebih kecil dari usia kehamilan yang sesungguhnya.

8. Ketidakyamanan Kehamilan Pada Trimester III

Menurut Romauli (2011) ketidaknyamanan ibu hamil pada trimester 3 adalah sebagai berikut :

a) Peningkatan frekuensi berkemih

Frekuensi kemih meningkat pada trimester ketiga sering dialami wanita primigravida setelah lightening terjadi efek lightening yaitu bagian presentasi akan menurun masuk kedalam panggul dan menimbulkan tekanan langsung pada kandung kemih. Peningkatan frekuensi berkemih disebabkan oleh tekanan uterus karena turunnya bagian bawah janin sehingga kandung kemih tertekan, kapasitas kandung kemih berkurang dan mengakibatkan frekuensi berkemih meningkat.

b) Sakit punggung atas dan bawah

Tekanan terhadap akar syaraf dan perubahan sikap badan pada kehamilan lanjut akan menyebabkan titik berat badan berpindah kedepan. Hal ini disebabkan oleh perut yang membesar. Ini diimbangi dengan lordosis yang berlebihan dan sikap ini dapat menimbulkan spasmus.

c) Hiperventilasi dan sesak nafas

Peningkatan aktivitas metabolis selama kehamilan akan meningkatkan karbondioksida. Hiperventilasi akan menurunkan karbon dioksida. Sesak nafas terjadi pada trimester III karena pembesaran uterus yang menekan diafragma. Selain itu diafragma mengalami elevasi kurang lebih 4 cm selama kehamilan.

d) Edema dependen

Terjadi karena gangguan sirkulasi vena dan peningkatan tekanan vena pada ekstremitas bawah karena tekanan uterus membesar pada vena panggul pada saat duduk/ berdiri dan pada vena cava inferior saat tidur terlentang. Edema pada kaki yang menggantung terlihat pada pergelangan kaki dan harus dibedakan dengan edema karena preeklamsi.

e) Nyeri ulu hati

Ketidaknyamanan ini mulai timbul menjelang akhir trimester II dan bertahan hingga trimester III.

Penyebab :

(1) Relaksasi sfingter jantung pada lambung akibat pengaruh yang ditimbulkan peningkatan jumlah progesteron.

(2) Penurunan motilitas gastrointestinal yang terjadi akibat relaksasi otot halus yang kemungkinan disebabkan peningkatan jumlah progesteron dan tekanan uterus.

(3) Tidak ada ruang fungsional untuk lambung akibat perubahan tempat dan penekanan oleh uterus yang membesar.

f) Kram tungkai

Kram pada tungkai terjadi karena asupan kalsium tidak adekuat, atau ketidakseimbangan rasio dan fosfor. Selain itu uterus yang membesar memberi tekanan pembuluh darah panggul sehingga mengganggu sirkulasi atau pada saraf yang melewati foramen doturator dalam perjalanan menuju ekstremitas bawah.

g) Konstipasi

Pada kehamilan trimester III kadar progesteron tinggi. Rahim yang semakin membesar akan menekan rectum dan usus bagian bawah sehingga terjadi konstipasi. Konstipasi semakin berat karena gerakan otot dalam usus diperlambat oleh tingginya kadar progesterone. Konstipasi ibu hamil terjadi akibat peningkatan produksi progesterone yang menyebabkan tonus otot polos menurun, termasuk pada sistem pencernaan, sehingga sistem

pencernaan menjadi lambat. Motilitas otot yang polos menurun dapat menyebabkan absorpsi air di usus besar meningkat sehingga feses menjadi keras. Perencanaan yang dapat diberikan pada ibu hamil dengan keluhan konstipasi adalah tingkatan intake cairan minimum 8 gelas air putih setiap hari dan serat dalam diet misalnya buah, sayuran dan minum air hangat, istirahat yang cukup, melakukan olahraga ringan ataupun senam hamil, buang air besar secara teratur dan segera setelah ada dorongan.

h) Kesemutan pada jari

Perubahan pusat gravitasi menyebabkan wanita mengambil postur dengan posisi bahu terlalu jauh kebelakang sehingga menyebabkan penekanan pada saraf median dan aliran lengan yang akan menyebabkan kesemutan dan baal pada jari-jari.

i) Insomnia

Insomnia disebabkan karena adanya ketidaknyamanan akibat uterus yang membesar, pergerakan janin dan karena adanya kekhawatiran dan kecemasan.

j) Braxton His

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

berkontraksi. Pada ibu hamil kontraksi braxton his sering dirasakan sebagai keluhan karena rasa sakit yang dimbulkannya. Biasanya keluhan yang dirasakan berupa sakit pinggang yang mengganggu, terutama pada pasien dengan ambang rasa sakit yang dirasakannya

9. Kebutuhan Dasar Selama Kehamilan

a) Kebutuhan fisik

(1) Oksigen

Kebutuhan oksigen adalah kebutuhan yang utama pada manusia termasuk ibu hamil. Berbagai gangguan pernafasan bisa terjadi saat hamil sehingga akan mengganggu pemenuhan kebutuhan oksigen pada ibu yang akan berpengaruh pada bayi yang dikandung. Untuk memenuhi kebutuhan oksigen maka hamil perlu melakukan :

- (a) Latihan nafas melalui senam hamil
- (b) Tidur dengan bantal yang lebih tinggi
- (c) Makan tidak terlalu banyak
- (d) Kurangi atau hentikan merokok
- (e) Kontrol ke dokter bila ada kelainan atau gangguan pernafasan seperti asma dan lain-lain (Walyani, 2015:93).

(2) Nutrisi

Pada saat hamil ibu hamil harus banyak makan-makanan yang mengandung nilai gizi bermutu tinggi meskipun tidak berarti makanan yang mahal.gizi pada waktu hamil harus di tingkatkan 300

kalori perhari, ibu hamil harus mengonsumsi makanan yang mengandung, protein, zat besi, dan menu cukup cairan (menu seimbang). (Kuswanti, 2014 : 117).

(a) Kalori

Jumlah kebutuhan kalori untuk orang tidak hamil adalah 2000 kkal, sedangkan untuk orang hamil dan menyusui masing-masing adalah 2300-2800 kkal, kalori di pergunakan untuk produksi energi. Bila kurang energi akan diambil dari pembakaran protein yang mesti akan di pakai untuk pertumbuhan. (Kuswati, 2014 : 117)

(b) Protein

Jumlah protein yang dibutuhkan ibu hamil adalah 85 gram per hari. Sumber-sumber tersebut diperoleh dari tumbuhan tumbuhan (kacang-kacangan) atau hewani (ikan, ayam, telur, keju, susu). Defisiensi protein dapat menyebabkan kelahiran premature, anemia, dan odema. (Prawirohardjo,2014:286).

(c) Mineral

Pada prinsipnya semua mineral dapat dipenuhi dengan makan-makanan sehari-hari yaitu buah-buahan, sayuran dan susu hanya besi yang tidak dapat terpenuhi dengan makan sehari-hari. Kebutuhan akan besi pada pertengahan kedua kehamilan kira-kira 17 mg/hari. Untuk kebutuhan ini dibutuhkan suplemen besi

30 mg sebagai ferrous, ferofumarat atau feroglukonat per hari dan pada kehamilan kembar atau pada wanita yang sedikit anemia di butuhkan 60-100 mg/hari. Kebutuhan kalsium umumnya terpenuhi dengan minum susu. (Kuswati, 2014 : 117).

(d) Zat Besi

Zat besi yang diperlukan ibu hamil adalah 30 mg/hari. Berupa ferrous fumarate, atau ferrous sulphate. Kekurangan zat besi pada ibu hamil dapat menyebabkan anemia defisiensi zat besi. (Prawirohardjo, 2014 : 286)

(3) Personal Hygiene

Kebersihan harus dijaga selama kehamilan. Mandi dianjurkan setidaknya dua kali sehari karena ibu hamil cenderung untuk mengeluarkan banyak keringat, menjaga kebersihan diri terutama lipatan kulit (ketiak, lipatan bawah buah dada, daerah genitalia) dengan cara dibersihkan dengan air dan dikeringkan.

(a) Perawatan gigi

Kebersihan gigi dan mulut, perlu mendapat perhatian karena sering kali mudah terjadi gigi berlubang, terutama pada ibu yang kekurangan kalsium. Paling tidak dilakukan dua kali pemeriksaan gigi selama kehamilan, yaitu pada trimester pertama dan ketiga. Sementara itu, pada trimester ketiga, terkait dengan adanya kebutuhan kalsium untuk pertumbuhan janin

sehingga perlu diketahui apakah terdapat pengaruh yang merugikan pada gigi ibu hamil. Ibu dianjurkan untuk selalu menyikat gigi setelah makan karena ibu hamil sangat rentan terhadap terjadinya caries. (Prawirohardjo, 2014 : 287)

(b) Pakaian

Meskipun pakaian bukan hal yang berakibat langsung terhadap kesejahteraan ibu dan janin, namun perlu kiranya jika tetap dipertimbangkan beberapa aspek kenyamanan dalam berpakaian. Pemakaian pakaian dan kelengkapan yang kurang tepat akan mengakibatkan beberapa ketidaknyamanan yang akan mengganggu fisik ibu. Gunakan Pakaian harus longgar, bersih, dan tidak ada ikatan yang ketat pada bagian perut, Bahan pakaian usahakan yang mudah menyerap keringat, Memakai bra yang menyokong payudara, memakai sepatu dan hak yang rendah, pakaian dalam yang selalu bersih. (Kuswanti, 2014 : 117)

(c) Seksual

Hubungan seksual selama kehamilan tidak dilarang selama tidak ada riwayat penyakit seperti :

- (i) Sering abortus dan kelahiran premature
- (ii) Perdarahan pervaginam

(iii) Koitus harus dilakukan dengan hati-hati terutama pada minggu terakhir kehamilan

(iv) Bila ketuban sudah pecah, koitus dilarang karena dapat menyebabkan infeksi janin intrauteri (Kuswanti,2014 :117)

(4) Senam Hamil

Senam hamil yaitu memberikan dorongan serta melatih jasmani dan rohani dari ibu secara bertahap agar ibu dapat menghadapi persalinan dengan tenang, sehingga proses persalinan dapat berjalan lancar dan mudah. Senam hamil pada dasarnya pelatihan bagi wanita hamil sehat menyiapkan kondisi fisiknya, menjaga kondisi otot-ototnya dan persendian yang berperan dalam proses dan mekanisme persalinan. Dalam hal ini yang berperan dalam persalinan yaitu otot-otot dinding perut, ligamen-ligamen, otot-otot dasar panggul dan sebagainya yang berhubungan dengan proses persalinan (Qomariah & Sartika, 2019).

(5) Eliminasi

(a) BAK

Trimester I : frekuensi BAK meningkat karena kandung kencing tertekan oleh pembesaran uterus.

Trimester II : frekuensi BAK normal kembali karena uterus telah keluar dari rongga panggul.

Trimester III : frekuensi BAK mengikat karena penurunan kepala ke PAP

(b) BAB

Defekasi menjadi tidak teratur karena :

- (i) Pengaruh relaksasi otot polos oleh esterogen
- (ii) Tekanan uterus yang membesar
- (iii) Pada kehamilan lanjut karena pengaruh tekanan kepala yang telah masuk kepala

(6) Istirahat

Posisi tidur yang dianjurkan pada ibu hamil adalah miring kiri, kaki kiri lurus, kaki kanan sedikit menekuk dan diganjal dengan bantal, dan untuk mengurangi rasa nyeri pada perut, ganjal dengan bantal pada perut bawah sebelah kiri (Kuswanti, 2014 h. 123)

b) Kebutuhan psikologis

(1) Support keluarga

Dukungan selama masa kehamilan sangat dibutuhkan bagi seorang wanita yang sedang hamil, terutama dari orang terdekat apalagi ibu yang baru pertama kali hamil. Seorang wanita akan merasa tenang dan nyaman dengan adanya dukungan dan perhatian dari orang – orang terdekat.

(2) Support tenaga kesehatan

Tenaga kesehatan harus mampu mengenali tentang keadaan yang ada disekitar ibu hamil atau pasca bersalin.

10. Komplikasi Kehamilan

Menurut Mochtar (2012;h. 141), ada komplikasi yang menyertai kehamilan yaitu :

a) Hiperemesis Gravidarum

Adalah mual dan muntah yang berlebihan pada wanita hamil sampai mengganggu pekerjaan sehari – hari karena keadaan umumnya mnjadi buruk, karena terjadi dehidrasi.

Tanda dan tingkatan :

- (1) Tingkat I ringan yaitu mual muntah terus menerus menyebabkan lemah, tidak mau makan, berat badan turun, dan rasa nyeri epigastrium, nado cepat, tekanan darah turun, turgor kulit kurang, dan lidah kering.
- (2) Tingkat II sedang yaitu mual muntah yang hebat menyebabkan keadaan umum penderita lemah sama seperti tingkat satu dan disertai dengan konstipasi. Dapat pula terjadi *asetonuria*, dan dari nafas keluar bau aseton.
- (3) Tingkat III berat yaitu keadaan umum jelek, keadaan umum samnolen sampai koma.

b) Abortus

Abortus (keguguran) adalah pengeluaran hasil konsepsi sebelum janin dapat hidup diluar kandungan. Umur kehamilan kurang dari 28 minggu.

(1) Abortus immines yaitu keguguran belum terjadi sehingga masih bisa dipertahankan.

(2) Abortus insipiens adalah proses keguguran yang sedang berlangsung.

(3) Abortus inkompletus (keguguran tersisa)

(4) Abortus kompletus (keguguran lengkap)

(5) Missed abortion (janin yang telah mati didalamnya)

c) Kelaianan letak kehamilan (Kehamilan Ektopik)

Kehamilan dengan hasil konsepsi berimplantasi diluar endometrium rahim. Sedangkan komplikasi pada kehamilan pada Trimester III yaitu :

(1) Kehamilan dengan hipertensi : tekanan darah lebih dari 140/90 mmHg yang disebabkan oleh kehamilan itu sendiri, memiliki potensi yang menyebabkan gangguan serius pada kehamilan.

(2) Preeklamsia : penyakit dengan tanda – tanda hipertensi, proteinuria dan oedema yang timbul karena kehamilan.

(3) Eklamsia : kelainan akut pada wanita hamil, dalam persalinan atau masa nifas yang ditandai dengan timbulnya kejang (bukan karena kelainan saraf) atau koma dimana sebelumnya menentukan gejala – gejala preeklasia.

11. Program Asuhan Antenatal Care (ANC)

a) Pengertian Antenatal Care / ANC

Asuhan antenatal adalah upaya promotif program pelayanan kesehatan obstetrik untuk optimalisasi asuhan maternal dan neonatal melalui serangkaian kegiatan pemantauan rutin selama kehamilan (Prawirohardjo,2014). Asuhan antenatal care adalah suatu program yang terencana berupa observasi, edukasi, dan penanganan medik pada ibu hamil, untuk memperoleh suatu proses kehamilan dan persiapan persalinan yang aman dan memuaskan. (Siwi Walyani, 2015)

Jadi, dapat disimpulkan bahwa antenatal care adalah pelayanan kesehatan oleh tenaga kesehatan untuk ibu selama masa kehamilannya mendapatkan pelayanan pemeriksaan kehamilan untuk mengoptimalkan kesehatan dan fisik ibu hamil hingga mampu menghadapi persalinan, kala nifas, persiapan pemberian ASI dan kembalinya kesehatan reproduksi secara wajar.

b) Tujuan Pemeriksaan Kehamilan (ANC / Antenatal Care)

Menurut Sofian (2013) Tujuan Pemeriksaan Kehamilan Antenatal Care meliputi :

(1) Tujuan umum

Menyiapkan seoptimal mungkin fisik dan mental ibu dan anak selama dalam kehamilan, persalinan dan nifas, dengan demikian didapat ibu dan anak sehat.

(2) Tujuan Khusus

- (a) Mengenali dan menangani penyulit-penyulit yang mungkin dijumpai dalam kehamilan, persalinan, dan nifas
- (b) Mengenali dan mengobati penyakit-penyakit yang mungkin diderita sedini mungkin
- (c) Menurunkan angka morbiditas dan mortalitas ibu dan anak, dan
- (d) Memberikan nasihat-nasihat tentang hidup sehari-hari dan keluarga berencana, kehamilan, persalinan, nifas, dan laktasi

c) Kunjungan ANC

- (1) 1 kali kunjungan selama trimester I
- (2) 1 kali kunjungan selama trimester II
- (3) 2 kali kunjungan selama trimester III (Yuli Aspiani, 2017 h. 46)

d) Jadwal Kunjungan

- (1) Kunjungan I pada TM I (UK 16 minggu) dilakukan untuk Penapisan dan pengobatan anemia, perencanaan persalinan, pengenalan komplikasi akibat kehamilan dan pengobatan (Walyani, 2015)
- (2) Kunjungan II pada TM II (UK 24-28 minggu) dan Kunjungan III pada TM III (UK 32 minggu) dilakukan untuk komplikasi akibat kehamilan

dan pengobatan, penapisan preeklampsia, gemelli, infeksi alat reproduksi dan saluran perkemihan, MAP, dan mengulang perencanaan persalinan (Walyani, 2015).

- (3) Kunjungan IV pada TM III (UK 36 minggu sampai persalinan) dilakukan untuk mengenali adanya kelainan letak dan presentasi, memantapkan rencana persalinan, mengenali tanda- tanda persalinan (Walyani, 2015)

Bila kehamilan termasuk resiko tinggi perhatian dan jadwal kunjungan harus lebih ketat. Namun, bila kehamilan normal, jadwall asuhan cukup 4 kali. Dalam bahas program kesehatan ibu dan anak, kunjungan antenatal diberi kode angka K yang merupakan singkatan dari kunjungan. Pemeriksaan antenatal yang lengkap adalah K1, K2, K3, dan K4. Hal ini berarti, minimal dilakukan sekali saat kunjungan antenatal hingga usia kehamilan 28 minggu, sekali kunjungan antenatal selama kehamilan 28-36 minggu dan sebanyak dua kali kunjungan antenatal pada usia kehamilan diatas 36 minggu (Prawirohardjo,2014;279).

e) Standar Asuhan Pelayanan Pemeriksaan Kehamilan / ANC

Standar pelayanan yang harus diperoleh oleh ibu hamil dengan 10T yaitu sebagai berikut :

- (1) Timbang Berat Badan dan Ukur Tinggi Badan (T1)

Timbang Berat Badan : Berat badan ibu hamil harus diperiksa pada tiap kali kunjungan. Sejak bulan ke 4, penambahan BB minimal 1 kg perbulan dan maksimal 2 kg perbulan.

