

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Asuhan Kebidanan *Continuity of Care* (COC)

Continuity of care (Coc) dalam kebidanan adalah serangkaian asuhan yang berkelanjutan dan menyeluruh mulai dari kehamilan, persalinan, nifas, pelayanan bayi baru lahir serta pelayanan keluarga berencana yang menghubungkan kebutuhan kesehatan perempuan dan keadaan pribadi setiap individu (Homer et al., 2014). Hubungan pelayanan kontinuitas adalah hubungan terapeutik antara perempuan dan petugas kesehatan khususnya bidan dalam mengalokasikan pelayanan serta pengetahuan secara komprehensif. *Continuity Of Care* memiliki tiga jenis pelayanan yaitu manajemen, informasi dan hubungan. Kesenambungan manajemen melibatkan komunikasi antar perempuan dan bidan. Kesenambungan informasi menyangkut ketersediaan waktu yang relevan. Kedua hal tersebut penting untuk mengatur dan memberikan pelayanan kebidanan (Sandall, 2016). Filosofi model *continuity of care* menekankan pada kondisi alamiah yaitu membantu perempuan agar mampu melahirkan dengan intervensi minimal dan pemantauan fisik, kesehatan psikologis, spiritual dan sosial perempuan dan keluarga (McLachlan et al., 2012).

Continuity of Care yang dilakukan oleh bidan memberikan pelayanan yang sama terhadap perempuan di semua kategori (tergolong kategori tinggi maupun yang rendah) serta berdasarkan *evidence based*

perempuan yang melahirkan di bidan memiliki intervensi intrapartum yang lebih sedikit. Penggolongan klasifikasi resiko rendah pada akhir kehamilan merupakan tantangan bagi bidan untuk memberikan pelayanan secara intensif dan dukungan ketika persalinan dan nifas (Ningsih, 2017).

2.1.1 Konsep Asuhan Kebidanan Kehamilan

a. Pengertian kehamilan

Menurut WHO, kehamilan adalah suatu proses natural bagi perempuan yang dimulai dari konsepsi sampai lahirnya janin dengan rentang waktu 280 hari (40 minggu/ 9 bulan 7 hari) (Haslan, 2020). Adapun dalam Prawirohardjo (2012) kehamilan didefinisikan sebagai fertilisasi atau penyatuan dari spermatozoa dan ovum dan dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi, bila dihitung dari saat fertilisasi hingga lahirnya bayi, kehamilan normal akan berlangsung dalam waktu 40 minggu atau 10 bulan atau 9 bulan menurut kalender internasional (Haslan, 2020).

Lama kehamilan mulai dari ovulasi sampai partus adalah kira-kira 280 hari (40 minggu), dan tidak lebih dari 300 hari (43 minggu). Kehamilan 40 minggu ini disebut kehamilan matur (cukup bulan). Bila kehamilan lebih dari 43 minggu, disebut kehamilan post mature. Kehamilan antara 28 sampai 36 minggu disebut kehamilan prematur. Kehamilan yang terakhir ini akan mempengaruhi viabilitas (kelangsungan hidup) bayi yang

dilahirkan, karena bayi yang terlalu muda mempunyai prognosis buruk (Haslan, 2020).

b. Etiologi kehamilan

Kehamilan akan terjadi apabila 4 aspek penting terpenuhi yaitu adanya ovum, sperma, konsepsi, dan nidasi. Setiap bulan wanita melepaskan satu sampai dua telur dari individu telur (ovulasi) yang ditangkap oleh umbai-umbai (fimbriae) dan masuk kedalam sel telur. berjuta-juta sperma masuk ke vagina kemudian akan bergerak memasuki rongga rahim yang kemudian masuk ke sel telur. Pembuahan sel telur oleh sperma terjadi di bagian yang mengembang dari tubafalopi (Hatijar et al., 2020). Pada sekeliling sel telur banyak berkumpul sperma yang mengeluarkan rasi untuk mencairkan zat yang melindungi ovum kemudian bersatu dengan sel telur. Proses ini disebut dengan fertilisasi atau konsepsi (Hatijar et al., 2020). Ovum yang telah dibuahi akan segera membela diri sambil bergerak oleh rambut getar tuba menuju ruang rahim kemudian melekat pada mukosa rahim yang selanjutnya akan bersarang di ruang rahim. Peristiwa ini disebut dengan nidasi (implantasi) (Hatijar et al., 2020). Untuk menyuplai darah dan zat-zat makanan bagi janin di persiapkan uri (plasenta), jadi dapat dikatakan bahwa untuk setiap kehamilan harus ada ovum

(sel telur), spermatozoa (sel mani), pembuahan (konsepsi), nidasi dan plasenta (Hatijar et al., 2020).

c. Tanda dan gejala kehamilan

Seorang perempuan bisa saja memiliki semua tanda dan gejala kehamilan tetapi tidak hamil, atau hanya mempunyai beberapa tanda dan gejala tetapi jelas hamil. Berbagai tanda dan gejala kehamilan hanyalah merupakan petunjuk. Penting untuk memperhatikannya namun kita tidak bisa mengandalkannya guna mendapatkan kepastian (Hatijar et al., 2020). Tanda-tanda pasti kehamilan adalah data atau kondisi yang mengindikasikan adanya buah kehamilan atau bayi yang diketahui melalui pemeriksaan dan direkam oleh pemeriksa melalui pemeriksaan (Prawirohardjo, 2016).

1) Tanda Pasti Kehamilan

Dalam Hatijar, dkk (2020) disebutkan beberapa tanda pasti terjadinya kehamilan, diantaranya sebagai berikut.

- a) Gerak janin dapat dilihat/dirasa/diraba. Gerakan janin baru dapat dirasakan pada usia kehamilan sekitar 20 minggu.
- b) Dennyut jantung janin dapat terdengar Ketika usia kehamilan 10-12 minggu. Pada usia kehamilan 12 minggu DJJ dapat didengarkan menggunakan alat fetal electrokardiograf (Doppler), dan pada usia kehamilan

18-20 minggu DJJ baru dapat didengar dengan stethoscope laenec.

- c) Bagian-bagian janin yaitu bagian besar janin (kepala dan bokong) serta bagian kecil janin (lengan dan kaki) dapat diraba dengan jelas pada usia kehamilan lebih tua (trimester terakhir). Bagian janin ini dapat dilihat lebih sempurna menggunakan USG.
- d) Terlihat tulang-tulang janin dalam foto Rontgen

2) Tanda-tanda Tidak Pasti Hamil

Dalam Hatijar, dkk (2020) disebutkan beberapa tanda kehamilan tidak pasti diantaranya sebagai berikut.

a) Amenorea

Wanita harus mengetahui tanggal hari pertama haid terakhir (HPHT) supaya dapat ditaksir umur kehamilan dan taksiran tanggal persalinan (TTP).

b) Mual dan Muntah

Mual muntah biasanya terjadi pada bulan-bulan awal kehamilan, dan biasanya terjadi pada pagi hari sehingga sering disebut dengan *morning sickness*.

c) Mengidam

Ibu hamil sering meminta makanan/minuman tertentu terutama pada triwulan pertama, selain itu ibu hamil juga tidak tahan suatu bau-bauan.

d) Pingsan

Ibu hamil bisa pingsan bila berada di tempat keramaian dan sesak.

e) Anoreksia (tidak ada selera makan)

Ibu hamil akan kehilangan nafsu makan yang biasanya terjadi pada bulan-bulan pertama kehamilan.

f) Lelah (fatigue)

Sering terjadi pada trimester pertama, akibat dari penurunan kecepatan *basal metabolisme* (*basal metabolism rate-BMR*) pada kehamilan yang akan meningkat seiring pertambahan usia kehamilan akibat aktivitas metabolisme hasil konsepsi.

g) Payudara membesar dan tegang

Payudara membesar, tegang, dan sedikit nyeri disebabkan pengaruh estrogen dan progesterone yang merangsang duktus dan alveoli payudara kelenjar Montgomery terlihat lebih membesar.

h) Miksi

Miksi/BAK sering terjadi karena kandung kemih tertekan oleh Rahim yang membesar. Gejala ini akan hilang pada triwulan kedua kehamilan. Pada akhir kehamilan, gejala ini kembali karena kandung kemih ditekan oleh kepala janin.

i) Konstipasi/obstipasi

Konstipasi terjadi karena tonus otot-otot usus menurun oleh pengaruh hormon steroid.

j) Pigmentasi kulit

Pigmentasi kulit oleh pengaruh hormon kortikosteroid placenta, dijumpai di muka (*chloasma Gravidarum*), areola payudara, leher dan dinding perut. (*line nigra grisea*).

k) Epulis

Epulis atau dapat disebut juga hipertrofi dari papil gusi, sering terjadi pada triwulan pertama.

l) Pemekaran Vena-vena

Pemekaran vena-vena atau disebut varises dapat terjadi pada kaki, betis, dan vulva. Keadaan ini biasanya dijumpai pada triwulan akhir.

3) Tanda-tanda Kemungkinan Hamil

Dalam Hatijar, dkk (2020) disebutkan beberapa tanda kemungkinan hamil diantaranya sebagai berikut.

a) Perut membesar

b) Uterus membesar, terjadi perubahan dalam bentuk besar dan konsistensi dari rahim.

c) Tanda Hegar

Ditemukan pada kehamilan 6-12 minggu yaitu adanya uterus segmen bawah Rahim yang lebih lunak dari bagian yang lain (Hatijar et al., 2020).

d) Tanda Chadwick

Adanya perubahan warna pada serviks dan vagina menjadi kebirubiruan (Hatijar et al., 2020).

e) Tanda *Piscaseck*

Yaitu adanya tempat yang kosong rongga uterus karena embrio biasanya terletak disebelah atas, dengan bimanual akan terasa benjolan yang asimetris (Hatijar et al., 2020).

f) Kontraksi-kontraksi kecil pada uterus bila dirangsang (*Braxton hicks*).

Merupakan peregangan sel-sel otot uterus, akibat meningkatnya actomysin didalam otot uterus. Kontraksi ini tidak bermitrik, sporadic, tidak nyeri, biasanya timbul pada kehamilan delapan minggu, tetapi baru dapat diamatai dari pemeriksaan abdominal pada trimester ketiga. Kontraksi ini akan terus meningkat frekuensinya, lamanya dan kekuatannya sampai mendekati persalinan.

g) Teraba *Ballotement*

Ketukan yang mendadak pada uterus menyebabkan janin bergerak dalam cairan ketuban yang dapat dirasakan oleh tangan pemeriksa. Hal ini harus ada pada pemeriksaan kehamilan karena perabaan bagian seperti bentuk janin saja tidak cukup karena dapat saja merupakan myoma uteri.

h) Reaksi kehamilan positif.

Pemeriksaan ini adalah untuk mendeteksi adanya *Human Chorionic Gonadotropin (hCG)* yang di produksi oleh sinsiotropoblastik sel selama kehamilan. Hormon direkresi pada urine ibu. Hormon ini dapat mulai dideteksi pada 26 hari setelah konsepsi dan meningkat dengan cepat pada hari ke 30-60. Tingkat tertinggi pada hari 60-70 usia gestasi, kemudian menurun pada hari ke 100-130.

d. Pertumbuhan dan perkembangan konsepsi

1) Periode Pre Embrio (minggu 1-3)

Dalam Hatijar, dkk (2020) disebutkan periode pre embrio (minggu 1-3) sebagai berikut.

a) Minggu ke-1

Pada minggu pertama dimulai dengan terjadinya fertilisasi atau pembuahan yang selanjutnya hasil dari pembuahan berupa

konsepsi akan mengalami pembelahan dan akhirnya bernidasi/implantasi di endometrium.

b) Minggu ke-2

Setelah implantasi, embrio akan tumbuh didalam endometrium. Akibat pengaruh hormone estrogen dan progesterone, endometrium terus tumbuh dan menjadi tebal lebih besar dan pembuluh darah menjadi lebih besar. Endometrium yang berubah karena pengaruh kehamilan dinamakan desidua. Ini terjadi kira-kira pada hari ke 14 (Hatijar et al., 2020).

c) Minggu ke-3

Selama minggu ke tiga, hasil konsepsi tumbuh pesat yaitu berlangsung mulai hari ke 15 sampai dengan hari ke 21. Pada masa ini terjadi diferensiasi sel-sel menjadi organ-organ tubuh sederhana.

2) Periode Embrio (minggu 4-8)

Periode ini disebut dengan periode organogenesis, ditandai dengan pertumbuhan diferensiasi dan pembentukan organ-organ besar. Semua organ-organ eksternal dan internal dibentuk (*organogenesis*). Embrio berubah menjadi bentuk janin dalam periode 8 minggu (*morphogenesis*).

a) Minggu ke-4

Selama 4 minggu embrio tumbuh dan bertambah panjang 3,5 cm dan berat kira-kira 5 mg. Perpanjangan embrio kearah atas kepala, kearah bawah menjadi ekor dan ke arah samping menjadi tubula. Penutupan saluran pernafasan mulai terjadi di daerah atas bawah oksiput. Pericardial jantung membesar karena mengangkatnya kepala, pertumbuhan sistem pernapasan. Mandibulla dan maxilla menjadi rahang yang terpisah, mata, telinga dan hidung menjadi terpisah. System peredaran darah sederhana mulai terbentuk dan jantung mulai berdetak, Lambung, liver dan pancreas, tyroid dan kelenjar thymus mulai berkembang, dan placenta tumbuh sempurna.

b) Minggu ke-5

Pada minggu ke-5 pertumbuhan kepala lebih cepat daripada pertumbuhan badan, sehingga embrio melengkung dan membentuk huruf C. Pada minggu ini, permulaan bentuk kaki dan tangan berupa benjolan. Panjang CRL dari 4 mm menjadi 8 mm dan beratnya dari 5 mg menjadi 50 mg. Pada pertengahan kehamilan, janin di ukur dengan ukuran kepala bokong (CRL). Sebelum pertengahan kehamilan janin diukur dengan ukuran bokong tumit (CHL).

c) Minggu ke-6

Pada minggu ke-6, kepala akan terlihat lebih besar dari leher dan melengkung melampaui jantung. Posisi mata, hidung dan mulut sudah jelas. Kaki atas dan bawah mulai dapat diidentifikasi dan telapak tangan berkembang menjadi jari-jari.

d) Minggu ke-7

Pada minggu ke-7, jantung sudah terbentuk lengkap. Saraf dan otot dapat bekerja bersamaan untuk pertama kalinya. Bayi mulai mempunyai reflex dan bergerak spontan. Bayi mulai menendang dan berenang di dalam Rahim walau ibu belum mampu merasakannya. Pada akhir minggu ini, otak akan terbentuk lengkap. Dalam minggu ketujuh dan selama minggu kedelapan, otot-otot menempati posisinya di sekeliling bentukan tulang.

e) Minggu ke-8

Pada minggu ke-8, terjadi pertumbuhan dan diferensiasi somit yang begitu cepat, sampai dengan akhir minggu ke-8 terbentuk 30-35 somit, disertai dengan perkembangan berbagai karakteristik fisik lainnya seperti jantung yang mulai memompa darah, anggota badan terbentuk dengan baik, perut, muka dan bagian utama otak dapat dilihat,

telingan terbentuk dari lipatan kulit tulang dan otot yang kecil terbentuk di bawah kulit.

3) Periode Janin (minggu 9-40)

Periode ini ditandai dengan pertumbuhan dan perkembangan organ-organ besar tubuh dan diferensiasi system organ, dimana organisme yang telah memiliki struktur lengkap melanjutkan pertumbuhan dan perkembangan yang pesat sampai pada keadaan yang memungkinkan untuk hidup dan berfungsi di dunia luar (ekstra uterine) setelah lahir (Hatijar et al., 2020).

a) Minggu Ke- 9-12

Pada usia 9 minggu kepala sudah terlihat lebih besar dan wajah tampak secara garis besar, perbandingan ukuran tungkai atas sudah mencapai proporsi normal. Tungkai bawah berkembang lebih panjang. Genitalia eksterna perempuan dan laki-laki masih terlihat sama pada minggu ke-9, tetapi telah mencapai maturitas sempurna dan dapat dibedakan pada minggu ke-12. Sel-sel darah merah mulai di produksi oleh liver selama minggu awal dan fungsinya diambil alih oleh splenn selama minggu ke-12. Panjang janin sekitar 7-9 cm.

b) Minggu Ke- 13-16

Pada bulan-bulan ini janin akan tumbuh pesat, panjangnya menjadi dua kali lipat, kepala merupakan bagian utama. Posisi mata dan telinga menjadi lebih inferior. Kulit dibagian kepala

mulai ditumbuhi rambut halus (lanugo). Kaki lebih panjang dan otot tumbuh dengan cepat. Keadaan ini dapat dilihat melalui USG pada usia 16 minggu. Janin sudah menyerupai manusia, mandibular menjadi dagu dan telinga lebih tinggi diatas kepala. Pada saat ini plasenta sudah terbentuk sempurna. Panjang janin sekitar 10-17 cm beratnya 105 gram.

c) Minggu Ke- 17-20

Janin akan tumbuh lambat. Tubuh penuh dengan lanugo dan kelenjar sebacea. Kelenjar lemak verniks caseosa mulai dibentuk, verniks caseosa menutupi kulit dan melindungi janin dari trauma suhu. Pergerakan janin pertama mulai dirasakan oleh ibu pada masa kehamilan 16-20 minggu. Denyut jantung janin dapat didengar untuk pertama kalinya dengan dopler. Pada usia 20 minggu, kehidupan janin sangat tergantung pada lingkaran uterus. Akhir minggu ke-20 panjang janin 18-27 cm dan beratnya 310 gram.

d) Minggu Ke- 21-23

Pada masa ini, janin akan tampak kurus namun beratnya tetap. Kulit berwarna merah dan berkeriput karena tertutup verniks caseosa. Paru-paru mulai berkembang dan memproduksi surfaktan. Meconium mulai menimbun dan mencapai rectum. Akhir periode panjang janin 28-34 cm dan beratnya 60 gram.

e) Minggu Ke- 27

Kulit janin tumbuh pesat, terlihat berkerut lemak sub kutan, pembuluh darah menutup dan memberi warna merah. Muka menjadi sempurna, bulu mata dan kening dibentuk dan kelopak mata terbuka. Akhir periode panjang janin 35-38 cm dan beratnya 1080 gram.

f) Minggu Ke- 28-31

Permukaan kulit penuh dengan lemak sub cutan, janin dapat dilahirkan walaupun fungsi pernapasan belum matang. Akhir periode panjang janin 2,5 cm beratnya 1670 gram.

g) Minggu Ke- 32-36

Pada kehamilan delapan bulan permukaan kulit mulai merah dan keriput seperti kulit orang tua. Lanugo tidak tumbuh di wajah tetapi pada kepala. Verniks caseosa lebih tebal dan melindungi kulit, jari kuku tumbuh sempurna. Dengan perawatan yang baik, memungkinkan janin mampu hidup di luar uterus. Akhir periode panjang janin 46 cm dan beratnya 2400 gram.

h) Minggu Ke- 37-39

Janin akan tumbuh lebih gemuk karena cepatnya pembentukan jaringan lemak. Pada janin laki-laki testis turun menuju scrotum, janin sudah dapat hidup lebih baik.

i) Minggu Ke- 40

Pada usia 40 minggu janin berkembang sempurna. Kuku jari tangan dan kaki tumbuh sempurna melampaui ujung jari, testis janin laki-laki sudah turun ke dalam skrotum. Panjang janin 50 cm dan beratnya 3000 gram, dan janin telah siap untuk dilahirkan (Hatijar et al., 2020).

e. Perubahan pada Ibu Hamil

Dalam Tyastuti (2016) disebutkan beberapa perubahan yang dialami oleh ibu hamil diantaranya sebagai berikut.

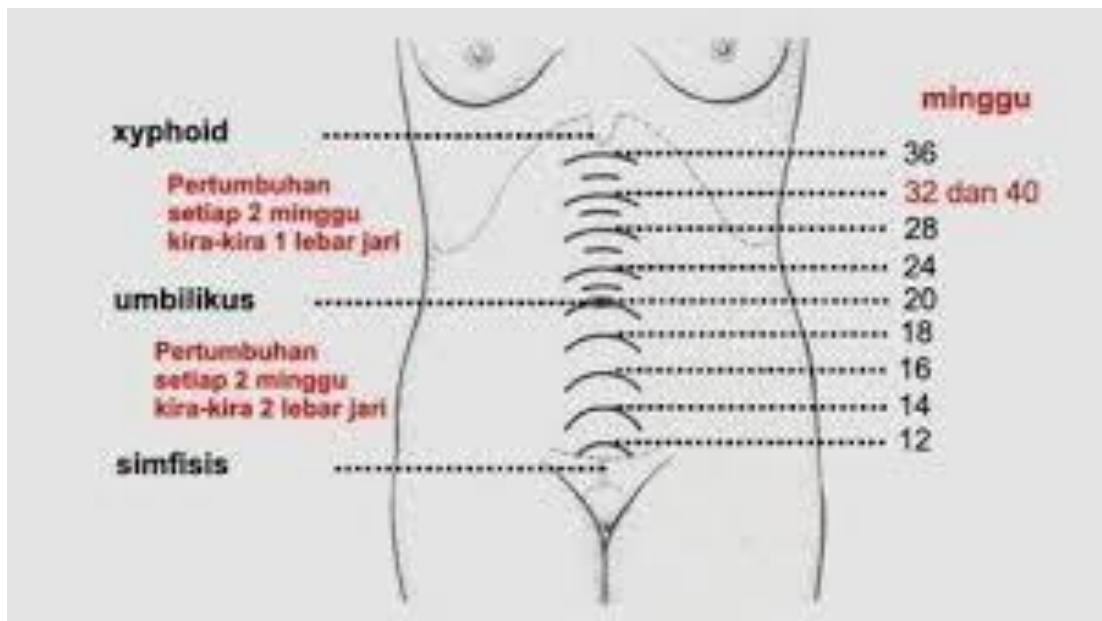
1) Perubahan pada Sistem Reproduksi

a) Uterus

Uterus akan tumbuh membesar akibat pertumbuhan konsepsi di dalam uterus/rahim (Tyastuti, 2016). hormon progesteron berperan untuk elastisitas/kelenturan uterus. Taksiran kasar pembesaran uterus pada perubahan tinggi fundus:

- (1) Tidak hamil/normal : sebesar telur ayam (+ 30 g)
- (2) Kehamilan 8 minggu : telur bebek
- (3) Kehamilan 12 minggu : telur angsa
- (4) Kehamilan 16 minggu : pertengahan simfisis-pusat
- (5) Kehamilan 20 minggu : pinggir bawah pusat
- (6) Kehamilan 24 minggu : pinggir atas pusat
- (7) Kehamilan 28 minggu : sepertiga pusat-xyphoid
- (8) Kehamilan 32 minggu : pertengahan pusat-xyphoid

(9) Kehamilan 40 minggu : 3 sampai 1 jari bawah xyphoid



Gambar 2.1
Pembesaran uterus berdasarkan usia kehamilan

b) Vagina/Vulva

Pada vagina ibu hamil terjadi hipervaskularisasi menimbulkan warna merah ungu kebiruan yang disebut tanda *Chadwick*. Vagina ibu hamil berubah menjadi lebih asam, keasaman (pH) berubah dari 4 menjadi 6.5 sehingga menyebabkan wanita hamil lebih rentan terhadap infeksi vagina terutama infeksi jamur. Hipervaskularisasi pada vagina dapat menyebabkan hipersensitivitas sehingga dapat meningkatkan libido atau keinginan atau bangkitan seksual terutama pada kehamilan trimester dua.

c) Ovarium

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

2) Perubahan pada Payudara

Akibat pengaruh hormon estrogen maka dapat memacu perkembangan duktus (saluran) air susu pada payudara. Sedangkan hormon progesterone menambah sel-sel asinus pada payudara. Pada ibu hamil payudara membesar dan tegang, terjadi hiperpigmentasi kulit serta hipertrofi kelenjar Montgomery, terutama daerah areola dan papilla akibat pengaruh melanofor, puting susu membesar dan menonjol. Hipertropi kelenjar sebacea (lemak) muncul pada areola mammae disebut tuberkel Montgomery yang kelihatan di sekitar puting susu. Kelenjar sebacea ini berfungsi sebagai pelumas puting susu, kelembutan puting susu terganggu apabila lemak pelindung ini dicuci dengan sabun. Puting susu akan mengeluarkan kolostrum yaitu cairan sebelum menjadi susu yang berwarna putih kekuningan pada trimester ketiga (Tyastuti, 2016).

