**BAB II**

**TINJAUAN PUSTAKA**

* 1. **Konsep Dasar Asuhan Kebidanan Continuity Of Care (COC)**

Continuity of care (COC) dalam kebidanan adalah serangkaian kegiatan peladenan yang berkelanjutan dan menyeluruh mulai dari kehamilan, persalinan, nifas, pelayanan bayi baru lahir serta pelayanan keluarga berencana yang menghubungkan kebutuhan kesehatan perempuan khususnya dan keadaan pribadi setiap individu. Hubungan pelayanan kontinuitas adalah hubungan terapeutik antara perempuan dan petugas kesehatan khususnya bidan dalam mengalokasikan pelayanan serta pengetahuan secara komprehensif. Hubungan tersebut salah satunya dengan dukungan emosional dalam bentuk dorongan, pujian, kepastian, mendengarkan keluhan perempuan dan menyertai perempuan telah diakui sebagai komponen kunci perawatan intrapartum (Ningsih D A, 2017).

Perempuan dengan model pelayanan berkesinambungan yang dilakukan oleh bidan melaporkan kepuasan lebih tinggi terkait informasi, saran, penjelasan, tempat persalinan, pilihan untuk menghilangkan rasa sakit dan pengawasan oleh bidan. Hasil penelitian didapatkan dengan Continuity of care mendapatkan pengalaman yang membaik, mengurangi mordibitas maternal, mengurangi penggunaan intervensi pada saat persalinan termasuk operasi caesar, meningkatkan jumlah persalinan normal dibandingkan dengan perempuan yang merencanakan persalinan dengan tindakan. Hasil yang

signifikan ditemukan pada perempuan yang menerima pelayanan secara continuity of care secara women center meliputi dukungan, partisipasi dalam pengambilan keputusan, perhatian terhadap psikologis, kebutuhan dan harapan pada saat akan melahirkan, informasi dan menghargai perempuan (Sunarsih & Pitriyani, 2020)

Dimensi kedua dari continuity of care yaitu tempat pelayanan yang menghubungkan berbagai tingkat pelayanan mulai dari rumah, masyarakat, dan sarana kesehatan. Dengan demikian bidan dapat memberikan asuhan secara berkesinambungan. Continuity of care dapat diberikan yang bertujuan untuk memastikan bahwa ibu menerima semua asuhannya dari satu bidan dan dapat bekerja sama secara multi disiplin dalam melakukan konsultasi dan rujukan dengan tenaga kesehatan lainnya (Astuti, S, 2017).

* 1. **Konsep Manajemen Kebidanan 7 Langkah Varney dan SOAP**

Manajemen kebidanan adalah proses pemecahan masalah yang digunakan sebagai metode untuk mengorganisasikan pikiran dan tindakan berdasarkan teori ilmiah, temuan, keterampilan dalam rangkaian atau tahapan yang logis untuk mengambil suatu keputusan yang terfokus pada klien (Varney & Helen, 2017).Manajamen kebidanan terdiri dari beberapa langkah yang berurutan, yang dimulai dengan mengumpulkan data dasar dan berakhir dengan evaluasi. Langkah-langkah tesebut membentuk kerangka yang lengkap yang bisa diaplikasikan dalam semua situasi. Akan tetapi, setiap langkah tersebut bisa dipecah-pecah dalam tugas-tugas tertentu dan semua bervariasi sesuai dengan kondisi klien (Varney & Helen, 2017). Melihat kembali penjelasan diatas maka proses manajamen kebidanan merupakan langkah sistematis yang merupakan pola pikir bidan dalam melaksanakan asuhan kepada klien diharapkan dengan pendekatan pemecahan masalah yang sistematis dan rasional, maka seluruh aktivitas atau tindakan yang bersifat coba-coba yang akan berdampak kurang baik untuk klien . Manajemen Asuhan Kebidanan sesuai 7 langkah (Varney & Helen, 2017), yaitu:

**Langkah I : Pengumpulan data dasar**

Langkah pertama mengumpulkan data dasar yang menyeluruh untuk mengevaluasi ibu dan bayi baru lahir. Data dasar ini meliputi pengkajian riwayat, pemeriksaan fisik dan pelvic sesuai indikasi, meninjau kembali proses perkembangan keperawatan saat ini atau catatan rumah sakit terdahulu, dan meninjau kembali data hasil laboratorium dan laporan penelitian terkait secara singkat, data dasar yang diperlukan adalah semua data yang berasal dari sumber infomasi yang berkaitan dengan kondisi ibu dan bayi baru lahir. Bidan mengumpulkan data dasar awal lengkap, bahkan jika ibu dan bayi baru lahir mengalami komplikasi yang mengharuskan mereka mendapatkan konsultasi dokter sebagai bagian dari penatalaksanaan kolaborasi. Pengumpulan data yang telah diambil meliputi pengkajian data yaitu nama ibu dan suami, alamat, pekerjaan, pendidikan dan no hp.

Data subjektif meliputi keluhan utama , riwayat menstruasi, riwayat kehamilan,riwayat obsterti, riwayat kesehataan ibu dan keluarga,riwayat perkawinan, pola pemenuhan kebutuhan dasar dan riwayat psikososial dan budaya serta data objektif yaitu pemeriksaan fisik head to toe termasuk salah satunya leopod.

**Langkah 2. Interpretasi data**

Menginterpretasikan data untuk kemudian diproses menjadi masalah atau diagnosis serta kebutuhan perawatan kesehatan yang diidentifikasi khusus. Kata masalah dan diagnosis sama-sama digunakan karena beberapa masalah tidak dapat didefinisikan sebagai sebuah diagnosis tetapi tetap perlu dipertimbangkan dalam mengembangkan rencana perawatan kesehatan yang menyeluruh. Dengan diagnosis kehamilan yang keberapa kalinya,apakah sudah pernah melahirkan dan apakah pernah mengalami keguguran, menuliskan usia kehamilan presentasi kepala ,hidup, dan tunggal atau mungkin kembar ,menuliskan hasil dari leopod 4 serta menuliskan kspr dan masalah yang terjadi yaitu kekurangan energi kronis(Varney & Helen, 2017).

**Langkah 3. Mengidentifikasi diagnosa atau masalah potensial**

Mengidentifikasi masalah atau diagnosa potensial berdasarkan masalah dan diagnosa saat ini berkenaan dengan tindakan antisipasi, pencegahan, jika memungkinkan, menunggu dengan penuh waspada dan persiapan terhadap semua keadaan yang mungkin muncul. Langkah ini adalah langkah yang sangat penting dalam memberi perawatan kesehatan yang aman.Masalah potensial pada kasus tidak ada karena segera diberikan penanganan agar masalah potensial tidak terjadi(Varney & Helen, 2017).

**Langkah 4. Identifikasi kebutuhan yang memerlukan penanganan segera**

Langkah keempat mencerminkan sikap kesinambungan proses penatalaksanaan yang tidak hanya dilakukan selama perawatan primer atau kunjungan prenatal periodik, tetapi juga saat bidan melakukan perawatan berkelanjutan bagi wanita tersebut, misalnya saat ia menjalani persalinan. Data baru yang diperoleh terus dikaji dan kemudian di evaluasi(Varney & Helen, 2007).

