

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Kehamilan

2.1.1 Konsep Dasar Kehamilan

a. Pengertian Kehamilan

Kehamilan adalah proses tumbuh dan berkembangnya janin intrauterin mulai dari konsepsi sampai nidasi (implantasi) di dalam uterus, pembentukan plasenta, serta pertumbuhan dan perkembangan semua produk janin lainnya sampai lahir (Rosyaria dan Khoiroh, 2019:5).

Pembuahan atau penyatuan spermatozoa dan ovum, diikuti oleh nidasi atau implantasi, itulah yang disebut oleh International Federation of Obstetrics and Gynecology (FIGO) sebagai kehamilan. Kehamilan adalah proses fisiologis dan alami yang menyebabkan berbagai perubahan tubuh serta penyesuaian pada sistem peredaran darah, pernapasan, saluran kemih, dan saluran kemih. (Prawirohardjo, 2016: 213).

b. Etiologi Kehamilan

a. Fertilisasi

Peristiwa ovulasi akan membebaskan oosit sekunder dan sel-sel adheren kompleks kumulus-oosit dari ovarium. Meskipun secara teknis massa sel ini dilepaskan ke dalam rongga peritoneum, oosit segera diambil oleh infundibulum tuba uterina. Pemindahan oosit melalui tuba uterina selanjutnya dilakukan oleh pergerakan silia ke satu arah dan peristalsis tuba. Fertilisasi umumnya terjadi di tuba uterina, dan sudah disepakati banyak ahli bahwa fertilisasi harus terjadi dalam beberapa jam, dan tidak lebih dari 1 hari pascaovulasi. Karena *window of opportunity* terjadinya fertilitasi sempit, spermatozoa harus telah berada dalam tuba saat oosit tiba. Hampir semua kehamilan terjadi bila hubungan intim dilakukan dalam 2 hari sebelum atau saat hari terjadinya

ovulasi. (Cunningham, dkk, 2016)

1) Ovum

- a) Dikeluarkan oleh ovarium selama fase ovulasi sekali setiap siklus menstruasi, dan akan habis saat memasuki masa menopause.
- b) Memiliki lapisan pelindung, termasuk sel granulosa dan zona pelusida, yang harus ditembus oleh sperma agar dapat terjadi kehamilan.
- c) Memiliki 24-48 jam setelah dilepaskan dari ovarium.
- d) Dapat dibuahi jika telah mengalami proses oogenesis.

2) Sperma

- a) Kemampuan membuahi selama 2-4 hari, rata-rata 3 hari;
- b) Jumlahnya akan berkurang tetapi tidak akan habis seperti pada sel telur;
- c) Kemampuan melepaskan enzim hyaluronidase untuk melunakkan korona radiata atau sel granulosa; dan
- d) Kemampuan untuk terus memproduksi bahkan di usia tua.
- e) Memiliki kepala dengan morfologi yang ideal, yaitu lonjong, agak pipih, dan sekali lagi tertutup alkrosom dan membran plasma. Leher: Menghubungkan bagian tengah ke kepala. Sekitar sepuluh kali panjang kepala, ekor bisa bergetar untuk membantu sperma bermigrasi dengan cepat.

Ada tiga tahapan sebelum keduanya bertemu, yaitu sebagai berikut:

- 1) Tahap penembusan korona radiata
- 2) Penembusan zona pelusida
- 3) Tahap penyatuan oosit dan membran sel sperma

Hanya satu sperma yang telah mengalami proses kapasitasi yang dapat melewati zona pelusida ke dalam vitellus ovum pada saat pembuahan, yang berlangsung di ampulla tuba fallopi. Zona pelusida kemudian berubah, mencegah lewatnya sperma lebih lanjut (Eka, 2018:8-9).

b) Pertumbuhan Zigot

Ovum yang matang membelah menjadi blastomer setelah dibuahi di tuba uterina, menjadi zigot, sel diploid dengan 46 kromosom. Blastomer dan badan kutub zigot dengan dua sel terletak bebas di dalam cairan perivitelin dan dikelilingi oleh zona pelusida yang tebal. Zigot menjalani pembelahan perlahan selama 3 hari saat masih berada dalam tuba uterina. Seiring dengan terus membelahnya blastomer, bola sel solid yang menyerupai *mulberry morula* akan terbentuk. Morula memasuki rongga uterus sekitar 3 hari pascafertilisasi. Akumulasi cairan bertahap di antara sel-sel morula menyebabkan terbentuknya *blastokista* dini (Cunningham, dkk, 2016: 49).

c) Nidasi

Implantasi embrio ke dalam dinding uterus merupakan gambaran umum yang ditemukan pada semua mamalia. Pada perempuan, implantasi terjadi 6 atau 7 hari pascafertilisasi. Proses ini dapat dibagi menjadi 3 fase:

- 1) Aposisi, pelekatan dini blastokista ke dinding uteri;
- 2) Adhesi, meningkatnya kontak fisis antara blastokista dan epitel uterus; dan
- 3) Invasi, penetrasi dan invasi sinsitiotrofoblas ke dalam endometrium, sepertiga bagian dalam miometrium, dan pembuluh darah uterus.

Untuk mencapai keberhasilan implantasi, diperlukan endometrium reseptif yang telah disensitisasi estrogen dan progesteron. Penerimaan uterus terhadap blastokista dibatasi hingga

hari ke-20-24 siklus. Keterlekatan blastokista ke epitel dimediasi oleh reseptor di permukaan sel di tempat implantasi yang berinteraksi dengan reseptor pada blastokista. Berkembangnya epitel reseptif disebabkan oleh produksi estrogen dan progesteron pascaovulasi oleh korpus luteum. Jika blastokista mendekati endometrium setelah hari ke-24 siklus, potensi untuk terjadinya adhesi telah sangat berkurang karena adanya sintesis glikoprotein antiperlekatan yang mencegah interaksi reseptor (Cunningham, dkk, 2016: 49).

d) Pembentukan Plasenta

Desidua terus tumbuh dan berkembang setelah pembuahan di bawah pengaruh hormon, menyebabkannya menebal seiring waktu. Mukosa uterus yang membentuk desidua selama kehamilan dipisahkan menjadi:

- 1) Desidua basalis, tempat plasenta berkembang dan terletak di antara produk janin dan dinding uterus.
- 2) Desidua kapsularis, yang mengangkut jaringan janin ke uterus dan akhirnya menyatu dengan desidua vera sebagai akibat dari obliterasi.
- 3) Desidua vera (parietalis), yang membungkus lapisan dalam dinding uterus lebih lanjut (Walyani, 2017: 42).

e) Tumbuh Kembang Hasil Konsepsi

Ada beberapa faktor yang mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan janin selama berada di dalam kandungan ibu, antara lain:

- 1) Faktor ibu
 - a) Penyakit yang menyertai kehamilan
 - b) Penyakit terkait kehamilan
 - c) Kesulitan kehamilan
 - d) Uterus
 - e) Kehamilan tunggal, ganda, atau tiga kali lipat
 - f) Perilaku ibu yang tidak diinginkan, seperti merokok, minum alkohol, dan penyalahgunaan narkoba.

2) Faktor janin

- a) Jenis kelamin janin
- b) Kelainan genetik seperti kelainan kongenital dan perkembangan yang menyimpang,
- c) Infeksi intrauterin.

3) Faktor plasenta

Kemampuan janin untuk berkembang dan tumbuh dengan sehat di dalam uterus bergantung pada plasenta. Akibatnya, plasenta yang diukur dengan indeks plasenta atau berat plasenta sangat penting untuk memastikan kesehatan janin di dalam kandungan (Eka, 2018)

f) **Tanda Pasti Hamil**

- 1) Gerakan janin
 - a) Pada primigravida gerakan janin dirasakan Ibu pada usia kehamilan 18 minggu
 - b) Pada multigravida gerakan janin dirasakan pada usia kehamilan 16 minggu
 - c) Petugas atau pemeriksa dapat meraba gerakan janin pada kehamilan 20 minggu
 - 2) Dapat diraba dan dikenal bagian-bagian janin
 - 3) Dapat didengar denyut jantung janin
 - 4) Dengan stetoskop laennec pada kehamilan 18- 20 minggu
 - 5) Dengan Doppler
 - 6) Dicatat dengan Feto Elektro Cardiogram
 - 7) Dilihat dengan USG
 - 8) Terlihat rangka janin
 - 9) Kerangka Janin dapat dilihat dengan foto rontgen maupun USG
- (Megasari, 2015: 91)

g) Perubahan Anatomi dan Fisiologi

Perubahan anatomi, fisiologis, dan biokimia yang signifikan terjadi selama kehamilan. Sebagian besar perubahan ini terjadi sebagai respons terhadap rangsangan fisiologis yang ditimbulkan oleh embrio dan plasenta, dan banyak yang dimulai segera setelah pembuahan dan berlanjut selama kehamilan. Perubahan anatomi dan fisiologis yang terjadi selama kehamilan meliputi:

a) Perubahan Sistem Reproduksi

1) Uterus

Di rongga panggul, uterus non-gestasional terletak di antara kandung kemih dan rektum di kedua sisi. Peritoneum visceral, atau serosa, menutupi hampir seluruh dinding posterior uterus. Wanita nulipara memiliki uteri yang 6 sampai 8 cm sampai 9 sampai 10 cm lebih panjang dari wanita multipara. Berat rata-rata uterus pada wanita nonpara adalah 50-70 g, sedangkan pada para wanita 80-plus g. Panjang fundus dan serviks kurang lebih sama pada wanita nulipara, sedangkan pada wanita multipara, serviks hanya sedikit lebih panjang dari sepertiga panjang keseluruhan uterus. Uterus tumbuh sangat cepat selama kehamilan karena hipertrofi serat otot. Saat aterm, berat uterus meningkat dari 70 g menjadi sekitar 1100 g. (Cunningham, dkk, 2016: 23)

Peregangan dan hipertrofi sel otot yang terlihat selama kehamilan menyebabkan ekspansi uterus, tetapi jumlah miosit baru yang diproduksi terbatas. Penumpukan jaringan fibrosa, terutama di lapisan otot luar, dan peningkatan besar pada jaringan elastis terjadi bersamaan dengan peningkatan ukuran sel otot. Dinding uterus dibuat lebih kuat oleh anyaman yang berkembang.

Meskipun mengalami penebalan yang lebih nyata dalam beberapa bulan pertama dinding korpus benar-benar menipis saat kehamilan berlanjut. Tebal dinding ini hanya 1-2 cm pada saat aterm. Uterus berubah menjadi kantung berotot dengan dinding tipis, lembut, dan fleksibel pada bulan-bulan terakhir kehamilan, memungkinkan janin disentuh secara eksternal. (Cunningham, dkk, 2016: 112). Berikut ini adalah tabel mengenai perubahan tinggi fundus uteri selama masa kehamilan:

Tabel 2.1
Umur kehamilan dan Estimasi Tinggi Fundus Uteri

Umur Kehamilan	Tinggi Fundus Uteri
Sebelum 12 minggu	Fundus uteri belum teraba
Akhir bulan ke-3(12 minggu)	Fundus uteri berada pada 1-2 jari di atas simfisis
Akhir bulan ke-4(16 minggu)	Fundus uteri berada pada pertengahan simfisis-pusat
Akhir bulan ke-5(20 minggu)	Fundus uteri berada pada 3 jari di bawah pusat
Akhir bulan ke-6(24 minggu)	Fundus uteri berada setinggi pusat
Akhir bulan ke-7(28 minggu)	Fundus uteri berada pada 3-4 jari di atas pusat
Akhir bulan ke-8(32 minggu)	Fundus uteri berada pada pertengahan pusat- PX
Akhir bulan ke-9(36 minggu)	Fundus uteri berada atau 3-4 jari di bawah PX
Akhir bulan ke-10(40 minggu)	Fundus uteri berada pada pertengahan pusat- PX

Sumber : *Kemenkes RI, 2016*

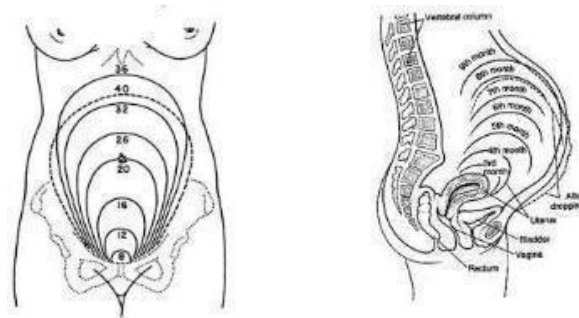
Rumus perhitungan tinggi fundus uteri menurut Mc. Donald dalam Pratiwi (2019) dapat dikalkulasikan sebagai berikut :

- a. Usia kehamilan = $TFU \times 2/7$ (memberikan hasil usia kehamilan dalam bentuk bulan).
- b. Usia kehamilan = $TFU \times 8/7$ (memberikan hasil usia kehamilan dalam bentuk minggu).
- c. Tinggi Fundus Uteri dalam sentimeter (cm), yang normal harus

sama dengan umur kehamilan dalam minggu yang ditentukan berdasarkan hari pertama haid terakhir (HPHT).

Jika hasilnya beda 1-2 cm, masih dapat ditoleransi, tetapi jika deviasi lebih kecil 2 cm dari umur kehamilan, kemungkinan ada gangguan pertumbuhan janin sedangkan deviasi sebaliknya kemungkinan terjadi bayi kembar, polihidramnion, atau janin besar.

Untuk lebih jelas dapat dilihat pada gambar 2.1 berikut:



Gambar 2.1 Pembesaran Uterus

Sumber: *Prawirohardjo, 2016:176*

Menurut Tyastuti (2016: 68), berat badan janin dapat diukur dengan menggunakan rumus Lohson.

Rumus Lohson

$$BB = (TFU \text{ dalam cm} - n) \times 155$$

Keterangan :

BB = Berat badan janin dalam gram

TFU = Tinggi fundus uteri

N(12) = Bila kepala belum melewati PAP

N(11) = Bila kepala sudah melewati PAP

2) Serviks uteri

Serviks berubah konsistensi dan menjadi lebih vaskularisasi karena peningkatan kadar estrogen. Serviks

sebagian besar terbuat dari jaringan ikat dan memiliki jaringan otot yang sangat sedikit, sehingga tidak berfungsi sebagai sfingter. Akibatnya, selama persalinan, serviks hanya akan terbuka sebagai respons terhadap tarikan korpus uteri ke atas dan tekanan janin ke bawah. Tepat sebelum melahirkan, serviks melunak dan lebih mudah melebar. Serviks akan terlihat terlipat setelah melahirkan daripada tertutup seperti sfingter.

3) Ovarium

Plasenta telah mengambil alih fungsi sejak minggu ke-16 kehamilan, terutama pembentukan progesteron dan estrogen. Ovarium diam atau diam saat seorang wanita hamil. Tidak ada ovulasi, tidak ada perkembangan dan pematangan folikel, dan tidak ada siklus hormonal bulanan (Syaiiful, dan Fatmawati, 2019: 28)

Ovulasi berhenti dan pematangan folikel baru ditunda selama kehamilan. Pada kebanyakan wanita hamil, hanya ada satu korpus luteum. 6 sampai 7 minggu pertama kehamilan dan 4 sampai 5 minggu pertama setelah ovulasi adalah saat struktur ini bekerja paling baik dan berkontribusi paling sedikit terhadap produksi progesteron. (Cunningham, dkk, 2016: 114)

4) Tuba Fallopi

Kehamilan menyebabkan hipertrofi sederhana otot tuba fallopi. Epitel mukosa tuba semakin menipis (Syaiiful, dan Fatmawati, 2019: 28)

5) Vagina dan Vulva

Karena hormon estrogen, vagina dan vulva juga berubah. Ketika hipervaskularisasi hadir, vagina dan vulva tampak lebih memerah dan agak kebiruan (memucat). Rona area ini tampak semarak. Pembuluh darah organ genital bagian dalam akan membesar. Ini sesuai mengingat nutrisi dan oksigen dari alat tersebut dan menyebabkan genetalia tumbuh.

genitalia tersebut meningkat. Jika terjadi kecelakaan kehamilan atau persalinan, akan terjadi pendarahan hebat yang dapat mengakibatkan kematian. Jumlah dan ketebalan keputihan mulai meningkat pada bulan terakhir kehamilan. Kadar glikogen juga dinaikkan oleh sel epitel. Lingkungan menjadi lebih asam ketika cellini berinteraksi dengan bakteri komensal yang menghasilkan produk dedoelin. Meskipun menawarkan perlindungan tambahan terhadap patogen, lingkungan ini juga ideal untuk *Candida albicans* (Syaiful,& Fatmawati, 2019)

b) Payudara

Wanita dapat mengalami pelunakan payudara mereka pada tahap awal kehamilan. Payudara akan membesar setelah bulan kedua dan pembuluh darah di bawah kulit akan menjadi lebih jelas. Puting akan lebih besar, warnanya lebih gelap, dan terangkat. Kolostrum, zat kekuningan, mungkin bocor setelah bulan pertama. Kelenjar asinar mulai mengeluarkan ketika mereka menghasilkan kolostrum. Susu tidak dapat dibentuk meskipun dapat dikeluarkan karena hormon prolaktin ditekan oleh hormon penghambat prolaktin. Kadar progesteron dan estrogen akan turun setelah lahir. Dampak penghambatan progesteron pada -laktalbulmin akan hilang. Sintesis laktosa akan dirangsang oleh peningkatan prolaktin, yang akan meningkatkan aliran ASI. Areola akan menjadi lebih besar dan tampak kehitaman sepanjang bulan yang sama. Kelenjar sebacea aryola, yang dikenal sebagai kelenjar Montgomery, akan mengembang dan cenderung menonjol. Striae, seperti yang terlihat di perut, akan muncul jika payudara mengembang (Prawirohardjo, 2016: 179).

c) Perubahan Sistem Respirasi

Selama kehamilan, diafragma terangkat sekitar 4 cm. Saat dimensi transversal sangkar dada naik kira-kira 2 cm, sudut subkostal terlihat melebar. Lingkar dada tumbuh hampir 6 cm, namun

cukup untuk menghentikan penurunan volume sisa paru yang disebabkan oleh elevasi diafragma. Wanita hamil sebenarnya memiliki mobilitas diafragma lebih banyak dibandingkan wanita tidak hamil. Tingkat pernapasan tetap konstan selama kehamilan, meskipun volume tidal dan ventilasi menit istirahat keduanya meningkat secara dramatis. Dalam sebuah penelitian terhadap 51 wanita hamil yang sehat, Kolarzyk et al. (2005) menemukan bahwa rata-rata volume tidal secara signifikan lebih tinggi pada wanita hamil—0,66 hingga 0,8 L/menit—dan ventilasi semenit lebih tinggi—10,7 hingga 14,1 L/menit. Kapasitas cadangan ekspirasi yang rendah, alkalosis respiratorik kompensasi, dan peningkatan dorongan pernapasan, yang sebagian besar disebabkan oleh aksi stimulasi progesteron, adalah beberapa mekanisme yang berkontribusi terhadap peningkatan ventilasi semenit ini (Cunningham, dkk, 2016: 114).