3) Perubahan pada Sistem Endokrin

a) Progesterone

Pada awal kehamilan hormon progesteron dihasilkan oleh corpus luteum dan setelah itu secara bertahap dihasilkan oleh plasenta. Kadar hormon ini meningkat selama hamil dan menjelang persalinan mengalami penurunan. Produksi maksimum diperkirakan 250 mg/hari.

b) Estrogen

Pada awal kehamilan sumber utama estrogen adalah Ovarium. Selanjutnya estrone dan estradiol dihasilkan oleh plasenta dan kadarnya meningkat beratus kali lipat, output estrogen maksimum 30 – 40 mg/hari. Kadar terus meningkat menjelang aterm.

c) Kortisol

Pada awal kehamilan sumber utama adalah adreanal maternal dan pada kehamilan lanjut sumber utamanya adalah plasenta. Produksi harian 25mg/hari. Sebagian besar diantaranya berikatan dengan protein sehingga tidak bersifat aktif. Kortisol secara simultan merangsang peningkatan produksi insulin dan meningkatkan resistensi perifer ibu pada insulin, misalnya jaringan tidak bisa menggunakan insulin, hal ini mengakibatkan tubuh ibu hamil membutuhkan lebih banyak insulin. Sel-sel beta normal pulau Langerhans pada pankreas dapat memenuhi kebutuhan insulin pada ibu hamil yang secara terus

menerustetap meningkat sampai aterm. Ada sebagian ibu hamil mengalami peningkatan gula darah hal ini dapat disebabkan karena resistensi perifer ibu hamil pada insulin.

d) *Human Chorionic gonadotropin (HCG)*

Hormon HCG ini diproduksi selama kehamilan. Pada hamil muda hormon ini diproduksi oleh trofoblas dan selanjutnya dihasilkan oleh plasenta. HCG dapat untuk mendeteksi kehamilan dengandarah ibu hamil pada 11 hari setelah pembuahan dan mendeteksi pada urine ibu hamil pada 12–14 hari setelah kehamilan. Kandungan HCG pada ibu hamil mengalami puncaknya pada 8-11 minggu umur kehamilan. Kadar HCG tidak boleh dipakai untuk memastikan adanya kehamilan karena kadarnya bervariasi, sehingga dengan adanya kadar HCG yang meningkat bukan merupakan tanda pasti hamil tetapi merupakan tanda kemungkinan hamil.

e) *Human Placental Lactogen*

Kadar HPL atau *Chorionic somatotropin* ini terus meningkat seiring dengan pertumbuhan plasenta selama kehamilan. Hormon ini mempunyai efek laktogenik dan antagonis insulin. HPL juga bersifat diabetogenik sehingga menyebabkan kebutuhan insulin padawanita hamil meningkat.

f) Relaxin

Dihasilkan oleh corpus luteum, dapat dideteksi selama kehamilan, kadar tertinggi dicapai pada trimester pertama. Peran fisiologis belum jelas, diduga berperan penting dalam maturasi servik.

g) Hormon Hipofisis

Terjadi penekanan kadar FSH dan LH maternal selama kehamilan, namun kadar prolaktin meningkat yang berfungsi untuk menghasilkan kolostrum. Pada saat persalinan setelah plasenta lahir maka kadar prolaktin menurun, penurunan ini berlangsung terus sampai pada saat ibu menyusui. Pada saat ibu menyusui prolaktin dapat dihasilkan dengan rangsangan pada puting pada saat bayi mengisap puting susu ibu untuk memproduksi ASI (Tyastuti, 2016).

4) Perubahan pada Kekebalan

Pada ibu hamil terjadi perubahan pH pada vagina, sekresi vagina berubah dari asam menjadi lebih bersifat basa sehingga pada ibu hamil lebih rentan terhadap infeksi pada vagina. Mulai kehamilan 8 minggu sudah kelihatan gejala terjadinya kekebalan dengan adanya limfosit–limfosit. Semakin bertambahnya umur kehamilan maka jumlah limfosit semakin meningkat. Dengan tuanya kehamilan maka ditemukan sel–sel limfoid yang berfungsi membentuk molekul immunoglobulin. Immunoglobulin yang

dibentuk antara lain : Gamma-A imunoglobulin: dibentuk pada kehamilan dua bulan dan baru banyak ditemukan pada saat bayi dilahirkan. Gamma-G imunoglobulin: pada janin diperoleh dari ibunya melalui plasenta dengan cara pinositosis, hal ini yang disebut kekebalan pasif yang diperoleh dari ibunya. Pada janin ditemukan sedikit tetapi dapat dibentuk dalam jumlah banyak pada saat bayi berumur dua bulan. Gamma-M imunoglobulin: ditemukan pada kehamilan 5 bulan dan meningkat segera pada saat bayi dilahirkan (Tyastuti, 2016).

5) Perubahan pada Sistem Pernafasan

Wanita hamil sering mengeluh sesak napas yang biasanya terjadi pada umur kehamilan 32 minggu lebih, hal ini disebabkan oleh karena uterus yang semakin membesar sehingga menekan usus dan mendorong keatas menyebabkan tinggi diafragma bergeser 4 cm sehingga kurang leluasa bergerak. Kebutuhan oksigen wanita hamil meningkat sampai 20%, sehingga untuk memenuhi kebutuhan oksigen wanita hamil bernapas dalam (Tyastuti, 2016). Peningkatan hormon estrogen pada kehamilan dapat mengakibatkan peningkatan vaskularisasi pada saluran pernafasan atas. Kapiler yang membesar dapat mengakibatkan edematan hiperemia pada hidung, faring, laring, trakhea dan bronkus. Hal ini dapat menimbulkan sumbatan pada hidung dan sinus, hidung berdarah (epstaksis) dan perubahan suara pada ibu hamil.

Peningkatan vaskularisasi dapat juga mengakibatkan membran timpani dan tuba eustaki bengkak sehingga menimbulkan gangguan pendengaran, nyeri dan rasa penuh pada telinga (Tyastuti, 2016).

6) Perubahan pada Sistem Perkemihan

Hormon estrogen dan progesteron dapat menyebabkan ureter membesar, tonus otot saluran kemih menurun. Kencing lebih sering (poliuria), laju filtrasi glomerulus meningkat sampai 69 %. Dinding saluran kemih dapat tertekan oleh pembesaran uterus yang terjadi pada trimester I dan III, menyebabkan hidroureter dan mungkin hidronefrosis sementara. kadar kreatinin, urea dan asam urat dalam darah mungkin menurun namun hal ini dianggap normal. Wanita hamil trimester I dan III sering mengalami sering kencing (BAK/buang air kecil) sehingga sangat dianjurkan untuk sering mengganti celana dalam agar tetap kering (Tyastuti, 2016).

7) Perubahan pada Sistem Pencernaan

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

mengakibatkan hemoroid pada akhir kehamilan. Hormon estrogen juga dapat mengakibatkan gusi hiperemia dan cenderung mudah berdarah. Tidak ada peningkatan sekresi saliva, meskipun banyak ibu hamil mengeluh merasa kelebihan saliva (ptialisme), perasaan ini kemungkinan akibat dari ibu hamil tersebut dengan tidak sadar jarang menelan saliva ketika merasa mual sehingga terkesan saliva menjadi banyak. Ibu hamil trimester pertama sering mengalami nafsu makan menurun, hal ini dapat disebabkan perasaan mual dan muntah yang sering terjadi pada kehamilan muda. Pada trimester kedua mual muntah mulai berkurang sehingga nafsu makan semakin meningkat (Tyastuti, 2016).

8) Sistem Muskuloskeletal

Bentuk tubuh ibu hamil berubah secara bertahap menyesuaikan penambahan berat ibu hamil dan semakin besarnya janin, menyebabkan postur dan cara berjalan ibu hamil berubah. Peningkatan hormon seks steroid yang bersirkulasi mengakibatkan terjadinya jaringan ikat dan jaringan kolagen mengalami perlunakan dan elastisitas berlebihan sehingga mobilitas sendi panggul mengalami peningkatan dan relaksasi. Derajat relaksasi bervariasi, simfisis pubis merenggang 4 mm, tulang pubik melunak seperti tulang sendi, sambungan sendi sacrococcigus mengendur membuat tulang coccigis bergeser kebelakang untuk persiapan persalinan. Otot dinding perut meregang menyebabkan tonus otot

berkurang. Pada kehamilan trimester III otot rektus abdominus memisah mengakibatkan isi perut menonjol di garis tengah tubuh, umbilikalis menjadi lebih datar atau menonjol. Setelah melahirkan tonus otot secara bertahap kembali tetapi pemisahan otot rekti abdominalis tetap (Tyastuti, 2016).

9) Sistem Kardiovaskuler

Menurut Tyastuti (2016) beberapa perubahan pada system kardiovaskuler yang terjadi pada ibu hamil diantaranya sebagai berikut.

- a) Retensi cairan, bertambahnya beban volume dan curah jantung.
- b) Terjadi hemodilusi sehingga menyebabkan anemia relative, hemoglobin turun sampai 10 %.
- c) Akibat pengaruh hormon, tahanan perifer vaskular menurun
- d) Tekanan darah sistolik maupun diastolik pada ibu hamil trimester I turun 5 sampai 10 mm Hg, hal ini kemungkinan disebabkan karena terjadinya vasodilatasi perifer akibat perubahan hormonal pada kehamilan. Tekanan darah akan kembali normal pada trimester III kehamilan.
- e) Curah jantung bertambah 30-50%, maksimal akhir trimester I, menetap sampai akhir kehamilan
- f) Volume darah maternal keseluruhan bertambah sampai 50%
- g) Trimester kedua denyut jantung meningkat 10-15 kali permenit, dapat juga timbul palpitasi.

h) Volume plasma bertambah lebih cepat pada awal kehamilan, kemudian bertambah secara perlahan sampai akhir kehamilan.

10) Sistem Integumen

Terjadi hiperpigmentasi yang disebabkan karena adanya peningkatan *Melanosit Stimulating Hormon (MSH)*. Yang dapat terjadi pada muka, leher, payudara, perut, lipat paha dan aksila. Perubahan keseimbangan hormon pada ibu hamil juga dapat menimbulkan perubahan berupa penebalan kulit, pertumbuhan rambut maupun kuku. Perubahan juga terjadi pada aktifitas kelenjar meningkat sehingga wanita hamil cenderung lebih banyak mengeluarkan keringat maka ibu hamil sering mengeluh kepanasan. Peregangan kulit pada ibu hamil menyebabkan elastis kulit mudah pecah sehingga timbul *striae gravidarum* yaitu garis-garis yang timbul pada perut ibu hamil (Tyastuti, 2016).

11) Perubahan Metabolisme

Basal Metabolic Rate (BMR) meningkat 15% sampai 20% pada akhir kehamilan, terjadi juga hiper tirofroid sehingga kelenjar tyroid terlihat jelas pada ibu hamil. BMR akan kembali seperti sebelum hamil pada hari ke 5 atau ke 6 setelah persalinan. Peningkatan BMR menunjukkan adanya peningkatan kebutuhan oksigen. Vasodilatasi perifer dan percepatan aktivitas kelenjar keringat membantu melepaskan panas akibat peningkatan metabolisme selama hamil (Tyastuti, 2016).

12) Perubahan Darah dan Pembekuan Darah

Volume darah pada ibu hamil meningkat sekitar 1500 ml terdiri dari 1000 ml plasma dan sekitar 450 ml Sel Darah Merah (SDM). Peningkatan volume terjadi sekitar minggu ke 10 sampai ke 12. Peningkatan volume darah ini sangat penting bagi pertahanan tubuh (Tyastuti, 2016). Ibu hamil trimester II mengalami penurunan haemoglobin dan haematokrit yang cepat karena pada saat ini terjadi ekspansi volume darah yang cepat. Penurunan Hb paling rendah pada kehamilan 20 minggu kemudian meningkat sedikit sampai hamil cukup bulan. Ibu hamil dikatakan anemi apabila Hb < 11 gram % pada trimester I dan III, Hb < 10,5 gram % pada trimester II. Kecenderungan koagulasi lebih besar selama hamil, hal ini disebabkan oleh meningkatnya faktor – faktor pembekuan darah (Tyastuti, 2016).

13) Perubahan Sistem Persarafan

Terjadi perubahan sensori tungkai bawah disebabkan oleh kompresi saraf panggul dan stasis vaskular akibat pembesaran uterus (Tyastuti, 2016).

f. Kebutuhan Dasar Ibu Hamil

1) Kebutuhan Oksigen

Pada kehamilan terjadi perubahan pada sistem respirasi untuk dapat memenuhi kebutuhan O₂, kebutuhan O₂ pada ibu hamil meningkat, ibu hamil akan bernafas lebih dalam. Hal ini akan

berhubungan dengan meningkatnya aktifitas paru-paru oleh karena selain untuk mencukupi kebutuhan O₂ ibu, juga harus mencukupi kebutuhan O₂ janin. Ibu hamil kadang–kadang merasakan sakit kepala, pusing ketika berada di keramaian misalnya di pasar, hal ini disebabkan karena kekurangan O₂. Untuk menghindari kejadian tersebut hendaknya ibu hamil menghindari tempat kerumunan banyak orang. Untuk memenuhi kecukupan O₂ yang meningkat, supaya melakukan jalan–jalan dipagi hari, duduk–duduk di bawah pohon yang rindang, berada di ruang yang ventilasinya cukup (Tyastuti, 2016).

2) Kebutuhan Nutrisi

Pada ibu hamil akan mengalami BB bertambah, penambahan BB bisa diukur dari IMT (Indeks Masa Tubuh) / BMI (*Body Mass Index*) sebelum hamil (Tyastuti, 2016).

*Tabel 2.1
Kenaikan BB wanita hamil berdasarkan BMI atau IMT sebelum hamil*

Kategori BMI	Rentang Kenaikan BB yang dianjurkan
Rendah (BMI < 19,8)	12,5-18 kg
Normal (BMI 19,8-26)	11,5-16 kg
Tinggi (BMI > 26-29)	7-11,5 kg
Obesitas (BMI > 29)	<6 kg

Sumber: Tyastuti (2016), Asuhan Kebidanan Kehamilan

Untuk memenuhi penambahan BB tersebut, maka kebutuhan zat gizi harus dipenuhi melalui makanan sehari-hari dengan menu seimbang seperti berikut.

*Tabel 2.2
Kebutuhan makanan sehari-hari ibu tidak hamil, ibu hamil dan ibu menyusui.*

Nutrien	Tidak Hamil	Kondisi Hamil	
		Hamil	Menyusui
Kalori	2000	2300	3000
Protein	55 g	65 g	80 g
Kalsium (Ca)	0,5 g	1 g	1 g
Zat Besi (Fe)	12 g	17 g	17 g
Vitamin A	5000 IU	6000 IU	7000 IU
Vitamin D	400 IU	600 IU	800 IU
Tiamin	0,8 mg	1 mg	1,2 mg
Riboflavin	1,2 mg	1,3 mg	1,5 mg
Niasin	13 mg	15 mg	18 mg
Vitamin C	60 mg	90 mg	90 mg

Sumber: Tyastuti (2016), Asuhan Kebidanan Kehamilan

3) Kebutuhan Personal Hygiene

a) Mandi

Menjaga kebersihan diri terutama lipatan kulit (ketiak, bawah buah dada, daerah genitalia) dengan cara dibersihkan dan dikeringkan (Tyastuti, 2016).

b) Perawatan Vulva dan Vagina

Membersihkan vulva atau vagina dari depan ke belakang kemudian dikeringkan dengan handuk kering. Pakaian dalam

dari katun yang menyerap keringat, jaga vulva dan vagina selalu dalam keadaan kering.

c) Perawatan Gigi

Memeriksa gigi saat hamil diperlukan untuk mencari kerusakan gigi yang dapat menjadi sumber infeksi, perawatan gigi juga perlu dalam kehamilan karena hanya gigi yang baik menjamin pencernaan yang sempurna.

d) Perawatan Kuku

Kuku supaya dijaga tetap pendek sehingga kuku perlu dipotong secara teratur, untuk memotong kuku jari kaki mungkin perlu bantuan orang lain. Setelah memotong kuku supaya dihaluskan sehingga tidak melukai kulit yang mungkin dapat menyebabkan luka dan infeksi.

e) Perawatan Rambut

Wanita hamil menghasilkan banyak keringat sehingga perlu sering mencuci rambut untuk mengurangi ketombe. Cuci rambut hendaknya dilakukan 2– 3 kali dalam satu minggu dengan cairan pencuci rambut yang lembut, dan menggunakan air hangat supaya ibu hamil tidak kedinginan (Tyastuti, 2016).

4) Kebutuhan Eliminasi

Ibu hamil akan sering BAK karena ada penekanan kandung kemih oleh pembesaran uterus. Dengan kehamilan terjadi perubahan hormonal, sehingga daerah kelamin menjadi lebih basah. Situasi

ini menyebabkan jamur (trikomonas) tumbuh subur sehingga ibu hamil mengeluh gatal dan keputihan. Selain itu, ibu hamil juga sering terjadi obstipasi. Dengan terjadinya obstipasi pada ibu hamil maka panggul terisi dengan rectum yang penuh feses selain membesarnya rahim, maka dapat menimbulkan bendungan di dalam panggul yang memudahkan timbulnya haemorrhoid (Tyastuti, 2016).

g. Ketidaknyamanan ibu hamil trimester 1, 2, dan 3

1) Ketidaknyamanan Ibu Hamil Trimester 1

a) Mual Muntah di Pagi Hari/ Morning Sickness

Mual muntah pada ibu hamil sering terjadi pada pagi hari dikarenakan pada saat ini keadaan lambung masih kosong, sehingga sering disebut dengan morning sickness. Meskipun demikian, mual muntah pada ibu hamil juga dapat terjadi pada siang atau sore hari. Upaya yang dilakukan untuk meringankan atau mencegah kondisi ini dengan melakukan beberapa hal, pada pagi hari sebelum bangun dari tempat tidur yakni, makan biskuit atau crackers dan minum segelas air. Ibu hamil juga harus menghindari makanan pedas dan berbau tajam. Ibu hamil dianjurkan untuk makan sedikit tapi sering, cara ini dapat mempertahankan kadar gula darah (Tyastuti, 2016).

b) Sering BAK

Keluhan sering buang air kecil pada trimester pertama terjadi karena adanya pembesaran uterus sehingga terjadi perubahan fisiologis pada ginjal, dan peningkatan ekskresi sodium (natrium). Hal ini akan mengganggu kualitas tidur ibu hamil jika terjadi pada malam hari. Cara meringankan atau mencegah hal ini yakni dengan mengupayakan tidak menahan BAK, kosongkan kandung kencing pada saat terasa ingin BAK, Perbanyak minum pada siang hari untuk menjaga keseimbangan hidrasi. Apabila BAK pada malam hari tidak mengganggu tidur maka tidak dianjurkan mengurangi minum dimalam hari, batasi minum yang mengandung diuretic seperti teh, kopi, cola dengan coffeine. Saat tidur posisi berbaring miring ke kiri dengan kaki ditinggikan adalah lebih baik, Ibu hamil harus secara rutin membersihkan dan mengeringkan alat kelamin setiap selesai BAK untuk mencegah infeksi saluran kemih (Tyastuti, 2016).

c) Hidung tersumbat/ berdarah

Peningkatan kadar hormon estrogen pada kehamilan yang mengakibatkan kongesti mukosa hidung, hidung mengeluarkan cairan berlebihan. Edema mukosa menyebabkan hidung tersumbat, mengeluarkan cairan dan terjadi obstruksi. Hiperemia yang terjadi pada kapiler hidung, ditambah

seringnya membuang cairan hidung dapat menyebabkan epistaksis/ mimisan/ perdarahan hidung. Untuk meringankan atau mencegah dapat dilakukan dengan meneteskan cairansalin pada hidung, dan tidak boleh lebih dari 3 hari. Dapat juga dilakukan penguapan atau pengembunan udara dingin, hal ini dapat mengurangi sumbatan pada hidung (Tyastuti, 2016).

d) Pica atau Mengidam

Mengidam berkaitan dengan persepsi atau anggapan individu wanita hamil tentang sesuatu yang menurutnya bisa mengurangi rasa mual dan muntah. Pada ibu hamil indra pengecap menjadi lebih tumpul atau kurang perasa sehingga selalu mencari – cari makanan yang merangsang seperti makanan yang terasa asam dan pedas (Tyastuti, 2016).

e) Kelelahan/ Fatigue

Kelelahan bisa terjadi karena adanya perubahan metabolisme pada ibu hamil trimester pertama sebagai penyesuaian tubuhnya terhadap kehamilan (Tyastuti, 2016).

f) Keputihan/ Leukorrea

Meningkatnya kadar hormon estrogen pada ibu hamil trimester I dapat menimbulkan produksi lendir serviks meningkat. Pada ibu hamil terjadi hiperplasia pada mukosa vagina (Tyastuti, 2016).

g) Palpitasi

Pada ibu hamil terjadi peningkatan kerja jantung karena jantung mempunyai 50 % darah tambahan yang harus dipompakan melalui aorta setiap menit. Peningkatan curah jantung ini mencapai puncaknya pada akhir trimester II dan menurun kembali seperti sebelum hamil beberapa minggu sebelum melahirkan.

h) *Ptyalism* (Air Ludah/ Saliva berlebihan)

Keasaman mulut atau meningkatnya asupan pati sehingga menstimulasi (merangsang) kelenjar saliva (kelenjar ludah) untuk meningkatkan sekresi. Ada kalanya juga disebabkan karena ibu hamil mengurangi makan dengan maksud untuk mengurangi mual, hal ini dapat menyebabkan peningkatan jumlah saliva di mulut.

i) Sakit Kepala

Kelelahan pada ibu hamil dapat terjadi karena kelelahan atau keletihan, Spasme / ketegangan otot, ketegangan pada otot mata, kongesti (akumulasi abnormal / berlebihan cairan tubuh), dan dinamika cairan syaraf yang berubah.

j) *Spider Nevi/ Spider Hemangioma*

Noda kemerahan seperti api berpusat dari pusat tubuh dan menjalar ke kaki yang terjadi pada ibu hamil yang terjadi

karena adanya peningkatan sirkulasi hormone esterogen dan aliran darah ke kulit (Tyastuti, 2016).

2) Ketidaknyamanan Ibu Hamil Trimester 2

a) Edema

Pembesaran uterus pada ibu hamil mengakibatkan tekanan pada vena pelvik sehingga menimbulkan gangguan sirkulasi. Hal ini terjadi terutama pada waktu ibu hamil duduk atau berdiri dalam waktu yang lama. Selain itu, terjadi tekanan pada vena cava inferior pada saat ibu berbaring terlentang, kongesti sirkulasi pada ekstremitas bawah, dan peningkatan kadar sodium (Natrium) karena pengaruh dari hormonal. Natrium bersifat retensi cairan, serta pemakaian pakaian ketat menjadi factor penyebab edema.

b) Gusi Berdarah

Estrogen berpengaruh terhadap peningkatan aliran darah ke rongga mulut dan pergantian sel – sel pelapis ephitel gusi lebih cepat. Selain itu, terjadi hipervaskularisasi pada gusi dan penyebaran pembuluh darah halus sangat tinggi, dan ketebalan permukaan epithelial berkurang sehingga mengakibatkan jaringan gusi menjadi rapuh dan mudah berdarah (Tyastuti, 2016)

c) Haemorroid

Progesteron menyebabkan peristaltik usus lambat dan vena haemorroid tertekan karena pembesaran uterus.

d) Insomnia

Insomnia dapat terjadi karena adanya penyesuaian terhadap perubahan fisik karena pembesaran uterus dan perubahan psikologis misalnya perasaan takut, gelisah atau khawatir karena menghadapi kelahiran. Adakalanya ditambahin oleh sering BAK dimalam hari / nocturia.

e) Nyeri Ulu Hati (*Heart Burn*)

Meningkatnya produksi progesterone, pergeseran lambung karena pembesaran uterus, dan apendiks bergeser kearah lateral dan keatas sehingga menimbulkan refluks lambung yang dapat mengakibatkan rasa nyeri pada ulu hati.

f) Sakit Punggung Atas dan Bawah

Kadar hormon yang meningkat menyebabkan cartilage pada sendi besar menjadi lembek, ketegangan otot karena pembesaran payudara, kelelahan, posisi tubuh membungkuk ketika mengangkat barang, dan posisi tulang belakang hiperlordosis menjadi factor penyebab sakit punggung yang dialami oleh ibu hamil (Tyastuti, 2016).

g) Konstipasi atau Sembelit

Meningkatnya hormone progesterone menyebabkan peristaltic usus lambat. Motilitas usus besar lambat sehingga menyebabkan penyerapan air pada usus meningkat. Hal ini juga ada kaitannya dengan konsumsi suplemen zat besi, dan adanya tekanan uterus yang membesar pada usus.

h) Kram Kaki

Kram kaki pada ibu hamil dapat terjadi karena kadar kalsium dalam darah rendah, uterus membesar sehingga menekan pembuluh darah pelvic, kelelahan, dan sirkulasi darah ke tungkai bagian bawah kurang.

3) Ketidaknyamanan Ibu Hamil Trimester 3

a) Sering BAK

Sering buang air (BAK) sering disebabkan karena terjadi penurunan bagian bawah janin sehingga menekan kandung kemih. BAK juga berhubungan dengan ekskresi sodium (unsur Na) yang meningkat dan perubahan fisiologis ginjal sehingga produksi urine meningkat.

b) Sesak Nafas

Sesak nafas disebabkan oleh pembesaran uterus dan pergeseran organ-organ abdomen, pembesaran uterus membuat pergeseran diafragma naik sekitar 4 cm. Peningkatan hormon progesterone membuat hyperventilasi.

c) Sakit Punggung

Pembesaran payudara yang dapat berakibat pada ketegangan otot, dan kelelahan. Posisi tubuh membungkuk ketika mengangkat barang dapat merangsang sakit punggung, hal ini berkaitan dengan kadar hormon yang meningkat menyebabkan cartilage pada sendi besar menjadi lembek, di samping itu posisi tulang belakang hiperlordosis (Tyastuti, 2016).

h. Standar Asuhan Kehamilan

Sesuai kebijakan Program pelayanan ANC dilakukan minimal 6x selama kehamilan, Yakni sebagai berikut (Kemenkes RI, 2020)

- Trimester I: 2x kunjungan (0-12 minggu)
- Trimester II: 1x kunjungan (>12 minggu – 24 minggu)
- Trimester III: 3x kunjungan (>24 minggu sampai kelahiran)

Dimana minimal 2 kali ibu hamil harus kontak dengan dokter (1 kali di trimester 1 dan 1 kali di trimester 3). Kunjungan antenatal bisa lebih dari 6 (enam) kali sesuai kebutuhan dan jika ada keluhan, penyakit atau gangguan kehamilan (Kemenkes RI, 2020).