**Langkah 5. Merencanakan asuhan yang menyeluruh**

Mengembangkan sebuah rencana keperawatan yang menyeluruh dengan mengacu pada hasil langkah sebelumnya. Langkah ini merupakan pengembangan masalah atau diagnosis yang diidentifikasi baik pada saat ini maupun yang dapat diantisipasi serta perawatan kesehatan yang dibutuhkan. Penatalaksanaan pada kasus dengan membina hubungan saling percaya,menilai djj , observasi ttv, his, dan perdarahan. Pemenuhan kebutuhan nutrisi, eliminasi, memberikan KIE, memberikan fungsi delegasi dalam pemberian terapi (Varney & Helen, 2017).

**Langkah 6. Melaksanakan Perencanaan**

Melaksanakan rencana perawatan secara menyeluruh. Langkah ini dapat dilakukan secara keseluruhan oleh bidan atau dilakukan sebagian oleh ibu, orang tua, atau anggota tim kesehatan lainnya. Apabila tidak dapat melakukannya sendiri, bidan betanggung jawab untuk memastikan implementasi benar-benar dilakukan. Rencana asuhan menyeluruh seperti yang sudah diuraikan pada langkah kelima dilaksanakan secara efisien dan aman. sudah diuraikan pada langkah kelima dilaksanakan secara efisien dan aman.Pasien dapat melaksanakan rencana pelaksanaan yang diberikan bidan untuk dilaksanakan agar gizi didalam tubuhnya tercukupi dan mengetaui persiapan dan tanda bahaya dalam kehamilannya. Penatalaksanaan pada kasus dengan membina hubungan saling percaya, menilai djj, observasi ttv, his, dan perdarahan. Pemenuhan kebutuhan nutrisi, eliminasi, dan 02.Memberikan KIE, memberikan fungsi delegasi dalam pemberian terapi(Varney & Helen, 2017).

**Langkah 7. Evaluasi**

Evaluasi merupakan tindakan untuk memeriksa apakah rencaa perawatan yang dilakukan benar-benar telah mencapai tujuan, yaitu memenuhi kebutuhan ibu, seperti yang diidentifikasi pada langkah kedua tentang masalah, diagnosis, maupun kebutuhan perawatan kesehatan.Rencana asuhan yang telah disusun berorientasi sesuai dengan kebutuhan pasien dan dilaksanakan secara menyeluruh. Adanya kerjasama antara pasien dan petugas kesehatan sehingga tidak ditemukan hambatan pada saat pelaksanaan asuhan. Semua tindakan dilakukan secara kooperatif dan evaluasi delegasi dalam pemberian obat. Menurut (Varney & Helen, 2017), alur pikir bidan saat menghadapi klien meliputi tujuh langkah agar orang lain mengetahui apa yang telah dilakukan oleh seorang bidan melalui proses berfikir sistematis, dan didokumentasikan dalam bentuk SOAP meliputi :

**Langkah 1. Subyektif (S)**

Data subyektif (S), merupakan pendokumetasian manajemen kebidanan menurut (Varney & Helen, 2017). angkah petama (pengkajian data), terutama data yang diperoleh melalui anamnesis. Data subyektif ini berhubungan dengan masalah dari sudut pandang pasien. Ekspresi pasien mengenai kekhawatiran dan keluhannya yang dicatat sebagi kutipan langsung atau ringkasan yang akan berhubungan langsung dengan diagnosa. Data subjektif ini nantinya akan menguatkan diagnosis yang akan disusun.

**Langkah 2. Objektif (O)**

Data objektif (O) merupakan pendokumentasian menejemen kebidanan menurut (Varney & Helen, 2017). pertama (pengkajian data), terutama data yang diperoleh mealui hasil observasi yang jujur dari pemeriksaan fisik pasien, pemeriksaan pemeriksaan laboratorium/ laboratorium/ pemeriksaan pemeriksaan diagnostik diagnostik lain. Catanat medis dan informasi dari keluarga atau orang lain dapat dimasukkan dalam data objektif ini. Data ini akan memberikan bukti gejala klinis pasien dan fakta yang berhubungan dengan diagnosis.

**Langkah 3. Analisa (A)**

Analisa merupakan pendokumentasian hasil analisa dan intervensi (kesimpulan) dari data subtektif dan objektif. Analisa/ assessment merupakan pendokumentasian menejemen kebidanan menurut (Varney & Helen, 2017). langkah kedua, ketiga, dan keempat sehingga mencakup hal-hal berikut ini : diagnosis/ asalah kebidanan, diagnosis/masalah potensial serta perlunya mengidentifikasi kebutuhan tindakan segera ntuk antisipsi diagnosis atau masalah potensial. Kebutuhan tindakan segera harus di identifikasi menurut kewenangan bidan, meliputi : tindakan mandiri, kolaborasi,dan merujuk klien.

**Langkah 4. Penatalaksanaan asuhan kebidanan (P)**

Penatanaksanaan adalah membuat rencana asuhan saat ini dan yang akan datang.. Tindakan yang akan dilaksanakan harus mampu membantu pasien mencapai kemajuan dan harus sesuai dengan hasil kolaboras tenaga kesehatan lainnya.(Varney & Helen, 2017).

* + 1. **Konsep Manajemen Asuhan Kebidanan Pada Ibu Hamil** **Langkah 1 Pengumpulan Data Dasar**

Pengkajian data dilakukan dengan mengumpulkan informasi yang akurat,relevan, eleven dan lengkap dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi klien (Handayani & Mulyati, Dokumentasi Kebidanan, 2017). Pengkajian data meliputi kapan, dimana, oleh siapa pengkajian dilakukan,pengumpulan data yang berkaitan dengan kondisi pasien, yang diperoleh melalui anamnesa,pemeriksaan umum, pemeriksaan fisik, maupun pemeriksaan penunjang.Data dalam pengkajian data dapat diuraikan meliputi data subjektif dan data objektif. Data subjektif yaitu data dari hasil anamnesis sedangkan data objektif merupakan data dari hasil pemeriksaaan.

1. Data Subjektif
2. Biodata
3. Nama

Nama Pengkajian ini digunakan untuk dapat memudahkan mengenali dan mencegah terjadinya kekeliruan (Hani & Ummi, 2010).

1. Umur

Pengkajian ini digunakan untuk menentukn proses kelahiran ,pada usia 20-35 tahun merupakan usia aman untuk kehamilan dalam kurun waktu reproduksi sehat. Pada wanita usia lebih dari 35 tahun sangat menentukan proses kelahiran dimana keadaan kualitas sel telur menurun (Sulistyawati, 2009).

1. Suku/ bangsa

Mengetahui suku atau bangsa dari suami dan istri yang bertujuan untuk mengetaui kondisi sosial budaya ibu yang mempengaruhi perilaku kesehatan yang bertentangan dengan asuhan (Romauli, 2011).

1. Agama

Untuk mengetahui keyakinan sehingga dapat membimbing dan mengarahkan ibu untuk berdoa sesuai keyakinannya (Hani & Ummi, 2010).