d) Perubahan Sistem Persarafan

Wanita mengalami kesulitan tidur mulai pada usia kehamilan 12 minggu dan berlangsung selama dua bulan pertama kehamilan. Mereka sering terbangun dengan jam tidur yang lebih sedikit di malam hari dan efisiensi tidur yang lebih rendah. Memori terkait kehamilan diamati menurun hanya pada trimester ketiga, menurut penelitian oleh Keenan et al. (1978). Penurunan ini disebabkan oleh perubahan tubuh terkait kehamilan, seperti depresi, kecemasan, dan kurang tidur. Setelah lahir, gangguan ingatan yang diketahui hanya bersifat sementara dan cepat kembali (Syaiful, dan Fatmawati, 2019: 33).

e) Perubahan Sistem Hematologis

Hipervolemia yang telah lama diketahui rata-rata 40 sampai 45 persen dari volume darah tidak hamil setelah 32 sampai 34 minggu kehamilan. Penambahan ini cukup bervariasi di antara wanita. Sementara di lain volume darah hampir dua kali lipat, di beberapa hanya ada sedikit kenaikan. jumlah darah ibu

pada trimester pertama meningkat. Pada minggu ke-12, volume plasma telah meningkat sebesar 15% dari tingkat sebelum hamil. Trimester kedua melihat peningkatan pesat dalam volume darah ibu. Kemudian, sepanjang trimester ketiga, lonjakan ini melambat secara signifikan sebelum mendatar dalam beberapa minggu terakhir kehamilan. Peningkatan plasma dan eritrosit menyebabkan peningkatan volume darah. Meskipun biasanya ada lebih banyak eritrosit daripada plasma yang dipasok ke sirkulasi ibu, volume eritrosit meningkat secara nyata, rata-rata sebesar 450 mL. Selama kehamilan yang khas, jumlah retikulosit sedikit meningkat dan sumsum tulang menunjukkan hiperplasia eritroid ringan. Peningkatan kadar eritropoietin plasma, yang mencapai puncaknya selama trimester ketiga dan menyebabkan jumlah maksimum sintesis eritrosit, hampir pasti bertanggung jawab atas perubahan ini. (Cunningham, dkk, 2016: 120).

f) Sistem Kardiovaskuler

Delapan minggu pertama kehamilan adalah saat perubahan paling signifikan dalam fungsi jantung terjadi. Preload meningkat sebagai akibat dari peningkatan volume plasma yang terjadi antara 10 dan 20 minggu, dan curah jantung meningkat pada awal minggu kelima sebagai akibat dari peningkatan denyut jantung dan penurunan resistensi vaskular sistemik. Dimulai pada pertengahan kehamilan, uterus ibu yang lebih besar akan menekan aorta bagian bawah dan vena cava inferior secara terlentang. Hal ini akan berpengaruh pada seberapa banyak darah kembali ke jantung, menyebabkan preload dan cardiooutput turun, yang dapat menyebabkan hipotensi arteri. Kompresi aorta yang berlanjut pada uterus yang lebih besar selama trimester ketiga selanjutnya akan mengurangi suplai darah uteroplasenta ke ginjal. Jika berlawanan dengan posisi miring, posisi terlentang akan membantu menurunkan fungsi ginjal (Syaiful, dan Fatmawati, 2019: 34).

g) Perubahan Sistem Urinaria

Vesika urenaria terjepit oleh uterus pada trimester pertama kehamilan, yang mengakibatkan seringnya dorongan untuk buang air kecil. Ini hilang saat uterus tumbuh lebih besar dan meninggalkan rongga panggul naik ke perut. Kepala janin mulai melorot ke pintu masuk panggul (PAP) pada akhir kehamilan, yang menyebabkan uterus melorot ke kandung kemih. Keluhan sering buang air kecil juga bisa kambuh. Selain itu, ada peningkatan aliran darah di dalam ginjal, yang berdampak pada laju filtrasi glomerulus dan aliran plasma ginjal dan menyebabkan gejala poliurik. Konsentrasi vitamin larut air dan asam amino yang lebih tinggi akan ditemukan dalam tinja (Syaiful, dan Fatmawati, 2019: 35).

h) Perubahan Sistem Integumen

Kulit di perut bisa menjadi kemerahan dan kusam, dan terkadang juga mempengaruhi daerah payudara dan paha. Perubahan ini disebut sebagai striae gravidarum. Garis perak mengkilap yang merupakan bekas sikatrik dan striae sering terlihat pada multipara selain striae kemerahan. Bagian epidermis dan dermal kulit memiliki deposit melanin, yang memiliki sumber spesifik yang tidak jelas. Penyebabnya masih sangat kecil kemungkinannya adalah adanya kadar serum hormon perangsang melanosit menjelang akhir bulan kedua. Melanogenesis diketahui dipengaruhi oleh estrogen dan progesteron yang diyakini sebagai agen utamanya (Prawirohadjo, 2016: 179)

i) Perubahan Sistem Muskuloskeletal

Jaringan ikat tulang rawan dan ligamen berelaksasi sebagai akibat dari peningkatan kadar estrogen dan progesteron, meningkatkan jumlah cairan sinovial. Kedua karakteristik ini bersama-sama membuat sambungan lebih fleksibel dan mobile. Ibu hamil biasanya memiliki bentuk punggung yang cenderung lordotik karena uterus membesar ke posisi anterior.

Mobilitas sendi pubis, sakroiliaka, dan sacrococcygis akan meningkat, mungkin karena faktor hormonal. Ibu hamil dapat mengubah sikapnya sebagai akibat dari mobilitas ini, yang juga dapat membuat punggung bawahnya terasa tidak nyaman (Syaiful, dan Fatmawati, 2019: 36).

j) Perubahan Kenaikan Berat Badan

Uterus dan isinya, payudara, dan ekspansi darah dan cairan ekstraseluler ekstraseluler merupakan mayoritas pertumbuhan berat badan selama kehamilan. Sebagian kecil dari kenaikan ini adalah konsekuensi dari modifikasi metabolik yang meningkatkan kadar air seluler dan mengakibatkan pengendapan lipid dan protein segar, yang disebut sebagai cadangan ibu. Penambahan berat rerata selama kehamilan adalah sekitar 12,5 kg atau 27,5 lb.

Tabel 2.2

Analisis Penambahan Berat Berdasarkan Proses Fisiologis Selama Kehamilan

Jaringan Dan Cairan	10 Minggu	20 Minggu	30 Minggu	40 Minggu
Janin	5	300	1500	3400
Plasenta	20	170	430	650
Cairan Amnion	30	350	750	800
Uterus	140	320	600	970
Mamae	45	180	360	405
Darah	100	600	1300	1450
Cairan Ekstraseluler	0	30	80	1480
Lemak	310	2050	3480	3345
Total	650	4000	8500	12500

Sumber : *Ilmu Kebidanan penyakit kandungan dan KB* (Manuaba, 2010)

Tabel 2.3
Rekomendasi Penambahan Berat Badan Selama Kehamilan
Berdasarkan Indeks Massa Tubuh

Kategori	IMT	Rekomendasi (kg)
Rendah	< 19,8	12,5 -18
Normal	19,8 – 26	11,5 – 16
Tinggi	26 -29	7 - 11,5
Obesitas	> 29	>7
Gameli		16 - 20,5

Sumber: Prawirohardjo. 2016

k) Perubahan Sistem Pencernaan

Dikarenakan efek hormon human chorionic gonadotropin (HCG), mual dan muntah sering dialami pada tahap awal kehamilan, dan tonus otot saluran pencernaan juga menurun. Air liur dibandingkan yang biasanya dapat diproduksi. Mengidam makanan telah diamati pada wanita tertentu, yang mungkin terkait dengan interpretasi unik setiap wanita tentang apa yang bisa membuatnya merasa kurang mual.

Uterus akan menjadi lebih besar dan perut serta usus akan bergerak juga. Organ lain juga akan bergerak ke samping dan ke atas, termasuk usus buntu. Dua perubahan yang paling jelas setelah akhir kehamilan adalah penurunan motilitas otot polos organ pencernaan dan penurunan produksi asam lambung. Oleh karena itu, nada sfingter esofagus bagian bawah menurun, yang dapat mengakibatkan refleks dari lambung ke kerongkongan dan gejala seperti mulas. (Syaiful, dan Fatmawati, 2019: 40)

l) Perubahan Sistem Endokrin

Plasenta janin mengeluarkan HCG dan hormon plasenta, yang secara langsung mempengaruhi organ endokrin. Saat kadar estrogen meningkat, produksi globulin meningkat dan produksi tiroksin, kortikosteroid, dan steroid ditekan. Akibatnya, plasma hormon ini akan

kadar hormon bebas tidak terlalu meningkat, meskipun jumlahnya meningkat. Wanita hamil mengalami vertigo karena peningkatan berat kelenjar pituitari hingga 50%. Prolaktin, hormon adrenokortikotropik, dan sekresi hormon perangsang melanosit semuanya meningkat.

Sebagai hasil dari peningkatan vaskularisasi dan hiperplasia jaringan kelenjar, kelenjar tiroid dapat tumbuh hingga 13% lebih besar selama kehamilan. Karena ginjal membutuhkan lebih banyak yodium, secara fisiologis akan terjadi peningkatan yodium, yang akan meningkatkan laju filtrasi glomerulus. Meskipun hipertiroidisme kadang-kadang dapat bermanifestasi selama kehamilan, fungsinya tidak akan berubah. Namun, tingkat metabolisme basal juga dapat dirangsang oleh kadar tiroksin dan triiodotironin yang lebih tinggi. Kelenjar adrenal membuat lebih banyak kortisol plasma bebas dan kortikosteroid lainnya, termasuk ACTH, karena mereka dirangsang oleh hormon estrogen, dan ini terjadi dari usia kehamilan 12 minggu hingga melahirkan. Akibatnya, kapasitas ginjal untuk mengontrol kadar garam selama kehamilan menurun, menyebabkan retensi cairan dan edema. (Syaiful, dan Fatmawati, 2019: 41)

m) Perubahan Sistem Imunologi

Respon imunologis seorang wanita dapat diturunkan oleh HCG. Selain itu, dari minggu ke-10 kehamilan hingga minggu ke-30, saat mencapai kadar terendah, kadar IgG, IgA, dan IgM serum mulai menurun. Mereka terus melakukannya hingga *term* (Syaiful, dan Fatmawati, 2019: 42)

e. Kebutuhan Fisik Ibu Hamil Trimester III

Menurut Rukiah (2017) Berikut persyaratan fisik ibu hamil:

a. Oksigen

Kebutuhan utama semua makhluk hidup, termasuk ibu hamil, adalah oksigen. Ketika seorang wanita hamil, kebutuhannya akan oksigen meningkat.

Penting untuk meningkatkan sebagian besar jaringan di payudara, produk janin, dan uterus sebagai reaksi tubuh terhadap percepatan laju metabolisme.

b. Nutrisi

Meski makanannya tidak mahal, ibu tetap mengonsumsi nutrisi berkualitas tinggi saat hamil. Ibu hamil harus meningkatkan asupan kalori hingga 300 per hari, mengonsumsi protein dan zat besi, dan mendapatkan minuman yang cukup (menu seimbang).

c. Personal Hygiene

Wanita hamil mempraktikkan kebersihan pribadi, atau menjaga kebersihan diri, untuk menurunkan risiko tertular infeksi. Kebersihan pribadi dan perubahan dalam tubuh wanita hamil terkait karena vagina muda terinfeksi ketika pH vagina naik dari 3 menjadi 5 selama kehamilan. Stimulasi estrogen menyebabkan keputihan. Wanita hamil biasanya berkeringat karena peningkatan vaskularisasi perifer. Keinginan wanita hamil untuk buang air kecil sering kali disebabkan oleh tekanan yang diberikan uterus yang lebih besar pada kandung kemih. Mandi sering membantu meminimalkan iritasi vagina, dan pembersihan perianal harus dilakukan dari depan ke belakang.

d. Pakaian

Hampir semua jenis pakaian dapat diterima, tetapi harus longgar, nyaman, dan terbuat dari kain yang cepat menyerap keringat. Untuk mengurangi ketidaknyamanan yang disebabkan oleh pemuaian, payudara harus ditopang dengan bra yang sesuai. Hindari memakai sepatu hak tinggi dan stoking ketat.

e. Eliminasi

Ibu hamil sering mengalami sering buang air kecil, terutama pada trimester pertama dan ketiga. Kondisi fisiologis ada di sini. Awal kehamilan adalah saat itu terjadi

hipertrofi uterus yang menyebabkan kapasitas kandung kemih berkurang. Janin tumbuh lebih besar sepanjang trimester ketiga, akibatnya kandung kemih menjadi tegang. Karena tindakan menurunkan konsumsi cairan, disarankan untuk minum 8 sampai 12 gelas setiap hari.

f. Seksual

Aktivitas seksual selama kehamilan tidak dilarang selama tidak ada riwayat penyakit seperti sering aborsi, kelahiran dini, atau pendarahan vagina. Aktivitas seksual harus dilakukan dengan hati-hati, terutama pada minggu terakhir kehamilan, karena dapat menginfeksi janin jika selaput ketuban telah pecah.

g. Istirahat/Tidur

Untuk membantu Anda mendapatkan kalori yang Anda butuhkan saat hamil, mandi air hangat sebelum malam, tidur miring ke kiri, dan gunakan bantal untuk menopang. Meski hanya berbaring untuk bersantai, ibu hamil sebaiknya banyak menghabiskan waktu luangnya dengan tidur siang atau istirahat. tidak berfungsi untuk melancarkan peredaran darah.

f. Tanda Bahaya Kehamilan

Kehamilan dengan tanda bahaya atau risiko yang lebih tinggi dari normal (baik bagi ibu maupun bayinya) yang dapat mengakibatkan sakit atau kematian sebelum atau sesudah melahirkan dikatakan dalam bahaya (Pratiwi, 2018:39)

a) Pendarahan Pervaginam

1) Abortus

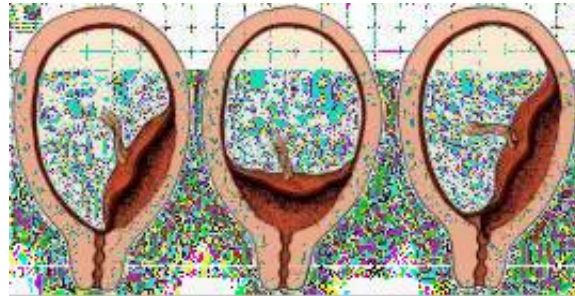
Tindakan mengancam atau mengeluarkan hasil konsepsi sebelum janin dapat hidup di luar kandungan dikenal dengan istilah aborsi. Berat janin kurang dari 500 gram atau kehamilan kurang dari 20 minggu adalah batasan. Alasan aborsi yang beragam dan sering diperdebatkan (keguguran dini) sangat banyak.

Alasan yang paling sering adalah autoimun, genetik, kelainan bawaan uterus, infeksi, hematologi, masalah fase luteal, dan faktor lingkungan. Berdasarkan gejala, indikasi, dan proses patologis yang terjadi, dikenal beberapa jenis aborsi, antara lain:

- a) *Abortus Iminens*, adalah tahap awal aborsi yang mengancam prosedur, ditandai dengan perdarahan pervaginam, ostium uteri yang tertutup, dan perkembangan janin yang sehat.
- b) *Abortus Insiptiens*, adalah abortus yang mengancam di mana ostium uteri telah terbuka dan serviks telah mendatar, tetapi janin masih berada di dalam rongga uterus dan masih dalam proses pengeluaran.
- c) *Abortus Kompletus*, adalah pengeluaran seluruh komponen janin dari uterus pada usia kehamilan kurang dari 20 minggu, atau berat janin kurang dari 500 gram.
- d) *Abortus Inkopletus*, adalah beberapa produk janin telah keluar dari uterus dan beberapa belum.
- e) *Missed Abortion*, abortus yang seluruh kehamilannya masih tersimpan di dalam uterus meskipun embrio atau janin telah meninggal di dalam uterus sebelum usia kehamilan 20 minggu.
- f) *Abortus Habitualis*, adalah abortus spontan spontan yang terjadi tiga kali atau lebih berturut-turut dianggap kebiasaan. (Prawirohardjo, 2016: 460-472)

2) Plasenta Previa

Plasenta previa terjadi ketika plasenta menutupi setiap bagian dari OS endoserviks. Plasenta previa dapat muncul sebagai perdarahan vagina merah cerah tanpa rasa sakit pada trimester ketiga tetapi bisa disertai dengan kram. Faktor risiko lain termasuk plasenta previa sebelumnya, peningkatan praktis, peningkatan usia ibu, ibu dengan merokok (Retnowati. dkk, 2020 : 133). Untuk lebih jelas dapat dilihat pada gambar 2.2 berikut:



Gambar 2.2 Plaesenta Previa

Sumber: *Retnowati, dkk, 2020*

3) Solusio Plasenta



Gambar 2.3 Solusio Plasenta

Sumber: *Retnowati, dkk, 2020*

Solusio plasenta adalah ketika plasenta memisahkan lebih awal dari uterus, dengan kata lain memisahkan sebelum melahirkan. Ini terjadi paling umum sekitar 25 Minggu kehamilan. Gejala-gejalanya meliputi perdarahan pervaginam, nyeri perut bagian bawah, dan tekanan darah rendah yang berbahaya. Komplikasi untuk ibu dapat mencakup koagulopati intravaskular diseminata dan gagal ginjal. Komplikasi untuk bayi dapat mencakup gawat janin, berat badan lahir rendah, kelahiran prematur, dan kelahiran mati. Penyebab utama solusio plasenta masih belum jelas. Namun, beberapa hal berikut ini diduga merupakan faktor-faktor yang mempengaruhi terjadinya, yaitu: hipertensi esensial atau preeklamsia, tali pusat yang pendek, trauma tekanan pada vena cava

inferior oleh uterus yang membesar, kehamilan ganda (Retnowati. dkk, 2020 : 137).

b) Preeklampsia

Umumnya pada ibu hamil dengan usia kehamilan di atas 20 minggu disertai dengan peningkatan tekanan darah di atas normal sering diasosiasikan dengan preeklampsia. Gejala dan tanda lain dari preeklampsia adalah sebagai berikut:

- 1) Hiperrefleksia (iritabilitas susunan saraf pusat)
- 2) Sakit kepala atau sefalgia (frontal atau oksipital) yang tidak membaik dengan pengobatan umum
- 3) Gangguan penglihatan seperti penglihatan kabur, skotomata, silau berkunang-kunang
- 4) Nyeri epigastrik
- 5) Oliguria (kurang dari 500 ml/24 jam)
- 6) Tekanan darah sistolik 20-30 mmHg dan diastolic 10-20 mmHg di atas normal
- 7) Proteinuria
- 8) Edema menyeluruh (Praworohardjo, 2016: 283).

c) Nyeri Hebat di Daerah Abdomen

Bila hal tersebut di atas terjadi pada kehamilan trimester kedua atau ketiga dan disertai dengan riwayat dan tanda-tanda dibawah ini, maka diagnosisnya mengarah pada solusio plasenta, baik dari jenis yang disertai perdarahan (revealed) maupun tersembunyi (concealed):

- 1) Trauma abdomen
- 2) Preeklampsia
- 3) Tinggi fundus uteri lebih besar dari usia kehamilan
- 4) Bagian-bagian janin sulit diraba
- 5) Uterus tegang dan nyeri

6) Janin mati dalam uterus (Praworohardjo, 2016: 283).

d) Gejala dan Tanda Lain yang Harus di Waspada

Beberapa gejala dan tanda lain yang terkait dengan gangguan serius selama kehamilan adalah sebagai berikut:

- 1) Muntah berlebihan yang berlangsung selama kehamilan
- 2) Disuria
- 3) Menggigil atau demam
- 4) Ketuban pecah dini atau sebelum waktunya

Uterus lebih besar atau lebih kecil dari usia kehamilan yang sesungguhnya (Praworohardjo, 2016: 284).