Ukur Tinggi Badan : Tinggi badan diperiksa hanya pada kunjungan pertama (K1) untuk mengetahui adanya faktor resiko untuk panggul sempit.

(2) Ukur Lingkar Lengan Atas (T2)

Lingkar Lengan Atas (LiLA) diukur hanya pada saat kunjungan pertama (K1). Pengukuran ini untuk menentukan status gizi ibu hamil. LiLA ibu hamil $<23,5$ cm menunjukkan bahwa ibu hamil menderita Kurang Energi Kronis.

(3) Ukur Tekanan Darah (T3)

Pengukuran tekanan darah pada setiap kali kunjungan. TD normal jika sistole 120 mmHg dan diastole 80 mmHg. TD tinggi bila sistole >140 mmHg atau diastole >90 mmHg, dimana merupakan faktor resiko untuk Hipertensi dalam Kehamilan.

(4) Ukur Tinggi Fundus Uteri (T4)

Tinggi fundus uteri harus diukur tiap kali kunjungan sejak kehamilan berusia 4 bulan, penambahan tinggi fundus harus sesuai dengan usia kehamilan, bila tidak sesuai maka lakukan Tes Laboratorium yang dibutuhkan.

Cara pengukuran TFU dengan cm bisa pula membantu pengukuran perkiraan berat janin, dengan rumus dari Johson Tausak:

$$\text{TBJ} = (\text{Tinggi Fundus Uteri (cm)} - \text{N}) \times 155$$

Ket :

N= 13 bila kepala belum melewati pintu atas panggul.

N= 12 bila kepala masih berada di atas spina iskiadika.

N= 11 bila kepala masih berada di bawah spina iskiadika.

(5) Tentukan Presentasi janin dan Denyut Jantung Janin (T5)

Presentasi janin dilakukan untuk mengetahui letak janin. Jika pada bagian bawah janin bukan kepala, atau kepala janin belum masuk ke panggul berarti ada kelainan letak panggul, panggul sempit, atau ada masalah lain.

Penilaian DJJ dilakukan pada akhir trimester I dan selanjutnya setiap kali kunjungan antenatal.

(6) Tes Laboratorium (T6)

Tes laboratorium yang wajib dilakukan bagi ibu hamil adalah tes hemoglobin darah (Hb) untuk mengetahui apakah ibu menderita anemia dan golongan darah ibu untuk mempersiapkan donor bagi ibu hamil bila diperlukan nanti. Untuk daerah endemis malaria, setiap ibu hamil wajib diperiksa darah (RDT/Mikroskopis).

(7) Berikan Tablet Tambah Darah (T7)

Tablet Tambah Darah diberikan minimal sebanyak 90 tablet selama kehamilan yang berguna untuk mencegah kekurangan darah selama kehamilan.

(8) Pemberian Imunisasi Tetanus Toxoid (T8)

Sebelum imunisasi diberikan sebaiknya sebelumnya dilakukan skrining Status Imunisasi Tetanus Toxoid (TT) pada ibu hamil dan berikan imunisasi sesuai status imunisasi tersebut. Jika ibu hamil tidak dalam status terlindung, maka harus diberikan.

Tabel 2.2 Jadwal Pemberian Imunisasi Tetanus Toxoid

Imunisasi	Interval	Perlindungan
TT I	Selama kunjungan pertama	–
TT II	4 minggu setelah TT I	3 tahun
TT III	6 bulan setelah TT II	5 tahun
TT IV	1 tahun setelah TT III	10 tahun
TT V	1 tahun setelah TT IV	25 tahun – seumur hidup

Sumber : Walyani,2015. Asuhan Kebidanan Pada Kehamilan.

(9) Tata Laksana Kasus (T9)

Apabila dari pemeriksaan ditemukan faktor resiko segera lakukan rujukan.

(10) Temu Wicara/Konseling (T10)

Tatap muka antara bidan dengan ibu hamil dalam rangka melakukan konseling dari mulai hamil sampai dengan Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi serta KB paska persalinan. (Kemenkes RI, 2014)

B. KONSEP DASAR PERSALINAN

1. Definisi Persalinan

Persalinana adalah proses pengeluaran hasil konsepsi (janin, plasenta, dan cairan ketuban) dari uterus ke dunia luar melalui jalan lahir atau jalan lain dengan bantuan atau dengan kekuatan ibu sendiri (Indrayani & Djami, 2016).

Persalinan normal menurut WHO adalah persalinan dengan presentasi janin belakang kepala yang berlangsung secara spontan dengan lama persalinan dalam batas normal, berisiko rendah sejak awal peralinan hingga partus dengan masa gestasi 37-42 minggu (Indrayani & Djami, 2016).

Jadi, dapat disimpulkan bahwa persalinan normal disebut juga partus spontan, adalah proses lahirnya bayi pada letak belakang kepala dengan tenaga ibu sendiri, tanpa bantuan alat – alat serta tidak melukai ibu dan bayi yang umumnya berlangsung kurang dari 24 jam. Konsep dari persalinan normal menurut (Indrayani & Djami, 2016) adalah sebagai berikut :

- a) Ibu merasa nyaman selama proses persalinan
- b) Adaanya keyakinan bahwa kepala janin dapat menyesuaikan diri dengan pelvik
- c) Ibu dapat melahirkan dengan posisi yang sesuai dengan keinginannya (selama itu tidak membahayakan)
- d) Kehadiran pendamping persalinan (suami, keluarga, dan teman) akan memberikan efek positif terhadap proses persalinan
- e) Segera membuat keputusan klinis yang tepat bila terjadi kelainan yang umum dan tidak berbahaya

Lima benang merah dalam asuhan persalinan menurut (Indrayani & Dami, 2016) antara lain :

- a) Membuat keputusan klinik adalah suatu proses memecahan masalah yang akan digunakan untuk merencanakan asuhan bagi ibu dan bayi baru lahir. Adapun langkah – langkah dalam proses pengambilan keputusan klinik, yaitu :

- (1) Pengumpulan data
- (2) Diagnosis
- (3) Penatalaksanaan asuhan
- (4) Evaluasi

- b) Asuhan sayang ibu dan sayang bayi

Asuhan sayang ibu adalah asuhan dengan prinsip saling menghargai budaya, kepercayaan dan keinginan dari pasien dalam hal ini.

c) Pencegahan infeksi

Pencegahan infeksi harus di terapkan dalam setiap aspek asuhan untuk melindungi ibu, bayi baru lahir, keluarga, penolong persalinan dan tenaga kesehatan lainnya dengan jalan transmisi penyakit yang disebabkan oleh bakteri, virus dan jamur.

d) Pencatatan (rekam medik)

Catat semua asuhan yang telah diberikan kepada ibu maupun bayi. Dengan pencatatan yang benar penolong persalinan dapat terus menerus memperhatikan asuhan yang sudah diberikan selama proses persalinan dan kelahiran bayi.

e) Rujukan

Hal-hal yang perlu di perhatikan dalam melakukan rujukan yaitu:

- (1) Bidan
- (2) Alat
- (3) Keluarga
- (4) Surat
- (5) Obat
- (6) Kendaraan
- (7) Uang

2. Etiologi Persalinan

Beberapa teori timbulnya persalinan menurut Mochtar (1998) dalam Yuli Aspiani (2017), yaitu :

a) Teori Penurunan Hormon

Satu sampai dua minggu sebelum partus mulai terjadi penurunan kadar hormon estrogen dan progesteron. Progesteron bekerja sebagai penenang otot-otot polos rahim dan akan menyebabkan kekejangan pembuluh darah sehingga timbul his bila kadar progesteron turun.

b) Teori Plasenta menjadi Tua

Akan menyebabkan turunnya kadar estrogen dan progesteron yang menyebabkan kekejangan pembuluh darah. Hal ini akan menimbulkan kontraksi rahim.

c) Teori Distensi Rahim

Rahim yang menjadi besar dan merenggang menyebabkan iskemia otot-otot rahim, sehingga mengganggu sirkulasi uterus – plasenta.

d) Teori Iritasi Mekanik

Dibelakang serviks terletak ganglion servikale (fleksus franksenhouser). Bila ganglion ini di geser dan tekanan, misalnya oleh kepala janin, akan timbul kontraksi uterus.

3. Tanda dan Gejala dimulainya proses persalinan

Menurut Wagiyono dan Putrono (2016), terdapat 2 macam tanda dan gejala dimulainya persalinan, yaitu :

a) Tanda – tanda palsu

His dengan interval tidak teratur, frekuensi semakin lama tidak mengalami peningkatan, rasa nyeri saat kontraksi hanya bagian depan,

tidak keluar lendir dan darah, tidak ada perubahan serviks uteri, dan bagian presentasi janin tidak mengalami penurunan.

b) Tanda – tanda pasti

His dengan interval teratur, frekuensi semakin lama semakin meningkat baik durasi maupun intensitasnya, rasa nyeri menjalar mulai dari bagian belakang ke bagian depan, keluar lendir dan darah, serviks uteri mengalami perubahan dari melunak, menipis, dan berdilatasi, dan bagian presentasi janin mengalami penurunan.

4. Faktor Yang Mempengaruhi Persalinan

a) Power / tenaga

Power utama pada persalinan adalah tenaga/kekuatan yang dihasilkan oleh kontraksi dan retraksi otot-otot rahim. Gerakan memendek dan menebal otot-otot rahim yang terjadi sementara waktu disebut kontraksi. Kontraksi ini terjadi diluar sadar sedangkan retraksi mengejan adalah tenaga kedua (otot-otot perut dan diafragma) digunakan dalam kala II persalinan. Tenaga dipakai untuk mendorong bayi keluar dan merupakan kekuatan ekspulsi yang dihasilkan oleh otot-otot volunter ibu. (Yuli Aspiani, 2017 h. 209)

b) Passage (jalan lahir)

Janin harus berjalan lewat rongga panggul atau serviks dan vagina sebelum dilahirkan untuk dapat dilahirkan, janin harus mengatasi pula

tahanan atau resisten yang ditimbulkan oleh struktur dasar panggul dan sekitarnya. (Yuli Aspiani, 2017 h. 209)

Menurut Shofa Ilmiah (2015), passage terdiri dari :

(a) Bagian keras tulang-tulang panggul (rangka panggul) :

(i) Os. Coxae (Os. Ilium, Os. Ischium, dan Os. Pubis)

(ii) Os. Sacrum = promontorium

(iii) Os. Coccygis

(b) Bagian lunak : otot-otot, jaringan dan ligamen-ligamen Pintu Panggul

(i) Pintu Atas Panggul (PAP) = disebut inlet dibatasi oleh promontorium, linea inominata dan pinggir atas symphysis.

(ii) Ruang tengah panggul (RTP) kira-kira pada spina ischiadica disebut middlet.

(iii) Pintu Bawah Panggul (PBP) dibatasi simfisis dan arkus pubis disebut outlet.

(iv) Ruang panggul yang sebenarnya (pelvis cavity) berada antara inlet dan outlet.

Adapun bidang-bidang hodge menurut Kuswanti (2014), yaitu :

(i) Hodge I yaitu bidang yang dibentuk pada lingkaran pintu atas panggul (PAP) dengan bagian atas symphysis dan promontorium.

(ii) Hodge II yaitu sejajar dengan hodge I, terletak setinggi bagian bawah symphysis.

(iii) Hodge III yaitu sejajar dengan hodge I dan II, terletak setinggi spina ischiadica kanan dan kiri.

(iv) Hodge IV yaitu sejajar dengan hodge I, II, III, terletak setinggi os coccygis.

c) Passanger

Passanger utama lewat jalan lahir adalah janin dan bagian janin yang paling penting adalah kepala janin selain itu disertai dengan plasenta selaput dan cairan ketuban atau amnion. (Yuli Aspiani, 2017 h. 209)

d) Psikologis

Dalam persalinan terdapat kebutuhan emosional jika kebutuhan tidak terpenuhi paling tidak sama seperti kebutuhan jasmaninya. Prognosis keseluruhan wanita tersebut yang berkenaan dengan kehadiran anaknya terkena akibat yang merugikan. (Yuli Aspiani, 2017 h. 209)

Menurut Shofa Ilmiah (2015), psikologis meliputi :

- (a) Kondisi psikologis ibu sendiri, emosi dan persiapan intelektual
- (b) Pengalaman melahirkan bayi sebelumnya
- (c) Kebiasaan adat
- (d) Dukungan dari orang terdekat pada kehidupan ibu

e) Penolong

Peran dari penolong persalinan dalam hal ini Bidan adalah mengantisipasi dan menangani komplikasi yang mungkin terjadi pada ibu dan janin. Proses tergantung dari kemampuan skill dan kesiapan

penolong dalam menghadapi proses persalinan. (Shofa Ilmiah, 2015 h. 30)

5. Jenis – Jenis Persalinan

Menurut (Manuaba, 2013) Jenis – Jenis Persalinan dibagi menjadi 2 yaitu :

a) Menurut Definisi / Cara Persalinan

(1) Persalinan Spontan

Bila persalinan seluruhnya berlangsung dengan kekuatan ibu sendiri.

(2) Persalinan Buatan

Bila proses persalinan dengan bantuan tenaga dari luar.

(3) Persalinan Anjuran

Bila kekuatan yang diperlukan untuk persalinan di timbulkan dari luar dengan jalan rangsangan.

b) Menurut Umur Kehamilan

(1) *Abortus*. Terhentinya dan dikeluarkannya hasil konsepsi sebelum mampu hidup di luar kandungan; usia kehamilan sebelum 28 minggu; berat janin kurang dari 1000 gr.

(2) Persalinan *prematunitas*. Persalinan sebelum usia kehamilan 28 minggu – 36 minggu; berat janin kurang dari 2499 gr.

(3) Persalinan *Aterm*. Persalinan antara usia kehamilan 37 minggu – 42 minggu; berat janin di atas 2500 gr.

(4) Persalinan *Serotinus*. Persalinan melampaui usia kehamilan 42 minggu. Pada janin terdapat tanda postmaturitas.

(5) Persalinan *presipitatus*. Persalinan berlangsung cepat kurang dari 3 jam.

6. Macam – macam Posisi Meneran Persalinan

Tabel 2.3 Macam – Macam Posisi Meneran dan Keuntungannya

Posisi Meneran	Keuntungan
<p>Miring</p> 	<ol style="list-style-type: none"> (1) Peredaran darah balik ibu menjadi lancar (2) Kontraksi uterus akan menjadi lancar (3) Memudahkan bidan dalam menong persalinan (4) Persalinan berlangsung lebih nyaman
<p>Jongkok</p> 	<ol style="list-style-type: none"> (1) Memperluas rongga panggul (2) Proses persalinan lebih mudah (3) Menggunakan gaya gravitasi (4) Mengurangi trauma pada perineum
<p>Merangkak</p> 	<ol style="list-style-type: none"> (1) Posisi yang paling baik bagi ibu yang mengalami nyeri punggung (2) Dapat mengurangi rasa sakit (3) Mengurangi keluhan haemoroid
<p>Setengah Duduk</p> 	<ol style="list-style-type: none"> (1) Memudahkan melahirkan kepala bayi (2) Membuat ibu nyaman (3) Jika merasa lelah, ibu bisa beristirahat dengan mudah
<p>Duduk</p> 	<ol style="list-style-type: none"> (1) Memanfaatkan gaya gravitasi (2) Memberikan kesempatan untuk beristirahat (3) Memudahkan melahirkan kepala
<p>Berdiri</p>	<ol style="list-style-type: none"> (1) Memanfaatkan gaya grafitasi



- (2) Memudahkan melahirkan kepala
- (3) Memperbesar dorongan kepala

Sumber : Rohani,2013

7. Fisiologi persalinan

Persalinan dibagi menjadi tiga kala yang berbeda. Kala I persalinan mulai ketika telah tercapai kontraksi uterus dengan frekuensi, intensitas, dan durasi yang cukup untuk menghasilkan pendataran dan dilatasi serviks yang progresif. Kala satu persalinan selesai ketika dilatasi serviks sudah lengkap (sekitar 10 cm) sehingga memungkinkan kepala janin lewat. Oleh karena itu kala satu persalinan di sebut stadium pendataran dan dilatasi serviks Kala dua persalinan di mulai ketika dilatasi serviks sudah lengkap, dan berakhir ketika janin sudah lahir. Kala dua persalinan di sebut juga stadium ekspulsi janin. Kala tiga persalinan di mulai segera setelah janin lahir, dan berakhir dengan lahirnya plasenta dan selaput ketuban. Kala tiga persalinan di sebut juga sebagai stadium pemisah dan ekspulsi plasenta (Prawirohardjo, 2011)

a) Tanda persalinan

Tanda-tanda persalinan menurut Manuaba (2013) adalah sebagai berikut:

- (1) Terjadinya his persalinan. His persalinan mempunyai ciri khas pinggang terasa nyeri yang menjalar ke depan, sifatnya teratur,

interval makin pendek, dan kekuatannya makin besar, makin beraktivitas (jalan) makin bertambah.

- (2) Pengeluaran lendir dan darah (pembawa tanda). Pembukaan menyebabkan lendir darah yang terdapat pada kanalis servikalis lepas. Terjadi perdarahan karena kapiler pembuluh darah pecah.
- (3) Pengeluaran cairan. Pada beberapa kasus terjadi ketuban pecah yang menimbulkan pengeluaran cairan. Sebagian besar ketuban baru pecah menjelang pembukaan lengkap. Dengan pecahnya ketuban diharapkan persalinan berlangsung dalam waktu 24 jam.

b) Tahap persalinan

(1) Kala I

Kala I adalah kala pembukaan yang berlangsung antara pembukaan nol sampai pembukaan lengkap. Pada permulaan his, kala pembukaan tidak begitu kuat sehingga pasien masih dapat berjalan-jalan. Lamanya kala I untuk primigravida berlangsung 12 jam, sedangkan multigravida sekitar 8 jam. Berdasarkan kurva Friedman, diperhitungkan pembukaan primigravida 1cm/jam dan pembukaan multigravida 2 cm/jam. Dengan perhitungan tersebut, maka waktu pembukaan lengkap dapat diperkirakan (Manuaba, 2013).