1. Pendidikan

Untuk mengetahui sejauh mana tingkat intelektualnya sehingga bidan dapat memberikan konseling sesuai dengan pendidikannya (Yuliani, Diki, Ulfah, & Suparmi, 2021).

1. Pekerjaan

Memberikan gambaran untuk mengetahui aktivitas sehari-hari ibu atau ibu yang bekerja teralau keras sehingga mempengaruhi keadaan janin dan pekerjaan yang terpapar bahan kimia atau zat berbahaya.

1. Alamat

Bertujuan untu mengetahui lingkungan ibu dan kebiasaan masyarakatnya tentang kehamilan serta memudahkan untuk kunjungan rumah jika diperlukan (Hani & Ummi, 2010).

1. Keluhan Utama

Menanyakan sejak kapan ibu mengalami keluhan tersebut . Keluhan yang sering terjadi pada saat kehamilan trimester III yaitu peningkatan frekuensi berkemih atau sering buang air kecil , sakit punggung atas dan bawah, hiperventilasi, dan sesak nafas, edema dependen, kram tungkai, konstipasi, kesemutan dan baal pada jari, insomnia (Romauli, 2011).

1. Riwayat menstruasi

Pengkajian ini meliputi : Menarche (pertama kali mendapat haid),umumnya menarche terjadi pada 12-13 tahun. Pengaruh arus komunikasi dan globalisasi menyebabkan usia menarche makin muda. Pola Menstruasi Siklus menstruasi berlangsung 28 hari, sehingga disebut yang teratur jika mundur 2 hari setiap bulannya. Menstruasi teratur sangat penting bagi perhitungan masa subur. Siklus menstruasi yang teratur dapat menunjukkan bahwa faal ovarium cukup baik.Lama dan banyaknya menstruasi,lama menstruasi normal terjadi selama 4-7 hari. Perdarahan sedikit jika berlangsung hanya 2-3 hari dengan pemakaian pembalut 1-2 buah sehari.Keluhan seperti disminorea dapat disebabkan oleh kelainan anatomis uterus yaitu terlalu ante atau retrofleksi, terdapat mioma uteri, kanalis servikalis yang sempit, polip endometrium atau serviks. Hari pertama haid terakhir( HPHT ) sangat penting diingat, untuk menentukan dan memperkirakan persalinan serta umur kehamilan (Manuaba, 2007).

1. Riwayat perkawinan

Riwayat pernikahan meliputi status pernikahan sah atau tidak karena dapat mempengaruhi pada kondisi psikologis ibu, berapa kali menikah dengan orang yang berbeda berisiko mengalami gangguan reproduksi, umur berapa menikah dengan suami, berapa lama sudah menikah dan apakah sudah memiliki anak atau belum untuk menggolongkan ibu kedalam factor risiko yang akan dimasukkan kedalam KSPR. (Wiknjosastro, 2010).

1. Riwayat kesehataan

Riwayat kesehatan ibu yang saat ini sedang diderita dan yang pernah diderita serta riwayat penyakit yang pernah diderita keluarga, meliputi: penyakit jantung, hipertensi, DM, TB, ginjal, asma, epilepsy, hepatitis, malaria, infeksi menular seksual (IMS), human immune deficiency virus/acquired immune deficience syndrome (HIV/AIDS), alergi obat/makanan, gangguan hematologi, penyakit kejiwaan, riwayat trauma dan sebagainnya.

Tanyakan juga tentang riwayat operasi, riwayat transfuse, riwayat alergi termasuk alergi obat dan pengobatan yang diterima (Yuliani, Diki, Ulfah , & Suparmi, 2021).

1. Riwayat kehamilan,persalinan,dan nifas yang lalu

Pada kehamilan dikaji mengenai mengenai masalah/gangguan saat kehamilan seperti hyperemesis, perdarahan pervaginam, pusing hebat, pandangan kabur, dan bengkak pada tangan maupun wajah. Pada persalinan meliputi bagaimana cara kelahiran spontan atau buatan, aterm atau prematur, perdarahan dan ditolong oleh siapa. Untuk persalinan dengan sesar maka kemungkinan dengan cara pertolongan persalinan yang tetap atau sesar. Keputusan ini tergantung pada lokasi insisi di uterus, jika insisi uterus berada dibagian bawah melintang, bukan vertikal, maka bayi diupayakan untuk dikeluarkan pervaginam. Pada nifas hal yang dikaji meliputi apakah ada komplikasi seperti demam, perdaraham abnormal, kejang dan masalah dalam laktasi (Romauli, 2011).

1. Riwayat kehamilan sekarang

Pengkajian ini dilakukan untuk mengetahui adanyan masalah selama kehamilan yang dapat berdampak kepada bayi. (Nugroho, 2012). Pada trimester I dikaji tentang bagaiman awal mula terajdinya kehamilan, tempat ANC dan berapa kali kunjungan, menanyakan keluhan selama hamil ini apa saja dan obat yang dikonsumsi oleh ibu, serta KIE yang didapatkan. Pada trimester II mengkaji tentang tempat ANC dan berapa kali kunjungan , keluhan selama hamil apa saja, obat yang dikonsumsi oleh ibu, serta KIE yang didapatkan. Pada kehamilan ini perlu ditanyakan untuk gerakan janin karena pada merasakan gerakan janin (gerakan pertama fetus pada primigravida dirasakan pada usai 18 minggu dan pada multigravida 16 minggu), serta imunisasi yang didapat. Pada trimester III mengkaji tentang dimana tempat ANC dan berapa kali, keluhan selama hamil, obat yang dikonsumsi oleh ibu, serta KIE yang didapat (Marjati, 2010).

1. Riwayat keluarga berencana

Data yang dikaji meliputi, jenis KB yang digunakan ibu, sudah memakai berapa lama / sudah berhenti berapa lama, alasan penggunaan atau pemberhentian KB, keluhan selama ikut KB dan rencana penggunaan KB setelah melahirkan (Romauli, 2011).

1. Pola kebutuhan sehari-hari
2. Pola Nutrisi

Pengkaji menanyakan frekuensi, komposisi, dan tentang jenis makanan yang dikonsumsi sehari-hari yaitu untuk mengetahui adanya gangguan dalam frekuensi makan serta komposisi makanan sehingga dapat mengetahui keadaan pertumbuhan dan perkembangan janin sesuai dengan masa kehamilan..

1. Eliminasi

Pola eliminasi yaitu BAK dan BAB perlu ditanyakan frekuensi, konsistensi dan keluhan pada klien untuk menyesuaikan dengan pola pemenuhan nutrisinya, apakah intake sudah sesuai dengan output. Pada trimester III frekuensi BAK meningkat karena penurunan kepala ke PAP (Wiknjosastro, 2010).

1. Pola aktivitas

Pola aktivitas perlu ditanyakan karena mungkin berkaitan dengan keluhan klien saat ini. Pola aktivitas yang berlebihan dapat meningkatkan risiko mudah lelah, pusing yang akan mempengaruhi kesehatan (Wiknjosastro, 2010).

