

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan Kehamilan Trimester III

2.1.1 Pengkajian Data

a. Data Subjektif

Berikut beberapa hal yang perlu dikaji pada asuhan kehamilan:

1) Identitas klien

a) Nama

Menurut Romauli (2011) pengajian nama klien bertujuan untuk dapat mengenal atau memanggil nama ibu dan untuk mencegah kekeliruan bila ada nama yang sama.

b) Umur

Dalam kurun waktu reproduksi sehat, dikenal bahwa usia aman untuk kehamilan dan persalinan adalah 20-30 tahun (Romauli, 2011). Sedangkan menurut Sulistyawati (2011) pengajian umur bertujuan untuk mengetahui adanya faktor risiko (usia < 20 tahun, alat reproduksi belum matang, mental dan psikisnya belum siap. Bila > 35 tahun meningkatkan risiko diabetes gestasional, hipertensi gestasional, kelahiran prematur, BBLR, ketidaknormalan kromosom, dan keguguran). Usia seseorang dapat mempengaruhi keadaan kehamilannya. Bila wanita tersebut hamil pada masa reproduksi, kecil kemungkinan untuk

mengalami komplikasi dibanding wanita yang hamil di bawah usia reproduksi ataupun di atas usia reproduksi (umur kurang dari 18 tahun dan lebih dari 35 tahun) (Mandang, Tombokan, Tando, 2014).

c) Agama

Agama dalam hal ini berhubungan dengan perawatan penderita yang berkaitan dengan ketentuan agama. Antara lain dalam keadaan yang gawat ketika memberi pertolongan dan perawatan dapat diketahui dengan siapa harus berhubungan, misalnya agama islam harus memanggil ustad, dan sebagainya. Hal tersebut dikemukakan oleh Romauli (2011).

d) Suku

Data mengenai suku diperlukan untuk mengetahui kondisi sosial budaya ibu yang memengaruhi perilaku kesehatan (Romauli, 2011)

e) Pendidikan

Menurut Romauli (2011) pendidikan dikaji untuk mengetahui tingkat intelektual, tingkat pendidikan memengaruhi sikap perilaku kesehatan seseorang.

f) Pekerjaan

Hindari pekerjaan yang membahayakan, terlalu berat, atau berhubungan dengan radiasi atau bahan kimia (Dewi & Sunarsih, 2011). Hal ini untuk mengetahui taraf hidup dan sosial ekonomi

agar nasihat kita sesuai. Pekerjaan ibu perlu diketahui untuk mengetahui apakah ada pengaruh pada kehamilan, seperti bekerja di pabrik rokok, percetakan dan lain-lain (Romauli, 2011). Literatur dan hasil penelitian mengungkapkan risiko yang terjadi berkaitan dengan bahaya di tempat kerja ibu hamil antara lain abortus spontan sebesar 15%, kelahiran prematur dan berat lahir rendah sebesar 7% (Astuti, Susanti, Nurparidah, Mandiri, 2017).

2) Alasan datang

Penyebab klien datang ke PMB yaitu datang untuk memeriksakan kehamilannya di trimester III. Alasan wanita datang ke tempat bidan/klinik, yang diungkapkan dengan kata-katanya sendiri (Hani, Kusbandiyah, Marjati, Yulifah, 2011). Menurut Romauli (2011) Apakah alasan kunjungan ini karena ada keluhan atau hanya untuk memeriksakan kehamilannya.

3) Keluhan utama

Nyeri punggung, kesulitan bangun dan duduk, nyeri kepala, hemoroid, hiperventilasi atau napas pendek, hidung sesak atau perdarahan hidung, pusing atau pingsan, pembengkakan (edema) pada pergelangan kaki dan kaki, varises, peningkatan berkemih (peningkatan frekuensi terutama pada malam hari (nokturia)), jerawat, nodul berwarna merah pada gusi dan mudah berdarah adalah beberapa

keluhan yang mungkin dialami oleh ibu hamil pada trimester III menurut Astuti, dkk (2017).

4) Riwayat kesehatan yang lalu dan sekarang

Data riwayat ini dapat kita gunakan sebagai penanda (*warning*) akan adanya penyulit masa hamil. Adanya perubahan fisik dan fisiologis pada masa hamil yang melibatkan seluruh sistem dalam tubuh akan mempengaruhi organ yang mengalami gangguan. Beberapa data penting tentang riwayat kesehatan pasien yang perlu diketahui adalah apakah pasien pernah atau sedang menderita penyakit seperti jantung, diabetes melitus, ginjal, hipertensi atau hipotensi, dan hepatitis (Romauli, 2011). Hani, dkk (2011) juga berpendapat dalam bukunya bahwa infertilitas, infeksi vagina, penyakit menular seksual, servisititis kronis, endometritis, infeksi panggul, pap smear abnormal, bedah ginekologi, dan lain-lain perlu dikaji dalam asuhan kebidanan kehamilan terkait riwayat kesehatan klien.

5) Riwayat kesehatan keluarga

Usia ayah dan ibu, juga statusnya (hidup atau mati), kanker, penyakit jantung, hipertensi, diabetes, penyakit ginjal, penyakit jiwa, kelainan bawaan, kehamilan ganda, TB (Tuberkulosis), epilepsi, kelainan darah (anemia dan lain-lain), alergi, kelainan genetik, riwayat keturunan kembar dikaji terkait riwayat kesehatan keluarga yang kemungkinan dapat memengaruhi kehamilan (Hani dkk, 2011).

6) Riwayat pernikahan

Nikah atau tidak; Berapa kali nikah; Berapa lama nikah: kalau orang hamil yang sudah lama menikah, nilai anak tentu besar sekali dan ini harus diperhitungkan dalam pimpinan persalinan (anak mahal) (Hani dkk, 2011).

7) Riwayat menstruasi

Data ini digunakan untuk mendapatkan gambaran tentang keadaan dasar dari organ reproduksi pasien. Beberapa data yang harus kita peroleh dari riwayat menstruasi antara lain yaitu menarche, siklus menstruasi, volume, dan keluhan (Romauli, 2011). Wanita Indonesia pada umumnya mengalami menarche sekitar 12 sampai 16 tahun (Sulistyawati, 2011). Pada umumnya siklus menstruasi berlangsung selama 28 hari. Siklus normal berlangsung 21-35 hari. Siklus menstruasi bervariasi pada tiap perempuan, namun beberapa perempuan memiliki siklus yang tidak teratur. Panjang siklus menstruasi dihitung dari hari pertama menstruasi yang kemudian dihitung sampai dengan hari perdarahan menstruasi bulan berikutnya dimulai (Saryono, 2009). Rata-rata banyaknya darah yang hilang pada perempuan normal selama satu periode menstruasi telah ditentukan oleh beberapa kelompok peneliti, yaitu 25-60 ml (Heffner, 2008). Beberapa wanita menyampaikan keluhan yang dirasakan ketika mengalami menstruasi, misalnya nyeri hebat, sakit kepala sampai

pingsan, atau jumlah darah yang banyak. Ada beberapa keluhan yang disampaikan oleh pasien dapat menunjukkan kepada diagnosis tertentu (Sulistyawati, 2011).

8) Riwayat obstetrik

a) Riwayat kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu

Dilakukan pengajian antara lain sebagai berikut:

1. Jumlah kehamilan, anak yang lahir hidup, persalinan yang aterm, persalinan yang prematur, keguguran atau kegagalan kehamilan, persalinan dengan tindakan (dengan forsep, atau dengan SC)
2. Riwayat perdarahan pada kehamilan, persalinan dan nifas sebelumnya
3. Hipertensi disebabkan kehamilan sekarang atau kehamilan sebelumnya
4. Berat bayi yang lalu < 2.500 atau > 4.000 gram (Dewi & Sunarsih, 2012).
5. Masalah obstetrik, medis dan sosial yang lain, dalam kehamilan (preeklamsia dan lain-lain), dalam persalinan (malpresentasi, drip oksitosin, dan lain-lain), dalam nifas (perdarahan, infeksi kandungan, bagaimana laktasi, dan lain-lain), berat lahir bayi, jenis kelamin bayi, kelainan kongenital bayi dan komplikasi yang lain seperti ikterus, status bayi saat

lahir (hidup atau mati), status kehidupan bayi, jika meninggal apa penyebabnya. Pertanyaan ini sangat memengaruhi prognosis persalinan dan pimpinan persalinan, karena jalannya persalinan yang lampau adalah hasil ujian-ujian dari segala faktor yang memengaruhi persalinan (Hani dkk, 2011).

KB terakhir yang digunakan jika pada kehamilan perlu juga ditanyakan rencana KB setelah melahirkan (Hani dkk, 2011).

Riwayat kontrasepsi diperlukan karena kontrasepsi hormonal dapat memengaruhi EDD, dan karena penggunaan metode lain dapat membantu “menanggali” kehamilan. Ketika seorang wanita menghabiskan pil berisi hormon dalam kaplet kontrasepsi oral, periode menstruasi yang selanjutnya akan dialami disebut “*withdrawal bleed*”. Menstruasi ini bukan karena pengaruh hormon alami wanita tersebut tetapi karena dukungan hormonal terhadap endometrium yang disuplai oleh kontrasepsi yang dihentikan. Menstruasi spontan mungkin tidak terjadi atau terjadi pada waktu biasanya. Kurangnya menstruasi spontan disebut *amenorea-post-pil* (Romauli, 2011).

Tabel 2.1 Riwayat Kehamilan, Persalinan, Nifas dan KB yang Lalu

Anak ke-	Kehamilan		Persalinan				Nifas				KB	
	Lama	Penyulit	Penolong	Tempat	BB Bayi	Penyulit	Vit A	Tab Fe	Menyusu i	ASI-E	Alkon	Lama

Sumber: Sulistyawati Ari dkk, 2013. Asuhan Kebidanan pada Ibu Bersalin.

b) Riwayat kehamilan yang sekarang

Hal yang perlu diperhatikan dalam riwayat kehamilan sekarang yaitu gerak janin, setiap masalah atau tanda-tanda bahaya, keluhan-keluhan dalam kehamilan, kekhawatiran lain, setiap pengambilan riwayat, bidan tetap membangun hubungan kepercayaan dengan ibu dan keluarganya (Lalita, 2013).

Tabel 2.2 Riwayat Kehamilan Sekarang

Kunjungan ke-	Usia kehamilan	Keluhan	Status TT	Tindakan /terapi	KIE	Tempat ANC	Ket

Sumber: Sulistyawati Ari dkk, 2013. Asuhan Kebidanan pada Ibu Bersalin.

9) Riwayat seksual

Selama kehamilan berjalan normal, koitus diperbolehkan sampai akhir kehamilan, meskipun beberapa ahli berpendapat sebaiknya tidak lagi

berhubungan seks selama 14 hari menjelang kelahiran. Koitus tidak dibenarkan bila terdapat perdarahan pervaginam, riwayat abortus berulang, abortus/partus prematurus imminens, ketuban pecah sebelum waktunya (Romauli, 2011). Selama trimester pertama wanita dapat mengalami keletihan dan mual. Selama trimester ketiga penambahan berat badan, pembesaran perut, payudara yang terasa sakit dan masalah-masalah lain dapat membuat keinginan seks menurun (Lalita, 2013). Sebagian ibu hamil minat seks menurun ketika kehamilan memasuki trimester ketiga hal ini disebabkan perasaan nyaman sudah jauh berkurang, timbulnya pegal di punggung dan pinggul, tubuh bertambah berat dengan cepat, nafas lebih sesak (karena besarnya janin mendesak dada dan lambung) dan kembali merasa mual, itulah beberapa penyebab menurunnya minat seksual. Tapi ada ibu hamil yang tidak mengalami penurunan libido di trimester ketiga, sehingga dapat menikmati keindahan seks pada masa kehamilan (Mandang, dkk, 2014). Selama hamil, hubungan seksual antara pasangan suami istri tidak memiliki batasan baku terkait frekuensi. Frekuensi hubungan seksual sebaiknya tidak dilakukan sesering biasanya selama tiga bulan pertama kehamilan, hubungan seksual yang dipaksakan selama tiga bulan kehamilan dikhawatirkan akan terjadi keguguran spontan (Pangkahila, 2001).

10) Status imunisasi TT

Imunisasi TT perlu diberikan pada ibu hamil guna memberikan kekebalan pada janin terhadap infeksi tetanus (*tetanus neonatorum*) pada saat persalinan, maupun postnatal (Hani, dkk 2011). Pemberian imunisasi pada ibu hamil harus didahului dengan skrining untuk mengetahui jumlah dosis (dan status) imunisasi TT yang telah diperoleh selama hidupnya. Pemberian imunisasi TT tidak mempunyai interval (selang waktu) maksimal, hanya terdapat interval minimal antardosis TT. Bagi ibu yang belum pernah diberikan imunisasi atau status imunisasinya tidak diketahui, maka dapat diberikan dosis vaksin 0,5 ml IM di lengan atas. TT1 diberikan saat ibu melakukan kunjungan pertama (sedini mungkin pada kehamilan), TT2 diberikan 4 minggu setelah TT1 (pada kehamilan), TT3 diberikan 6 bulan setelah TT2 (pada kehamilan, jika interval minimal terpenuhi), TT4 diberikan setelah 1 tahun setelah TT3, dan TT5 diberikan 1 tahun setelah TT4 (Astuti, 2017). Bumil yang belum pernah mendapatkan imunisasi maka statusnya T0, jika telah mendapatkan interval minimal 4 minggu atau pada masa balitanya telah memperoleh imunisasi DPT sampai 3 kali maka statusnya adalah T2, bila telah mendapat dosis TT yang ke-3 (interval minimal dari dosis ke-2) maka status T3, status T4 didapat bila telah mendapatkan 4 dosis (interval minimal 1 tahun dari dosis ke-3) dan status T5 didapatkan bila 5 dosis telah didapat (interval minimal 1 tahun dari dosis ke-4) (Romauli, 2011).

Tabel 2.3 Tabel Bantu Skrining Status TT WUS

TABEL BANTU SKRINING STATUS T WUS, JAWA TIMUR *

BAGI WUS YG LAHIR SEBELUM TAHUN 1973, PERTANYAAN HANYA PADA RIWAYAT CPW (C) , SAAT HAMIL (D) , DAN KAMPANYE / AKSELERASI MNT/ ORI DIFTERI (E) (< 1973 th)			
NO	RIWAYAT IMUNISASI TT	PERNAH/TIDAK DIIMUNISASI DPT / DPT-HB / DT / TT / Td ?	KESIMPULAN STATUS T ?
1	2	3	4
A.	RIWAYAT IMUNISASI DPT / DPT-HB SAAT BAYI :		
	BAGI YANG LAHIR: <u> </u> TAHUN 1990 STATUS T-NYA DIHITUNG T-2		
B.	RIWAYAT BIAS		
1	Untuk WUS yang lahir antara tahun 1973 s/d 1975 a. Kelas 6		
2	Untuk WUS yang lahir antara tahun 1977 s/d 1987 a. Kelas 1 b. Kelas 6		
3	Untuk WUS yang lahir tahun 1988 a. Kelas 1 b. Kelas 5 c. Kelas 6		
4	Untuk WUS yang lahir tahun 1980 a. Kelas 1 b. Kelas 4 c. Kelas 5 d. Kelas 6		
5	Untuk WUS yang lahir tahun 1990 a. Kelas 1 b. Kelas 3 c. Kelas 4 d. Kelas 5 e. Kelas 6		
6	Untuk WUS yang lahir tahun 1991 a. Kelas 1 b. Kelas 2 c. Kelas 3 d. Kelas 4		
7	Untuk WUS yang lahir tahun 1992 s/d sekarang a. Kelas 1 b. Kelas 2 c. Kelas 3		
C.	SAAT CALON PENGANTIN (CPW)		
D.	SAAT HAMIL		
	a. Hamil 1		
	b. Hamil 2		
	c. Hamil 3		
	d. Hamil 4		
E.	LAIN-LAIN (KEGIATAN KAMPANYE/ ORI DIFTERI) CONTOH : SAAT SMA TAHUN 2003-2006 & AKSELERASI WUS DI BANGKALAN & SUMENEP (2009-2010), ORI DIFTERI 2011		
STATUS IMUNISASI T SEKARANG (TOTAL IMUNISASI KOMPONEN T YG SUDAH DIDAPATKAN)			
KETERANGAN :			
1. Vaksinasi bayi DPT 3 dosis dimulai sejak 1977 - sekarang			
2. Vaksinasi anak SD/MI (BIAS) DT & TT tahun 1984-1997 = kelas 1 lk + peremp (DT 2 ds) & kelas 6 peremp (TT 2 ds).			
3. Vaksinasi anak SD/MI (BIAS) DT & TT tahun 1998 - 2000 = kelas 1(DT) s/d kelas 2-6 (TT).			
4. Vaksinasi anak SD/MI (BIAS) DT & TT tahun 2001 - sekarang = kelas 1, 2 & 3			
5. Vaksinasi CPW/CATIN & BUMIL TT 2 dosis dimulai 1984-2000, TH 2001 - SKRG HRS DISKRINING LEBIH DULU			
6. Interval minimal pemberian: TT1 ke TT2 = 4 mg, TT2-TT3 = 6 b/n, TT3 ke TT4 = 1 th, TT4 ke TT5 = 1 th			
7. Masa perlindungan terhadap Tetanus Toxoid = T1 = 0 th, T2 = 3 th, T3 = 5 th, T4 = 10 th, T5 = 25 th			

11) Pola kebiasaan sehari-hari

Pola kebiasaan sehari-hari perlu dikaji untuk mengetahui pola kebiasaan yang mungkin dapat memengaruhi proses kehamilan ibu.

Data yang perlu dikaji antara lain:

a) Nutrisi

1. Makan

a. Menu

Ini dikaitkan dengan pola diet seimbang bagi ibu hamil. Jika pengaturan menu makan yang dilakukan oleh pasien kurang seimbang sehingga ada kemungkinan beberapa komponen gizi tidak akan terpenuhi. Maka, bidan dapat memberikan pendidikan kesehatan mengenai penyusunan menu seimbang bagi ibu. Kita dapat menanyakan kepada pasien tentang apa saja yang ia makan dalam sehari (nasi, sayur, lauk, buah, makanan selingan, dan lain-lain).

b. Frekuensi

Data ini akan memberi petunjuk bagi kita tentang seberapa banyak asupan makanan yang dikonsumsi ibu.

c. Jumlah per hari

Data ini memberi kita informasi seberapa banyak makanan yang ibu makan dalam waktu satu kali makan. Untuk mendapatkan gambaran total makanan yang ibu

makan bidan dapat mengalihkannya dengan frekuensi makan dalam sehari.

d. Pantangan

Ini juga penting untuk kita kaji karena ada kemungkinan pasien berpantang terhadap makanan yang justru dapat mendukung pemulihan fisiknya, misalnya daging, ikan dan telur (Romauli, 2011).

2. Minum

Kita juga harus dapat memperoleh data tentang kebiasaan pasien dalam memenuhi kebutuhan cairannya. Apalagi dalam masa hamil asupan cairan yang cukup sangat dibutuhkan. Hal-hal yang perlu kita tanyakan pada pasien tentang pola minum adalah frekuensi minum, jumlah minum perhari dan jenis minuman (Romauli, 2011).