2.1.2 Asuhan Kehamilan

a. Pengertian Asuhan kehamilan

Dalam program pelayanan kesehatan obstetri, pelayanan antenatal merupakan strategi preventif untuk meningkatkan luaran ibu dan bayi baru lahir melalui serangkaian kegiatan pemantauan rutin selama kehamilan. (Romauli, 2017).

b. Tujuan Asuhan antenatal Care

Tujuan Asuhan Antenatal care menurut (Romauli, 2017) adalah

- a. Memfasilitasi hamil yang sehat dan positif bagi ibu maupun bayi dengan menegakkan hubungan kepercayaan dengan ibu
- b. Memantau kehamilan dengan memastikan ibu dan tumbuh kembang anak sehat
- c. Mendeteksi komplikasi yang dapat mengancam jiwa selama hamil
- d. Mempersiapkan ibu, agar nifas berjalan normal dan dapat memberi asi eksklusif
- e. Mempersiapkan peran ibu dan keluarga dalam menerima kelahiran bayi agar dapat tumbuh kembang secara normal

Tabel 2.4
Kunjungan Pemeriksaan Antenatal

Trimester	Jumlah Kunjungan minimal	Waktu kunjungan yang dianjurkan berdasarkan usia kehamilan
I	1 x	Usia kehamilan 0-13 minggu
II	1 x	Usia kehamilan 14-27 minggu
III	2 x	Usia kehamilan 30-32 minggu
		Usia kehamilan 36-40 minggu

Sumber : Walyani S. E, 2015. Asuhan Kebidanan Pada Kehamilan, Yogyakarta.

c. Pelayanan Asuhan Antenatal Care

Profil kesehatan tahun 2017 menyatakan bahwa tenaga kesehatan yang melakukan pemeriksaan kehamilan harus menawarkan layanan berkualitas tinggi sesuai dengan standar (10T), yang meliputi:

1. Pengukuran Tinggi badan (TB) cukup satu kali

Sangat penting untuk memahami BMI wanita hamil untuk memastikan kenaikan berat badan yang optimal. Kenaikan berat badan terkait kehamilan berkisar antara 11,5 hingga 16 kg. Dalam hal bagaimana tinggi badan mempengaruhi ukuran panggul ibu, tinggi badan yang sehat untuk ibu hamil kira-kira 145 cm.

2. Pengukuran tekanan darah(tensi)

Tekanan darah harus 120/80 mmHg. Ada faktor risiko hipertensi (tekanan darah tinggi) pada kehamilan jika tekanan darah sistolik atau diastolik masing-masing lebih besar dari atau setara dengan 140 mmHg atau 90 mmHg.

3. Pengukuran Lingkar Lengan Atas (LILA)

Jika seorang ibu hamil mengalami Kekurangan Energi Kronis (KEK) dan berukuran 23,5 cm, ia berisiko melahirkan bayi dengan berat badan lahir rendah (BBLR).

4. Pengukuran tinggi uterus dapat digunakan untuk mengetahui apakah pertumbuhan janin sesuai dengan usia kehamilannya.

Tabel 2.5
Ukuran tinggi fundus uteri sesuai usia kehamilan

Usia Kehamilan	Tinggi Fundus Uteri (TFU) Menurut Leopold	TFU Menurut Mc. Donald
12-16 Minggu	1-3 jari diatas simfisis	9 Cm
16-20 Minggu	Pertengahan pusat simfisis	16-18 Cm
20 -24Minggu	3 jari di bawah pusat simfisis	20 Cm
24 -28Minggu	Setinggi pusat	24-25 Cm
28-32 Minggu	3 jari di atas pusat	26,7 Cm
32-34 Minggu	Pertengahan pusat prosesus xiphoideus (PX)	29,5-30 Cm
36-40 Minggu	2-3 jari dibawah prosesus xiphoideus (PX)	33 Cm
40 Minggu	Pertengahan pusat prosesus xiphoideus (PX)	37,7 Cm

Sumber : Walyani S. E, 2017. Asuhan Kebidanan Pada Kehamilan, Yogyakarta.

5. Penentuan letak janin (presentasi janin) dan penghitungan denyut jantung janin

Terdapat penempatan abnormal atau masalah lain jika janin tidak berada di trimester ketiga bagian bawah kepala atau jika kepala belum memasuki panggul. Rujuk segera jika denyut jantung janin kurang dari 120 atau lebih dari 160 denyut per menit karena ini merupakan indikasi gawat janin.

6. Penentuan status Imunisasi Tetanus Toksoid (TT)

Untuk mencegah tetanus pada bayi baru lahir. Nyeri, kemerahan, dan bengkak di tempat suntikan selama 1-2 hari merupakan efek samping TT.

Tabel 2.6 Pemberian Imunisasi TT

Imunisasi	Interval	% Perlindungan	Masa Perlindungan
TT1	Pada kunjungan ANC pertama	0 %	Tidak ada
TT2	4 minggu setelah TT1	80 %	3 tahun
TT3	6 bulan setelah TT2	95 %	5 tahun
TT4	1 tahun setelah TT3	99 %	10 tahun
TT5	1 tahun setelah TT4	99 %	25 tahun/seumur hidup

Sumber : Walyani, 2017. Asuhan Kebidanan pada Kehamilan.

7. Pemberian tablet tambah darah

Ibu hamil sejak awal kehamilan minum 1 tablet tambah darah setiap hari minimal selama 90 hari. Tablet tambah darah diminum pada malam hari untuk mengurangi rasa mual.

8. Tes laboratorium

- a. Tes golongan darah, untuk mempersiapkan donor bagi ibu hamil bila diperlukan.
- b. Tes hemoglobin, untuk mengetahui apakah ibu kekurangan darah (Anemia).

Pemeriksaan darah pada kehamilan trimester III dilakukan untuk mendeteksi anemia atau tidak. Klasifikasi anemia menurut Rukiah (2017) sebagai berikut:

1. Hb 11 gr% : tidak anemia
2. Hb 9-10 gr% : anemia ringan
3. Hb 7-8 gr% : anemia sedang
4. $Hb \leq 7$ gr% : anemia berat

c. Tes pemeriksaan urin (air kencing).

Pemeriksaan protein urine dilakukan pada kehamilan trimester III untuk mengetahui komplikasi adanya preeklamsi dan pada ibu. Standar kekeruhan protein urine menurut Rukiah (2017) adalah:

1. Negatif : Urine jernih
2. Positif 1 (+) : Ada kekeruhan
3. Positif 2 (++) : Kekeruhan mudah dilihat dan ada endapan
4. Positif 3 (+++) : Urine lebih keruh dan endapan yang lebih jelas
5. Positif 4 (++++): Urine sangat keruh dan disertai endapan yang menggupal.

d. Tes pemeriksaan darah lainnya, seperti HIV dan sifilis, sementara pemeriksaan malaria dilakukan di daerah endemis.

9. Konseling

Tenaga kesehatan memberi penjelasan mengenai perawatan kehamilan, pencegahan kelainan bawaan, persalinan dan inisiasi menyusui dini (IMD), nifas, perawatan bayi baru lahir, ASI eksklusif, Keluarga Berencana (KB) dan imunisasi pada bayi.

10. Tata laksana atau mendapatkan pengobatan

Jika ibu mempunyai masalah kesehatan pada saat hamil.

2.1.3 Asuhan Kebidanan Pada Ibu Hamil

Beberapa strategi penulisan, antara lain sebagai berikut, digunakan dalam pencatatan asuhan kebidanan antenatal, menurut Muslihatun (2010):

1. Pengumpulandata

Pengkajian data ibu

Data subjektif dari ibu hamil yang harus dikumpulkan meliputi :

- a. Riwayat perkawinan, yang meliputi lama perkawinan, usia ibu saat menikah, status perkawinan, dan pasangan.
- b. Riwayat menstruasi, termasuk fluor albus, siklus menstruasi, HPHT, dan perdarahan vagina.
- c. Kehamilan yang lalu, termasuk ANC, aktivitas janin, sinyal peringatan bahaya atau kesulitan, keluhan utama, obat yang diminum, termasuk pengobatan alami, dan kekhawatiran ibu.
- d. Riwayat kehamilan (Gravida (G)... Para (P)... Aborsi (Ab)... Anak yang hidup (Ah)...), seperti: perdarahan pada kehamilan sebelumnya, persalinan, dan nifas; hipertensi pada kehamilan, persalinan terakhir, dan pascapersalinan; bayi lahir dengan berat badan lahir kurang dari atau sama dengan 2.500 gram atau lebih dari 4.000 gram; dan masalah dengan kehamilan, persalinan, dan periode postpartum.
- e. Riwayat keluarga berencana, yang meliputi metode yang digunakan, tanggal, lokasi, dan keadaan pemasangan dan penghentian, serta keluhan atau alasan apa pun.

- f. Riwayat kondisi kesehatan ibu dan keluarga, seperti penyakit jantung, tekanan darah tinggi, diabetes, TBC, penyakit ginjal, asma, epilepsi, penyakit liver, malaria, penyakit kelamin, dan HIV/AIDS.
- g. Riwayat cedera, operasi, dan alergi obat atau makanan
- h. Imunisasi TT
- i. Rutinitas pemenuhan kebutuhan sehari-hari, seperti makan dan minum, membuang sampah (BAB dan BAK), menjaga kebersihan diri, beraktivitas, dan istirahat yang cukup.
- j. Riwayat psikososial, yang meliputi: pengetahuan dan reaksi ibu terhadap kehamilan dan keadaan saat ini, jumlah anggota keluarga yang tinggal di rumah, reaksinya terhadap kehamilan, dukungannya, proses pengambilan keputusan keluarga, lokasi persalinan, dan penolong yang diinginkan ibu.

Data objektif dari ibu hamil yang harus dikumpulkan, meliputi:

- a. Pemeriksaan fisik ibu hamil
 - 1) Kesehatan umum, termasuk TB dan BB, serta postur ibu selama tes, tingkat energi, dan keadaan emosional.
 - 2) Indikator vital, meliputi detak jantung, tekanan darah, suhu, dan nadi.
 - 3) Kepala dan leher, yang meliputi edema wajah, cloasma gravidarum, mata (kelopak mata pucat, warna sklera), mulut (rahang pucat, kebersihan, kondisi gigi (karies, karang, amandel), dan leher (pembesaran tiroid). kelenjar, vena limfatik).
 - 4) Payudara, termasuk ukuran, bentuk, hiperpigmentasi areola, kondisi puting susu, adanya kolostrum atau cairan lain, retraksi, benjolan, dan pembengkakan kelenjar getah bening.
 - 5) Perut, termasuk adanya parut, hiperpigmentasi (linea nigra, striae gravidarum), dan TFU dengan tangan jika usia kehamilan di atas 12 minggu dan dengan pita pengukur jika usia kehamilan di atas 22 minggu.

Lokasi, presentasi, posisi, dan penurunan kepala janin (pada usia kehamilan lebih dari 28 minggu), serta DJJ dengan fetoskop jika usia kehamilan lebih dari 18 minggu, semuanya ditentukan dengan palpasi perut.

- 6) Ekstremitas, seperti tangan dan kaki bengkak, kuku pucat, dan varises di daerah patela.
 - 7) Genetalia: perdarahan, varises, kondiloma, cairan (warna, konsistensi, jumlah, bau), kondisi kelenjar Bartholin (bengkak, cairan, kista), ketidaknyamanan, wasir, dan anomali lainnya.
 - 8) Pemeriksaan daerah serviks terhadap cairan/darah, luka, dan lubang, serta dinding vagina apakah ada cairan/darah, luka.
 - 9) Pemeriksaan bimanual untuk menemukan serviks dan menentukan apakah serviks melebar, nyeri, atau bergoyang. Tentukan ukuran, bentuk, lokasi, mobilisasi, nyeri, dan massa uterus dengan merabanya (hanya pada trimester pertama).
 - 10) Punggung, ada kelainan bentuk atau tidak.
 - 11) Kebersihan kulit
- b. Palpasi abdomen
- 1) Palpasi leopold I
TFU dan bagian janin yang berada di fundus uteri digunakan untuk menghitung usia kehamilan menggunakan palpasi Leopold I.
 - 2) Palpasi leopold II
Tujuan dari palpasi Leopold II adalah untuk menemukan letak janin di dalam perut ibu, apakah secara longitudinal atau transversal, dan untuk mengidentifikasi bagian mana dari janin yang berada di kanan dan kiri.
 - 3) Palpasi leopold III
Tujuan dari palpasi Leopold III adalah untuk mengidentifikasi bagian terbawah janin (presentasi).

4) Palpasi leopold IV

Tujuan dari palpasi Leopold IV adalah untuk memastikan seberapa jauh janin telah masuk ke dalam PAP.

c. Pemeriksaan panggul

Wanita hamil dengan dugaan panggul sempit harus melakukan pemeriksaan ukuran panggul, khususnya: primigravida (kepala tidak masuk panggul dalam 4 minggu terakhir), multipara (riwayat obstetrik buruk), ibu hamil dengan kelainan posisi baru-baru ini, dan ibu hamil dengan kyphosis, skoliosis, pincang, atau kaki bagian tengah.

d. Pemeriksaan laboratorium

Pemeriksaan sampel urin pada ibu hamil antara lain untuk keperluan pemeriksaan tes kehamilan (PPTest), warna urin, bau, kejernihan, protein urin, dan glukosa urin.

2. Melakukan identifikasi diagnosis atau masalah potensial dan mengantisipasi penanganannya

Dengan menggunakan prosedur ini, masalah dikenali, bersama dengan kemungkinan diagnosis berdasarkan diagnosis masalah tersebut. Misalnya, seorang wanita mungkin mengunjungi poliklinik KIA pada siang hari dengan wajah pucat, keringat dingin, rasa sakit di matanya, mual yang terputus-putus, dan kehamilan yang cukup bulan untuk menyebabkan perutnya membesar. Bidan mungkin mencurigai inpartu, kehamilan cukup bulan, dan anemia.

3. Menetapkan kebutuhan terhadap tindakan segera atau masalah potensial

Setelah masalah dan diagnosis potensial telah ditentukan, ini dilakukan. Pilihan ini dibuat dengan mengantisipasi dan memutuskan apa yang akan dibutuhkan pasien, dengan berkonsultasi dan bekerja sama dengan profesional kesehatan lainnya. Seorang ibu hamil 16 minggu, misalnya, memiliki kadar Hb 9,5 g%, lesu, banyak mengandung fluor albus, berwarna hijau muda, gatal, dan berbau. Informasi tersebut dapat mengidentifikasi langkah diperlukan,

seperti untuk memilih tindakan terbaik, konsultasikan atau bekerja dengan tim dan persiapan perawatan kesehatan lainnya

4. Menyusun rencana asuhan yang menyeluruh

Menurut strategi ini, langkah berikut dipilih berdasarkan temuan penelitian sebelumnya, dan jika ternyata ada kesenjangan dalam data, langkah ini dapat digunakan untuk mengisinya. Pemantauan status kehamilan, janin tumbuh kembang, menjaga kesehatan fisik, mental, dan sosial, deteksi dini kelainan, merencanakan persalinan cukup bulan dan aman agar masa nifas normal, dan mampu memberikan ASI eksklusif agar ibu dan keluarga siap menghadapi persalinan. kedatangan bayi hanyalah beberapa dari tujuan perencanaan perawatan antenatal.

5. Melaksanakan perencanaan

Fase dari semua iterasi dari rencana aksi sebelumnya yang melibatkan implementasi. Berdasarkan standar praktik kebidanan yang diterima, bidan dapat melakukan tugas-tugas seperti menimbang pasien, mengukur tekanan darah, mengukur tinggi fundus uteri, memberikan suplemen zat besi, memberikan vaksin TT, menguji penyakit menular seksual, dan memberikan konseling perencanaan rujukan. Selama trimester pertama, tugas-tugas seperti membangun kepercayaan, menemukan masalah, mencegah tetanus dan anemia, bersiap-siap untuk persalinan, bersiap-siap untuk komplikasi, dan mendorong hidup sehat telah selesai. Aktivitas pada trimester kedua pada dasarnya sama dengan aktivitas pada trimester pertama, tetapi preeklamsia harus dipertimbangkan. Kegiatan seperti palpasi abdomen, deteksi detak jantung janin, dan deteksi tanda menyimpang dilakukan selama trimester ketiga.

6. Evaluasi

Bentuk SOAP dapat diterapkan pada tahap evaluasi antenatal sebagai berikut:

Keefektifan asuhan yang diberikan dinilai pada tahap ini untuk melihat apakah kebutuhan asuhan yang ditentukan dalam diagnostik atau kondisi telah terpenuhi. Implementasi rencana pengasuhan dapat dianggap berhasil jika anak menunjukkan pertumbuhan dan perkembangan yang lebih baik, menunjukkan keberhasilan dalam tugas perkembangan yang sesuai untuk kelompok usia anak, dan secara fisik dalam batas yang dapat diterima. Proses manajemen berlangsung dalam pengaturan klinis, oleh karena itu langkah-langkahnya biasanya pemeriksaan yang memperjelas proses kognitif yang berdampak pada tindakan dan difokuskan pada proses klinis.

2.2 Persalinan

2.2.1 Konsep Dasar Persalinan

a. Pengertian Persalinan

Persalinan merupakan tahapan janin lahir secara alami setelah presentasi kepala selama 18 jam selama kehamilan penuh (37-42 minggu), proses evakuasi yang dikenal sebagai persalinan terjadi. Hasil konsepsi bermanifestasi sebagai kontraksi yang konsisten, bertahap, sering, dan kuat yang tampaknya tidak berhubungan tetapi sebenarnya bekerja sama untuk melahirkan bayi. (Walyani dan Purwoastuti2021)

Proses pelepasan alat kontrasepsi aktif dari uterus ke luar disebut persalinan. terjadi pada aterm (37-42 minggu), spontan, dan tanpa masalah bagi ibu atau janin. Presentasi belakang kepala berlangsung tidak lebih dari 18 jam (Jannah,2017)

b. Fisiologi persalinan

1. Sebab-sebab mulainya persalinan

Ada beberapa hipotesis yang menjadi penyebab terjadinya persalinan menurut Indrayani (2016), antara lain:

a. Teori keregangan

Terdapat sejumlah fleksibilitas pada otot uterus. Setelah kerangka waktu ini berlalu, kontraksi mulai terjadi, yang mengarah pada persalinan. Uterus terus tumbuh dan mengencang, yang menyebabkan iskemia pada otot-otot uterus. Akibatnya, plasenta dapat memburuk dan sirkulasi uteroplasma dapat terganggu.

b. Teori penurunan progesteron

Setelah 28 minggu kehamilan, plasenta mulai matang, dan selama waktu ini, jaringan ikat menumpuk dan arteri darah menjadi menyempit dan tersumbat. Perubahan vili korionik mengakibatkan penurunan produksi progesteron.

c. Teori oksitosin internal

Kelenjar hipofisis posterior berperan sebagai yang mengeluarkan oksitosin. Sensitivitas otot-otot uterus dapat berubah ketika rasio estrogen dan progesteron berubah, sehingga kontraksi lebih sering terjadi. Seiring bertambahnya usia kehamilan, kadar progesteron menurun, yang menyebabkan kadar oksitosin meningkat dan persalinan dimulai.

d. Teori prostaglandin

Peningkatan jumlah prostaglandin dimulai dari sekresi oleh desidua pada usia kehamilan 15 minggu. Prostaglandin dianggap memulai persalinan, sehingga jika terjadi peningkatan berlebihan selama kehamilan, dapat memicu kontraksi uterus, yang dapat menyebabkan pengeluaran produk janin.

e. Teori plasenta menjadi tua

Plasenta akan kehilangan estrogen dan progesteron seiring bertambahnya usia, yang akan menyebabkan pembuluh darah mengencang dan menyebabkan uterus berkontraksi.

c. Tahapan Persalinan

Dalam proses persalinan terdiri atas empat kala. kala I (kala pembukaan), kala II (kala pengeluaran janin) kalaIII (pelepasan plasenta), dan kalaIV (kala pengawasan/pemulihan).