1. Istirahat

Pengkaji menanyakan berapa kali tidur dalam sehari dan lamanya serta ada gangguan dalam tidur atau tidak. Pola istirahat yang kurang dapat menyebabkan kelelahan dan berdampak pada timbulnya anemia. Pada trimester tiga jumlah gangguan tidur ini lebih tinggi, karena adanya ketidaknyamanan seperti nyeri pinggang banyak buang air kecil, dan spontan bangun dari tidur.

1. Personal hygiene

Pengkaji menanyakan mandi berapa kali dalam sehari, gosok gigi serta ganti baju berapa kali. Personal hygiene menggambarkan pola kebiasaan ibu dalam menjaga kebersihan dirinya terutama pada organ kewanitaannya (Varney & Helen, 2017).

1. Riwayat psikosial

Pada trimester III ketidaknyamanan meningkat karena ibu merasa dirinya aneh dan jelek, menjadi lebih ketergantungan, malas dan mudah tersinggung dan merasa menyulitkan. (Jenni Mandang, 2016). Perubahan yang terjadi pada trimester 3 yaitu periode penantian dengan penuh kewaspadaan. Oleh karena itu, pemberian arahan, saran dan dukungan pada ibu tersebut akan memberikan kenyamanan sehingga ibu dapat menjalani kehamilannya dengan lancar. Data sosial yang harus digali termasuk dukungan dan peran ibu saat kehamilan ini (Handayani & Mulyati,, 2017).

1. Data Objektif
   * + - 1. Pemeriksaan umum
2. Keadaan umum

Apabila keadaan klien dapat merespon dengan baik terhadap lingkungan sekitar dan fisik tidak mengalami ketergantungan dalam berjalan. Apabila keadaan lemah , maka kurang atau tidak memberikan respon dan tidak mampu untuk berjalan. (Sulistyawati, 2015).

1. Kesadaran

Untuk tingkat kesadaran mulai dari keadaan composmentis (kesadaran maksimal), sampai dengan koma (Sulistyawati, 2015).

1. Tanda- tanda vital
2. Tekanan Darah

Tekanan darah diperiksa setiap kai pemeriksaan dengan tujuan untuk mendeteksi adanya hipertensi. Tekanan darah dikatakan tinggi bila lebih dari 140/90 mmHg. Bila tekanan darah meningkat, yaitu sistolik 30 mmHg atau lebih, dan/atau diastolik 15 mmHg atau lebih, kelainan ini dapat berlanjut menjadi preeklamsi dan eklamsia jika tidak ditangani dengan cepat. (Romauli, 2011). Pada Peningkatan tekanan darah sistol dan diastole dalam batas normal dapat mengindikasikan ansietas atau nyeri (Rohani, 2013).

1. Nadi

Dikaji setiap ibu melakukan kunjungan ,denyut nadi yang normal pada orang dewasa sekitar 60- 100x/menit. Denyut nadi 100x/menit atau lebih dalam keadaan santai merupakan pertanda buruk. (Romauli,2011). Frekuensi nadi < 60 kali permenit disebut brakikardi, > 100 kali permenit disebut takikardi

1. Suhu

Untuk mengetahui keadaan suhu, keadaan suhu yang normal (36,5°C-37,5°C atau tidak dan dikatan hipotermi apabila suhu < 36°C dan apabila > 37,5 °C merupakan salah satu gejala infeksi.

1. Pernafasan

Nilai normalnya pernafasaan pada orang dewasa yaitu 16-24 x/menit Sedangkan sesak nafas ditandai dengan peningkatan frekuensi pernafasan dan kesulitan bernafas serta rasa lelah (Yuliani, Diki, Ulfah , & Suparmi, 2021)

* + - * 1. Pemeriksaan antropometri

1. Berat badan

Normalnya penambahan berat badan tiap minggu 0,5 kg (Romauli, 2011). Secara umum penambahan berat badan kurang dari 9 kg selama hamil atau < 1 kg setiap bulannya atau < 1 kg sejak bulan ke empat, mengindikasikan adanya gangguan pertumbuhan janin. Kenaikan berat badan yang optimal dapat dikeathui melaui perhitungan indeks masa tubuh.

Cara mengitung indeks massa tubuh yaitu:

IMT= BB(kg)

TB(m2**)**

Tabel 2. 1 Rekomendasi Perkiraan Kenaikan Berat badan

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| No | Kategori | Kenaikan berat badan  yang dianjurkan |
| 1 | BB kurang (IMT <18,5 Kg/m) | 12,5-18 Kg |
| 2 | Normal (IMT 18,5-24,9 kg/m) | 11,5-16 Kg |
| 3 | BB lebih (IMT> 25,0-  29,9kg/m) | 7,0-11,5 Kg |
| 4 | Obesitas (IMT > 30,00 kg/m) | 5,0-9,0 KG |

1. Tinggi badan

Tinggi badan <145 cm (resiko meragukan, berhubungan dengan panggul sempit dan adanya indikasi chepalo pelvis disproportion(CPD). (Romauli, 2011).

1. LILA

LILA kurang dari 23,5 cm merupakan indikator kuat untuk status gizi ibu yang kurang/buruk, sehingga ibu beresiko untuk melahirkan BBLR. (Romauli, 2011).

1. Status imunisasi TT

Imunisasi TT bertujuan untuk mencegah terjadinya tetanus pada bayi yang dilahirkan. Pemberian imunisasi TT pada ibu hamil setelah ditentukan dahulu status imunisasinya.

Tabel 2. 2 Jadwal Pemberian Imunisasi

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Pemberian imunisasi | Selang waktu  Minimal | Masa perlindungan | Dosis |
| TT1 |  | Langkah awal pembentukan kekebalan tubuh terhadap  Tetanus | 0,5 cc |
| TT2 | 4 minggu setelah  TT1 | 3 tahun | 0,5 cc |
| TT3 | 6 bulan setelah  TT2 | 5 tahun | 0,5 cc |
| TT4 | 1 tahun setelah  TT2 | 10 tahun | 0,5 cc |
| TT5 | 1 tahun  setelah TT3 | >25  tahun/seumur hidup | 0,5 cc |

Sumber : (Yulizawati, 2016)

* + - * 1. Pemeriksaan fisik

1. Rambut

Pada rambut dilihat bagimana kebersihan rambut,pertumbuhan, warna, mudah rontok atau tidak. Rambut yang mudah dicabut menandakan kurang gizi atau kelainan tertentu (Romauli, 2011).

1. Muka

Muka bengkak/odema tanda eklamsi, terdapat cloasma gravidarum atau bintik bintik yang bervariasi sebagai tanda kehamilan yaitu akibat deposit eksprei ibu (kesakitan atau meringis) serta menilai kesimetrisan bentuk wajah (Romauli, 2011).

1. Mata

Menilai konjugtiva pucat menandakan anemia pada ibu yang akan mempengaruhi kehamilan dan persalinan yaitu perdarahan sclera iketrus perlu dicurigai ibu mengidap hepatitis, bila merah kemungkinan ada konjungtivitis. Kelopak mata yang bengkak kemungkinan adanya preeklamsia (Romauli, 2011).

1. Mulut

Apabila bibir pucat merupakan tanda anemia, bibir kering tanda dehidrasi, sariawan tanda ibu kekurangan vitamin C (Romauli, 2011).