Tabel 2.4 Pengaturan Makanan Sehari untuk Ibu Hamil

Bahan Makanan	Trimester I	Trimester II dan III
Nasi/penukar	3 1/4 gelas	3 1/2 gelas
Daging/penukar	2 1/2 potong	2 1/2 potong
Tempe/penukar	5 potong	5 potong
Sayur	3 gelas	3 gelas
Buah	2 potong	2 potong
Minyak	2 sdm	2 sdm
Kacang hijau	2 1/2 sdm	2 1/2 sdm
Susu	2 1/2 sdm	2 1/2 sdm
Tepung sari kedelai	-	4 sdm
Gula	1 sdm	1 sdm
Nilai Gizi	Trimester I	Trimester II dan III
Energi	2095,8 kal	2164,5 kal
Protein	79,5 gram	82,5 gram
Lemak	57 gram	65 gram
Karbohidrat	273,8 gram	275 gram
Vitamin C	70 mg	70 mg
Zat besi	31 mg	31 mg

Sumber: Direktorat Bina Gizi. 2011. Makanan Sehat Ibu Hamil. Kementerian Kesehatan RI.

b) Eliminasi

1. BAK

Trimester III pada kehamilan kepala janin mulai turun ke pintu atas panggul keluhan sering kencing akan timbul lagi karena kandung kencing akan mulai tertekan kembali (Romauli, 2011).

2. BAB

Trimester III biasanya terjadi konstipasi karena pengaruh hormon progesteron yang meningkat. Selain itu perut kembung juga terjadi karena adanya tekanan uterus yang

membesar dalam rongga perut yang mendesak organ-organ dalam perut khususnya saluran pencernaan, usus besar, ke arah atas dan lateral (Romauli, 2011).

c) *Aktivitas sehari-hari*

Kita perlu mengkaji kebiasaan sehari-hari pasien karena data ini memberikan gambaran tentang seberapa berat aktivitas yang biasa dilakukan oleh pasien di rumah. Jika kegiatan pasien terlalu berat sampai dikhawatirkan dapat menimbulkan penyulit masa hamil, maka kita dapat memberi peringatan sedini mungkin kepada pasien untuk membatasi dahulu kegiatannya sampai dia sehat dan pulih kembali. Aktivitas yang terlalu berat dapat menyebabkan abortus dan persalinan prematur (Romauli, 2011).

d) *Istirahat/tidur*

Tidur pada malam hari selama kurang lebih 8 jam dan istirahat dalam keadaan rileks pada siang hari selama 1 jam (Romauli, 2011).

e) *Personal hygiene*

Data ini perlu dikaji karena bagaimanapun, kebersihan akan memengaruhi kesehatan pasien dan janinnya. Jika pasien mempunyai kebiasaan yang kurang baik dalam perawatan kebersihan dirinya, maka bidan harus dapat memberi bimbingan mengenal cara perawatan kebersihan diri sedini mungkin. Beberapa kebiasaan yang dilakukan dalam perawatan kebersihan

diri diantaranya adalah mandi, keramas, mengganti baju dan celana dalam dan kebersihan kuku (Romauli, 2011).

12) Data psikososial

Trimester ketiga sering disebut periode penantian dengan penuh kewaspadaan. Ia mulai menyadari kehadiran bayi sebagai makhluk yang terpisah sehingga ia tidak sabar menantikan kelahiran sang bayi dan dalam trimester ini merupakan waktu persiapan yang aktif menantikan kelahiran bayinya. Hal ini membuat ia berjaga-jaga dan menunggu tanda dan gejala persalinan.

Sejumlah ketakutan muncul pada trimester ini yaitu merasa cemas dengan kehidupan bayinya dan dirinya sendiri, seperti: apakah bayinya nanti akan lahir abnormal, terkait dengan persalinan dan pelahiran (nyeri, kehilangan kendali dan hal-hal lain yang tidak diketahui), apakah ia akan menyadari ia akan bersalin, atau bayinya tidak mampu keluar karena perutnya sudah luar biasa besar, atau apakah organ vitalnya akan mengalami cedera akibat tendangan bayi. Ia juga mengalami proses duka lain ketika ia mengantisipasi hilangnya perhatian dan hak istimewa khusus lain selama ia hamil, persiapan antara ia dan bayinya tidak dapat dihindari, dan perasaan kehilangan karena uterusnya yang penuh tiba-tiba akan mengempis dan kosong (Romauli, 2011).

13) Data Budaya

Faktor sosial budaya (kebiasaan adat istiadat) yang mempengaruhi kehamilan:

a) Larangan ibu hamil untuk melihat orang menyembelih binatang.

Adanya larangan bagi ibu hamil untuk melihat orang menyembelih binatang dimaksudkan agar ibu hamil tidak terkejut sehingga tidak mempengaruhi tumbuh kembang janin.

b) Upacara tujuh bulanan

Serangkaian upaya dilaksanakan dengan tujuan kesempurnaan kehidupan di dunia diantaranya kehamilan pada waktu berumur tujuh bulan. Pelaksanaan peringatan kehamilan yang telah berumur tujuh bulan diterima di kalangan masyarakat Jawa karena dianggap sebagai ungkapan rasa sukur karena telah melampaui masa kritis pembentukan tubuh janin untuk menyongsong kelahiran.

c) Kedekatan masyarakat pada “Dukun Beranak”

Dengan pengetahuan yang serba terbatas tidak menyalahkan upaya masyarakat untuk melakukan segala jalan sehingga kehamilan berlangsung khususnya melalui “doa dan usaha” yang dapat dilaksanakan. Oleh karena itu kedekatan masyarakat pada “Dukun Beranak” tidak dapat diabaikan, yang dianggap mempunyai kekuatan khusus di samping akan dapat menolong kelahiran bayi. Kedekatan pada “Dukun Beranak” masih

dilakukan pada sebagian masyarakat di Madura. Masyarakat cenderung pasrah dengan keadaan saat persalinan berlangsung karena semuanya dapat terjadi bila sudah dikehendaki oleh Tuhan Yang Maha Esa.

d) Ibu hamil harus makan dua kali lipat

Ibu hamil harus makan dua kali lipat dimaksudkan agar yang dikandung juga ikut makan sehingga kondisi janin dapat terjaga kesehatannya. Tetapi menurut kenyataan, kehamilan merupakan keadaan dimana ada bakal anak manusia yang tumbuh dan berkembang di dalam tubuh ibu. Karena ada makhluk lain yang akan tumbuh dan berkembang, otomatis dibutuhkan pasokan nutrisi yang lebih banyak. Tambahan jumlah kalori yang melebihi kebutuhan selama masa kehamilan tidak dianjurkan karena dapat menyebabkan peningkatan berat badan pada ibu dan janin sehingga dikhawatirkan dapat berdampak pada kesehatan ibu dan janin. Sementara pada janin, kenaikan berat badan ibu yang berlebihan belum tentu berpengaruh pada kenaikan berat badan janin.

e) Ibu hamil tidak boleh makan nanas, pisang ambon, dan duren

Mengonsumsi buah-buahan jenis nanas, pisang ambon, dan duren sebenarnya tidak menimbulkan pengaruh buruk pada ibu hamil dan janinnya. Tentunya, bila dikonsumsi dalam jumlah yang tidak berlebihan. Konsumsi banyak pisang ambon menyebabkan

meningkatnya lendir di vagina yang mungkin akan mengganggu dan merepotkan. Sementara konsumsi banyak durian akan menimbulkan panas pada lambung dan meningkatkan kadar kolesterol. Sedangkan konsumsi banyak nanas akan merangsang asam lambung berproduksi lebih tinggi, yang dapat mengganggu kesehatan lambung.

f) Minum air es membuat janin besar

Minum air es tidak meningkatkan berat badan janin maupun ibunya. Hanya biasanya ibu hamil akan minum es disertai dengan sirup yang mempunyai kadar gula tinggi. Kandungan karbohidrat sederhana yang sering dikonsumsi ini akan meningkatkan berat badan ibu dan janinnya. Apabila minum es ini sebagai teman dari *softdrink*. Beberapa *softdrink* mempunyai kandungan alkohol yang berdampak buruk pada janin. Sebenarnya adanya kebiasaan ini memberikan peringatan pada ibu hamil agar tidak terlalu banyak minum es karena dikhawatirkan akan mengalami gangguan tenggorokan atau batuk pilek dan kegemukan karena banyak mengonsumsi gula.

g) Ibu hamil tidak boleh makan daging kambing

Ibu hamil tidak boleh makan daging kambing karena dianggap dapat membahayakan janin. Daging kambing mengandung kadar purin atau lemak jenuh tinggi yang memengaruhi metabolisme asam urat, yang berbahaya bagi penderita kolesterol atau jantung.

Tetapi, bila tidak mempunyai riwayat tersebut, ibu hamil boleh saja mengonsumsi daging kambing. Tentu saja dengan jumlah secukupnya.

h) Minum air kelapa

Apabila ibu hamil meminum air kelapa maka akan membuat halus kulit bayi. Tetapi kebiasaan tersebut tidak benar karena sebenarnya kehalusan kulit lebih ditentukan oleh faktor genetik orang tua.

i) Minum jamu-jamuan tradisional

Ibu hamil mempunyai kebiasaan minum jamu-jamuan dalam upaya menjaga kehamilan. Jamu-jamuan yang biasa diminum misalnya jamu *gepyokan* yang berkhasiat menambah kesuburan/yang juga berkhasiat untuk merangsang produksi ASI, jamu *adem-ademan* yang berkhasiat untuk menyegarkan badan. Tidak semua jamu aman diminum ibu hamil. Penelitian terhadap bahan jamu murni pun terbukti tidak semuanya aman bagi ibu hamil karena dalam bahan jamu sekalipun berasal dari alam ada jenis tanaman tertentu yang mengandung alkohol yang memengaruhi rahim sehingga bisa membahayakan keselamatan janin. Beberapa jamu tidak bisa dijamin kebersihan air maupun proses pembuatannya.

- j) Ibu hamil muda umumnya akan mengidam atau menginginkan makanan yang aneh-aneh

Biasanya ibu hamil mengidam makanan yang tidak biasa atau yang tidak suka ia makan atau pada waktu yang tidak biasa misalnya ingin makan asinan atau rujak pada tengah malam. Berbagai teori kehamilan menyimpulkan bahwa tidak ada alasan ilmiah yang dapat menjelaskan mengapa seorang ibu hamil mengidam. Alasan rasional yang masih dapat diterima adalah sebagai dampak dari perubahan hormon kehamilan. Makanya mengidam umumnya terjadi di awal-awal bulan kehamilan sebagai proses adaptasi terhadap perubahan hormon. Alasan psikologinya adalah sebagai bentuk keinginan ibu hamil untuk diperhatikan oleh suami atau orang-orang di sekitarnya. Alasan lainnya adalah sebagai keinginan bahwa sadar dimana pada saat sebelumnya hal-hal yang didambakan itu tidak bisa dilaksanakan atau dimiliki karena berbagai alasan. Sebenarnya, mengidam bukan hal yang perlu dikhawatirkan. Karena itu, boleh-boleh saja ibu hamil menuruti keinginan untuk makan-makanan tertentu, asalkan tidak membahayakan kesehatan ibu dan janinnya.

- k) Minum air rebusan kacang hijau

Minum air rebusan kacang hijau dipercaya dapat melebatkan rambut bayi padahal hal tersebut tidak ada hubungannya dengan minum banyak rebusan kacang hijau yang dilakukan pada masa

kehamilan. Tetapi ditentukan oleh faktor genetik atau bakat. Namun demikian, minum air rebusan kacang hijau sangat bermanfaat untuk memenuhi kebutuhan tubuh akan protein dan vitamin.

l) Peringatan 4 bulanan

Pelaksanaan peringatan kehamilan yang telah berumur 4 bulan diterima di kalangan masyarakat Madura sebagai ungkapan rasa syukur karena mereka beranggapan bahwa janin yang mereka kandung itu telah mempunyai ruh. Biasanya dilaksanakan dalam bentuk syukuran. Kebiasaan tersebut kebanyakan dilakukan oleh para keluarga Kiai di Madura.

m) Ibu hamil tidak boleh makan cabe

Ibu hamil tidak boleh makan cabe, karena cabe dianggap dapat mengganggu kehamilan. Sebenarnya cabe boleh dikonsumsi oleh ibu hamil asalkan dikonsumsi secukupnya. Ibu hamil boleh makan makanan pedas dari cabe bila rasa pedas itu tidak sampai mengganggu kenyamanan ibu. Makanan pedas dari cabe dapat lebih mudah mengiritasi lambung dan usus halus. Maka dari itu, untuk mengurangi risiko tersebut, konsumsi makanan pedas sebaiknya dimakan setelah ibu makan makanan utama.

n) Memasak sambil jongkok

Kebiasaan yang dilakukan orang Madura salah satunya ialah kalau memasak sambil jongkok. Kebiasaan itu mengakibatkan

perineum menjadi elastis sehingga apabila melahirkan tidak perlu dilakukan episiotomi (Romauli, 2011).

14) Persiapan persalinan

Persiapan persalinan antara lain perlu didiskusikan mengenai hal-hal di bawah ini:

a) Tempat persalinan

Pemilihan tempat persalinan ditentukan oleh nilai risiko kehamilan dan jenis persalinan yang direncanakan. Persalinan risiko rendah dapat dilakukan di Puskesmas, Polindes, atau rumah bersalin. Sedangkan persalinan risiko tinggi harus dilakukan di rumah sakit yang memiliki fasilitator kamar operasi, transfusi darah, dan perawatan bayi risiko tinggi (Jannah, 2012).

b) Memilih tenaga kesehatan terlatih

Tenaga kesehatan yang diperbolehkan menolong persalinan adalah dokter umum, bidan, serta dokter kebidanan dan kandungan. Di negara kita masih banyak persalinan yang ditolong oleh dukun bersalin, baik yang terlatih maupun yang tidak terlatih. Hal ini masih menjadi kendala dan merupakan salah satu sebab tingginya angka kematian bayi. Pemilihan tenaga penolong persalinan ditentukan oleh pasien, nilai risiko kehamilan, dan jenis persalinan yang akan direncanakan bagi masing-masing pasien. Pemilihan pasien berdasarkan risiko dimaksudkan agar

penanganan kasus lebih terarah dan ditangani oleh tenaga yang kompeten. Pada saat persalinan, penanganan kasus dilakukan lebih cermat lagi dengan memerhatikan karakteristik kasus (Jannah, 2012).

- c) Berapa banyak biaya yang dibutuhkan dan bagaimana cara mengumpulkan biaya tersebut

Ketersediaan dana termasuk dalam persiapan kelahiran dan persiapan menghadapi keadaan darurat saat persalinan (*birth preparedness* dan *emergency readiness*) (Jannah, 2012).

- d) Siapa yang akan menjaga keluarga jika ibu tidak ada

Membuat rencana untuk pengambilan keputusan jika terjadi situasi gawat darurat pada saat pengambil keputusan utama tidak ada (Jannah, 2012).

- e) Memersiapkan sistem transportasi jika terjadi situasi gawat darurat

Setiap keluarga seharusnya mempunyai suatu rencana transportasi untuk ibu jika ia mengalami komplikasi dan perlu segera dirujuk ke tingkat asuhan yang lebih tinggi (Jannah, 2012).

- f) Membuat rencana/pola menabung

Keluarga dianjurkan untuk menabung sejumlah uang untuk persediaan dana guna asuhan selama kehamilan dan jika terjadi kegawatdaruratan (Jannah, 2012).

b. Data Objektif

Selain dilakukan pengajian data subjektif pada asuhan kehamilan juga perlu dilakukan pengajian data objektif untuk dapat mendukung penegakan diagnosa. Hal-hal yang perlu dikaji antara lain sebagai berikut:

- 1) Pemeriksaan umum
 - a) Keadaan Umum: baik
 - b) Kesadaran: komposmentis
 - c) Postur tubuh: pada saat ini diperhatikan pula bagaimana sikap tubuh, keadaan punggung, dan cara berjalan. Apakah cenderung membungkuk, terdapat lordosis, kifosis, skoliosis, atau berjalan pincang dan sebagainya
 - d) TB (Tinggi Badan): ibu hamil dengan tinggi badan kurang dari 145 cm tergolong risiko tinggi (Romauli, 2011).
 - e) BB (Berat Badan)

Tabel 2.5 Kenaikan Berat Badan Menurut BMI

Berat Badan Sebelum Hamil (BB/TB (m ²))	BMI	Kenaikan BB Total yang Dianjurkan (kg)
Berat badan kurang (<i>underweight</i>)	<19,8	12,5-18
Berat badan normal (<i>normal weight</i>)	19,8-26,0	11,5-16
Berat badan berlebih (<i>overweight</i>)	26,0-29,0	7-11,5
Obesitas	>29,0	<6,8

Sumber: Vivian Nanny L.D., dkk, 2012. Asuhan Kehamilan untuk Kebidanan.

f) LILA (Lingkar Lengan Atas)

Standar minimal lingkar lengan atas wanita dewasa adalah 23,5cm. Jika lingkar lengan atas <23,5cm maka interpretasinya adalah kurang energi kronis (KEK), sehingga ia berisiko untuk melahirkan BBLR (Jannah, 2012).

2) Pengukuran tanda-tanda vital

a) Tekanan darah

Pengukuran tekanan darah pada setiap kali kunjungan antenatal dilakukan untuk mendeteksi adanya hipertensi (tekanan darah 140/90 mmHg) pada kehamilan dan preeklampsia (hipertensi disertai edema wajah dan atau tungkai bawah; dan atau proteinuria) (Tombokan, dkk, 2016). Tekanan darah diukur dengan menggunakan alat tensimeter dan stetoskop. Tekanan darah normal, sistolik antara 110 sampai 140 mmHg dan diastolik antara 70 sampai 90 mmHg. Hipertensi jika tekanan sistolik sama dengan atau lebih 140 mmHg. Hipotensi jika tekanan diastolik sama dengan atau kurang dari 70 mmHg (Hutari, 2012).

b) Suhu: suhu tubuh yang normal adalah 36,5-37,5°C (Romauli, 2011).

c) Nadi: Dalam keadaan santai denyut nadi ibu sekitar 60-80x/menit. Denyut nadi 100x/menit atau lebih dalam keadaan santai merupakan pertanda buruk (Romauli, 2011).

d) Pernafasan: pada ibu hamil dapat terjadi sumbatan di hidung dan sinus, epistaksis, perubahan suara, serta respons peradangan yang mencolok (Astuti dkk, 2017). Untuk mengetahui sistem pernafasan. Normalnya 16-24 x/menit (Romauli, 2011).

3) Pemeriksaan fisik

a) Kepala dan leher.

1. Apakah ada edema pada wajah, adakah *cloasma gravidarum*.
2. Pada mata: adakah pucat pada kelopak mata bawah, adakah kuning/ikterus pada sklera.
3. Hidung: adakah pernafasan cuping hidung, adakah pengeluaran sekret.
4. Apakah wajah pucat, keadaan lidah, adakah gigi yang berlubang (Hani dkk, 2011).
5. Mulut: adakah sariawan, bagaimana kebersihannya. Dalam kehamilan sering timbul stomatitis dan gingivitis yang mengandung pembuluh darah dan mudah berdarah, maka perlu perawatan mulut agar selalu bersih.
6. Gigi: adakah caries, atau keropos yang menandakan ibu kekurangan kalsium. Saat hamil sering terjadi caries yang berkaitan dengan emesis, hiperemesis gravidarum. Adanya kerusakan gigi dapat menjadi sumber infeksi (Romauli, 2011).