Menurut Walyani (2015), kala 1 adalah waktu pembukaan serviks sampai menjadi pembukaan lengkap (10 cm). dalam kala 1 di bagi menjadi 2 fase :

(a) Fase laten

Di mulai sejak awal kontraksi yang menyebabkan panipisan dan pembukaan servik secara bertahap. Pembukaan kurang dari 4 cm dan biasanya berlangsung kurang dari 8 jam.

(b) Fase aktif

Frekuensi dan lama kontraksi uterus umumnya meningkat (kontraksi adekuat 3 kali atau lebih dalam 10 menit dan berlangsung selama 40 detik atau lebih, serviks membuka dari 4 ke 10 cm, biasanya dengan kecepatan 1cm atau lebih perjam hingga pembukaan lengkap (10 cm), terjadinya penurunan bagian terbawah janin, berlangsung selama 6 jam dan di bagi menjadi 3 fase yaitu :

Berdasarkan kurva *friedman* :

- (i) Periode *akselerasi*. Berlangsung selama 2 jam pembukaan menjadi 4 cm.
- (ii) Periode *dilatasi* maksimal, berlangsung selama 2 jam pembukaan berlangsung cepat dari 4 sampai 9 cm.
- (iii) Periode *deselerasi*, berlangsung lambat dalam waktu 2 jam pembukaan 9 cm menjadi 10 cm atau lengkap.

Sifat kontraksi otot rahim (his) kala I menurut Manuaba (2013) adalah:

- (i) Kontraksi bersifat simetris.
- (ii) Fundal dominan, artinya bagian fundus uteri sebagai pusat dan mempunyai kekuatan yang paling besar.
- (iii) Involunter artinya tidak dapat diatur oleh parturien (ibu).
- (iv) Intervalnya makin lama makin pendek.
- (v) Kekuatannya makin besar dan pada kala II diikuti dengan refleks mengejan.
- (vi) Diikuti retraksi, artinya panjang otot rahim yang telah berkontraksi tidak akan kembali ke panjang semula.
- (vii) Setiap kontraksi mulai dari miring pace maker yang terletak di sekitar insersi tuba, dengan arah penjalaran ke daerah serviks uteri dengan kecepatan 2 cm per detik.
- (viii) Kontraksi rahim menimbulkan rasa sakit pada pinggang, daerah perut, dan dapat menjalar ke arah paha.

(2) Kala II

Waktu uterus dengan kekuatan his di tambah kekuatan mengejan mendorong bayi hingga keluar. Pada kala 2 ini memiliki ciri khas :

- (a) His terkoordinir, kuat, cepat dan lebih lama kira-kira 2-3 menit sekali
- (b) Kepala janin telah turun masuk rongga panggul dan secara reflektoris menimbulkan rasa untuk mengejan.
- (c) Tekanan pada rectum, ibu merasa ingin BAB.
- (d) Anus membuka.

Lama kala 2 ini pada primi dan multipara berbeda yaitu :

- (a) Primipara kala 2 berlangsung 1,5 jam sampai 2 jam
- (b) Multipara kala 2 berlangsung 0,5 jam sampai 1 jam

(3) Kala III

Menurut Walyani (2015), kala 3 adalah waktu pelepasan dan pengeluaran uri (plasenta). Setelah bayi lahir kontraksi rahim berhenti sebentar, uterus teraba keras dengan fundus uteri setinggi pusat dan berisi plasenta yang menjadi tebal 2 kali sebelumnya. Beberapa saat kemudian timbul his pengeluaran dan pelepasan uri, dalam waktu 1-5 menit plasenta terlepas terdorong ke dalam vagina dan akan lahir spontan atau dengan sedikit dorongan (brand androw, seluruh proses biasanya berlangsung 5-30 menit setelah bayi lahir.

Dan pada pengeluaran plasenta biasanya di sertai dengan pengeluaran darah kira-kira 100-200 cc).

Tanda kala 3 terdiri dari 2 fase :

(a) Fase pelepasan uri

Mekanisme pelepasan uri terdiri atas :

(i) *Schultze*

Data ini sebanyak 80 % yang lepas terlebih dahulu di tengah kemudian terjadi retero plasenter hematoma yang menolak uri mula-mula di tengah kemudian seluruhnya, menurut cara ini perdarahan biasanya banyak setelah uri lahir.

(ii) *Duncan*

Lepasnya uri mulai dari pinggir, jadi setelah lahir terlebih dahulu dari pinggir (20%), arah akan mengalir semua antara selaput ketuban.

(iii) Serempak dari tengah dan pinggir plasenta

(b) Fase pengeluaran uri

Perasat-perasat untuk mengetahui pelepasan uri yaitu :

(i) *Kustner*

Meletakkan tangan dengan tekanan pada/ di atas simfisis, tali pusat di regangkan, bila plasenta masuk berarti belum

lepas, bila tali pusat diam dan maju (memanjang) berarti plasenta sudah terlepas.

(ii) *Klien*

Sewaktu ada his kita dorong sedikit rahim, bila tali pusat kembali berarti belum lepas, bila diam/ turun berarti sudah lepas.

(iii) *Strastmean*

Tegangkan tali pusat dan ketuk bagian fundus, bila tali pusat bergetar, berarti belum lepas. Bila tidak bergetar berarti sudah lepas.

(iv) Rahim menonjol di atas simfisis

(v) Tali pusat bertambah Panjang

(vi) Rahim bundar dan keras

(vii) Keluar darah secara tiba-tiba.

(4) KALA IV

Kala IV dimaksudkan untuk melakukan observasi karena perdarahan *postpartum* paling sering terjadi pada 2 jam pertama. Observasi yang dilakukan meliputi tingkat kesadaran penderita, pemeriksaan tanda-tanda vital: tekanan darah, nadi dan pernapasan, kontraksi uterus terjadinya perdarahan. Perdarahan dianggap masih normal bila jumlahnya tidak melebihi 400 sampai 500 cc (Manuaba, 2013)

8. Penatalaksanaan Asuhan Persalinan dalam Kebidanan

Menurut (JNPK-KR, 2016) Pembagian kala dalam persalinan normal dibagi menjadi 4 kala, yaitu :

Asuhan Persalinan

a) Persalinan Kala I

- (1) Menghadirkan orang yang dianggap penting oleh ibu seperti suami, keluarga, orang terdekat, yang dapat menemani ibu dan memberikan support pada ibu.
- (2) Mengatur aktivitas dan posisi ibu sesuai dengan keinginannya dengan kesanggupannya, posisi tidur sebaiknya tidak dilakukan dalam terlentang lurus.
- (3) Membimbing ibu untuk rileks sewaktu ada his dan dianjurkan untuk menarik nafas panjang, tahan nafas sebentar dan dikeluarkan dengan meniup sewaktu his.
- (4) Menjaga privasi Ibu antara orang lain menggunakan penutup tirai, tidak menghadirkan orang tanpa seizin ibu.
- (5) Menjelaskan tentang kemajuan persalinan, perubahan yang terjadi pada tubuh ibu serta prosedur yang akan dilaksanakan dan hasil - hasil pemeriksaan.
- (6) Menjaga kebersihan diri dengan cara mandi, membasuh sekitar kemaluan sesudah BAB/BAK.

- (7) Mengatasi rasa panas dan banyak keringat, dapat diatasi dengan menggunakan kipas angin, AC didalam kamar.
- (8) Melakukan massase pada daerah punggung atau mengusap perut ibu dengan lembut.
- (9) Pemberian cukup minum atau kebutuhan energi dan mencegah dehidrasi
- (10) Mempertahankan kandung kemih tetap kosong dan ibu dianjurkan untuk berkemih sesering mungkin. (JNPK-KR, 2016)

b) Persalinan Kala II

Persalinan Kala dua persalinan dimulai ketika pembukaan serviks sudah lengkap (10 cm) dan berakhir dengan lahirnya bayi. Kala dua dikenal juga sebagai kala pengeluaran.

(1) Tanda gejala kala II persalinan

- (a) Ibu merasakan ingin meneran bersamaan dengan terjadinya kontraksi
- (b) Ibu merasakan makin meningkatnya tekanan pada rectum atau vaginnya.
- (c) Perineum terlihat menonjol
- (d) Vulva vagina, dan spingter ani terlihat membuka
- (e) Peningkatan pengeluaran lendir dan darah (JNPK-KR, 2016)

Asuhan Persalinan Kala II

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 kedalam partus set.
- (3) Mengenakan baju penutup atau celemek plastic yang bersih.
- (4) Melepaskan semua perhiasan yang dipakai dibawah siku, mencuci kedua tangan dengan sabin dan air bersih yang mengalir dan mengeringkan tangan dengan handuk satu kali pakai/pribadi yang bersih.
- (5) Memakai satu sarung dengan DTT atau steril untuk pemeriksaan dalam
- (6) Mengisap oksitosin 10 unit kedalam atbung suntik (dengan memakai sarung tangan disinfeksi tingkat tinggi atau steril) dan meletakkan kembali di partus set steril tanpa mengkontaminasi tabung suntik.

Memastikan Pembukaan Lengkap

- (7) Membersihkan vulva dan perineum, menyekanya dengan hati-hati dari depan ke belakang dengan menggunakan kapas atau kasa yang sudah dibasahi air disinfek tingkat tinggi.

Jika mulut vagina, perineum atau anus terkontaminasi oleh kotoran ibu, membersihkannya dengan seksama dengan cara menyeka dari depan ke belakang. Membuang kapas atau kasa yang terkontaminasi dalam wadah yang benar. Mengganti sarung tangan jika terkontaminasi (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.

(a) Bila selaput ketuban belum pecah dan pembukaan sudah lengkap lakukan amniotomi.

(9) Mendekontaminasi sarung tangan dengan cara mencelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan kotor kedalam larutan klorin 0,5% dan kemudian melepaskannya dalam keadaan terbalik serta merendamnya didalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit. Mencuci kedua tangan.

(10) Memeriksa denyut jantung janin (DJJ) setelah kontraksi berakhir untuk memastikan bahwa DJJ dalam batas normal (120-160x/menit). Mengambil tindakan yang sesuai jika DJJ tidak normal. Mendokumentasi hasil-hasil pemeriksaan dalam, DJJ dan semua hasil penilaian serta asuhan lainnya

pada partograf. Menyiapkan ibu dan keluarga untuk membantu proses pimpinan meneran.

(11) Memberitahu ibu pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik. Membantu ibu berada dalam posisi yang nyaman sesuai keinginannya.

(a) Menunggu hingga ibu mempunyai keinginan untuk meneran. Melanjutkan pemantauan kesehatan dan kenyamanan ibu serta janin sesuai dengan pedoman persalinan aktif dan mendekontaminasikan temuan-temuan.

(b) Menjelaskan kepada anggota keluarga bagaimana mereka dapat mendukung dan memberi semangat kepada ibu saat ibu mulai meneran.

(12) Meminta bantuan keluarga untuk menyiapkan posisi ibu untuk meneran. (pada saat his, bantu ibu dalam posisi setengah duduk dan pastikan ia merasa nyaman).

(13) Melakukan pimpinan meneran saat ibu mempunyai derongan yang kuat untuk meneran :

(a) Membimbing ibu untuk meneran saat ibu mempunyai keinginan untuk meneran.

(b) Mendukung dan memberi semangat atas usaha ibu untuk meneran.

- (c) Membantu ibu mengambil posisi yang nyaman sesuai pilihannya (tidak meminta ibu berbaring terlentang)
 - (d) Menganjurkan ibu untuk beristirahat diantara kontraksi
 - (e) Mengajukan keluarga untuk mendukung dan memberi semangat pada ibu.
 - (f) Menganjurkan asupan cairan per oral.
 - (g) Menilai DJJ setiap 5 menit.
 - (h) Jika bayi belum lahir atau kelahiran bayi belum terjadi segera dalam waktu 120 menit meneran untuk primipara atau 60 menit untuk multipara, merujuk segera.
 - (i) Jika ibu tidak mempunyai keinginan untuk meneran, maka : menjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok atau mengambil posisi yang aman. Jika ibu belum ingin meneran dalam 60 menit, mengajurkan ibu untuk muali meneran pada puncak kontraksi-kontraksi tersebut dan beristirahat diantara kontraksi.
- (14) Menilai DJJ setiap kontraksi uterus selesai Persiapan Pertolongan Kelahiran Bayi.
- (15) Jika kepala bayi telah membuka vulva dengandiameter 5-6 cm, meletakkan handuk bersih diatas perut untuk mengering kan bayi.

- (16) Meletakkan kain yang bersih dilipat 1/3 bagian, dibawah bokong ibu.
- (17) Membuka tutup partus set dan memastikan kembali kelengkapan alat.
- (18) Memakai sarung tangan DTT atau steril pada kedua tangan

Menolong Kelahiran Bayi

Lahirnya Kepala

- (19) Saat kepala bayi membukavulva dengan diameter 5-6 cm, lindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi kain tadi, letakan tangan yang lain dikepala dan lakukan tekanan yang lembut dan tidak menghambat pada kepala bayi, membiarkan kepala keluar perlahan-lahan. Menganjurkan ibu untuk meneran perlahan-lahan atas bernafas cepat saat kepala lahir. Jika ada meconium dalam cairan ketuban, segera hisap mulut dan hidung setelah kepala lahir menggunakan penghisap lender deelee disinfeksi tingkat tinggi atau steril atau bola karet penhisap yang baru dan bersih.
- (20) Memeriksa lilitan tali pusat dan mengambil tindakan yang sesuai jika hal itu terjadi, dan kemudian meneruskan segera proses kelahiran bayi. Jika tali pusat melilit leher janin dengan longgar, lepaskan lewat bagian atas kepala bayi. Jika

tali pusat melilit leher bayi dengan erat, mengklempnya di satu 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 kearah bawah dan kearah keluar hingga bahu anterior muncul dibawah arkus pubis dan kemudian dengan lembut menarik kearah atas dan kearah luar untuk melahirkan bahu posterior.

Lahir Badan Tungkai

(23) Setelah kedua bahu dilahirkan, menelusurkan tangan muali kepala bayi yang berada dibagian bawah kearah perineum tangan membiarkan bahu dan lengan posterior lah ke tetangan 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, menelusurkan tangan yang ada atas (anterior) dari punggung ke arah kaki bayi untuk menyangganya saat pangung dari kaki lahir. Memegang kedua kaki bayi dengan hati-hati membantu kelahiran kaki.

VII.

Penanganan bayi baru lahir

- (25) Menilai bayi dengan cepat, kemudian meletakkan bayi diatas perut ibu dengan posisi kepala bayi sedikit lebih rendah dari tubuhnya (bila tali pusat terlalu pendek, meletakkan bayi ditempat yang memungkinkan)
- (26) Segera mengeringkan bayi, membungkus kepala dan badan bayi kecuali bagian pusat. Ganti handuk atau kain yang kering. Biarkan bayinya berada diatas perut.
- (27) Melakukan palpasi abdomen untuk menghilangkan kemungkinan adanya bayi kedua.
- (28) Memberitahu kepada ibu bahwa ia akan disuntik oksitosin agar uterus berkontraksi.
- (29) Dalam waktu 1 menit setelah kelahiran bayi, memberikan suntikan oksitosin 10 IU IM di 1/3 paha kanan atas ibu bagian luar, setelah mengaspirasinya terlebih dahulu.
- (30) Menjepit tali pusat menggunakan klem kira-kira 3 cm dari pusat bayi. Melakukan urutan pada tali pusat mulai dari

klem kearah ibu dan memasang klem kedua 2 cm dari klem pertama (kearah ibu).

(31) Memegang tali pusat dengan satu tangan, melindungi bayi dari gunting dan memotong tali pusat diantara dua klem tersebut.

(32) Meletakkan bayi tengkurap di dada ibu. Luruskan bahu bayi sehingga menempel didada/perut ibu. Usahakan bayi berada diantara payudara ibu dengan posisi lebih rendah dari puting payudara ibu.

(33) Mengganti handuk yang basah dan selimuti bayi dengan kain atau selimut yang bersih dan kering.

(34) Memindahkan klem dan tali pusat

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

(36) Menunggu uterus berkontraksi dan kemudian melakukan penegangan kearah pada tali pusat dengan lembut. Lakukan tekanan yang berlawanan kearah pada bagian bawah uterus dengan cara menekan uterus kearah atas dan belakang (dorsol kranial) dengan hati-hati untuk membantu mencegah

terjadinya inversion uteri. Jika plasenta tidak lahir setelah 30-40 detik, menghentikan penegangan tali pusat dan menunggu hingga kontraksi berikut mulai.

Mengeluarkan plasenta

(37) Setelah plasenta terlepas, meminta ibu untuk meneran sambil menarik tali pusat kearah bawah dan keamudian kearah atas, mengikuti kurve jalan lahir sambil meneruskan tekanan berlawanan arah pada uterus

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

(b) Jika plasenta tidak lepas setelah melakukan penengan tali pusat selama 15 menit.

(c) Mengulangi pemberian oksitosin 10 IU secara IM (90°).

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

(e) Meminta keluarga untuk menyiapkan rujukan

(f) Mengulangi peregangan tali pusat selama 15 menit berikutnya.

(g) 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 dan dengan hati-hati memutar plasenta hingga selaput ketuban terpin. 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 forceps disinfeksi tingkat tinggi atau steril untuk melepaskan bagian selaput yang tertinggal.

Pemijatan uterus

(39) Segera setelah plasenta dan selaput ketuban lahir, melakukan massase uterus, meletakkan telapak tangan di fundus dan melakukan massase dengan gerakan melingkar dengan lembut hingga uterus berkontraksi (fundus menjadi keras).

Menilai Perdarahan

(40) Memeriksa kedua sisi plasenta baik yang menempel ke ibu maupun jani dan selaput ketuban untuk memastikan bahwa selaput ketuban lengkap dan utuh. Meletakkan plasenta dalam kantung plastik atau tempat khusus. Jika uterus tidak berkontraksi setelah melakukan massase 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. Mengevaluasi perdarahan persalinan vagina.