1. Kala I (Kala Pembukaan)

Kala I dimulai sejak terjadinya kontaksi uterus (his) hingga serviks berdilatasi hingga 10 cm (pembukaan lengkap). proses ini terbagi dalam 2 fase, yaitu:

1. Fase laten : berlangsung selama 8 jam, serviks membuka sampai 3 cm.
2. Fase aktif : berlangsung selama 7 jam, serviks membuka dari 4 cm sampai 10 cm, akan terjadidengan kecepatan rata-rata 1 cm per jam (primigravida) atau lebih dari 1cm hingga 2 cm (multipara). Fase ini dibagi lagi menjadi tiga fase yaitu:
 - a. Fase akselerasi: dalam waktu 2 jam pembukaan 3 cm menjadi 4cm.
 - b. Fase dilatasi maksimal : dalam waktu 2 jam pembukaan berlangsung sangat cepat dari 4 cm menjadi 9 cm.
 - c. Fase deselerasi : pembukaan menjadi lambat sekali, dalam waktu 2 jam pembukaan 9 cm menjadi lengkap.

2. Kala II (pengeluaran)

Kala serviks telah membuka penuh (10 cm), kala II persalinan dimulai dan berlangsung sampai bayi lahir. Pada primigravida, proses ini memakan waktu dua jam, sedangkan pada multigravida membutuhkan waktu satu jam. Pada kala dua, bagian bawah janin turun ke dalam rongga panggul untuk menekan otot-otot dasar panggul, yang secara refleks membuat ibu merasa ingin meremas karena rektum menonjol, dan ini ditunjukkan dengan terbukanya anus. Kepala mulai muncul, vulva terbuka, dan perineum menonjol jika ada, mendorong bagian bawah janin keluar. Bila ada yang sakti dalam hal ini, doronglah wanita tersebut untuk mengejan sampai seluruh tubuh lahir.

3. Kala III (Pelepasan plasenta)

Kala tiga dimulai dimulai segera setelah bayi lahir dan berlangsung selama sedikit lebih lama dari 30 menit sampai plasenta lahir. Uterus tegas dan teraba setelah melahirkan, dengan posisi fundus uteri agak di atas tengah. Beberapa saat kemudian, uterus berkontraksi sekali lagi untuk mengeluarkan plasenta dari dinding uterus.

4. Kala IV(Observasi)

Kala empat dimulai dari saat lahirnya plasenta sampai 2 jam pertama post partum.

Observasi yang harus dilakukan pada kala IV adalah

1. Tingkat kesadaran penderita
2. Pemeriksaan tanda tanda vital: Tekanan darah, nadi, dan pernapasan
3. Kontraksi uterus
4. Terjadinya perdarahan

d. Tanda – tanda persalinan

Menurut (Rosyati, 2017) tanda dan gejala persalinan yaitu sebagai berikut :

a. Tanda Inpartu

1. Penipisan serta adanya pembukaanserviks.
2. Kontraksi uterus yang menyebabkan berubahnya serviks (frekuensi minimal 2 kali dalam 10 menit).
3. Keluar cairan lendir yang bercampur dengan darah melalui vagina.

b. Tanda-tanda persalinan

1. Ibu merasa ingin meneran atau menahan napas bersamaan dengan terjadinya kontraksi.
2. Ibu merasakan adanya peningkatan tekanan pada bagian rectum dan vagina.
3. Perineum mulai menonjol.
4. Vagina dan sfingter ani mulai membuka.
5. Pengeluaran lendir yang bercampur darah semakin meningkat.

e. Perubahan Fisiologis Pada Persalinan

1. Perubahan-perubahan fisiologi kala I

Menurut (Indrayani, 2016) Perubahan-perubahan fisiologi pada kala I adalah :

- a) Perubahan kardiovaskuler
400 cc darah meninggalkan uterus dengan setiap kontraksi dan memasuki sistem pembuluh darah ibu. Ini akan menghasilkan peningkatan 10% -15% dalam denyut jantung.
- b) Perubahan metabolisme
Metabolisme glukosa aerobik dan anaerobik sering meningkat selama persalinan. Suhu tubuh, denyut nadi, pernapasan, curah jantung, dan kehilangan cairan semuanya meningkat dengan peningkatan ini.
- c) perubahan tekanan darah
Tekanan darah meningkat selama kontraksi pada ibu hamil. Di antara dua kontraksi, tekanan darah kembali ke nilai sebelum melahirkan, dengan kenaikan sistolik berkisar antara 10 hingga 20 mmHg, peningkatan rata-rata sebesar 15 mmHg, dan kenaikan diastolik berkisar antara 5 hingga 10 mmHg.
- d) Perubahan Suhu Tubuh
Selama persalinan, suhu tubuh agak meningkat karena peningkatan metabolisme. Akan ada kenaikan baik selama dan setelah melahirkan; batasi kenaikan ini hingga 0,5-1°C.
- e) Perubahan denyut Jantung
Denyut jantung akan meningkat tajam selama kontraksi, mencerminkan peningkatan metabolisme.
- f) Pernapasan
Pada pola pernapasan yang tidak tepat semuanya dapat berkontribusi pada peningkatan pernapasan.

g) Perubahan kontraksi uterus

Stimulasi otot polos uterus dan penurunan hormon progesteron, yang memicu pelepasan oksitosin, menyebabkan kontraksi uterus.

2. Perubahan Fisiologis pada Kala II

Perubahan fisiologis pada kala II (Indrayani, 2016), yaitu:

a. Kontraksi Uterus

Dilatasi serviks menyebabkan serviks meregang, yang menghasilkan kontraksi uterus yang menyakitkan. Frekuensi dan lamanya kontraksi ini, yang dikendalikan oleh saraf intrinsik dan tidak disadari, tidak dapat diubah oleh ibu.

b. Perubahan Uterus

Keadaan segmen atas uterus (SAR) dan segmen bawah uterus (SBR) akan menjadi semakin jelas saat melahirkan. SAR diproduksi oleh korpus uteri dan berperan aktif; saat persalinan berkembang, dindingnya menebal, artinya SAR melakukan kontraksi yang semakin keras. anak itu keluar dari pintu. Dengan kata lain, SBR berelaksasi dan berdilatasi sementara isthmus uteri, yang bersifat pasif, membentuk SBR.

c. Perubahan pada Serviks

Tahap kedua dari perubahan serviks ditandai dengan dilatasi penuh; pada pemeriksaan dalam, portio lip, segmen bawah uterus (SBR), dan serviks tidak teraba lagi.

d. Perubahan pada Vagina dan Dasar Panggul

Sesudah dilatasi lengkap dan ketuban pecah, terjadi perubahan, terutama di dasar panggul, yang diregangkan oleh kepala janin dan sebagai hasilnya berubah menjadi saluran dengan dinding tipis. Bukaan vulva menghadap ke atas, anus terbuka, dan perineum menonjol. dan segera kepala janin di vulva terlihat.

3. Perubahan Fisiologis pada Kala III

Kala III perubahan fisiologis meliputi:

a. Perubahan Bentuk dan Tinggi Fundus

Sepenuhnya bulat setelah melahirkan dan sebelum miometrium mulai berkontraksi; ketinggian fundus biasanya di bawah pusat. Uterus mengambil bentuk segitiga, pir, atau alpukat setelah persalinan dan plasenta dipaksa ke bawah. Fundus terletak di atas tengah (sering diarahkan ke kanan)

b. Tali Pusat Memanjang

Tali pusat terlihat menjulur keluar melalui vulva (Indrayani, 2016).

c. Semburan Darah Mendadak dan Singkat

Seiring dengan bantuan gravitasi, darah yang terkumpul di belakang plasenta akan membantu mendorongnya keluar dari tubuh. Darah akan keluar dari tepi plasenta yang terlepas jika genangan darah antara dinding uterus dan permukaan bagian dalam plasenta menumpuk lebih banyak darah daripada yang dapat ditampungnya.

4. Perubahan Fisiologis pada Kala IV

Kala pemantauan, yang berlangsung selama 1-2 jam setelah bayi dan plasenta lahir, merupakan tahap keempat. Darah akan hilang oleh ibu. Kehilangan darah saat melahirkan biasanya disebabkan oleh robekan serviks atau perineum atau oleh kerusakan pada sambungan plasenta. Jumlah rata-rata perdarahan yang berada dalam kisaran normal untuk proses persalinan reguler adalah 250 ml, tetapi beberapa sumber mengklaim bahwa kisarannya adalah 100-300 ml.

2.2.2 Asuhan Kebidanan Pada Persalinan

a. Kebutuhan Dasar Ibu dalam Proses Persalinan

Menurut A.Maslow Kebutuhan dasar ibu dalam proses psikologi sebagai berikut:

1. Kebutuhan fisiologi

Kebutuhan dasar atau kebutuhan pokok/utama yang bila tidak terpenuhi akan terjadi ketidakseimbangan misalnya kebutuhan O₂, minum dan seks.

2. Kebutuhan rasa aman

Kebutuhan rasa aman misalnya perlindungan hukum, perlindungan terhindar dari penyakit.

3. kebutuhan dicintai dan mencintai

Kebutuhan dicintai dan mencintai misalnya mendambakan kasih sayang dari orang dekat, ingin dicintai dan diterima oleh keluarga atau orang lain disekitarnya.

4. kebutuhan harga diri

Kebutuhan harga diri misalnya ingin dihargai dan menghargai adanya respon dari orang lain, toleransi dalam hidup berdampingan.

5. kebutuhan aktualisasi

Kebutuhan aktualisasi misalnya ingin diakui atau dipuja, ingin berhasil, ingin menonjol dan ingin lebih dari orang lain.

Menurut (Walyani&Purwoastuti2021) 60 Langkah Asuhan Persalinan Normal (APN) sebagai berikut:

- i. **Melihat Tanda dan Gejala Kala Dua**

- 1) Mengamati Tanda dan gejala Kala Dua

-Ibu mempunyai keinginan untuk meneran.

-Ibu merasa tekanan yang semakin meningkat pada rektum dan/vaginanya.

-Perineum menonjol.

-Vulva-vulva dan sfingter anal membuka.

- ii. **Menyiapkan pertolongan persalinan**

- 2) Memastikan perlengkapan, bahan, dan obat-obatan esensial siap digunakan. Mematahkan ampul oksitosin 10 unit dan menempatkan tabung suntik steril sekali pakai di dalam partus set.

- 3) Mengenakan baju penutup atau celemek plastik yang bersih.
- 4) Melepas semua perhiasan yang Anda kenakan di bawah siku, cuci tangan di bawah air hangat yang mengalir dengan sabun, dan keringkan diri Anda dengan handuk pribadi yang baru. Memakai satu sarung dengan DTT atau steril untuk semua pemeriksaan dalam.
- 5) Tanpa mengontaminasi spuit, hisap 10 unit oksitosin ke dalam spuit sambil mengenakan sarung tangan desinfeksi tingkat tinggi atau steril, kemudian masukkan kembali ke dalam delivery set/wadah desinfeksi tingkat tinggi atau steril.

iii. Memastikan Pembukaan Lengkap dengan Janin Baik

- 6) Untuk membersihkan vulva dan perineum, usap perlahan dengan kapas atau kain kasa yang telah dibasahi dengan air desinfektan tingkat tinggi dari depan ke belakang. Bersihkan lubang vagina, perineum, dan anus secara menyeluruh dari depan ke belakang jika terkontaminasi dengan kotoran ibu. Ganti sarung tangan jika terkontaminasi, dan letakkan kedua sarung tangan dengan benar dalam larutan dekontaminasi. Buang kapas atau kain kasa yang terkontaminasi ke dalam wadah yang sesuai.
- 7) Untuk memastikan pembukaan serviks sudah selesai, lakukan pemeriksaan dalam dengan metode aseptik. Lakukan amniotomi saat pembukaan selesai jika selaput ketuban belum pecah.
- 8) Untuk mendekontaminasi sarung tangan, masukkan tangan ke dalam larutan klorin 0,5% saat masih tertutup sarung tangan kotor, lepaskan dengan posisi terbalik, dan rendam dalam larutan klorin 0,5% yang sama selama 10 menit. membersihkan kedua tangan.
- 9) 10) Setelah kontraksi berhenti, periksa denyut jantung janin (FHR) untuk memastikan bahwa denyut jantung dalam kisaran biasa (100-180 denyut per menit).

- Tindakan harus diambil jika DJJ tidak normal.
- Masukkan semua hasil evaluasi dan perawatan, termasuk dari pemeriksaan internal, DJJ, dan tes lainnya, pada partograf.

iv. Menyiapkan Ibu dan Keluarga untuk Membantu Proses Pimpinan Meneran.

- 10) Memberitahu ibu bahwa pembukaan telah selesai dan janin dalam keadaan sehat. Sesuai permintaan ibu, bantu menempatkannya pada posisi yang nyaman.
 - Tunggu sampai ibu merasa siap untuk mengejan, perhatikan kenyamanan ibu dan janin sesuai dengan pedoman persalinan aktif, dan catat temuan Anda.
 - Jelaskan kepada keluarga bagaimana mereka dapat membantu dan menginspirasi ibu ketika dia mengalami kesulitan.
- 11) Minta bantuan keluarga dalam mempersiapkan ibu untuk mengejan. (Jika ada, bantu ibu ke posisi setengah duduk dan pastikan dia nyaman.)
- 12) Mengadopsi gaya kepemimpinan direktif ketika ibu merasa sangat termotivasi untuk mendorong:
 - Membimbing ibu untuk meneran saat ibu mempunyai keinginan untuk meneran.
 - Dorong ibu untuk mendorong ketika dia merasa siap untuk melakukannya.
 - Dukung dan dorong upaya paksa ibunya.
 - Bantu ibu dalam memilih posisi yang nyaman (jangan minta ibu berbaring telentang).
 - Anjurkan wanita untuk tidur siang di antara kontraksi.
 - Dorong dukungan ibu dan dorongan dari keluarga.
 - Meningkatkan hidrasi oral.
 - Evaluasi DJJ setiap lima menit.

- Jika ibu tidak mau mengejan dan bayi belum lahir atau tidak akan lahir dalam waktu 120 menit (2 jam) untuk ibu primipara atau 60 menit (1 jam) untuk ibu multipara, segera rujuk.
- Anjurkan ibu untuk bergerak, berjongkok, atau mengambil posisi aman. Anjurkan ibu untuk mulai mengejan pada puncak kontraksi dan istirahat di antaranya jika ibu tidak merasakan dorongan untuk melakukannya dalam 60 menit sebelumnya.
- Setelah mengejan selama 60 menit, rujuk ibu segera jika bayi belum lahir atau tidak akan segera lahir.

v. Persiapan Pertolongan Kelahiran Bayi

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

vi. Menolong Kelahiran Bayi Lahirnya Kepala

- 17) Satu kepala bayi membuka vulva dengan diameter 5-6 cm; tutupi perineum dengan kain di satu tangan; letakkan tangan lainnya di kepala bayi; dan berikan tekanan lembut dan non-obstruktif. Biarkan kepala muncul perlahan; dan anjurkan ibu untuk mengejan dengan lembut atau bernapas cepat saat kepala lahir.
 - 18) Gunakan handuk bersih atau kain kasa untuk menyeka wajah, bibir, dan hidung bayi dengan lembut. (Tindakan ini tidak perlu dilakukan.)
 - 19) Periksa tali pusat apakah ada yang melilit, lakukan pengobatan yang tepat jika memang demikian, dan kemudian segera lahirkan bayi.
- Lepaskan tali pusat di atas kepala bayi jika melilit secara longgar di leher janin.

- Jepit tali pusar di dua tempat dan potong jika sudah melilit leher bayi dengan aman.

20) Perhatikan kepala bayi untuk berputar secara alami pada sumbu luarnya.

vii. Lahir Bahu

- 21) Letakkan kedua tangan di kedua sisi wajah bayi setelah kepala berputar di sekitar sumbu luarnya. Dorong ibu untuk meremas selama kontraksi berikutnya. Tarik perlahan kepala bayi ke bawah dan ke luar sampai bahu anterior muncul di bawah lengkung kemaluan. Kemudian, tarik perlahan kepala bayi ke atas dan ke luar untuk melahirkan bahu posterior.
- 22) Rentangkan lengan dari kepala bayi yang berada di bawah ke arah perineum setelah bahu dilahirkan. Ini akan memungkinkan bahu dan lengan posterior untuk dibawa ke tangan. Gunakan lengan bawah untuk menopang tubuh bayi saat lahir, mengontrol siku dan tangan bayi saat melewati perineum. Saat bayi lahir, gunakan tangan anterior (atas) untuk mengontrol siku dan tangan anterior.
- 23) Rentangkan lengan yang berada di atas (ke depan) dari punggung ke kaki bayi setelah tubuh lengan terbentuk sehingga dapat menopangnya saat bagian belakang kaki lahir. Memegang pergelangan kaki bayi dengan hati-hati membantu dalam melahirkan kaki.

viii. Penanganan Bayi Baru Lahir

- 24) Dengan cepat (dalam waktu 30 detik) periksa bayi, lalu letakkan dia di perut ibu dengan kepala agak lebih rendah dari badan (jika tali pusat terlalu pendek, letakkan bayi di tempat yang memungkinkan). Resusitasi harus diberikan jika bayi baru lahir mengalami asfiksia.
- 25) Suntikkan oksitosin/i.m. dan segera bungkus kepala dan tubuh bayi dengan handuk, biarkan ibu dan anak melakukan kontak kulit-ke-kulit.

- 26) Pasang klem kedua 2 cm dari klem pertama dan klem tali pusat menggunakan klem sekitar 3 cm dari pusat bayi. Mulailah urutan pada tali pusat dengan menjepitnya ke arah ibu.
- 27) Memotong tali pusat di antara kedua klem sambil memegang tali pusat di satu tangan akan melindungi bayi dari gunting.
- 28) Keringkan bayi, ganti handuk basah, dan bungkus anak dengan kain atau selimut yang baru dan kering. Tali pusar harus tetap terbuka. Ambil langkah-langkah yang diperlukan jika bayi mengalami kesulitan bernapas.
- 29) Serahkan bayi kepada ibu, dorong ibu untuk memeluk anak dan, jika ibu mau, mulai menyusui.
- 30) Letakkan kain kering dan bersih. Untuk mengesampingkan kemungkinan bayi kedua, palpasi perut.
- 31) Beritahu ibu bahwa anak akan menerima suntikan.
- 32) Dalam waktu dua menit setelah bayi lahir, suntikkan 10 unit oksitosin secara intramuskular (I.M.) ke dalam gluteus atau sepertiga atas paha kanan luar ibu setelah aspirasi.

ix. Penegangan Tali Pusat Terkendali

- 33) Letakkan satu tangan di atas kain penutup perut ibu, tepat di atas tulang kemaluan, dan gunakan untuk merasakan kontraksi dan menjaga agar uterus tetap stabil. Dengan satu tangan, pegang tali pusar dan gunakan tangan lainnya untuk menjepit.
- 34) 35) Pegang tali pusar dengan lembut ke bawah sambil menunggu uterus berkontraksi. Untuk membantu mencegah inversi uterus, tekan perlahan bagian bawah uterus ke atas dan ke belakang (dorso kranial) berlawanan arah jarum jam. Setelah 30 sampai 40 detik, jika plasenta belum lahir, hentikan penarikan tali pusat dan perhatikan kontraksi berikutnya dimulai.