7. Telinga: ketajaman pendengaran secara umum, luka, pengeluaran dari saluran telinga (bentuk dan warna).
8. Leher: adakah pembesaran kelenjar tiroid, adakah pembesaran pembuluh limfe (Hani dkk, 2011). Normalnya tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada pembesaran kelenjar limfe dan tidak ditemukan bendungan vena jugularis (Romauli, 2011).

b) Payudara

Hani, dkk (2011) berpendapat dalam pemeriksaan payudara, hal-hal yang dilakukan antara lain memeriksa bentuk, ukuran, dan simetris atau tidak; Puting payudara menonjol, datar, atau masuk ke dalam; Adakah kolostrum atau cairan dari puting susu; Pada saat klien mengangkat tangan ke atas kepala, periksa payudara untuk mengetahui adanya retraksi atau dimpling; Pada saat klien berbaring, lakukan palpasi secara sistematis dari arah payudara dan aksila, kemungkinan terdapat: massa atau pembesaran pembuluh limfe. Pendapat lain mengemukakan bahwa pemeriksaan payudara bertujuan untuk melihat persiapan laktasi dengan melihat pengeluaran kolostrum (Astuti dkk,2017). Selain dua pendapat yang telah disebutkan, pemeriksaan payudara juga bertujuan untuk menilai kebersihan pada payudara.

c) Abdomen

1. Bentuk pembesaran perut (perut membesar ke depan atau ke samping keadaan pusat, tampakkah gerakan anak atau kontraksi rahim) (Hani dkk, 2011).
2. Tanda bekas operasi digunakan untuk melihat apakah ibu pernah mengalami operasi (seksio sesaria), sehingga dapat ditentukan tindakan selanjutnya (Rohani dkk, 2011).
3. Letak, presentasi, posisi, dan penurunan kepala janin.

Leopold I: bertujuan untuk mengidentifikasi bagian janin yang terdapat di bagian fundus uteri dan menentukan tinggi fundus uteri. Leopold II: bertujuan untuk mengidentifikasi punggung dalam menentukan lokasi DJJ dan bagian kecil terkecil janin. Leopold III: bertujuan untuk mengidentifikasi bagian terendah janin yang terletak di pintu atas panggul dan apakah bagian terendah janin telah masuk pintu atas panggul atau belum. Leopold IV: bertujuan untuk mengidentifikasi apakah kepala janin telah masuk (divergen) pintu atas panggul (PAP) atau belum (konvergen) (Astuti dkk, 2017).

Menurut Johnson dan Tausack dalam Varney (2004)

$$\text{TBJ} = (\text{TFU}-\text{N}) \times 155$$

Keterangan :

TBJ = Taksiran Berat Janin

TFU = Tinggi Fundus Uteri

N = 13 bila kepala belum masuk PAP

12 bila kepala masih berada di atas spina

ischiadika

11 bila kepala berada di bawah spina ischiadika.

Menurut *Cardiff*, pemantauan dilakukan mulai pukul 9 pagi, tidur miring ke kiri atau duduk, dan menghitung beberapa waktu yang diperlukan untuk mencapai 10 gerakan janin. Bila hingga jam 9 malam tidak tercapai 10 gerakan, maka pasien harus segera ke dokter/bidan untuk penanganan lebih lanjut. Bila memakai metoda *Sadovsky*, pasien pasien tidur miring ke kiri, kemudian hitung gerakan janin. Harus dapat dicapai 4 gerakan janin dalam satu jam, bila belum tercapai, waktunya ditambah satu jam lagi, bila ternyata tetap tidak tercapai 4 gerakan, maka pasien harus segera berkonsultasi dengan dokter/bidan (Edjun, J., Santana, S., Ristantie, N., 2016).

4. Ukuran TFU

Tabel 2.6 Ukuran TFU

Usia kehamilan	Tinggi fundus uteri
28 minggu	1/3 di atas pusat atau 3 jari diatas pusat
32 minggu	pertengahan antara pusat dan prosesus xyphoideus
36 minggu	setinggi prosesus xyphoideus
40 minggu	Dua jari di bawah px

Sumber: Hani, Ummi, 2011. Asuhan Kebidanan pada Kehamilan Fisiologis

Menurut Indrayani (2011), hubungan tinggi fundus uteri dengan tuanya kehamilan :

$$\frac{\text{Tinggi Fundus Uteri (cm)}}{3,5 \text{ cm}} = \text{tuanya kehamilan (bulan)}$$

5. DJJ dan gerakan janin.

Terdengarnya denyut jantung janin merupakan tanda pasti kehamilan. Denyut jantung janin normalnya terdengar melalui permukaan abdomen ibu, yaitu berkisar antara 120-160 denyut/menit (Astuti dkk, 2017).

d) Tangan dan kaki/ekstremitas

1. Atas: gangguan kelainan, bentuk; bawah: bentuk, udem, varises. (Sulistiyawati, 2013). Edema merupakan tanda klasik preeklamsia. Bidan harus mengevaluasi dan mengecek timbulnya edema pada pergelangan kaki, area pretibia, jari atau wajah. Edema yang muncul pada kaki dan pergelangan kaki saja biasanya merupakan edema dependen yang

disebabkan oleh penurunan aliran darah vena akibat penekanan uterus yang membesar (Rohani dkk, 2011).

2. Varises ini umum terjadi pada kehamilan dan merupakan predisposisi untuk menyebabkan trombosis vena profunda. Ibu harus ditanya kemungkinan adanya sakit pada kaki. Area kemerahan pada betis mungkin terjadi karena varises, flebitis, atau trombosis vena profunda (Hani dkk, 2011).

3. Refleks patella

Normal: tungkai bawah akan bergerak sedikit ketika tendon diketuk. Bila gerakannya berlebihan dan cepat, maka hal ini mungkin merupakan tanda pre eklamsi. Bila refleks patella negatif kemungkinan pasien mengalami kekurangan B1 (Romauli, 2011).

- e) Genetalia

Normal tidak terdapat varises pada vulva dan vagina, tidak odema, tidak ada *Condyloma akuminata*, tidak ada *Condyloma lata* (Romauli, 2011). Genetalia eksterna: Lihat adanya tukak/luka, varises, cairan (warna, konsistensi, jumlah, bau); Dengan mengurut uretra dan skene: adakah cairan atau nanah; Kelenjar bartholini adakah: pembengkakan, massa atau kista, dan cairan (Hani dkk, 2011).

f) Pemeriksaan panggul

Keadaan panggul terutama penting pada primigravida, karena panggulnya belum pernah diuji dalam persalinan, sebaliknya pada multigravida anamnesis mengenai persalinan yang gampang dapat memberikan keterangan yang berharga mengenai keadaan panggul.

Tujuan: mengetahui diagnosis prognosis jalannya persalinan dan keadaan panggul. Indikasi: primigravida kepala belum masuk pada bulan terakhir (usia 36 minggu), multigravida jika persalinan yang lalu riwayat obstetrik jelek (ROJ), ada kelainan letak pada hamil tua, jika ada kelainan misalnya kifosis, skoliosis, jalan pincang atau cebol (Hani dkk, 2011).

Tabel 2.7 Ukuran Panggul Luar

Nama Ukuran Panggul	Cara Ukur	Ukuran Normal
Distansia spinarum (DS)	jarak antara spina iliaka anterior superior (SIAS) kanan dan kiri	23-26 cm
Distansia cristarum (DC)	jarak terjauh antara crista iliaka kanan dan kiri, terletak kira-kira 5 cm di belakang SIAS	26-29 cm
Conjugata eksterna/Boudeloque (CE)	jarak antara tepi atas simfisis pubis dan ujung proses spinosus vertebra lumbal V	18-20 cm
Distansia tuberum	ukuran melintang dari pintu bawah panggul atau jarak antara tuber ischiadikum kanan dan kiri	10,5-11 cm
Lingkar panggul (LP)	menggunakan pita pengukur, diukur dari tepi atas simfisis pubis, dikelilingkan ke belakang melalui pertengahan antara SIAS dan trochanter mayor kanan, ke ruas lumbal V dan kembali sepihak	80-90 cm

Sumber: Umami Hani dkk, 2011. Asuhan Kebidanan pada Kehamilan Fisiologis.

4) Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan penunjang dilakukan dengan berkolaborasi dengan tenaga kesehatan lain/Puskesmas. Beberapa pemeriksaan penunjang yang perlu dilakukan antara lain:

a) Pemeriksaan laboratorium

Pada tempat berbeda, pemeriksaan laboratorium yang dilakukan pada wanita hamil berbeda. Di banyak tempat di Indonesia wanita hamil diperiksa urinenya untuk mengetahui kadar protein dan

glukosanya, diperiksa darahnya untuk mengetahui faktor rhesus, golongan darah, Hb dan penyakit rubella (Hani dkk, 2011).

Tabel 2.8 Pemeriksaan Laboratorium

Tes Lab	Nilai normal	Nilai tidak normal	Diagnosis/Masalah terkait
Hemoglobin	10,5-14,0	<10,5	Anemia
Protein urine	Terlacak/negatif Bening/negatif	> atau = 2+ Keruh (positif)	Protein urine
Glukosa dalam urine	Warna hijau	Kuning, oranye, coklat.	Diabetes
VDRL/RPR	Negatif	Positif	Syphilis
Faktor rhesus	Rh+	Rh-	Rh sensitization
Golongan darah	A B O AB	-	Ketidakcocokan ABO
HIV	-	+	AIDS
Rubella	Negatif	Positif	Anomali pada janin jika ibu terinfeksi
Feses untuk ova/telur cacing dan parasit	Negatif	Positif	Anemia akibat cacing (cacing tambang)

Sumber: Ummi Hani dkk, 2011. Asuhan Kebidanan pada Kehamilan Fisiologis.

b) Pemeriksaan USG

Pemeriksaan USG dilakukan apabila terdapat indikasi tertentu sehingga dapat membantu dalam menentukan asuhan yang akan diberikan. Awal kehamilan (idealnya sebelum usia kehamilan 15 minggu) untuk menentukan usia kehamilan, viabilitas janin, letak dan jumlah janin, serta deteksi abnormalitas janin yang berat;

Usia kehamilan sekitar 20 minggu untuk mendeteksi anomali janin; Trimester ketiga untuk perencanaan persalinan (Astuti, 2017). Kegunaan utama USG adalah sebagai berikut: diagnosis dan konfirmasi awal kehamilan, penentuan umur gestasi dan penafsiran ukuran fetal, diagnosis dari malformasi janin, perdarahan per vaginam dengan penyebab yang tidak jelas, mengetahui posisi plasenta, mengetahui adanya kehamilan ganda, mengetahui adanya hidramnion dan oligohidramnion, mengetahui adanya IUFD, mengetahui presentasi janin pada kasus yang tidak jelas, mengevaluasi pergerakan janin dan detak jantung janin, mendiagnosis adanya keabnormalan pada uterus dan pelvis selama kehamilan (Hani dkk, 2011).

5) Skor KSPR

Menentukan skor risiko untuk ibu hamil. Termasuk kehamilan risiko rendah, risiko tinggi atau risiko sangat tinggi. Berikut adalah gambar tabel skrining/deteksi dini ibu hamil risiko tinggi oleh PKK dan petugas kesehatan.

SKRINING/DETEKSI DINI IBU RISIKO TINGGI OLEH PKK DAN PETUGAS KESEHATAN

Nama : Umur Ibu : Th.
 Hamil ke Haid terakhir tgl : Perkiraan persalinan tgl : bl
 Pendidikan : Ibu Suami
 Pekerjaan : Ibu Suami

I	II	III	SKOR	IV			
				Tribulan			
KEL	NO.	Masalah/Faktor Risiko		I	II	III	III.2
		Skor Awal Ibu Hamil	2				
I	1	Tertalu muda, hamil < 18 th	4				
	2	a. Tertalu lambat hamil I, kawin > 4 th	4				
		b. Tertalu tua, hamil 1 > 35 th	4				
	3	Tertalu rapat hamil lagi (< 2 th)	4				
	4	Tertalu lama hamil lagi (> 10 th)	4				
	5	Tertalu banyak anak, 4 lebih	4				
	6	Tertalu tua, umur > 35 th	4				
	7	Tertalu pendek < 145 cm	4				
	8	Pemah gagal kehamilan	4				
	9	Pemah melahirkan dengan :	4				
	a. Tarikan tangkukum	4					
	b. UH erogoh	4					
	c. Diberi intus/transusi	4					
	10 Pemah Operasi Besar	6					
II	11	Penyakit pada ibu hamil :					
		a. Kurang darah b. Malaria	4				
		c. TBC Paru d. Payah jantung	4				
		e. Kencing Manis (Diabetes)	4				
		f. Penyakit Menular Seksual	4				
	12	bergluk pada muka/tungkai dan lekukan darah tinggi	4				
	13	Hamil kembar 2 atau lebih	4				
	14	Hamil kembar an (hydramion)	4				
	15	Bayi mati dalam kandungan	4				
	16	Kehamilan lebih bulan	4				
	17. Lesak jantung	8					
	18. Lesak intang	8					
III	19	Pendarahan dalam kehamilan ini	8				
	20	Pre-eklampsia Berat/Kurang-sejang	8				
JUMLAH SKOR							

**PENYULUHAN KEHAMILAN/PERSALINAN AMAN
~ RUJUKAN TERENCANA**

KEHAMILAN			PERSALINAN DENGAN RISIKO			
JML. SKOR	KEL. RISIKO	PERAWATAN	RUJUKAN	TEMPAT	PENDOLONG	RUJUKAN
						RDB RDR RTW
2	KRR	BIDAN	LOKAL DIRUJUK	RUMAH POLINDES	BIDAN	
6-10	KRT	BIDAN DOKTER	BIDAN PKM	POLINDES PKMRS	BIDAN DOKTER	
>12	KRST	DOKTER	RUMAH SAKIT	RUMAH SAKIT	DOKTER	

Kematian Ibu dalam kehamilan : 1. Abortus 2. Lain-lain

KARTU SKOR 'POEDJI ROCHJATI'* PERENCANAAN PERSALINAN AMAN

Tempat Perawatan Kehamilan : 1. Posyandu 2. Polindes 3. Rumah Bidan
 4. Puskesmas 5. Rumah Sakit 6. Praktek Dokter

Persalinan : Molahirkan tanggal :

RUJUKAN DARI : 1. Sendiri 2. Dukun 3. Bidan 4. Puskesmas	RUJUKAN DARI : 1. Bidan 2. Puskesmas 3. Rumah Sakit
---	---

RUJUKAN DARI :
 1. Rujukan Dini Berencana (RDB)
 Rujukan Dalam Rahim

2. Rujukan Tepat Waktu (RTW)
 3. Rujukan Terlambat (RTI)

Gawat Obstetrik :
 Kel. Faktor Risiko I & II

1.
 2.
 3.
 4.
 5.
 6.
 7.

Gawat Darurat Obstetrik :
 • Kel. Faktor Risiko III

1. Pendarahan antepartum
 2. Eklampsia
 • Komplikasi Obstetrik
 3. Pendarahan postpartum
 4. Ur Tertinggal
 5. Persalinan Lama
 6. Panas Tinggi

TEMPAT :	PENOLONG :	MACAM PERSALINAN :
1. Rumah Ibu	1. Dukun	1. Normal
2. Rumah Bidan	2. Bidan	2. Tindakan pervaginam
3. Polindes	3. Dokter	3. Operasi Sesar
4. Puskesmas	4. Lain-lain	
5. Rumah Sakit		
6. Perjalanan		

PASCA PERSALINAN :
 IBU :
 1. Hidup
 2. Mati, dengan penyebab :
 a. Pendarahan b. Pre-eklampsia/Eklampsia
 c. Partus lama d. Infeksi e. Lain-2....

MACAM PERSALINAN :
 1. Rumah Ibu
 2. Rumah Bidan
 3. Polindes
 4. Puskesmas
 5. Rumah Sakit
 6. Perjalanan
 7. Lain-2

BAYI :
 1. Berat lahir : ...gram, Laki-2/Perempuan
 2. Lahir hidup : Apgar Skor :
 3. Lahir mati, penyebab
 4. Mati kemudian, umur hr, penyebab
 5. Kelainan bawaan: tidak ada/ada

KEADAAN IBU SELAMA MASA NIFAS (42 Hari Pasca Salin)
 1. Sehat 2. Sakit 3. Mati, penyebab
 Pemberian ASI : 1. Ya 2. Tidak

KELUARGA BERENCANA : 1. Ya,/Sterilisasi
 2. Belum Tahu

KATEGORI KELUARGA MISKIN : 1. Ya 2. Tidak
 Sumber Biaya : Mandiri/Bantuan :

*** Dr. Poedji Rochjati, dr. SpOG**

Gambar 2.1 KSPR

Sumber: Buku KIA

2.1.2 Identifikasi Diagnosis Dan Masalah

Pada langkah ini dilakukan identifikasi terhadap diagnosis atau masalah berdasarkan interpretasi yang benar atas data-data yang telah dikumpulkan. Data dasar yang sudah dikumpulkan diinterpretasikan sehingga dapat merumuskan diagnosis dan masalah yang spesifik. Masalah sering berkaitan dengan hal-hal yang sedang dialami wanita yang diidentifikasi oleh bidan sesuai dengan hasil pengkajian. Masalah juga sering menyertai diagnosis.

Diagnosis kebidanan

Diagnosis kebidanan adalah diagnosis yang ditegakkan bidan dalam lingkup praktik kebidanan dan memenuhi standar nomenklatur diagnosis kebidanan.

G...P...Ab... UK..... minggu, tunggal/ganda, hidup/mati, intra/ekstra uterin dengan...(kehamilan normal/dengan penyulit dan komplikasi)

G (gravida) : jumlah kehamilan yang dialami wanita. Diikuti dengan jumlah seluruh kehamilan termasuk kehamilan ini.

P (para) : jumlah kehamilan yang diakhiri dengan kelahiran janin yang memenuhi syarat untuk melangsungkan kehidupan (28 minggu atau 1000 gram).

P digit pertama : jumlah kelahiran bayi cukup bulan (>36 minggu atau >2500 gram), berisi jumlah seluruh persalinan aterm yang pernah dialami.

- P digit kedua : jumlah kelahiran prematur (28 sampai 36 minggu atau 1000 sampai 2499 gram, berisi jumlah seluruh persalinan prematur yang pernah dialami.
- P digit ketiga : jumlah kelahiran imatur, (21 sampai 28 minggu atau 500 sampai 1000 gram), berisi jumlah seluruh persalinan immatur yang pernah dialami.
- P digit keempat : jumlah anak yang hingga kini masih hidup, berisi jumlah seluruh anak yang masih hidup sampai saat dilakukan anamnesis.
- Ab (abortus) : jumlah kelahiran yang diakhiri dengan aborsi spontan atau terinduksi pada usia kehamilan sebelum 20 minggu atau memiliki berat kurang dari 500 gram.
- Ab digit pertama : berisi jumlah seluruh abortus yang pernah dialami
- Ab digit kedua : berisi jumlah seluruh kehamilan mola yang pernah dialami
- Ab digit ketiga : berisi jumlah seluruh kehamilan ektopik yang pernah dialami (Hani dkk, 2011).

Masalah

Masalah adalah hal-hal yang berkaitan dengan pengalaman klien yang ditemukan dari hasil pengkajian atau yang menyertai diagnosis.

1) Masalah : wanita tidak menginginkan kehamilannya.

Dasar : wanita mengatakan belum ingin hamil.

- 2) Masalah : wanita hamil trimester III merasa takut
Dasar : wanita mengatakan takut menghadapi persalinan (Hani dkk, 2011).
- 3) Peningkatan berkemih
- 4) Hemoroid
- 5) Konstipasi
- 6) Pusing atau pingsan
- 7) Nyeri punggung
- 8) Varises (Astuti, 2017)

Kebutuhan

Kebutuhan adalah hal-hal yang dibutuhkan oleh klien dan belum teridentifikasi dalam diagnosis dan masalah yang didapatkan dengan melakukan analisis data.

- 1) Ibu menyenangi binatang
Dasar : ibu mengatakan sekeluarganya menyayangi binatang
Kebutuhan : penyuluhan bahaya binatang terhadap kehamilan, pemeriksaan TORCH (Hani dkk, 2011).
- 2) Sering buang air kecil
Kebutuhan : kurangi asupan karbohidrat murni dan makanan yang mengandung gula, batasi minum kopi, teh, dan soda (Romauli, 2011).