(43) Membiarkan bayi tetap melakukan kontak kulit ke kulit di dada ibu paling sedikit 1 jam.

(44) Setelah 1 jam, lakukan penimbangan atau pengukuran bayi, beri tetes mata/zalf antibiotik profilaksis, dan vitamin K1 mg dipaha kiri anterolateral.

(45) Setelah 1 jam pemberian vitamin K berikan suntikan imunisasi hepatitis B di paha anterotal.

(46) Melanjutan pemantauan kontraksi uterus dan perdarahan pervaginam.

(47) Mengajarkan pada ibu/keluarga bagaimana melakukan massase uterus dan memeriksa kontraksi uterus.

(48) Mengevaluasi dan estimasi kehilangan darah

(49) Memeriksa tekanan darah, nadi dan keadaan kandung kemih setiap 15 menit selama satu jam pertama pasca persalinan dan setiap 30 menit selama jam kedua pasca persalinan.

Memeriksa temperature tubuh ibu sekali setiap jam selama

dua jam pertama pasca persalinan. Melakukan tindakan yang sesuai untuk temuan yang tidak normal

(50) Memeriksa kembali bayi untuk pastikan bahwa bernafas dengan baik (40-60 x/menit serta suhu tubuh normal (36,5-37,5).

(51) Menempatkan semua peralatan di dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit). Mencuci dan membilas peralatan setelah dekontaminasi.

(52) Membuang bahan-bahan yang terkontaminasi ke dalam tempat sampah yang sesuai.

(53) Membersihkan ibu dengan menggunakan air disinfeksi tingkat tinggi. Membersihkan cairan ketuban, lender dan darah. Membantu ibu memakai pakaian yang bersih dan kering.

(54) Memastikan bahwa ibu nyaman. Membantu ibu memberikan ASI. Menganjurkan keluarga untuk memberikan minuman dan makanan yang diinginkan.

(55) Mendekontaminasi daerah yang digunakan untuk melahirkan dengan larutan klorin 0,5% dan membilas dengan air bersih.

(56) Mencelupkan sarung tangan kotor kedalam larutan klorin 0,5%, membalikan bagian luar dan merendamnya dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit.

(57) Mencuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir.

(58) Melengkapi partograf.

(59) Melakukan IMD (Inisiasi Menyusu Dini).

c) Persalinan Kala III

Persalinan kala III dimulai setelah lahirnya bayi dan berakhir dengan lahirnya plasenta dan selaput ketuban.

Tanda-tanda lepasnya plasenta mencakup beberapa atau semua hal-hal dibawah ini :

- a) Uterus menjadi bundar.
- b) Perdarahan, terutama perdarahan yang agak banyak.
- c) Memanjangnya bagian tali pusat yang lahir
- d) Naiknya fundus uteri karena naiknya Rahim lebih mudah digerakan.

Manajemen aktif kala III terdiri dari beberapa komponen :

- a) Pemberian suntikan oksitosin dalam 1 menit pertama setelah bayi lahir.
- b) Melakukan peregang tali pusat terkendali.
- c) Massase fundus uteri

Asuhan kala III

- a) Melakukan manajemen aktif kala III.
- b) Memeriksa ada/tidaknya janin kedua.

- c) Memberitahukan kepada ibu bahwa plasenta lahir, memeriksa kelengkapan plasenta.
- d) Mengevaluasi kontraksi uterus, beserta perdarahan pada kala III.
- e) Memantau adanya tanda bahaya kala III seperti kelainan kontraksi.

d) Persalinan Kala IV

Persalinan kala IV dimulainya dari lahirnya plasenta dan berakhir 2 jam pertama post partum. Dalam kala IV ini penderita masih membutuhkan pengawasan yang intensif karena perdarahan karena atonia uteri masih mengancam. Maka dalam kala IV penderita belum boleh dipindahkan keruang perawatan dan tidak boleh ditinggalkan oleh bidan.

Observasi yang dilakukan 2 jam postpartum, yaitu :

- a) Mengawasi perdarahan postpartum. Seperti darah yang keluar dari jalan lahir, kontraksi rahim, keadaan umum ibu, pengobatan perdarahan postpartum, menjahit robekan perineum, memeriksa bayi.

Asuhan persalinan kala IV seperti memeriksa perdarahan dan ada/tidaknya laserasi, jika ada laserasi maka dilakukan heacting, mengobservasi TTV, kontraksi uterus, perdarahan dan kandung kemih tiap 15 menit pada 1 jam pertama dan 30 menit pada 1

jam kedua. Menganjurkan ibu untuk menyusui bayinya sesering mungkin. Menganjurkan ibu untuk mobilisasi dini seperti miring kiri kanan, duduk, dan berjalan kecil di dalam ruangan. Mendokumentasikan hasil pemeriksaan pasien. (JNPK-KR, 2016)

9. Perubahan Psikologis Ibu Bersalin

a) Perubahan psikologis kala 1 yang sering terjadi:

- (1) Kecemasan dan ketakutan pada dosa-dosa atau kesalahan-kesalahan sendiri.

Ketakutan tersebut berupa rasa takut jika bayi yang dilahirkan dalam keadaan cacat, serta takhayul lain. Walaupun pada jaman ini kepercayaan-kepercayaan pada ketakutan-ketakutan ghaib selama proses reproduksi sudah sangat berkurang sebab secara biologis, anatomis dan fisiologis kesulitan-kesulitan pada masa partus bisa di jelaskan dengan alasan-alasan patologis atau sebab abnormalitas (keluarbiasaan). Tetapi masih ada perempuan yang diliputi rasa ketakutan.

- (2) Timbul rasa tegang, takut, kesakitan, kecemasan dan konflik batin.

Hal ini disebabkan oleh semakin membesarnya janin dalam kandungan yang mengakibatkan calon ibu mudah capek, tidak nyaman badan, dan tidak bisa tidur nyenyak, sering kesulitan bernapas, dan macam-macam beban jasmaniah lainnya.

- (3) Sering timbul rasa jengkel, tidak nyaman serta selalu kegerahan serta tidak sabar (kepala bayi sudah memasuki panggul dan timbulnya kontraksi pada rahim, sehingga sehingga bayi yg di harapkan, kini menjadi beban berat)
 - (4) Ketakutan menghadapi resiko dan kesulitan bahaya melahirkan bayi yang merupakan hambatan dalam proses persalinan
 - (a) Adanya rasa takut gelisah singkat tanpa sebab
 - (b) Sesak napas atau rasa tercekik
 - (c) Jantung berdebar-debar
 - (d) Takut mati
 - (e) Merasa tidak tertolong, muka pucat, pandangan liar
 - (f) Napas pendek, *takikardi*
 - (5) Adanya harapan-harapan mengenai jenis kelamin bayi yang akan dilahirkan (harapan cinta kasih, implus bermusuhan dan kebencian)
 - (6) Sikap bermusuhan terhadap bayinya (keinginan memiliki bayi yang unggul, belum mampu menjadi seorang ibu, cemas kalau bayinya tidak aman diluar rahim)
 - (7) Kegelisahan dan ketakutan menjelang kelahiran bayi (takut mati, trauma kelahiran, perasaan bersalah, ketakutan riil)
- b) Perubahan psikologis pada kala II
- (1) Panik dan takut terhadap apa yang terjadi pada saat pembukaan lengkap

- (2) Bingung dengan apa yang terjadi saat pembukaan lengkap
 - (3) Frustrasi dan marah
 - (4) Tidak memperdulikan apa saja dan siapa saja yang ada di kamar bersalin
 - (5) Rasa lelah dan sulit mengikuti perintah
 - (6) Fokus pada dirinya sendiri
- c) Perubahan psikologis pada kala III

(1) Bahagia

Karena saat-saat yang lama telah di tunggu akhirnya datang juga, yaitu kelahiran bayinya. dan ibu juga merasa bahagia karena merasa sudah menjadi wanita yang sempurna (bisa melahirkan, memberikan anak untuk suaminya dan memberikan anggota keluarga yang baru), bahagia karena bisa melihat anaknya.

(2) Cemas dan takut

Cemas dan takut jika ada bahaya atas dirinya saat persalinan karena persalinan di anggap sebagai suatu keadaan antara hidup dan mati. Cemas dan takut dengan pengalaman yang lalu, takut tidak dapat memenuhi kebutuhan anaknya.

d) Perubahan psikologis pada kala IV

(1) *Phase honeymoon*

Phase honeymoon adalah phase setelah anak lahir dimana terjadi intimasi dan kontak yang lama antara ibu, ayah dan anak. Hal ini

dapat dikatakan sebagai psikis honeymoon yang tidak memerlukan hal-hal yang romantis. Masing-masing saling memperhatikan anaknya dan menciptakan hubungan yang baru.

(2) Ikatan kasih

Terjadi pada kala IV di mana diadakan kontak antara ibu-ayah-anak, dalam ikatan kasih. Penting bagi bidan memikirkan bagaimana agar hal tersebut dapat terlaksana, partisipasi suami dalam proses persalinan merupakan salah satu upaya untuk proses ikatan kasih tersebut (Legawati, 2018)

10. Kebutuhan Ibu Bersalin

Menurut Walyani (2015), ada beberapa kebutuhan dasar ibu selama proses persalinan antara lain :

a) Dukungan fisik dan psikologis

Setiap ibu yang akan memasuki masa persalinan maka akan muncul perasaan takut, khawatir, maupun cemas terutama pada ibu primipara. Perasaan takut dapat meningkatkan nyeri, otot-otot menjadi tegang dan ibu menjadi cepat lelah yang pada akhirnya dapat menghambat proses persalinan. Bidan adalah orang yang diharapkan ibu sebagai pendamping persalinan yang dapat diandalkan serta mampu memberikan dukungan, bimbingan dan pertolongan persalinan. Dukungan juga dapat diberikan oleh orang-orang terdekat pasien (suami, keluarga, teman, perawat,

bidan, maupun dokter). Pendamping persalinan hendaknya orang yang sudah terlibat sejak dalam kelas-kelas antenatal. Mereka dapat membuat laporan tentang kemajuan ibu dan secara terus-menerus memonitor kemajuan persalinan.

b) Kebutuhan makan dan cairan

Makanan padat tidak boleh di berikan selama persalinan aktif, oleh karena makanan padat lebih lama tinggal dalam lambung daripada makanan cair, sehingga proses pencernaan lebih lambat selama persalinan. Bila ada pemberian obat, dapat juga merangsang terjadinya mual/ muntah yang dapat mengakibatkan aspirasi ke dalam paru-paru, untuk mencegah dehidrasi, pasien dapat di berikan banyak minum segar (jus buah, sup) selama proses persalinan, namun bila mual/ muntah dapat di berikan cairan IV (RL).

c) Kebutuhan eliminasi

Kandung kencing harus di kosongkan setiap 2 jam. Bila tidak bisa berkemih sendiri, dapat dilakukan kateterisasi. Kandung kemih yang penuh akan menghambat penurunan kepala bayi serta meningkatkan rasa tidak nyaman bagi ibu. Rectum yang penuh juga akan mengganggu penurunan kepala bayi, namun jika pasien mengatakan ingin BAB, bidan harus memastikan kemungkinan adanya tanda dan gejala masuk pada kala 2. (Walyani, 2015)

d) Posisi dan aktifitas

Untuk membantu ibu agar tetap tenang dan rileks sedapat mungkin bidan tidak boleh memaksakan pemilihan posisi yang di inginkan oleh ibu dalam persalinan. Sebaliknya, peran bidan adalah untuk mendukung ibu dalam memilih posisi apapun yang di pilihnya, menyarankan alternative-alternatif apabila tindakan ibu tidak efektif atau membahayakan bagi ibu dan bayi. Posisi-posisi yang di sarankan dalam persalinan yaitu :

(1) Posisi alasan/ rasionalisasi

Duduk atau setenga duduk lebih mudah bagi bidan untuk membimbing kelahiran kepala bayidan mengamati atau mensupport perineum. Posisi merangkak baik untuk punggung yang sakit, membantu bayi melakukan rotasi dan peregangan minimal pada perineum.

(2) Berjongkok atau berdiri membantu penurunan kepala bayi, memperbesar ukuran panggul: menambah 28% ruang outletnya. Memperbesar dorongan untuk meneran

(3) Berbaring miring ke kiri, member rasa santai bagi ibu yang letih, member oksigenasi yang baik bagi bayi dan membantu mencegah terjadinya laserasi.

(4) Posisi terlentang tidak di perbolehkan karena dapat menyebabkan syndrome supine hypotensi karena tekanan

pada vena kava inferior oleh kavum uteri, yang mengakibatkan ibu pingsan hilangnya oksigen untuk bayi. Dapat menambah rasa sakit. Memperlama persalinan. Ibu sulit bernapas. BAK lebih sulit. Membatasi gerak ibu. Meneran menjadi sulit. Ibu mersa tidak berdaya. Menambah resiko terjadinya laserasi. Dan manimbulkan kerusakan syaraf kaki dan punggung. (Walyani,2015)

e) Pangurangan rasa nyeri

Cara mengurangi rasa sakit ialah :

- (1) Mengurangi sakit pada sumbernya
- (2) Memberikan rangsangan alternative yang kuat
- (3) Mengurangi reaksi mental yang negative, emosional, dan reaksi ibu terhadap rasa sakit.

11. Komplikasi pada Persalinan

Komplikasi persalinan menurut (Mochtar, 2012)

a) Pada ibu saat persalinan

- (1) Panggul sempit
- (2) Persalinan akan berlangsung lama
- (3) Ketuban pecah dini
- (4) Distosia Bahu
- (5) Presentasi Bokong
- (6) Presentasi kaki

- (7) Kepala tidak mau turun dan tali pusat menumbung
- (8) Moulage kepala berlangsung lama
- (9) Inersia uteri sekunder dan primer

b) Pada anak

- (1) Infeksi intrapartal
- (2) Kematian janian intrapartal (KJIP)
- (3) Prolapse funiculi
- (4) Perdarahan intracranial
- (5) Kaput suksedaneum dan sefalo-hematoma
- (6) Flatul pada tulang kepala oleh tekanan yang hebat dari his dan alat yang dipakai

C. KONSEP DASAR NIFAS

1. Definisi Nifas

Menurut (Sukma dkk, 2017) Masa nifas (Puerperium) adalah masa pemulihan kembali, mulai dari persalinan selesai sampai alat-alat kandungan kembali seperti pra hamil. Lama masa nifas yaitu 6-8 minggu. Masa nifas (Puerperium) dimulai setelah kelahiran plasenta dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil. Masa nifas berlangsung selama kira-kira 6 minggu. Masa nifas (puerperium) dimulai setelah plasenta lahir dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil. Masa nifas berlangsung selama kira-kira 6 minggu (Saifuddin, 2014).

Masa nifas adalah masa pulih kembali, mulai dari persalinan selesai sampai alat-alat kandungan kembali seperti sebelum hamil (Asih dan Risneni, 2016).

Jadi, dapat disimpulkan bahwa masa nifas adalah penatalaksanaan asuhan yang diberikan mulai dari setelah lahirnya bayi sampai dengan kembalinya tubuh dalam keadaan seperti sebelum hamil atau mendekati keadaan sebelum hamil.

2. Tahap Masa Nifas

Menurut Nurjanah, dkk (2013) Masa nifas dibagi dalam 3 tahap, yaitu:

- a) *Puerperium* dini (immediate puerperium), yaitu pemulihan dimana ibu telah diperbolehkan berdiri dan berjalan-jalan (waktu 0-24 jam post partum).
- b) *Puerperium intermedial* (early puerperium), yaitu masa dimana pemulihan dari organ-organ reproduksi secara menyeluruh selama kurang lebih 6-8 minggu.
- c) *Remote puerperium* (later puerperium), yaitu waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat kembali dalam keadaan yang sempurna secara bertahap terutama jika selama masa kehamilan dan persalinan ibu mengalami komplikasi, waktu untuk sehat bisa berminggu-minggu, bulan bahkan tahun.

3. Perubahan Fisiologis Masa Nifas

Menurut Sukma (2017), perubahan fisiologi pada masa nifas meliputi:

a) Perubahan sistem reproduksi

Tubuh ibu berubah setelah persalinan, rahimnya mengecil, serviks menutup, vagina kembali ke ukuran normal dan payudaranya mengeluarkan ASI. Masa nifas berlangsung selama 6 minggu. Dalam masa itu, tubuh ibu kembali ke ukuran sebelum melahirkan. Untuk menilai keadaan ibu, perlu dipahami perubahan yang normal terjadi pada masa nifas ini.

(1) Involusi Rahim

Setelah placenta lahir, uterus merupakan alat yang keras karena kontraksi dan retraksi otot – ototnya. Fundus uteri \pm 3 jari bawah pusat. Selama 2 hari berikutnya, besarnya tidak seberapa berkurang tetapi sesudah 2 hari, uterus akan mengecil dengan cepat, pada hari ke – 10 tidak teraba lagi dari luar. Setelah 6 minggu ukurannya kembali ke keadaan sebelum hamil. Involusi terjadi karena masing – masing sel menjadi lebih kecil, karena sitoplasma nya yang berlebihan dibuang, involusi disebabkan oleh proses autolysis, dimana zat protein dinding rahim dipecah, diabsorpsi dan kemudian dibuang melalui air kencing, sehingga kadar nitrogen dalam air kencing sangat tinggi. (Sukma, 2017)

(2) Involusi tempat plasenta

Setelah persalinan, tempat plasenta merupakan tempat dengan permukaan kasar, tidak rata dan kira – kira sebesar telapak tangan. Dengan cepat luka ini mengecil, pada akhir minggu kedua hanya sebesar 3 – 4 cm dan pada akhir masa nifas 1 -2 cm.