1. Gigi

Caries gigi menandakan ibu kekurangan kalsium. Saat hamil terjadi caries yang berkaitan emesis, hiperemesis gravidarum. Adanya kerusakan gigi dapat menjadi sumber infeksi (Romauli, 2011).

1. Leher
2. Inspeksi

Adanya pembesaran kelanjar tyroid menandakan ibu kekurangan iodium ,sehingga dapat menyebabkan terjadinya kretinisme pada bayi. Kaji ada bendungan vena jugularis/tidak (Romauli, 2011).Dalam keadaan normal, kelenjar tyroid tidak terlihat dan hampir tidak teraba sedangkan kelenjar getah bening bisa teraba seperti kacang kecil.

1. Palpasi

Teraba bendungan vena jugularis atau tidak. Jika ada berpengaruh pada saat persalinan terutama saat meneran. Hal ini dapat menambah tekanan pada jantung. Potensi gagal jantung. Teraba pembesaran kelenjar tiroid, jika ada potensi terjadi kehamilan premature, lahir mati, kretinisme, dan keguguran. Terdapat pembesaran kelenjar limfe atau tidak, jika ada kemungkinan terjadi infeksi oleh berbagai penyait misalnya TBC, radang akut dikepala (Romauli, 2011).

1. Dada
2. Inspeksi

Menilai bagaimana kebersihannyaterlihat hiperpigmentasi pada aerola mammae tanda kehamilan, putting susu datar atau tenggelam.perlu juga dilihat pakah ada pembesaran payudara,adanya striae payudara. Dilakukan pengamatan apakah terdapat bekas operasi pada daerah aerola, pembesaran kelenjar limfe dan kondisi putting (Yuliani, Diki, Ulfah , & Suparmi, 2021).

1. Palpasi

Teraba benjolan abnormal atau tidak, terdapat nyeri tekan atau tidak . Adanya benjolan pada payudara waspadai adanya kanker payudara dan menghambat laktasi. Pengeluaran Kolostrum mulai diproduksi pada usia kehamilan 12 minggu tapi mulai keluar pada usia 20 minggu. (Romauli, 2011)

1. Abdomen
2. Inspeksi

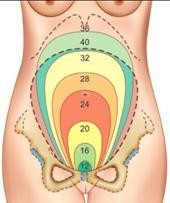
Melihat apakah terdapat bekas luka operasi linea nigra, striae dan tampak pembesaran abdomen atau tidak (Romauli, 2011). (Pembesaran perut yang tidak sesuai dengan usia kehamilan perlu dicuragi adanya kehamilan seperti kehamilan mola atau bayi kembar.

1. Palpasi
2. Leopod 1

Dilakukan dengan tujuan untuk menentukan usia kehamilan atau tuanya kehamilan,dan mengetahui bagian yang ada pada fundus yaitu bokong, maka yang dirasakan yaitu lunak,kurang bundar, dan kurang melenting. Sedangkan kepala, yang dirasakan yaitu keras, bundar, dan melenting. Serta untuk menentukan usia kehamilan menggunakan pemeriksaan TFU atau tinggi fundus uteri.



Gambar 2. 1 Leopod 1



Gambar 2. 2 Perkiraan TFU

Tabel 2. 3 Perkiraan TFU Berdasarkan Usia Kehamilan

|  |  |
| --- | --- |
| Tinggi fundus uteri | Umur  Kehamilan |
| Setinggi simfisis pubis | 12 minggu |
| Pertengahan antara simfisis pubis dan umbilicus | 16 minggu |
| 1 – 2 jari dibawah umbilicus | 20 minggu |
| 1 – 2 jari diatas umbilikus | 24 minggu |
| 1/2 bagian antara umbilikus dan prosesus xifoideus | 28-30 minggu |
| 2/3 bagian antara umbilikus dan prosesus xifoideus (3 – 4 jari di  bawah px) | 32 minggu |
| 1 jari di bawah Px | 36-38 minggu |
| 1 – 3 jari di bawah Px | 40 minggu |

1. Leopod 2

Untuk mengetahui batas kiri atau kanan pada uterus ibu, yaitu punggung letak bujur dan kepala pada letak lintang . (Romauli, 2011).Ditandai dengan panjang dan keras seperti papan, maka disebut dengan puka. Jika pada bagian kiri ibu teraba panjang dan keras seperti papan, maka disebut dengan puki.



Gambar 2. 3 Leopod 2

1. Leopod 3

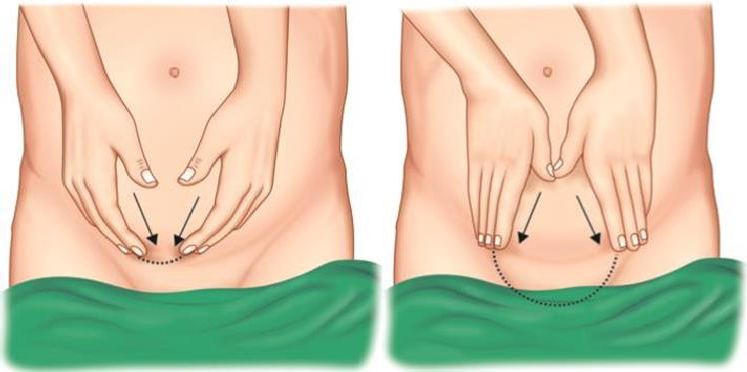
Untuk menentukan apa yang terdapat pada bagian bawah. Apakah bagian terbawah sudah masuk pintu atas panggul atau belum. Jika tangan Convergent, berarti hanya bagian kecil dari kepala yang turun ke rongga. Jika tangan sejajar, maka separuh dari kepala sudah masuk ke dalam ronga panggul. Jika dua tanga.divergent, maka bagian terbesar kepala sudah masuk dan melewati pintu atas panggul. Pada bagian bawah janin teraba bulat, keras,melenting (kesan kepala). Untuk mengetahui presentasi/bagian terbawah janin yang ada di simfisis ibu (Romauli, 2011).



Gambar 2. 4 Leopod 3

1. Leopod 4

Untuk menentukan apa yang menjadi bagian terbawah dan berapa masuknya bagian bawah ke dalam rongga panggul.Untuk mengetahui seberapa jauh sudah masuk PAP (Romauli, 2011).



Gambar 2. 5 Leopod 4

1. Taksiran berat janin (TBJ)

Dapat dihitung dengan rumus Johnson-Tausak sebagai berikut:

TBJ: (TFU - 12) x 155, namun jika kepala janin telah masuk pintu atas panggul rumusnya menjadi

TBJ: (TFU - 11) x 155.

1. Auskultasi

Denyut jantung janin (DJJ) menggunakan Doppler pada kehamilan > 16 minggu, menggunakan linex terdengar pada kehamilan 18-20 minggu.

Ciri-ciri DJJ adalah memiliki irama yang lebih cepat dari denyut nadi ibu dengan frekuensi normal 120-160 kali per menit. DJJ < 120 kali per menit atau > 160 kali per menit mengindikasikan adanya gawat janin.