3) Hemoroid

Kebutuhan : makan makanan yang berserat, buah dan sayuran serta banyak minum air putih dan sari buah, lakukan senam hamil untuk mengatasi hemoroid (Romauli, 2011).

4) Keputihan

Kebutuhan : tingkatkan kebersihan dengan mandi tiap hari, memakai pakaian dalam dari bahan katun dan mudah menyerap, tingkatkan daya tahan tubuh dengan makan buah dan sayur (Romauli, 2011).

5) Sembelit

Kebutuhan : minum 3 liter cairan tiap hari terutama air putih dan sari buah, makan makanan yang kaya serat dan juga vitamin c, lakukan senam hamil, membiasakan buang air besar secara teratur (Romauli, 2011).

6) Kram pada kaki

Kebutuhan : rendam kaki dengan air yang telah diberi minyak esensial siprus, kurangi konsumsi susu (kandungan fosfatnya tinggi), latihan dorsofleksi pada kaki (Romauli, 2011).

7) Pusing/sakit kepala

Kebutuhan : bangun secara perlahan dari posisi istirahat, hindari berbaring dalam posisi terlentang (Romauli, 2011).

8) Sakit punggung atas dan bawah

Kebutuhan : posisi/sikap tubuh yang baik selama melakukan aktifitas, hindari mengangkat barang berat, gunakan bantal ketika tidur untuk meluruskan punggung (Romauli, 2011).

9) Varises pada kaki

Kebutuhan : istirahat dengan menaikkan kaki setinggi mungkin untuk membalikkan efek gravitasi, jaga agar kaki tidak bersilangan, hindari berdiri atau duduk terlalu lama (Romauli, 2011).

2.1.3 Identifikasi Diagnosis Dan Masalah Potensial

Pada langkah ini, kita mengidentifikasi masalah potensial atau diagnosis potensial berdasarkan diagnosis/masalah yang sudah diidentifikasi. Langkah ini membutuhkan antisipasi, bila memungkinkan dilakukan pencegahan. Bidan diharapkan waspada dan bersiap-siap mencegah diagnosis/masalah potensial ini menjadi benar-benar terjadi. Langkah ini sangat penting dalam melakukan asuhan yang aman.

Pada langkah ke-3 ini, bidan dituntut untuk mampu mengantisipasi masalah potensial tidak hanya merumuskan masalah potensial yang akan terjadi, tetapi juga merumuskan tindakan antisipasi agar masalah atau diagnosis potensial tidak terjadi sehingga langkah ini benar merupakan langkah yang bersifat antisipasi yang rasional/logis. Kaji ulang diagnosis atau masalah potensial yang diidentifikasi apakah sudah tepat (Hani dkk, 2011).

- 1) Data : seorang wanita hamil dengan pembesaran uterus yang berlebihan
Potensial : polihidramnion, besar dari masa kehamilan, ibu dengan diabetes melitus, kehamilan kembar (Hani dkk, 2011).
- 2) Data : perdarahan tanpa nyeri, bagian terendah anak sangat tinggi
Potensial : plasenta previa (Romauli, 2011).
- 3) Data : perdarahan disertai nyeri, nyeri abdomen pada saat dipegang, palpasi sulit dilakukan, fundus uteri makin lama makin naik, bunyi jantung biasanya tidak ada
Potensial : solusio plasenta (Romauli, 2011).
- 4) Data : sakit kepala yang menetap dan tidak hilang dengan beristirahat, penglihatan kabur
Potensial : preeklampsia (Romauli, 2011).
- 5) Data : keluar cairan berupa air-air dari vagina pada trimester 3, bau cairan yang khas
Potensial : ketuban pecah dini (Romauli, 2011).
- 6) Data : ibu tidak merasakan gerakan janin sesudah kehamilan trimester 3
Potensial : IUFD (Romauli, 2011).
- 7) Data : ibu mengeluh nyeri perut pada kehamilan trimester 3, nyeri hebat, menetap, dan tidak hilang setelah beristirahat
Potensial : apendistis, kehamilan ektopik, aborsi, penyakit radang

panggul, persalinan preterm, gastritis, penyakit atau infeksi lain (Romauli, 2011).

2.1.4 Identifikasi Kebutuhan Segera

Pada langkah ini, bidan menetapkan kebutuhan terhadap tindakan segera, melakukan konsultasi, dan kolaborasi dengan tenaga kesehatan lain berdasarkan kondisi klien. Selain itu, juga mengidentifikasi perunya tindakan segera oleh bidan atau dokter dan/untuk dikonsultasikan atau ditangani bersama dengan anggota tim kesehatan yang lain sesuai dengan kondisi klien (Hani dkk, 2011).

Dalam kondisi tertentu seorang wanita mungkin juga akan memerlukan konsultasi atau kolaborasi dengan dokter atau tim kesehatan lain seperti pekerja sosial, ahli gizi, atau seorang ahli perawatan klinis bayi baru lahir. Dalam hal ini, bidan harus mampu mengevaluasi kondisi setiap klien untuk menentukan kepada siapa konsultasi dan kolaborasi yang paling tepat dalam manajemen asuhan klien.

Pada penjelasan di atas menunjukkan bahwa bidan dalam melakukan tindakan harus sesuai dengan prioritas masalah/kebutuhan yang dihadapi kliennya. Setelah bidan merumuskan tindakan yang perlu dilakukan untuk mengantisipasi diagnosis/masalah potensial pada langkah sebelumnya. Bidan juga harus merumuskan tindakan segera (*emergency*) untuk menyelamatkan ibu dan bayi. Dalam rumusan ini, termasuk tindakan segera yang mampu dilakukan secara mandiri atau bersifat rujukan. Kaji

ulang apakah tindakan segera ini benar-benar dibutuhkan (Hani dkk, 2011).

2.1.5 Rencana Asuhan Menyeluruh (Intervensi)

Diagnosis : G...P...Ab... UK..... minggu, tunggal/ganda, hidup/mati, intra/ekstra uterin dengan...(kehamilan normal/dengan penyulit dan komplikasi)

Tujuan :

1. Untuk memfasilitasi hasil yang sehat dan positif bagi ibu maupun bayinya dengan cara membina hubungan saling percaya dengan ibu
2. Mengenali secara dini adanya ketidaknormalan atau komplikasi yang mungkin terjadi selama hamil, termasuk riwayat penyakit secara umum, kebidanan dan pembedahan
3. Mempersiapkan persalinan cukup bulan, melahirkan dengan selamat ibu maupun bayinya dengan trauma seminimal mungkin (Megasari, dkk, 2015).

Kriteria Hasil :

Keadaan Umum : Baik (Romauli, 2011)

Kesadaran : Composmentis (Romauli, 2011)

Nadi : 60-80 x/menit (Romauli, 2011)

TD : 110-140/70-90 mmHg (Hutari, 2012)

Suhu : 36,5-37,5°C (Romauli, 2011)

RR : 16-24 x/menit (Romauli, 2011)

DJJ : 120-160 x/menit (Astuti dkk, 2017).

TFU :

Minggu Kehamilan	Perkiraan Tinggi Fundus
12	Hanya teraba di atas simfisis
15	Pertengahan simfisis-umbilikus
20	Pada umbilikus
28	6 cm di atas umbilikus
32	6 cm di bawah xiphoid
36	2 cm di bawah xiphoid
40	4 cm di bawah xiphoid

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

BB : Pertambahan tidak melebihi standar

Berat Badan Sebelum Hamil (BB/TB (m ²))	BMI	Kenaikan BB Total yang Dianjurkan (kg)
Berat badan kurang (<i>underweight</i>)	<19,8	12,5-18
Berat badan normal (<i>normal weight</i>)	19,8-26,0	11,5-16
Berat badan berlebih (<i>overweight</i>)	26,0-29,0	7-11,5
Obesitas	>29,0	<6,8

Sumber: Vivian Nanny L.D., dkk, 2012. Asuhan Kehamilan untuk Kebidanan.

Intervensi:

1. Jelaskan pada klien dan keluarga tentang keadaan wanita hamil, baik normal maupun tidak normal.
2. Beri KIE tentang cara hidup yang baik dalam kehamilan.
3. Beri KIE tentang cara kecukupan istirahat bagi wanita hamil.
4. Beri penjelasan tentang makanan yang diperlukan dalam kehamilan.
5. Beri penjelasan tentang peningkatan menjaga kebersihan.
6. Pada suami juga beri penjelasan untuk hidup yang harmonis, menjaga fisik dan mental wanita hamil.

7. Rencanakan tindakan sesuai dengan kebutuhan spesifik individu (Hani dkk, 2011).
8. Mengajarkan ibu cara mengatasi ketidaknyamanan
9. Mulai diskusikan kelahiran bayi dan kesiapan ibu untuk menghadapi kondisi kegawatdaruratan
10. Menjadwalkan kunjungan berikutnya (Saminem, 2010).

2.1.6 Pelaksanaan Rencana Asuhan (Implementasi)

Pada langkah ini, dilakukan pelaksanaan asuhan langsung secara efisien dan aman. Pada langkah ke-6 ini, rencana asuhan menyeluruh seperti yang telah diuraikan pada langkah ke-5 dilaksanakan secara efisien dan aman. Perencanaan ini bisa dilakukan seluruhnya oleh bidan, sebagian lagi oleh klien, atau anggota tim lainnya. Walau bidan tidak melakukan sendiri, ia tetap memikul tanggung jawab untuk melaksanakan rencana asuhannya (misal memastikan langkah tersebut benar-benar terlaksana). Meskipun bidan berkolaborasi dengan dokter untuk menangani klien yang mengalami komplikasi, bidan tetap bertanggung jawab dalam manajemen asuhan klien untuk terlaksananya rencana asuhan bersama. Manajemen yang efisien akan menyingkat waktu dan biaya, serta meningkatkan mutu dan asuhan klien. Kaji ulang apakah semua rencana asuhan telah dilaksanakannya (Hani dkk, 2011).

2.1.7 Evaluasi

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

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

Langkah-langkah proses manajemen umumnya merupakan pengkajian yang memperjelas proses pemikiran yang memengaruhi tindakan, serta berorientasi pada proses klinis. Oleh karena proses manajemen tersebut di dalam situasi klinis dan dua langkah terakhir bergantung pada klien dan situasi klinis, maka tidak mungkin proses manajemen ini dievaluasi dalam tulisan saja (Hani dkk, 2011).

2.2 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan Persalinan

2.2.1 Manajemen Kebidanan Kala I

a. Data subjektif

Data subjektif yang perlu dikaji pada kala I persalinan antara lain sebagai berikut:

1) Keluhan utama

Keluhan utama ditanyakan untuk mengetahui alasan pasien datang ke fasilitas pelayanan kesehatan. Pada kasus persalinan, informasi yang harus didapat dari Pasien adalah kapan mulai terasa ada kencangkencang di perut, bagaimana intensitas dan frekuensinya, apakah ada pengeluaran cairan dari vagina yang berbeda dari air kemih, apakah sudah ada pengeluaran lendir yang disertai darah, serta pergerakan janin untuk memastikan kesejahteraannya (Sulistyawati, 2013). Untuk mengetahui perih yang mendorong ibu datang kepada bidan. Apa yang ibu rasakan, sejak kapan timbulnya keluhan, ceritakan urutan kejadian, tindakan apa saja yang sudah dilakukan (Rohani, Saswita, Marisah, 2011). Kontraksi terjadi teratur minimal 3 kali dalam 10 menit, setiap kontraksi berlangsung sedikitnya 40 detik, uterus mengeras selama kontraksi, contohnya, anda tidak bisa menekan uterus dengan menggunakan jari pemeriksa (Astuti, 2017).

2) Pola Kebiasaan Terakhir

Menurut Sulistyawati (2013) terdapat beberapa pola kebiasaan yang perlu dikaji dalam persalinan, antara lain:

a) Pola makan

Data ini penting untuk diketahui agar bisa mendapatkan gambaran bagaimana pasien mencukupi asupan gizinya selama hamil sampai dengan masa awal persalinan. Data fokus mengenai asupan makanan pasien adalah sebagai berikut: kapan atau jam berapa terakhir kali makan, makanan yang dimakan, jumlah makanan yang dimakan, seandainya saat ini ingin makan, apa yang ia inginkan sebelum masuk pada fase persalinan di mana ia tidak akan mungkin atau tidak ingin lagi untuk makan.

b) Pola minum

Pada masa persalinan data mengenai *intake* cairan sangat penting karena akan menentukan kecenderungan terjadinya dehidrasi. Data yang perlu kita tanyakan berkaitan dengan *intake* cairan adalah sebagai berikut: kapan terakhir kali minum, berapa banyak yang diminum, apa yang diminum. Pada pertengahan sampai akhir kala I biasanya pasien akan sangat membutuhkan cairan, bukan makanan. Disamping pasien sudah tidak berselera lagi untuk makan karena rasa sakit akibat his, juga karena pengeluaran keringat yang bertambah sehingga membutuhkan pemasukan cairan lebih banyak.

c) Pola istirahat

Istirahat sangat diperlukan oleh pasien untuk mempersiapkan energi menghadapi proses persalinannya, hal ini akan lebih penting lagi jika proses persalinannya mengalami pemanjangan waktu pada kala I. Data yang perlu ditanyakan yang berhubungan dengan istirahat pasien: kapan terakhir tidur, berapa lama, aktivitas sehari-hari kita perlu mengkaji aktivitas sehari-hari pasien karena data ini memberikan gambaran kita tentang seberapa berat aktivitas yang biasa dilakukan pasien di rumah. Jika di akhir kehamilannya pasien melakukan aktivitas yang selalu berhati-hati dan pasien akan merasa kelelahan sampai akhirnya dapat menimbulkan penyulit pada masa bersalin.

d) *Personal hygiene*

Data ini perlu kita gali karena akan sangat berkaitan dengan kenyamanan pasien dalam menjalani proses persalinannya. Beberapa pertanyaan yang perlu diajukan berhubungan dengan perawatan kebersihan diri pasien: kapan terakhir mandi keramas dan gosok gigi, kapan terakhir ganti baju dan pakaian dalam.

e) Aktivitas seksual

Data yang kita perlukan berkaitan dengan aktivitas seksual adalah sebagai berikut: keluhan, frekuensi, kapan terakhir melakukan hubungan seksual.

3) Respon psikologi klien dan keluarga

a) Respon keluarga terhadap persalinan

Bagaimanapun juga hal ini sangat penting untuk kenyamanan psikologis pasien. Adanya Respon yang positif dari keluarga terhadap persalinan akan mempercepat proses adaptasi pasien menerima peran dan kondisinya. Dalam mengkaji data ini kita dapat menanyakan langsung kepada pasien dan keluarga. Ekspresi wajah yang mereka tampilkan juga dapat memberikan petunjuk kepada kita tentang bagaimana respon mereka terhadap kelahiran ini. Pada beberapa kasus sering kita jumpai tidak adanya Respon yang positif dari keluarga dan lingkungan pasien karena adanya permasalahan yang mungkin tidak mereka ceritakan kepada kita jika hal itu terjadi dan sedapat mungkin dapat berperan dalam mencari beberapa alternatif solusi.

b) Respon suami terhadap persalinan ini

Untuk mengetahui bagaimana respon suami pasien terhadap persalinan ini, kita dapat menanyakan langsung dengan suami pasien atau dapat juga kepada pasien. Data mengenai respons suami pasien ini sangat penting karena dapat kita jadikan sebagai salah satu acuan mengenai pola kita dalam memberikan asuhan kepada pasien dan bayinya. Jika suami pasien memberikan respon yang positif terhadap istri dan anaknya maka akan memberikan

kemudahan bagi kita untuk melibatkannya dalam pendampingan persalinan dan perawatan pasien dalam masa nifas.

c) Respon pasien terhadap kelahiran bayinya

Dalam mengkaji data ini kita dapat menanyakan langsung kepada pasien mengenai bagaimana perasaannya terhadap kehamilan dan kelahirannya. Pertanyaan yang dapat kita ajukan misalnya, "Bagaimana Mbak perasaannya dengan proses persalinan ini?"

4) Adat istiadat setempat yang berkaitan dengan persalinan

Untuk mendapatkan data ini bidan perlu melakukan pendekatan terhadap keluarga pasien, terutama orang tua. Ada beberapa kebiasaan yang mereka lakukan ketika anak atau keluarganya menghadapi persalinan, dan sangat tidak bijaksana bagi bidan jika tidak menghargai apa yang mereka lakukan. Kebiasaan adat yang dianut dalam menghadapi persalinan, selama tidak membahayakan pasien sebaiknya tetap difasilitasi karena ada efek psikologis yang positif untuk pasien dan keluarganya (Sulistyawati, 2013).

b. Data Objektif

Data ini dikumpulkan guna melengkapi data untuk menegakkan diagnosis. Bidan melakukan pengkajian data objektif melalui pemeriksaan inspeksi, palpasi, auskultasi, perkusi, dan pemeriksaan penunjang yang dilakukan secara berurutan.

1) Pemeriksaan umum

a) Keadaan umum

Data ini didapat dengan mengamati keadaan pasien secara keseluruhan. Hasil pengamatan yang dilaporkan kriterianya adalah sebagai berikut.

1. Baik

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

2. Lemah

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

b) Kesadaran

Untuk mendapatkan gambaran tentang kesadaran pasien, kita dapat melakukan pengkajian derajat kesadaran pasien dari keadaan composmentis (kesadaran maksimal) sampai dengan koma (pasien tidak dalam keadaan sadar).

2) Pemeriksaan tanda vital

- a) Tekanan darah: diukur tiap 4 jam, kecuali jika ada keadaan yang tidak normal sehingga harus lebih sering dicatat dan dilaporkan (Sulistyawati, 2013).

- b) Nadi: nadi normal menunjukkan pasien dalam kondisi yang baik, jika lebih dari 100 x/menit, kemungkinan sang ibu dalam kondisi infeksi, ketosis, dan perdarahan. Kenaikan nadi juga salah satu tanda adanya ruptur uteri, nadi diukur setiap 1-2 jam pada awal persalinan (Rohani dkk, 2011).
- c) Pernafasan: Peningkatan laju pernapasan selama persalinan adalah normal, hal ini mencerminkan adanya kenaikan metabolisme. Hiperventilasi yang terjadi dalam waktu yang lama menunjukkan kondisi tidak normal dan bisa menyebabkan alkalosis (Rohani dkk, 2011).
- d) Suhu: suhu tubuh pasien harus berbeda dalam rentang yang normal, pireksia menunjukkan adanya infeksi atau ketosis, suhu diukur setiap 4 jam (Rohani dkk, 2011). Suhu tubuh selama persalinan akan meningkat, hal ini terjadi karena terjadinya peningkatan metabolisme. Peningkatan suhu tubuh tidak boleh melebihi 1-2°F (0,5-1°C) (Rohani dkk, 2011).