(3) Perubahan pembuluh darah Rahim

Dalam kehamilan, uterus mempunyai banyak pembuluh-pembuluh darah yang besar, tetapi karena setelah persalinan tidak diperlukan lagi peredaran darah yang banyak, maka arteri harus mengecil lagi dalam nifas. (Sukma, 2017)

(4) Perubahan pada serviks dan vagina

Beberapa hari setelah persalinan, *ostium extenium* dapat dilalui oleh 2 jari, pinggir – pinggirnya tidak rata tetapi retak – retak karena robekan persalinan, pada akhir minggu pertama hanya dapat dilalui oleh satu jari saja, dan lingkaran retraksi berhubungan dengan bagian dari *carnalis cervikalis*. (Sukma, 2017)

b) Perubahan pada cairan vagina (*lochia*)

Tabel 1.4 Macam- macam Lochea

Lokhea	Waktu	Warna	Ciri-ciri
--------	-------	-------	-----------

Rubra (kruenta)	1-3 hari	Merah kehitaman	Terdiri dari darah segar, jaringan sisa-sisa plasenta, dinding rahim, lemak bayi, lanugo (rambut bayi), dan sisa mekoneum
Sanguinolenta	4-7 hari	Merah kecoklatan dan berlendir	Sisa darah bercampur lender
Serosa	7-14 hari	Kuning kecoklatan	Lebih sedikit darah dan lebih banyak serum, juga terdiri dari leukosit dan robekan/laserasi plasenta
Alba	> 14 hari <i>postpartum</i>	Putih	Mengandung leukosit, sel desidua dan sel epitel, selaput lendir serviks dan serabut jaringan yang mati

c) Perubahan sistem pencernaan

Dinding abdominal menjadi lunak setelah proses persalinan karena perut yang meregang selama kehamilan. Ibu nifas akan mengalami beberapa derajat tingkat diastatis recti, yaitu terpisahnya dua parallel otot abdomen, kondisi ini akibat peregangan otot abdomen selama kehamilan. Tingkat keparahan diastatis recti bergantung pada kondisi umum wanita dan tonus ototnya, apakah ibu berlatih kontinyu untuk mendapat kembali kesamaan otot abdominalnya atau tidak. (Widyasih,2013)

d) Perubahan sistem perkemihan

Kandung kencing dalam masa nifas kurang sensitif dan kapasitasnya akan bertambah, mencapai 3000 ml per hari pada 2 – 5 hari post partum. Hal ini akan mengakibatkan kandung kencing penuh. Sisa urine dan trauma pada dinding kandung kencing waktu persalinan memudahkan terjadinya infeksi. Lebih kurang 30–60% wanita mengalami inkontinensial urine selama periode post partum. (Widyasih, 2013)

e) Sistem kardiovaskuler

Pada keadaan setelah melahirkan perubahan volume darah bergantung beberapa faktor, misalnya kehilangan darah, curah jantung meningkat serta perubahan hematologi yaitu fibrinogen dan plasma agak menurun dan Selama mingguminggu kehamilan, kadar fibrinogen dan plasma, leukositosis serta faktor-faktor pembekuan darah meningkat. Pada hari postpartum, kadar fibrinogen dan plasma akan sedikit menurun dan faktor pembekuan darah meningkat. (Widyasih, 2013)

f) Hematologi

Leokositoisis, yang meningkatkan jumlah sel darah yang putih hingga 15.000 selama proses persalinan, tetap meningkat untuk sepasang hari pertama postpartum. (Widyasih, 2013)

g) *Muscoleskletal*

Otot-otot uterus berkontraksi segera setelah partus. Pembuluh darah yang berada diantara anyamananyaman otot-otot uterus akan terjepit. Proses ini akan menghentikan perdarahan setelah plasenta diberikan. (Widyasih, 2013)

h) Perubahan Tanda-tanda Vital

- (1) Suhu badan : Dalam 24 jam postpartum, suhu badan akan meningkat sedikit ($37,5^{\circ}\text{C}$ - 38°C) sebagai akibat kerja keras sewaktu melahirkan, kehilangan cairan dan kelelahan.
- (2) Nadi : Denyut nadi orang normal dewasa adalah 60-80 kali per menit. Denyut nadi ibu postpartum biasanya akan lebih cepat, bila melebihi 100 kali per menit, keadaan ini abnormal dan keadaan ini menunjukkan adanya kemungkinan infeksi.
- (3) Tekanan darah : Tekanan biasanya tidak berubah. Kemungkinan akan lebih rendah setelah melahirkan karena ada perdarahan atau yang lainnya. Tekanan darah akan tinggi apabila ada pre-eklamsi postpartum.
- (4) Pernapasan : Keadaan pernapasan selalu berhubungan dengan suhu dan denyut nadi. Bila suhu dan denyut nadi tidak normal, pernapasan juga akan mengikutinya kecuali bila ada gangguan khusus pada saluran cerna (Widyasih, 2013).

4. Adaptasi Psikologis Masa Nifas

Menurut Sukma, dkk (2017) setelah persalinan ibu perlu waktu untuk menyesuaikan diri, menjadi dirinya lagi, dan merasa terpisah dengan bayinya sebelum dpt menyentuh bayinya. Banyak ibu merasa takut disebut sebagai ibu yang buruk, emosi yang menyakitkan mungkin dipendam sehingga sulit dalam koping dan tidur. Ibu menderita dalam kebiasuannya sehingga menimbulkan distress karena kemarahan terhadap situasi.

Terdapat 3 tahap dalam masa nifas, yaitu :

a) Taking in Period (Masa ketergantungan)

Terjadi pada 1-2 hari setelah persalinan, ibu masih pasif dan sangat bergantung pada orang lain, fokus perhatian terhadap tubuhnya, ibu lebih mengingat pengalaman melahirkan dan persalinan yang dialami, serta kebutuhan tidur dan nafsu makan meningkat.

b) Taking hold period

Berlangsung 3-4 hari postpartum, ibu lebih berkonsentrasi pada kemampuannya dalam menerima tanggung jawab sepenuhnya terhadap perawatan bayi. Pada masa ini ibu menjadi sangat sensitif, sehingga membutuhkan bimbingan dan dorongan perawat untuk mengatasi kritikan yang dialami ibu.

c) Leting go period

Dialami setelah tiba ibu dan bayi tiba di rumah. Ibu mulai secara penuh menerima tanggung jawab sebagai “seorang ibu” dan menyadari atau merasa kebutuhan bayi sangat bergantung pada dirinya. (Sukma, 2017)

5. Kebutuhan Dasar Ibu Nifas

Menurut Sukma, dkk (2017). Kebutuhan dasar ibu nifas meliputi :

a) Nutrisi dan Ciran

Nutrisi dan cairan sangat penting karena berpengaruh pada proses laktasi dan involusi. Makan dengan diet seimbang, tambahan kalori 500-800 kal/ hari. Makan dengan diet seimbang untuk mendapatkan protein, mineral dan vitamin yang cukup. Minum sedikitnya 3 liter/hari, pil zat besi (Fe) diminum untuk menambah zat besi setidaknya selama 40 hari selama persalinan, Kapsul vitamin A (200.000 IU) agar dapat memberikan vitamin A kepada bayinya melalui ASI.

b) Mobilisasi

Segera mungkin membimbing klien keluar dan turun dari tempat tidur, tergantung kepada keadaan klien, namun dianjurkan pada persalinan normal klien dapat melakukan mobilisasi 2 jam post partum . Pada persalinan dengan anestesi miring kanan dan kiri

setelah 12 jam, lalu tidur ½ duduk, turun dari tempat tidur setelah 24 jam. Mobilisasi pada ibu berdampak positif bagi ibu merasa lebih sehat dan kuat, Faal usus dan kandung kemih lebih baik, Ibu juga dapat merawat anaknya. (Sukma, 2017)

c) *Personal Hygiene*

Ibu nifas rentan terhadap infeksi, untuk itu personal hygiene harus dijaga, yaitu dengan:

- (1) Mencuci tangan setiap habis genital hygiene, kebersihan tubuh, pakaian, lingkungan, tempat tidur harus selalu dijaga.
- (2) Membersihkan daerah genital dengan sabun dan air bersih
- (3) Mengganti pembalut setiap 6 jam minimal 2 kali sehari
- (4) Menghindari menyentuh luka perineum
- (5) Menjaga kebersihan vulva perineum dan anus
- (6) Tidak menyentuh luka perineum
- (7) Memberikan salep, betadine pada luka

d) *Seksual dan KB*

Hanya separuh wanita yang tidak kembali tingkat energi yang biasa pada 6 minggu PP, secara fisik, aman, setelah darah dan dapat memasukkan 2-3 jari kedalam vagina tanpa rasa nyeri.

Untuk KB idealnya setelah melahirkan boleh hamil lagi setelah

dua tahun. Menjelaskan pada ibu berbagai macam metode kontrasepsi yang diperbolehkan selama menyusui.

e) Senam Nifas

Senam nifas adalah senam yang dilakukan sejak hari pertama melahirkan sampai dengan hari ke sepuluh. Senam ini dilakukan untuk mempercepat pemulihan keadaan ibu. Senam nifas juga membantu memperbaiki sirkulasi darah, memperbaiki sikap tubuh dan punggung setelah melahirkan, memperbaiki tonus otot, pelvis dan peregangan otot abdomen (Widyasih, 2013)

f) Eliminasi BAB dan BAK

(1) Buang air kecil (BAK)

Dalam 6 jam ibu nifas harus sudah bisa BAK, kebanyakan ibu bisa berkemih spontan dalam waktu 8 jam.

(2) Buang air besar (BAB)

BAB biasanya tertunda selama 2-3 hari, karena edema persalinan, obat-obatan analgesik, dan perineum yang sangat sakit (Widyasih, 2013)

6. Respons dan Proses Adaptasi Psikologis Ibu Nifas dan Keluarga terhadap Bayi:

a) Bounding Attachment

Bounding attachment adalah sebuah peningkatan hubungan kasih sayang dengan keterikatan batin antara orang tua dan bayi. Konsep

ikatan perlahan-lahan berkembang mulai di awal kehamilan dan berlanjut selama berbulan-bulan, bertahun-tahun dan mungkin seumur hidup setelah melahirkan. Tahapan pada bonding attachment terdiri dari pengenalan dengan melakukan kontak mata, menyentuh, berbicara dan mengeksplorasi segera setelah mengenal bayinya; bonding (keterikatan) dan attachment (perasaan sayang yang mengikat individu dengan individu lain).

(1) Cara melakukan bonding attachment :

a) Pemberian ASI eksklusif

Dengan dilakukannya pemberian ASI secara eksklusif segera setelah lahir, secara langsung bayi akan mengalami kontak kulit dengan ibunya yang menjadikan ibu merasa bangga dan diperlukan, rasa yang dibutuhkan oleh semua manusia.

b) Rawat gabung

Merupakan salah satu cara yang dapat dilakukan antara ibu dan bayi agar terjalin proses lekat (early infant mother bonding) akibat sentuhan badan antara ibu dan bayinya.

c) Kontak mata

Mempunyai efek yang erat terhadap perkembangan dimulainya hubungan dan rasa percaya sebagai faktor yang penting dalam hubungan manusia pada umumnya.

d) Suara

Orang tua akan menantikan tangisan pertama bayinya. Dari tangisan itu, ibu menjadi tenang karena merasa bayinya baik-baik saja. Bayi dapat mendengar sejak dalam rahim, jadi tidak mengherankan jika ia dapat mendengarkan suara-suara dan membedakan nada dan kekuatan sejak lahir, meskipun suara itu terhalang selama beberapa hari oleh cairan amniotik dari rahim yang melekat dalam telinga.

e) Inisiasi dini

Setelah bayi lahir, dengan segera bayi ditempatkan di atas ibu. Ia akan merangkak dan mencari puting susu ibunya. Keuntungan dari kontak dini adalah kadar oksitosin dan prolaktin meningkat; refleks menghisap dilakukan dini; pembentukan kekebalan aktif dimulai; mempercepat proses ikatan antara orang tua dan anak (body warmth (kehangatan tubuh), waktu pemberian kasih sayang, stimulasi hormonal).

b) Keuntungan bonding attachment

Bayi merasa dicintai, diperhatikan, mempercayai, menumbuhkan sikap sosial; bayi merasa aman, berani mengadakan eksplorasi (Walyani, 2015).

7. Pemberian ASI / LAKTASI

Hal yang perlu diberitahukan pada pasien:

- a) Menyusui bayi segera setelah lahir minimal 30 menit bayi telah disusukan.
- b) Ajarkan cara menyusui yang benar
- c) Memberikan ASI secara penuh 6 bulan tanpa makanan lain (ASI eksklusif)
- d) Menyusui tanpa dijadwal, sesuka bayi atau on demand (Widyasih, 2013)

8. Asuhan Nifas

Menurut Prawiroharjo (2012), kunjungan masa nifas dilakukan untuk menilai keadaan ibu dan bayi baru lahir, dan untuk mencegah, mendeteksi dan menangani masalah-masalah yang terjadi yang dilakukan minimal 4 kali kunjungan. Frekuensi kunjungan pada masa nifas adalah :

- a) Kunjungan I (6-8 jam setelah persalinan)
 - (1) Mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri.
 - (2) Mendeteksi dan merawat penyebab lain perdarahan, rujuk jika perdarahan berlanjut.
 - (3) Memberikan konseling pada ibu atau salah satu anggota keluarga bagaimana mencegah perdarahan pada masa nifas atonia uteri.
 - (4) Pemberian ASI awal.
 - (5) Melakukan hubungan antara ibu dan bayi baru lahir.

- (6) Menjaga bayi tetap sehat dengan cara mencegah hipotermia.
 - (7) Jika petugas kesehatan menolong persalinan, ia harus tinggal dengan ibu dan bayi untuk 2 jam pertama setelah kelahiran, atau sampai ibu dan bayi dalam keadaan stabil.
- b) Kunjungan II (6 hari setelah persalinan)
- (1) Memastikan involusi uterus berjalan normal: uterus berkontraksi, fundus di bawah umbilikus, tidak ada perdarahan abnormal, tidak ada bau.
 - (2) Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi, atau perdarahan abnormal.
 - (3) Memastikan ibu mendapatkan cukup makanan, cairan, dan istirahat.
 - (4) Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tak memperlihatkan tanda-tanda penyulit.
 - (5) Membrikan konseling pada ibu mengenai asuhan pada bayi, tali pusat, menjaga bayi tetap hangat dan merawat bayi sehari-hari.
- c) Kunjungan III (2 minggu setelah persalinan)
- Asuhan kunjungan ke III sama dengan asuhan 6 hari setelah persalinan.
- d) Kujungan IV (6 minggu setelah persalinan)

- (1) Menanyakan pada ibu tentang penyulit-penyulit yang ia atau bayi alami.
 - (2) Memberikan konseling untuk KB secara dini
- (Prawirohardjo,2012)

D. KONSEP DASAR BAYI BARU LAHIR (BBL)

1. Definisi Bayi Baru Lahir (BBL)

Menurut Wagino dan Putrono (2016) Bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir dengan umur kehamilan 37 minggu sampai 42 minggu dan berat lahir 2500 gram sampai 4000 gram.

Asuhan segera pada bayi baru lahir adalah asuhan yang diberikan pada bayi tersebut selama bayi pertamanya setelah kelahiran. Sebagian besar bayi yang baru lahir akan menunjukkan usaha pernafasan spontan dengan sedikit bantuan atau gangguan (Sari, 2014).

Jadi, dapat disimpulkan bahwa bayi baru lahir atau neonatus ialah masa kehidupan neonatus pertama di luar rahim sampai dengan usia 28 hari yang mana terjadi perubahan yang sangat besar dari kehidupan dalam rahim menjadi di luar rahim dan pada masa ini menjadi pantangan organ hampir di semua sistem.

2. Tujuan Asuhan Bayi Baru Lahir

Menurut Sari (2014) Beberapa tujuan asuhan bayi baru lahir antara lain:

- a) Mengetahui sedini mungkin kelainan pada bayi.
- b) Menghindari resiko terbesar kematian bayi baru lahir terjadi pada 24 jam pertama kehidupan.
- c) Mengetahui aktivitas bayi normal atau tidak dan identifikasi masalah kesehatan bayi baru lahir yang memerlukan perhatian keluarga dan penolong persalinan serta tindak lanjut petugas kesehatan.

3. Fisiologi Neonatus

Menurut Astuti (2015). Fisiologi neonatus adalah sebagai berikut:

a) Sistem pernafasan

Saat kepala bayi melewati jalan lahir ia akan mengalami penekanan yang tinggi pada toraksnya, dan tekanan ini akan hilang dengan tiba-tiba setelah bayi lahir. Proses mekanisme ini menyebabkan cairan yang ada di dalam paru-paru hilang karena terdorong kebagian perifer paru untuk kemudian di absorpsi. Karena terstimulus oleh sensor kimia, suhu, serta mekanis akhirnya bayi mulai bernapas untuk pertama kali.

Tekanan intra toraks yang negative di sertai dengan aktivitas napas yang pertama memungkinkan adanya udara masuk ke dalam paru-paru. Setelah beberapa kali napas pertama, udara dari luar mulai mengisi jalan napas pada trakea dan bronkus, akhirnya semua alveolus mengembang karena terisi udara.

Fungsi alveolus dapat maksimal jika dalam paru-paru bayi terdapat sufraktan yang adekuat. Sufraktan membantu menstabilkan dinding alveolus sehingga alveols tidak kolaps saat akhir napas.

b) Sirkulasi darah

Aliran darah dari plasenta berhenti pada saat tali pusat di klem. Sebagian besar darah janin yang teroksigenasi melalui paru dan malah mengalir melalui lubang antara atrium kanan dan kiri, yang disebut foramen ovale. Darah yang kaya oksigen ini kemudian secara istimewa mengalir ke otak melalui duktus arteriosus. Karena tali pusat di klem, sistem bertekanan rendah yang ada pada unit janin-plasenta terputus. Sistem sirkulasi bayi baru lahir sekarang merupakan sistem sirkulasi tertutup, bertekanan tinggi dan berdiri sendiri (Astuti, 2015).

c) Termoregulasi

Bayi baru lahir memiliki kecenderungan menjadi cepat stres karena perubahan lingkungan dan bayi harus beradaptasi dengan suhu lingkungan yang cenderung dingin di luar. Terdapat 4 mekanisme kehilangan panas dari tubuh bayi ke lingkungan. Sesaat setelah bayi lahir, bayi berada di tempat yang suhunya lebih rendah dari dalam kandungan dan dalam keadaan basah. Jika di biarkan dalam suhu kamar 25^o C, bayi akan mengalami kehilangan panas melalui

evaporasi, konduksi, konveksi, dan radiasi sebanyak 200 kalori/kg BB/menit, yaitu sebagai berikut :

- (1) Konduksi adalah kehilangan panas tubuh melalui kontak langsung antara tubuh bayi dengan permukaan yang dingin. Contohnya: saat bayi ditimbang di timbangan yang dingin
- (2) Konveksi adalah kehilangan panas dari tubuh bayi ke udara disekitarnya yang bergerak. Contohnya: membiarkan bayi terlentang diruangan yang relative dingin.
- (3) Radiasi adalah panas dipancarkan dari bayi ke luar tubuhnya ke lingkungan yang lebih dingin. Contohnya: bayi baru lahir dibiarkan dalam keadaan telanjang
- (4) Evaporasi adalah panas yang hilang akibat penguapan karena kecepatan dan kelembapan udara. Contohnya: bayi baru lahir yang tidak dikeringkan dari cairan amnion.