- Minta ibu atau anggota keluarga untuk melakukan stimulasi puting jika uterus tidak berkontraksi.

x. Mengeluarkan Plasenta

- 35) Setelah plasenta terlepas, instruksikan ibu untuk meremas sambil menarik tali pusat dengan gerakan ke bawah dan ke atas, mengikuti kontur jalan lahir, dan terus memberikan tekanan berlawanan arah jarum jam ke uterus.
 - Jika tali pusar memanjang, posisikan kembali klem sehingga antara 5 dan 10 cm dari vulva.
 - Jika plasenta tidak lepas setelah penegangan tali pusat selama 15 menit:
 - Mengulangi pemberian oksitosin 10 unit I.M.
 - Periksa kandung kemih dan, jika perlu, katektisasi menggunakan metode aseptik.
 - Minta agar keluarga membuat rekomendasi.
 - Mengulangi ketegangan tali pusat harus diulang setiap 15 menit.
 - Merujuk ibu jika plasenta tidak lahir dalam waktu 30 menit sejak kelahiran bayi.
- 36) Gunakan kedua tangan untuk melanjutkan pengeluaran plasenta jika terlihat jelas pada introitus vagina. Plasenta harus diputar dengan hati-hati sampai selaput ketuban terpelintir saat dipegang dengan kedua tangan. Keluarkan selaput ketuban dengan hati-hati dan lembut.
 - Jika selaput ketuban robek, periksa vagina dan leher uterus ibu secara menyeluruh sambil menggunakan disinfeksi tingkat tinggi atau sarung tangan steril. Hapus sisa membran dengan jari, klem steril, forseps, atau disinfeksi tingkat tinggi.
- 37) Pijat uterus segera setelah plasenta dan selaput lahir, dengan menggunakan telapak tangan Anda untuk menggosok lembut dalam lingkaran sampai uterus berkontraksi (fundus menjadi kencang).

xi. Menilai Perdarahan

- 38) Memverifikasi apakah plasenta dan selaput ketuban lengkap dan utuh dengan memeriksa kedua sisi, termasuk yang terkait dengan ibu dan janin. Masukkan plasenta ke dalam kantong plastik atau wadah lain yang ditunjuk.
-Setelah 15 detik pemijatan, jika uterus belum berkontraksi, lakukan tindakan yang diperlukan.
- 39) Tentukan apakah ada laserasi pada vagina dan perineum, dan segera jahit luka yang berdarah.

xii. Melakukan Prosedur Pascapersalinan

- 40) Periksa kembali uterus untuk memastikan berkontraksi secara normal.
- 41) Cuci kedua tangan yang bersarung tangan dengan air desinfeksi tingkat tinggi setelah dicelupkan ke dalam larutan klorin 0,5%, lalu keringkan dengan kain kering yang baru.
- 42) Menggunakan klem tali pusat yang disterilkan atau melakukan desinfeksi tingkat tinggi Di sekitar tali pusat, ikat tali pusat desinfeksi tingkat tinggi dengan simpul mati sekitar 1 cm dari pusat.
- 43) Di seberang simpul mati pertama, ikat simpul mati kedua di tengah.
- 44) Buang klem bedah dalam larutan klorin 0,5%.
- 45) Tutupi kepala dan punggung bayi. Pastikan kain atau handuk kering dan bersih.
- 46) Motivasi ibu untuk mulai menyusui.
- 47) Observasi berkelanjutan terhadap perdarahan pervaginam dan kontraksi uterus:
-2-3 kali dalam 15 menit pertama pascapersalinan.
-Setiap 15 menit pada 1 jam pertama pascapersalinan.

-Setiap 20-30 menit pada jam kedua pascapersalinan.

-Jika uterus tidak berkontraksi dengan baik, laksanakan perawatan yang sesuai untuk menatalaksana atonia uteri.

-Jika ditemukan laserasi yang memerlukan penjahitan, lakukan penjahitan dengan anestesia lokal dan menggunakan teknik yang sesuai.

48) Mengajarkan pada ibu/keluarga bagaimana melakukan masase uterus dan memeriksa kontraksi uterus.

49) Mengevaluasi kehilangan darah.

50) Setiap 15 menit pada jam pertama nifas dan setiap 30 menit selama jam nifas, dilakukan pemeriksaan tekanan darah, nadi, dan kandung kemih.

-Selama dua jam pertama setelah melahirkan, suhu tubuh ibu harus diperiksa sekali per jam.

- Jika Anda mendeteksi sesuatu yang aneh, bertindaklah sesuai dengan itu.

Kebersihan dan keamanan

51) Untuk mendekontaminasi semua peralatan, rendam dalam larutan klorin 0,5% (10 menit). Setelah dekontaminasi, cuci dan bilas peralatan.

52) Masukkan sampah yang terkontaminasi ke tempat sampah yang tepat.

53) Cuci ibu dengan air yang sangat steril. membersihkan darah, lendir, dan cairan ketuban. Dorong ibu untuk mengenakan pakaian yang segar dan kering.

54) Pastikan Ibu Nyaman ada disana. membantu ibu menyusui. Dorong keluarga untuk menyediakan makanan dan minuman yang diinginkan ibu.

55) Gunakan larutan klorin 0,5% untuk mendisinfeksi area pengiriman, lalu bilas dengan air bersih.

56) Mencelupkan sarung tangan kotor ke dalam larutan 0,5%, membalikkan

bagian dalam ke luar dan merendamnya dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit.

57) Mencuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir.

58) Melengkapi partograf.

Beberapa teknik penulisan dalam dokumentasi asuhan kebidanan pada ibu bersalin (intranatal) antara lain sebagai berikut :

1. Mengumpulkan data

Biodata, informasi demografis, riwayat kesehatan (termasuk faktor keturunan), riwayat menstruasi, riwayat obstetri dan ginekologi (termasuk nifas dan laktasi), pengetahuan, pemeriksaan fisik, pemeriksaan khusus, dan penunjang seperti laboratorium, radiologi, dan ultrasonografi, semuanya dikumpulkan pada wanita yang memberikan kelahiran.

2. Melakukan interpretasi data

Selama tahap ini, kemungkinan diagnosis yang termasuk dalam lingkup diagnosis obstetrik intranatal diinterpretasikan menggunakan data dasar.

Contoh :

Diagnosis G2P1A0, fase aktif I inpartu pada usia kehamilan 38 minggu

Masalah : Wanita yang memiliki kehamilan tipikal berisiko.

Wanita ketakutan akan melahirkan

Kebutuhan: Berikan kenyamanan dan dukungan kepada ibu, dan beri tahu ibu tentang jalannya dan perkembangan persalinan.

3. Melakukan identifikasi diagnosis atau masalah potensial dan mengantisipasi penanganannya

Pada langkah ini, masalah terdeteksi, dan diagnosis potensial kemudian dikembangkan berdasarkan diagnosis masalah yang diidentifikasi selama periode intranatal.

Contoh: Ibu L MRS di ruang bersalin, tetapi bidan perlu memikirkan potensi penyebab pertumbuhan uterusnya yang luar biasa.

pertumbuhan uterus yang berlebihan yang disebabkan oleh kondisi termasuk hidramnion, makrosomi, kehamilan ganda, ibu diabetes, atau kondisi lain, untuk mengidentifikasi berbagai diagnosis dan masalah potensial sebelum memulai terapi.

4. Menetapkan kebutuhan terhadap tindakan segera atau masalah potensial Berdasarkan kondisi pasien, langkah ini dilakukan untuk mempersiapkan, melakukan, dan berkolaborasi dengan tim kesehatan lain.

Contohnya termasuk distosia bahu, perdarahan antepartum, dan bayi dengan skor APGAR rendah. Oleh karena itu, tindakan awal adalah tindakan yang sesuai dengan standar profesional bidan, dan jika tindakan kolaboratif diperlukan, seperti pada kasus preeklamsia berat, harus dilakukan dengan koordinasi yang erat dengan dokter spesialis kandungan.

5. Menyusun rencana asuhan yang menyeluruh

Berdasarkan temuan identifikasi masalah dan diagnosis serta kebutuhan pasien, rencana perawatan secara keseluruhan dikembangkan. Rencana perawatan menyeluruh pada tahap intranatal umumnya sebagai berikut. Berikut ini adalah gambaran periode intranatal:

Kala I (dimulai dari his persalinan yang pertama sampai pembukaan serviks menjadi lengkap):

- a. Bantu ibu jika dia menunjukkan tanda-tanda kegelisahan, ketakutan, atau rasa sakit saat melahirkan. Kuncinya adalah mendengarkan kekhawatirannya sambil menawarkan dorongan, dukungan, dan pengetahuan tentang proses dan kemajuan persalinan. Kemudian, cobalah untuk lebih memahami perasaannya.
- b. b. Jika ibu tampak kesakitan, bentuk dukungan atau perawatan yang terbaik adalah dengan menyesuaikan posisi ibu ke posisi yang sesuai dengan keinginannya. Namun, disarankan agar posisi tidur miring ke kiri jika ibu ingin beristirahat di tempat tidur. Dorong ibu untuk berjalan-jalan dan ajak pendamping (pasangan atau

ibunya) untuk mencuci muka atau memijat punggungnya. Ibu diperbolehkan mengikuti kegiatan sesuai dengan kemampuannya. Meminta ibu untuk menarik napas dalam-dalam, menahannya sejenak, lalu mengeluarkannya dengan meniupkan udara saat ia merasakan kontraksi akan membantu Anda mengajari ibu cara bernapas.

- c. Selama persalinan, asisten menghormati privasi ibu dengan menggunakan penutup atau tirai dan menahan diri untuk tidak memperkenalkan orang lain tanpa sepengetahuan atau persetujuan ibu.
- d. Jelaskan bagaimana pekerjaan berjalan, modifikasi apa pun yang direncanakan untuk cara melakukan sesuatu, dan temuan pengujian.
- e. Mengizinkan ibu untuk membasuh kemaluannya setelah buang air kecil atau besar.
- f. Mengingat ibu hamil sering merasa kepanasan dan berkeringat banyak, manfaatkan AC atau kipas angin di dalam ruangan, atau kipas angin biasa saja, dan anjurkan ibu untuk mandi terlebih dahulu.
- g. Berikan asupan cairan yang cukup untuk memenuhi kebutuhan tubuh dan menghindari dehidrasi.
- h. Beritahu ibu untuk buang air kecil sesering mungkin.
- i. Awasi suhu tubuh Anda, denyut nadi, kontraksi, dan pelebaran serviks. Selama tahap awal persalinan, pemeriksaan internal harus berlangsung selama empat jam, antara lain. Hasilnya kemudian harus dicatat pada partograf.

Kala II (dimulai dari pembukaan lengkap sampai lahirnya bayi):

- a. Mendorong ibu dengan pergi bersamanya dan buat dia merasa nyaman dengan memberinya minum atau memijatnya.

- b. Untuk mencegah infeksi, jaga kebersihan ibu. Segera bersihkan jika ada darah, lendir, atau cairan ketuban.
- c. Tawarkan dukungan psikologis untuk mengurangi ketakutan atau kecemasan ibu dengan melindungi privasi ibu, menjelaskan perjalanan dan kemajuan persalinan, menguraikan prosedur yang diperlukan, dan melibatkan ibu.
- d. Modifikasi posisi ibu dengan membantu mendorong posisi tidur menyamping, setengah duduk, menungging, dan jongkok.
- e. Ubah posisi untuk meredakan ketegangan, menjaga kandung kemih tetap kosong, dan mendesak buang air kecil sesering mungkin.

Kala III (dimulai dari lahirnya bayi sampai ahirnya plasenta):

- a. Pemberian oksitosin yang cepat, manajemen traksi pada tali pusat, dan pijat uterus tepat setelah kelahiran plasenta adalah contoh manajemen aktif kala tiga.
- b. Jika manajemen aktif digunakan dan plasenta belum lahir setelah 15 menit, berikan 10 unit oksitosin (secara intramuskular).
- c. Berikan oksitosin dosis ketiga (10 unit) secara intramuskular, periksa gejala pelepasan plasenta, periksa ibu dengan hati-hati, dan jahit luka pada serviks dan serviks jika pengobatan aktif digunakan dan plasenta tidak lahir dalam waktu 30 menit. Episiotomi kemudian diperbaiki melalui vagina.

Kala IV (dimulai plasenta lahir sampai satu jam):

- a. Uterus harus dipijat sampai kencang jika kontraksi tidak kuat.
- b. Setiap 15 menit di jam pertama dan setiap 30 menit di detik kedua, periksa tekanan darah, denyut nadi, kandung kemih, dan pendarahan Anda.
- c. Beritahu ibu untuk minum agar tidak dehidrasi. Berikan ibu makanan ringan dan minuman favoritnya.

- d. Cuci area genital ibu dan kenakan pakaian yang segar dan kering.
- e. Biarkan ibu beristirahat dan bantu ibu dalam suasana yang nyaman.
- f. Biarkan bayi berada di atas ibu untuk memperkuat ikatan antara keduanya, dimulai dengan menyusui anak karena dapat merangsang kontraksi uterus.

6. Melaksanakan perencanaan

Pelaksanaan rencana asuhan kebidanan secara menyeluruh saat ini terkendala oleh standar asuhan kebidanan yang diberikan selama tahap intranatal.

7. Evaluasi

Keefektifan asuhan yang telah diberikan dinilai pada tahap ini, bersama dengan apakah asuhan tersebut telah diberikan dan apakah telah memenuhi kebutuhan asuhan yang dicatat dalam diagnosis dan masalah. Jika ada modifikasi dan perkembangan pasien yang lebih baik, penerapan terapi tersebut dapat dikatakan efektif. Kemungkinan beberapa rencana berhasil dilaksanakan sementara yang lain tidak. Penting untuk menilai mengapa perawatan tidak efektif karena proses manajemen perawatan adalah kegiatan yang berkelanjutan.

Formulir SOAP dapat digunakan untuk mencatat catatan kemajuan tenaga kerja sebagai berikut:

S : Data subjektif

Berisi informasi yang diperoleh langsung dari pasien melalui anamnesa (wawancara).

O : Data objektif

Data yang dikumpulkan melalui pemeriksaan medis dan pengamatan yang dilakukan selama tahap awal kehamilan.

A : Analisis dan interpretasi

Diagnosis, prediksi masalah diagnostik atau kemungkinan, dan penentuan apakah tindakan segera diperlukan kemudian dibuat berdasarkan data yang dikumpulkan.

P : Perencanaan

Adalah tindakan yang harus diberikan yang memerlukan kerja tim, perawatan diri, tes diagnostik atau laboratorium, dan konseling untuk tindakan lanjutan.

2.3 Nifas

2.3.1 Konsep Dasar Nifas

a. Pengertian Masa Nifas

Menurut Setyo Retno, masa nifas atau masa nifas yang dimulai setelah persalinan selesai dan berakhir pada saat organ uterus kembali seperti keadaan sebelum hamil, merupakan masa pemulihan. Masa nifas berlangsung 6 sampai 8 minggu.

Masa nifas, menurut Sri Handayani, adalah masa penyembuhan setelah plasenta lahir hingga organ reproduksi kembali seperti keadaan sebelum hamil, dan masa nifas biasanya berlangsung selama enam minggu atau empat puluh hari.

b. Fisiologis Masa Nifas

Perubahan Sistem Reproduksi (Sutanto,2021)

a. Involusi Uterus

Karena kontraksi dan retraksi otot-ototnya, uterus menjadi alat yang sulit setelah plasenta lahir. Ini memungkinkannya untuk memblokir arteri darah besar yang menyebabkan implantasi plasenta sebelumnya. Tiga lapisan otot yang membentuk jaringan otot uterus memungkinkan pembuluh darah menutup sepenuhnya, mencegah perdarahan pascapersalinan.

Fundus uteri terletak tiga jari di bawah pusat, tidak menyusut secara signifikan selama dua hari pertama, tetapi setelah itu, uterus mulai berkontraksi dengan cepat, dan pada hari ke-10, tidak lagi teraba dari luar. Dibutuhkan waktu hingga enam minggu bagi uterus untuk mendapatkan kembali ukuran normalnya.

Setiap sel menyusut ketika sitoplasma ekstra dihilangkan selama involusi. Proses autolisis, di mana komponen protein dinding uterus dibongkar, dicerna, dan dikeluarkan dalam urin, menghasilkan involusi. Lapisan sehat yang tersisa terus membuat endometrium baru sementara bagian yang tersisa dari lapisan dan stratum spongiosum memburuk dan dievakuasi dengan lokia. Pertumbuhan sel kelenjar menghasilkan pembentukan epitel baru, sedangkan jaringan ikat di antara kelenjar menghasilkan stroma baru.