1) Kunjungan Pertama (K1)

K1 murni adalah kontak pertama ibu hamil dengan tenaga kesehatan pada kurun waktu trimester 1 kehamilan (Kemenkes RI, 2020).

2) Kunjungan Keempat (K4)

K4 adalah kontak ibu hamil dengan tenaga kesehatan yang memiliki kompetensi klinis/kebidanan untuk mendapatkan pelayanan antenatal terpadu dan komprehensif sesuai standar selama kehamilannya minimal 4 kali dengan distribusi waktu: 1 kali pada trimester pertama (0-12 minggu), 1 kali pada trimester kedua (>12minggu -24 minggu), dan 2 kali pada trimester ketiga (>24 minggu sampai dengan kelahiran). Kunjungan antenatal bisa lebih dari 4 kali sesuai kebutuhan (jika ada keluhan, penyakit atau gangguan kehamilan) (Kemenkes RI, 2020).

3) Kunjungan Keenam (K6)

K6 adalah kontak ibu hamil dengan tenaga kesehatan yang memiliki kompetensi klinis/kebidanan untuk mendapatkan pelayanan antenatal terpadu dan komprehensif sesuai standar selama kehamilannya minimal 6 kali selama kehamilannya dengan distribusi waktu: 2 kali pada trimester kesatu (0-12 minggu), 1 kali pada trimester kedua (>12minggu - 24 minggu), dan 3 kali pada trimester ketiga (>24 minggu sampai dengan kelahiran), dimana minimal 2 kali ibu hamil harus kontak dengan dokter (1 kali di trimester 1 dan 1 kali di trimester 3). Kunjungan antenatal bisa lebih dari 6 (enam) kali sesuai kebutuhan dan jika ada keluhan, penyakit atau gangguan kehamilan (Kemenkes RI, 2020).

Pemeriksaan dokter pada ibu hamil dilakukan saat :

- a) Kunjungan 1 di trimester 1 (satu) dengan usia kehamilan kurang dari 12 minggu atau dari kontak pertama Dokter melakukan skrining kemungkinan adanya faktor risiko kehamilan atau penyakit penyerta pada ibu hamil termasuk didalamnya pemeriksaan Ultrasonografi (USG). Apabila saat K1 ibu hamil datang ke bidan, maka bidan tetap melakukan ANC sesuai standar, kemudian merujuk ke dokter (Kemenkes RI, 2020).
- b) Kunjungan 5 di trimester 3 Dokter melakukan perencanaan persalinan, skrining faktor risiko persalinan termasuk pemeriksaan Ultrasonografi (USG) dan rujukan terencana bila diperlukan (Kemenkes RI, 2020).

2.1.2 Konsep Asuhan Kebidanan Persalinan

a. Pengertian persalinan normal

Menurut Moore (2001), Persalinan normal adalah suatu proses fisiologis yang memungkinkan sebuah perubahan yang besar pada ibu untuk melahirkan janinnya melalui jalan lahir (Kurniarum., 2016). Menurut Saifuddin (2007), persalinan dan kelahiran normal adalah proses pengeluaran janin pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), lahir secara spontan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung dalam 18 jam, tanpa komplikasi baik pada ibu maupun pada janin (Yulizawati, 2019). Menurut Manuaba, 1998 dalam Wiknjosastro, dkk (2005), persalinan normal adalah pengeluaran hasil

konsepsi yang berupa janin dan uri yang telah cukup bulan dan dapat hidup diluar uterus secara spontan melalui vagina (Yulizawati, 2019).

Dasar asuhan persalinan normal adalah asuhan yang bersih dan aman selama persalinan dan setelah bayi lahir, serta upaya pencegahan komplikasi terutama perdarahan pascapersaiinan, hipotermia, dan asfiksia bayi baru lahir, dengan fokus utamanya adalah mencegah komplikasi (Prawirohardjo, 2016). Pencegahan komplikasi selama persalinan dan setelah bayi lahir akan mengurangi kesakitan dan kematian ibu serta bayi baru lahir. Penyesuaian ini sangat penting dalam upaya menurunkan angka kematian ibu dan bayi baru lahir (Prawirohardjo, 2016).

Tujuan asuhan persalinan normal adalah mengupayakan kelangsungan hidup dan mencapai derajat kesehatan yang tinggi bagi ibu dan bayinya, melalui berbagai upaya yang terintegrasi dan lengkap serta intervensi minimal sehingga prinsip keamanan dan kualitas pelayanan dapat terjaga pada tingkat yang optimal (Prawirohardjo, 2016).

b. Sebab-sebab terjadinya persalinan

1) Teori Penurunan Progesteron

Selama kehamilan terdapat keseimbangan antara *progesterone* dan *estrogen* dalam darah, tetapi pada akhir kehamilan *progesteron* akan mengalami penurunan dan akan timbul his. *Progesterone* menimbulkan relaksasi pada otot Rahim,

sebaliknya *estrogen* meninggikan kerentanan otot Rahim (Kurniarum., 2016).

2) Teori Oksitosin

Perubahan keseimbangan estrogen dan progesterone mengakibatkan sensitivitas pada otot Rahim sehingga timbul kontraksi *Braxton Hicks*. Pada akhir kehamilan *progesterone* menurun sehingga oksitosin bertambah dan meningkatkan aktivitas otot-otot Rahim yang memicu terjadinya kontraksi sehingga terdapa tanda-tanda persalinan (Kurniarum., 2016)

3) Teori Keregangan Otot Rahim

Menurut Manuaba (1998), otot rahim perempuan mempunyai kemampuan untuk meregang sampai batas tertentu. Apabila batas tersebut sudah terlewati, maka akan terjadi kontraksi sehingga persalinan dapat dimulai (Yulizawati, 2019).

4) Teori Prostaglandin

Konsentrasi prostaglandin meningkat sejak usia kehamilan 15 minggu yang dihasilkan oleh desidua. Prostaglandin dapat dianggap sebagai pemicu terjadinya persalinan. Hal ini juga didukung dengan adanya kadar prostaglandin yang tinggi baik dalam air ketuban maupun daerah perifer pada ibu hamil, sebelum melahirkan atau selama persalinan (Kurniarum., 2016). Terbukti pula bahwa saat mulainya persalinan, terdapat penimbunan dalam jumlah besar asam arakidonat dan prostaglandin dalam cairan

amnion. Di samping itu, terjadi pembentukan prostasiklin dalam miometrium, desidua, dan korion leave. Menurut Manuaba (1998), Prostaglandin dapat melunakkan serviks dan merangsang kontraksi, bila diberikan dalam bentuk infus, per os, atau secara intravaginal (Yulizawati, 2019).

5) Teori Janin

Menurut Manuaba (1998), Terdapat hubungan hipofisis dan kelenjar suprarenal yang menghasilkan sinyal kemudian diarahkan kepada maternal sebagai tanda bahwa janin telah siap lahir. Namun mekanisme ini belum diketahui secara pasti (Yulizawati, 2019). Pada anencephalus kehamilan sering lebih lama dari biasa, karena tidak terbentuk hipotalamus. Pemberian kortikosteroid dapat menyebabkan maturasi janin, dan induksi (mulainya) persalinan (Kurniarum., 2016).

6) Teori Berkurangnya Nutrisi

Menurut Asrinah, dkk (2010), hasil konsepsi akan segera dikeluarkan bila nutrisi telah berkurang (Yulizawati, 2019).

7) Teori Plasenta Menjadi Tua

Menurut Asrinah, dkk (2010), Plasenta yang semakin tua seiring dengan bertambahnya usia kehamilan akan menyebabkan turunnya kadar estrogen dan progesteron sehingga timbul kontraksi rahim (Yulizawati, 2019). Proses penuaan plasenta terjadi mulai umur kehamilan 28 minggu, dimana terjadi penimbunan jaringan ikat,

dan pembuluh darah mengalami penyempitan dan buntu (Kurniarum., 2016).

c. Tahapan persalinan normal

1) Kala I (Pembukaan jalan lahir)

Kala I persalinan dimulai sejak terjadinya kontraksi uterus dan pembukaan servix hingga mencapai pembukaan lengkap (10 cm). Persalinan kala I berlangsung 18 – 24 jam yang terbagi menjadi dua fase yaitu fase laten dan fase aktif (Kurniarum., 2016). Menurut Bobak, dkk (2004), Dilatasi lengkap dapat berlangsung kurang dari satu jam pada sebagian kehamilan multipara. Pada kehamilan pertama, dilatasi serviks jarang terjadi dalam waktu kurang dari 24 jam. Rata-rata durasi total kala I persalinan pada persalinan primigravida berkisar dari 3,3 jam sampai 19,7 jam. Pada multigravida ialah 0,1 sampai 14,3 jam (Yulizawati, 2019).

a) Fase Laten

Fase laten diawali dengan timbulnya kontraksi uterus yang teratur yang menghasilkan perubahan serviks. Pembukaan terjadi sangat lambat sampai mencapai ukuran 3 cm. fase laten terjadi kurang dari 8 jam. (Yulizawati, 2019).

b) Fase Aktif

Fase aktif terbagi menjadi 3 fase yakni:

- (1) Fase akselerasi: dalam waktu 2 jam pembukaan 3 cm menjadi 4 cm (Yulizawati, 2019). Frekuensi dan lama

kontraksi uterus umumnya meningkat (kontraksi dianggap adekuat/memadai jika terjadi 3 kali atau lebih dalam waktu 10 menit dan berlangsung selama 40 detik atau lebih (Kurniarum., 2016)

(2) Fase dilatasi maksimal: Serviks membuka dari 4 ke 10 cm biasanya dengan kecepatan 1 cm atau lebih perjam hingga pembukaan lengkap (10 cm) (Kurniarum., 2016)

(3) Fase deselerasi: Pembukaan menjadi lambat kembali. Dalam waktu 2 jam, pembukaan dari 9 cm menjadi lengkap (Yulizawati, 2019). Terjadi penurunan bagian terendah janin (Kurniarum., 2016).

2) Kala II (Pengeluaran)

Persalinan kala II dimulai dengan pembukaan lengkap dari serviks dan berakhir dengan lahirnya bayi. Proses ini berlangsung 2 jam pada primigravida dan 1 jam pada multigravida (Kurniarum., 2016). Menurut Wiknjosastro, dkk (2005), Pada kala II, his menjadi lebih kuat dan lebih cepat, kira-kira 2 sampai 3 menit sekali. Saat kepala janin sudah masuk di ruang panggul, maka pada his dirasakan tekanan pada otot-otot dasar panggul, yang secara reflektoris menimbulkan rasa mencedan. Wanita merasakan tekanan pada rektum dan hendak buang air besar. Kemudian perineum mulai menonjol dan menjadi lebar dengan anus membuka. Labia mulai membuka dan tidak lama kemudian kepala

janin tampak dalam vulva pada waktu his. Dengan his dan kekuatan mengedan maksimal, kepala janin dilahirkan dengan presentasi suboksiput di bawah simfisis, dahi, muka dan dagu. Setelah istirahat sebentar, his mulai lagi untuk mengeluarkan badan dan anggota badan bayi (Yulizawati, 2019).

3) Kala III (Kala Uri)

Kala III persalinan dimulai setelah lahirnya bayi dan berakhir dengan lahirnya plasenta dan selaput ketuban dan berlangsung tidak lebih dari 30 menit (Kurniarum., 2016). Menurut Wiknjastro, dkk (2005), Setelah bayi lahir, uterus teraba keras dengan fundus uteri agak di atas pusat. Beberapa menit kemudian, uterus berkontraksi lagi untuk melepaskan plasenta dari dindingnya. Biasanya plasenta lepas dalam 6 sampai 15 menit setelah bayi lahir dan keluar spontan atau dengan tekanan pada fundus uteri (Yulizawati, 2019).

4) Kala IV (2 Jam setelah melahirkan)

Kala IV dimulai setelah lahirnya plasenta dan berakhir dua jam setelah itu. Merupakan masa paling kritis karena proses perdarahan yang berlangsung (Kurniarum., 2016). Menurut Manuaba (2008), Pada tahap ini, kontraksi otot rahim meningkat sehingga pembuluh darah terjepit untuk menghentikan perdarahan. Pada kala ini dilakukan observasi terhadap tekanan darah, pernapasan, nadi, kontraksi otot rahim dan perdarahan selama 2 jam pertama. Selain

itu juga dilakukan penjahitan luka episiotomi. Setelah 2 jam, bila keadaan baik, ibu dipindahkan ke ruangan bersama bayinya (Yulizawati, 2019)

d. Tanda-tanda persalinan

1) Timbulnya Kontraksi (His)

Ada 2 macam kontraksi yang pertama kontraksi palsu (Braxton hicks) dan kontraksi yang sebenarnya. Pada kontraksi palsu berlangsung sebentar, tidak terlalu sering dan tidak teratur, semakin lama tidak ada peningkatan kekuatan kontraksi. Sedangkan kontraksi yang sebenarnya bila ibu hamil merasakan kenceng-kenceng makin sering, waktunya semakin lama, dan makin kuat terasa, disertai mulas atau nyeri seperti kram perut. Perut bumil juga terasa kenceng. Kontraksi bersifat fundal recumbent/nyeri yang dirasakan terjadi pada bagian atas atau bagian tengah perut atas atau puncak kehamilan (fundus), pinggang dan panggul serta perut bagian bawah. Tidak semua ibu hamil mengalami kontraksi (His) palsu. Kontraksi ini merupakan hal normal untuk mempersiapkan rahim untuk bersiap menghadapi persalinan (Yulizawati, 2019).

2) Penipisan dan Pembukaan Serviks

Pada kehamilan pertama, terjadinya pembukaan ini disertai nyeri perut. Sedangkan pada kehamilan anak kedua dan selanjutnya, pembukaan biasanya tanpa diiringi nyeri. Rasa nyeri terjadi karena

adanya tekanan panggul saat kepala janin turun ke area tulang panggul sebagai akibat melunaknya rahim. Untuk memastikan telah terjadi pembukaan, tenaga medis biasanya akan melakukan pemeriksaan dalam (vaginal toucher) (Yulizawati, 2019). Penipisan dan pembukaan servix ditandai dengan adanya pengeluaran lendir dan darah sebagai tanda pemula (Kurniarum., 2016).

3) Bloody Show dan Pecahnya Ketuban

Dengan pendataran dan pembukaan, lendir dari canalis cervicalis keluar disertai dengan sedikit darah. Perdarahan yang sedikit ini disebabkan karena lepasnya selaput janin pada bagian bawah segmen bawah rahim hingga beberapa capillair darah terputus (Kurniarum., 2016). Terkadang ibu tidak sadar saat sudah mengeluarkan cairan ketuban dan terkadang menganggap bahwa yang keluar adalah air pipisnya. Cairan ketuban umumnya berwarna bening, tidak berbau, dan akan terus keluar sampai ibu akan melahirkan. Keluarnya cairan ketuban dari jalan lahir ini bisa terjadi secara normal namun bias juga karena ibu hamil mengalami trauma, infeksi, atau bagian ketuban yang tipis (locus minoris) berlubang dan pecah. Setelah ketuban pecah ibu akan mengalami kontraksi atau nyeri yang lebih intensif. Terjadinya pecah ketuban merupakan tanda terhubungnya dengan dunia luar dan membuka potensi kuman/bakteri untuk masuk (Yulizawati, 2019).

e. Konsep *Postdate*

1) Pengertian

Kehamilan *postdate* adalah kehamilan yang berlangsung 42 minggu atau lebih. Istilah lain yang sering dipakai adalah *postmaturitas*, *postdatism*, atau *serotinus* (Nita Norma, 2013).

2) Etiologi

a) Pengaruh progesteron

Pengaruh hormon progesteron dalam kehamilan dipercaya merupakan kejadian perubahan endokrin yang penting dalam memacu proses biomolekuler pada persalinan dan peningkatan sensitivitas uterus terhadap oksitosin, sehingga beberapa penulis menduga bahwa terjadinya kehamilan *postdate* adalah karena berlangsungnya pengaruh progesteron.

b) Teori oksitosin

Pemakaian oksitosin untuk induksi persalinan pada kehamilan *postdate* memberi kesan atau dipercaya bahwa oksitosin secara fisiologis memegang peranan penting dalam menimbulkan persalinan dan pelepasan oksitosin dari neurohipofisis ibu hamil yang kurang pada usia kehamilan lanjut diduga sebagai salah satu faktor penyebab kehamilan *postdate*.

c) Teori kortisol/ACTH janin

Diduga akibat peningkatan tiba-tiba kadar kortisol plasma janin. Kortisol janin akan mempengaruhi plasenta sehingga produksi

progesteron berkurang dan memperbesar sekresi estrogen selanjutnya berpengaruh terhadap meningkatnya produksi prostaglandin. Pada cacat bawaan janin seperti anensepalus, hipoplasia adrenal janin, dan tidak adanya kelenjar hipofisis pada janin akan menyebabkan kortisol janin tidak diproduksi dengan baik sehingga kehamilan dapat berlangsung lewat bulan.

d) Saraf uterus

Tekanan pada ganglion servikalis dari pleksus Frankenhauser akan mengakibatkan kontraksi uterus. Pada keadaan di mana tidak ada tekanan pada pleksus ini, seperti pada kelainan letak, tali pusat pendek dan bagian bawah masih tinggi kesemuanya diduga sebagai penyebab terjadinya kehamilan postdate.

e) Heriditer

Beberapa penulis menyatakan bahwa seorang ibu yang mengalami kehamilan postdate mempunyai kecenderungan untuk melahirkan lewat bulan pada kehamilan berikutnya. Mogren (1999) seperti dikutip Cunningham, menyatakan bahwa apabila seorang ibu mengalami kehamilan postdate saat melahirkan anak perempuan, maka besar kemungkinan anak perempuannya akan mengalami kehamilan postdate.

3) Patofisiologis

Permasalahan dari kehamilan postdate yaitu plasenta tidak sanggup memberikan nutrisi dan pertukaran CO₂ atau O₂ sehingga janin

mempunyai risiko asfiksia sampai kematian dalam rahim. Makin menurunnya sirkulasi darah menuju sirkulasi plasenta dapat mengakibatkan pertumbuhan janin makin lambat, terjadi perubahan metabolisme janin, air ketuban berkurang dan makin kental, sebagian janin bertambah berat, sehingga memerlukan tindakan operasi persalinan, berkurangnya nutrisi dan O₂ ke janin yang menimbulkan asfiksia dan setiap saat dapat meninggal dalam rahim, saat persalinan janin lebih mudah mengalami asfiksia (Manuaba, 2010).

f. Konsep *Sectio Caesarea*

1) Pengertian

Sectio Caesarea(SC) adalah salah satu cara melahirkan dengan membuat sayatan atau melakukan pembedahan pada dinding uterus melalui dinding depan perut (Amru Sofian, 2012).

2) Indikasi tindakan SC

Indikasi SC meliputi partus lama, disproporsi sefalo pelvic, panggul sempit, gawat janin, malpresentasi, ruptur uteri mengancam, dan indikasi lainnya. Indikasi klasik yang dapat dikemukakan sebagai dasar SC adalah prolong labour, ruptur uteri mengancam, fetal distress, berat janin melebihi 4000 gram, perdarahan ante partum. Indikasi yang menambah tingginya angka SC adalah SC berulang, kehamilan prematur, kehamilan resiko

tinggi, kehamilan kembar, SC dengan kelainan letak (Manuaba, 2012).

3) Komplikasi tindakan SC

Beberapa komplikasi yang paling banyak terjadi dalam SC adalah akibat tindakan anestesi, jumlah darah yang dikeluarkan oleh ibu selama operasi berlangsung, komplikasi penyulit, Endometriosis (radang endometrium), Tromboplebitis (gangguan pembekuan darah pembuluh balik), Embolisme (penyumbatan pembuluh darah paru), dan perubahan bentuk serta letak rahim menjadi tidak sempurna. Komplikasi serius pada tindakan SC adalah perdarahan karena atonia uteri, pelebaran insisi uterus, kesulitan mengeluarkan plasenta, hematoma ligamentum latum (Broad Ligamen), infeksi pada saluran genitalia, pada daerah insisi, dan pada saluran perkemihan (Prawirohardjo, 2012).

2.1.3 Konsep Asuhan Kebidanan Masa Nifas

a. Pengertian masa nifas

Menurut Saleha dalam Siti (2009), masa nifas adalah masa sesudah kelahiran bayi dan plasenta untuk memulihkan kembali kondisi organ kandungan seperti semula sebelum hamil dan berlangsung selama 6-8 minggu (Mansyur & Dahlan, 2014). Menurut Saleha (2008), masa nifas berasal dari Bahasa latin yaitu puer adalah bayi dan parous adalah melahirkan yang berarti masa sesudah melahirkan (Mansyur & Dahlan, 2014).

b. Tujuan asuhan masa nifas

Asuhan masa Nifas diberikan sebagai upaya mengurangi angka kematian ibu, karena masa nifas merupakan masa kritis dimana 60% kematian ibu akibat kehamilan terjadi setelah persalinan dan 50% kematian masa nifas terjadi dalam 24 jam pertama (Mansyur & Dahlan, 2014).

c. Tahap masa nifas

1) Puerperium Dini (*Immediate postpartum periode*)

Masa segera setelah plasenta lahir sampai dengan 24 jam, yang dalam hal ini ibu telah diperbolehkan berdiri dan berjalan-jalan. Masa ini sering terdapat banyak masalah misalnya perdarahan karena atonia uteri oleh karena itu bidan dengan teratur harus melakukan pemeriksaan kontraksi uterus, pengeluaran lochia, tekanan darah dan suhu.

2) Puerperium Intermedial (*Early Postpartum periode*)

Masa 24 jam setelah melahirkan sampai dengan 7 hari (1 minggu). Periode ini bidan memastikan bahwa involusio uterus berjalan normal, tidak ada perdarahan abnormal dan lochia tidak terlalu busuk, ibu tidak demam, ibu mendapat cukup makanan dan cairan, menyusui dengan baik, melakukan perawatan ibu dan bayinya sehari-hari.

3) Remote Puerperium (*Late postpartum periode*)

Masa 1 minggu sampai dengan 6 minggu pasca persalinan. Bidan melakukan pemantauan dan perawatan serta memberikan konseling KB (Mansyur & Dahlan, 2014).

d. Kebijakan program nasional masa nifas

Kebijakan program nasional masa nifas telah ditetapkan kunjungan masa nifas dilakukan minimal 4 kali, dengan tujuan untuk menilai kondisi ibu, dan bayi baru lahir sehingga dapat mendeteksi, mencegah dan menangani masalah yang terjadi selama masa nifas (Mansyur & Dahlan, 2014).

*Tabel 2.3
Kunjungan Nifas*

Kunjungan	Waktu	Tujuan
I	6-48 am	a. Mencegah perdarahan b. Mendeteksi dan merawat penyebab lain perdarahan c. Memberikan konseling cara mencegah perdarahan d. Pemberian ASI awal e. Melakukan hubungan antara ibu dan bayi baru lahir f. Mencegah hipotermi g. Menjaga kondisi ibu dan bayi tetap stabil
II	6 hari setelah persalinan	a. Memastikan involusi berjalan normal b. Menilai adanya tanda infeksi c. Memastikan pemenuhan nutrisi ibu

		d. Memastikan pemberian ASI dengan benar
III	2 minggu setelah persalinan	Asuhan yang dilakukan sama dengan asuhan yang dilakukan pada kunjungan ke II.
IV	6 minggu setelah persalinan	a. Menanyakan kesulitan yang dihadapi dalam masa nifas b. Memberikan konseling KB

Sumber: (Mansyur & Dahlan, 2014)

f. Perubahan fisiologis masa nifas

1) Perubahan Sistem Reproduksi

a) Uterus

Segera setelah lahirnya plasenta, pada uterus yang berkontraksi posisi fundus uteri berada kurang lebih pertengahan antara umbilicus dan simfisis, atau sedikit lebih tinggi. Dua hari kemudian, kurang lebih sama dan kemudian mengkerut, sehingga dalam dua minggu telah turun masuk ke dalam rongga panggul dan tidak dapat lagi diraba dari luar (Dewi Puspitaningrum, 2014). Berikut proses dalam involusi uterus :

(1) Autolysis

Autolysis merupakan proses penghancuran diri sendiri yang terjadi di dalam otot uterine. Enzim proteolitik akan memendekkan jaringan otot yang telah sempat mengendur hingga 10 kali panjangnya dari semula dan lima kali lebar dari semula selama kehamilan.

(2) Terdapat polymorph phagolitik dan macrophages di dalam system vaskuler dan limfasik.