Tabel 2.9 Pemantauan Tanda-Tanda Vital

Parameter	Fase Laten	Fase Aktif
Tekanan darah	Setiap 4 jam	Setiap 4 jam
Temperatur/suhu	Setiap 4 jam	Setiap 2 jam
Nadi	Setiap 30 menit	Setiap 30 menit

Sumber: Rohani, dkk. 2011. Asuhan Kebidanan pada Masa Persalinan

3) Pemeriksaan fisik

a) Kepala

1. Rambut: warna, kebersihan, mudah rontok atau tidak (Sulistyawati, 2013).
2. Wajah: edema merupakan tanda klasik preeklampsia. Bidan harus mengevaluasi dan mengecek timbulnya edema pada pergelangan kaki, area pretibia, jari atau wajah. Edema yang muncul pada kaki dan pergelangan kaki saja biasanya merupakan edema dependen yang disebabkan oleh penurunan aliran darah vena akibat penekanan uterus yang membesar (Rohani dkk, 2011).
3. Telinga: kebersihan, gangguan pendengaran (Sulistyawati, 2013).
4. Mata
Konjungtiva, sklera, kebersihan, kelainan, gangguan penglihatan rabun jauh dekat (Sulistyawati, 2013). Warna pucat pada konjungtiva, hal ini mengindikasikan terjadinya anemia pada pasien, yang mungkin dapat menjadi komplikasi pada persalinannya, sehingga bidan harus waspada dan sigap dalam bertindak jika terjadi komplikasi (Rohani dkk, 2011).
5. Hidung: kebersihan, politik, alergi debu (Sulistyawati, 2013).

6. Mulut

Bibir: warna, integritas jaringan (lembab, kering, atau pecah-pecah); lidah: warna, kebersihan; gigi: kebersihan, karies; gangguan pada mulut (bau mulut). (Sulistyawati, 2013).

Warna pucat pada mulut, hal ini mengindikasikan terjadinya anemia pada pasien, yang mungkin dapat menjadi komplikasi pada persalinannya, sehingga bidan harus waspada dan sigap dalam bertindak jika terjadi komplikasi (Rohani dkk, 2011).

b) Leher: pembesaran kelenjar limfe, parotitis (Sulistyawati, 2013).

c) Dada

Bentuk: simetris/tidak; payudara: bentuk, besar masing-masing payudara seimbang atau tidak, hiperpigmentasi areola payudara, raba masa nyeri atau tidak, kolostrum, keadaan puting menonjol datar atau masuk ke dalam, kebersihan, bentuk *Breast Holder* (BH); Denyut jantung; gangguan pernafasan (auskultasi) (Sulistyawati, 2013).

d) Perut

Bentuk, bekas luka operasi, striae, linea, TFU, hasil pemeriksaan palpasi Leopold, kontraksi uterus, TBJ (Taksiran Berat Janin), DJJ, palpasi kandung kemih (pemantauan pengosongan kandung kemih) (Sulistyawati, 2013).

1. Leopold I: bertujuan untuk mengidentifikasi bagian janin yang terdapat di bagian fundus uteri dan menentukan tinggi

fundus uteri. Leopold II: bertujuan untuk mengidentifikasi punggung dalam menentukan lokasi DJJ dan bagian kecil terkecil janin. Leopold III: bertujuan untuk mengidentifikasi bagian terendah janin yang terletak di pintu atas panggul dan apakah bagian terendah janin telah masuk pintu atas panggul atau belum. Leopold IV: bertujuan untuk mengidentifikasi apakah kepala janin telah masuk (divergen) pintu atas panggul (PAP) atau belum (konvergen) (Astuti dkk, 2017).

2. TFU berkaitan dengan usia kehamilan (dalam minggu). Berat janin dan tinggi fundus yang lebih kecil daripada perkiraan kemungkinan menunjukkan kesalahan dalam menentukan tanggal HPHT, kecil masa kehamilan (KMK), atau oligohidramnion. Sedangkan berat janin dan tinggi fundus yang lebih besar menunjukkan bahwa ibu salah dalam menentukan HPHT, bayi besar (mengindikasikan diabetes), kehamilan kembar, atau polihidramnion. Bayi yang besar memberi peringatan akan kemungkinan terjadinya atonia uterus pascapartum, yang menyebabkan perdarahan atau kemungkinan distocia bahu. Perkiraan berat janin 1 pon atau lebih daripada bayi sebelumnya, walaupun tidak menunjukkan berat yang berlebihan, juga merupakan

peringatan terhadap kemungkinan sulitnya kelahiran bahu (Rohani dkk, 2011).

3. Gerakan janin berguna untuk mengkaji kesejahteraan janin (Rohani dkk, 2011).
4. Penurunan bagian terendah janin, sudah masuk panggul atau belum (kepala atau bagian-bagian yang lain), kepala yang belum *engage* dalam persalinan pada primigravida menunjukkan kemungkinan disproporsi sefalopelvik (CPD). Temuan seperti ini harus memerlukan pemeriksaan pelvimetri klinik berulang selama pemeriksaan dalam dan evaluasi yang berhubungan dengan pemeriksaan berat janin (Rohani dkk, 2011).

e) Genital

Kebersihan, pengeluaran pervagina, tanda-tanda infeksi vagina, pemeriksaan dalam (Sulistyawati, 2013).

1. Genitalia luar: pemeriksaan genitalia luar meliputi penilaian adanya luka, cairan, lendir, darah, perdarahan, atau cairan ketuban.
2. Genitalia dalam
 - a. Orifisium vagina dan badan perineum: mengevaluasi ketebalan, panjang, dan kemampuan vagina meregang untuk memastikan kemungkinan kebutuhan episiotomi

- b. Penipisan dan pembukaan serviks: menentukan apakah perubahan serviks yang progresif telah terjadi dan untuk mendiagnosis persalinan, juga untuk menentukan tahap dan fase persalinan jika pasien dalam masa persalinan
- c. Membran dan selaput ketuban: memastikan atau menyingkirkan riwayat pecah ketuban atau mendeteksi pecah ketuban yang tidak dilaporkan untuk alasan-alasan yang dijelaskan pada riwayat
- d. Letak, presentasi, posisi, dan variasi: memastikan temuan pada abdomen. Kadang-kadang data ini lebih mudah diperoleh dengan melakukan pemeriksaan dalam, karena bagian presentasi garis sutura, fontanel, tulang tengkorak (jika presentasi sefalik), tangan, atau kaki dapat diraba langsung; Sinklitisme dan asinklitisme: memastikan adaptasi terhadap panggul ibu
- e. *Molding* dan *caput succedaneum*: memastikan adaptasi janin terhadap pelvis ibu
- f. *Station*: menentukan penurunan kepala janin. Penurunan kepala janin merupakan salah satu mekanisme persalinan dan menunjukkan kemajuan dan keadekuatan pelvis (Rohani dkk, 2011).

Tabel 2.10 Pembagian Kala dan Fase Persalinan

Gejala dan Tanda	Kala	Fase
Pembukaan terjadi sangat lambat sampai mencapai diameter 3 cm.	I	Laten
Dalam waktu 2 jam pembukaan 3 cm menjadi 4 cm.	I	Aktif akselerasi
Dalam waktu 2 jam pembukaan berlangsung sangat cepat, dari 4 cm menjadi 9 cm	I	Aktif dilatasi maksimal
Pembukaan melambat kembali, dalam 2 jam pembukaan dari 9 cm menjadi lengkap (10 cm). Pembukaan lengkap berarti bibir serviks dalam keadaan tak teraba dan diameter lubang serviks adalah 10 cm.	I	Aktif deselerasi

Sumber: Sulistyawati Ari dkk, 2013. Asuhan Kebidanan pada Ibu Bersalin.

- f) Anus: hemoroid, kebersihan (Sulistyawati, 2013).
- g) Ekstremitas

Edema. Edema seharusnya tidak ada pada pengkajian awal, tetapi dapat terjadi ketika kehamilan berlanjut. Edema fisiologis terjadi setelah bangun pagi dan makin parah pada siang hari. Ini sering dikaitkan dengan aktivitas fisik dan cuaca panas. Edema dalam kehamilan dapat disebabkan oleh toxaemia gravidarum/keracunan kehamilan atau oleh tekanan rahim yang membesar pada vena-vena dalam panggul yang mengalirkan darah dari kaki, tetapi juga oleh hipovitaminose B1, hipoproteinaemia, dan penyakit jantung (Hani dkk, 2011).

c. Analisa

Pada langkah ini dilakukan identifikasi terhadap rumusan diagnosis, masalah, dan kebutuhan pasien berdasarkan interpretasi yang benar atas data-data yang telah dikumpulkan. Langkah awal dari perumusan diagnosa atau masalah adalah pengolahan data dan analisis dengan penggabungan data satu dengan lainnya sehingga tergambar fakta (Sulistiyawati, 2013).

Diagnosis kebidanan/nomenklatur

Dalam bagian ini yang disimpulkan oleh bidan antara lain :

1. Paritas

Paritas adalah riwayat reproduksi seorang wanita yang berkaitan dengan kehamilannya (jumlah kehamilan), dibedakan menjadi primigravida (hamil pertama kali) dan multigravida (hamil ke dua atau lebih).

Contoh cara penulisan paritas dalam interpretasi data

a) Primigravida $G_1P_0A_1$

- 1) G_1 (gravida 1) berarti kehamilan yang pertama
- 2) A_0 (partus 0) berarti belum pernah partus/melahirkan
- 3) A_0 (abortus 0) berarti belum pernah mengalami abortus

b) Multigravida $G_3P_1A_1$

- 1) G_3 (gravida 3) berarti kehamilan yang ke-3
- 2) P_1 (partus 1) berarti sudah pernah mengalami partus 1 kali
- 3) A_1 (abortus 1) berarti sudah pernah mengalami abortus 1 kali

2. Usia kehamilan dalam minggu

3. Kala dan fase persalinan
4. Keadaan janin
5. Normal atau tidak normal (Sulistyawati, 2013).

Diagnosis: G_ P_ _ _ Ab _ _ _ UK _ _ minggu Kala I fase laten/aktif persalinan dengan keadaan ibu dan janin ____

Masalah:

- 1) Takut dengan gambaran rasa sakit selama proses persalinan
- 2) Bingung dengan apa yang harus dilakukan selama proses persalinan
- 3) Tidak tahan dengan nyeri akibat kontraksi
- 4) Merasa tidak percaya diri dengan kemampuan meneran
- 5) Bingung memilih posisi meneran (Sulistyawati, 2013).

Kebutuhan:

- 1) Kebutuhan untuk KIE
- 2) Bimbingan tentang kontrol pernafasan
- 3) Bimbingan posisi untuk meneran (Sulistyawati, 2013).

d. Penatalaksanaan

1. Pemberian informasi kepada pasien dan keluarga: hasil pemeriksaan, indikator kemajuan proses persalinan seperti pembukaan serviks, perlengkapan ibu dan bayi yang harus disiapkan, apa yang boleh dan tidak boleh dilakukan oleh pasien, apa yang sebaiknya dilakukan oleh pendamping persalinan, siapa yang menolong persalinan nama (bidan atau dokter obgyn) (Sulistyawati, 2013).

2. Persiapkan ruangan persalinan dan kelahiran bayi, perlengkapan, bahan-bahan, obat-obat yang diperlukan (Sondakh, 2013).
3. Evaluasi terus-menerus: waspada adanya tanda bahaya persalinan, pengukuran tanda vital, pengeluaran pervaginam pada perdarahan, proses adaptasi psikologis pasien dan suami, *intake* cairan dan nutrisi, kemampuan dan kemauan pasien untuk berperan dalam proses persalinannya, kemajuan persalinan, hak kesejahteraan janin, pengosongan kandung kemih (Sulistyawati, 2013). Pantau kemajuan persalinan yang meliputi his (frekuensi, lama, dan kekuatan his) 30 menit sekali, pemeriksaan vagina (pembukaan serviks, penipisan serviks, penurunan kepala, dan molase) dikontrol setiap 4 jam sekali, tekanan darah setiap 4 jam sekali, suhu setiap 2-4 jam sekali pada kala I fase Laten dan 2 jam sekali pada kala I fase aktif, nadi setiap 30 menit sekali, DJJ setiap 30 menit sekali, urine setiap 2 jam sekali, dengan menggunakan lembar observasi pada kala I fase laten dan partograf pada kala I fase aktif (JNPK-KR, 2014).

Tabel 2.11 Pemantauan Kemajuan Persalinan

Parameter	Fase Laten	Fase Aktif
His	30 menit sekali	30 menit sekali
Pemeriksaan vagina	4 jam sekali	4 jam sekali
Tekanan darah	4 jam sekali	4 jam sekali
Suhu	2-4 jam sekali	2 jam sekali
Nadi	30 menit sekali	30 menit sekali
DJJ	30 menit sekali	30 menit sekali
Urin	2 jam sekali	2 jam sekali

Sumber: JNPK-KR.2014. Asuhan Persalinan Normal

4. Berikan KIE kepada ibu untuk mengatur posisi yang nyaman, mobilisasi seperti berjalan, berdiri, atau jongkok, berbaring miring atau merangkak (Sondakh, 2013).
5. Pasien, pentingnya integrasi cairan selama kala I, latihan nafas dan relaksasi, aktivitas dan posisi selama kala I, posisi dan teknik meneran yang tepat dan aman (Sulistyawati, 2013).
6. Berikan KIE kepada keluarga atau yang mendampingi persalinan agar sesering mungkin menawarkan air minum dan makanan kepada ibu selama proses persalinan (Sondakh, 2013).
7. Keluarga: pemberian dukungan mental bagi pasien dalam adaptasi peran, seleksi mengenai kebiasaan adat yang aman dan tidak aman dalam persalinan (Sulistyawati, 2013).
8. Mengatasi ketidaknyamanan selama proses persalinan: sering BAK, punggung pegal, kaki pegal, sesak nafas, mual dan muntah, susah BAB, badan terasa gerah atau panas, nyeri akibat his, kram pada tungkai bawah (Sulistyawati, 2013).

9. Mengatasi cemas

Kaji penyebab cemas; Libatkan keluarga dalam mengkaji penyebab cemas dan alternatif penanganannya; Berikan dukungan mental dan spiritual kepada pasien dan keluarga; Fasilitasi kebutuhan pasien yang berkaitan dengan penyebab cemas: sebagai teman sekaligus pendengar yang baik, sebagai konselor, pendekatan yang bersifat spiritual, kesempatan mendapatkan pendampingan dari orang yang dianggap mampu memberikan dukungan mental dan spiritual dan pihak keluarga pasien (Sulistyawati, 2013).

10. Persiapkan rujukan pasien (Sondakh, 2013).

11. Suami mengambil keputusan terhadap keadaan bahaya istri dan bayi, orang yang paling siaga dalam keadaan darurat istri, dukungan yang positif bagi istri dalam keberhasilan proses adaptasi peran ibu dan proses persalinan (Sulistyawati, 2013).

2.2.2 Manajemen Kebidanan Kala II

a. Data subjektif

Data subjektif yang mendukung bahwa pasien dalam persalinan kala II adalah pasien mengatakan ingin meneran (Sulistyawati, 2013).

b. Data objektif

1) Vulva dan anus membuka perineum menonjol

- 2) Hasil pemantauan kontraksi: durasi lebih dari 40 detik, frekuensi lebih dari 3 kali dalam 10 menit, intensitas kuat
- 3) Hasil pemeriksaan dalam menunjukkan bahwa pembukaan serviks sudah lengkap (Sulistyawati, 2013).

c. Analisa

G...P...A...hamil...minggu, dengan persalinan kala II, janin tunggal/jamak, hidup/mati, intrauterin atau ekstrauterin, presentasi kepala/bokong, penunjuk ubun-ubun kecil atau sakrum (Rukiyah, Yulianti, Maemunah, Susilawati, 2009).

Analisa dan diagnosis potensial yang mungkin terjadi pada kala II antara lain:

- 1) Analisa : seorang P1A0 persalinan kala II dengan anemia berat
Potensial : kala II lama
- 2) Analisa : seorang P3A0 dalam persalinan kala II dengan induksi
Potensial : asfiksia intrauterus
- 3) Analisa : seorang P1A0 dalam persalinan kala II dengan ketuban pecah dini
Potensial : infeksi intra uterus, kala II lama
- 4) Analisa : seorang P1A0 dalam persalinan kala II dengan presentasi sungsang
Potensial : asfiksia pada bayi (Sulistyawati, 2013).

d. Penatalaksanaan

- 1) Memanggil sesuai namanya, hargai dan perlakukan ibu dengan baik
- 2) Menjelaskan tindakan yang akan dilakukan, termasuk menjelaskan proses persalinan (Tando, 2016).
- 3) Meningkatkan perasaan aman dengan memberikan dukungan dan memupuk rasa kepercayaan dan keyakinan pada diri ibu bahwa dia mampu untuk melahirkan (Sumarah, Widyastuti, Wiyati, 2011).
- 4) Menganjurkan ibu untuk selalu didampingi baik itu oleh suaminya maupun oleh keluarganya serta memberikan dukungan dalam menjalani proses persalinan (Tando, 2016).
- 5) Melibatkan keluarga dalam setiap asuhan persalinan (Tando, 2016).
- 6) Meningkatkan peran serta keluarga, menghargai anggota keluarga atau teman yang mendampingi (Sumarah, dkk, 2011).
- 7) Melakukan tindakan-tindakan yang membuat nyaman seperti mengusap dahi dan memijat pinggang, libatkan keluarga (Sumarah, dkk, 2011). Sedangkan menurut Tando (2016), memberikan ketentraman pada ibu dalam menghadapi persalinan dan didengarkan/tanggapi kekhawatiran ibu.
- 8) Memberikan dukungan psikologis agar membantu kelancaran proses persalinan (Tando, 2016).
- 9) Memberikan dukungan mental dan spiritual (Sulistiyawati, 2013).
- 10) Menghargai privasi ibu dan memperbolehkan praktik-praktik tradisional yang tidak membahayakan kesehatan ibu (Tando, 2016).

- 11) Membantu ibu memilih posisi yang nyaman saat bersalin (Tando, 2016).
- 12) Membimbing pernafasan yang adekuat (Sumarah, dkk, 2011).
- 13) Menganjurkan ibu untuk meneran hanya bila ada dorongan kuat dan spontan untuk meneran pada saat pembukaan sudah lengkap (Rohani, dkk, 2011).
- 14) Menganjurkan ibu untuk makan dan minum sepanjang tidak terjadi his (Tando, 2016).
- 15) Memperhatikan pemasukan nutrisi dan cairan ibu dengan memberi makan dan minum (Sumarah, dkk, 2011).
- 16) Mengevaluasi his (kontraksi uterus) berapa kali terjadi dalam sepuluh menit (frekuensi his), lamanya his, dan kekuatan his serta kaitan antara ke tiga hal tersebut dengan kemajuan persalinan (Sumarah, dkk, 2011).
- 17) Mengevaluasi upaya meneran ibu efektif atau tidak (Sumarah, dkk, 2011).
- 18) Secara konsisten melakukan praktik-praktik pencegahan infeksi yang baik dan menghindari tindakan yang mungkin mengganggu kenyamanan ibu seperti episiotomi dan klisma (Tando, 2016).
- 19) Pada saat pembukaan sudah lengkap, anjurkan ibu untuk beristirahat di antara dua kontraksi (Rohani, dkk, 2011).
- 20) Melakukan pertolongan persalinan (Sulistyawati, 2013).

2.2.3 Manajemen Kebidanan Kala III

a. Data subjektif

Pasien mengatakan bahwa bayinya telah lahir melalui vagina, pasien mengatakan bahwa ari-arinya belum lahir, pasien mengatakan perut bagian bawah nya terasa mulas (Sulistyawati, 2013).

b. Data objektif

Bayi lahir secara spontan pervaginam pada tanggal..., jam..., jenis kelamin laki-laki/perempuan, normal/ada kelainan, menangis spontan kuat, kulit warna kemerahan (Sulistyawati, 2013).

c. Analisa

Seorang P₁A₀ dalam persalinan kala III (Sulistyawati, 2013).