1. Genetalia

Pengaruh hormon estrogen dan progesteron adalah pelebaran pembuluh darah sehingga dapat terjadi varises pada sekitar genetalia. Namun tidak semua ibu hamil mengalami varises pada daerah tersebut. Pada keadaan normal, tidak terdapat hemoroid padaanus(Handayani&Mulyati,2017).Bersih/tidak,varises/tidak,adacondiloma/tidak,keputihan/tidak. (Romauli, 2011).

1. Ekstermitas

Adanya oedema pada ekstermitas atas ataubawah dapat dicurigai hipertensi hingga preeklmasia dan diabetes mellitus. Lihat apakah ada varises/tidak, kaki sama panjang atau tidak mempengaruhi jalannya persalinan (Romauli, 2011).

1. Pemeriksaan Penunjang
2. Hemoglobin

Wanita hamil dikatakan anemia jika kadar hemoglobin-nya

< 10 gram/dL. Jadi, wanita hamil harus memiliki hemoglobin > 10 gr/dL). (Handayani & Mulyati, Dokumentasi Kebidanan, 2017).

1. Golongan darah

Untuk mempersiapkan calon pendonor darah jika sewaktu- waktu diperlukan karena adanya situasi kegawatdaruratan (Handayani & Mulyati, Dokumentasi Kebidanan, 2017).

1. HbsAg

Untuk menegakkan diagnosa hepatitis. Setiap ibu hamil perlu dilakukan pemeriksaan HbsAg pada trimester pertama kehamilannya (Yuliani, Diki, Ulfah , & Suparmi, 2021).

1. USG

Pemeriksaan USG dapat digunakan pada kehamilan muda untuk mendeteksi letak janin, perlekatan plasenta, lilitan tali pusat, gerakan janin, denyut jantung janin, mendeteksi tafsiran berat janin dan tafsiran tanggal persalinan serta mendeteksi adanya kelainan pada kehamilan (Handayani & Mulyati, Dokumentasi Kebidanan, 2017).

1. Protein urine dan glukosa urine

Protein uria pada ibu hamil merupakan indikasi adanya pre eklampsia dan pemeriksaan glukosa dilakukan pada ibu hamil dicurigai menderita diabetes mellitus (Yuliani, Diki, Ulfah , & Suparmi, 2021).

1. Kartu Skor Poedji Rochjati (KSPR)

KSPR dapat digunakan untuk mengetahui kehamilan termasuk risiko rendah, risiko tinggi atau risiko sangat tinggi. Jumlah skor 2 termasuk risiko rendah penolong persalinan adalah bidan, skor 6 – 10 termasuk risiko tinggi penolong persalinan adalah dokter dan bidan, tempat persalinan adalah polindes atau puskesmas atau rumah sakit, skor lebih dari 12 adalah risiko sangat tinggi penolong persalinan adalah dokter, tempat persalinan adalah rumah sakit (Kemenkes RI, 2010).

**Langkah 2. Intersprestasi Data Dasar**

Melakukan identifikasi terhadap diagnosa atau masalah dan kebutuhan klien berdasarkan interpretasi yang benar atas dasar data-data yang dikumpulkan.

1. Diangnosa kebidanan adalah suatu kesimpulan yang di tegakkan oleh bidan berdasarkan data subjektif dan data objektif sesuai wewenang, lingkup praktek kebidanan.
2. Masalah kebidanan adalah suatu kesimpulan yang ditegakkan oleh bidan berdasarkan data subjektif dan data objektif tentang hal-hal yang berkaitan dengan pengalaman klien yang ditemukan dari hasil pengkajian atau yang menyertai diagnosa.
3. Kebutuhan adalah hal-hal yang di butuhkan oleh klien danbelum teridentifikasih dalam diagnosa dan masalah yang di dapatkan dengan melakukan analisa data.
   1. Diagnosa : G\_ P\_ \_ \_ \_ Ab \_ \_ \_ Uk ... Minggu, Tunggal/Ganda,Hidup/Mati,Intrauterine/Ekstrauterine, keadaan ibu dan Janin baik dengan kehamilan normal
   2. Subjektif : Ibu mengatakan ini kehamilan ke ... Usia kehamilan ...HPHT...
   3. Objektif

Kesadaran : composmentis/letaris/koma

TD : 90/60-120/80 mmHg

Nadi : 60-96 x/menit

RR : 12-20x/menit

Suhu : 36,5-37,5 °C

TB :…Cm

BB hamil : ... kg

TP : ...

LILA : ... cm

Masalah :

1. Sering buang air kecil
2. Konstipasi
3. Hemoroid
4. Kram tungkai
5. Varises
6. Insomnia dan lain-lain

**Langkah 3. Mengidentifikasi Diagnosa Atau Masalah Potensial dan Mengantisipasinya.**

Langkah ini membutuhkan antisipasi, bila memungkinkan di lakukan pencegahan. Pada langkah ini diharapakan bidan mampu mengantisipasi masalah potensial dan merumuskan masalah,selain itu juga harus dapat merumuskan antisipasi masalah atau diagnosis potensial agar tidak terjadi. Berikut adalah beberapa diagnosa dan masalah potensial yang mungkin ditemukan pada ibu hamil :

1. Perdarahan pervagina.
2. IUFD (intra uteri fetal death).
3. PIH (pregnancy indused hypertension).
4. KPD (ketuban pecah dini).
5. Persalinan Prematur.

**Langkah 4. Identifikasi Kebutuhan Segera**

Melakukan konsultasi dan kolaborasi dengan tenaga kesehatan lain berdasarkan kondisi ibu hamil (Muslihatun,2013). Bidan mengidentifikasi perlunya bidan atau dokter melakukan konsultasi atau penaganan segera bersama anggota tim kesehatan lain sesuai dengan kondisi klien. Langkah ke empat mencerminkan kesinambungan proses manejemen kebidanan. Kegiatan bidan pada tahap ini adalah konsultasi, kolaborasi, dan melakukan rujukan.

**Langkah 5. Intervensi**

Di lakukan perencanaan yang menyeluruh, ditentukan langkah-langkah sebelumnya. Langkah ini merupakan kelanjutan manajeman terhadap diagnosa masalah yang telah diidentifikasih atau di antisipasi, pada langkah ini informasi/ data dasar yang tidak lengkap dapat di lengkapi.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Diagnosa | : | G\_ P\_ \_ \_ \_ Ab \_ \_ \_ Uk ... Minggu, tunggal, hidup, letkep, intrauterine, keadaan ibu dan janin baik dengan kehamilan normal. |
| Tujuan | : | Ibu dan janin keadaan baik,kehamilan dan persalinan berjalan normal tanpa komplikasi. |

Kriteria Hasil :

Keadaan Ibu dan Janin baik

Kesadaran : baik

TD : 90/60-120/80 mmHg

Nadi : 80-90x/menit

RR : 16-24x/menit

Suhu : 36,5-37,5

LILA : normalnya >23,5 cm

TFU : Sesuai dengan kehamilan

DJJ : 120-160x/menit

Intervensi :

* 1. Beri informasi pada ibu tentang kondisi ibu dan janin

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Rasional | : | Memberi informasi tentang hasil pemeriksaan  kepada ibu merupakan langkah awal bagi bidan  dalam membina hubungan komunikasi yang  efektif, sehingga dalam pemberian KIE akan  tercapai pemahaman materi KIE  yang optimal. |