(3) Efek Oksitosin

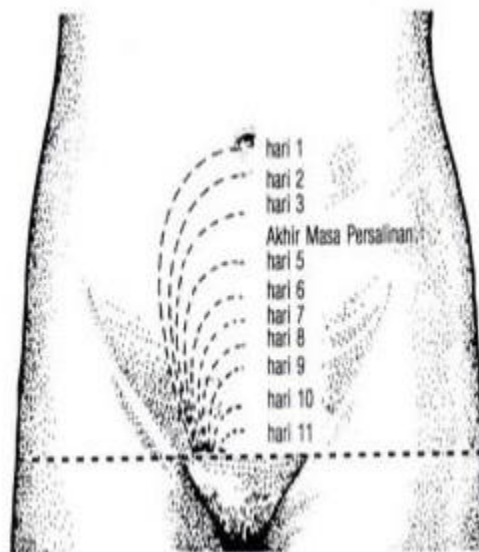
Penyebab kontraksi dan retraksi otot uterus sehingga akan mengompres pembuluh darah yang menyebabkan berkurangnya suplai darah ke uterus. Proses ini membantu untuk mengurangi situs atau tempat implantasi plasenta serta mengurangi perdarahan (Dewi Puspitaningrum, 2014). Dalam proses involusi terjadi pemisahan antara uterus dan pengeluaran plasenta dari membrannya, membran ini terdiri dari zona spongiosa, basalis desidua dan desidua parietalis. Dalam keadaan normal, uterus mencapai ukuran terbesar pada masa sebelum hamil sampai dengan kurang dari 4 minggu, berat uterus setelah kelahiran kurang lebih 1 kg sebagai akibat dari involusi. Satu minggu setelah melahirkan beratnya menjadi kurang lebih 500 gram, pada akhir minggu kedua setelah melahirkan menjadi kurang lebih 300 gram, setelah itu menjadi 100 gram atau kurang. Otot – otot uterus segera berkontraksi segera setelah post partum. Pembuluh – ini akan menghentikan perdarahan segera setelah plasenta dilahirkan. Setiap kali bila dirangsang, fundus uteri berada di atas umbilicus, maka hal – hal yang perlu dipertimbangkan adalah pengisian uterus oleh darah atau pembekuan darah saat awal jam postpartum atau pergeseran letak uterus karena kandung

kemih yang penuh setiap jam setelah melahirkan (Dewi Puspitaningrum, 2014).

*Tabel 2.4
Perbandingan Tinggi Fundus Uteri dan berat uterus
di masa involusi*

Involusi	TFU	Berat Uterus
Bayi Lahir	Setinggi pusat	1000 gr
1 minggu	Pertengahan pusat dan simpisis	750 gr
2 minggu	Tidak teraba di atas simpisis	500 gr
6 minggu	Normal	50 gr
8 minggu	Normal seperti sebelum hamil	30 gr

Sumber: Puspitaningrum, 2014



*Gambar 2.2
Perubahan tinggi fundus uteri selama masa nifas
Sumber: Puspitaningrum, 2014*

b) Vagina dan Perineum

Vagina dan perineum akan menipis saat persalinan dan akan berangsur-angsur kembali seperti semula. Rugae timbul kembali pada minggu ketiga. Hymen tampak sebagai tonjolan jaringan yang kecil, yang dalam proses pembentukan berubah menjadi kurunkula mitiformis yang khas pada wanita multipara. Berkurangnya sirkulasi progesterone mempengaruhi otot-otot pada panggul, perineum, vagina, dan vulva. Proses ini membantu pemulihan dari ligamentum otot Rahim (Dewi Puspitaningrum, 2014).

2) Perubahan Sistem Pencernaan

Pada ibu nifas terlebih yang mengalami partus lama dan terlantar mudah terjadi *ileus paralitikus*, yaitu adanya obstruksi usus akibat tidak adanya peristaltic usus. Penyebabnya adalah penekanan buah dada dalam kehamilan dan partus lama, sehingga membatasi gerak peristaltic usus serta bias juga terjadi karena pengaruh psikis takut BAB karena ada luka jahitan perineum.

3) Perubahan Sistem Perkemihan

Pelvis, ginjal dan ureter yang meregang dan berdilatasi selama kehamilan kembali normal pada akhir minggu keempat setelah melahirkan. Kurang lebih 40 % wanita nifas mengalami proteinuria yang nonpatologis sejak pasca melahirkan sampai dua

hari postpartum. Diuresis yang normal dimulai segera setelah bersalin sampai hari kelima setelah persalinan. Jumlah urine yang keluar dapat melebihi 3000 ml per harinya.

4) Perubahan Sistem Muskuloskeletal

Ligamen, fasia, dan diafragma pelvis yang meregang pada waktu persalinan, setelah bayi lahir, secara berangsur-angsur menjadi ciut dan pulih kembali sehingga tidak jarang uterus jatuh ke belakang dan menjadi retrofleksi, karena ligamen rotundum menjadi kendur. Stabilisasi secara sempurna terjadi pada 6-8 minggu setelah persalinan (Dewi Puspitaningrum, 2014).

5) Perubahan Sistem Endokrin

a) Hormon Plasenta

Pengeluaran plasenta menyebabkan penurunan signifikan hormon-hormon yang diproduksi oleh plasenta. Hormon plasenta menurun dengan cepat setelah persalinan. Penurunan hormon *Human Placental Lactogen* (HPL), estrogen dan progesteron serta plasental enzyme insulinase membalik efek diabetogenik kehamilan, sehingga kadar gula darah menurun secara bermakna pada nifas. *Human Chorionic Gonadotropin* (HCG) menurun dengan cepat dan menetap sampai 10% dalam 3 jam hingga hari ke-7 postpartum dan sebagai onset pemenuhan

mamae pada hari ke-3 postpartum (Dewi Puspitaningrum, 2014).

b) Hormon Pituitary

Prolaktin darah meningkat dengan cepat, pada wanita tidak menyusui menurun dalam waktu 2 minggu. FSH dan LH meningkat pada fase konsentrasi folikuler pada minggu ke-3, dan LH tetap rendah hingga ovulasi terjadi.

c) Hormon Oksitosin

Selama tahap ketiga persalinan, oksitosin menyebabkan pemisahan plasenta. Kemudian seterusnya bertindak atas otot yang menahan kontraksi, mengrangi tempat plasenta dan mencegah perdarahan. Pada wanita menyusui, isapan sang bayi merangsang keluarnya oksitosin dan akan membantu uterus kembali ke bentuk normal dan pengeluaran air susu.

d) Hipotalamik Pituitary Ovarium

Wanita menyusui dan Wanita yang tidak menyusui akan mempengaruhi lama terjadinya menstruasi. Seringkali menstruasi pertama itu bersifat anovulasi yang dikarenakan rendahnya kadar estrogen dan progesteron. Diantara wanita menyusui sekitar 15% memperoleh menstruasi selama 6 minggu dan 45% setelah 12 minggu. Diantara wanita yang tidak menyusui 40% menstruasi

setelah 6 minggu, 655 setelah 12 minggu dan 905 setelah 24 minggu. Untuk wanita menyusui 80% menstruasi pertama anovulasi dan untuk wanita yang tidak menyusui 50% siklus pertama anovulasi (Dewi Puspitaningrum, 2014).

6) Perubahan Tanda-Tanda Vital

a) Suhu Badan

24 jam postpartum suhu badan akan naik sedikit ($37,5^{\circ}\text{C}$ - 38°C) sebagai akibat kerja keras waktu melahirkan, kehilangan cairan dan kelelahan, apabila keadaan normal suhu badan akan biasa lagi. Pada hari ketiga suhu badan akan naik lagi karena ada pembentukan ASI, buah dada menjadi bengkak, berwarna merah karena banyaknya ASI bila suhu tidak turun kemungkinan ada infeksi pada endometrium, mastitis, traktus urogenitalis atau sistem lain. Kita anggap nifas terganggu kalau ada demam lebih dari 38°C pada 2 hari berturut-turut pada 10 hari yang pertama postpartum, kecuali hari pertama dan suhu harus diambil sekurang-kurangnya 4x sehari (Dewi Puspitaningrum, 2014).

b) Nadi

Denyut nadi normal pada orang dewasa 6-80 kali permenit. Sehabis melahirkan biasanya denyut nadi itu

akan lebih cepat. Setiap denyut nadi yang melebihi 100 adalah abnormal dan hal ini mungkin disebabkan oleh infeksi atau perdarahan postpartum yang tertunda (Dewi Puspitaningrum, 2014).

c) Tekanan Darah

Tekanan darah biasanya tidak berubah, kemungkinan tekanan darah akan rendah setelah ibu melahirkan karena ada perdarahan. Tekanan darah tinggi pada postpartum dapat menandakan terjadinya pre-eklampsia postpartum.

d) Pernafasan

Keadaan pernafasan selalu berhubungan dengan keadaan suhu dan denyut nadi. Apabila suhu dan denyut nadi tidak normal pernafasan juga akan mengikutinya kecuali ada gangguan khusus pada saluran pernafasan (Dewi Puspitaningrum, 2014).

7) Perubahan Sistem Kardiovaskuler

Pada persalinan pervaginam kehilangan darah sekitar 300-400 cc. Bila kelahiran melalui sectio sesaria kehilangan darah dapat dua kali lipat. Perubahan terdiri dari volume darah dan haemokonsentrasi. Apabila pada persalinan pervaginam haemokonsentrasi cenderung stabil dan kembali normal setelah 4-6 minggu. Volume darah ibu relatif akan bertambah. Keadaan ini akan menimbulkan beban pada jantung dan dapat

menimbulkan dekompensasi kordis pada penderita vitium cordia. Keadaan ini dapat diatasi dengan mekanisme kompensasi dengan timbulnya haemokonsentrasi sehingga volume darah kembali seperti sedia kala. Umumnya hal ini terjadi pada hari ke- 3 sampai ke-5 hari postpartum (Dewi Puspitaningrum, 2014).

8) Perubahan Sistem Hematologi

Selama minggu-minggu terakhir kehamilan, kadar fibrinogen dan plasma serta faktor-faktor pembekuan darah meningkat. Pada hari pertama postpartum, kadar fibrinogen dan plasma akan sedikit menurun tetapi darah lebih mengental dengan peningkatan viskositas sehingga meningkatkan faktor pembekuan darah. Leukositosis yang meningkat dimana jumlah sel darah putih dapat mencapai 15000 selama persalinan akan tetap tinggi dalam beberapa hari pertama dari masa postpartum. Jumlah sel darah putih tersebut masih bisa naik lagi sampai 25000 atau 30000 tanpa adanya kondisi patologis jika wanita tersebut mengalami persalinan lama. Kira-kira selama kelahiran dan masa postpartum terjadi kehilangan darah sekitar 200-500 ml. Penurunan volume dan peningkatan sel darah pada kehamilan diasosiasikan dengan peningkatan hematokrit dan hemoglobin pada hari ke 3-7

postpartum dan akan kembali normal dalam 4-5 minggu postpartum (Dewi Puspitaningrum, 2014).

g. Tanda bahaya masa nifas

1) Perdarahan Masa Nifas

a) Perdarahan postpartum primer (Early Postpartum Hemorrhage) adalah perdarahan lebih dari 500-600 ml dalam masa 24 jam setelah anak lahir, atau perdarahan dengan volume seberapapun tetapi terjadi perubahan keadaan umum ibu dan tanda-tanda vital sudah menunjukkan adanya perdarahan. Penyebab utama adalah atonia uteri, retensio placenta, sisa placenta dan robekan jalan lahir. Terbanyak dalam 2 jam pertama (Wahyuningsih, 2018).

b) Perdarahan postpartum sekunder (Late Postpartum Hemorrhage) adalah perdarahan dengan konsep pengertian yang sama seperti perdarahan postpartum primer namun terjadi setelah 24 jam postpartum hingga masa nifas selesai. Perdarahan postpartum sekunder yang terjadi setelah 24 jam, biasanya terjadi antara hari ke 5 sampai 15 postpartum. Penyebab utama adalah robekan jalan lahir dan sisa placenta (Wahyuningsih, 2018).

2) Hipertensi *Postpartum*

Hipertensi postpartum merupakan salah satu kondisi yang bila tidak ditangani dengan tepat dapat menyebabkan komplikasi

seperti kehilangan penglihatan bahkan kematian. Hipertensi postpartum dialami oleh sekitar 2% ibu hamil (Sharma & Kilpatric, 2017). Kenaikan tekanan darah biasanya mencapai puncaknya pada 3-6 hari pasca persalinan pada wanita normotensif atau dengan riwayat hipertensi sebelumnya (Powles & Ghandi, 2017).

3) Infeksi pada Masa Nifas

Infeksi alat genital merupakan komplikasi masa nifas. Infeksi yang meluas ke saluran urinari, payudara, dan pasca pembedahan merupakan salah satu penyebab terjadinya AKI tinggi. Gejala umum infeksi berupa suhu badan panas, malaise, denyut nadi cepat. Gejala lokal dapat berupa uterus lembek, kemerahan dan rasa nyeri pada payudara atau adanya dysuria (Wahyuningsih, 2018).

Evaluasi penyembuhan luka

Penyembuhan luka diamati dengan menggunakan Skala REEDA. Skala REEDA yaitu skala untuk menilai penyembuhan luka dengan pengamatan pada 5 komponen adanya Redness (kemerahan/infeksi pada luka), Edema (adanya bengkak pada daerah sekitar luka), Ecchymosis (tanda perdarahan dengan warna kebiruan disekitar luka), Discharge (keluarnya cairan/serum dari luka), dan Approximasi (pendekatan antara tepi luka). Masing-masing kategori ini mempunyai nilai 0-3, sehingga

total akan menghasilkan nilai paling rendah 0 yang artinya penyembuhan paling baik dan nilai total paling tinggi 15 artinya penyembuhan luka buruk.

4) Lochea yang Berbau Busuk

Lochea adalah cairan yang dikeluarkan uterus melalui vagina dalam masa nifas sifat lochea alkalis, jumlah lebih banyak dari pengeluaran darah dan lendir waktu menstruasi dan berbau anyir (cairan ini berasal dari bekas melekatnya atau implantasi placenta) (Wahyuningsih, 2018). Menurut Mochtar (2002) Lochea dibagi dalam beberapa jenis, antara lain sebagai berikut (Wahyuningsih, 2018).

- a) Lochea rubra (cruenta): berisi darah segar dan sisa-sisa selaput ketuban, sel-sel desidua, verniks kaseosa, lanugo, dan mekoneum, selama 2 hari pasca persalinan.
- b) Lochea sanguinolenta: berwarna merah kuning berisi darah dan lendir hari ke 3-7 pasca persalinan.
- c) Lochea serosa: berwarna kuning, cairan tidak berdarah lagi, pada hari ke 7-14 pasca persalinan.
- d) Lochea alba: cairan putih, setelah 2 minggu.
- e) Lochea purulenta: terjadi infeksi, keluar cairan seperti nanah berbau busuk.
- f) Lochiostasis: lochea tidak lancar keluarnya.

5) Sub Involusi Uterus

Menurut Mochtar (2002), Involusi adalah keadaan uterus mengecil oleh kontraksi rahim dimana berat rahim dari 1000 gram saat setelah bersalin, menjadi 40-60 mg pada 6 minggu kemudian. Bila pengecilan ini kurang baik atau terganggu di sebut sub involusi (Wahyuningsih, 2018). Menurut Prawirohardjo (2007), Pada keadaan sub involusi, pemeriksaan bimanual di temukan uterus lebih besar dan lebih lembek dari seharusnya, fundus masih tinggi, lochea banyak dan berbau, dan tidak jarang terdapat pula perdarahan. Faktor penyebab sub involusi, antara lain: sisa plasenta dalam uterus, endometritis, adanya mioma uteri (Wahyuningsih, 2018)

6) Nyeri pada Perut dan Pelvis

Tanda-tanda nyeri perut dan pelvis dapat merupakan tanda dan gejala komplikasi nifas seperti Peritonitis. Peritonitis adalah peradangan pada peritonium, peritonitis umum dapat menyebabkan kematian 33% dari seluruh kematian karena infeksi (Wahyuningsih, 2018).

7) Pusing dan Lemas yang Berlebihan, Sakit Kepala, Nyeri Epigastrik, dan Penglihatan Kabur

Menurut Manuaba (2008), pusing merupakan tanda-tanda bahaya pada nifas. Pusing bisa disebabkan oleh tekanan darah tinggi (Sistol ≥ 140 mmHg dan distolnya ≥ 90 mmHg). Pusing yang

berlebihan juga perlu diwaspadai adanya keadaan preeklamsi/eklamsi postpartum, atau keadaan hipertensi esensial. Pusing dan lemas yang berlebihan dapat juga disebabkan oleh anemia bila kadar haemoglobin (Wahyuningsih, 2018).

8) Suhu Tubuh Ibu > 38 °C

Menurut Mochtar (2002), Dalam beberapa hari setelah melahirkan suhu badan ibu sedikit meningkat antara 37,2°C-37,8°C oleh karena reabsorpsi proses perlukaan dalam uterus, proses autolisis, proses iskemic serta mulainya laktasi, dalam hal ini disebut demam reabsorpsi. Hal ini adalah peristiwa fisiologis apabila tidak disertai tanda-tanda infeksi yang lain. Namun apabila terjadi peningkatan melebihi 38°C berturut-turut selama 2 hari kemungkinan terjadi infeksi. Infeksi nifas adalah keadaan yang mencakup semua peradangan alat-alat genitalia dalam masa nifas (Wahyuningsih, 2018).

9) Payudara yang Merah, Panas, dan Terasa Sakit.

Keadaan ini dapat disebabkan oleh payudara yang tidak disusu secara adekuat, puting susu yang lecet, BH yang terlalu ketat, ibu dengan diet yang kurang baik, kurang istirahat, serta anemia. Keadaan ini juga dapat merupakan tanda dan gejala adanya komplikasi dan penyulit pada proses laktasi, misalnya pembengkakan payudara, bendungan ASI, mastitis dan abses payudara (Wahyuningsih, 2018).

10) Kehilangan Nafsu Makan dalam Waktu yang Lama

Kelelahan yang amat berat setelah persalinan dapat mempengaruhi nafsu makan, sehingga terkadang ibu tidak ingin makan sampai kelelahan itu hilang. Hendaknya setelah bersalin berikan ibu minuman hangat, susu, kopi atau teh yang bergula untuk mengembalikan tenaga yang hilang. Berikanlah makanan yang sifatnya ringan, karena alat pencernaan perlu proses guna memulihkan keadaannya kembali pada masa postpartum (Wahyuningsih, 2018).

11) Demam, Muntah, dan Rasa Sakit Waktu Berkemih

Selama masa nifas dapat terbentuk thrombus sementara pada vena-vena di pelvis maupun tungkai yang mengalami dilatasi. Keadaan ini secara klinis dapat menyebabkan peradangan pada vena-vena pelvis maupun tungkai yang disebut tromboplebitis pelvica (pada panggul) dan tromboplebitis femoralis (pada tungkai). Pembengkakan ini juga dapat terjadi karena keadaan edema yang merupakan tanda klinis adanya preeklamsi/eklamsi (Wahyuningsih, 2018).

2.1.4 Konsep Asuhan Kebidanan Neonatus

a. Pengertian neonatus

Neonatus (bayi baru lahir) adalah bayi yang berumur 0 sampai dengan usia 1 bulan sesudah lahir. Neonatus dini adalah bayi berusia 0-7 hari. Neonatus lanjut adalah bayi berusia 7-28 hari, (Muslihatun, 2010).

Pada masa neonatal (0-28 hari) terjadi perubahan yang sangat besar dari kehidupan di dalam rahim dan terjadi pematangan organ hampir pada semua sistem. Bayi hingga usia kurang satu bulan merupakan golongan umur yang memiliki risiko gangguan kesehatan paling tinggi dan berbagai masalah kesehatan bisa muncul, sehingga tanpa penanganan yang tepat, bisa berakibat fatal (Kemenkes, 2021).

b. Adaptasi bayi baru lahir

Adaptasi pada bayi baru lahir adalah periode adaptasi terhadap kehidupan keluar Rahim. Periode ini dapat berlangsung hingga satu bulan atau lebih setelah kelahiran untuk beberapa sistem tubuh bayi. Transisi paling nyata dan cepat terjadi pada sistem pernapasan dan sirkulasi, sistem kemampuan mengatur suhu, dan dalam kemampuan mengambil dan menggunakan glukosa (Setiyani, 2016).

Faktor yang dapat mempengaruhi kehidupan di luar Rahim diantaranya yakni riwayat antepartum ibu dan bayi baru lahir misalnya terpapar zat toksik, sikap ibu terhadap kehamilannya dan pengalaman pengasuhan bayi, riwayat intrapartum ibu dan bayi baru lahir, misalnya lama persalinan, tipe analgesik atau anestesi intrapartum, dan kapasitas fisiologis bayi baru lahir untuk melakukan transisi dari kehidupan intrauterin ke kehidupan ekstrauterin. Kemampuan petugas kesehatan dalam mengkaji dan merespon masalah dengan tepat pada saat terjadi (Setiyani, 2016).

1) Perubahan Sistem Pernafasan

Paru berasal dari benih yang tumbuh di rahim, yg bercabang-cabang dan beranting menjadi struktur pohon bronkus. Proses ini berlanjut dari kelahiran hingga sekitar usia 8 tahun ketika jumlah bronkiol dan alveol sepenuhnya berkembang, walaupun janin memperlihatkan gerakan pernapasan pada trimester II dan III (Setiyani, 2016). Nafas pertama bayi timbul karena adanya rangsangan pada pusat pernafasan di otak dengan terjadinya hipoksia pada akhir persalinan dan rangsangan fisik lingkungan luar rahim yang merangsang pusat pernapasan di otak. Selain itu, tekanan dalam dada, yang terjadi melalui pengempisan paru selama persalinan, merangsang masuknya udara ke dalam paru secara mekanik. Interaksi antara sistem pernapasan, kardiovaskuler, dan susunan saraf pusat menimbulkan pernapasan yang teratur dan berkesinambungan serta denyut yang diperlukan untuk kehidupan. Jadi sistem-sistem harus berfungsi secara normal (Setiyani, 2016).

2) Perubahan Sistem Sirkulasi

Setelah lahir, darah bayi baru lahir harus melewati paru untuk mengambil oksigen dan mengadakan sirkulasi melalui tubuh guna mengantarkan oksigen ke jaringan. Untuk menyelenggarakan sirkulasi terbaik mendukung kehidupan luar rahim, harus terjadi penutupan foramen ovale jantung dan penutupan duktus arteriosus antara arteri paru dan aorta. Dua

peristiwa yang mengubah tekanan dalam sistem pembuluh darah. Saat tali pusat dipotong, resistensi pembuluh sistemik meningkat dan tekanan atrium kanan menurun dan tekanan atrium kanan menurun karena berkurangnya aliran darah ke atrium kanan yang mengurangi volume dan tekanannya (Setiyani, 2016).

3) Sistem Thermogulasi

Bayi baru lahir belum dapat mengatur suhu, sehingga akan mengalami stress dengan adanya perubahan lingkungan. Saat bayi masuk ruang bersalin masuk lingkungan lebih dingin. v Suhu dingin menyebabkan air ketuban menguap lewat kulit, sehingga mendinginkan darah bayi. Pada lingkungan yang dingin, terjadi pembentukan suhu tanpa mekanisme menggigil merupakan jalan utama bayi yang kedinginan untuk mendapatkan panas tubuh. Pembentukan suhu tanpa mekanisme menggigil merujuk pada penggunaan lemak coklat untuk produksi panas. Timbunan lemak coklat terdapat pada seluruh tubuh, mampu meningkatkan panas sebesar 100%, ntuk membakar lemak coklat bayi membutuhkan glukosa guna mendapatkan energi yang mengubah lemak menjadi panas. Lemak coklat tidak dapat diproduksi ulang oleh bayi baru lahir (Setiyani, 2016)

4) Sistem Gastro Intestinal

Sebelum lahir janin cukup bulan akan mulai menghisap dan menelan. Kemampuan bayi cukup bulan menerima dan menelan

makanan terbatas, hubungan esofagus bawah dan lambung belum sempurna sehingga mudah gumoh terutama bayi baru lahir dan bayi muda. Kapasitas lambung terbatas kurang dari 30 cc untuk bayi cukup bulan. Kapasitas lambung akan bertambah bersamaan dengan tambah umur. Usus bayi masih belum matang sehingga tidak mampu melindungi diri dari zat berbahaya, kolon bayi baru lahir kurang efisien dalam mempertahankan air dibanding dewasa sehingga bahaya diare menjadi serius pada bayi baru lahir.

5) Perubahan Sistem Immunologi

Sistem imunitas bayi baru lahir masih belum matang sehingga rentan terhadap berbagai infeksi dan alergi. Sel darah masih belum matang sehingga bayi belum mampu melokalisasi dan memerangi infeksi secara efisien. Kekebalan akan muncul kemudian reaksi bayi terhadap antigen asing masih belum bisa dilakukan sampai awal kehidupan.

6) Perubahan Sistem Ginjal

Kapasitas ginjal kecil hingga setelah lahir. Urine bayi encer, berwarna kekuning-kuningan dan tidak berbau. Warna coklat dapat disebabkan oleh lendir bebas membrane mukosa dan udara asam akan hilang setelah bayi banyak minum. Garam asam urat dapat menimbulkan warna merah jambu pada urine. filtrasi glomerulus rendah dan kemampuan reabsorpsi tubular terbatas. Bayi tidak mampu mengencerkan urine dengan baik saat

mendapat asupan cairan, juga tidak dapat mengantisipasi tingkat larutan yang tinggi rendah dalam darah. Urine dibuang dengan cara mengosongkan kandung kemih secara reflek. Urine pertama dibuang saat lahir dan dalam 24 jam , dan akan semakin sering dengan banyak cairan (Setiyani, 2016).

c. Asuhan bayi baru lahir

Menurut Prawirohardjo (2014) asuhan yang diberikan pada bayi baru lahir adalah sebagai berikut.