Tabel 2.7
Perbandingan Tinggi Fundus Uteri dan Berat Uterus Di Masa Involusi

Involusi	TFU	Berat uterus
Bayi lahir	Setinggi pusat	1.000 gr
1 minggu	Pertengahan pus sinfisis	750 gr
2 minggu	Tidak teraba diatas sinfisis	500 gr
6 minggu	Normal	50 gr
8 minggu	Normal seperti sebelum hamil	30 gr

Sumber Sutanto 2021 Asuhan Kebidanan Nifas & Menyusui

b. Involusi Tempat Plasenta

Plasenta berukuran sekitar telapak tangan setelah melahirkan dan memiliki permukaan yang kasar dan tidak rata. Pada akhir minggu kedua, luka ini hanya 3-4 cm, dan pada akhir masa nifas, hanya 1-2 cm. Plasenta mencakup banyak arteri darah utama yang tersumbat trombus selama penyembuhan pascapersalinan. Untuk mencegah bekas luka plasenta meninggalkan bekas luka, endometrium tumbuh dari tepi luka serta dari kelenjar yang tersisa di dasar luka.

c. Lokhea

Biasanya ada lochia, atau keputihan, selama tahap awal pubertas. Luka di uterus, terutama luka plasenta, adalah sumber lokia. Jadi, tergantung pada seberapa baik penyembuhan luka, sifat lokia juga berubah. Dua hari pertama lokia berdarah dan disebut sebagai lochia rubra. Ini berubah dari darah encer, yang dikenal sebagai lochia serosa, setelah dua hingga empat hari menjadi lochia alba, cairan putih atau kekuningan, pada hari kesepuluh. Leukosit yang banyak, bau amis yang khas dari lochia, dan bau menyengat yang menandakan penyakit adalah penyebab dari rona ini.

d. Serviks dan Vagina

Osteum eksternal dapat dilewati oleh dua jari beberapa hari setelah melahirkan. Meskipun marginnya tidak rata dan terbelah dari robekan tenaga kerja. Selain itu, hiperplasia, retraksi serviks, dan robekan diperbaiki sebagai akibatnya. Namun, osteum bagian luar tidak dapat dibandingkan dengan sebelum kehamilan sampai involusi selesai. Pada minggu ketiga pascapersalinan, vagina, yang secara signifikan meregang selama persalinan, secara bertahap kembali ke ukuran normal, dan rugae mulai muncul kembali. Otot-otot panggul, perineum, vagina, dan vulva semuanya dipengaruhi oleh rendahnya kadar progesteron dalam darah. Penyembuhan ligamen otot uterus dibantu oleh prosedur ini. Ini adalah proses bertahap yang akan bermanfaat jika ibu melakukan ambulasi dini, senam nifas, dan mencegah sembelit dengan melakukan aktivitas yang dapat mendukung pemulihan kekuatan otot tubuh dan dengan mengonsumsi makanan yang tinggi serat. Selama kehamilan dan persalinan, progesteron juga meningkatkan tekanan pembuluh darah di vagina dan vulva, yang biasanya menyebabkan banyak hematoma dan edema pada jaringan ini serta perineum.

i. Perubahan Pada Sistem Perkemihan

Selama 24 jam pertama, seringkali sulit untuk buang air kecil. Hal ini karena kemungkinan spasme sfingter dan edema leher kandung kemih setelah bagian ini hancur selama persalinan antara kepala janin dan tulang kemaluan.

ii. Perubahan Pada Sistem Pencernaan

Sebelum fungsi usus kembali normal, dibutuhkan waktu 3-4 hari. Setelah lahir, kadar progesteron turun, tetapi selama satu atau dua hari, kebiasaan makan juga berubah. Pada masa nifas, keluhan sembelit dapat muncul akibat buang air besar yang tidak teratur karena nyeri pada daerah perineum dapat menghambat keinginan untuk buang air besar (BAB).

iii. Perubahan Pada Sistem Kardiovaskuler

Setelah diuresis yang disebabkan oleh tingkat estrogen yang lebih rendah, volume darah kembali ke tingkat normal. Pada hari ke-5, jumlah sel darah merah dan hemoglobin (Hb) pulih menjadi normal. Meskipun terjadi penurunan yang signifikan selama masa nifas, kadar estrogen masih lebih tinggi dari biasanya. Penanganan dan kompresi arteri yang hati-hati selama ambulasi dini diperlukan untuk mencegah pembekuan darah. Volume darah mulai turun, kekentalan darah kembali normal, tonus otot polos di dinding vena mulai berbalik, dan curah jantung dan tekanan darah kembali ke norma sebelum hamil.

iv. Perubahan Pada Sistem Endokrin

Setelah masa nifas, kadar estrogen turun 10% dalam waktu sekitar 3 jam. Pada hari ketiga pubertas, tingkat progesteron menurun. Kadar prolaktin darah meningkat secara bertahap.

v. Perubahan Pada Sistem Muskuloskeletal

Kadar progesteron dan relaksin kembali normal setelah tujuh hari, tetapi efeknya pada otot, ligamen, dan jaringan fibrosa membutuhkan waktu empat hingga lima bulan untuk pulih. Ambulasi dapat dimulai 4 sampai 8 jam setelah nifas. Memulai ambulasi lebih awal akan membantu menghindari kesulitan dan mempercepat proses involusi.

vi. Perubahan Tanda Tanda Vital Pada Masa Nifas

- a. Suhu badan
 - Sekitar hari keempat setelah melahirkan, suhu tubuh ibu mungkin sedikit meningkat, berkisar antara 37,2°C hingga 37,5°C.
 - Berpotensi disebabkan oleh tindakan payudara.
- b. Denyut Nadi

Minggu pertama masa nifas adalah ketika denyut nadi biasanya 60 denyut per menit setelah melahirkan jika ibu dalam keadaan istirahat total. Dibandingkan dengan suhu tubuh, denyut nadi nifas biasanya lebih stabil.
- c. Tekanan Darah

Tekanan darah kurang dari 140 mmHg dan dapat meningkat sebelum kelahiran dan selama beberapa hari pertama masa nifas. Hati-hati terhadap perdarahan selama masa nifas jika tekanan darah turun. Di sisi lain, jika tekanan darah tinggi, ini menunjukkan bahwa preeklamsia dapat berkembang selama masa nifas dan memerlukan perawatan tambahan.
- d. Respirasi

Ibu dalam keadaan istirahat atau pemulihan, oleh karena itu pernapasan biasanya lebih lambat atau normal. 16-24 napas per menit, atau rata-rata 18 napas per menit, dianggap pernapasan normal setelah melahirkan.

vii. Perubahan Pada Sistem Hematologi

Pada saat cairan darah ibu melimpah sementara jumlah sel darah berkurang selama kehamilan, darah Ny. Relatif lebih encer. Ketika kadar hemoglobin diperiksa, akan tampak sedikit menurun dari kisaran normal 11-12 g%. Hari pertama masa nifas akan terlihat sedikit penurunan kadar fibrinogen dan plasma, tetapi darah akan lebih mengental karena peningkatan viskositas, yang akan menyebabkan peningkatan faktor pembekuan darah. Pada hari ke 3-7 masa nifas terjadi peningkatan hematokrit dan Hb yang berhubungan dengan penurunan volume darah dan peningkatan sel darah pada kehamilan. Dalam 4-5 minggu setelah masa nifas, nilai-nilai ini akan kembali normal.

a. Payudara Membesar Karena Terjadi Pembentukan ASI

Payudara akan semakin keras dan nyeri apabila tidak dihisap bayi. Fase itu adalah saat-saat bagi bidan untuk mendorong ibu bersalin untuk belajar menyusui bayinya dengan benar karena pada umumnya, ibu yang baru pertama kali mengalami masa persalinan masih belum tahu bagaimana caranya menyusui dengan benar sehingga akan menyebabkan beberapa masalah yang berhubungan dengan payudara. Ibu terkadang juga akan mengeluh putingnya terasa perih saat awal-awal mulai menyusui. Hal tersebut disebabkan karena ibu belum terbiasa menyusui bayi. Padahal menyusui bayi akan membuat puting lunak, sehingga nantinya akan menjadi suatu bentuk kenyamanan bagi Ibu ketika menyusui.

b. Kesulitan Buang Air Kecil (BAK) dan Buang Air Besar (BAB)

Selama kurang lebih 1-2 hari setelah melahirkan, ibu akan mengalami rasa tidak nyaman, nyeri, dan panas saat buang air kecil. Kejang saluran kemih disebabkan oleh trauma kandung kemih, bersama dengan ketidaknyamanan dan edema di perineum.

Usus bagian bawah rusak setelah melahirkan, untuk sesaat mengganggu kemampuannya untuk beroperasi, yang mengakibatkan kesulitan buang air besar. Variabel psikologis juga berperan. Kebanyakan ibu hamil takut buang air kecil karena mereka percaya perineum akan terus membesar.

c. Gangguan Otot

Gangguan otot terjadi pada area betis, dada, perut, panggul, dan bokong. Biasanya, dapat dipicu oleh proses persalinan yang lama. Ibu dapat istirahat dengan cukup setelah bersalin agar seger pulih dan dapat menjalankan kewajiban untuk menyusui bayi dengan segera.

d. Perlukaan Jalan Lahir (Lecet atau Jahitan)

Persalinan Normal

Teknik pengurangan nyeri perineum pada nifas, dapat dilakukan sebagai berikut :

- a. Dalam beberapa hari pertama setelah melahirkan, kompres es dapat membantu mengurangi pembengkakan dan memberikan kenyamanan pada perineum. Jika ada edema perineum atau laserasi derajat ketiga atau keempat, es harus selalu digunakan. Kompres dingin yang diterapkan selama 30 menit dapat memaksimalkan efeknya.
- b. Anestesi topikal, seperti semprotan darmoplast, salep nupercaine, dan salep nulpacaine, jika diperlukan.
- c. Gunakan air dingin untuk merendam kursi dua atau tiga kali sehari.
- d. Kompres witch hazel memiliki sifat analgesik dan mengurangi edema. Untuk membuat kompres ini, campurkan witch hazel dan beberapa kain kasa 4 x 4 di piring atau baskom kecil. Peras kain kasa sampai airnya tidak menetes tapi masih tetap basah, lipat sekali, dan oleskan di atas perineum.
- e. Cincin karet, e. Penggunaannya mendapat kecaman karena diduga mengurangi sirkulasi. Namun, jika tekanan dari posisi di area perineum terjadi, penggunaan yang benar dapat menjamin pemulihan yang aman. Cukup udara yang harus dipompa di cincin karet untuk melepaskan ketegangan.
- f. Latihan kegel dimaksudkan untuk mengurangi ketidaknyamanan dan penderitaan yang dialami saat duduk, berbaring, dan bangun dari tempat tidur. Latihan-latihan ini akan meningkatkan aliran darah ke daerah perineum, yang akan membantu proses penyembuhan.
- g. Dengan mengonsumsi makanan berserat tinggi dan lebih banyak cairan, masalah sembelit biasanya dapat diminimalkan. Untuk menghindari mengejan, wanita dengan laserasi derajat tiga atau empat dapat mengambil manfaat dari penggunaan obat pencahar.
- h. Selama kehamilan dan proses persalinan, uterus menekan pembuluh darah di anus dan rektum, yang menyebabkan wasir

Pada ibu yang sudah mengalami hemoroid sebelum kehamilan, penekanan tersebut akan memperparah keadaan hemoroid. Asuhan yang diberikan untuk mengurangi rasa nyeri, seperti langkah- langkah berikut ini.

- a. Memasukkan kembali haemoroid yang keluar ke dalam rektum.
- b. Rendam duduk dengan air hangat atau dingin sedalam 10-15 cm selama 30 menit, 2-3 kali sehari.
- c. Meletakkan kantong es pada daerah anus.
- d. Berbaring miring
- e. Minum lebih banyak dan makan dengan diet tinggi serat.

Kalau perlu pemberian obat supositoria.

b. Adaptasi Psikologis Masa Nifas

Menurut Wulandari (2016), 3 tahap adaptasi psikologis ibu masa nifas sebagai berikut:

1. Fase Taking In

Hari pertama sampai hari kedua setelah melahirkan. Perhatian ibu terutama pada dirinya saat itu. Fase ini, yang berlangsung satu sampai dua hari, merupakan fase ketergantungan.

2. Fase Taking Hold

Tahap ini mengikuti pengiriman dan berlangsung selama tiga sampai sepuluh hari. Ibu khawatir tentang ketidakmampuan dan rasa kewajibannya dalam merawat anak selama fase memegang.

3. Fase Letting Go

Sepuluh hari setelah melahirkan, dia melewati fase ini, di mana dia menerima tugas keibuannya yang baru. Para ibu mulai terbiasa dengan ketergantungan pada bayinya. Pada tahap ini, kebutuhan untuk merawat ibu dan bayi tumbuh.

c. Gangguan psikologis masa nifas sebagai berikut :

1. Postpartum Blues (Baby Blues)

Setelah melahirkan, seorang wanita mungkin mengalami depresi selama dua minggu hingga dua hari. Faktor lain termasuk fluktuasi hormonal, stres, ketidakmampuan untuk mengeluarkan ASI, dan frustrasi dari tangisan bayi dan resistensi untuk tidur. Gejala postpartum blues yang sering bermanifestasi antara lain kecemasan irasional, ketidaksabaran, kurang percaya diri, kepekaan, lekas marah, perasaan kesepian, dan penurunan kasih sayang ibu kepada bayi.

1. Postpartum Sindrom

Jika Sindrom postpartum dapat berkembang jika gejala postpartum blues dibiarkan bertahan dan menetap selama lebih dari dua minggu. Gejala sindrom postpartum meliputi:

- 1) Cemas tanpa sebab
- 2) Menangis tanpa sebab
- 3) Tidak sabar
- 4) Tidak percaya diri
- 5) Sensitive
- 6) Mudah tersinggung
- 7) Merasa kesepian
- 8) Merasa khawatir dengan keadaan bayinya
- 9) Merasa kurang menyayangi bayinya

2. Depresi Postpartum

Banyak ibu baru yang mengalami kesedihan akibat perubahan peran mereka; mereka memiliki lebih sedikit kebebasan untuk keterlibatan sosial dan kemandirian. Gejala depresi pascamelahirkan meliputi:

- 1) Sulit tidur, walaupun bayi sudah tidur.
- 2) Nafsu makan menghilang.

- 3) Perasaan tidak berdaya dan kehilangan kontrol
- 4) Postpartum psikosis

Jika depresi pascapersalinan tidak segera diatasi dan dibiarkan berlanjut, maka seorang wanita menderita gangguan bipolar atau kondisi kesehatan mental lainnya, dia mungkin mengalami psikosis pascapersalinan (gangguan skizoafektif). Gejala dan indikator psikosis pascapersalinan berbeda dari orang ke orang. Perilaku Ny. Nifas tidak normal, tidak logis, dan terganggu oleh kegembiraan, ketakutan, dan disorientasi karena dia cepat kehilangan kontak dengan kenyataan. Selama 16 hari masa nifas, sebagian besar gejala bermanifestasi sangat tiba-tiba.

d. Kebutuhan Dasar Ibu Masa Nifas

Menurut Handayani (2016), kebutuhan dasar masa nifas adalah sebagai berikut:

a) Kebutuhan Nutrisi dan Cairan

Berikut ini merupakan zat-zat yang dibutuhkan Ny. Nifas diantaranya adalah:

1. Kalori

Kalori untuk memenuhi kebutuhan ibu dan produksi ASI sebanyak 2700-2900 kalori.

Karbohidrat mempunyai manfaat sebagai sumber energy yang dapat diperoleh dari sumber makanan dari gandum dan beras. Kebutuhan energy dari karbohidrat dalam masa nifas adalah 60-70% dari seluruh kebutuhan kalori total.

Protein membantu dalam penyembuhan jaringan dan produksi ASI, yang bersumber dari: daging sapi, ayam, ikan, telur, susu dan kacang-kacangan jumlah kebutuhan 10-20% dari total kalori.

Kebutuhan protein adalah 3 porsi per hari. Satu porsi protein setara dengan tiga gelas susu, dua butir telur, lima putih telur, 120 gram keju, 13/4 cangkir yogurt, 120-140 gram ikan/daging/unggas, 200-240 gram tahu atau 5 -6 sendok makan selai kacang.

2. Kalsium dan Vitamin D

Kalsium dan vitamin D berguna untuk pembentukan tulang dan gigi, kalsium dan vitamin D bisa didapatkan dari susu rendah kalori atau berjemur di pagi hari.

3. Sayuran hijau dan buah

Kebutuhan sayur dan buah hijau selama masa nifas dan menyusui minimal tiga porsi sehari.

4. Lemak

Rata-rata kebutuhan lemak orang dewasa adalah 41/2 porsi lemak (14 gram per porsi) per hari.

5. Cairan

Selama masa nifas, konsumsilah 8 gelas cairan per hari. Minum minimal 3 liter per hari. Kebutuhan cairan bisa didapat dari air putih, jus buah dan sup.

b) Defekasi

Selama persalinan, ibu mengonsumsi sedikit, makanan dan kemungkinan juga telah terjadi proses pengosongan usus pada saat persalinan. Gerakan usus mungkin tidak ada pada hari pertama dan kedua setelah melahirkan, hal ini dapat menyebabkan timbulnya hemoroid. Ibu diharapkan sudah berhasil buang air besar maksimal pada hari ketiga setelah melahirkan. (Handayani, 2016).

c) Eliminasi

Kandung kemih harus segera dikosongkan setelah partus, paling lama dalam waktu 6 jam setelah melahirkan. Bila dalam waktu empat jam setelah melahirkan belum miksi, lakukan ambulasi ke kamar kecil, kalau terpaksa pasang kateter setelah 6 jam. (Handayani, 2016).

d) Kebersihan diri

Ny. Nifas yang harus menjaga kebersihan seluruh tubuh dengan sabun dan air, membersihkan daerah kelamin dari depan ke belakang setiap kali selesai BAB atau BAK, mengganti pembalut minimal dua kali dalam sehari.

e) Istirahat

Istirahat cukup untuk mencegah kelelahan. Kembali ke kegiatan rumah tangga secara perlahan dan tidur siang atau istirahat setiap bayi tidur, jika ibu kurang istirahat dapat mempengaruhi jumlah ASI, memperlambat involusi uterus, dan ketidakmampuan untuk merawat bayi dan dirinya (Handayani, 2016).

f) Seksualitas dan Keluarga Berencana

Seksual boleh dilakukan setelah darah berhenti keluar dan ibu dapat memasukkan satu jari ke dalam vagina tanpa rasa nyeri, sehingga hubungan seksual boleh dilakukan dengan syarat sudah terlindungi dengan kontrasepsi. Ibu perlu mendapatkan informasi mengenai penggunaan alat kontrasepsi pasca persalinan secara dini untuk mencegah kehamilan dalam waktu yang terlalu dekat atau kehamilan yang tidak diinginkan karena berbagai risiko yang dapat terjadi. (Handayani, 2016).

2.3.2 Asuhan Kebidanan Pada Ny. Nifas (Postpartum)

Menurut Wildan dan Hidayat (2009), pendokumentasian asuhan kebidanan pada Ny. Nifas adalah suatu cara untuk melacak asuhan nifas yang diberikan kepada ibu, dari saat persalinan sampai enam minggu kemudian, dan meliputi pengkajian, membuat diagnosis kebidanan, mengidentifikasi masalah dengan tindakan cepat, dan mengambil tindakan. koordinasi dengan profesional medis, serta merencanakan asuhan kebidanan secara logis dan tepat berdasarkan pilihan yang dibuat pada langkah sebelumnya.

Berikut ini beberapa pendekatan penulisan yang digunakan dalam pendokumentasian asuhan kebidanan pada Ny. Nifas:

1. Mengumpulkan data

Informasi berikut dikumpulkan selama periode postpartum: riwayat kesehatan ibu, termasuk mobilisasi, buang air kecil, buang air besar, nafsu makan, ketidaknyamanan atau rasa sakit, kekhawatiran, makanan bayi, reaksi bayi, reaksi terhadap persalinan dan kelahiran, dan catatan pasien sebelumnya seperti antenatal dan catatan kemajuan intranatal, durasi postpartum, catatan kemajuan, suhu, nadi, pernapasan, tekanan darah, pemeriksaan laboratorium, dan laporan pemeriksaan tambahan; catatan obat; dan terakhir, pemeriksaan fisik bayi, tanda vital, kondisi pernapasan.

2. Melakukan interpretasi data dasar

Beberapa informasi yang dikumpulkan selama pemeriksaan postpartum akan ditafsirkan sebagai data dasar dan meliputi:

Diagnosis : Postpartum hari pertama

Masalah : Kurang informasi tentang teknik menyusui

Kebutuhan :informasi tentang cara menyusui dengan benar

3. Melakukan identifikasi diagnosis atau masalah potensial dan mengantisipasi penanganannya

Untuk menemukan diagnosis ganda atau masalah prospektif pada periode postpartum dan untuk bersiap menghadapi kesulitan yang mungkin berkembang, beberapa hasil dari interpretasi data dasar dapat digunakan untuk mengidentifikasi kemungkinan diagnosis atau masalah potensial.

4. Menetapkan kebutuhan terhadap tindakan segera atau masalah potensial pada masa postpartum

Tindakan ini dilakukan untuk mempersiapkan, melaksanakan, dan berkolaborasi dengan tenaga kesehatan lain sesuai dengan kondisi pasien.