Sumber termoregulasi yang yang di gunakan bayi baru lahir adalah penggunaan lemak coklat. Lemak coklat berada di daerah scapula bagian dalam, di sekitar leher, aksila, toraks, di sepanjang kolumna fetrebalis, dan sekitar ginjal. Panas yang dihasilkan dari aktivitas lipid dari lemak coklat dapat menghangatkan bayi baru lahir dengan meningkatkan produksi panas hingga 100%. Cadangan lemak coklat lebih banyak terdapat pada bayi baru lahir cukup bulan daripada bayi lahir

premature. Lemak coklat tidak dapat di produksi kembali oleh bayi baru lahir. Cadangan lemak coklat akan habis dalam waktu singkat dengan adanya stress dingin. Langkah yang bisa di lakukan untuk mencegah kehilangan panas adalah stimulasi taktil, mempertahankan suhu yang hangat bagi bayi, dan menghindari prosedur yang tidak perlu (Astuti, 2015).

d) Sistem pencernaan

Reflek menghisap dan menelan ASI sudah terbentuk pada saat persalinan. Kemampuan system pencernaan untuk mencerna protein, lemak dan karbohidrat belum efektif. Hubungan antara esophagus bawah dengan lambung belum sempurna sehingga bisa menimbulkan gumoh pada bayi apabila mendapatkan ASI terlalu banyak.

Bayi baru lahir yang tidak dapat mencerna makanan dalam jumlah yang cukup banyak, bayi akan membuat glukosa dari glikogen (glikogenesis). Hal ini terjadi jika bayi mempunyai persediaan glikogen yang cukup. Bayi yang sehat menyimpan glukosa sebagai glikogen terutama dalam hati selama berbulan-bulan terakhir dalam rahim. Bayi yang mengalami hipotermia pada saat lahir akan mengalami hipoksia. Hal ini akan mengganggu persediaan glikogen dalam jam pertama kelahiran. Oleh karena itu penting menjaga bayi agar tetap hangat. Jika semua glikogen di gunakan dalam jam pertama, otak bayi dalam keadaan beresiko. Bayi baru lahir kurang

bulan, lewat bulan, mengalami hambatan pertumbuhan dalam rahim dan gawat janin merupakan resiko utama karena simpanan energy berkurang (Astuti, 2015).

e) Perubahan berat badan

Setelah bayi lahir, berat badan bayi akan menurun karena bayi kekurangan cairan tubuh melalui defekasi, berkemih, proses pernapasan, dan melalui kulit serta jumlah asupan cairan yang sedikit. Setelah 10-14 hari pertama kelahiran bayi, berat badan akan meningkat kembali mencapai berat badan lahir. Pertumbuhan berat badan bayi yang cepat terjadi sampai bayi berusia 2 tahun, kemudian secara bertahap menjadi konstan (Astuti, 2011 dalam Tando, 2016)

f) Perubahan pada darah

- (1) Bayi baru lahir dilahirkan dengan hematokrit/hemoglobin yang tinggi. Konsentrasi hemoglobin normal memiliki rentang dari 13,7-20,0 gr/dL. Selama beberapa hari pertama kehidupan, nilai hemoglobin sedikit meningkat, sedangkan volume plasma menurun. Akibat perubahan dalam volume plasma tersebut, hematokrit, yang normalnya dalam rentang 51 hingga 56 % pada saat kelahiran, meningkat dari 3 menjadi 6 %. Hemoglobin kemudian turun perlahan, tapi terus-menerus pada 7-9 minggu pertama setelah bayi lahir. Nilai hemoglobin rata-rata untuk bayi berusia 2 bulan ialah 12,0 gr/dL. (Astuti, 2015)

(2) Sel darah merah

Sel darah merah bayi baru lahir memiliki usia yang sangat singkat (80 hari) jika dibandingkan orang dewasa (120 hari). Pergantian sel yang sangat besar ini menghasilkan lebih banyak sampah metabolic, termasuk bilirubin yang harus di metabolisme. Kadar bilirubin yang berlebihan menyebabkan ikterus fisiologis yang terlihat pada bayi baru lahir. Oleh sebab itu di temukan hitung retikulosit yang tinggi pada bayi baru lahir. Hal ini menggambarkan adanya pembentukan sel darah merah yang sangat tinggi. (Astuti, 2015)

(3) Sel darah putih

Jumlah sel darah putih rata-rata pada bayi baru lahir adalah 10.000-30.000/mm². Peningkatan jumlah sel darah putih lebih lanjut dapat terjadi pada bayi baru lahir normal selama 24 jam pertama kehidupan. Periode menangis yang lama juga dapat menimbulkan hitung sel darah putih meningkat (Astuti, 2015)

g) Perubahan pada sistem imun

Sistem imunitas bayi baru lahir masih belum matur pada setiap tingkat yang signifikan. Ketidakmaturation fungsional menyebabkan neonatus atau bayi baru lahir rentan terhadap berbagai infeksi dan alergi. System imun yang matur memberikan kekebalan alami dan kekebalan yang di dapat. Kekebalan alami terdiri atas struktur

pertahanan tubuh yang mencegah atau meminimalkan infeksi. Bayi memiliki immunoglobulin untuk meningkatkan system imunitas yang di sekresi oleh limfosit dan sel-sel plasma. Kekebalan alami juga tersedia pada tingkat sel oleh sel darah yang membantu bayi baru lahir membunuh mikroorganismen asing, tetapi sel darah ini masih belum matur, artinya bayi baru lahir mampu melokalisasi dan memerangi infeksi secara efisien. Beberapa kekebalan alami contohnya :

- (1) Perlindungan barrier yang diberikan oleh kulit dan membran mukosa
- (2) Kerja seperti saringan oleh saluran napas
- (3) Kolonisasi pada kulit dan usus oleh mikroba pelindung
- (4) Perlindungan kimia yang diberikan oleh lingkungan asam pada lambung.

Imunitas yang didapat neonatus dilahirkan dengan imunitas pasif terhadap virus dan bakteri yang pernah dihadapi ibu. Janin mendapatkan imunitas ini melalui perjalanan transplasenta dari immunoglobulin varietas IgG. Immunoglobulin lain seperti IgM dan IgA, tidak dapat melewati plasenta (Astuti, 2015)

h) Perubahan sistem gastrointestinal

Dengan kapasitas lambung yang terbatas, sangat penting untuk mengatur pola supan cairan bagi bayi dengan frekuensi sedikit tetapi

sering. Contohnya member ASI sesuai kebutuhan bayi. Usus bayi masih belum matur sehingga tidak mampu melindungi dirinya sendiri dari zat berbahaya yang masuk ke pencernaan. Di samping itu bayi baru lahir juga belum dapat mempertahankan air secara efisien di bandingkan dengan orang dewasa sehingga kondisi ini dapat menyebabkan diare yang serius pada neonatus. (Astuti,2015)

i) Perubahan sistem ginjal

Ginjal bayi baru lahir normal menunjukkan penurunan aliran darah ginjal dan penurunan kecepatan filtrasi glomerulus. Kondisi ini mudah menyebabkan retensi cairan dan intoksikasi air. Fungsi tubulus tidak matus sehingga tidak dapat menyebabkan kehilangan natrium dalam jumlah besar dan ketidak seimbangan elektrolit lain. Bayi baru lahir tidak dapat mengonsentrasikan urun dengan baik yang tercermin dari berat jenis urun 1,0004 dan osmolitas urin yang rendah .semua keterbatasan ginjal ini lebih buruk pada bayi kurang bulan (Astuti, 2015)

4. Ciri – Ciri Bayi Baru Lahir Normal

Menurut Wagiyono dan Putrono (2016) Ciri-ciri bayi baru lahir normal dan sehat sebagai berikut:

- a) Berat badan bayi normal antara 2500-4000 gram.
- b) Panjang badan antara 48-42 cm.
- c) Lingkar kepala bayi 33-35 cm.

- d) Lingkar dada 30-38 cm.
- e) Detak jantung 120-140x/menit.
- f) Frekuensi pernafasan 40-60x/menit.
- g) Rambut lanugo (bulu badan yang halus) sudah tidak terlihat.
- h) Rambut kepala sudah muncul.
- i) Warna kulit badan merah muda dan licin.
- j) Memiliki kuku yang panjang dan lemas
- k) Reflek menghisap dan menelan sudah baik ketika diberikan Inisiasi Menyusui Dini (IMD).
- l) Reflek gerak memeluk dan menggenggam sudah baik.
- m) Mekonium akan keluar dalam waktu 24 jam setelah lahir. Keluarnya mekonium menjadi indikasi bahwa fungsi pencernaan bayi sudah normal. Feses bayi berwarna hitam kehijau-hijauan dengan konsistensi likuid atau lengket seperti aspal.
- n) Genetalia pada anak laki-laki testis sudah turun, sedangkan pada anak perempuan labia mayora (bibu yang menutupi kemaluan) sudah melindungi labia minora. (Wagiyo dan Putrono, 2016)

5. Adaptasi Bayi Baru Lahir

Adaptasi bayi baru lahir terhadap kehidupan diluar uterus, adalah :

- a) Penyesuaian sistem pernafasan

Penyesuaian yang paling kritis dan segera terjadi yang dialami bayi baru lahir adalah sistem pernafasan. Udara harus diganti oleh cairan

yang mengisi saluran pernapasan sampai alveoli. (Shofa Ilmiah, 2015 h. 244)

b) Penyesuaian sistem kardiovaskuler

Sistem sirkulasi jantung mulai berdenyut pada minggu ketiga kehamilan. Selama kehidupan janin, jantung mendistribusikan oksigen dan zat nutrisi yang disuplai melalui plasenta. (Shofa Ilmiah, 2015 h. 244)

Setelah bayi lahir, sistem kardiovaskular mengalami perubahan yang mencolok, dimana foramen ovale, duktus arteriosus, dan duktus venosus menutup. Arteri umbilikal, vena umbilikal, dan arteri hepatis ligamen. Nafas pertama yang dilakukan bayi baru lahir membuat paru-paru berkembang dan menurunkan resistensi vaskular pulmoner, sehingga darah paru mengalir. (Wagiyo dan Putrono, 2016 h. 412)

c) Penyesuaian suhu tubuh

Segara setelah bayi lahir, bayi akan berada ditempat yang suhu lingkungannya lebih rendah dari lingkungan dalam rahim. Suhu tubuh neonatus yang normal yaitu sekitar 36,5°C sampai 37°C. Bila bayi dibiarkan dalam suhu kamar (25°C) maka bayi akan kehilangan panas melalui evaporasi (penguapan), konveksi dan radiasi sebanyak 200 kalori/kg/BB/menit, sedangkan bentuk panas yang dapat di produksi hanya per sepuluh dari jumlah kehilangan panas diatas, dalam waktu

yang bersamaan. (Bonak dan Jensen, 2004 : 376 dalam Wagiyono dan Putrono, 2016 h. 415)

d) Penyesuaian Gastro Intestinal

Sebelum lahir, janin cukup menghisap dan menelan air ketuban. Refleksi gumoh dan batuk yang matang sudah terbentuk dengan baik pada saat lahir. (Shofa Ilmiah, 2015 h. 245)

Pada saat bayi lahir, didalam saluran cernanya tidak terdapat bakteri. Setelah lahir, orifisum oral dan orifisum anal memungkinkan bakteri dan udara sehingga bising usus dapat kita dengarkan satu jam setelah lahir. Kapasitas lambung bayi bervariasi dari 30-90 ml sangat tergantung pada ukuran bayi. (Wagiyono dan Putrono, 2016 g. 416)

e) Penyesuaian sistem kekebalan tubuh

Pada masa awal kehidupan janin, sel-sel yang menyuplai imunitas sudah mulai berkembang. Namun sel-sel ini tidak aktif selama beberapa bulan. Bayi baru lahir dilindungi oleh kekebalan pasif yang diterima dari ibunya. Namun bayi sangat rentan terhadap mikroorganisme, oleh karena itu bayi rentan terkena infeksi. (Shofa Ilmiah, 2015 h. 245)

f) Sistem Hematopoiesis

Volume darah bayi baru lahir bervariasi dari 80-110 mg/kg. Nilai rata-rata hemoglobin dan sel darah merah lebih tinggi dari nilai normal orang dewasa. Hemoglobin bayi baru lahir berkisar antara 14,5-22,5

gr/dl, hematokrit bervariasi dari 44% sampai 72% dan SDM berkisar antara 5-7,5 juta/mm³. Leukosit janin dengan nilai hitung sel berkisar antara 18.000/mm³. (Bobak dan Jensen, 2004 : 365 dalam Wagiyono dan Putrono, 2016 h. 414)

g) Traktus Urinarius

Pada bulan ke-4 kehidupan janin, ginjal terbentuk didalam rahim, urine sudah terbentuk dan diekskresikan ke dalam cairan amnion. Pada kehamilan cukup bulan, ginjal menempati sebagian besar dinding abdomen posterior, fungsi ginjal sudah sama dengan fungsi ginjal pada orang dewasa sehingga pada saat lahir didalam kandung kemih bayi terisi sedikit urine sehingga kemungkinan bayi baru lahir tidak akan iksi sampai dalam waktu 12 jam sampai 24 jam. (Bobak dan Jensen, 2004 dalam Wagiyono dan Putrono, 2016 h. 417)

h) Sistem Reproduksi

Saat lahir ovarium bayi wanita berisi beribu-ribu sel germinal primitif yang akan berkurang sekitar 90% sejak bayi baru lahir sampai dewasa. Genitalia eksterna biasanya edematosa disertai hiperpigmentasi. Pada bayi prematur, klitoris menonjol, dan labia mayora kecil dan terbuka. Testis turun kedalam skrotum pada 90% bayi baru lahir laki-laki. Prepusium yang ketat sering kali dijumpai pada bayi baru lahir. Muara uretra dapat tertutup prepusium dan tidak dapat ditarik kebelakang selama 3-4 tahun. (Wagiyono dan Putrono, 2016 h. 421)

6. Asuhan Segera Bayi Baru Lahir

Adalah asuhan yang diberikan pada bayi baru lahir selama satu jam pertama setelah kelahiran. (Shofa Ilmiah, 2015 h. 245) Asuhan segera bayi baru lahir menurut Shofa Ilmiah (2015), yaitu :

a) Mempertahankan suhu tubuh bayi

Pada waktu baru lahir, bayi belum mampu mengatur suhu tetap suhunya badannya dan membutuhkan pengaturan dari luar untuk membuatnya tetap hangat.

b) Membersihkan jalan nafas

Bayi normal akan menangis spontan segera setelah lahir. Apabila tidak langsung menangis, penolong segera melakukan resusitasi

c) Memotong dan Merawat Tali Pusat

Sebelum memotong tali pusat, dipastikan bahwa tali pusat telah diklem dengan baik untuk mencegah terjadinya perdarahan. Alat pengikat tali pusat atau klem dan gunting steril harus selalu siap tersedia di ambulans, di kamar bersalin, ruang penerima bayi, dan ruang perawatan bayi. Tali pusat dipotong 3 cm dari dinding perut bayi. Luka tali at dibalut kasa steril. Pembalut tersebut diganti setiap hari atau setiap tali basah atau kotor

d) Memberi Vitamin K

Kejadian perdarahan karena defisiensi vitamin K pada bayi baru lahir dilaporkan cukup tinggi, berkisar antara 0,25- 0,5%. Untuk mencegah

terjadinya perdarahan tersebut, diberi vitamin K parental dengan dosis 0,5-1 mg secara IM

e) Memberi obat tetes atau salep mata

Didaerah di mana prevalensi gonorrhoe tinggi, setiap bayi baru lahir perlu diberi salep mata sesudah lima jam bayi lahir. Pemberian obat mata chloramphenicol 0,5% dianjurkan untuk pencegahan penyakit mata karena klamidia (penyakit menular seksual)

f) Pemantauan bayi lahir

Tujuan pemantauan bayi baru lahir adalah untuk mengetahui aktivitas bayi normal atau tidak dan identifikasi masalah kesehatan bayi baru lahir yang memerlukan perhatian keluarga dan penolong persalinan serta tindak lanjut petugas kesehatan.

7. Pemeriksaan Fisik Pada Bayi Baru Lahir (BBL)

Adalah sebuah proses dari seorang ahli medis memeriksa tubuh pasien untuk menemukan tanda klinis penyakit. Hasil pemeriksaan akan dicatat dalam rekam medis. (Wagiyo dan Putrono, 2016 h. 427)

Tujuan dari pemeriksaan fisik menurut Wagiyo dan Putrono (2016), adalah:

- a) Menentukan status kesehatan
- b) Mengidentifikasi masalah
- c) Mengambil data dasar untuk menentukan rencana tindakan

d) Untuk mengenal dan menemukan kelainan yang perlu mendapat tindakan segera

e) Untuk menentukan data objektif dari riwayat keperawatan klien.