1) Asuhan Segera Bayi Baru Lahir

Asuhan segera pada bayi baru lahir adalah asuhan yang diberikan pada bayi baru lahir selama jam pertama setelah kelahiran (Prawirohardjo, 2014). Segera setelah melahirkan badan bayi, dilakukan penilaian selintas meliputi pernafasan, tangisan dan gerak bayi. Sebagian besar bayi akan menangis dan bernafas spontan dalam waktu 30 detik setelah lahir (Prawirohardjo, 2014).

a) Klem dan potong Tali Pusat

Tali pusat dipotong dengan memerhatikan konsep steril untuk mencegah terjadinya infeksi. Setelah tali pusat dipotong dilakukan pemeriksaan tali pusat setiap 15 menit untuk menilai apakah masih ada perdarahan dan melakukan pengikatan serta perawatan tali pusat.

b) Menjaga suhu bayi Tetap Hangat

Menjaga suhu bayi dengan melakukan kontak kulit dengan ibu dan mengganti handuk basah dengan yang kering, pemeriksaan dilakukan setiap 15 menit.

c) Kontak dini dengan Ibu

Melakukan kontak kulit antara bayi dan juga ibu untuk menjaga suhu bayi dan melakukan IMD (Prawirohardjo, 2014). Prinsip pemberian ASI adalah dimulai sedini mungkin, eksklusif selama 6 bulan diteruskan sampai 2 tahun dengan makanan pendamping ASI sejak usia 6 bulan. Pemberian ASI juga meningkatkan ikatan kasih sayang (asih), memberikan nutrisi terbaik (asuh) dan melatih refleks dan motorik bayi (asah) (Kemenkes, 2014).

d) Melakukan pemeriksaan Fisik pada Bayi

Pemeriksaan fisik dilakukan secara head to toe (Setiyani, 2016). Pemeriksaan BBL bertujuan untuk mengetahui sedini mungkin jika terdapat kelainan pada bayi. Risiko terbesar kematian BBL terjadi pada 24 jam pertama kehidupan, sehingga jika bayi lahir di fasilitas kesehatan sangat dianjurkan untuk tetap tinggal di fasilitas kesehatan selama 24 jam pertama (Kemenkes, 2014).

e) Pemberian Vitamin K

Vitamin K diberikan untuk mencegah terjadinya perdarahan karena defisiensi vitamin K pada bayi. Vitamin K diberikan

secara parenteral dengan dosis 0,5-1 mg (Prawirohardjo, 2014).

f) Pemberian Imunisasi HB 0

Imunisasi Hepatitis B pertama (HB 0) diberikan 1-2 jam setelah pemberian Vitamin K1 secara intramuskular. Imunisasi Hepatitis B bermanfaat untuk mencegah infeksi Hepatitis B terhadap bayi, terutama jalur penularan ibu-bayi (Kemenkes, 2014).

g) Pencegahan Infeksi Mata

Salep atau tetes mata untuk pencegahan infeksi mata diberikan segera setelah proses IMD dan bayi selesai menyusui, sebaiknya 1 jam setelah lahir. Pencegahan infeksi mata dianjurkan menggunakan salep mata antibiotik tetrasiklin 1% (Kemenkes, 2014).

2) Rawat Gabung

Rawat gabung adalah satu cara perawatan dimana ibu dan bayi yang baru dilahirkan tidak dipisahkan, melainkan ditempatkan dalam sebuah ruangan, kamar atau tempat bersama-sama selama 24 jam penuh seharinya, hal ini merupakan waktu yang baik bagi ibu dan bayi saling berhubungan dan dapat memberikan kesempatan bagi keduanya untuk pemberian ASI (Setiyani, 2016).

Tujuan dilakukannya rawat gabung adalah Memberikan bantuan emosional, penggunaan ASI agar bayi dapat sesegera mungkin mendapat colostrom/ASI. Produksi ASI akan semakin banyak jika diberikan sesering mungkin. Pencegahan infeksi, Pendidikan kesehatan dan memberikan stimulasi mental dini tumbuh kembang pada bayi (Setiyani, 2016).

d. Kebutuhan dasar neonatus

1) Kebutuhan Asuh

Kebutuhan asuh merupakan kebutuhan dasar fisik berupa nutrisi dan tempat tinggal. Kebutuhan asuh dititikberatkan pada kebutuhan asupan nutrisi. .Nutrisi ini harus terpenuhi sejak anak masih dalam rahim. Ibu memberikan nutrisi seimbang melalui konsumsi makanan yang bergizi dan menu seimbang. Air susu ibu (ASI) yang merupakan nutrisi yang paling lengkap dan seimbang bagi bayi terutama pada 6 bulan pertama (ASI Eksklusif). Nutrisi yang adekuat dan seimbang merupakan kebutuhan akan asuh yang terpenting. Nutrisi termasuk bagian gizi untuk pembangunan tubuh yang mempunyai pengaruh terhadap pertumbuhan dan perkembangan, terutama pada tahun-tahun pertama kehidupan dimana anak sedang mengalami pertumbuhan yang sangat pesat terutama pertumbuhan otak (Setiyani, 2016).

*Tabel 2.5
Tahap Pemenuhan Nutrisi Berdasarkan Usia Anak*

Umur	ASI	Makanan Lumat	Makanan Lembik	Makanan Keluarga
0-6 bulan				
6-8 bulan				
9-11 bulan				
12-24 bulan				
>24 bulan				

Sumber : Setiyani, 2016

2) Kebutuhan Perawatan Kesehatan Dasar

a) Imunisasi

Imunisasi merupakan suatu upaya untuk menimbulkan/meningkatkan kekebalan seseorang secara aktif terhadap suatu penyakit, sehingga apabila suatu saat terpajan dengan penyakit tersebut tidak akan sakit atau hanya mengalami sakit ringan (Kemenkes, 2019). Anak perlu diberikan imunisasi dasar yang lengkap yaitu BCG, Polio, DPT, Hb dan Campak agar terlindung dari penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi (Setiyani, 2016).

Tabel 2.6
Daftar Imunisasi Dasar

Jenis Imunisasi	Usia Pemberian	Jumlah Pemberian	Interval Minimal
Hepatitis B	0-7 hari	1	-
BCG	1 bulan	1	-
Polio/IPV	1, 2, 3, 4 bulan	4	-
DPT-Hb-Hib	2, 3, 4 bulan	3	4 minggu
Campak	9 bulan	1	4 minggu

Sumber: Setiyani, 2016

b) Pemeriksaan Neonatus Menggunakan MTBS

Untuk mengetahui apakah seorang bayi baru lahir dalam keadaan sehat atau sakit dapat dilakukan dengan memeriksa tanda dan gejala utama pada bayi. Pemeriksaan tersebut menggunakan bagan bayi muda pada pedoman Manajemen Terpadu Balita Sakit. Tanda atau gejala pada bayi muda sakit kadang merupakan suatu masalah tersendiri atau bagian dari suatu penyakit (Kemenkes, 2014)

c) Kebutuhan Asih

Asih merupakan kebutuhan terhadap emosi. Kelembutan dan kasih sayang adalah kunci untuk mendapatkan hati anak sehingga mereka tidak segan untuk bercerita. Meluangkan waktu bersama untuk bermain, berjalan-jalan, dan menikmati waktu hanya berdua saja (Setiyani, 2016).

d) Kebutuhan Asah

Asah adalah suatu kebutuhan akan adanya stimulasi atau rangsangan dari lingkungan yang sangat penting untuk

pertumbuhan dan perkembangan anak. Anak yang banyak mendapatkan stimulasi yang terarah akan cepat berkembang dibandingkan dengan anak yang kurang mendapatkan stimulasi. Pemberian stimulasi ini sudah dapat dilakukan sejak masa kehamilan, dan juga setelah lahir dengan cara menyusui anak sedini mungkin (Setiyani, 2016).

e. Kunjungan neonatus

Pelayanan neonatal dilakukan paling sedikit 3 kali kunjungan yakni sebagai berikut (Kemenkes, 2014).

- a) 1 kali pada umur 6-48 jam
- b) 1 kali pada umur 3-7 hari
- c) 1 kali pada umur 8-28 hari

f. Tanda bahaya neonatus

Gejala sakit pada bayi baru lahir sulit diketahui. Dengan mengetahui tanda bahaya, bayi akan cepat mendapat pertolongan sehingga dapat mencegah kematian. Berikut tanda-tanda bahaya umum pada neonates (Toro, 2019).

1) Tidak mau menyusui atau memuntahkan semua yang diminum

Bayi tidak mau menyusui ketika sudah dalam kondisi lemah, dan mungkin justru dalam kondisi dehidrasi berat (Toro, 2019).

2) Kejang

Kejang pada bayi memang kadang terjadi, yang perlu diperhatikan adalah bagaimana kondisi pemicu kejang. Apakah kejang terjadi

saat bayi demam. Jika bayi anda kejang namun tidak dalam kondisi demam, maka curigai ada masalah lain. Perhatikan frekuensi dan lamanya kejang, konsultasikan pada dokter (Toro, 2019)

3) Bayi lemah, bergerak hanya jika di pegang

Kondisi lemah biasanya dipicu dari diare, muntah yang berlebihan atau infeksi berat (Toro, 2019)

4) Sesak nafas

Nafas bayi umumnya lebih cepat dari manusia dewasa yaitu sekitar 40-60 kali permenit. Jika bayi bernafas kurang dari 40 kali permenit atau lebih dari 60 kali permenit maka wajib diwaspadai. Lihat dinding dadanya, ada tarikan atau tidak (Toro, 2019).

5) Bayi merintih

Bayi belum dapat mengungkapkan apa yang dirasakan. Ketika bayi merintih terus menerus walaupun sudah diberi ASI atau sudah dihapuk-hapuk, maka perlu diwaspadai dan segera konsultasi pada tenaga kesehatan. Bisa jadi ada ketidaknyamanan lain yang bayi rasakan (Toro, 2019).

6) Pusar kemerahan sampai dinding perut

Tali pusar yang berwarna kemerahan menunjukkan adanya infeksi, jaga tali pusat bayi agar tetap kering dan bersih. Bersihkan dengan air hangat dan biarkan kering, tutup dengan kassa steril (Toro, 2019)

7) Demam (suhu tubuh bayi lebih dari $37,5^{\circ}\text{c}$ atau teraba dingin (suhu tubuh kurang dari $36,5^{\circ}\text{c}$)

Suhu normal bayi berkisar antara $36,5^{\circ}\text{c}$ – $37,5^{\circ}\text{c}$. Jika bayi mengalami demam berikan ASI sesering mungkin untuk mencegah kekurangan cairan, pakaian baju yang tipis agar panas cepat menguap, berikan kompres hangat di dahi dan ketiak, jika suhu lebih dari 38°c rujuk ke pelayanan kesehatan terdekat (Toro, 2019).

8) Mata bayi bernanah banyak dan dapat menyebabkan bayi buta

Nanah yang berlebihan pada bayi menunjukkan adanya infeksi yang berasal dari proses persalinan. Bersihkan mata bayi dengan kapas dan air hangat lalu konsultasikan pada dokter atau bidan (Toro, 2019).

9) Bayi diare, mata cekung, tidak sadar, jika kulit perut dicubit akan kembali lambat.

10) Kulit terlihat kuning

Kuning pada bayi biasanya terjadi karena bayi kurang ASI. Namun apabila kuning pada bayi terjadi pada waktu kurang dari 24 jam setelah lahir atau lebih dari 14 hari setelah lahir, kuning menjalar hingga telapak tangan dan kaki bahkan tinja bayi berwarna kuning maka ibu harus mengkonsultasikan hal tersebut kepada dokter (Toro, 2019).

2.1.5 Konsep Asuhan Kebidanan Keluarga Berencana

a. Pengertian keluarga berencana

Keluarga Berencana (KB) adalah suatu usaha untuk membantu individu atau pasangan suami istri dalam mencapai kesejahteraan dengan memberikan nasehat perkawinan, pengobatan kemandulan dan enjarangan kelahiran dengan proses yang disadari oleh pasangan untuk memutuskan jumlah dan jarak anak serta waktu kelahiran (Matahari et al., 2018).

Keluarga Berencana adalah upaya mengatur kelahiran anak, jarak dan usia ideal melahirkan, mengatur kehamilan, melalui promosi, perlindungan, dan bantuan sesuai dengan hak reproduksi untuk mewujudkan keluarga yang berkualitas (Perpres, 2015)

b. Tujuan keluarga berencana

Tujuan Keluarga Berencana adalah meningkatkan kesejahteraan ibu dan anak serta mewujudkan keluarga kecil yang bahagia dan sejahtera melalui pengendalian kelahiran dan pengendalian pertumbuhan penduduk Indonesia. Di samping itu KB diharapkan dapat menghasilkan penduduk yang berkualitas, sumber daya manusia yang bermutu dan meningkatkan kesejahteraan keluarga (Matahari et al., 2018). Dalam PP No. 87 Tahun 2014 Pasal 18, menyebutkan tujuan dari kebijakan keluarga berencana adalah sebagai berikut.

- 1) Mengatur kehamilan yang diinginkan
- 2) menjaga kesehatan dan menurunkan angka kematian ibu, bayi, dan anak

- 3) meningkatkan akses dan kualitas informasi, pendidikan, konseling, dan pelayanan Keluarga Berencana dan kesehatan reproduksi
- 4) meningkatkan partisipasi dan kesertaan pria dalam praktek Keluarga Berencana, dan
- 5) mempromosikan penyusuan bayi sebagai upaya untuk menjarangkan jarak kehamilan.

c. Sasaran program KB

Sasaran dari program KB, meliputi sasaran langsung, yaitu pasangan usia subur yang bertujuan untuk menurunkan tingkat kelahiran dengan cara penggunaan kontrasepsi secara berkelanjutan, dan sasaran tidak langsung yang terdiri dari pelaksana dan pengelola KB, dengan cara menurunkan tingkat kelahiran melalui pendekatan kebijaksanaan kependudukan terpadu dalam rangka mencapai keluarga yang berkualitas, keluarga sejahtera (Matahari et al., 2018).

d. Ruang lingkup KB

Menurut Handayani (2010), ruang lingkup program KB sebagai berikut (Rahayu, 2016).

- 1) Komunikasi informasi dan edukasi
- 2) Konseling
- 3) Pelayanan infertilitas
- 4) Pendidikan seks
- 5) Konsultasi pra perkawinan dan konsultasi perkawinan

6) Konsultasi genetik

e. Akseptor KB

Akseptor KB adalah proses yang disadari oleh pasangan untuk memutuskan jumlah dan jarak anak serta waktu kelahiran. Adapun jenis-jenis akseptor KB sebagai berikut (Matahari et al., 2018)

1) Akseptor Aktif

Akseptor aktif adalah akseptor yang ada pada saat ini menggunakan salah satu cara / alat kontrasepsi untuk menjarangkan kehamilan atau mengakhiri kesuburan.

2) Akseptor Aktif Kembali

Akseptor aktif kembali adalah pasangan usia subur yang telah menggunakan kontrasepsi selama 3 (tiga) bulan atau lebih yang tidak diselingi suatu kehamilan, dan kembali menggunakan cara alat kontrasepsi baik dengan cara yang sama maupun berganti cara setelah berhenti / istirahat kurang lebih 3 (tiga) bulan berturut-turut dan bukan karena hamil.

3) Akseptor KB Baru

Akseptor KB baru adalah akseptor yang baru pertama kali menggunakan alat / obat kontrasepsi atau pasangan usia subur yang kembali menggunakan alat kontrasepsi setelah melahirkan atau abortus.

4) Akseptor KB Dini

Akseptor KB dini merupakan para ibu yang menerima salah satu cara kontrasepsi dalam waktu 2 minggu setelah melahirkan atau abortus.

5) Akseptor KB Langsung

Akseptor KB langsung merupakan para istri yang memakai salah satu cara kontrasepsi dalam waktu 40 hari setelah melahirkan atau abortus.

6) Akseptor Dropout

Akseptor KB dropout adalah akseptor yang menghentikan pemakaian kontrasepsi lebih dari 3 bulan (Matahari et al., 2018).

f. Prinsip konseling KB

Menurut HOPSAN (1978), Prinsip konseling KB meliputi: percaya diri, Tidak memaksa, Informed consent (ada persetujuan dari klien); Hak klien, dan Kewenangan. Kemampuan menolong orang lain digambarkan dalam sejumlah keterampilan yang digunakan seseorang sesuai dengan profesinya yang meliputi (Rahayu, 2016)

a. Pengajaran

b. Nasehat dan bimbingan

c. Pengambilan tindakan langsung

d. Pengelolaan

e. Konseling

Pada konseling KB terdapat enam langkah konseling yang sudah dikenal dengan kata kunci SATU TUJU. Penerapan langkah konseling KB SATU TUJU tersebut tidak perlu dilakukan secara berurutan karena petugas harus menyesuaikan diri dengan kebutuhan klien. beberapa klien membutuhkan lebih banyak perhatian pada langkah yang satu dibanding dengan langkah yang lainnya. Langkah konseling KB SATU TUJU yang dimaksud adalah sebagai berikut (Rahayu, 2016).

Tabel 2.7
Prinsip Konseling KB

SA (Sapa dan Salam)	S Apa dan S Alam kepada klien secara terbuka dan sopan. Berikan perhatian sepenuhnya kepada mereka dan berbicara ditempat yang nyaman serta terjamin privasinya. Yakinka klien untuk membangun rasa percaya diri. Tanyakan kepada klien apa yang dapat dibantu serta jelaskan pelayanan apa yang dapat diperolehnya.
T (Tanyakan)	T anyakan pada klien informasi tentang dirinya. Bantu klien untuk berbicara mengenai pengalaman KB dan kesehatan reproduksi serta yang lainnya. Tanyakan kontrasepsi yang diinginkan oleh klien. Dengan memahami kebutuhan, pengetahuan dan keinginan klien, kita dapat membantunya
U (Uraikan)	U raikan kepada klien mengenai pilihannya dan jelaskan mengenai kontasepsi yang mungkin diinginkan oleh klien dan jenis kontasepsi yang ada
TU (BanTu)	BanT Ulah klien menentukan pilihannya. Bantulah klien berfikir mengenai apa yang paling sesuai dengan keadaan kebutuhannya. Dorong klien untuk menunjukkan keinginannya dan mengajukan pertanyaan. Tanggapi secara terbuka dan petugas mempertimbangkan kriteria dan keinginan klienterhadap setiap jenis kontrasepsi. Tanyakan apakah pasangannya akan memberikan dukungan dengan pilihannya tersebut.
J (Jelaskan)	J elaskan secara lengkap bagaimana menggunakan kontrasepsi pilihannya. Setelah klien memilih jenis kontrasepsinya, jika diperlukan, perlihatkan alat/obat kontasepsinya. Jelaskan bagaimana alat/obat tersebut digunakan dan cara penggunaannya. Lalu pastikan klien untuk bertanya atau menjawab secara terbuka.
U (Ulang)	Perlunya dilakukan kunjungan U lang. Bicarakan dan buat perjanjian kepada klien untuk kembali lagi melakukan pemeriksaan lanjutan atau permintaan kontrasepsi jika dibutuhkan.

Sumber: Rahayu, 2016

2.2 Konsep Dokumentasi Kebidanan

2.2.1 Manajemen Asuhan Kebidanan Kehamilan

a. Pengumpulan data dasar

Pengumpulan data dasar dilakukan dengan pengkajian untuk mengumpulkan seluruh semua data yang diperlukan untuk mengevaluasi keadaan klien secara lengkap. Pengkajian ini dilakukan dengan mengumpulkan semua informasi yang akurat, relevan dan lengkap dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi klien, yaitu meliputi data subyektif dan data obyektif.(Handayani, 2017).

1) Data Subyektif

a) Identitas

(1) Nama: Untuk mengenal ibu dan suami (Handayani, 2017)

(2) Umur: Usia wanita yang dianjurkan untuk hamil adalah wanita dengan usia 20-35 tahun. Usia di bawah 20 tahun dan diatas 35 tahun mempredisposisi wanita terhadap sejumlah komplikasi. Usia di bawah 20 tahun meningkatkan insiden preeklampsia dan usia diatas 35 tahun meningkatkan insiden diabetes melitus tipe II, hipertensi kronis, persalinan yang lama pada nulipara, seksio sesaria, persalinan preterm, IUGR,

anomali kromosom dan kematian janin (Varney, dkk, 2007; Handayani, 2017).

- (3) Suku/Bangsa: Asal daerah atau bangsa seorang wanita berpengaruh terhadap pola pikir mengenai tenaga kesehatan, pola nutrisi dan adat istiadat yang dianut.
- (4) Agama: Untuk mengetahui keyakinan ibu sehingga dapat membimbing dan mengarahkan ibu untuk berdoa sesuai dengan keyakinannya.
- (5) Pendidikan: Untuk mengetahui tingkat intelektual ibu sehingga tenaga kesehatan dapat melakukan komunikasi termasuk dalam hal pemberian konseling sesuai dengan pendidikan terakhirnya.
- (6) Pekerjaan: Menurut Hidayat & Uliyah (2008) Status ekonomi seseorang dapat mempengaruhi pencapaian status gizinya. Hal ini dapat dikaitkan antara asupan nutrisi ibu dengan tumbang kembang janin dalam kandungan, yang dalam hal ini dipantau melalui tinggi fundus uteri ibu hamil.
- (7) Alamat: Bertujuan untuk mempermudah tenaga kesehatan dalam melakukan follow up terhadap perkembangan ibu.

- b) Keluhan Utama: Menurut Bobak, dkk (2005) dan Prawirohardjo (2010), keluhan yang muncul pada kehamilan trimester III meliputi sering kencing, nyeri pinggang dan sesak napas akibat pembesaran uterus serta merasa khawatir akan kelahiran bayinya dan keselamatannya. Selain itu, menurut Mochtar (2011), konstipasi dan sering lelah merupakan hal yang wajar dikeluarkan oleh ibu hamil (Handayani, 2017).
- c) Riwayat Menstruasi: menurut Prawirohardjo (2010), Riwayat menstruasi diperlukan untuk mengkaji kesuburan dan siklus haid ibu sehingga didapatkan hari pertama haid terakhir (HPHT) untuk menentukan usia kehamilan dan memperkirakan tanggal taksiran persalinannya.
- d) Riwayat Perkawinan: Untuk mengetahui kondisi psikologis ibu yang akan mempengaruhi proses adaptasi terhadap kehamilan, persalinan, dan masa nifas-nya.
- e) Riwayat Obstetri: menurut varney, dkk (2007), Riwayat obstetric diperlukan untuk mengetahui kejadian masa lalu ibu mengenai masa kehamilan, persalinan dan masa nifas-nya. Komplikasi pada kehamilan, persalinan dan nifas dikaji untuk mengidentifikasi masalah potensial yang kemungkinan akan muncul pada kehamilan, persalinan dan nifas kali ini. Lama persalinan sebelumnya merupakan indikasi yang baik untuk memperkirakan lama persalinan kali ini. Metode persalinan

sebelumnya merupakan indikasi untuk memperkirakan persalinan kali ini melalui seksio sesaria atau melalui per vaginam. Berat badan janin sebelumnya yang dilahirkan per vaginam dikaji untuk memastikan keadekuatan panggul ibu untuk melahirkan bayi saat ini (Handayani, 2017).

- f) Riwayat Kehamilan Sekarang: Menurut Bobak, dkk (2005), Riwayat kehamilan sekarang berguna untuk mengetahui beberapa kejadian maupun komplikasi yang terjadi pada kehamilan sekarang. Hari pertama haid terakhir digunakan untuk menentukan tafsiran tanggal persalinan dan usia kehamilan. Gerakan janin yang dirasakan ibu bertujuan untuk mengkaji kesejahteraan janin (Varney, dkk, 2007). Gerakan janin mulai dapat dirasakan pada minggu ke-16 sampai minggu ke-20 kehamilan (Handayani, 2017).
- g) Riwayat Penyakit yang Lalu/Operasi: Adanya penyakit seperti diabetes mellitus dan ginjal dapat memperlambat proses penyembuhan luka (Hidayat dan Uliyah, 2008). Menurut Johnson & Taylor (2005), Gangguan sirkulasi dan perfusi jaringan dapat terjadi pada penderita diabetes melitus. Selain itu, hiperglikemia dapat menghambat fagositosis dan menyebabkan terjadinya infeksi jamur dan ragi pada luka jalan lahir (Handayani, 2017).

- h) Riwayat Penyakit Keluarga: Untuk mengetahui kemungkinan adanya pengaruh penyakit keluarga.
- i) Riwayat Gynekologi: Untuk mengetahui riwayat kesehatan reproduksi ibu yang kemungkinan memiliki pengaruh terhadap proses kehamilannya.
- j) Riwayat Keluarga Berencana: Untuk mengetahui penggunaan metode kontrasepsi ibu secara lengkap dan untuk merencanakan penggunaan metode kontrasepsi setelah masa nifas ini.
- k) Pola Pemenuhan Kebutuhan Sehari-hari

(1) Pola Nutrisi: Menurut Mochtar (2011), makanan yang dianjurkan untuk ibu hamil antara lain daging tidak berlemak, ikan, telur, tahu, tempe, susu, brokoli, sayuran berdaun hijau tua, kacang-kacangan, buah dan hasil laut seperti udang. Sedangkan makanan yang harus dihindari oleh ibu hamil yaitu hati dan produk olahan hati, makanan mentah atau setengah matang, ikan yang mengandung merkuri seperti hiu dan marlin serta kafein dalam kopi, teh, coklat maupun kola. Selain itu, menu makanan dan pengolahannya harus sesuai dengan Pedoman Umum Gizi Seimbang (Handayani, 2017).

(2) Pola Eliminasi: Menurut Mochtar (2011), Pada kehamilan trimester III, ibu hamil menjadi sering buang air kecil dan

konstipasi. Hal ini dapat dicegah dengan konsumsi makanan tinggi serat dan banyak minum air putih hangat ketika lambung dalam keadaan kosong untuk merangsang gerakan peristaltik usus (Handayani, 2017).

(3) Pola Istirahat: Menurut Hidayat dan Uliyah (2008), Pada wanita usia reproduksi (20-35 tahun) kebutuhan tidur dalam sehari adalah sekitar 8-9 jam.