Diagnosis potensial yang mungkin muncul pada kala III

1) Gangguan kontraksi pada kala III

Kebutuhan

1) Stimulasi puting susu

d. Penatalaksanaan

1) Berikan pujian kepada pasien atas keberhasilannya dalam melahirkan janinnya

2) Berikan informasi mengenai apa yang harus dilakukan oleh pasien dan pendamping agar proses kelahiran plasenta lancar

- 3) Melakukan palpasi uterus untuk memastikan ada tidaknya janin kedua
- 4) Memberikan suntikan oksitosin 0,5 cc secara IM di otot sepertiga luar paha dalam waktu kurang dari satu menit setelah bayi lahir
- 5) Melibatkan keluarga dalam pemberian minum kepada pasien
- 6) Melakukan penjepitan dan pemotongan tali pusat
- 7) Melakukan PTT (penegangan tali pusat terkendali)
- 8) Melahirkan plasenta (Sulistyawati, 2013).

2.2.4 Manajemen kebidanan kala IV

a. Data subjektif

Menurut Sulistyawati (2013) data subjektif pada kala IV adalah pasien mengatakan bahwa ari-ari telah lahir, pasien mengatakan perutnya mulas, pasien mengatakan merasa lelah tapi bahagia.

b. Data objektif

Plasenta telah lahir spontan lengkap pada tanggal..., jam..., TFU jari di bawah pusat, kontraksi uterus baik/tidak (Sulistyawati, 2013).

c. Analisa

seorang P₁A₀ dalam persalinan kala IV (Sulistyawati, 2013).

Diagnosis potensial yang mungkin muncul pada kala IV

- 1) Retensi sisa plasenta (Sulistyawati, 2013).

Kebutuhan

- 1) Eksplorasi sisa plasenta
- 2) Pengeluaran plasenta secara lengkap (Sulistyawati, 2013).

Diagnosis potensial yang mungkin muncul pada kala IV

- 1) Hipotoni sampai dengan atonia uteri
- 2) Syok hipovolemik (Sulistyawati, 2013).

d. Penatalaksanaan

- 1) Melakukan pemantauan kala IV
- 2) Melakukan penjahitan luka perineum
- 3) Memenuhi kebutuhan pada kala IV:
 - a) Hidrasi dan nutrisi
 - b) *Hygiene* dan kenyamanan pasien
 - c) Bimbingan dan dukungan untuk berkemih
 - d) Pemberian informasi yang sejelas-jelasnya mengenai apa yang terjadi dengan tubuhnya saat ini dan apa yang harus ia lakukan berkaitan dengan kondisinya
 - e) Kehadiran bidan sebagai pendamping
 - f) Dukungan dalam pemberian ASI dini
 - g) Posisi tubuh yang nyaman
 - h) Tempat dan alas tidur yang kering dan bersih agar tidak terjadi infeksi (Sulistyawati, 2013).

2.3 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan Bayi Baru Lahir

2.3.1 Pengkajian Data

Melakukan pengkajian dengan mengumpulkan semua data yang dibutuhkan untuk mengevaluasi keadaan bayi baru lahir.

1. Pengkajian segera setelah lahir. Pengkajian ini bertujuan untuk mengaji adaptasi bayi baru lahir dari kehidupan dalam uterus ke kehidupan luar uterus, yaitu bayi cukup bulan, bayi menangis kuat, gerak aktif/tonus otot bayi baik (JNPK-KR 2016).
2. Pengkajian keadaan fisik. Setelah pengkajian segera setelah lahir, untuk memastikan bayi dalam keadaan normal atau mengalami penyimpangan (Muslihatun, Mufdlilah, Setiyawati, 2013).

Data subjektif bayi baru lahir yang harus dikumpulkan, antara lain:

Riwayat kesehatan bayi baru lahir yang penting dan harus dikaji, antara lain:

1. Faktor genetik, meliputi: kelainan/gangguan metabolik pada keluarga dan sindroma genetik.
2. Faktor maternal (ibu), meliputi: adanya penyakit jantung, diabetes mellitus, penyakit ginjal, penyakit hati, hipertensi, penyakit kelamin, riwayat penganiayaan, riwayat abortus, RH/isoimunitisasi.
3. Faktor antenatal, meliputi: pernah ANC/tidak, ada riwayat perdarahan, preeklampsia, infeksi, perkembangan janin terlalu besar/terganggu, diabetes gestasional, poli/oligohidramnion.

4. Faktor perinatal, meliputi: prematur/postmatur, partus lama, penggunaan obat selama persalinan, gawat janin, suhu ibu meningkat, posisi janin tidak normal, air ketuban bercampur dengan mekonium, amnionitis, Ketuban Pecah Dini (KPD), perdarahan dalam persalinan, prolapsus tali pusat, ibu hipotensi, asidosis janin, jenis persalinan (Muslihatun dkk, 2013).

Data objektif bayi baru lahir yang harus dikumpulkan antara lain:

- a. Pemeriksaan Awal

Semua bayi baru lahir dilakukan penilaian yang meliputi penilaian awal yakni apakah kehamilan cukup bulan dan penilaian segera setelah bayi lahir yakni apakah bayi menangis atau bernapas/tidak megap-megap dan apakah tonus otot bayi baik/bayi bergerak aktif (JNPK-KR 2016).

- b. Pemeriksaan umum

- 1) Pernafasan. Pernafasan BBL normal 30-60 kali per menit, tanpa retraksi dada dan tanpa suara merintih pada fase ekspirasi. Pada bayi kecil, mungkin terdapat retraksi dada ringan dan jika bayi berhenti nafas secara periodik selama beberapa detik masih dalam batas normal (Muslihatun dkk, 2013).
- 2) Warna kulit. Bayi baru lahir aterm kelihatan lebih pucat dibanding bayi preterm karena kulit lebih tebal (Muslihatun dkk, 2013).

- 3) Denyut jantung. Denyut jantung BBL normal antara 120-160 kali per menit (JNPK-KR,2016)
 - 4) Suhu aksiler 36,5 °C sampai 37,5 °C (Muslihatun dkk, 2013).
- c. Pemeriksaan fisik (*Head to Toe*)
- 1) Kepala: ubun-ubun, sutura, moulase, caput succedaneum, cephal haematoma, hidrosefalus, ubun-ubun besar, ubun-ubun kecil.
 - 2) Mata: diperiksa ukuran, bentuk. Simetris, kornea dan kelainan mata.
 - 3) Telinga: kesimetrisan letak dihubungkan dengan mata dan kepala
 - 4) Hidung: Bentuk, pola pernafasan dan kebersihan.
 - 5) Mulut: labio/palatoskizis, trush, sianosis, mukosa kering/basah
 - 6) Leher: pembengkakan dan benjolan
 - 7) Klavikula dan lengan tangan: gerakan, jumlah jari
 - 8) Dada: bentuk dada, puting susu, bunyi jantung dan pernafasan
 - 9) Abdomen: penonjolan sekitar tali pusat pada saat menangis, perdarahan tali pusat, jumlah pembuluh darah pada tali pusat, dinding perut dan adanya benjolan, distensi, gastroskizis, omfalokel, bentuk
 - 10) Genitalia: kelamin laki-laki: testis berada dalam skrotum, penis berlubang dan berada di ujung penis. Kelamin perempuan: vagina, uretra berlubang, labia mayora dan labia minora.
 - 11) Anus: berlubang/tidak, fungsi spingter ani
 - 12) Punggung: spina bifida, mielomeningokel

- 13) Tungkai dan kaki: gerakan, bentuk, dan jumlah jari (Muslihatun dkk, 2013).
- 14) Antropometri: berat badan lahir bayi 2500-4000 gram, panjang badan bayi 48-50 cm, lingkar dada bayi 32-34 cm, lingkar kepala bayi 33-35 cm (Sondakh, 2013).
- 15) Eliminasi: pengeluaran defekasi dan urin terjadi 24 jam pertama setelah lahir, konsistensinya agak lembek, berwarna hitam kehijauan, urin normalnya berwarna kuning jernih (Sondakh, 2013).

d. Pemeriksaan Refleks

- 1) Moro refleks, refleks yang timbul diluar kemauan kesadaran bayi. Contoh: bila bayi diangkat/direnggut secara kasar dari gendongan kemudian seolah-olah bayi melakukan gerakan yang mengangkat tubuhnya pada orang yang mendekapnya
- 2) Refleks mencari puting (rooting), yaitu bila jarinya menyentuh daerah sekitar mulut bayi maka ia akan membuka mulutnya dan memiringkan kepalanya kearah datangnya jari
- 3) Refleks mengisap (*suckling*), yaitu areola puting susu tertekan gusi bayi, lidah, dan langit-langit sehingga sinus laktiferus tertekan dan memancarkan ASI
- 4) Refleks menelan (*swallowing*), di mana ASI di mulut bayi mendesak otot di daerah mulut dan faring sehingga mengaktifkan refleks menelan dan mendorong ASI ke dalam lambung

- 5) Tonik neek refleks, yaitu gerakan spontan otot kuduk pada bayi normal, bila tengkurap akan secara spontan memiringkan kepalanya
- 6) Grasping refleks, bila jari kita menyentuh telapak tangan bayi maka jari-jari akan langsung menggenggam sangat kuat (Rukiyah & Yulianti, 2012).

2.3.2 Analisa

Melakukan identifikasi yang benar terhadap diagnosis, masalah dan kebutuhan bayi berdasarkan data yang telah dikumpulkan pada langkah 1 (Muslihatun dkk, 2013).

Diagnosis dan kebutuhan yang mungkin terjadi pada bayi baru lahir adalah sebagai berikut:

Diagnosis:

- 1) Bayi baru lahir normal, umur..... jam (Sondakh, 2013).
- 2) Bayi kurang bulan, kecil masa kehamilan dengan hipotermi dan gangguan pernafasan (Muslihatun dkk, 2013).
- 3) Bayi cukup bulan sesuai masa kehamilan dengan asfiksia
- 4) Bayi cukup bulan kecil masa kehamilan dengan hipotermia (Rukiyah & Yulianti, 2012).

Kebutuhan:

- 1) Perawatan rutin bayi baru lahir (Muslihatun dkk, 2013).
- 2) Jagalah agar bayi tetap kering dan hangat

- 3) Usahakan agar ada kontak kulit antara ibu dan bayi sesegera mungkin (Rukiyah & Yulianti, 2012).

2.3.3 Penatalaksanaan

Mengarahkan atau melaksanakan rencana asuhan secara efektif dan aman.

- 1) Mempertahankan suhu tubuh tetap hangat
 - a) Pastikan bayi tetap hangat dan terjadi kontak antara kulit bayi dengan kulit ibu
 - b) Ganti handuk/kain basah dan bungkus bayi dengan selimut
- 2) Memfasilitasi kontak dini pada ibu
 - a) Berikan bayi kepada ibu sesegera mungkin. Kontak dini antara ibu dan bayi penting untuk: mempertahankan suhu tubuh bayi baru lahir, ikatan batin bayi terhadap ibu dan pemberian ASI dini.
 - b) Doronglah ibu untuk menyusui bayinya apabila bayi telah siap (*reflex rooting positive*). Jangan paksaan bayi untuk menyusui.
 - c) Bila memungkinkan, jangan pisahkan ibu dengan bayi, biarkan bayi bersama ibu paling tidak 1 jam setelah bayi lahir.
- 3) Perawatan mata

Obat mata Eritromisin 0,5 % atau tetrasiklin 1 % dianjurkan untuk mencegah penyakit mata karena clamidia. Obat mata perlu diberikan pada jam pertama setelah persalinan.

4) Memberikan vitamin K₁

Setelah satu jam, melakukan penimbangan/pengukuran bayi, memberi tetes mata antibiotik profilaksis dan vitamin K₁ 1 mg intramuskuler di paha kiri anterolateral.

5) Memeriksa kembali bayi untuk memastikan bahwa bayi bernapas dengan baik (40-60 kali/menit) serta suhu tubuh normal (36,5-37,5 °C) (JNPK-KR, 2014)

6) Setelah satu jam pemberian vitamin K₁ memberikan suntikan imunisasi Hepatitis B di paha kanan anterolateral.

a) Meletakkan bayi di dalam jangkauan ibu agar sewaktu-waktu bisa disususkan.

b) Meletakkan kembali bayi pada dada ibu bila bayi belum berhasil menyusu di dalam satu jam pertama dan membiarkan sampai bayi berhasil menyusu.

7) Memperlihatkan bayi pada orang tuanya/keluarga

8) Mengawasi dan memberitahu orang tua bayi mengenai tanda-tanda bahaya. Tanda-tanda bahaya yang harus diwaspadai pada bayi baru lahir, antara lain:

1) Pernafasan, sulit atau lebih dari 60 kali per menit, terlihat dari retraksi dinding dada pada waktu bernafas

2) Suhu, terlalu panas > 38 °C (febris), atau terlalu dingin < 36 °C (hipotermia)

- 3) Warna abnormal, kulit/bibir biru (sianosis) atau pucat, memar atau bayi sangat kuning (terutama pada 24 jam pertama), biru
 - 4) Pemberian ASI sulit, hisapan lemah, mengantuk berlebihan, banyak muntah
 - 5) Tali pusat, merah, bengkak, keluar cairan, bau busuk, berdarah
 - 6) Infeksi, suhu meningkat, merah, bengkak, keluar cairan (pus), bau busuk, pernafasan sulit
 - 7) Gangguan gastrointestinal, misalnya tidak mengeluarkan mekonium selama 3 hari pertama setelah lahir, muntah dan perut bengkak, tinja hijau tua atau berdarah/berlendir
 - 8) Tidak berkemih dalam 24 jam
 - 9) Menggigil, atau suara tangis tidak biasa, lemas, mengantuk, lunglai, kejang, kejang halus, tidak bisa tenang, menangis terus-menerus
 - 10) Mata bengkak dan mengeluarkan cairan
- 9) **Konseling**
- Sebelum pulang hendaknya mengajarkan pada ibu/orang tua bayi untuk:
- a) Menjaga kehangatan bayi
 - b) Pemberian ASI
 - c) Perawatan tali pusat
 1. Pertahankan sisa tali pusat dalam keadaan terbuka agar terkena udara dan tutupi dengan kain bersih secara longgar

2. Lipatlah popok di bawah sisa tali pusat
3. Jika tali pusat terkena kotoran atau tinja, cuci dengan sabun dan air bersih dan keringkan (Muslihatun dkk, 2013).

2.4 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan Nifas

2.4.1 Data Subjektif

a. Alasan Datang

Untuk mengetahui alasan ibu datang ke tempat pelayanan kesehatan (Sutanto, 2018).

b. Keluhan Utama

Mengetahui masalah yang dihadapi yang berkaitan dengan masa nifas, misalnya pasien merasa mules, sakit pada jalan lahir karena adanya jahitan pada perineum (Sutanto, 2018).

c. Riwayat Kesehatan

1) Riwayat Kesehatan yang Lalu

Data ini diperlukan untuk mengetahui kemungkinan adanya riwayat atau penyakit akut, kronis seperti: jantung, DM, hipertensi, asma yang dapat mempengaruhi pada masa nifas ini.

2) Riwayat Kesehatan Sekarang

Data-data ini diperlukan untuk mengetahui kemungkinan adanya penyakit yang diderita pada saat ini yang da hubungannya dengan nifas dan bayinya.

3) Riwayat Kesehatan Keluarga

Data ini diperlukan untuk mengetahui kemungkinan adanya pengaruh penyakit keluarga terhadap gangguan kesehatan pasien dan bayinya, yaitu apabila ada penyakit keluarga yang menyertainya.

d. Riwayat Persalinan

Data ini perlu ditanyakan karena riwayat persalinan dapat mempengaruhi masa nifas ibu misalnya saat persalinan terjadi retensio plasenta, perdarahan, preeklamsi atau eklamsi. Selain itu yang perlu ditanyakan adalah tanggal persalinan, jenis persalinan, jenis kelamin anak, keadaan bayi meliputi panjang badan (PB), berat badan (BB), penolong persalinan. Hal ini perlu dikaji untuk mengetahui apakah proses persalinan mengalami kelainan atau tidak yang bisa berpengaruh pada masa nifas saat ini. Dengan masalah-masalah selama masa persalinan yang terjadi, maka hal ini dapat menentukan langkah asuhan pada saat nifas dan antisipasi jika masalah tersebut berulang pada saat nifas. Misalnya pada saat persalinan terjadi retensio plasenta. Dengan terjadinya retensio plasenta maka dapat terjadi perdarahan sekunder pada saat nifas yang mungkin disebabkan oleh masih tertinggalnya sisa plasenta dalam uterus (Ambarwati, 2010).

e. Pola kebiasaan sehari-hari

1) Nutrisi

Menggambarkan tentang pola makan dan minum, frekuensi, banyaknya, jenis makanan, makanan pantangan (Sutanto, 2018).

Tabel 2.12 Contoh Menu untuk Ibu Menyusui Porsi Satu Hari

Jenis Makanan	Usia bayi 0-6 bulan	Usia bayi lebih dari 6 bulan
Nasi	5 piring	4 piring
Ikan	3 potong	2 potong
Tempe	5 potong	4 potong
Sayuran	3 mangkok	3 mangkok
Buah	2 potong	2 potong
Gula	5 sendok	5 sendok
Susu	1 gelas	1 gelas
Air	8 gelas	8 gelas

Sumber: Andina Vita Sutanto, 2018. Asuhan Kebidanan Nifas & Menyusui Teori dalam Praktik Kebidanan Profesional.

2) Istirahat

Menggambarkan pola istirahat dan tidur pasien, berapa jam pasien tidur, kebiasaan sebelum tidur. Misalnya, membaca, mendengarkan musik, kebiasaan mengonsumsi obat tidur, kebiasaan tidur siang, penggunaan waktu luang. Istirahat sangat penting bagi ibu masa nifas karena dengan istirahat yang cukup dapat mempercepat penyembuhan (Sutanto,2018).

3) Aktivitas

Menggambarkan pola aktivitas pasien sehari-hari. Pada pola ini perlu dikaji pengaruh aktivitas terhadap kesehatannya. Mobilisasi sedini

mungkin dapat mempercepat proses pengembalian alat-alat reproduksi. Apakah ibu melakukan ambulasi, seberapa sering, apakah kesulitan, dengan bantuan atau sendiri, apakah ibu pusing ketika melakukan ambulasi (Sutanto,2018).

4) Eliminasi

Menggambarkan pola fungsi sekresi yaitu kebiasaan buang air besar (frekuensi, jumlah, konsistensi, dan bau), serta kebiasaan buang air kecil (frekuensi, warna, dan jumlah) (Sutanto,2018). Ibu bersalin akan sulit nyeri dan panas saat buang air kecil kurang lebih selama 1-2 hari, terutama dialami oleh ibu yang baru pertama kali melahirkan melalui persalinan normal padahal BAK secara spontan normalnya terjadi setiap 3-4 jam (Sutanto,2018). Defekasi atau BAB normalnya harus terjadi dalam 3 hari postpartum (Sutanto,2018).