Prosedur pelaksanaan pemeriksaan fisik menurut Wagiyono dan Putrono (2016), adalah :

a) Tanda-tanda vital

Suhu axila 36,5 C-37 C, suhu stabil setelah 8-10 jam kelahiran, frekuensi jantung 120-140 denyut/menit, pernafasa bayi baru lahir rata-rata 30-60 kali/menit dengan tekanan darah 78/42 mmHg.

b) Pengukuran Umum

Berat badan lahir 2500-4000 gram, panjang badan dari kepala sampai tumit 45-55 cm, lingkar kepala diukur pada bagian yang terbesar yaitu oksipito-frontalis 33-35 cm, lingkar dada mengukur pada garis buah dada, sekitar 30-33 cm, lingkar abdomen mengukur di bawah umbilikalis, ukuran sama dengan lingkaran dada.

c) Dilanjutkan pemeriksaan secara head to toe dari kepala, wajah, mata, hidung, mulut, telinga, leher, dada, paru, jantung, abdomen, ekstermitas atas, ekstermitas bawah, spinal, genitalia, anus dan rektum, kulit.

d) Reflex

(1) Refleksi mencari puting (rooting)

(2) Refleksi menghisap (sucking)

- (3) Refleks menggenggam
- (4) Refleks moro
- (5) Refleks leher asimetrik tonik
- (6) Refleks melangkah
- (7) Kunjungan Neonatus

Dalam Buku Kesehatan Ibu dan Anak pelaksanaan kesehatan bayi baru lahir oleh bidan dilaksanakan minimal 3 kali, yaitu :

- (1) Pertama pada 6 jam – 48 jam setelah lahir

Asuhan yang diberikan adalah menjaga kehangatan tubuh bayi, memberikan ASI eksklusif, pencegahan infeksi, perawatan mata, perawatan tali pusat, injeksi vitamin K1, dan imunisasi HB0.

- (2) Kedua pada hari ke 3 – 7 setelah lahir

Asuhan yang diberikan adalah menjaga kehangatan tubuh bayi, memberikan ASI eksklusif, memandikan bayi, perawatan tali pusat, dan imunisasi.

- (3) Ketiga pada hari ke 8 – 28 setelah lahir

Asuhan yang diberikan kepada bayi adalah memeriksa tanda bahaya dan gejala sakit, menjaga kehangatan tubuh bayi, memberikan ASI eksklusif, dan imunisasi.

Pelayanan kesehatan diberikan oleh dokter/bidan/perawat, dapat dilaksanakan di puskesmas atau melalui kunjungan rumah. Pelayanan yang diberikan mengacu pada pedoman Manajemen Terpadu Balita Sakit

(MTBS) pada algoritma bayi muda (Manajemen Terpadu Bayi Muda/MTBM) termasuk ASI eksklusif, pencegahan infeksi berupa perawatan mata, perawatan talipusat, penyuntikan vitamin K1 dan imunisasi HB-0 diberikan pada saat kunjungan rumah sampai bayi berumur 7 hari (bila tidak diberikan pada saat lahir)

8. Inisiasi Menyusu Dini

Menurut Nurasiah (2014) Inisiasi Menyusu Dini adalah proses membiarkan bayi menyusu sendiri segera setelah lahir. Inisiasi Menyusu Dini merupakan program yang sedang dianjurkan pemerintah, menyusu dan bukan menyusui merupakan gambaran bahwa IMD buka program ibu menyusui bayi tetapi bayi yang harus aktif menemukan sendiri puting susu ibu. IMD harus dilakukan saat lahir, tanpa boleh ditunda dengan kegiatan menimbang atau mengukur bayi. Bayi juga tidak boleh dibersihkan, hanya dikeringkan kecuali tangannya.

a) Proses Inisiasi Menyusu Dini

- (1) Sesaat setelah lahiran sehabis ari-ari dipotong, bayi langsung diletakkan didada ibu tanpa membersihkan si bayi kecuali tangannya, kulit bertemu kulit.
- (2) Setelah si bayi merasa tenang, maka secara otomatis kaki bayi akan mulai bergerak-gerak seperti hendak merangkak.

- (3) Setelah melakukan gerakan kaki tersebut, bayi akan melanjutkan dengan mencium tangannya, ternyata bau tangan bayi sama dengan bau air ketuban.
- (4) Setelah itu bayi akan mulai meremas-remas puting susu ibu.
- (5) Terakhir bayi itu mulai menyusu.

b) Manfaat Inisiasi Menyusu Dini

Untuk Bayi

- (1) Mempertahankan suhu tubuh bayi.
- (2) Menegangkan ibu dan bayi serta meregulasi pernapasan dan detak jantung.
- (3) Kolonasi bakterial dikulit dan usus bayi dengan bakteri badan ibu yang normal.
- (4) Memungkinkan bayi untuk menemukan sendiri payudara ibu untuk mulai menyusu.
- (5) Mengurangi bayi menangis sehingga mengurangi stress dan tenaga yang dipakai bayi.
- (6) Bayi akan terlatih motoriknya saat menyusu, sehingga mengurangi kesulitan menyusu.

Untuk Ibu

- (1) Meningkatkan hubungan khusus ibu dan bayi.
- (2) Merangsang kontraksi otot rahim sehingga mengurangi resiko perdarahan sesudah melahirkan.

- (3) Memperbesar peluang ibu untuk memantapkan dan melanjutkan kegiatan menyusui bayi.
 - (4) Mengurangi stress ibu setelah melahirkan.
- c) Tanda Bahaya pada Bayi Baru Lahir

Dalam Buku Kesehatan Ibu dan Anak (2015) Tanda bahaya pada bayi baru lahir, antara lain:

- (1) Tidak mau menyusui.
- (2) Kejang-kejang.
- (3) Lemah.
- (4) Sesak napas (lebih dari 60x/menit), terdapat tarikan dinding dada bagian bawah ke dalam.
- (5) Bayi merintih atau menangis terus menerus.
- (6) Tali pusat kemerahan sampai dinding perut, berbau atau bernanah.
- (7) Demam atau panas tinggi.
- (8) Mata bayi bernanah.
- (9) Diare atau buang air besar cair lebih dari 3 kali sehari.
- (10) Kulit dan mata bayi kuning
- (11) Tinja bayi saat buang air besar berwarna pucat

E. Konsep Dasar KB (Keluarga Berencana)

1. Definisi KB

Keluarga berencana merupakan usaha suami-istri untuk mengukur jumlah dan jarak anak yang diinginkan. Usaha yang dimaksud termasuk kontrasepsi atau pencegahan kehamilan dan perencanaan keluarga. Prinsip dasar metode kontrasepsi adalah mencegah sperma laki-laki mencapai dan membuahi telur wanita (fertilisasi) atau mencegah telur yang sudah dibuahi untuk berimplantasi (melekat) dan berkembang di dalam rahim (Purwoastuti, 2015).

Jadi, dapat disimpulkan bahwa Keluarga Berencana merupakan usaha untuk mengukur jumlah anak dan jarak kelahiran anak yang diinginkan. Maka dari itu, pemerintah mencanangkan program atau cara untuk mencegah dan menunda kehamilan.

2. Tujuan Keluarga Berencana

Pelayanan kontrasepsi mempunyai dua tujuan, yaitu tujuan umum dan tujuan khusus. Tujuan umum yaitu meningkatkan kesejahteraan ibu dan anak dalam rangka mewujudkan NKKBS (Norma Keluarga Kecil Bahagia Sejahtera) yang menjadi dasar terwujudnya masyarakat yang sejahtera dengan mengendalikan kelahiran sekaligus menjamin terkendalinya pertumbuhan penduduk. Tujuan khusus yaitu meningkatkan penggunaan alat kontrasepsi dan kesehatan keluarga berencana dengan cara pengaturan jarak kehamilan (Purwoastuti, 2015).

3. Jenis Kontrasepsi

a) KB Alamiah

(1) Metode Kalender

Merupakan salah satu cara/metode kontrasepsi sederhana yang dapat dikerjakan sendiri oleh pasangan suami istri dengan tidak melakukan senggama pada masa subur yang biasanya 12-16 hari sebelum hari pertama masa menstruasi berikutnya. (Setiyaningrum, 2015 h. 27)

Metode kalender atau pantang berkala adalah tidak melakukan senggama pada masa subur seorang wanita, yaitu sekitar waktu kejadiannya ovulasi. (Yuli Aspiani, 2017 h. 645)

Teknik metode kalender (dalam Setiyaningrum, 2015) adalah dengan mengurangi 18 hari dari siklus haid terpendek untuk menentukan awal dari masa suburnya dan mengurangi 11 hari dari siklus haid terpanjang untuk menentukan akhir masa suburnya.

Keuntungan dari metode kalender menurut Setiyaningrum (2015), diantaranya :

- (a) Dalam kendali wanita
- (b) Meningkatkan pengetahuan wanita
- (c) Dapat dipadukan dengan metode yang lain

Kerugian metode kalender, yaitu :

- (a) Tidak dapat diandalkan karena tidak memperhitungkan siklus yang tidak teratur
- (b) Stress, penyakit, dan perjalanan dapat mempengaruhi siklus menstruasi
- (c) Membutuhkan catatan siklus menstruasi selama 6- 12 bulan sebelum digunakan.

Efektifitas metode kalender yaitu angka kegagalan mencapai 14,4-47 kehamilan pada 100 wanita pertahun. (Setiyaningrum, 2015)

(2) Metode Suhu Basal

Suhu basal adalah suhu terendah yang dicapai oleh tubuh selama istirahat atau dalam keadaan istirahat (tidur). Metode suhu basal dilakukan dengan wanita mengukur suhu tubuhnya setiap hari dilakukan setiap pagi segera setelah bangun tidur untuk mengetahui suhu tubuh dasarnya. Setelah ovulasi suhu basal akan naik sebesar $0,2^{\circ}\text{C} - 0,4^{\circ}\text{C}$ dan menetap sampai masa ovulasi berikutnya. Hal ini terjadi karena setelah ovulasi hormon progesterone disekresi oleh korpus luteum yang menyebabkan suhu (Setiyaningrum, 2015 h. 29)

Keuntungan metode suhu basal menurut Setiyaningrum (2015), diantaranya :

- (a) Meningkatkan pengetahuan dan kesadaran pasangan terhadap masa subur.
- (b) Membantu wanita yang mengalami siklus tidak teratur dengan cara mendeteksi ovulasi.
- (c) Dapat membantu menunjukkan perubahan tubuh lain seperti lendir serviks.
- (d) Berada dalam kendali wanita.
- (e) Dapat digunakan mencegah atau meningkatkan kehamilan. tubuh basal wanita naik. (Setiyaningrum, 2015 h. 29)

Kerugian dari metode suhu basal menurut Setiyaningrum (2015), ialah :

- (i) Membutuhkan motivasi
- (ii) Perlu diajarkan oleh spesialis keluarga berencana alami.
- (iii) Suhu tubuh basal dipengaruhi oleh penyakit, gangguan tidur, stress, alkohol dan obat-obatan, misalnya aspirin.
- (iv) Apabila suhu tubuh tidak diukur pada sekitar waktu yang sama setiap hari akan menyebabkan ketidakakuratan suhu tubuh basal.

(v) Tidak mendeteksi permulaan masa subur sehingga mempersulit untuk mencapai kehamilan.

(vi) Membutuhkan masa pantang yang lama, karena ini hanyalah mendeteksi pasca ovulasi.

(3) Metode Lendir Serviks (Setiyaningrum, 2015; h. 32)

Lendir serviks dapat diamati seorang wanita setiap harinya, pada saat setelah menstruasi lendir serviks itu sangat sedikit bisa dikatakan masa “kering”. Dimana saat itu estrogen dan progesteron sangat rendah, dan lendir yang sangat lengket dan bila di rentangkan dua jari akan putus.

Ketika ovum mulai matang, jumlah estrogen yang dihasilkan meningkat, hal ini menyebabkan peningkatan lendir serviks yang bersifat banyak, tipis, seperti air (jernih) dan viskositas rendah, elastisitas besar, bila dikeingkan terjadi bentuk seperti daun pakis, gambarannya seperti putih telur mentah, disebut sebagai lendir masa subur.

Efektivitas dari metode lendir serviks yaitu angka kegagalan 0,4-39,7 kehamilan pada 100 wanita pertahun.

Beberapa keuntungan dari metode serviks, yaitu :

- (a) Dalam kendali wanita
- (b) Meningkatkan kesadaran terhadap perubahan dalam tubuh

- (c) Memperkirakan lendir yang subur sehingga memungkinkan kehamilan

Sedangkan kerugian dari metode ini, diantaranya :

- (a) Membutuhkan komitmen
 - (b) Perlu diajari seorang yang ahli dibidang keluarga berencana alamiah
 - (c) Membutuhkan 2-3 siklus untuk mempelajari metode
 - (d) Infeksi vagina menyulitkan identifikasi lendir yang subur.
 - (e) Beberapa obat flu menghambat pengeluaran lendir
- (4) Metode Simto Ternal (Setiyaningrum, 2015)

Merupakan kombinasi antara bermacam metode KB alamiah untuk menentukan masa subur/ovulasi. Efektivitas dari metode ini yaitu angka kegagalan 4,9- 34,4 kehamilan paa 100 wanita pertahun.

- (5) MAL (Setiyaningrum, 2015)

Metode Amenore Laktasi (MAL) merupakan alat kontrasepsi yang mengandalkan pemberian air susu ibu (ASI).

Syarat metode MAL yaitu bayi harus berusia kurang dari 6 bulan, wanita tersebut tidak mengalami perdarahan vaginal setelah 56 hari postpartum, dan menyusui harus menjadi sumber nutrisi eksklusif untuk bayinya.

Kadar prolaktin yang tinggi menyebabkan ovarium menjadi kurang sensitif terhadap perangsangan gonadotropin yang memang sudah rendah, dengan akibat timbulnya inaktivasi ovarium, kadar estrogen yang rendah dan anovulasi.

Efektivitas : jika seorang ibu memberikan ASI kepada bayinya sesuai dengan kriteria MAL, maka kemungkinan untuk ibu hamil dalam 6 bulan pertama setelah melahirkan hanya kurang dari 2%.

Keuntungan kontrasepsi MAL diantaranya :

- (a) Efektivitas tinggi
- (b) Tidak mengganggu senggama
- (c) Tidak ada efek samping secara sistemik
- (d) Tidak perlu pengawasan medik
- (e) Tidak perlu obat atau alat
- (f) Mendapat kekebalan pasif
- (g) Sumber asupan gizi yang terbaik dan sempurna untuk tumbuh kembang bayi yang optimal.
- (h) Terhindar dari keterpaparan terhadap kontaminasi dari air, susu lain formula, atau alat minum yang dipakai
- (i) Mengurangi perdarahan pasca persalinan
- (j) Mengurangi risiko anemia
- (k) Meningkatkan hubungan psikologik ibu dan bayi

Keterbatasan dari metode MAL :

- (a) Perlu persiapan sejak perawatan kehamilan agar segera menyusui dalam 30 menit pascapersalinan.
- (b) Mungkin sulit dilaksanakan karena kondisi social
- (c) Efektivitas tinggi hanya sampai kembalinya haid atau sampai dengan 6 bulan.
- (d) Tidak melindungi terhadap infeksi menular seksual (IMS) termasuk HbV dan HIV

(6) Senggama Terputus (Coitus Ineruptus)

Senggama dijalankan sebagaimana biasa tetapi pada puncak senggama alat kelamin pria (zakar) dikeluarkan dari vagina, sehingga mani keluar dari luar vagina. Namun sebenarnya cara ini tidak dapat diandalkan sepenuhnya karena :

- (a) Memerlukan penguasaan diri yang kuat
- (b) Kemungkinan ada sedikit cairan yang mengandung spermatozoa tertumpah dari zakar dan masuk ke dalam vagina sehingga dapat terjadi kehamilan, meskipun sudah dilakukan pencabutan sebelum mani menyemprot. (Yuli Aspiani, 2017 h. 644-645)

b) KB dengan Alat

(1) Kondom (Setiyaningrum, 2015 h. 42-44)

Merupakan selubung/sarung karet yang terbuat dari berbagai bahan diantaranya lateks (karet), plastik atau bahan

alami (produksi hewani) yang dipasang pada penis saat berhubungan.

Keuntungan dari kondom :

- (a) Efektif bila pemakaian benar
- (b) Tidak mengganggu produksi ASI
- (c) Tidak mengganggu kesehatan klien
- (d) Murah dan tersedia di berbagai tempat
- (e) Tidak memerlukan resep dan pemeriksaan khusus
- (f) Metode kontrasepsi sementara

Keterbatasan dari kondom :

- (a) Efektivitas tidak terlalu tinggi
- (b) Tingkat efektivitas tergantung pada pemakaian kondom yang benar
- (c) Adanya pengurangan sensitivitas pada penis
- (d) Harus selalu tersedia setiap kali berhubungan seksual
- (e) Perasaan malu membeli di tempat umum
- (f) Masalah pembuangan kondom bekas pakai

Adapun keterbatasan dari metode kontrasepsi ini, yaitu :

- (a) Efektivitas kurang (3-21 kehamilan per 100 perempuan per tahun pertama)
- (b) Efektivitas sebagai kontrasepsi tergantung pada kepatuhan mengikuti cara penggunaan

- (c) Ketergantungan penggunaan dari motivasi berkelanjutan dengan memakai setiap melakukan hubungan seksual.
- (d) Pengguna harus menunggu 10-15 menit setelah aplikasi sebelum melakukan hubungan seksual
- (e) Efektivitas aplikasi hanya 1-2 jam

(2) Diafragma (Setyaningrum, 2015 h. 48-50)

Adalah kap berbentuk bulat, cembung, terbuat dari lateks (karet) yang dimasukkan ke dalam vagina sebelum koitus dan menutupi serviks.

Manfaat kontrasepsi ini, diantaranya :

- (a) Efektif bila digunakan dengan benar
- (b) Tidak mengganggu produksi ASI
- (c) Tidak mengganggu hubungan seksual karena telah dipersiapkan sebelumnya.
- (d) Tidak mengganggu kesehatan klien
- (e) Tidak mempunyai pengaruh sistemik

c) Kimiawi

(1) Spermisida (Setyaningrum, 2015 h. 53-54)

Adalah bahan kimia yang digunakan untuk membunuh sperma.