(4) Psikososial: Menurut Varney, dkk (2006), pada setiap trimester kehamilan ibu mengalami perubahan kondisi psikologis. Perubahan yang terjadi pada trimester 3 yaitu periode penantian dengan penuh kewaspadaan. Oleh karena itu, pemberian arahan, saran dan dukungan pada ibu tersebut akan memberikan kenyamanan sehingga ibu dapat menjalani kehamilannya dengan lancar. Data sosial yang harus digali termasuk dukungan dan peran ibu saat kehamilan ini (Handayani, 2017).

2) Data Objektif

a) Pemeriksaan Umum

(1) Keadaan Umum: Baik

(2) Kesadaran: Menurut Hidayat dan Uliyah (2008), pengkajian kesadaran bertujuan untuk mengetahui status kesadaran ibu. Composmentis adalah status kesadaran dimana ibu mengalami kesadaran penuh dengan

memberikan respons yang cukup terhadap stimulus yang diberikan (Handayani, 2017).

- (3) Keadaan emosional: Stabil
- (4) Tinggi Badan: Menurut Kemenkes RI (2013), pengukuran tinggi badan dilakukan untuk mengetahui apakah ibu dapat bersalin dengan normal. Batas tinggi badan minimal bagi ibu hamil untuk dapat bersalin secara normal adalah 145 cm. Namun, hal ini tidak menjadi masalah jika janin dalam kandungannya memiliki taksiran berat janin yang kecil (Handayani, 2017).
- (5) Berat badan: Menurut Kemenkes RI (2013), Penambahan berat badan minimal selama kehamilan adalah ≥ 9 kg.
- (6) LILA: Menurut Kemenkes RI (2013), Batas minimal LILA bagi ibu hamil adalah 23,5 cm.
- (7) Tanda-tanda Vital: Rentang tekanan darah normal pada orang dewasa sehat adalah 100/60 – 140/90 mmHg, tetapi bervariasi tergantung usia dan variable lainnya. WHO menetapkan hipertensi jika tekanan sistolik ≥ 160 mmHg dan tekanan diastolic ≥ 95 mmHg. Pada wanita dewasa sehat yang tidak hamil memiliki kisaran denyut jantung 70 denyut per menit dengan rentang normal 60-100 denyut per menit. Namun selama kehamilan mengalami peningkatan sekitar 15-20 denyut per menit. Nilai normal untuk suhu per

aksila pada orang dewasa yaitu 35,8-37,3° C (Johnson dan Taylor, 2005). Sedangkan menurut Varney, dkk. (2006), pernapasan orang dewasa normal adalah antara 16-20 ×/menit (Handayani, 2017).

b) Pemeriksaan Fisik

- (1) Muka: Menurut Mochtar (2011), pada ibu hamil akan Muncul bintik-bintik dengan ukuran yang bervariasi pada wajah dan leher (Chloasma Gravidarum) akibat Melanocyte Stimulating Hormone. Selain itu, penilaian pada muka juga ditujukan untuk melihat ada tidaknya pembengkakan pada daerah wajah serta mengkaji kesimetrisan bentuk wajah (Handayani, 2017).
- (2) Mata: Menurut Hidayat dan Uliyah (2008), pemeriksaan sclera bertujuan untuk menilai warna , yang dalam keadaan normal berwarna putih. Sedangkan pemeriksaan konjungtiva dilakukan untuk mengkaji munculnya anemia. Konjungtiva yang normal berwarna merah muda. Selain itu, perlu dilakukan pengkajian terhadap pandangan mata yang kabur terhadap suatu benda untuk mendeteksi kemungkinan terjadinya pre-eklampsia.
- (3) Mulut: Untuk mengkaji kelembaban mulut dan mengecek ada tidaknya stomatitis (Handayani, 2017).

- (4) Gigi/Gusi: Menurut Mochtar (2011), gigi merupakan bagian penting yang harus diperhatikan kebersihannya sebab berbagai kuman dapat masuk melalui organ ini (Hidayat dan Uliyah, 2008). Karena pengaruh hormon kehamilan, gusi menjadi mudah berdarah pada awal kehamilan.
- (5) Leher: Menurut Hidayat dan Uliyah (2008), dalam keadaan normal, kelenjar tyroid tidak terlihat dan hampir tidak teraba sedangkan kelenjar getah bening bisa teraba seperti kacang kecil.
- (6) Payudara: Menurut Bobak, dkk (2005) dan Prawirohardjo (2010), payudara menjadi lunak, membesar, vena-vena di bawah kulit lebih terlihat, puting susu membesar, kehitaman dan tegak, areola meluas dan kehitaman serta muncul stretchmark pada permukaan kulit payudara. Selain itu, menilai kesimetrisan payudara, mendeteksi kemungkinan adanya benjolan dan mengecek pengeluaran ASI (Handayani, 2017).
- (7) Perut: Menurut Handayani (2017) pemeriksaan perut dilakukan secara inspeksi, palpasi, dan auskultasi.
- Inspeksi : Menurut Mochtar (2011), muncul Striae Gravidarum dan Linea Gravidarum pada permukaan kulit perut akibat Melanocyte Stimulating Hormon.

- Palpasi : Leopold 1, pemeriksa menghadap ke arah muka ibu hamil, menentukan tinggi fundus uteri dan bagian janin yang terdapat pada fundus. Leopold 2, menentukan batas samping rahim kanan dan kiri, menentukan letak punggung janin dan pada letak lintang, menentukan letak kepala janin. Leopold 3, menentukan bagian terbawah janin dan menentukan apakah bagian terbawah tersebut sudah masuk ke pintu atas panggul atau masih dapat digerakkan. Leopold 4, pemeriksa menghadap ke arah kaki ibu hamil dan menentukan konvergen (Kedua jari-jari pemeriksa menyatu yang berarti bagian terendah janin belum masuk panggul) atau divergen (Kedua jari-jari pemeriksa tidak menyatu yang berarti bagian terendah janin sudah masuk panggul) serta seberapa jauh bagian terbawah janin masuk ke pintu atas panggul (Mochtar, 2011). Pada akhir trimester III menjelang persalinan, presentasi normal janin adalah presentasi kepaladengan letak memanjang dan sikap janin fleksi.
- Auskultasi: Menurut Kemenkes RI (2010), denyut jantung janin normal adalah antara 120-160 ×/menit.

- Tafsiran Berat Janin: Menurut Manuaba, dkk (2007), berat janin dapat ditentukan dengan rumus Johnson, yaitu:

- ✓ Jika kepala janin belum masuk ke pintu atas panggul Berat janin = $(TFU - 12) \times 155$ gram

- ✓ Jika kepala janin telah masuk ke pintu atas panggul Berat janin = $(TFU - 11) \times 155$ gram
(Handayani, 2017).

(8) Ano-Genetalia : Menurut Mochtar (2011), pengaruh hormon estrogen dan progesteron adalah pelebaran pembuluh darah sehingga dapat terjadi varises pada sekitar genetalia. Namun tidak semua ibu hamil mengalami varises pada daerah tersebut. Pada keadaan normal, tidak terdapat hemoroid pada anus.

(9) Extremitas: Tidak ada edema, tidak ada varises dan refleks patella menunjukkan respons positif.

c) Pemeriksaan Penunjang

Menurut Handayani (2017) pemeriksaan penunjang yang dilakukan pada ibu hamil diantaranya sebagai berikut.

(1) Hemoglobin: Menurut Varney, dkk (2006), Wanita hamil dikatakan anemia jika kadar hemoglobin-nya < 10 gram/dL. Jadi, wanita hamil harus memiliki hemoglobin > 10gr/dL.

(2) Golongan darah: Menurut Kemenkes RI (2013), pemeriksaan golongan darah pada ibu hamil dilakukan untuk mempersiapkan calon pendonor darah jika sewaktu-waktu diperlukan karena adanya situasi kegawatdaruratan.

(3) USG: Menurut Mochtar (2011), pemeriksaan USG dapat digunakan pada kehamilan muda untuk mendeteksi letak janin, perlekatan plasenta, lilitan tali pusat, gerakan janin, denyut jantung janin, mendeteksi tafsiran berat janin dan tafsiran tanggal persalinan serta mendeteksi adanya kelainan pada kehamilan.

(4) Protein urine dan glukosa urine: Urine negatif untuk protein dan glukosa.

d) Kartu Skor Poedji Rochjati (KSPR)

KSPR merupakan sebuah alat skrining antenatal yang berfungsi untuk mendeteksi kehamilan resiko tinggi sehingga dapat mengurangi angka kejadian kematian ibu. Skrining atau deteksi dini dilakukan secara rutin kepada semua ibu hamil (Susanti et al., 2020).

**KARTU SKOR POEDJI ROCHJATI
PERENCANAAN PERSALINAN AMAN**

I KEL F.R	II NO.	III Masalah / Faktor Resiko	SKOR	IV Triwulan			
				I	II	III.1	III.2
				Skor Awal Ibu Hamil			
I	1	Terlalu muda hamil I ≤ 16 Tahun	4				
	2	Terlalu tua hamil I ≥ 35 Tahun	4				
		Terlalu lambat hamil I kawin ≥ 4 Tahun	4				
	3	Terlalu lama hamil lagi ≥ 10 Tahun	4				
	4	Terlalu cepat hamil lagi ≤ 2 Tahun	4				
	5	Terlalu banyak anak, 4 atau lebih	4				
	6	Terlalu tua umur ≥ 35 Tahun	4				
	7	Terlalu pendek ≥ 145 cm	4				
	8	Pernah gagal kehamilan	4				
	9	Pernah melahirkan dengan a. terikan tang/vakum b. uri dirogoh c. diberi infus/transfusi	4				
	10	Pernah operasi sesar	8				
II	11	Penyakit pada ibu hamil Kurang Darah b. Malaria, TBC Paru d. Payah Jantung	4				
		Kencing Manis (Diabetes)	4				
		Penyakit Menular Seksual	4				
		Bengkak pada muka / tungkai dan tekanan darah tinggi.	4				
	12	Bengkak pada muka / tungkai dan tekanan darah tinggi.	4				
	13	Hamil kembar	4				
	14	Hydramnion	4				
15	Bayi mati dalam kandungan	4					
16	Kehamilan lebih bulan	4					
III	17	Letak sungsang	8				
	18	Letak Lintang	8				
	19	Perdarahan dalam kehamilan ini	8				
	20	Preeklampsia/kejang-kejang	8				
JUMLAH SKOR							

PERENCANAAN PERSALINAN AMAN - RUJUKAN TERENCANA

KEHAMILAN				KEHAMILAN DENGAN RESIKO				
JML SKOR	STATUS KHMLN	PERAWA TAN	RUJUK AN	TEMPAT	PEN LONG	RUJUKAN		
						RDB	RDR	RTW
2	KRR	BIDAN	TDK DRUJUK	POLIN DES	BIDAN			
6-10	KRT	BIDAN DOKTER	DRUJUK PKM/RS	PKM/RS	BIDAN DOKTER			
≥ 12	KRST	DOKTER	RUMAH SAKIT	RUMAH SAKIT	DOKTER			

*Gambar 2.3
KSPR
Sumber:*

https://www.academia.edu/41626225/Skor_poedji_rochjati

b. Interpretasi data

Interpretasi dilakukan dengan identifikasi yang benar terhadap diagnosa atau masalah klien atau kebutuhan berdasarkan interpretasi yang benar atas data-data yang telah dikumpulkan. Kata “masalah dan diagnose” keduanya digunakan karena beberapa masalah tidak dapat diselesaikan seperti diagnosa tetapi membutuhkan penanganan yang dituangkan dalam rencana asuhan kebidanan terhadap klien. Masalah bisa menyertai diagnose. Kebutuhan adalah suatu bentuk asuhan yang harus diberikan kepada klien, baik klien tahu ataupun tidak tahu (Handayani, 2017).

Diagnosis: G_P___Ab___Uk...minggu, Tunggal/Ganda, Hidup/Mati, Intrauterin/Ekstrauterin, keadaan ibu dan janin baik dengan kehamilan fisiologis.

- G: Gravida (kehamilan ke-), angka setelah “G” menunjukkan kehamilan keberapa.
- P: Para, jumlah kehamilan yang diakhiri dengan kelahiran janin yang memenuhi syarat untuk melangsungkan hidup (28 minggu atau 1000 gr)
- ✓ Digit pertama: jumlah aterm atau bayi cukup bulan (>36 minggu atau >2500 gr)

- ✓ Digit kedua: jumlah kelahiran prematur (28-36 minggu atau 1000-2499 gr)
- ✓ Digit ketiga: jumlah immatur atau kelahiran yang diakhiri dengan abortus spontan atau terinduksi pada usia 28 minggu atau berat janin <1000 gr.
- ✓ Digit keempat: jumlah bayi yang lahir hidup
- Ab: Abnormal
 - ✓ Digit pertama: jumlah *abortus* atau keguguran
 - ✓ Digit kedua: jumlah *ektopik* atau kehamilan diluar kandungan
 - ✓ Digit ketiga: jumlah kehamilan *Mola Hidatidosa* atau hamil anggur

c. Identifikasi diagnosa atau masalah potensial

Mengidentifikasi masalah atau diagnosa potensial lain berdasarkan rangkaian masalah dan diagnosa yang sudah diidentifikasi. Membutuhkan antisipasi, bila mungkin dilakukan pencegahan. Penting untuk melakukan asuhan yang aman. Perumusan diagnosa kehamilan disesuaikan dengan nomenklatur kebidanan. Perumusan masalah disesuaikan dengan kondisi ibu. Menurut Bobak, dkk (2005) dan Prawirohardjo (2010), keluhan yang muncul pada kehamilan trimester III meliputi sering kencing, nyeri pinggang dan sesak napas akibat pembesaran uterus serta rasa khawatir akan

kelahiran bayinya dan keselamatannya. Selain itu, konstipasi dan sering lelah merupakan hal wajar dikeluhkan oleh ibu hamil (Mochtar, 2011) (Handayani, 2017).

d. Identifikasi kebutuhan segera

Mengidentifikasi perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter dan atau untuk dikonsultasikan atau ditangani bersama dengan anggota tim kesehatan yang lain sesuai dengan kondisi klien (Handayani, 2017).

e. Rencana asuhan kebidanan

1) Beritahukan hasil pemeriksaan

R/ Rentang tekanan darah normal pada orang dewasasehat adalah 100/60 – 140/90 mmHg, tetapi bervariasi tergantung usia dan variable lainnya. WHO menetapkan hipertensi jika tekanan sistolik \geq 160 mmHg dan tekanan diastolic \geq 95 mmHg. Pada wanita dewasa sehat yang tidak hamil memiliki kisaran denyut jantung 70 denyut per menit dengan rentang normal 60-100 denyut per menit. Namun selama kehamilan mengalami peningkatan sekitar 15-20 denyut per menit. Nilai normal untuk suhu per aksila pada orang dewasa yaitu 35,8-37,3° C (Johnson dan Taylor, 2005). Sedangkan menurut Varney, dkk. (2006), pernapasan orang dewasa normal adalah antara 16-20 \times /menit. Penambahan berat badan minimal selama

kehamilan adalah ≥ 9 kg, denyut jantung janin normal adalah antara 120-160 x/menit, konjungtiva merah muda sklera putih, kelenjar tyroid tidak terlihat dan hampir tidak teraba sedangkan kelenjar getah bening bisa teraba seperti kacang kecil, mendeteksi kemungkinan adanya benjolan dan mengecek pengeluaran ASI , tidak terdapat hemoroid pada anus, ekstremitas tidak ada edema, varises, dan reflek patella menunjukkan respon positif (Handayani, 2017).

- 2) Berikan KIE tentang ketidaknyamanan yang mungkin terjadi pada trimester III

R/ ketidaknyamanan yang mungkin terjadi pada trimester III diantaranya sering BAK, sesak nafas, dan sakit punggung (Tyastuti, 2016).

- 3) Anjurkan ibu untuk makan makanan bergizi seimbang

R/ Untuk memenuhi kebutuhan terhadap perubahan yang terjadi selama masa hamil, banyak diperlukan zat gizi dalam jumlah yang lebih besar dari pada sebelum hamil (Tyastuti, 2016).

- 4) Jelaskan kepada ibu tanda bahaya trimester III

R/ tanda bahaya kehamilan yang perlu diwaspadai ibu hamil trimester III diantaranya perdarahan, sakit kepala hebat dan menetap, penglihatan kabur, nyeri abdomen

hebat, bengkak pada muka dan ekstremitas, dan pergerakan janin berkurang (Haslan, 2020).

5) Diskusikan kebutuhan tes laboratorium

R/ Pemeriksaan laboratorium yang dilakukan pada ibu hamil adalah pemeriksaan laboratorium rutin dan khusus yang berguna untuk mendeteksi abnormalitas yang sebagai antisipasi kelainan yang mungkin terjadi (Haslan, 2020).

6) Berikan informasi tentang persiapan persalinan

R/ Mempersiapkan rencana kelahiran, termasuk mengidentifikasi penolong dan tempat bersalin, keperluan yang perlu dibawa selama bersalin serta perencanaan tabungan untuk mempersiapkan biaya persalinan untuk menghindari keterlambatan mendapat pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan (Tyastuti, 2016).

7) Beritahu ibu untuk melakukan kunjungan ulang

R/ Sesuai kebijakan Program pelayanan ANC dilakukan minimal 6x selama kehamilan Trimester I: 2x kunjungan (0-12 minggu), Trimester II: 1x kunjungan (>12 minggu – 24 minggu), Trimester III: 3x kunjungan (>24 minggu sampai kelahiran). Dimana minimal 2 kali ibu hamil harus kontak dengan dokter (1 kali di trimester 1 dan 1 kali di trimester 3). Kunjungan antenatal bisa lebih dari 6 (enam)

kali sesuai kebutuhan dan jika ada keluhan, penyakit atau gangguan kehamilan (Kemenkes RI, 2020).

f. Implementasi

Melaksanakan rencana asuhan pada langkah ke lima secara efisien dan aman. Jika bidan tidak melakukannya sendiri ia tetap memikul tanggung jawab untuk mengarahkan pelaksanaannya. Pelaksanaan asuhan kebidanan pada ibu hamil disesuaikan dengan rencana asuhan yang telah disusun dan dilakukan secara komprehensif, efektif, efisien dan aman berdasarkan evidence based kepada ibu dalam bentuk upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif (Handayani, 2017).

- 1) Memberitahukan hasil pemeriksaan
- 2) Memberikan KIE mengenai ketidaknyamanan yang mungkin terjadi pada trimester III
- 3) Menganjurkan ibu untuk makan makanan bergizi seimbang
- 4) Menjelaskan tanda bahaya pada trimester III
- 5) Mendiskusikan kebutuhan tes laboratorium
- 6) Memberikan informasi tentang persiapan persalinan
- 7) Memberitahukan ibu untuk melakukan kunjungan ulang

g. Evaluasi

Dilakukan evaluasi keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan meliputi pemenuhan kebutuhan akan bantuan apakah benar-benar telah terpenuhi sesuai dengan kebutuhan sebagaimana telah diidentifikasi didalam masalah dan diagnose. Penilaian atau evaluasi dilakukan segera setelah selesai melaksanakan asuhan sesuai dengan kondisi ibu kemudian dicatat, dikomunikasikan dengan ibu dan atau keluarga serta ditindaklanjuti sesuai dengan kondisi ibu. Berikut adalah uraian evaluasi dari pelaksanaan (Handayani, 2017).

2.2.2 Dokumentasi Asuhan Kebidanan Pada Ibu Bersalin

a. Subjektif

- 1) Keluhan Utama: Menurut Mochtar (2011), Rasa sakit pada perut dan pinggang akibat kontraksi yang datang lebih kuat, sering dan teratur, keluarnya lendir darah dan keluarnya air ketuban dari jalan lahir merupakan tanda dan gejala persalinan yang akan dikeluarkan oleh ibu menjelang akan bersalin (Handayani, 2017).
- 2) Riwayat Obstetri: menurut varney, dkk (2007), Riwayat obstetric diperlukan untuk mengetahui kejadian masa lalu ibu mengenai masa kehamilan, persalinan dan masa nifas-nya. Komplikasi pada kehamilan, persalinan dan

nifas dikaji untuk mengidentifikasi masalah potensial yang kemungkinan akan muncul pada kehamilan, persalinan dan nifas kali ini (Handayani, 2017).

- 3) Riwayat kehamilan ini: Menurut Bobak, dkk (2005), Riwayat kehamilan sekarang berguna untuk mengetahui beberapa kejadian maupun komplikasi yang terjadi pada kehamilan sekarang.
- 4) Pola Nutrisi: Menurut Varney, dkk (2007), pengkajian pola nutrisi bertujuan untuk mengkaji cadangan energi dan status cairan ibu serta dapat memberikan informasi pada ahli anestesi jika pembedahan diperlukan (Handayani, 2017).
- 5) Pola Eliminasi: Menurut Varney, dkk (2007), Saat persalinan akan berlangsung, menganjurkan ibu untuk buang air kecil secara rutin dan mandiri, paling sedikit setiap 2 jam (Handayani, 2017).
- 6) Pola Istirahat: Menurut Hidayat dan Uliyah (2008), Pada wanita dengan usia 18-40 tahun kebutuhan tidur dalam sehari adalah sekitar 8-9 jam (Handayani, 2017).

b. Objektif

1) Pemeriksaan Umum

- a) Keadaan Umum: Baik

- b) Kesadaran: Menurut Hidayat dan Uliyah (2008), Bertujuan untuk menilai status kesadaran ibu. Composmentis adalah status kesadaran dimana ibu mengalami kesadaran penuh dengan memberikan respons yang cukup terhadap stimulus yang diberikan (Handayani, 2017)
- c) Keadaan Emosional: Stabil
- d) Berat Badan: : Bertujuan untuk menghitung penambahan berat badan ibu (Handayani, 2017).
- e) Tanda-tanda Vital: Menurut Varney, dkk (2007), Secara garis besar, pada saat persalinan tanda-tanda vital ibu mengalami peningkatan karena terjadi peningkatan metabolisme selama persalinan. Tekanan darah meningkat selama kontraksi yaitu peningkatan tekanan sistolik 10-20 mmHg dan diastolik 5-10 mmHg dan saat diantara waktu kontraksi tekanan darah akan kembali ke tingkat sebelum persalinan. Rasa nyeri, takut dan khawatir dapat semakin meningkatkan tekanan darah. Peningkatan suhu normal adalah peningkatan suhu yang tidak lebih dari $0,5^{\circ}\text{C}$ sampai 1°C . Frekuensi denyut nadi di antara waktu kontraksi sedikit lebih tinggi dibanding selama periode menjelang

persalinan. Sedikit peningkatan frekuensi nadi dianggap normal. Sedikit peningkatan frekuensi pernapasan masih normal selama persalinan (Handayani, 2017).

2) Pemeriksaan Fisik

a) Muka: Menurut Mochtar (2011), muncul bintik-bintik dengan ukuran yang bervariasi pada wajah dan leher (Chloasma Gravidarum) akibat Melanocyte Stimulating Hormon. Selain itu, menurut Hidayat dan Uliyah (2008), penilaian pada muka juga ditujukan untuk melihat ada tidaknya pembengkakan pada daerah wajah serta mengkaji kesimetrisan bentuk wajah (Handayani, 2017).

b) Mata: Menurut Hidayat dan Uliyah (2008), Pemeriksaan sclera bertujuan untuk menilai warna , yang dalam keadaan normal berwarna putih. Sedangkan pemeriksaan konjungtiva dilakukan untuk mengkaji munculnya anemia. Konjungtiva yang normal berwarna merah muda. Selain itu, perlu dilakukan pengkajian terhadap pandangan mata yang kabur terhadap suatu benda untuk mendeteksi kemungkinan terjadinya pre-eklampsia (Handayani, 2017).

c) Payudara: Menurut Bobak, dkk (2005) dan Prawirohardjo (2010), akibat pengaruh hormon kehamilan, payudara menjadi lunak, membesar, vena-vena di bawah kulit akan lebih terlihat, puting payudara membesar, kehitaman dan tegak, areola meluas dan kehitaman serta muncul stretchmark pada permukaan kulit payudara. Selain itu, menilai kesimetrisan payudara, mendeteksi kemungkinan adanya benjolan dan mengecek pengeluaran ASI (Handayani, 2017).

d) Ekstremitas: Tidak ada edema, tidak ada varises dan refleks patella menunjukkan respons positif (Handayani, 2017).

3) Pemeriksaan Khusus

a) Obstetri

a) Abdomen

Inspeksi: Menurut Mochtar (2011), muncul garis-garis pada permukaan kulit perut (*Striae Gravidarum*) dan garis pertengahan pada perut (*Linea Gravidarum*) akibat *Melanocyte Stimulating Hormon* (Handayani, 2017)

Palpasi: Menurut Mochtar (2011), Leopold 1, pemeriksa menghadap ke arah muka ibu hamil,

menentukan tinggi fundus uteri dan bagian janin yang terdapat pada fundus. Leopold 2, menentukan batas samping rahim kanan dan kiri, menentukan letak punggung janin dan pada letak lintang, menentukan letak kepala janin. Leopold 3, menentukan bagian terbawah janin dan menentukan apakah bagian terbawah tersebut sudah masuk ke pintu atas panggul atau masih dapat digerakkan. Leopold 4, pemeriksa menghadap ke arah kaki ibu hamil dan menentukan bagian terbawah janin dan berapa jauh bagian terbawah janin masuk ke pintu atas panggul (Handayani, 2017).

Tafsiran Tanggal Persalinan: Bertujuan untuk mengetahui apakah persalinannya cukup bulan, prematur, atau postmature (Handayani, 2017).

Tafsiran Berat Janin: Menurut Manuaba, dkk (2007), berat janin dapat ditentukan dengan rumus Lohanson, yaitu:

- Jika kepala janin belum masuk ke pintu atas panggul Berat janin = $(TFU - 12) \times 155$ gram
- Jika kepala janin telah masuk ke pintu atas panggul Berat janin = $(TFU - 11) \times 155$ gram

Auskultasi: Menurut Kemenkes, RI (2013), Denyut jantung janin normal adalah antara 120-160 ×/menit (Handayani, 2017).