5. Menyusun rencana asuhan yang menyeluruh

Berikut adalah beberapa contoh rencana perawatan postpartum menyeluruh yang dapat diterapkan:

a. Manajemen asuhan awal perineum

- 1) Kontak dini sesering mungkin dengan bayi
- 2) Mobilisasi di tempat tidur
- 3) Diet
- 4) Perawatan perineum
- 5) Buang air kecil spontan/kateter
- 6) Obat penghilang rasa sakit kalau perlu
- 7) Obat tidur kalau perlu
- 8) Obat pencahar
- 9) Dan lain-lain

b. Asuhan lanjutan

1. Tambahan vitamin atau zat besi jika diperlukan
2. Perawatan payudara
3. Rencana KB
4. Pemeriksaan laboratorium jika diperlukan

6. Melaksanakan perencanaan

Langkah ini dilakukan dengan mempraktekkan rencana asuhan kebidanan yang menyeluruh, yang dibatasi oleh persyaratan asuhan kebidanan postpartum.

7. Evaluasi

Menentukan asuhan tersebut efektif dengan mengevaluasinya, mengulangi prosedur manajemen yang tepat untuk setiap komponen asuhan yang telah dilakukan tetapi belum berhasil, atau merencanakan ulang asuhan yang belum dilaksanakan.

Catatan perkembangan pada nifas dapat menggunakan bentuk SOAP menurut Handayani,(2016) sebagai berikut :

S : Data Subjektif

Berisi tentang data dari pasien melalui anamnesis (wawancara) yang merupakan ungkapan langsung.

O : Data Objektif

Data yang didapat dari hasil observasi melalui pemeriksaan fisik pada masa post partum. Pemeriksaan fisik, meliputi keadaan umum, status emosional.

A : Analisis Dan Interpretasi

Pendokumentasian hasil analisis dan kesimpulan data subjetif dan objektif,dan sebagai dasar pengambilan keputusan atau tindakan yang tepat.

P: Perencanaan

Merupakan rencana dari tindakan yang akan diberikan termasuk asuhan mandiri, kolaborasi, tes diagnosis, atau laboratorium serta konseling untuk tindak lanjut

2.4 Bayi Baru Lahir

2.4.1 Konsep Dasar Bayi Baru Lahir

a. Pengertian

Bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir pada usia kehamilan aterm 37-42 minggu dengan berat lahir antara 2500-4000 gram, panjang badan sekitar 48-52 cm, tanpa ada masalah atau kecacatan pada bayi sampai umur 28 hari (Afriana, 2016).

Menurut (Afriana,2016) bayi baru lahir dikatakan normal jika termasuk dalam kriteria sebagai berikut :

1. Berat badan lahir bayi antara 2500-4000 gram.
2. Panjang badan bayi 48-52 cm.
3. Lingkar dada bayi 30-38 cm.
4. Lingkar kepala bayi 33-35 cm.

5. Bunyi jantung dalam menit pertama \pm 160 kali/menit, kemudian turun sampai 140-120 kali/menit pada saat bayi berumur 30 menit.
6. Pernapasan 30-60 kali/menit.
7. Kulit kemerah-merahan dan licin karena jaringan subkutan cukup terbentuk dan dilapisi verniks caseosa.
8. Rambut lanugo telah hilang, rambut kepala tampak sempurna.
9. Kuku telah agak panjang dan lemas.
10. Genetalia bayi perempuan : labia mayora sudah menutupi labia minora dan pada bayi laki-laki testis sudah turun ke dalam skrotum
11. Rooting reflek, sucking reflek dan swallowing reflek baik
12. Refleks moro sudah baik, bayi bila dikagetkan akan memperlihatkan gerakan tangan seperti memeluk.
13. Eliminasi baik, bayi berkemih dan buang air besar dan mekonium normalnya keluar pada 24 jam pertama. Mekonium yang berwarna coklat kehitaman.

b. Perubahan Fisiologis pada BBL

Perubahan fisiologis pada BBL (Arfiana, dkk 2016)

1. Perubahan Pernapasan

Bayi harus melakukan perubahan fisiologis awal, yaitu bernapas. Cairan dari paru-paru akan dipaksa keluar dari dada bayi saat turun ke jalan lahir melalui hidung dan mulut. Recoil toraks terjadi segera setelah dada dilahirkan sepenuhnya. Untuk mengisi kembali cairan yang hilang di paru-paru, udara akan masuk ke saluran napas bagian atas. Bayi yang baru lahir biasanya bernapas rata-rata 40 kali per menit.

2. Perubahan sirkulasi dan kardiovaskuler

Adaptasi pada sistem pernafasan yang organ utamanya adalah paru-paru sangat berkaitan dengan sistem sirkulasi, yang organ utamanya adalah jantung. Perubahan sirkulasi intra uterus ke sirkulasi

ekstra uterus mencakup penutupan fungsional jalur pintas sirkulasi janin yang meliputi *foramen ovale*, *ductus arteriosus*, dan *ductus venosus*. Pada saat paru-paru mengembang, oksigen yang masuk melalui proses inspirasi akan melebarkan pembuluh darah paru, yang akan menurunkan tahanan vaskuler paru-paru dan mengakibatkan terjadinya peningkatan aliran darah paru.

3. Perubahan sistem urinarius

Dalam 24 jam setelah lahir, neonatus harus buang air kecil, dengan volume total 20 sampai 30 ml/hari tumbuh menjadi 100 sampai 200 ml/hari pada akhir minggu pertama. Urine tidak berbau, encer dan berwarna kuning. Setelah banyak minum, warna coklat yang disebabkan oleh udara asam dan lendir yang tidak menempel pada selaput lendir dapat hilang.

4. Perubahan sistem gastrointestinal

Kemampuan bayi baru lahir untuk mencerna, mengabsorpsi dan metabolisme bahan makanan sudah adekuat, tetapi terbatas pada beberapa enzim. Hati merupakan organ gastrointestinal yang paling imatur. Rendahnya aktifitas enzim glukoronil transferase atau enzim glukoroinidase dari hepar memengaruhi konjugasi bilirubin dengan asam glukoronat berkontribusi terhadap kejadian fisiologis pada bayi baru lahir.

5. Sistem Neurologi

Sistem saraf belum sepenuhnya terbentuk saat lahir. Refleks primitif pada bayi dapat mengungkapkan beberapa fungsi saraf. Fungsi awal kehidupan sistem saraf termasuk mempromosikan respirasi awal, membantu dalam pemeliharaan keseimbangan asam-basa, dan mengatur suhu tubuh.

6. Status Tidur dan Jaga

Bulan pertama kehidupan, bayi lebih banyak tidur, kurang lebih 80% waktunya digunakan untuk tidur. Mengetahui dan memahami waktu tidur bayi dapat digunakan sebagai acuan dalam berkomunikasi atau melakukan tindakan pada bayi. Pada saat terjaga merupakan waktu yang tepat untuk melakukan hubungan secara visual, kontak mata, member makan dan memeriksa bayi.

c. Pencegahan infeksi pada Bayi Baru Lahir

Bayi baru lahir sangat rentan terhadap infeksi. Beberapa hal yang dapat dilakukan untuk pencegahan infeksi: (Arfiana, 2016)

1. Imunisasi menyusui dini (IMD), pemberian ASI secara dini dan eksklusif.
2. Kontak kulit ke kulit dengan ibunya (*skin to skin contact*)
3. Menjaga kebersihan pada saat memotong dan merawat tali pusat
4. Menggunakan alat-alat yang sudah disterilkan atau yang sudah didesinfeksi tingkat tinggi misalnya direbus
5. Mencuci tangan sebelum dan sesudah menolong persalinan
6. Menggunakan bahan yang telah dibersihkan dengan benar untuk membungkus bayi agar hangat
7. Menghindari pembungkusan talipusat
8. Menghindari penggunaan krim atau salep pada tali pusat yang dapat menyebabkan tali pusat basah atau lembab
9. Pemberian tetes mata untuk profilaksis
10. Pemberian Vitamin K untuk mencegah perdarahan
11. Pemberian vaksin hepatitis B (HB.0)

2.4.2 Asuhan Kebidanan Pada Bayi Baru Lahir

Menurut Wildan dan Hidayat (2009), pendokumentasian asuhan bayi baru lahir merupakan cara untuk melacak asuhan kebidanan yang diberikan pada bayi baru lahir sampai dengan 24 jam setelah lahir. Asuhan ini meliputi pengkajian, diagnosis, pemecahan masalah, kolaborasi dengan dokter atau

tenaga kesehatan lain, dan penyusunan asuhan kebidanan secara tepat dan rasional berdasarkan pilihan yang dibuat pada langkah sebelumnya.

Berikut ini adalah beberapa strategi penulisan yang digunakan dalam pendokumentasian asuhan neonatus:

1. Mengumpulkan data

Informasi berikut dikumpulkan selama evaluasi perawatan bayi baru lahir: adaptasi bayi baru lahir melalui penilaian skor APGAR; penilaian kondisi fisik kepala, meliputi mahkota, jahitan, moulage, caput succedaneum atau hematoma cephal, lingkaran kepala, dan pemeriksaan telinga (untuk mengetahui hubungan antara mata dan kepala); tanda-tanda infeksi pada mata, hidung, dan mulut, termasuk bibir dan langit-langit mulut; ada atau tidak adanya langit-langit mulut sumbing; refleks hisap; dan pembengkakan.

2. Melakukan interpretasi data dasar

Beberapa informasi yang dikumpulkan selama pemeriksaan neonatus akan diinterpretasikan sebagai data dasar dan meliputi:

Diagnosis: Banyaknya tangisan bayi,

Masalah : Ibu tidak diberitahu tentang merawat bayi baru lahir

Kebutuhan: Informasi tentang perawatan bayi baru lahir diperlukan.

3. Mengenali diagnosis atau masalah prospektif dan merencanakan cara menanganinya. Untuk menemukan diagnosis ganda atau masalah prospektif pada neonatus dan memperkirakan kesulitan yang mungkin terjadi, beberapa hasil interpretasi data dasar dapat digunakan untuk mengidentifikasi kemungkinan diagnosis atau masalah potensial.

4. Menentukan apakah kondisi bayi baru lahir memerlukan perhatian segera atau tidak. Berdasarkan kondisi pasien, langkah ini dilakukan untuk mempersiapkan dan melaksanakan konsultasi dan kerjasama dengan tim medis lainnya.

5. Membuat rencana perawatan yang menyeluruh

Rencana perawatan bayi yang menyeluruh biasanya dibuat sebagai berikut:

- a. Lakukan sentuhan dengan kulit bayi, periksa telapak kaki setiap 15 menit, dan pastikan untuk memeriksa suhu ketiak bayi agar suhu tubuh tetap hangat.
- b. Atur perawatan mata dengan tetes mata eritromisin 0,5% atau tetrasiklin 1% untuk pencegahan PMS.
- c. Tersedia gelang dengan nama bayi, nama ibu, tanggal lahir, nomor, jenis kelamin, dan ruangan/unit tertulis di atasnya sebagai tanda pengenalan.
- d. Biarkan orang tua melihat bayinya.
- e. sebuah. Hubungi ibu segera dan sarankan menyusui.
- f. Untuk menghindari perdarahan pada bayi yang sehat, berikan vitamin K1 secara oral sekali sehari selama tiga hari. Untuk bayi berisiko tinggi, berikan secara parenteral dengan dosis 0,5-1 mg secara intramuskular.
- g. Jaga tali pusar.
- h. Tawarkan saran tentang cara menjaga bayi tetap hangat, cara menyusui, cara merawat tali pusar, dan sinyal peringatan umum.
- i. Berikan vaksinasi untuk polio, hepatitis B, dan BCG.
- j. Bantu ibu secara teratur dan mendidiknya.

6. Melaksanakan perencanaan

Tahap ini dilakukan dengan menerapkan rencana asuhan kebidanan secara menyeluruh, meskipun terkendala oleh norma asuhan kebidanan baru lahir.

7. Evaluasi

Saat menilai keefektifan perawatan yang diberikan, penting untuk mempertimbangkan bagaimana kebutuhan bayi baru lahir dikenali selama proses diagnostik dan apakah kebutuhan tersebut benar-benar terpenuhi.

Catatan Perkembangan

Catatan perkembangan bayi baru lahir dapat disimpan menggunakan formulir SOAP sebagai berikut:

S : Data Subjektif

Informasi yang diperoleh dari pasien melalui anamnesis (wawancara), seperti informasi dari ibu atau ekspresi langsung seperti isak tangis.

O : Data Objektif

Informasi dikumpulkan dari pemeriksaan fisik neonatus dan observasi.

1. Pemeriksaan umum yang meliputi pemeriksaan tanda-tanda vital serta tinggi dan berat badan.
2. Pemeriksaan Fisik
3. Pemeriksaan Laboratorium atau Penunjang A : Analisis dan interpretasi
Diagnosis, prediksi masalah diagnostik atau kemungkinan, dan persyaratan untuk tindakan cepat kemudian dibuat berdasarkan fakta yang dikumpulkan, didiagnosis, dibutuhkan, dan masalah.

P : Perencanaan

Merupakan strategi pengobatan yang memerlukan perawatan diri, kerjasama, diagnostik atau tes laboratorium, serta konseling untuk tindak lanjut yang harus disediakan.

Contoh:

1. Mempertahankan suhu tubuh tetap hangat
2. Memberikan identitas bayi berupa gelang di tangan kiri bayi.
3. Melakukan rooming in.
4. Memberikan suntikan Vit.K 6 jam setelah bayi lahir

2.5 Keluarga Berencana

2.5.1 Konsep Dasar Keluarga Berencana

a. Pengertian Keluarga Berencana

Salah satu strategi untuk mencapai kemakmuran adalah keluarga berencana, yang meliputi konseling perkawinan, pengobatan infertilitas, dan pendidikan nifas. Pasangan suami istri yang menggunakan KB juga menghindari memiliki anak dengan interval yang tidak teratur. Selain itu, warga negara yang berkualitas, sumber daya manusia yang berkualitas, dan peningkatan kesejahteraan keluarga merupakan hasil yang diharapkan dari keluarga berencana. Sasaran program KB meliputi sasaran langsung, seperti pasangan usia subur yang berupaya menurunkan angka kelahiran melalui penggunaan kontrasepsi yang berkelanjutan, serta sasaran tidak langsung, seperti pengelola dan pelaksana KB, yang berupaya menurunkan angka kelahiran melalui populasi terpadu. pendekatan kebijakan untuk mencapai keluarga berencana. kualitas dan kesuksesan. Salah satu strategi untuk menurunkan angka kesakitan dan kematian ibu yang meningkat akibat kehamilan yang dialami wanita adalah dengan meningkatkan dan memperluas keluarga berencana. (Priyatni dan Rahayu, 2016)

b. Ruang Lingkup Program KB

Menurut Prijatni (2016) ruang lingkup program KB meliputi:

1. komunikasi informasi dan edukasi
2. konseling
3. pelayanan infertilitas
4. pendidikan seks
5. konsultasi pra perkawinan dan konsultasi perkawinan
6. konsultasi genetic

c. Kontrasepsi

Kata kontra dan gagasan digabungkan untuk membuat frasa. Berlawanan dengan kepercayaan populer, konsepsi adalah penyatuan sel telur yang matang dan sperma yang menyebabkan kehamilan. Oleh karena itu, orang yang menggunakan kontrasepsi adalah pasangan yang aktif berhubungan seks, memiliki kesuburan normal, dan tidak merencanakan kehamilan sementara atau permanen berdasarkan maksud dan tujuan kontrasepsi. (Prijatni, 2016)

Metode Kontrasepsi

a. Metode pantang berkala (kalender)

Kb alamiah ada 3 yaitu MOB (*Metode ovulasi billing*), metode suhu basal dan metode pantang berkala (kalender).

1. Pengertian

Cara atau metode kontrasepsi sederhana yang dilakukan oleh pasangan suami istri dengan tidak melakukan hubungan seksual pada masa subur atau ovulasi.

2. Manfaat

Kontrasepsi sebagai alat mencegah kehamilan, sedangkan konsepsi dapat digunakan oleh para pasangan untuk mengharapkan bayi dengan melakukan

hubungan seksual saat masa subur atau ovulasi untuk meningkatkan kesempatan bisa hamil.

3. Keuntungan

Teknik kalender, juga dikenal sebagai pantang berkala, lebih mudah, dapat digunakan oleh wanita sehat mana pun, tidak memerlukan peralatan atau tes khusus untuk aplikasi, tidak mengganggu aktivitas seksual, bebas biaya, dan tidak memerlukan lokasi. dimana alat kontrasepsi disediakan.

4. Keterbatasan

Menuntut pasangan untuk termotivasi dan disiplin untuk melaksanakannya. Suami istri tidak boleh melakukan hubungan seksual setiap saat. Suami istri harus waspada dengan masa subur dan masa tidak subur. Mereka harus mengamati siklus menstruasi setidaknya selama enam siklus. Siklus menstruasi yang tidak teratur lebih efektif bila digunakan bersama dengan metode kontrasepsi lainnya.

b. Metode Kondom

Kondom merupakan salah satu alat kontrasepsi sebagai perlindungan dan mencegah penularan penyakit menular seksual.

1. Keuntungan

Tidak membahayakan kesehatan, langsung bekerja, terjangkau dan dapat diterapkan secara luas, mendorong pria untuk menggunakan kontrasepsi, dapat menghentikan ejakulasi dini, dan merupakan metode kontrasepsi sementara jika metode lain perlu ditunda.

2. Kerugian

Tingkat kegagalan yang tinggi dari kondom (3-15 kehamilan per 100 wanita per tahun), pengurangan sensitivitas penis, persyaratan untuk digunakan selama setiap hubungan seksual, potensi pengurangan kenikmatan seksual, dan potensi kesulitan dalam mempertahankan ereksi pada beberapa pengguna.

3. Manfaat

Membantu mencegah HIV,AIDS, dan PMS kondom yang mengandung pelican memudahkan hubungan intim bagi wanita yang vaginanya kering, membantu mencegah ejakulasi dini.

c. KB Hormonal (PIL kombinasi)

1. Profil

Efektif, penggunaan sehari-hari diperlukan, dan efek mual dan bercak di bulan pertama bersifat sementara dan tidak berbahaya. Semua wanita usia reproduksi, terlepas dari apakah mereka memiliki anak atau tidak, dapat menggunakan obat ini; Namun, jika Anda sedang menyusui, tidak disarankan karena akan menurunkan produksi ASI. Efek samping yang serius sangat jarang terjadi.

2. Macam-macam nama dagang alat kontrasepsi pil

Mengandung satu hormon dan dua hormon (Microgynon, bahan utama dalam pil KB) (Andalan pil KB, microlut)

3. Cara kerja pil kombinasi

Mencegah produksi hormon LH dari empat kelenjar hipofisis, yang mencegah ovulasi, mengubah endometrium sehingga tidak siap untuk nidasi, dan mengentalkan lendir serviks, yang membuat sperma lebih sulit untuk lewat.

4. Keuntungan

Metode yang sangat baik untuk mencegah kehamilan jika dikonsumsi secara konsisten (tidak lupa), mengganggu aktivitas seksual, bersifat reversibel (mencegah anemia), tidak menyebabkan ketidaknyamanan menstruasi, dan dapat digunakan sejak remaja hingga menopause. Dan mudah untuk berhenti menggunakan kapan saja.