Manfaat kontrasepsi ini, adalah :

- (a) Efektif seketika
- (b) Tidak mengganggu produksi ASI

- (c) Bisa digunakan sebagai pendukung metode yang lain.
- (d) Tidak mengganggu kesehatan klien
- (e) Tidak mempunyai pengaruh sistemik
- (f) Mudah digunakan
- (g) Meningkatkan lubrikasi selama hubungan seksual

Adapun keterbatasan dari metode kontrasepsi ini, yaitu :

- (a) Efektivitas kurang (3-21 kehamilan per 100 perempuan per tahun pertama)
 - (b) Efektivitas sebagai kontrasepsi tergantung pada kepatuhan mengikuti cara penggunaan
 - (c) Ketergantungan penggunaan dari motivasi berkelanjutan dengan memakai setiap melakukan hubungan seksual.
 - (d) Pengguna harus menunggu 10-15 menit setelah aplikasi sebelum melakukan hubungan seksual
 - (e) Efektivitas aplikasi hanya 1-2 jam
- d) Kontrasepsi Darurat (Setiyaningrum, 2015)

Adalah kontrasepsi yang dapat mencegah kehamilan bila digunakan setelah hubungan seksual.

Bila tidak mendapatka haid pada bulan berikutnya setelah pemakaian kontrasepsi darurat, sebaiknya curiga terjadi kehamilan dan segera ke dokter untuk membuktikannya. Walaupun angka keberhasilan kontrasepsi darurat dalam mencegah kehamilan tinggi,

sangatlah tidak dianjurkan untuk memakai kontrasepsi ini jangka waktu yang lama. Bila menginginkan hubungan seksual yang aman, maka pilihan terbaik adalah penggunaan metode kontrasepsi lainnya yang sudah tersedia saat ini.

Cara kerja dari kontrasepsi darurat ini, yaitu merubah endometrium sehingga tidak memungkinkan implantasi hasil pembuahan, mencegah ovulasi/menunda ovulasi, dan mengganggu pergerakan saluran telur (tuba fallopi).

Cara pemberian kontrasepsi darurat :

- (1) Pil kombinasi : 2x4 tablet dalam waktu 3 hari pasca senggama, (dosis pertama 1x4 tablet diulang 1x4 tablet 12 jam kemudian setelah dosis pertama)
- (2) Pil progestin : 2x1 tablet dalam waktu 3 hari pasca senggama, (dosis pertama 1 tablet, diulang 1 tablet kedua 12 jam sesudah tablet pertama)
- (3) Pil estrogen : 2x10 mg dalam waktu 3 hari pasca senggama selama 5 hari
- (4) Mifepristone : 1x600 mg dalam waktu 3 hari pasca senggama.
- (5) Pil danazol : 2x4 tablet dalam waktu 3 hari pasca senggama, (dosis pertama 1x4 tablet 12 jam kemudian setelah dosis pertama)

e) Kontrasepsi Hormonal

(1) Oral Kontrasepsi

Menurut Syahlan (1996) dalam Yuli Aspiani (2017), pil KB adalah pil yang berisikan hormon estrogen dan atau hormon progesteron yang dimakan wanita secara teratur untuk mencegah kehamilan. Menurut Herti (2007) dalam Yuli Aspiani (2017), terdapat 3 jenis pil KB, yaitu :

(a) Pill Gabungan atau Kombinasi

Tiap pil mengandung dua hormon sintesis, yaitu hormon estrogen dan progestin. Pil gabungan mengambil manfaat dari cara kerja kedua hormon yang mencegah kehamilan, dan hampir 100% efektif bila diminum secara teratur.

(b) Pill berturutan

Dalam bungkusan pil-pil ini, hanya estrogen yang disediakan selama 14-15 hari pertama dari siklus menstruasi, diikuti oleh 5-6 hari pil gabungan antara estrogen dan progestin pada sisa siklusnya. Kelainan minum 1 atau 2 pil berturutan pada awal siklus akan dapat mengakibatkan terjadinya pelepasan telur sehingga terjadi kehamilan.

(c) Pill khusus

Pil ini mengandung dosis kecil bahan progestin sintesis dan memiliki sifat pencegaha kehamilan, terutama dengan mengubah mukosa dari leher rahim (merubah sekresi pada leher rahim) sehingga mempersulit pengangkutan sperma. Pil KB sangat efektif dengan efektivitas mencapai 98,5%. (Setyaningrum, 2015 h. 68). Beberapa keuntungan dari pil KB menurut (Setyaningrum, 2015), adalah :

- (i) Sangat efektif bila digunakan secara benar
- (ii) Tidak mengganggu hubungan seksual
- (iii) Tidak mempengaruhi ASI
- (iv) Kesuburan cepat kembali
- (v) Nyaman dan mudah digunakan
- (vi) Sedikit efek samping
- (vii) Dapat dihentikan setiap saat
- (viii) Tidak mengandung estrogen

Keterbatasan dari pil KB menurut Setyaningrum (2015) :

- (i) Hampir 30-60% mengalami gangguan haid (perdarahan sela, spotting, amenorea)
- (ii) Peningkatan atau penurunan berat badan
- (iii) Harus digunakan setiap hari dan pada waktu yang sama

- (iv) Bila lupa satu pil saja, kegagalan menjadi lebih besar
- (v) Payudara menjadi tegang, mual, pusing, dermatitis, atau jerawat
- (vi) Resiko kehamilan ektopik cukup tinggi (4 dari 100 kehamilan)
- (vii) Tidak melindungi diri dari infeksi menular seksual atau HIV/AIDS

(2) Suntikan / Injeksi (Yuli Aspiani, 2017)

Suntik KB mengandung hormon progesteron, tidak mengandung estrogen. Cara kerja dari suntik KB yaitu menghalangi terjadinya ovulasi, menipiskan endometrium sehingga tidak terjadi nidasi, dan memekatkan lendir serviks sehingga menghambat perjalanan spermatozoa melalui kanalis servikalis.

Jenis dari kontrasepsi suntikan yang beredar di Indonesia ada 2 macam, yaitu DMPA (Depo Medroxis Progesteron Asetat) yang lazim disebut Depo Provera dan net oen (noretisteron) yang lazim disebut Noristerat. Depo Provera sebagai kontrasepsi suntikan diberikan dosis 150 mg/3 cc, sedangkan noristerat dengan dosis 200 mg/cc.

Waktu pemberian yaitu pasca persalinan sampai 40 hari, pasca keguguran sampai 7 hari, dan interval dengan anak hidup minimal satu, sebelum hari kelima haid.

Efek samping dari suntik KB yaitu gangguan haid, pusing sakit kepala, mual, muntah, rambut rontok, jerawat, kenaikan berat badan, penurunan libido, alergi, dan hiperpigmentasi.

Keuntungan dari suntik KB diantaranya yaitu : sangat efektif, angka kegagalannya kurang dari 1%, kemungkinan salah dan lupa memakainya tidak ada, dapat diberikan pada ibu yang menyusukan karena tidak mengurangi produksi ASI, dan diberikan setiap 12 minggu sekali.

(3) Implant / Susuk

Adalah alat kontrasepsi bagi wanita yang atau 6 kapsul berukuran kira-kira 3 cm berisi zat levonorgestrel. (Hartono, 2003 dalam Yuli Aspiani 2017 h. 654)

Cara kerja dari kontrasepsi implant adalah lendir serviks menjadi kental, mengganggu proses pembentukan endometrium sehingga sulit terjadi implantasi, mengurangi transportasi sperma, dan menekan ovulasi. (Setyaningrum, 2015 h. 73)

Efektivitas dari kontrasepsi implan sangat efektif dengan angka kegagalan 0,2-1 kehamilan per 100 perempuan. (Setyaningrum, 2015 h. 73)

Menurut Setyaningrum (2015), kontrasepsi implan memiliki beberapa keuntungan, diantaranya :

- (i) Daya guna tinggi
- (ii) Perlindungan jangka Panjang
- (iii) Pengembalian tingkat kesuburan yang cepat setelah pencabutan
- (iv) Tidak memerlukan pemeriksaan dalam
- (v) Bebas dari pengaruh estrogen
- (vi) Tidak mengganggu kegiatan senggama
- (vii) Tidak mengganggu ASI
- (viii) Dapat dicabut setiap saat sesuai dengan kebutuhan

Keterbatasan dari kontrasepsi implan yaitu pada kebanyakan klien dapat menyebabkan pola haid berupa perdarahan berupa bercak, hipermenorea, atau meningkat nya jumlah darah haid, serta amenorea

f) IUD / AKDR

Suatu alat kontrasepsi yang dimasukkan ke dalam rahim yang bertujuan untuk mencegah terjadinya kehamilan. (Prawiroharjo, 1999 dalam Yuli Aspiani, 2017 h. 651). Cara kerja IUD menurut Saifuddin (2003) dalam Yuli Aspiani (2017), diantaranya :

- (1) Menghambat kemampuan sperma untuk masuk ke tuba fallopi

- (2) Mempengaruhi fertilisasi sebelum ovum mencapai kavum uteri
- (3) IUD bekerja terutama mencegah sperma dan ovum bertemu, walaupun IUD membuat sperma sulit masuk ke dalam alat reproduksi perempuan dan mengurangi kemampuan sperma untuk fertilisasi
- (4) Memungkinkan untuk mencegah implantasi telur dalam uterus

Keuntungan dari IUD menurut Yuli Aspiani (2017), yaitu

- (a) Sebagai kontrasepsi mempunyai efektivitas yang tinggi, dimana menurut BKKBN hanya terdapat 1 kegagalan dalam 125-170 kehamilan.
- (b) IUD dapat efektif segera setelah pemasangan
- (c) Metode jangka Panjang
- (d) Sangat efektif karena tidak perlu mengingat-ingat
- (e) Tidak mempengaruhi hubungan seksual
- (f) Meningkatkan kenyamanan seksual karena tidak perlu takut hamil
- (g) Tidak ada efek samping hormonal
- (h) Tidak mempengaruhi kualitas dan volume ASI
- (i) Dapat dipasang segera setelah melahirkan atau sesudah abortus apabila tidak terjadi infeksi

- (j) Dapat digunakan sampai menopause
- (k) Tidak ada interaksi dengan obat-obatan
- (l) Membantu mencegah kehamilan ektopik

Kerugian dari IUD/AKDR menurut Saifuddin (2003) dalam Yuli Aspiani (2017), diantaranya :

- (a) Tidak mencegah IMS termasuk HIV/AIDS
 - (b) Tidak baik digunakan pada perempuan dengan IMS atau perempuan yang sering berganti pasangan
 - (c) Penyakit radang panggul terjadi sesudah perempuan dengan IS memakai IUD dan dapat memicu infertilitas
 - (d) Sedikit nyeri dan perdarahan (spotting) terjadi segera setelah pemasangan IUD. Biasanya menghilang dalam 1-2 hari
 - (e) Harus memeriksa posisi benang AKDR dari waktu ke waktu.
- g) Sterilisasi
- (l) Pada Wanita (MOW)

Adalah kontrasepsi permanen wanita yang tidak menginginkan anak lagi yang bekerja menghambat sel telur wanita sehingga tidak dapat dibuahi oleh sperma. Cara kontrasepsi ini dipersiapkan melalui tindakan operasi kecil

dengan mengikat dan memotong sel tuba pada istri. (Yuli Aspiani, 2017 h. 657)

Keuntungan dari metode kontrasepsi ini adalah pemakaian atau perlindungan terhadap terjadinya kehamilan sangat tinggi, dapat digunakan seumur hidup, tidak mengganggu hubungan suami istri, tidak mengganggu produksi ASI. Kerugiannya hanya faktor resiko dan efek samping bedah. (Yuli Aspiani, 2017 h. 657)

(2) Pada Pria

Cara kontrasepsi ini dipersiapkan melalui operasi tindakan ringan dengan cara mengikat dan memotong sel sperma (vas deferens) sehingga sperma tidak dapat lewat dan air mani tidak mengandung spermatozoa, dengan demikian tidak terjadi pembuahan. Keuntungan dari vasektomi, ialah :

- i. Tidak ada mortalitas (kematian)
- ii. Morbiditas (angka kesakitan) kecil sekali
- iii. Dilakukan anestesi local, hanya kurang lebih 15 menit
- iv. Kemungkinan kegagalan tidak ada
- v. Tidak mengganggu hubungan seksual
- vi. Biaya murah
- vii. Dapat dilakukan dimana saja asal tempat bersih dan tenang

Efek samping vasektomi :

- (a) Kulit membiru atau lecet
 - (b) Pembekakan dan rasa sakit, keadaan ini merupakan hal yang ringan dan akan hilang sendiri.
 - (c) Dilakukan anestesi local, hanya kurang lebih 15 menit
- (Yuli Aspiani, 2017 h. 657)

II. TINJAUAN ASUHAN KEBIDANAN

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI nomor 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang standar asuhan kebidanan :

1) Manajemen Varney

1. Pengkajian

Langkah pertama adalah mengumpulkan data dasar yang menyeluruh untuk mengevaluasi ibu dan bayi baru lahir. Data dasar ini meliputi pengkajian riwayat, pemeriksaan fisik dan pelvik sesuai indikasi, meninjau kembali proses perkembangan keperawatan saat ini atau catatan rumah sakit terdahulu, dan meninjau kembali data hasil laboratorium dan laporan penelitian terkait secara singkat, data dasar yang diperlukan adalah semua data yang berasal dari sumber informasi yang berkaitan dengan kondisi ibu dan bayi baru lahir.

2. Interpretasi Data

Langkah kedua bermula dari data dasar : menginterpretasikan data untuk kemudian diproses menjadi masalah atau diagnosis serta kebutuhan perawatan kesehatan yang diidentifikasi khusus.

3. Identifikasi diagnosa atau masalah potensial

Mengidentifikasi masalah atau diagnosis potensial berdasarkan masalah dan diagnosis saat ini berkenaan dengan tindakan antisipasi, pencegahan jika memungkinkan, menunggu dengan waspa penuh, dan persiapan terhadap semua keadaan yang mungkin muncul.

4. Menetapkan kebutuhan terhadap tindakan segera

Langkah keempat mencerminkan sifat kesinambungan proses penatalaksanaan, yang tidak hanya dilakukan selama perawatan primer atau kunjungan pranatal periodik, tetapi juga saat bidan melakukan perawatan berkelanjutan bagi wanita tersebut.

5. Menyusun rencana asuhan yang menyeluruh

Mengembangkan sebuah rencana keperawatan yang menyeluruh ditentukan dengan mengacu pada hasil langkah sebelumnya. Langkah ini merupakan pengembangan masalah atau diagnosis yang diidentifikasi baik pada saat ini maupun yang dapat diantisipasi serta perawatan kesehatan yang dibutuhkan.

6. Melaksanakan rencana asuhan

Langkah ini dapat dilakukan secara keseluruhan oleh bidan atau dilakukan secara keseluruhan oleh bidan atau dilakukan sebagian oleh ibu atau orang tua, bidan, atau anggota tim kesehatan lain.

7. Evaluasi

Merupakan tindakan untuk memeriksa apakah rencana perawatan yang dilakukan benar-benar telah mencapai tujuan, yaitu memenuhi kebutuhan ibu, seperti yang diidentifikasi pada langkah kedua tentang masalah, diagnosis, maupun kebutuhan perawatan kesehatan.

8. Pencatatan asuhan kebidanan

Bidan melakukan pencatatan secara lengkap, akurat, singkat, dan jelas mengenai keadaan/kejadian yang ditemukan dan dilakukan dalam memberi asuhan kebidanan. (Kepmenkes No. 938 tahun 2007)

2) Standar Asuhan Kebidanan

Berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No.938 tahun 2007, standar asuhan kebidanan yaitu :

a. Standar 1 : Pengkajian

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

b. Standar 2 : Perumusan Diagnosa dan atau Masalah Kebidanan

Pernyataan standar : Bidan menganalisa data yang diperoleh pada

pengkajian, menginterpretasikannya secara akurat dan logis untuk menegakkan diagnosa dan masalah kebidanan yang tepat.

c. Standar 3 : Perencanaan

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

d. Standar 4 : Implementasi

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

e. Standar 5 : Evaluasi

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

Standar 6 : Pencatatan Asuhan Kebidanan

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

III. Aspek Hukum

1. Landasan Hukum Kewenangan Bidan

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan (Permenkes) Nomor 1464/Menkes/Per/X/2017 tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Bidan, kewenangan yang dimiliki bidan meliputi :

Pasal 18 menjelaskan dalam penyelenggaraan Praktik Kebidanan, Bidan memiliki kewenangan untuk memberikan:

- a. Pelayanan kesehatan ibu;
- b. Pelayanan kesehatan anak; dan
- c. Pelayanan kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana

Pasal 19 dijelaskan pelayanan kesehatan ibu sebagaimana meliputi pelayanan konseling pada masa sebelum hamil, masa hamil, masa persalinan, masa nifas, masa menyusui, dan masa antara dua kehamilan.

Pasal 20 dijelaskan bidan dalam memberikan pelayanan kesehatan anak sebagaimana berwenang melakukan pelayanan neonatal esensial, penanganan kegawatdaruratan, dilanjutkan dengan perujukan, pemantauan tumbuh kembang bayi, anak balita, dan anak prasekolah dan konseling dan penyuluhan.

Pasal 21 dijelaskan bidan dalam memberikan pelayanan kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana meliputi penyuluhan dan

konseling kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana , dan pelayanan kontrasepsi oral, kondom dan suntikan.

2. Wewenang bidan berdasarkan PERMENKES RI nomor 28 TAHUN 2017 tentang izin dan penyelenggaraan praktek bidan yang berisi tentang izin dan penyelenggaraan praktek bidan.

Pasal 18 menjelaskan dalam penyelenggaraan praktik kebidanan, bidan memiliki wewenang untuk memberikan pelayanan kesehatan ibu meliputi pelayanan konseling dan masa sebelum hamil, antenatal pada kehamilan normal, persalinan normal, ibu nifas normal, ibu menyusui dan konseling masa antara dua kehamilan. Pelayanan kesehatan anak meliputi pelayanan neonatal esensial, penanganan kegawatdaruratan, dilanjutkan dengan rujukan, pemantauan tumbuh kembang bayi, anak balita, anak prasekolah, dan konseling serta penyuluhan. Pelayanan kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana meliputi penyuluhan konseling kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana, dan pelayanan kontrasepsi oral, kondom, dan suntik.