* 1. Berikan konseling tentang ketidaknyamanan akibat perubahan f isiologis pada trimester III.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Rasional | : | Adanya respon positif dari ibu terhadap perubahan- perubahan yang terajdi dapat mengurangi kecemasan dan dapat beradaptasi dengan perubahan-perubahan yang terjadi, sehingga apabila ibu mengalami ketidaknyamanan itu, ibu sudah tau bagaimana cara  mengatasinya. |

* 1. Anjurkan ibu makan makanan yang bergizi seimbang

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Rasional | : | Makanan bergizi seimbang merupakan sumber karbohidrat, protein, lemak, vitamin dan mineral yang merupakan zat-zat yang berguna untuk pertumbuhan  dan mendukung kesehatan ibu . |

* 1. Anjurkan ibu untuk istirahat cukup

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Rasional | : | Istirahat cukup dapat menghindarkan  Ibu dari kelelahan yang berlebihan dan  metabolisme tubuh dapat berlangsung dengan baik. |

* 1. Berikan konseling pada ibu dan keluarga tentang persiapan persalinan.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Rasional | : | Persiapan persalinan lebih dini dapat  Mengantisipasi adanya ketidaksiapan  keluarga ketika sudah  ada tanda- tanda persalinan |

* 1. Beritahu ibu jadwal periksa selanjutnya dan ajurkan ibu untuk periksa kehamilan secara teratur.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Rasional | : | Sebagai upaya diri untuk mendeteksi  adanya kelainan- kelainan yang terjadi  pada ibu hamil. |

* 1. Masalah
     1. Sering Buang Air Kecil

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Subjektif | : | Ibu mengalami susah buang air kecil |
| Objektif | : | Kandung kemih teraba penuh |
| Tujuan | : | Ibu mampu beradaptasi dengan  Perubahan fisiologis yang dialaminya. |
| Kriteria  hasil | : | Ibu mampu beradaptasi  Dengan perubahan fisiologis yang dialaminya. |
| Intervensi | : |  |

* + - 1. Beri informasi pada ibu penyebab kencing yang dialaminya.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Rasional | : | Membantu ibu memahami Alasan fisiologis dari penyebab sering kencing pada trimester III. Bagian presentasi akan menurun masuk ke dalam panggul dan menimbulkan tekanan langsung pada kandung kemih,  sehingga ibu akan mengalami sering kencing. |

* + - 1. Diskusikan dengan ibu untuk pengaturan cairan. Anjurkan ibu untuk mengurangi asupan cairan di malam hari, dan banyak minum di siang hari.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Rasional | : | Mengurangi asupan cairan dapat menurunkan volume kandung kemih sehinga kebutuhan cairan ibu terpenuhi tanpa mengganggu  istirahat ibu di malam hari. |

* + - 1. Beritahu ibu agar tidak menahan kencing

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Rasional | : | Menahan kencing dapat memenuhi kandung kemih sehingga menghambat turunnya bagian terendah janin. |

* + - 1. Diskusikan dengan ibu tentang pemilihan minuman. Anjurkan ibu untuk tidak sering minum teh atau kopi.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Rasional | : | Teh dan kopi mengandung kafien yang memiliki sifat diuretik sehingga merangsang untuk sering  kencing. |

* + 1. Masalah Konstipasi

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Subjektif | : | Ibu mengalami susah buang air besar |
| Objektif | : | Pada palpasi teraba skibala |
| Tujuan | : | Ibu mengetahui penyebab kosntipasi  yang dialaminya. |
| Kriteria  hasil | : | Ibu dapat beradaptasi dengan  konstipasinya. Kebutuhan nutrisi ibu terpenuhi. |
| Intervensi | : |  |

* + - 1. Jelaskan pada ibu penyebab konstipasi.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Rasional | : | Penurunan peristaltis yang disebabkan relaksasi otot pada usus besar ketika terjadi peniningkatan jumlah progesteron dapat menyebabkan Konstipasi |

* + - 1. Anjurkan ibu untuk mengkonsumsi makan tinggi serat.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Rasional | : | Karsinogen dalam usus diikat oleh serat sehingga feses lebih cepat bergerak dan mudah dikeluarkan. |

* + - 1. Anjurkan ibu untuk banyak minum air putih.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Rasional | : | Air merupakan pelarut penting yang dibutuhkan untuk pencernaan, transportasi nutrien ke sel. |

* + - 1. Anjurkan ibu untuk minum air hangat sebelum bangun dari tempat tidur.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Rasional | : | Minuman hangat sebelum beraktivitas dapat merangsang gerak peristaltik usus. |

* + 1. Masalah Hemoroid

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Subjektif | : | | Ibu mengatakan mersakan nyeri pada usus. | |
| Objektif | : | | Terlihat ada benjolan di anus. | |
| Tujuan | : | | Nyeri akibat hemoroid berkurang dan tidak  menimbulkan komplikasi. | |
| Kriteria hasil | : | | Ukuran hemoroid berkurang atau mengecil | |
| Intervensi | | : | |

* + - 1. Anjurkan ibu untuk mengkonsumsi makanan serat tinggi.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Rasional | : | Karsinogen dalam usus diikat  oleh serat sehingga feses lebih cepat  bergerak dan mudah dikelurakan, serat  juga dapat mempertahankan  kadar air pada proses pencernaan. |

* + - 1. Anjurkan ibu untuk menghindari duduk terlalu lama atau memakai pakaian yang terlalu ketat.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Rasional | : | Duduk terlalu lama atau menggunakan  Pakaian terlalu ketat merupakan  faktor presdiposisi terjadinya hemoroid. |

* + - 1. Anjurkan ibu untuk banyak minum air putih

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Rasional | : | Air merupakan pelarut penting yang  dibutuhkan untuk pencernaan, transportasi nutrien ke sel dan pembuangan sampah tubuh. |

* + 1. Masalah Kram Tungkai

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Subjektif | : | Ibu mengatakan kram pada kaki bagian bawah |
| Objektif | : | Ada nyeri pada kaki bekas kram |
| Tujuan | : | Ibu mengerti kram yang dialaminya dapat  Beradaptasi dan mengatasi kram yang terjadi. |
| Kriteria  hasil | : | Kram tungkai dapat berkurang dan aktivitas  sehari-hari  tidak terganggu. |
| Intervensi | : |  |

* + - 1. Jelaskan pada ibu tentang penyebab kram tungkai.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Rasional | : | Uterus yang membesar memberi tekananan  pada pembuluh darah panggul,  sehingga mengganggu sirkulasi atau saraf,  sementara saraf ini melewati foramen  obturator dalam perjalanan menuju  ekstermitas bagian bawah. |

* + - 1. Anjurkan ibu untuk melakukan senam hamil secara teratur.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Rasional | : | Senam hamil dapat memperlancar aliran  DaraH dan suplai O2 ke jaringan terpenuhi |

* + - 1. Anjurkan ibu untuk mengurangi penenkanan yang lama pada kaki.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Rasional | : | Penekanan yang lama pada  Kaki dapat menghambat aliran darah. |