Bagian Terendah: Menurut Cunningham, dkk, (2009), Pada akhir trimester III menjelang persalinan, presentasi normal janin adalah presentasi kepala dengan letak memanjang dan sikap janin fleksi (Handayani, 2017).

Kontraksi: Menurut Varney, dkk (2007), Durasi kontraksi uterus sangat bervariasi, tergantung pada kala persalinan ibu tersebut. Kontraksi pada awal persalinan mungkin hanya berlangsung 15 sampai 20 detik sedangkan pada persalinan kala I fase aktif berlangsung dari 45 sampai 90 detik dengan durasi rata-rata 60 detik. Informasi mengenai kontraksi ini membantu untuk membedakan antara kontraksi persalinan sejati dan persalinan palsu (Handayani, 2017).

d) Gynekologi

Ano-Genital

Inspeksi: Menurut Mochtar (2011), Pengaruh hormon estrogen dan progesteron menyebabkan

pelebaran pembuluh darah sehingga terjadi varises pada sekitar genitalia. Namun tidak semua ibu hamil akan mengalami varises pada daerah tersebut (Mochtar, 2011). Pada keadaan normal, tidak terdapat hemoroid pada anus serta pembengkakan pada kelenjar bartolini dan kelenjar skene. Pengeluaran pervaginam seperti bloody show dan air ketuban juga harus dikaji untuk memastikan adanya tanda dan gejala persalinan (Handayani, 2017).

Vaginal Toucher: Menurut Varney, dkk (2007), Pemeriksaan vaginal toucher bertujuan untuk mengkaji penipisan dan pembukaan serviks, bagian terendah, dan status ketuban. Jika janin dalam presentasi kepala, moulding, kaput suksedaneum dan posisi janin perlu dikaji dengan pemeriksaan dalam untuk memastikan adaptasi janin dengan panggul. Menurut Mochtar (2011), Pembukaan serviks pada fase laten berlangsung selama 7-8 jam. Sedangkan pada fase aktif dibagi menjadi 3 fase yaitu fase akselerasi, fase dilatasi maksimal dan fase deselerasi yang masing-masing fase berlangsung selama 2 jam (Handayani, 2017).

Kesan Panggul: Menurut Varney, dkk (2007), bertujuan untuk mengkaji keadekuatan panggulibu selama proses persalinan. Menurut Prawirohardjo (2010), Panggul paling baik untuk perempuan adalah jenis ginekoid dengan bentuk pintu atas panggul hampir bulat sehingga membantu kelancaran proses persalinan (Handayani, 2017).

4) Pemeriksaan Penunjang

- a) *Hemoglobin*: Menurut Varney, dkk (2007), Selama persalinan, kadar hemoglobin mengalami peningkatan 1,2 gr/100 ml dan akan kembali ke kadar sebelum persalinan pada hari pertama pasca partum jika tidak kehilangan darah yang abnormal (Handayani, 2017).
- b) *Cardiotocography (CTG)*: Bertujuan untuk mengkaji kesejahteraan janin (Handayani, 2017).
- c) *USG*: Menurut Mochtar (2011), Pada akhir trimester III menjelang persalinan, pemeriksaan USG dimaksudkan untuk memastikan presentasi janin, kecukupan air ketuban, tafsiran berat janin, denyut jantung janin dan mendeteksi adanya komplikasi (Handayani, 2017).

d) Protein urin dan Glukosa urin: Menurut Vaney, dkk (2006), Urine negative untuk protein dan glukosa (Handayani, 2017).

c. Assesment

Identifikasi yang benar terhadap diagnosa atau masalah klien atau kebutuhan berdasarkan interpretasi yang benar atas data-datayang telah dikumpulkan. Kata “masalah dan diagnose” keduanya digunakan karena beberapa masalah tidak dapat diselesaikan seperti diagnosa tetapi membutuhkan penanganan yang dituangkan dalam rencana asuhan kebidanan terhadap klien. Masalah bisa menyertai diagnose. Kebutuhan adalah suatu bentuk asuhan yang harus diberikan kepada klien, baik klien tahu ataupun tidak tahu (Handayani, 2017).

Diagnosis: G_P_ _ _ _Ab_ _ _ UK...T/H/I, Inpartu
Kala...dengan..

d. Penatalaksanaan

Pelaksanaan asuhan kebidanan pada ibu hamil disesuaikan dengan rencana asuhan yang telah disusun dan dilakukan secara komprehensif, efektif, efisien dan aman berdasarkan evidence based kepada ibu (Handayani, 2017).

1) Menghitung kontraksi uterus, lakukan pemeriksaan dalam, serta catat produksi urine, aseton dan protein (WHO, 2013).

- Partograf

Partograf merupakan sebuah alat bantu yang digunakan untuk pemantauan selama kala I fase aktif dalam persalinan. Tujuan utama penggunaan partograf adalah untuk mencatat hasil observasi dan kemajuan persalinan serta mendeteksi penyimpangan yang mungkin terjadi saat persalinan seperti partus lama. Partograf digunakan untuk semua ibu dalam kala I fase aktif, persalinan dan kelahiran disemua tempat, dan secara rutin oleh semua penolong persalinan. Partograf tidak boleh dipergunakan dalam kasus Wanita pendek dengan tinggi kurang dari 145 cm, perdarahan antepartum, preeklamsi – eklamsi, persalinan prematurwanita dengan bekas sectio sesarea, kehamilan ganda, kelainan letak janin, fetal distress, dugaan distosia karena panggul sempit, kehamilan dengan hidramnion, ketuban pecah dini, dan persalinan dengan induksi (Yulizawati, 2019).

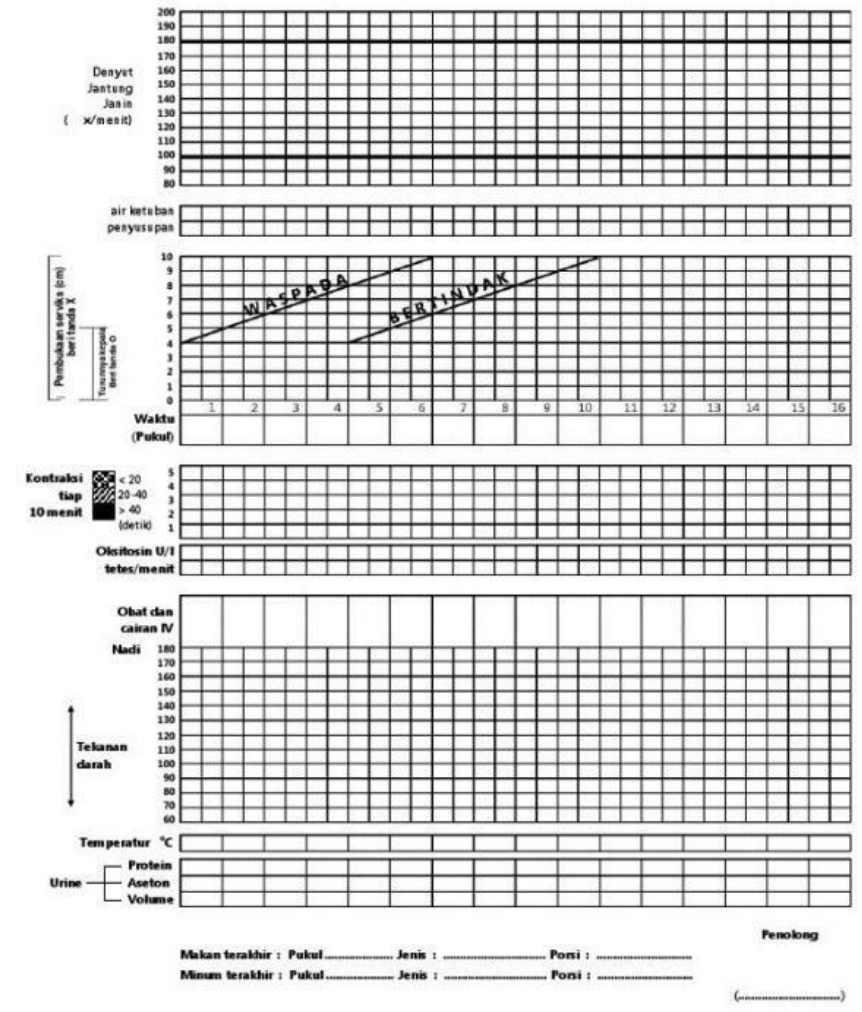
Kondisi ibu dan janin yang dicatat dalam partograf antara lain sebagai berikut.

- ✓ DJJ setiap 30 menit

- ✓ Frekuensi dan durasi kontraksi setiap 30 menit
- ✓ Nadi setiap 30 menit
- ✓ Pembukaan serviks setiap 4 jam
- ✓ Penurunan bagian terbawah janin setiap 4 jam
- ✓ Tekanan darah dan suhu badan setiap 4 jam
- ✓ Urin, aseton, dan protein setiap 4 jam.

PARTOGRAF

No. Register Nama Ibu/Bapak : _____ / _____ Umur : ____ / ____ G... P... A... Hamil minggu
 RS/Puskesmas/RB Masuk Tanggal : _____ Pukul : _____ WIB
 Ketuban Pecah sejak pukul _____ WIB Mules sejak pukul _____ WIB Alamat : _____



Gambar 2.4

Partograf depan

Sumber: <https://d4danprofesibidanmalang.poltekkes->

malang.ac.id/download

CATATAN PERSALINAN

1. Tanggal :
2. Nama bidan :
3. Tempat Persalinan :
 Rumah Ibu Puskesmas
 Polindes Rumah Sakit
 Klinik Swasta Lainnya :
4. Alamat tempat persalinan :
5. Catatan : rujuk, kala : I / II / III / IV
6. Alasan merujuk :
7. Tempat rujukan :
8. Pendamping pada saat merujuk :
 Bidan Teman
 Suami Dukun
 Keluarga Tidak ada

KALA I

9. Partogram melewati garis waspada : Y / T
10. Masalah lain, sebutkan :
11. Penatalaksanaan masalah Tsb :
12. Hasilnya :

KALA II

13. Episiotomi :
 Ya, Indikasi
14. Pendamping pada saat persalinan
 Suami Teman Tidak ada
 Keluarga Dukun
15. Gawat Janin :
 Ya, tindakan yang dilakukan
a.
b.
c.
 Tidak
16. Distosia bahu :
 Ya, tindakan yang dilakukan
a.
b.
c.
 Tidak
17. Masalah lain, sebutkan :
18. Penatalaksanaan masalah tersebut :
19. Hasilnya :

KALA III

20. Lama kala III :menit
21. Pemberian Oksitosin 10 U im ?
 Ya, waktu : menit sesudah persalinan
 Tidak, alasan
22. Pemberian ulang Oksitosin (2x) ?
 Ya, alasan
23. Penanganan tali pusat terkendali ?
 Ya,
 Tidak, alasan

24. Masase fundus uteri ?
 Ya.
 Tidak, alasan
25. Plasenta lahir lengkap (*intact*) Ya / Tidak
Jika tidak lengkap, tindakan yang dilakukan :
a.
b.
26. Plasenta tidak lahir > 30 menit : Ya / Tidak
 Ya, tindakan :
a.
b.
c.
27. Laserasi :
 Ya, dimana
28. Jika laserasi perineum, derajat : 1 / 2 / 3 / 4
Tindakan :
 Penjahitan, dengan / tanpa anestesi
 Tidak dijahit, alasan
29. Atoni uteri :
 Ya, tindakan
a.
b.
c.
 Tidak
30. Jumlah perdarahan : ml
31. Masalah lain, sebutkan
32. Penatalaksanaan masalah tersebut :
33. Hasilnya :

BAYI BARU LAHIR :

34. Berat badangram
35. Panjang cm
36. Jenis kelamin : L / P
37. Penilaian bayi baru lahir : baik / ada penyulit
38. Bayi lahir :
 Normal, tindakan :
 mengeringkan
 menghangatkan
 rangsang taktil
 bungkus bayi dan tempatkan di sisi ibu
 Aspiksia ringan/pucat/biru/lemas, tindakan :
 mengeringkan bebaskan jalan napas
 rangsang taktil menghangatkan
 bungkus bayi dan tempatkan di sisi ibu
 lain - lain sebutkan
39. Pemberian ASI
 Ya, waktu :jam setelah bayi lahir
 Tidak, alasan
40. Masalah lain,sebutkan :

PEMANTAUAN PERSALINAN KALA IV

Jam Ke	Waktu	Tekanan darah	Nadi		Tinggi Fundus Uteri	Kontraksi Uterus	Kandung Kemih	Perdarahan
1								
2								

Masalah kala IV :
Penatalaksanaan masalah tersebut :
Hasilnya :

Gambar 2.5
Partograf belakang
Sumber: : <https://d4danprofesibidanmalang.poltekkes-malang.ac.id/download>

1) Memberitahu hasil pemeriksaan

R/ Persalinan merupakan suatu proses fisiologis yang memungkinkan serangkaian perubahan yang besar pada ibu untuk dapat melahirkan janinnya melalui jalan lahir (Kurniarum., 2016).

2) Memfasilitasi ibu untuk buang air kecil.

R/ dalam membantu kemajuan persalinan dan meningkatkan kenyamanan pasien. Anjurkan ibu untuk berkemih secara spontan sesering mungkin atau minimal setiap 2 jam sekali selama persalinan (Kurniarum., 2016).

3) Mengajari ibu tentang teknik relaksasi yang benar

R/ Teknik relaksasi merupakan teknik pengurangan nyeri persalinan yang dapat dilakukan sendiri oleh ibu bersalin, melalui pernafasan dan relaksasi maupun stimulasi yang dilakukan oleh bidan. Teknik self-help dapat dimulai sebelum ibu memasuki tahapan persalinan, yaitu dimulai dengan mempelajari tentang proses persalinan, dilanjutkan dengan mempelajari cara bersantai dan tetap tenang, dan mempelajari cara menarik nafas dalam, serta ajari ibu tentang teknik relaksasi dengan cara menarik napas panjang secara berkesinambungan untuk

mengurangi rasa nyeri yang dirasakan oleh ibu (Kurniarum., 2016).

- 4) Memberikan sentuhan, pijatan, counterpressure, pelvic rocking, kompres hangat dingin pada pinggang, berendam dalam air hangat maupun wangi-wangian

R/ Kontak fisik yang dilakukan pemberi asuhan yaitu bidan dan pendamping persalinan dari pihak keluarga klien memberi pengaruh besar bagi ibu. Kontak fisik berupa sentuhan, belaian maupun pijatan dapat memberikan rasa nyaman, yang pada akhirnya dapat mengurangi rasa nyeri saat persalinan. Bidan mengajak pendamping persalinan untuk terus memegang tangan ibu, terutama saat kontraksi, menggosok punggung dan pinggang, menyeka wajahnya, mengelus rambutnya atau mungkin dengan mendekapnya (Kurniarum., 2016).

- 5) Memberikan dukungan dan semangat pada ibu

R/ Keadaan psikologis ibu bersalin sangat berpengaruh pada proses dan hasil akhir persalinan. Kebutuhan ini berupa dukungan emosional dari bidan sebagai pemberi asuhan, maupun dari pendamping persalinan baik suami/anggota keluarga ibu. Dukungan psikologis yang baik dapat mengurangi tingkat kecemasan pada ibu bersalin yang cenderung meningkat (Kurniarum., 2016).

- 6) Menyiapkan peralatan pertolongan persalinan, baju bayi, dan baju ganti ibu

R/ Hal yang perlu disiapkan bidan dalam memberikan pertolongan persalinan terstandar dimulai dari penerapan upaya pencegahan infeksi. Cuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan dengan menggunakan sabun dan air mengalir dapat mengurangi risiko penularan infeksi pada ibu maupun bayi. Dilanjutkan dengan penggunaan alat pelindung diri (APD) yang telah disepakati. Tempat persalinan perlu disiapkan dengan baik dan sesuai standar, dilengkapi dengan alat dan bahan yang telah direkomendasikan Kemenkes dan IBI. Ruang persalinan harus memiliki sistem pencahayaan yang cukup dan sirkulasi udara yang baik (Kurniarum., 2016).

Catatan Perkembangan Kala II

- a. Subjektif

Mendengar tanda gejala kala II yang dirasakan oleh ibu

- b. Objektif

Melihat tanda gejala kala II dan melakukan pemeriksaan

- c. Assesment

Menurut (Varney, dkk, 2007), Perumusan diagnosa persalinan disesuaikan dengan nomenklatur kebidanan, seperti G2P1A0 usia 22 tahun usia kehamilan 39 minggu inpartu kala II janin

tunggal hidup intrauterin, kondisi janin dan ibu dalam keadaan baik. Perumusan masalah disesuaikan dengan kondisi ibu. Rasa takut, cemas, khawatir dan rasa nyeri merupakan permasalahan yang dapat muncul pada proses persalinan (Handayani, 2017).

d. Penatalaksanaan

Menurut (Handayani, 2017), penatalaksanaan Kala II sebagai berikut

- 1) Menganjurkan ibu untuk memilih posisi yang nyaman saat bersalin
- 2) Mengajari ibu cara meneran yang benar
- 3) Melakukan pertolongan kelahiran bayi sesuai dengan standar asuhan persalinan normal.

Catatan Perkembangan Kala III

a. Subjektif

Perasaan atau keluhan yang dialami oleh ibu

b. Objektif

Melihat ada tanda pelepasan plasenta seperti tali pusat memanjang, adanya semburan darah dan melakukan pemeriksaan pada abdomen meliputi kontraksi, TFU, dan kandung kemih.

c. Assesment

Menurut (Varney, dkk, 2007), Perumusan diagnosa persalinan disesuaikan dengan nomenklatur kebidanan, seperti P...Ab...

inpartu kala III kondisi ibu dalam keadaan baik. Perumusan masalah disesuaikan dengan kondisi ibu. Rasa takut, cemas, khawatir dan rasa nyeri merupakan permasalahan yang dapat muncul pada proses persalinan (Handayani, 2017).

d. Penatalaksanaan

Menurut Handayani (2017) penatalaksanaan yang dilakukan pada kala III adalah sebagai berikut.

- 1) Melakukan pertolongan kelahiran plasenta sesuai dengan manajemen aktif kala III yang tercantum dalam asuhan persalinan normal
- 2) Masase uterus hingga berkontraksi
- 3) Evaluasi perdarahan dan laserasi perineum
- 4) Memeriksa kelengkapan plasenta
- 5) Mengevaluasi kontraksi

Catatan Perkembangan Kala IV

a. Subjektif

Perasaan atau keluhan yang dialami oleh ibu

b. Objektif

Hasil yang didapatkan dari pemeriksaan yang dilakukan

c. Assesment

Menurut (Varney, dkk, 2007), Perumusan diagnosa persalinan disesuaikan dengan nomenklatur kebidanan, seperti P...Ab...
inpartu kala IV kondisi ibu dalam keadaan baik. Perumusan

masalah disesuaikan dengan kondisi ibu. Rasa takut, cemas, khawatir dan rasa nyeri merupakan permasalahan yang dapat muncul pada proses persalinan (Handayani, 2017).

d. Penatalaksanaan

Menurut Handayani (2017) penatalaksanaan kala IV sebagai berikut.

- 1) Memastikan kontraksi uterus baik dan tidak ada perdarahan
- 2) Melakukan penjahitan luka jika ada luka pada jalan lahir.
- 3) Memfasilitasi ibu untuk memperoleh kebersihan diri, istirahat dan nutrisi.
- 4) Mengajarkan ibu dan keluarga memeriksa kontraksi uterus dan melakukan massase jika kontraksi tidak baik
- 5) Mengevaluasi jumlah perdarahan dan TTV ibu
- 6) Melakukan pemantauan pada bayi
- 7) Membersihkan klien dan tempat persalinan

2.2.3 Dokumentasi Asuhan Kebidanan pada Bayi Baru Lahir

a. Subjektif

- 1) Identitas Anak
 - a) Nama: untuk mengenal bayi
 - b) Jenis Kelamin: Untuk memberikan informasi pada ibu dan keluarga serta memfokuskan saat pemeriksaan genetalia

c) Anak ke-: Untuk mengkaji adanya kemungkinan sibling rivalry (Handayani, 2017).

2) Identitas Orang Tua

a) Nama: Untuk mengenal ibu dan suami

b) Usia: Usia orangtua mempengaruhi kemampuannya dalam mengasuh dan merawat bayinya

c) Suku/Bangsa: Asal daerah atau bangsa seorang wanita berpengaruh terhadap pola pikir mengenai tenaga kesehatan, pola nutrisi dan adat istiadat yang dianut (Handayani, 2017).

d) Agama: Untuk mengetahui keyakinan orangtua sehingga dapat menuntun anaknya sesuai keyakinannya sejak lahir.

e) Pendidikan: Untuk mengetahui tingkat intelektual orangtua yang dapat mempengaruhi kemampuan dan kebiasaan orangtua dalam mengasuh, merawat dan memenuhi kebutuhan bayinya.

f) Pekerjaan: Menurut Hidayat dan Uliyah (2008), Status ekonomi seseorang dapat mempengaruhi pencapaian status gizi. Hal ini dapat dikaitkan dengan pemenuhan nutrisi bagi bayinya. Orangtua dengan tingkat sosial ekonomi yang tinggi cenderung akan memberikan susu formula pada bayinya.

- g) Alamat: Hal ini dimaksudkan untuk mempermudah tenaga kesehatan dalam melakukan follow up terhadap perkembangan ibu.
- 3) Keluhan Utama: menurut WHO (2013), Permasalahan pada bayi yang sering muncul adalah bayi tidak mau menyusu, rewel dan bercak putih pada bibir dan mulut (Handayani, 2017).
 - 4) Riwayat Kehamilan: Untuk mengetahui beberapa kejadian atau komplikasi yang terjadi saat mengandung bayi yang baru saja dilahirkan. Sehingga dapat dilakukan skrining test dengan tepat dan segera (Handayani, 2017).
 - 5) Riwayat Persalinan: Bertujuan untuk mengidentifikasi ada tidaknya jejas persalinan (Handayani, 2017).
 - 6) Riwayat Kesehatan yang Lalu: Bertujuan untuk mengkaji ada tidaknya penyakit atau tindakan operasi yang pernah diderita (Handayani, 2017).
 - 7) Riwayat Kesehatan Keluarga: mengkaji ada tidaknya penyakit menular, penyakit menurun dan penyakit menahun yang sedang dan atau pernah diderita oleh anggota keluarga yang kemungkinan dapat terjadi pada bayi (Handayani, 2017).
 - 8) Pola Pemenuhan Kebutuhan Sehari-hari

- a) Nutrisi: Air susu ibu (ASI) yang merupakan nutrisi yang paling lengkap dan seimbang bagi bayi terutama pada 6 bulan pertama (ASI Eksklusif) (Setiyani, 2016). Menurut Varney, dkk (2007), mengkaji kecukupan nutrisi bayi. Rentang frekuensi menyusui yang optimal adalah antara 8-12 kali setiap hari (Handayani, 2017)
- b) Pola Istirahat: menurut Hidayat dan Uliyah (2008), Kebutuhan istirahat neonatus adalah 14-18 jam/hari (Handayani, 2017)
- c) Eliminasi: Menurut Varney, dkk (2007) bayi mendapatkan ASI, diharapkan bayi minimum 3-4 kali buang air besar dalam sehari, feses-nya harus sekitar 1 sendok makan atau lebih dan berwarna kuning. Sedangkan buang air kecilnya pada hari pertama dan kedua minimal 1-2 kali serta minimal 6 kali atau lebih setiap hari setelah hari ketiga (Handayani, 2017).
- d) Personal Hygiene: Bayi dimandikan setelah 6 jam setelah kelahiran dan minimal 2 kali sehari. Jika tali pusat belum puput dan dibungkus dengan kassa steril, minimal diganti 1 kali dalam sehari. Dan setiap buang air kecil maupun buang air besar harus

segera diganti dengan pakaian yang bersih dan kering (Handayani, 2017).

b. Objektif

1) Pemeriksaan Umum

- a) Keadaan Umum: Baik
- b) Kesadaran: Menurut Hidayat dan Uliyah (2008) menilai status kesadaran bayi. Composmentis adalah status kesadaran dimana bayi mengalami kesadaran penuh dengan memberikan respons yang cukup terhadap stimulus yang diberikan (Handayani, 2017)
- c) Tanda-Tanda Vital: menurut WHO (2013), Pernapasan normal adalah antara 40-60 kali per menit, dihitung ketika bayi dalam posisi tenang dan tidak ada tanda-tanda distress pernapasan. Bayi baru lahir memiliki frekuensi denyut jantung 120-160 denyut per menit. Angka normal pada pengukuran suhu bayi secara aksila adalah 36,5-37,5°C (Handayani, 2017).
- d) Antropometri: Menurut Johnson & Tylor (2005) Bayi biasanya mengalami penurunan berat badan dalam beberapa hari pertama yang harus kembali normal, yaitu sama dengan atau di atas berat badan lahir pada hari ke-10. Sebaiknya bayi dilakukan penimbangan pada hari ke-3 atau ke-4 dan hari ke-10 untuk

memastikan berat badan lahir telah kembali (Handayani, 2017). Menurut Varney, dkk (2007) Berat badan bayi mengalami peningkatan lebih dari 15- 30 gram per hari setelah ASI matur keluar (Handayani, 2017).