5. Kerugian

Membosankan sebab harus diminum setiap hari, dan ada efek samping yang tidak menyenangkan seperti nyeri payudara, mual, pusing, dan, terutama dalam tiga bulan pertama, berdarah. Namun, pada beberapa wanita, penambahan berat badan dapat memberikan efek yang baik. Diberikan kepada ibu menyusui tidak disarankan karena akan menurunkan produksi ASI.

d. Implan atau Susuk

1. Profil

Metode implant merupakan metode kontrasepsi efektif yang dapat memberi perlindungan 5 tahun untuk norplant, 3 tahun untuk jadena, indoplant atau implanon, terbuat dari bahan semacam karet lunak berisi hormon levonorgestrel.

2. Jenis Implan

Selain implan, tersiri, jedena, dan indoplant yang terdiri dari dua batang yang masing-masing berisi 75 mg levonorgestrel, norplant terdiri dari enam kapsul silastik berongga lunak berukuran panjang 3,4 cm dan diameter 2,4 mm serta mengandung levonorgestrel 36 mg.

3. Mekanisme kerja

Mengurangi sekresi progesteron selama fase luteal dari siklus ovulasi, menghambat ovulasi sehingga tidak ada ovum yang dihasilkan, menciptakan sekresi serviks yang kental untuk menghalangi masuknya sperma, dan memperlambat perkembangan endometrium untuk mencegahnya siap untuk nidasi.

4. Keuntungan

Tidak mengganggu ASI, mengurangi nyeri haid, jumlah darah haid dan mengurangi anemia, melindungi terjadinya kanker endometrium, dan menurunkan angka kejadian endometriosis.

2.5.2 Asuhan Keluarga Berencana

a. Konseling Kontrasepsi

Komunikasi yang mampu menghasilkan perubahan sikap (*attitude change*) pada orang yang terlihat dalam komunikasi. Konseling juga merupakan unsur yang penting dalam pelayanan keluarga berencana dan kesehatan reproduksi karena melalui konseling klien dapat memilih dan memutuskan jenis kontrasepsi yang akan digunakan sesuai dengan pilihannya serta meningkatkan keberhasilan KB.(Priyatni, 2016).

b. Tujuan Konseling Kontrasepsi.

- a. Menyampaikan informasi dari pilihan pola reproduksi
- b. Memilih metode KB yang diyakini
- c. Mempelajari ketidakjelasan informasi tentang metode KB yang tersedia
- d. Membantu pemenuhan kebutuhan klien meliputi menghilangkan perasaan yang mengganggu dan mencapai kesehatan mental yang positif
- e. Mengubah sikap dan tingkah laku yang negatif menjadi positif dan yang merugikan klien menjadi menguntungkan klien.

c. Prinsip konseling KB

Prinsip konseling KB meliputi: percaya diri, tidak memaksa, informed consent (persetujuan dari klien).

d. Hak klien

Hak-hak akseptor KB adalah sebagai berikut:

- 1 Terjaga harga diri dan martabatnya
2. Dilayani secara pribadi (privasi) dan terpeliharanya kerahasiaan
3. Memperoleh informasi tentang kondisi dan tindakan yang akan dilaksanakan
4. Mendapat kenyamanan dan pelayanan terbaik
5. Menerima atau menolak pelayanan atau tindakan yang akan dilakukan
6. Kebebasan dalam memilih metode yang akan digunakan

Langkah-langkah konseling SATU TUJU, yaitu:

1. SA : Sapa dan Salam

Sapa dan salam kepada klien secara terbuka dan sopan. Bicaralah dengan mereka dalam suasana santai dan pribadi sambil memperhatikan mereka. Pastikan area kebutuhan klien sebelum menguraikan layanan yang tersedia baginya.

2. T : Tanya

Tanyakan kepada klien informasi tentang dirinya. Dorong klien untuk mendiskusikan tujuan, minat, aspirasi, pengalamannya dengan keluarga berencana, kesalahan reproduksi, keadaan kesehatan, dan kehidupan keluarga. Konsultasikan dengan klien tentang pengendalian kelahiran.

3. U : Uraikan

Uraikan pada klien tentang alternatifnya dan pilihan reproduksi yang paling mungkin, termasuk pilihan berbagai bentuk kontrasepsi. Bantu klien memilih metode pengendalian kelahiran yang disukainya sambil juga menguraikan berbagai metode yang tersedia.

4. TU : Bantu

Bantulah klien menentukan pilihannya. Dorong pelanggan untuk mengungkapkan keinginannya dan mengajukan pertanyaan. Jawab dengan jujur. Tim menawarkan bantuan kepada pelanggan saat mereka memikirkan preferensi dan persyaratan mereka untuk bentuk kontrasepsi. Tanyakan pasangan Anda apakah mereka setuju dengan keputusan ini juga.

5. J : Jelaskan

Setelah klien memilih metode kontrasepsi, jelaskan secara menyeluruh cara menggunakannya, dan jika perlu, perhatikan baik-baik alat atau obat kontrasepsi. Jelaskan metode kontrasepsi dan obat-obatan terkait.

6. U : Kunjungan Ulang

Sangat penting untuk menjadwalkan janji tindak lanjut, mendiskusikan dan menyetujui tanggal kembali klien untuk pemeriksaan dan

jika perlu, mendapatkan kontrasepsi. Jika masalah muncul, penting juga untuk secara konsisten mendorong klien untuk kembali.

2.5.3 Dokumentasi Asuhan Kebidanan Pada Keluarga Berencana

Menurut Wildan dan Hidayat (2009), pendokumentasian asuhan kebidanan pada ibu/akseptor KB adalah cara untuk melacak asuhan yang diberikan kepada ibu yang akan menggunakan KB atau calon akseptor KB seperti pil, suntik, implan, IUD, MOP, MOW, dan metode lainnya.

Dalam pendokumentasian asuhan kebidanan akseptor KB, beberapa metode penulisan adalah sebagai berikut:

1. Pengumpulan data

Data subjektif pelamar dan akseptor KB yang harus dikumpulkan meliputi:

- a. Isu utama atau alasan kunjungan sekarang, apakah itu kunjungan pertama atau lanjutan, ke fasilitas kesehatan.
- b. Riwayat perkawinan, yang meliputi umur klien pada saat perkawinan, status perkawinan, lama perkawinan, dan perkawinan dengan.
- c. Riwayat haid, yang meliputi HPMT, siklus, lama haid, dismenore, perdarahan pervaginam, dan fluor albus.
- d. Riwayat obstetri (d). Para (F)... Aborsi (Ab)... anak yang sebenarnya (Ah)... termasuk masalah selama kehamilan, persalinan, dan nifas sebelumnya serta pendarahan pada kehamilan sebelumnya, persalinan, dan nifas, hipertensi pada kehamilan sebelumnya, persalinan, nifas, dan berat badan lahir bayi kurang dari 2500 gram atau lebih dari 4000 gram.
- e. Riwayat keluarga berencana, yang meliputi metode yang digunakan, tanggal, lokasi, dan keadaan pemasangan dan penghentian, serta keluhan atau alasan apa pun.
- f. Riwayat medis, termasuk riwayat penyakit sistemik di masa lalu atau sekarang
- g. Riwayat cedera, operasi, dan alergi obat atau makanan
- h. Rutinitas pemenuhan kebutuhan sehari-hari, seperti pola makan (makan dan minum), BAB (BAB dan BAK), perawatan diri, dan istirahat.

- i. Kondisi psikososial, yang meliputi: pengetahuan dan tanggapan pasien terhadap semua metode/alat kontrasepsi dan/atau kontrasepsi yang sedang digunakan; keluhan/kondisi saat ini; jumlah keluarga di rumah; tanggapan keluarga terhadap metode/alat kontrasepsi saat ini; dukungan keluarga; pengambilan keputusan dalam keluarga; dan pemilihan lokasi pelayanan KB.

Data objektif berikut dari pelamar atau akseptor KB harus dikumpulkan:

a. Pemeriksaan fisik, meliputi:

- 1) Kesehatan umum pasien, termasuk tingkat perhatian, keadaan emosi, dan postur yang berhubungan dengan pemeriksaan.
- 2) Indikator vital, meliputi detak jantung, tekanan darah, suhu, dan nadi.
- 3) Fitur kepala dan leher seperti edema wajah, kelopak mata dan sklera pucat, rahang pucat, kebersihan, dan kesehatan gigi (karies, karang, amandel), serta leher (pembesaran kelenjar tiroid, pembuluh getah bening).
- 4) Payudara, termasuk ukuran, bentuk, dan segala kelainan seperti pembesaran kelenjar getah bening, hiperpigmentasi areola, masalah puting susu, retraksi, dan benjolan atau massa yang mencurigakan.
- 5) Perut, meliputi: rasa tidak nyaman, bentuk, bekas luka, benjolan atau massa tumor, dan pembesaran hati.
- 6) Ekstremitas, seperti edema ekstrem pada kaki dan tangan, kuku pucat atau ikterus, varises parah, atau pembengkakan kaki.
- 7) Genetalia, yang dapat berupa perdarahan, varises, kondiloma, cairan (warna, konsistensi, jumlah, bau, keluhan, gatal/panas), kondisi kelenjar Bartholin (bengkak, cairan, kista), ketidaknyamanan, wasir, dan kelainan lainnya.
- 8) Punggung, ada kelainan bentuk atau tidak.

9) Kebersihan kulit, adalah icterus.

a) Pemeriksaan ginekologi

Inspekulo, meliputi: keadaan serviks (cairan/darah, luka/peradangan/tanda-tanda keganasan), keadaan dinding vagina (cairan/darah, luka), posisi benang IUD (bagi akseptor KB IUD). Pemeriksaan bimanual untuk mencari letak serviks, adakah dilatasi dan yeri tekan/goyang. Palpasi uterus untuk menentukan ukuran, bentuk dan posisi, mobilitas, nyeri, adanya masa atau pembesaran. Apakah teraba masa di adneksa dan adanya ulkus genitalia.

b) Pemeriksaan penunjang

Dalam keadaan tertentu, calon atau akseptor KB harus melalui sejumlah pemeriksaan penunjang untuk melengkapi data yang telah dikumpulkan, keperluan konfirmasi kehamilan, dan efek samping/komplikasi penggunaan alat kontrasepsi. Pemeriksaan kehamilan, USG, radiografi untuk memastikan pemasangan AKDR atau implan, kadar hemoglobin, kadar gula darah, dan pemeriksaan lainnya harus dilakukan pada calon dan akseptor KB.

2. Melakukan interpretasi data dasar

Beberapa informasi yang ditemukan selama evaluasi ibu/akseptor KB digunakan untuk menginformasikan interpretasi data fundamental yang akan digunakan.

Contoh :

Diagnosis:

P1 Ab0 Ah1 adalah diagnosis. Ibu berusia 23 tahun, memiliki anak berusia 2 bulan, sehat, dan ingin menggunakan alat kontrasepsi.

Masalah:

- a. Takut dan tidak mau menggunakan IUD
- b. Ibu ingin menggunakan metode pil kontrasepsi, tetapi merasa berat jika harus minum rutin setiap hari.

Kebutuhan:

- a. Sesi konseling teknik keluarga berencana untuk mengatur jarak kehamilan.
 - b. Dorongan ke ruang kehamilan sesuai dengan praktik terbaik.
3. Mengenali diagnosis atau masalah masa depan dan merencanakan perbaikannya

Ibu mungkin ingin menjadi akseptor pil dengan mengantisipasi potensi masalah seperti potensi kenaikan berat badan, potensi peningkatan fluor albus, obesitas, mual, dan pusing, sehingga ditemukan beberapa diagnosa atau potensi masalah bagi ibu/akseptor KB. interpretasi beberapa data dasar.

4. Menetapkan kebutuhan terhadap tindakan segera atau masalah potensial pada ibu/akseptor KB

Berdasarkan situasi pasien, seperti persyaratan KIE, tindakan ini diambil untuk mempersiapkan dan melaksanakan diskusi dan kolaborasi dengan spesialis kesehatan lain (komunikasi, informasi dan pendidikan).

5. Menyusun rencana asuhan yang menyeluruh

Rencana asuhan komprehensif ibu/akseptor KB dilaksanakan sebagai berikut: jika ibu menerima pil, jelaskan tujuan dan manfaat pil, anjurkan minum pil secara teratur, dan anjurkan pemeriksaan dini jika ada keluhan.

6. Melaksanakan perencanaan

Pada titik ini rencana asuhan kebidanan dilakukan secara menyeluruh, namun terkendala oleh standar asuhan kebidanan bagi ibu yang menganut KB.

7. Evaluasi

Terdapat hal yang mungkin bahwa beberapa rencana berhasil dilaksanakan dan yang lainnya tidak. Penting untuk menilai mengapa perawatan tidak efektif karena proses manajemen perawatan adalah kegiatan yang berkelanjutan.

Dalam hal ini, mengulangi perawatan apa pun yang tidak berhasil sejak awal dapat membantu Anda mengetahui mengapa prosedur manajemen tidak efektif dan membuat koreksi yang diperlukan. Mengingat bahwa proses manajemen terjadi dalam pengaturan klinis, langkah-langkah proses manajemen biasanya merupakan penilaian yang menjelaskan proses kognitif yang mendorong tindakan dan difokuskan pada proses klinis.

Formulir SOAP dapat digunakan untuk mencatat hasil kemajuan KB sebagai berikut:

S: Data subjektif

Berisi informasi yang diperoleh dari pasien melalui anamnesis (wawancara) yang secara langsung mencerminkan keprihatinan atau masalah dengan keluarga berencana. Data subjektif pelamar dan akseptor KB yang harus dikumpulkan meliputi:

- a. Isu utama atau pembenaran untuk kunjungan ini, apakah itu kunjungan pertama atau lanjutan, ke fasilitas medis.
- b. Riwayat perkawinan, yang meliputi umur klien pada saat perkawinan, status perkawinan, lama perkawinan, dan perkawinan dengan.
- c. Riwayat haid, yang meliputi HPMT, siklus, lama haid, dismenore, perdarahan pervaginam, dan fluor albus.
- d. Riwayat obstetri (d). Para (F)... Aborsi (Ab)... anak yang sebenarnya (Ah)... termasuk masalah selama kehamilan, persalinan, dan nifas sebelumnya serta pendarahan pada kehamilan sebelumnya, persalinan, dan nifas, hipertensi pada kehamilan sebelumnya, persalinan, nifas, dan berat badan lahir bayi kurang dari 2500 gram atau lebih dari 4000 gram.
- e. sebuah. Riwayat keluarga berencana, yang meliputi metode yang digunakan, tanggal, lokasi, dan keadaan pemasangan dan penghentian, serta keluhan atau alasan apa pun.

- f. Riwayat medis, termasuk riwayat penyakit sistemik di masa lalu atau sekarang
- g. Riwayat cedera, operasi, dan alergi obat atau makanan
- h. Faktor psikososial, seperti kesadaran dan respon pasien terhadap semua metode/alat kontrasepsi dan/atau kontrasepsi yang sedang digunakan, keluhan/kondisi saat ini, jumlah keluarga yang tinggal di sana, reaksi keluarga terhadap metode/alat kontrasepsi saat ini, keluarga dukungan, pengambilan keputusan di rumah, dan ch. h. Rutinitas dalam menjaga kebutuhan sehari-hari, seperti makan, minum, membuang sampah (BAB dan BAK), menjaga kebersihan diri, beraktivitas, dan istirahat yang cukup.

O: Data objektif

Data yang didapat dari hasil observasi melalui pemeriksaan fisik sebelum atau selama pemakaian KB.

Data objektif dari calon/akseptor KB, yang harus dikumpulkan, meliputi :

a. Pemeriksaan fisik, meliputi:

- 1) Kesehatan umum pasien, termasuk tingkat perhatian, keadaan emosi, dan postur yang berhubungan dengan pemeriksaan.
- 2) Indikator vital, meliputi detak jantung, tekanan darah, suhu, dan nadi.
- 3) Fitur kepala dan leher seperti edema wajah, kelopak mata dan sklera pucat, rahang pucat, kebersihan, dan kesehatan gigi (karies, karang, amandel), serta leher (pembesaran kelenjar tiroid, pembuluh getah bening).
- 4) Payudara, termasuk ukuran, bentuk, dan segala kelainan seperti pembesaran kelenjar getah bening, hiperpigmentasi areola, masalah puting susu, retraksi, dan benjolan atau massa yang mencurigakan.
- 5) Perut, meliputi: rasa tidak nyaman, bentuk, bekas luka, benjolan atau massa tumor, dan pembesaran hati.

- 6) Ekstremitas, seperti edema ekstrem pada kaki dan tangan, kuku pucat atau ikterus, varises parah, atau pembengkakan kaki.
- 7) Genetalia, yang dapat berupa perdarahan, varises, kondiloma, cairan (warna, konsistensi, jumlah, bau, keluhan, gatal/panas), kondisi kelenjar Bartholin (bengkak, cairan, kista), ketidaknyamanan, wasir, dan kelainan lainnya.
- 8) Punggung, ada kelainan bentuk atau tidak.
- 9) Ikterus, yaitu kebersihan kulit.
- b. Pemeriksaan ginekologi

Pemeriksaan kondisi serviks, kondisi dinding vagina, posisi benang AKDR, dan adanya bukti adanya infeksi atau kanker di daerah serviks (bagi akseptor KB AKDR).

Untuk menemukan serviks dan memeriksa dilatasi, ketidaknyamanan, atau goyang, pemeriksaan bimanual dilakukan. Untuk menilai ukuran, bentuk, posisi, gerakan, nyeri, volume, atau pembesaran uterus, lakukan palpasi. Apakah ada ulkus genital dan benjolan teraba di adneksa.

c. Pemeriksaan penunjang

Dalam keadaan tertentu, calon atau akseptor KB harus melalui sejumlah pemeriksaan penunjang untuk melengkapi data yang telah dikumpulkan, keperluan konfirmasi kehamilan, dan efek samping/komplikasi penggunaan alat kontrasepsi. Pemeriksaan kehamilan, USG, radiografi untuk memastikan pemasangan AKDR atau implan, kadar hemoglobin, kadar gula darah, dan pemeriksaan lainnya harus dilakukan pada calon dan akseptor KB.

A: Analisis dan interpretasi

Diagnosis, prediksi masalah diagnostik atau kemungkinan, dan penentuan apakah tindakan segera diperlukan kemudian dibuat berdasarkan data yang dikumpulkan.

P: Perencanaan

Yaitu perencanaan terhadap sikap yang diberikan.

2.6 Prinsip Umum Pencegahan COVID -19 pada Ibu Hamil, Bersalin, Nifas, dan Bayi Baru Lahir

Prinsip-prinsip pencegahan COVID-19 pada ibu hamil, bersalin, nifas dan bayi baru lahir di masyarakat meliputi universal precaution dengan selalu cuci tangan memakai sabun selama 20 detik atau hand sanitizer, pemakaian alat pelindung diri, menjaga kondisi tubuh dengan rajin olahraga dan istirahat cukup, makan dengan gizi yang seimbang, dan mempraktikkan etika batuk-bersin.

Sedangkan prinsip-prinsip manajemen COVID 19 di fasilitas kesehatan adalah isolasi awal, prosedur pencegahan infeksi sesuai standar, terapi oksigen, hindari kelebihan cairan, pemberian antibiotik empiris (mempertimbangkan risiko sekunder akibat infeksi bakteri), pemeriksaan SARS-CoV-2 dan pemeriksaan infeksi penyerta yang lain, pemantauan janin dan kontraksi uterus, ventilasi mekanis lebih dini apabila terjadi gangguan pernapasan yang progresif, perencanaan persalinan berdasarkan pendekatan individual / indikasi obstetri, dan pendekatan berbasis tim dengan multidisipin.