5) Kebersihan

Dikaji untuk mengetahui apakah ibu selalu menjaga kebersihan tubuh terutama pada daerah getalia, karena pada masa nifas masih mengeluarkan lochea (Sutanto,2018). Perawatan payudara juga dapat dilakukan untuk selalu menjaga kebersihan terutama pada bagian payudara khususnya pada bagian puting dan areola (Sutanto,2018).

f. Data Psikososial

Penyesuaian ibu dalam masa postpartum (*maternal adjustment*) menurut Reva Rubin (1963) terdiri dari 3 fase yaitu fase dependen, fase dependen-independen, dan fase independen yang diuraikan berikut ini:

- 1) Fase *taking in*
 - a) Periode ketergantungan atau fase dependen
 - b) Periode yang terjadi pada hari pertama sampai kedua setelah melahirkan, dimana ibu baru biasanya bersifat pasif dan bergantung, energi difokuskan pada perhatian ke tubuhnya atau dirinya
 - c) Fase ini merupakan periode ketergantungan dimana ibu mengharapkan segala kebutuhannya terpenuhi orang lain
 - d) Ibu/klien akan mengulang kembali pengalaman persalinan dan melahirkannya
 - e) Menunjukkan kebahagiaan yang sangat dan bercerita tentang pengalaman melahirkan
 - f) Tidur yang tidak terganggu adalah penting jika ibu ingin menghindari efek gangguan kurang tidur yang meliputi letih, iritabilitas, dan gangguan dalam proses pemulihan yang normal
 - g) Beberapa hari setelah melahirkan akan menanggukkan keterlibatannya dalam tanggung jawabnya
 - h) Nutrisi tambahan mungkin diperlukan karena selera makan ibu biasanya meningkat

- i) Selera makan yang buruk merupakan tanda bahwa proses pemulihan tidak berjalan normal
- 2) Fase *taking hold*
- a) Periode antara ketergantungan dan ketidakgantungan, atau fase dependen-independen
 - b) Periode yang berlangsung 2-4 hari setelah melahirkan, dimana ibu menaruh perhatian pada kemampuannya menjadi orang tua yang berhasil dan menerima peningkatan tanggung jawab terhadap dirinya
 1. Fase ini sudah menunjukkan kepuasan (terfokus pada bayinya)
 2. Ibu mulai tertarik melakukan pemeliharaan pada bayinya
 3. Ibu mulai terbuka untuk menerima pendidikan kesehatan pada bayinya dan juga pada dirinya
 4. Ibu mudah didorong untuk melakukan perawatan bayinya
 5. Ibu berusaha untuk terampil untuk perawatan bayi baru lahir (misalnya memeluk, menyusui, memandikan, dan mengganti popok)
 - c) Ibu memfokuskan pada pengembalian kontrol terhadap fungsi tubuhnya, fungsi kandung kemih, kekuatan dan mengganti popok)
 - d) Ibu mungkin peka terhadap perasaan-perasaan tidak mampu dan mungkin cenderung memahami saran-saran bidan sebagai kritik yang terbuka atau tertutup

- e) Bidan seharusnya memperhatikan hal ini sewaktu memberikan instruksi dan dukungan emosi
- 3) Fase *letting go*
- a) Periode saling ketergantungan, atau fase independen
 - b) Periode ini umumnya terjadi setelah ibu baru kembali ke rumah, dimana melibatkan waktu reorganisasi keluarga
 - c) Ibu menerima tanggung jawab untuk perawatan bayi baru lahir
 - d) Ibu mengenal bahwa bayi terpisah dari dirinya
 - e) Terjadi penyesuaian dalam hubungan keluarga untuk mengobservasi bayi
 - f) Ibu harus beradaptasi terhadap penurunan otonomi, kemandirian dan khususnya interaksi sosial
 - g) Depresi postpartum umumnya terjadi selama periode ini (Maryunani, 2017).

2.4.2 Data Objektif

a. Pemeriksaan Umum

1) Keadaan umum

Untuk mengetahui data ini, bidan perlu mengamati keadaan pasien secara keseluruhan. Hasil pengamatan akan bidan laporkan dengan kriteria:

a) Baik

Pasien dimasukkan dalam kriteria ini jika pasien memperlihatkan respon yang baik terhadap lingkungan dan orang lain, serta secara fisik pasien tidak mengalami ketergantungan dalam berjalan.

b) Lemah

Pasien dimasukkan dalam kriteria ini jika ia kurang atau tidak memberikan respon yang baik terhadap lingkungan dan orang lain, serta pasien sudah tidak mampu untuk berjalan sendiri.

2) Kesadaran

Untuk mendapatkan gambaran tentang kesadaran pasien, kita dapat melakukan pengkajian tingkat kesadaran mulai dari keadaan composmentis (kesadaran maksimal) sampai dengan koma (tidak dalam keadaan sadar) (Sulistyawati, 2009).

b. Pemeriksaan tanda-tanda vital

1) Tekanan darah

Tekanan darah relatif rendah karena ada proses kehilangan darah karena persalinan. Tekanan darah yang tinggi mengindikasikan adanya pre eklamsi postpartum. Biasanya tekanan darah normal yaitu $< 140/90$ mmHg. Namun, dapat mengalami peningkatan dari prapersalinan pada 1-3 hari post partum. Setelah persalinan sebagian wanita mengalami peningkatan tekanan darah sementara waktu.

Keadaan ini akan kembali normal selama beberapa hari (Susanto, 2018).

2) Nadi

a) Nadi berkisar antara 60-80x/menit. Denyut nadi di atas 100x/menit pada masa nifas adalah mengindikasikan adanya suatu infeksi, hal ini salah satunya bisa diakibatkan oleh proses persalinan sulit atau karena kehilangan darah yang berlebihan.

b) Jika takikardi tidak disertai panas kemungkinan disebabkan karena adanya vitium kordis. Beberapa ibu *postpartum* kadang-kadang mengalami brakikardi puerperal, yang denyut nadinya mencapai serendah-rendahnya 40-50x/menit. Beberapa alasan telah diberikan sebagai penyebab yang mungkin, tetapi belum ada penelitian yang membuktikan bahwa hal itu adalah suatu kelainan (Sutanto,2018).

3) Suhu

Peningkatan suhu badan mencapai pada 24 jam pertama masa nifas pada umumnya disebabkan oleh dehidrasi, yang disebabkan oleh keluarnya cairan pada waktu melahirkan, selain itu bisa juga disebabkan karena istirahat dan tidur yang diperpanjang selama awal persalinan. Tetapi pada umumnya setelah 12 jam *postpartum* suhu tubuh kembali normal. Kenaikan suhu yang mencapai $> 38,2^{\circ}\text{C}$ adalah mengarah ke tanda-tanda infeksi (Sutanto,2018).

4) Pernafasan

Pernafasan harus berada dalam rentang yang normal 20-30 x/menit. (Sutanto,2018). Fungsi pernapasan kembali pada rentang normal wanita selama jam pertama pascapartum (Nugroho dkk, 2014).

c. Pemeriksaan Fisik

Inspeksi, palpasi, auskultasi, dan perkusi:

1) Leher

Meliputi pemeriksaan pembesaran kelenjar limfe, pembesaran kelenjar tiroid, dan bendungan vena jugularis atau tumor (Astuti, 2012).

2) Dada dan Mammae

Payudara: pembesaran, puting susu (menonjol/mendatar, adakah nyeri dan lecet pada puting), ASI sudah keluar, adakah pembengkakan, radang, atau benjolan abnormal (Dewi & Sunarsih, 2012).

3) Abdomen dan uterus

Abdomen: tinggi fundus uteri, kontraksi uteri (Dewi, dkk, 2012).

Tabel 2.13 Perubahan TFU pada Masa Nifas

Involusi	TFU
Bayi lahir	Setinggi pusat
1 minggu	Pertengahan pusat simfisis
2 minggu	Tidak teraba di atas simfisis
6 minggu	Normal
8 minggu	Normal seperti sebelum hamil

Sumber : Sutanto. 2018. Asuhan Kebidanan Nifas & Menyusui: Teori dalam Praktik Kebidanan Profesional.

4) Genital

Genitalia dan perineum: pengeluaran lochia (jenis, warna, jumlah, bau), udem, peradangan, keadaan jahitan, nanah, tanda-tanda infeksi pada luka jahitan, kebersihan perineum, dan hemoroid pada anus (Dewi, dkk 2012). Validasi bentuk luka episiotomi, periksa adanya REEDA (*redness, echymosis, edema, discharge, approximate*) pada luka episiotomi (Maryunani, 2009).

Tabel 2.14 Jenis-Jenis Lochea

Jenis Lochia	Waktu	Karakteristik
Rubra atau merah	Hari ke-1 sampai hari ke-4 masa postpartum	Cairan yang keluar berwarna merah karena terisi darah yang segar, jaringan sisa-sisa plasenta, dinding rahim, lemak bayi, lanugo (rambut bayi), dan mekonium. Jika lochia tidak berubah, hal ini menunjukkan adanya tanda-tanda perdarahan sekunder yang mungkin disebabkan oleh tertinggalnya sisa atau selaput plasenta.
Sanguinolenta	Hari ke-4 sampai hari ke-7 postpartum	Berwarna merah kecokelatan dan juga berlendir.
Serosa	Hari ke-7 sampai hari ke-14 postpartum	Berwarna kuning kecokelatan karena mengandung serum, leukosit, dan robekan atau laserasi plasenta.
Alba atau putih	2-6 minggu postpartum	Berwarna putih karena mengandung leukosit, sel desidua, sel epitel, selaput lendir serviks dan serabut jaringan yang mati.

Sumber : Astuti, sri, dkk. 2015. Asuhan Kebidanan Nifas & Menyusui.

5) Ekstremitas

Ekstremitas bawah: pergerakan, gumpalan darah pada otot kaki yang menyebabkan nyeri, edema, *homan's sign*, dan varises (Dewi, dkk, 2012). Pemeriksaan ekstremitas terhadap adanya oedema, nyeri tekan atau panas pada betis, adanya tanda homan, refleks (Nugroho, 2014).

2.4.3 Analisa

Mengidentifikasi diagnosa kebidanan dan masalah berdasarkan interpretasi yang benar atas data-data yang telah dikumpulkan. Dalam langkah ini data yang telah dikumpulkan diinterpretasikan menjadi diagnosa kebidanan dan masalah. Keduanya digunakan karena beberapa masalah tidak dapat diselesaikan seperti diagnosa tetapi membutuhkan penanganan yang dituangkan dalam rencana asuhan terhadap pasien, masalah sering berkaitan dengan pengalaman wanita yang diidentifikasi oleh bidan (Sutanto,2018).

Diagnosis : P ... Ab Nifas hari ke -... dengan....

Masalah :

- 1) Takut kencing karena luka jahitan perineum
- 2) Cemas dengan perubahan bentuk badan
- 3) Merasa tidak percaya diri untuk merawat bayinya (Sulistiyawati, 2009)
- 4) Masalah cemas, perawatan perineum, payudara, ASI eksklusif
- 5) Masalah kebutuhan KB, gizi, tanda bahaya, senam, menyusui (Dewi, dkk, 2012).

2.4.4 Penatalaksanaan

Pada langkah ini direncanakan asuhan yang menyeluruh berdasarkan langkah sebelumnya. Semua perencanaan yang dibuat harus berdasarkan pertimbangan yang tepat, melalui pengetahuan, teori yang *up to date*, serta divalidasikan dengan asumsi mengenai apa yang diinginkan dan tidak

diinginkan oleh pasien. Dalam menyusun perencanaan, sebaiknya pasien dilibatkan karena pada akhirnya pengambilan keputusan dilaksanakannya suatu rencana asuhan ditentukan oleh pasien sendiri.

Untuk menghindari perencanaan asuhan yang tidak terarah, dibuat terlebih dahulu pola pikir sebagai berikut :

1. Tentukan tujuan tindakan yang akan dilakukan meliputi sasaran dan target hasil yang akan dicapai.
2. Tentukan tindakan sesuai dengan masalah dan tujuan yang akan dicapai (Sutanto,2018).

Penatalaksanaan pada ibu nifas disesuaikan dengan program nasional masa nifas yang antara lain sebagai berikut:

- a. Kunjungan Nifas 1 (KF1) 6 Jam *Postpartum*
 - 1) Beri tahu hasil pemeriksaan tentang kondisi ibu meningkatkan partisipasi ibu dalam pelaksanaan intervensi, selain itu penjelasan dapat menurunkan rasa takut dan meningkatkan kontrol terhadap situasi
 - 2) Ajarkan kepada ibu cara untuk mengurangi ketidaknyamanan yang terjadi pada masa nifas seperti nyeri abdomen, nyeri luka perineum, konstipasi. Terdapat beberapa ketidaknyamanan pada masa puerperium, meskipun dianggap normal tetapi ketidaknyamanan tersebut dapat menyebabkan distress fisik yang bermakna (Varney, 2007).

- 3) Berikan kapsul vitamin A. Menurut Susanto (2018) Kapsul vitamin A (200.000 unit) sebanyak dua kali yaitu pada 1 jam setelah melahirkan, dan 24 jam setelahnya agar dapat memberikan vitamin A kepada bayi melalui ASI.
- 4) Motivasi ibu untuk istirahat cukup. Istirahat dan tidur yang adekuat (Medforth,2012). Dengan tidur yang cukup dapat mencegah pengurangan produksi ASI, memperlambat proses involusi uteri dan memperbanyak perdarahan, depresi, dan ketidakmampuan untuk merawat bayi dan dirinya (Ambarwati, 2010).
- 5) Berikan informasi tentang makanan pilihan tinggi protein, zat besi dan vitamin. Diet seimbang (Medforth, 2012). Protein membantu penyembuhan dan regenerasi jaringan baru, zat besi membantu sintesis hemoglobin dan vitamin C memfasilitasi absorpsi besi dan diperlukan untuk sintesis hemoglobin. Cairan dan nutrisi yang adekuat penting untuk laktasi, untuk membantu aktifitas gastrointestinal normal, dan mendapatkan kembali defekasi normal dengan segera (Medforth,2012).
- 6) Beri tahu ibu untuk segera berkemih. Urin yang tertahan dalam kandung kemih akan menyebabkan infeksi (Sulistyawati, 2011), serta kadung kemih yang penuh membuat rahim terdorong ke atas umbilikus dan kesatu sisi abdomen dan mencegah uterus berkontraksi (Bobak, 2005).

- 7) Lakukan latihan pascanatal dan penguatan untuk melanjutkan latihan selama minimal 6 minggu (Medforth,2012). Latihan pengencangan abdomen, latihan perineum (Varney, 2007). Latihan ini mengembalikan tonus otot pada susunan otot panggul (Varney,2007). Ambulasi dini untuk semua wanita adalah bentuk pencegahan (thrombosis vena profunda dan tromboflebitis superficial) yang paling efektif (Medforth,2012).
- 8) Anjurkan ibu untuk mobilisasi dini secara bertahap. Ambulasi dini mengurangi thrombosis dan emboli paru selama masa nifas (Cunningham, 2005).
- 9) Menjelaskan ibu tanda bahaya masa nifas meliputi demam atau kedinginan, perdarahan berlebih, nyeri abdomen, nyeri berat atau bengkak pada payudara, nyeri atau hangat pada betis dengan atau tanpa edema tungkai, depresi (Varney, 2007).
- 10) Deteksi dini adanya tanda bahaya masa nifas
 - a) Tanda-tanda bahaya berikut merupakan hal yang sangat penting, yang harus disampaikan kepada ibu dan keluarga. Jika ia mengalami salah satu atau lebih keadaan berikut maka ia harus secepatnya datang ke bidan atau dokter.
 - b) Perdarahan pervagina yang luar biasa atau tipe-tipe bertambah banyak (lebih dari perdarahan haid biasa atau bila memerlukan ganti pembalut 2 kali dalam setengah jam)
 - c) Pengeluaran per vagina yang berbau busuk (menyengat)

- d) Rasa sakit di bagian bawah abdomen atau punggung
 - e) Rasa sakit kepala yang terus-menerus, nyeri epigastrik, atau masalah penglihatan
 - f) Pembengkakan di wajah atau di tangan
 - g) Demam, muntah, rasa sakit waktu buang air kecil, atau jika merasa tidak enak badan
 - h) Payudara yang berubah menjadi merah panas dan sakit
 - i) Kehilangan nafsu makan dalam jangka waktu yang lama
 - j) Rasa sakit, warna merah pembengkakan di kaki
 - k) Merasa sedih atau tidak mampu mengasuh bayi atau dirinya sendiri
 - l) Merasa sangat keletihan atau nafas terengah-engah
- 11) Jelaskan pada ibu tentang kunjungan berkelanjutan (Medforth,2012), diskusikan dengan ibu dalam menentukan kunjungan berikutnya, 1 minggu lagi jika ada keluhan.
- b. Kunjungan Nifas 2 (KF2) 6 hari *Postpartum* :
- 1) Beri tahu hasil pemeriksaan tentang kondisi ibu. Meningkatkan partisipasi ibu dalam pelaksanaan intervensi, selain itu penjelasan dapat menurunkan rasa takut dan meningkatkan kontrol terhadap situasi.
 - 2) Pastikan involusi uterus berjalan dengan normal, uterus berkontraksi dengan baik, tinggi fundus uteri di bawah umbilicus,

tidak ada perdarahan abnormal. Fundus yang awalnya 2cm dibawah pusat, meningkat 1-2cm/hari. Catat jumlah dan bau lokhia atau perubahan normal lokhea Lokhia secara normal mempunyai bau amis namun pada endometritis mungkin purulen dan berbau busuk

- 3) Evaluasi ibu cara menyusui bayinya. Posisi menyusui yang benar merupakan kunci keberhasilan pemberian ASI. Dengan menyusui yang benar akan terhindar dari puting susu lecet, maupun gangguan pola menyusui yang lain.
- 4) Ajarkan latihan pascapersalinan dengan melakukan senam nifas. latihan atau senam nifas ini bertujuan untuk mempercepat penyembuhan, mencegah timbulnya komplikasi, serta memulihkan dan menguatkan otot-otot punggung, otot dasar panggul dan otot perut (Dewi, 2012)
- 5) Jelaskan ibu cara merawat bayinya dan menjaga suhu tubuh agar tetap hangat. Hipotermia dapat terjadi saat apabila suhu disekeliling bayi rendah dan upaya mempertahankan suhu tubuh tidak diterapkan secara tepat, terutama pada masa stabilisasi (Marmi, 2015)
- 6) Jelaskan pada ibu pentingnya imunisasi dasar. Imunisasi adalah suatu proses untuk membuat sistem pertahanan tubuh kebal terhadap invasi mikroorganisme yang dapat menyebabkan infeksi

sebelum mikroorganisme tersebut memiliki kesempatan untuk menyerang tubuh (Marmi. 2015)

- 7) Jelaskan pada ibu tentang kunjungan berkelanjutan (Medforth,2012), diskusikan dengan ibu dalam menentukan kunjungan berikutnya, 1 minggu lagi jika ada keluhan. Pemantauan yang rutin dapat mendeteksi secara dini adanya kelainan pada masa nifas. Melanjutkan kontak dengan profesional asuhan kesehatan untuk dukungan personal dan perawatan bayi (Medforth, 2012).

c. Kunjungan Nifas 3 (KF3) 14 Hari *Postpartum*:

- 1) Beri tahu hasil pemeriksaan tentang kondisi ibu. Meningkatkan partisipasi ibu dalam pelaksanaan intervensi, selain itu penjelasan dapat menurunkan rasa takut dan meningkatkan kontrol terhadap situasi
- 2) Demonstrasikan pada ibu senam nifas lanjutan. Gerakan untuk pergelangan kaki dapat mengurangi pembengkakan pada kaki juga gerakan untuk kontraksi otot perut dan otot pantat secara ringan dapat mengurangi nyeri jahitan.
- 3) Jelaskan pada ibu tentang kunjungan berkelanjutan (Medforth,2012), diskusikan dengan ibu dalam menentukan kunjungan berikutnya. Pemantauan yang rutin dapat mendeteksi secara dini adanya kelainan pada masa nifas. Melanjutkan kontak

dengan profesional asuhan kesehatan untuk dukungan personal dan perawatan bayi (Medforth, 2012).

4) KB (Keluarga Berencana)

Kaji keinginan pasangan mengenai siklus reproduksi yang mereka inginkan, diskusikan dengan suami, jelaskan masing-masing metode alat kontrasepsi, pastikan pilihan alat kontrasepsi yang paling sesuai untuk mereka (Sulistiyawati, 2009). Kontrasepsi yang cocok untuk ibu pada masa nifas, antara lain Metode Amenorhea Laktasi (MAL), pil progestin (mini pil), suntikan progestin, kontrasepsi implan, dan alat kontrasepsi dalam rahim.

a) Metode Amenorhea Laktasi (MAL)

Metode Amenorhea Laktasi (MAL) adalah kontrasepsi yang mengandalkan pemberian ASI. Mal dapat dikatakan sebagai kontrasepsi bila terdapat keadaan-keadaan berikut.