- e) *Apgar Score*: Menurut Johnson & Taylor (2005) Skor Apgar merupakan alat untuk mengkaji kondisi bayi sesaat setelah lahir dalam hubungannya dengan 5 variabel. Penilaian ini dilakukan pada menit pertama, menit ke-5 dan menit ke-10. Nilai 7-10 pada menit pertama menunjukkan bahwa bayi berada dalam keadaan baik (Handayani, 2017).

2) Pemeriksaan Fisik Khusus

- a) Kulit: menurut Johnson & Taylor (2005) Seluruh tubuh bayi harus tampak merah muda, mengindikasikan perfusi perifer yang baik (Handayani, 2017). Menurut WHO (2013), wajah, bibir dan selaput lendir harus berwarna merah muda tanpa adanya kemerahan atau bisul (Handayani, 2017).
- b) Kepala: Menurut WHO (2013) Bentuk kepala terkadang asimetris akibat penyesuaian jalan lahir, umumnya hilang dalam 48 jam. Ubun-ubun besar rata atau tidak menonjol, namun dapat sedikit menonjol

saat bayi menangis (Handayani, 2017). Menurut Joshnson & Tylor (2005) Fontanel anterior harus teraba datar. Bila cembung, dapat terjadi akibat peningkatan tekanan intracranial sedangkan fontanel yang cekung dapat mengindikasikan adanya dehidrasi. Moulding harus sudah menghilang dalam 24 jam kelahiran. Sefalhematoma pertama kali muncul pada 12 sampai 36 jam setelah kelahiran dan cenderung semakin besar ukurannya, diperlukan waktu sampai 6 minggu untuk dapat hilang. Adanya memar atau trauma sejak lahir harus diperiksa untuk memastikan bahwa proses penyembuhan sedang terjadi dan tidak ada tanda-tanda infeksi (Handayani, 2017).

c) Mata: Tidak ada kotoran atau secret. Menurut Johnson & Taylor (2005) Inspeksi pada mata bertujuan untuk memastikan bahwa keduanya bersih tanpa tanda-tanda rabas. Jika terdapat rabas, mata harus dibersihkan dan usapannya dapat dilakukan jika diindikasikan (Handayani, 2017).

d) Telinga: menurut Johnson & Taylor (2005) Periksa telinga untuk memastikan jumlah, bentuk dan posisinya. Telinga bayi cukup bulan harus memiliki tulang rawan yang cukup agar dapat kembali ke posisi

semulai ketika digerakkan ke depan secara perlahan. Daun telinga harus berbentuk sempurna dengan lengkungan-lengkungan yang jelas pada bagian atas. Posisi telinga diperiksa dengan penarikan khayal dari bagian luar kantung mata secara horizontal ke belakang ke arah telinga. Ujung atas daun telinga harus terletak di atas garis ini. Letak yang lebih rendah dapat berkaitan dengan abnormalitas kromosom, seperti Trisomi 21. Lubang telinga harus diperiksa kepatenannya. Adanya kulit tambahan atau aurikel juga harus dicatat dan dapat berhubungan dengan abnormalitas ginjal (Handayani, 2017).

- e) Mulut: Menurut WHO (2013) Tidak ada bercak putih pada bibir dan mulut serta bayi akan menghisap kuat jari pemeriksa (Handayani, 2017). Menurut Johnson & Taylor (2005) Pemeriksaan pada mulut memerlukan pencahayaan yang baik dan harus terlihat bersih, lembab dan tidak ada kelainan seperti palatoskisis maupun labiopalatoskisis (Bibir sumbing) (Handayani, 2017).
- f) Leher: menurut Johnson & Taylor (2005) Bayibiasanya berleher pendek, yang harus diperiksa adalah kesimetrisannya. Perabaan pada leher bayi perlu

dilakukan untuk mendeteksi adanya pembengkakan, seperti kista higroma dan tumor sternomastoid. Bayi harus dapat menggerakkan kepalanya ke kiri dan ke kanan. Adanya pembentukan selaput kulit mengindikasikan adanya abnormalitas kromosom, seperti sindrom Turner dan adanya lipatan kulit yang berlebihan di bagian belakang leher mengindikasikan kemungkinan adanya Trisomo 21 (Handayani, 2017).

- g) Dada: Menurut WHO (2013) Tidak ada tarikan dinding dada bagian bawah yang dalam (Handayani, 2017).
- h) Klavikula: Menurut Johnson & Taylor Perabaan pada semua klavikula bayi bertujuan untuk memastikan keutuhannya, terutama pada presentasi bokong atau distosia bahu, karena keduanya berisiko menyebabkan fraktur klavikula, yang menyebabkan hanya mampu sedikit bergerak atau bahkan tidak bergerak sama sekali (Handayani, 2017).
- i) Perut: Menurut WHO (2013) Perut bayi teraba datar dan teraba lemas. Tidak ada perdarahan, pembengkakan, nanah, bau tidak enak pada tali pusat atau kemerahan di sekitar tali pusat (Handayani, 2017).
- j) Umbilikus: Menurut Johnson & Taylor (2005) Tali pusat dan umbilikus harus diperiksa setiap hari untuk

mendeteksi adanya perdarahan tali pusat, tanda-tanda pelepasan dan infeksi. Biasanya tali pusat lepas dalam 5-16 hari. Potongan kecil tali pusat dapat tertinggal di umbilikus sehingga harus diperiksa setiap hari. Tanda awal terjadinya infeksi di sekitar umbilikus dapat diketahui dengan adanya kemerahan disekitar umbilikus, tali pusat berbau busuk dan menjadi lengket (Handayani, 2017).

- k) Ekstrimitas: Menurut WHO (2013) Posisi tungkai dan lengan fleksi. Bayi sehat akan bergerak aktif (Handayani, 2017). Menurut Johnson & Taylor (2005) pemeriksaan ekstrimitas bertujuan untuk mengkaji kesimetrisan, ukuran, bentuk dan posturnya. Panjang kedua kaki juga harus dilakukan dengan meluruskan keduanya. Posisi kaki dalam kaitannya dengan tungkai juga harus diperiksa untuk mengkaji adanya kelainan posisi, seperti deformitas anatomi yang menyebabkan tungkai berputar ke dalam, ke luar, ke atas atau ke bawah. Jumlah jari kaki dan tangan harus lengkap. Bila bayi aktif, keempat ekstremitas harus dapat bergerak bebas, kurangnya gerakan dapat berkaitan dengan trauma (Handayani, 2017).

- l) Punggung: menurut Johnson & Taylor (2005) Tanda-tanda abnormalitas pada bagian punggung yaitu spina bifida, adanya pembengkakan, dan lesung atau bercak kecil berambut (Handayani, 2017)
- m) Genetalia: Menurut WHO (2013) Bayi perempuan kadang terlihat cairan vagina berwarna putih atau kemerahan dan bayi sudah terbukti dapat buang air kecil dan buang air besar dengan lancar dan normal (Handayani, 2017).

3) Pemeriksaan Refleks

Meliputi refleks Moro, rooting, sucking, grasping, neck righting, tonic neck, startle, babinski, merangkak, menari / melangkah, ekstruasi, dan galant's (Handayani, 2017).

- *Morro*: menurut Ladewig, dkk (2005) Respon bayibaru lahir akan menghentakkan tangan dan kaki lurus ke arah luar sedangkan lutut fleksi kemudian tangan akan kembali ke arah dada seperti posisi dalam pelukan, jari-jari nampak terpisah membentuk huruf C dan bayi mungkin menangis (Handayani, 2017). Menurut Hidayat & Uliyah (2005) Refleks ini akan menghilang pada umur 3-4 bulan. Refleks yang menetap lebih dari 4 bulan menunjukkan adanya kerusakan otak. Refleks tidak simetris menunjukkan

adanya hemiparises, fraktur klavikula atau cedera fleksus brakhialis. Sedangkan tidak adanya respons pada ekstremitas bawah menunjukkan adanya dislokasi pinggul atau cedera medulla spinalis.

- *Rooting*: menurut Ladewig, dkk (2005) Setuhan pada pipi atau bibir menyebabkan kepala menoleh ke arah sentuhan (Handayani, 2017). Menurut Hidayat dan Uliyah, (2008) Refleks ini menghilang pada 3-4 bulan, tetapi bisa menetap sampai umur 12 bulan khususnya selama tidur. Tidak adanya refleks menunjukkan adanya gangguan neurologi berat.
- *Sucking*: Menurut Hidayat & Uliyah (2008) Bayi menghisap dengan kuat dalam berespons terhadap stimulasi. Refleks ini menetap selama masa bayi dan mungkin terjadi selama tidur tanpa stimulasi. Refleks yang lemah atau tidak ada menunjukkan kelambatan perkembangan atau keadaan neurologi yang abnormal.
- *Grasping*: menurut Ladewig, dkk (2005) Respons bayi terhadap stimulasi pada telapak tangan bayi dengan sebuah objek atau jari pemeriksa akan menggenggam (Jari-jari bayi melengkung) dan memegang objek tersebut dengan erat.

- *Startle*: Menurut Hidayat & Uliyah (2008) Bayi meng-ekstensi dan mem-fleksi lengan dalam merespons suara yang keras, tangan tetap rapat dan refleks ini akan menghilang setelah umur 4 bulan. Tidak adanya respons menunjukkan adanya gangguan pendengaran.
- *Tonic neck*: Menurut Hidayat & Uliyah (2008) Bayi melakukan perubahan posisi bila kepala diputar ke satu sisi, lengan dan tungkai ekstensi ke arah sisi putaran kepala dan fleksi pada sisi yang berlawanan. Normalnya refleks ini tidak terjadi pada setiap kali kepala diputar. Tampak kira-kira pada umur 2 bulan dan menghilang pada umur 6 bulan.
- *Neck Righting*: menurut Hidayat & Uliyah (2008) Bila bayi terlentang, bahu dan badan kemudian pelvis berotasi ke arah dimana bayi diputar. Respons ini dijumpai selama 10 bulan pertama. Tidak adanya refleks atau refleks menetap lebih dari 10 bulan menunjukkan adanya gangguan sistem saraf pusat (Handayani, 2017).
- *Babinski*: Menurut Hidayat & Uliyah (2008) Jari kaki mengembang dan ibu jari kaki dorsofleksi, dijumlah sampai umur 2 tahun. Bila pengembangan jari kaki

dorsofleksi setelah umur 2 tahun menunjukkan adanya tanda lesi ekstrapiramidal.

- Merangkak: menurut Hidayat & Uliyah (2008) Bayi membuat gerakan merangkak dengan lengan dan kaki bila diletakkan pada abdomen. Bila gerakan tidak simetris menunjukkan adanya abnormalitas neurologi.
- Menari/melangkah: menurut Hidayat & Uliyah (2008) Kaki bayi akan bergerak ke atas dan ke bawah bila sedikit disentuh ke permukaan keras. Hal ini dijumpai pada 4-8 minggu pertama kehidupan. Refleksi menetap melebihi 4-8 minggu menunjukkan keadaan abnormal.
- Ekstruasi: Menurut Hidayat & Uliyah (2008) Lidah ekstensi ke arah luar bila disentuh dan dijumpai pada umur 4 bulan. Esktensi lidah yang persisten menunjukkan adanya sindrom Down.
- *Galant's*: Menurut Hidayat & Uliyah (2008) Punggung bergerak ke arah samping bila distimulasi dan dijumpai pada 4- 8 minggu pertama. Tidak adanya refleksi menunjukkan adanya lesi medulla spinalis transversa (Handayani, 2017).

a. Assesment

Menurut WHO (2013) Perumusan diagnosa kehamilan disesuaikan dengan nomenklatur kebidanan, seperti By. M umur 7 hari neonatus normal. dan permasalahan pada bayi yang sering muncul adalah bayi tidak mau menyusui, rewel dan bercak putih pada bibir dan mulut (Handayani, 2017). Menurut Depkes RI (2010) Perumusan diagnosa pada bayi baru lahir disesuaikan dengan nomenklatur kebidanan, seperti Normal Cukup Bulan, Sesuai Masa Kehamilan (NCB SMK). Masalah yang dapat terjadi pada bayi baru lahir adalah bayi kedinginan. Kebutuhan BBL adalah kehangatan, ASI, pencegahan infeksi dan komplikasi (Handayani, 2017).

b. Penatalaksanaan

Menurut WHO (2013) Pelaksanaan asuhan kebidanan pada bayi baru lahir disesuaikan dengan rencana asuhan yang telah disusun dan dilakukan secara komprehensif, efektif, efisien dan aman berdasarkan evidence based kepada bayi, meliputi rencana asuhan kebidanan yang dilakukan pada neonatus adalah memastikan bayi tetap hangat dan mendapat ASI eksklusif, menjaga kontak kulit antara ibu dan bayi, menutupi kepala bayi dengan topi yang hangat, memberikan pendidikan kesehatan pada ibu dan atau keluarga terkait dengan permasalahan bayi yang dialami serta melakukan rujukan sesuai pedoman MTBS jika ada kelainan (Handayani, 2017).

2.2.4 Dokumentasi Asuhan Kebidanan pada Ibu Nifas

a. Subjektif

a) Keluhan Utama: Keluhan yang sering dialami oleh ibu nifas adalah rasa nyeri pada jalan lahir, nyeri ulu hati, konstipasi, kaki bengkak, nyeri perut setelah lahir, payudara membesar, nyeri tekan pada payudara dan puting susu, puting susu pecah-pecah, keringat berlebih serta rasa nyeri selama beberapa hari jika ibu mengalami hemoroid (Wahyuningsih, 2018)

b) Pemenuhan Kebutuhan Sehari-hari

1) Pola Nutrisi: menurut Varney, dkk (2007) Ibu nifas harus mengkonsumsi makanan yang bermutu tinggi, bergizi dan cukup kalori untuk mendapat protein, mineral, vitamin yang cukup dan minum sedikitnya 2-3 liter/hari. Selain itu, ibu nifas juga harus minum tablet tambah darah minimal selama 40 hari dan vitamin A (Handayani, 2017).

2) Pola Eliminasi: Menurut Bahiyatun (2009) Ibu nifas harus berkemih dalam 4-8 jam pertama dan minimal sebanyak 200 cc (Handayani, 2017). Sedangkan menurut Mochtar (2011) untuk buang air besar, diharapkan sekitar 3-4 hari setelah melahirkan (Handayani, 2017).

3) Personal Hygiene: menurut Varney, dkk (2007) Bertujuan untuk mencegah terjadinya infeksi yang dilakukan dengan menjaga kebersihan tubuh, termasuk pada daerah

kewanitaannya dan payudara, pakaian, tempat tidur dan lingkungan (Handayani, 2017).

- 4) Istirahat: Menurut Varney, dkk (2007) Ibu nifas harus memperoleh istirahat yang cukup untuk pemulihan kondisi fisik, psikologis dan kebutuhan menyusui bayinya dengan cara menyesuaikan jadwal istirahat bayinya (Handayani, 2017).
- 5) Aktivitas: Menurut Varney, dkk (2007) mobilisasi dapat dilakukan sedini mungkin jika tidak ada kontraindikasi, dimulai dengan latihan tungkai di tempat tidur, miring di tempat tidur, duduk dan berjalan. Selain itu, ibu nifas juga dianjurkan untuk senam nifas dengan gerakan sederhana dan bertahap sesuai dengan kondisi ibu (Handayani, 2017).
- 6) Hubungan Seksual: Menurut Varney, dkk (2007) biasanya tenaga kesehatan memberi batasan 6 minggu pasca persalinan untuk melakukan hubungan seksual (Handayani, 2017).

c) Data Psikologis

- 1) Respon orangtua terhadap kehadiran bayi dan peran baru sebagai orangtua: Menurut Varney, dkk (2007) Respon setiap ibu dan ayah terhadap bayinya dan terhadap pengalaman dalam membesarkan anak berbeda-beda dan mencakup seluruh reaksi dan emosi, mulai dari tingginya

kesenangan yang tidak terbatas hingga dalamnya keputusan dan duka. Ini disesuaikan dengan periode psikologis ibu nifas yaitu taking in, taking hold atau letting go (Handayani, 2017).

- 2) Respon anggota keluarga terhadap kehadiran bayi: Bertujuan untuk mengkaji muncul tidaknya sibling rivalry (Handayani, 2017).
- 3) Dukungan Keluarga: Bertujuan untuk mengkaji kerja sama dalam keluarga sehubungan dengan pengasuhan dan penyelesaian tugas rumah tangga (Handayani, 2017).

b. Objektif

1) Pemeriksaan Umum

a) Keadaan Umum: Baik

b) Kesadaran: Menurut Hidayat & Uliyah (2008) Bertujuan untuk menilai status kesadaran ibu. Composmentis adalah status kesadaran dimana ibu mengalami kesadaran penuh dengan memberikan respons yang cukup terhadap stimulus yang diberikan (Handayani, 2017).

c) Keadaan Emosional: stabil

d) Tanda-Tanda Vital

(1) Suhu badan: 24 jam postpartum suhu badan akan naik sedikit ($37,5^{\circ}\text{C}$ - 38°C) sebagai akibat kerja

keras waktu melahirkan, kehilangan cairan dan kelelahan, apabila keadaan normal suhu badan akan biasa lagi (Dewi Puspitaningrum, 2014).

(2) Tekanan Darah: Tekanan darah biasanya tidak berubah, kemungkinan tekanan darah akan rendah setelah ibu melahirkan karena ada perdarahan. Tekanan darah tinggi pada postpartum dapat menandakan terjadinya pre-eklampsia postpartum (Dewi Puspitaningrum, 2014).

(3) Nadi: Denyut nadi normal pada orang dewasa 6-80 kali permenit. Sehabis melahirkan biasanya denyut nadi itu akan lebih cepat. Setiap denyut nadi yang melebihi 100 adalah abnormal dan hal ini mungkin disebabkan oleh infeksi atau perdarahan postpartum yang tertunda (Dewi Puspitaningrum, 2014).

(4) Pernafasan: Keadaan pernafasan selalu berhubungan dengan keadaan suhu dan denyut nadi. Apabila suhu dan denyut nadi tidak normal pernafasan juga akan mengikutinya kecuali ada gangguan khusus pada saluran pernafasan (Dewi Puspitaningrum, 2014).

2) Pemeriksaan Fisik

- a) Payudara: menurut Varney, dkk (2007) pemeriksaan payudara bertujuan untuk mengkaji ibu menyusui bayinya atau tidak, tanda-tanda infeksi pada payudara seperti kemerahan dan muncul nanah dari puting susu, penampilan puting susu dan areola, apakah ada kolostrom atau air susudan pengkajian proses menyusui (Handayani, 2017). Menurut Mochtar (2011) Produksi air susu akan semakin banyak pada hari ke-2 sampai ke-3 setelah melahirkan (Handayani, 2017).
- b) Perut: Menurut Varney, dkk (2007) pemeriksaan pada perut bertujuan untuk mengkaji ada tidaknya nyeri pada perut (Handayani, 2017). Tinggi fundus uteri pada masa nifas dapat dilihat pada tabel 4 untuk memastikan proses involusi berjalan lancar.
- c) Vulva dan Perineum: Vagina dan perineum akan menipis saat persalinan dan akan berangsur-angsur kembali seperti semula. Berkurangnya sirkulasi progesterone mempengaruhi otot-otot pada panggul, perineum, vagina, dan vulva. Proses ini membantu pemulihan dari ligamentum otot Rahim (Dewi Puspitaningrum, 2014).

d) Pengeluaran Lokhea: Menurut Mochtar (2011), jenis lokhea diantaranya adalah:

(1) Lokhea rubra (Cruenta), muncul pada hari ke-1-3 pada masa nifas, berwarna merah kehitaman dan mengandung sel desidua, verniks caseosa, rambut lanugo, sisa mekonium serta sisa darah.

(2) Lokhea sanguilenta, lokhea ini muncul pada hari ke-3 – 7 pada masa nifas berwarna putih bercampur merah karena mengandung sisa darah bercampur lendir.

(3) Lokhea serosa, muncul pada hari ke-7 – 14 pada masa nifas, berwarna kekuningan atau kecoklatan dan mengandung lebih banyak serum, leukosit dan tidak mengandung darah lagi.

(4) Lokhea alba, muncul pada hari ke- > 14 pada masa nifas, berwarna putih dan mengandung leukosit, selaput lendir serviks dan serabut jaringan yang mati.

(5) Bila pengeluaran lokhea tidak lancar disebut Lochiastasis.

e) Luka Perineum : Menurut Varney, dkk (2007) bertujuan untuk mengkaji nyeri, pembengkakan,

kemerahan pada perineum, dan kerapatan jahitan jika ada jahitan (Handayani, 2017).

f) Ekstremitas: Menurut Varney dkk (2007) Bertujuan untuk mengkaji ada tidaknya edema, nyeri dan kemerahan. Menurut Bobak dkk (2005) Jika pada masa kehamilan muncul spider nevi, maka akan menetap pada masa nifas (Handayani, 2017).

3) Pemeriksaan Penunjang

a) Hemoglobin: menurut Varney, dkk (2007) Pada awal masa nifas jumlah hemoglobin sangat bervariasi akibat fluktuasi volume darah, volume plasma dan kadar volume sel darah merah (Handayani, 2017).

b) Protein Urine dan glukosa urine: Menurut Varney, dkk (2007) Urine negative untuk protein dan glukosa (Handayani, 2017).

c. Assesment

Perumusan diagnosa masa nifas disesuaikan dengan nomenklatur kebidanan, seperti P2A0 usia 22 tahun postpartum fisiologis. Perumusan maalah disesuaikan dengan kondisi ibu. Menurut Varney, dkk (2007), ketidaknyamanan yang dirasakan pada ibu nifas adalah nyeri perut setelah lahir, payudara membesar, nyeri tekan pada payudara dan puting susu, puting susu pecah-pecah,

keringat berlebih serta rasa nyeri selama beberapa hari jika ibu mengalami hemoroid (Handayani, 2017).

d. Penatalaksanaan

Pelaksanaan asuhan kebidanan pada ibu nifas disesuaikan dengan rencana asuhan yang telah disusun dan dilakukan secara komprehensif, efektif, efisien dan aman berdasarkan evidence based kepada ibu dan atau keluarga dalam bentuk upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif. Pelaksanaan asuhan kebidanan pada masa nifas sebagai berikut (Handayani, 2017).

- 1) Melakukan pemeriksaan tanda-tanda vital, tinggi fundus uteri, lokhea dan cairan pervaginam lainnya serta payudara.
- 2) Memberikan KIE mengenai kebutuhan nutrisi, eliminasi, kebersihan diri, istirahat, mobilisasi dini dan aktivitas, seksual, senam nifas, ASI eksklusif, cara menyusui yang benar, perawatan payudara dan keluarga berencana.
- 3) Memberikan pelayanan keluarga berencana pasca persalinan.

2.2.5 Dokumentasi Asuhan Kebidanan Keluarga Berencana

a. Subjektif

- 1) Riwayat Pernikahan: Untuk mengetahui kondisi psikologis ibu yang akan mempengaruhi proses adaptasi terhadap kehamilan, persalinan, dan masa nifas-nya (Surtinah et al., 2019)

- 2) Riwayat Menstruasi: Untuk mengkaji kesuburan dan siklus haid ibu (Surtinah et al., 2019).
- 3) Riwayat Kontrasepsi: Akseptor KB adalah proses yang disadari oleh pasangan untuk memutuskan jumlah dan jarak anak serta waktu kelahiran. Adapun jenis - jenis akseptor KB adalah akseptor aktif, akseptor aktif kembali, akseptor dini, akseptor baru, akseptor KB langsung, dan akseptor dropout (Matahari et al., 2018)

b. Objektif

- 1) Keadaan umum: baik
- 2) Kesadaran: Menurut Hidayat & Uliyah (2008) Bertujuan untuk menilai status kesadaran ibu. Composmentis adalah status kesadaran dimana ibu mengalami kesadaran penuh dengan memberikan respons yang cukup terhadap stimulus yang diberikan (Handayani, 2017)
- 3) Tekanan Darah: kontraindikasi pada pemakaian KB hormonal adalah tekanan darah tinggi (BKKBN, 2015).
- 4) Berat Badan: kenaikan berat badan merupakan salah satu efek samping dari penggunaan beberapa jenis kontrasepsi (BKKBN, 2015).

c. Assesment

Analisis merupakan pendokumentasian hasil analisis dan intrepretasi (kesimpulan) dari data subjektif dan objektif.

Karena keadaan klien yang setiap saat bisa mengalami perubahan, dan akan ditemukan informasi baru dalam data subjektif maupun data objektif, maka proses pengkajian data akan menjadi sangat dinamis. Analisis yang tepat dan akurat mengikuti perkembangan data klien akan menjamin cepat diketahuinya perubahan pada klien, dapat terus diikuti dan diambil keputusan/tindakan yang tepat. (Handayani, 2017).

Diagnosis: P_ _ _ _ Ab_ _ _ Usia ... dengan ...

d. Penatalaksanaan

Pelaksanaan asuhan dilakukan sesuai rencana yang telah disusun sesuai dengan keadaan dan dalam rangka mengatasi masalah klien. Pelaksanaan tindakan harus disetujui oleh klien, kecuali bila tindakan tidak dilaksanakan akan membahayakan keselamatan klien. Sebanyak mungkin klien harus dilibatkan dalam proses implementasi ini. Bila kondisi klien berubah, analisis juga berubah, maka rencana asuhan maupun implementasinya pun kemungkinan besar akan ikut berubah atau harus disesuaikan (Handayani, 2017).

Menurut Peraturan Pemerintah No. 87 tahun 2014 tentang perkembangan kependudukan dan pembangunan keluarga, keluarga berencana dan system informasi keluarga pada pasal 19 bahwa upaya keluarga berencana dilaksanakan melalui

promosi, perlindungan, dan/atau bantuan sesuai
dengan hakreproduksi yang dilaksanakan dengan
rinsip SATU TUJU