1. Menyusui secara penuh, tanpa susu formula dan makanan pendamping
2. Belum haid sejak masa nifas selesai
3. Umur bayi kurang dari 6 bulan

Beberapa keuntungan kontrasepsi ini adalah sebagai berikut

1. Efektifitas tinggi (keberhasilan 98% pada 6 bulan pascapersalinan)
2. Segera efektif
3. Tidak mengganggu sanggama

4. Tidak ada efek samping secara sistem
5. Tidak perlu pengawasan medis
6. Tidak perlu obat atau alat
7. Tanpa biaya

Keterbatasan dari metode ini adalah sebagai berikut

1. Perlu persiapan sejak perawatan kehamilan agar segera menyusun dalam 30 menit pascapersalinan
2. Mungkin sulit dilaksanakan karena kondisi sosial
3. Tidak melindungi terhadap Infeksi Menular Seksual (IMS) termasuk virus hepatitis B/ HIV/AIDS

Pelaksanaan dari metode ini adalah sebagai berikut

1. Bayi disusui secara *on demand*/menurut kebutuhan bayi
2. Biarkan bayi mengisap sampai dia sendiri yang melepaskan isapannya
3. Susui bayi anda juga pada malam hari karena menyusui waktu malam mempertahankan kecukupan persediaan ASI
4. Bayi terus disusukan walau ibu/bayi sedang sakit
5. Ketika ibu mulai dapat haid lagi, pertanda ibu sudah subur kembali dan harus segera mulai menggunakan metode KB lainnya.

b) Pil Progestin (Mini Pil)

Metode ini cocok digunakan oleh ibu menyusui yang ingin memakai pil KB karena sangat efektif pada masa laktasi. Efek samping utama adalah gangguan perdarahan (perdarahan bercak atau perdarahan tidak teratur).

Beberapa keuntungan kontrasepsi ini adalah sebagai berikut

1. Dapat dipakai sebagai kontrasepsi darurat
2. Pemakaian dalam dosis rendah
3. Sangat efektif bila digunakan secara benar
4. Tidak mengganggu hubungan seksual
5. Tidak memengaruhi produksi ASI
6. Kesuburan cepat kembali
7. Nyaman dan mudah digunakan
8. Sedikit efek samping
9. Dapat dihentikan setiap saat
10. Tidak memberikan efek samping estrogen
11. Tidak mengandung estrogen

Keterbatasan yang dimiliki metode kontrasepsi ini adalah sebagai berikut

1. Hampir 30-60% mengalami gangguan haid (perdarahan sela, *spotting*, amenorea)
2. Peningkatan atau penurunan berat badan
3. Harus digunakan setiap hari dan pada waktu yang sama

4. Bila lupa satu pil saja, kegagalan menjadi lebih besar
5. Payudara menjadi tegang, mual, pusing, dermatitis/jerawat
6. Risiko kehamilan ektopik cukup tinggi (4 dari 100 kehamilan), tetapi risiko ini lebih rendah jika dibandingkan dengan perempuan yang tidak menggunakan mini pil
7. Efektifitas menjadi rendah bila digunakan bersamaan dengan obat tuberkulosis atau obat epilepsi

Cara penggunaan dari metode ini adalah sebagai berikut

1. Mulai hari ke 1-5 siklus haid
2. Diminum setiap hari pada saat yang sama
3. Bila anda minum pilnya terlambat lebih dari 3 jam, minumlah pil tersebut begitu diingat, dan gunakan metode pelindung selama 48 jam
4. Bila anda lupa 1-2 pil, minumlah segera pil yang terlupa dan gunakan metode pelindung sampai akhir bulan
5. Bila tidak haid, mulailah paket baru sehari setelah paket terakhir habis

c) Suntikan Progestin

Metode ini sangat efektif dan aman, dapat dipakai oleh semua perempuan dalam usia reproduksi, kembalinya kesuburan

lebih lambat (rata-rata 4 bulan), serta cocok untuk masa laktasi karena tidak menekan produksi ASI.

Beberapa keuntungan dari metode ini adalah sebagai berikut:

1. Sangat efektif
2. Pencegahan kehamilan jangka panjang
3. Tidak berpengaruh pada hubungan suami istri
4. Tidak mengandung estrogen sehingga tidak berdampak serta terhadap serius terhadap penyakit-penyakit jantung dan gangguan pembekuan darah
5. Tidak berpengaruh terhadap produk ASI
6. Dapat digunakan oleh perempuan usia lebih dari 35 tahun sampai premenopause.
7. Membantu mencegah kanker endometrium dan kehamilan ektopik
8. Menurunkan kejadian penyakit jinak payudara
9. Mencegah beberapa penyebab penyakit radang panggul
10. Menurunkan krisis anemia bulan sabit

Sementara itu, keterbatasan yang dimiliki oleh metode ini adalah sebagai berikut.

1. Sering ditemukan gangguan haid seperti siklus haid yang memendek/memanjang, perdarahan banyak/sedikit, perdarahan tidak teratur/spotting dan tidak haid sama sekali.

2. Sangat bergantung pada sarana pelayanan kesehatan (harus kembali pada suntikan)
3. Tidak dapat dihentikan sewaktu-waktu sebelum suntikan berikutnya
4. Kesuburan kembali terlambat setelah penghentian pemakaian, karena belum habisnya pelepasan obat suntikan dari Deponya
5. Pada penggunaan jangka panjang dapat menimbulkan kekeringan pada vagina, menurunkan libido, gangguan emosi (jarang), sakit kepala, nervositas, dan jerawat.
6. Hal yang perlu diperhatikan adalah selama 7 hari setelah suntikan pertama, tidak boleh melakukan hubungan seksual.

d) Kontrasepsi Implan

Efektif selama 5 tahun untuk Norplant, 3 tahun untuk Jadena, Indoplant, dan Implanon. Kontrasepsi ini dapat dipakai oleh semua perempuan dalam usia reproduksi. Pemasangan dan pencabutan perlu pelatihan. Kesuburan segera kembali setelah Implant dicabut.

Beberapa keuntungan dari kontrasepsi ini adalah sebagai berikut.

1. Daya guna tinggi, perlindungan jangka panjang (sampai 5 tahun)

2. Pengembalian tingkat kesuburan cepat setelah pencabutan
3. Tidak memerlukan pemeriksaan dalam
4. Bebas dari pengaruh estrogen
5. Tidak mengganggu kegiatan sanggama
6. Tidak mengganggu produksi ASI sehingga aman dipakai pada saat laktasi
7. Dapat dicabut setiap saat sesuai dengan kebutuhan

Beberapa keterbatasan yang dimiliki kontrasepsi ini adalah sebagai berikut

1. Pada kebanyakan pemakai, dapat menyebabkan perubahan pola haid berupa perdarahan bercak/spotting, hipermenorea atau meningkatnya jumlah darah haid, serta amenorea
2. Timbul keluhan-keluhan seperti : nyeri kepala, nyeri dada, perasaan mual pening/pusing, dan peningkatan/penurunan berat badan.
3. Membutuhkan tindak pembedahan minor

e) Alat Kontrasepsi Dalam Rahim

Alat kontrasepsi dalam rahim (AKDR) memiliki beberapa jenis yaitu CuT-380A, Nova T, dan Lippes Lopps.

Beberapa keuntungan yang diberikan oleh kontrasepsi jenis ini adalah sebagai berikut.

1. Efektivitas tinggi (0,6-0,8 kehamilan/100 kehamilan dalam 1 tahun pertama, 1 kegagalan dalam 125-170 kehamilan).
2. Metode jangka panjang (10 tahun proteksi dari CuT-380 A dan tidak perlu diganti)
3. Tidak memengaruhi hubungan seksual dan meningkatkan kenyamanan seksual karena tidak perlu takut hamil
4. Tidak mempengaruhi produksi ASI
5. Dapat dipasang segera setelah melahirkan dan sesudah abortus (apabila tidak terjadi infeksi)
6. Dapat digunakan sampai menopause (1 tahun atau lebih setelah haid terakhir)
7. Tidak ada interaksi dengan obat-obatan
8. Reversibel
9. Dapat dipakai oleh semua perempuan usia reproduksi

Beberapa kerugian dari pemakaian kontrasepsi ini adalah sebagai berikut.

1. Efek samping yang umum terjadi, perubahan siklus haid (umumnya pada 3 bulan pertama dan akan berkurang setelah 3 bulan), haid lebih lama dan banyak, perdarahan *spotting* antarmenstruasi, saat haid lebih sakit.

2. Komplikasi lain: merasakan sakit dan kejang selama 3-5 hari setelah pemasangan, perforasi dinding uterus, perdarahan berat pada waktu haid yang memungkinkan penyebab anemia
3. Tidak mencegah IMS termasuk HIV/AIDS
4. Tidak baik digunakan pada perempuan dengan IMS atau perempuan yang sering gonta-ganti pasangan (Dewi, dkk, 2012).

d. Kunjungan Nifas 4 (KF4) 40 Hari *Postpartum*:

- 1) Beri tahu hasil pemeriksaan tentang kondisi ibu. Meningkatkan partisipasi ibu dalam pelaksanaan intervensi, selain itu penjelasan dapat menurunkan rasa takut dan meningkatkan kontrol terhadap situasi
- 2) Diskusikan penyulit yang muncul berhubungan dengan masa nifas. Menemukan cara yang tepat untuk mengatasi penyulit masa nifas yang dialami.

2.5 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan Neonatus

2.5.1 Data Subjektif

Data subjektif pada asuhan kebidanan neonatus yang perlu dikaji antara lain sebagai berikut:

a. Identitas klien

- 1) Nama bayi : untuk menghindari kekeliruan
- 2) Tanggal lahir : untuk mengetahui usia neonatus
- 3) Jenis kelamin : untuk mengetahui jenis kelamin
- 4) Umur : untuk mengetahui usia bayi
- 5) Alamat : untuk memudahkan kunjungan rumah

(Sondakh, 2013)

b. Keluhan utama

Ibu mengatakan telah melahirkan bayinya pada tanggal.....jam.....WIB.
kondisi ibu dan bayi sehat (Sondakh, 2013).

c. Riwayat kehamilan dan persalinan

- 1) Riwayat prenatal anak beberapa, riwayat kehamilan yang memengaruhi BBL adalah kehamilan yang tidak disertai komplikasi seperti diabetes melitus (DM), hepatitis, jantung, asma, hipertensi (HT), TBC, frekuensi antenatal care (ANC), dimana keluhan-keluhan selama hamil, HPHT dan kebiasaan-kebiasaan ibu selama hamil.

- 2) Riwayat natal

Berapa usia kehamilan, jam berapa waktu persalinan, jenis persalinan, lama kala I, lama kala II, BB bayi, PB bayi, denyut nadi, respirasi, suhu, bagaimana ketuban, ditolong oleh siapa, komplikasi persalinan dan berapa nilai APGAR untuk BBL.

- 3) Riwayat post natal : Observasi TTV, keadaan tali pusat, apakah telah diberi injeksi vitamin K, minum ASI/MPASI, berapa cc setiap berapa jam.

d. Pola kebiasaan sehari-hari

1) Pola nutrisi

Setelah bayi lahir, segera susukan pada ibunya, apakah ASI keluar sedikit, kebutuhan minum hari pertama 60 cc/kg BB, selanjutnya ditambah 30 cc/kg BB untuk hari berikutnya.

2) Pola eliminasi

Proses pengeluaran defekasi dan urin terjadi 24 jam pertama setelah lahir, konsistensinya agak lembek, berwarna hitam kehijauan. Selain itu, diperiksa juga urin yang normalnya berwarna kuning.

3) Pola istirahat

Pola tidur normal bayi baru lahir 14-18 jam/hari

4) Pola aktivitas

Pada bayi seperti menangis, BAK, BAB, serta memutar kepala untuk mencari puting susu (Sondakh, 2013).

e. Riwayat psikososial

Kesiapan keluarga menerima anggota baru dan kesanggupan ibu menerima dan merawat anggota baru (Sondakh, 2013).

2.5.2 Data Objektif

Hal-hal pada data objektif antara lain yang perlu untuk dikaji sebagai berikut:

a. Pemeriksaan umum

- 1) Kesadaran : composmentis
- 2) Suhu : normal (36,5-37 °C)
- 3) Pernafasan : normal (40-60 kali/menit)
- 4) Denyut jantung : normal (130-160 kali/menit) (Sondakh, 2013).

b. Pemeriksaan antropometri

- 1) Berat badan : BB bayi normal 2500-4000 gram
- 2) Panjang badan : panjang badan bayi lahir normal 48-52 cm
- 3) Lingkar kepala : lingkar kepala bayi normal 33-38 cm
- 4) Lingkar lengan atas : normal 10-11 cm (Sondakh, 2013).

c. Pemeriksaan fisik

Menurut Lumsden dan Holmes (2010) :

1) Kepala

Kepala neonatus sering berkaitan dengan jenis persalinan. Kepala harus diperiksa akan adanya bengkak atau memar. Palpasi tengkorak akan menunjukkan apakah ada abnormalitas sampai *moulding*.

2) Wajah

Wajah harus diobservasi secara menyeluruh. Simetri wajah harus diamati, adanya asimetri dapat menunjukkan adanya kerusakan saraf dan akan menjadi lebih jelas ketika bayi menangis.

3) Mulut : apakah mulut abnormal atau tidak.

4) Mata : mata harus memiliki posisi yang simetris di wajah.

5) Telinga

Telinga pada awalnya terlihat asimetris karena tekanan uterin yang tidak sama. Kondisi ini hanya berlangsung sementara. Pada keadaan normal, ujung atas telinga sejajar dengan cantus mata bagian luar.

6) Hidung

Hidung harus terletak simetris di bagian tengah wajah. Bayi selalu bernafas dengan hidung. Jika terlihat adanya obstruksi atau kesulitan dengan pernafasan hidung maka diperlukan penelitian lebih lanjut.

7) Leher

Bayi cenderung memiliki leher yang relatif pendek tetapi harus ada mobilitas yang sempurna. Bidan harus mengamati adanya lipatan leher atau kulit yang berlebih, yang dihubungkan dengan sindrome turner.

8) Dada

Harus ada gerakan dada yang simetris dengan setiap tarikan napas menggunakan diafragma sebagai otot respirasi utama. Pada auskultasi atau pemeriksaan dengan stetoskop, paru-paru bayi yang sehat harus

terdengar jelas dengan napas inspiratori dan ekspiratori terdengar sama durasi dan nadanya.

9) Abdomen

Pemeriksaan abdomen dengan stetoskop harus dilakukan sebelum palpasi. Palpasi abdomen dimulai dengan memperhatikan gerakan otot.

10) Genetalia

Labia mayora pada perempuan dengan skrotum pada laki-laki terlihat besar pada bayi baru lahir. Pada bayi prematur labia minora dan klitoris sering kali jauh lebih jelas. Pada bayi cukup bulan labia mayora harus menutupi labia minora.

11) Ekstremitas: apakah kaki dan tangan gerak aktif atau tidak.

2.5.4 Analisa

Diagnosis:

- 1) Bayi baru lahir normal, umur..... jam (Sondakh, 2013).
- 2) Bayi kurang bulan, kecil masa kehamilan dengan hipotermi dan gangguan pernafasan (Muslihatun dkk, 2013).
- 3) Bayi cukup bulan sesuai masa kehamilan dengan asfiksia
- 4) Bayi cukup bulan kecil masa kehamilan dengan hipotermia (Rukiyah & Yulianti, 2012).

Kebutuhan:

- 1) Perawatan rutin bayi baru lahir (Muslihatun dkk, 2013).
- 2) Jagalah agar bayi tetap kering dan hangat
- 3) Usahakan agar ada kontak kulit antara ibu dan bayi sesegera mungkin (Rukiyah & Yulianti, 2012).

2.5.5 Penatalaksanaan

a. KN 1 (6-48 jam) :

- 1) Melakukan anamnesa (identitas, riwayat prenatal, riwayat natal, postnatal, riwayat penyakit ibu dan keluarga)
- 2) Melakukan pemeriksaan berat badan dan panjang badan
- 3) Melakukan pemeriksaan umum dan fisik pada neonatus
- 4) Memastikan bayi telah diberi injeksi vitamin K1
- 5) Memastikan bayi telah diberi Salep mata antibiotik
- 6) Pemberian imunisasi HB-0
- 7) Perawatan tali pusat
- 8) Pemeriksaan tanda bahaya pada neonatus
- 9) Konseling terhadap ibu dan keluarga untuk memberikan ASI Eksklusif, pencegahan hipotermi, dan melaksanakan perawatan neonatus di rumah dengan menggunakan buku KIA.
- 10) Menjadwalkan kunjungan ulang (Yulifah & Yuswanto, 2014).

- b. KN 2 (3-7 hari) :
- 1) Melakukan anamnesa (riwayat maternal, riwayat kelahiran, pemberian makan, kewaspadaan, menangis, BAB, BAK)
 - 2) Lakukan pemeriksaan fisik dan refleks bayi
 - a) pemeriksaan fisik meliputi berat badan dan panjang tubuh serta lingkaran
 - b) kepala, rata-rata peningkatan berat badan bayi dalam tiga bulan pertama adalah satu ons perhari.
 - c) selama 3-5 hari pertama, berat badan bayi akan hilang 5-10%. Penurunan berat badan tersebut harus dicapai kembali pada hari ke-10
 - d) tingkat kesadaran, bunyi pernapasan dan irama jantung.
 - e) Pemeriksaan refleks.
 - 3) Memeriksa adakah tanda bahaya umum yang menunjukkan kondisi yang mengancam jiwa.
 - 4) Perawatan tali pusat
 - 5) Memastikan bayi mendapat kebutuhan nutrisi yang baik.
 - 6) Konseling terhadap ibu dan keluarga untuk melaksanakan perawatan neonatus sehari-hari di rumah, termasuk pencegahan infeksi, pencegahan hipotermi, pemberian ASI Eksklusif.
 - 7) Menjadwalkan kunjungan ulang (Yulifah, dkk, 2014).

- c. KN 3 (8-28 hari) :
- 1) Dalam kunjungan kedua tindakan yang harus dilakukan adalah menjelaskan rangkaian imunisasi dan mengukur kembali berat badan dan panjang badan.
 - 2) Selain pengkajian diatas, lakukan pengamatan apakah bayi tergolong sehat atau tidak. Tanda-tanda bayi sehat diantaranya
 - a) Bayi lahir segera menangis
 - b) Seluruh tubuh bayi kemerahan
 - c) Bayi bergerak aktif
 - d) Bayi bisa menghisap puting susu dengan kuat
 - e) Berat lahir 2500 gram atau lebih
 - f) Setiap bulan berat badan anak bertambah mengikuti pita hijau pada KMS
 - g) Perkembangan dan kepandaian anak bertambah sesuai usia
 - h) Anak jarang sakit, gembira, ceria, aktif, lincah dan cerdas.
 - 3) Melakukan pemeriksaan umum dan fisik pada neonatus
 - 4) Pemeriksaan tanda bahaya atau gejala sakit pada neonatus
 - 5) Konseling pemberian imunisasi dasar
 - 6) Pemberian imunisasi BCG dan Polio 1
 - 8) Konseling terhadap ibu dan keluarga untuk melaksanakan perawatan neonatus sehari-hari di rumah (Yulifah, dkk, 2014).