* + 1. Masalah Varises

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Subjektif | : | Ibu mengatakan nyeri pada kaki. |
| Objektif | : | Terlihat bendungan vena pada kaki ibu. |
| Tujuan | : | Ibu dapat beradaptasi dengan perubahan  fisiologi yang dialaminya |
| Kriteria  hasil | : | Varises berkurang atau mengecil.  Aktivitas ibu tidak terganggu. |

|  |  |
| --- | --- |
| Intervensi | : |

* + - 1. Jelaskan pada ibu tentang penyebab terjadinya varises.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Rasional | : | Varises dapat diakibatkan oleh gangguan sirkulasi vena dan peningkatan tekanan pada vena ekstermitas bagian bawah karena penekanan uterus yang membesar pada vena kava inferior saat ibu berbaring  pakaian ketat juga dapat menyebabkan varises. |

* + - 1. Anjurkan ibu untuk tidak menggunakan pakaian yang ketat.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Rasional | : | Pakaian yang ketat akan menahan pembuluh darah sehingga aliran darah vena kafa inferior  terganggu. |

* + - 1. Anjurkan ibu untuk istirahat dengan menaikkan kaki setinggi mungkin.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Rasional | : | Posisi kaki yang tinggidapat membalikkan efek gravitasi sehingga perdarahan balik lancar. |

* + 1. Insomnia

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Subjektif | : | Ibu mengatakan susah tidur |
| Objektif | : | Terlihat kantung mata pada ibu. |
| Tujuan | : | Ibu tidak mengalami insomnia |
| Kriteria  hasil | : | Kebutuhan istirahat ibu terpenuhi |
| Intervensi | : |  |

* + - 1. Anjurkan ibu untuk tidak banyak memikirkan sesuatu sebelum tidur.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Rasional | : | Kecemasan dan kekhawatiran dapat  menyebabkan insomnia. |

* + - 1. Anjurkan ibu untuk minum minuman hangat sebelum tidur.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Rasional | : | Air hangat memiliki efek sedasi  atau merangsang untuk tidur |

* + 1. Masalah Nyeri pada perut bawah (Ligamentum Rotundum)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Subjektif | : | Ibu mengatakan nyeri pada perut bagian bawah. |
| Objektif | : | Uterus tampak mulai membesar yang menyebabkan tekanan yang besar pada daerah  ligamentum. |
| Tujuan | : | Nyeri yang dialami ligamen berkurang. |
| Kriteria  hasil | : | Aktivitas ibu tidak terganggu. |
| Intervensi | : |  |

* + - 1. Jelaskan pada ibu penyebab terjadinya nyeri.

|  |  |
| --- | --- |
| Rasional | : |

* + - 1. Anjurkan ibu untuk meyangga uterus bagian bawah menggunakan bantal saat tidur miring

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Rasional | : | Bantal digunakan untuk menopang  uterus sehingga dapat mengurangidan Tidak memperparah rasa nyeri di daerah ligamen. |

* + 1. Masalah Nyeri Punggung Bagian Bawah

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Subjektif | : | Ibu mengatakan mengalami nyeri pada  Punggung bagian bawah. |
| Objektif | : | Ketiak berdiri terlihat postur tubuh ibu  condong ke belakang |
| Tujuan | : | Ibu dapat beradaptasi dengan nyeri punggung  yang dialaminya. |
| Kriteria  hasil | : | Nyeri punggung berkurang. Aktivitas ibu  tidak terganggu. |
| Intervensi | : |  |

* + - 1. Berikan penjelasan pada ibu penyebab nyeri.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Rasional | : | Nyeri punggung karena peregangan  Pusat gravitasi dan perubahan postur tubuh. |

* + - 1. Anjurkan ibu untuk tidak menggunakan sandal atau sepatu yang berhak tinggi.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Rasional | : | Hak tinggi akan menambah sikap ibu menjadi hiperlordosis dan sipnase otot-otot pinggang sehingga nyeri bertambah. |

* + - 1. Anjurkan ibu untuk mengindari pekerjaan berat.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Rasional | : | Pekerjaan yang berat dapat meningkatkan kontraksi otot sehingga suplai darah berkurang dan merangsang reseptor nyeri. |

* + - 1. Anjurkan ibu mengompres air hangat pada bagian yang terasa nyeri.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Rasional | : | Kompres air hangat akan meningkatkan vaskularisasi dari daerah  punggung sehingga nyeri berkurang. |

* + - 1. Anjurkan ibu untuk melakukan senam hamil secara teratur.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Rasional | : | Senam akan menguatkan otot-otot  dan memperlancar aliran darah. |

* + 1. Masalah Sesak Nafas

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Subjektif | : | Ibu mengatakan mengalami sesak saat bernafas. |
| Objektif | : | Respiration rate meningkat, nafas ibu  tampak cepat,pendek dan dalam. |
| Tujuan | : | Ibu dapat beradaptasi dengan sesak nafas  yang dialaminya. |
| Kriteria hasil | : | Kebutuhan oksigen ibu terpenuhi. Sesak nafas  yang diamali berkurang. Suplai oksigen  dari ibu ke janin terpenuhi. Pernafasan  normal 16-24x/menit. |
| Intervensi | : |  |

* + - 1. Jelaskan tentang penyebab terjadinya sesak nafas

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Rasional | : | Tekanan pada diafragma menimbulkan  Pernafsaan atau kesadaran sulit bernafas. |

* + - 1. Anjurkan ibu untuk tidak tidur dengan bantal yang tinggi

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Rasional | : | Karena uterus yang membesa sehingga diafragma terangkat 4 cm, dengan bantal yang tinggi dapat mengurangi tekanan diafrgama. |

* + - 1. Sarankan ibu untuk menjaga posisi saat duduk dan berdiri

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Rasional | : | Posisi duduk dan berdiri yang benar  dapat mengurangi tekanan pada diafragma |

* + - 1. Anjurkan ibu untuk memakai pakaian yang longgar

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Rasional | : | Pakaian yang longgar mengurangi tekanan  Pada dada/thorax dan perut. |

**Langkah 6 Implementasi**

Pada langkah ini bidan mengarahkan atau melaksanakan rencana asuhan secara efektif dan aman, memiliki tanggung jawab untuk mengarahkan pelaksanaannya. Bila peru berkolaborasi dengan dokter misalnya karena adanya komplikasi. Manajemen yang efisien berhubungan dengan waktu, biaya serta peningkatan mutu asuhan. Kaji ulang apakah semua rencana telah dilaksanakan (Muslihatun, 2009). Asuhan kebidanan pada ibu hamil itu meliputi menimbang berat badan, mengukur tinggi badan, mengukur tekanan darah, mengukur LILA, mengukur TFU, menentukan status imunisasi dan memberikan imunisasi TT sesuai status imunisasi, memberikan tablet tambah darah, menentukan presentasi janin dan menghitung DJJ, memberikan konseling mengenai lingkungan yang bersih, kebutuhan nutrisi, pakaian, istirahat dan rekreasi, perawatan payudara, body mekanik, kebutuhan seksual, kebutuhan eliminasi, senam hamil, serta persiapan persalinan dan kelahiran bayi, memberikan pelayanan tes laboratorium sederhana, dan melakukan tatalaksana (Handayani & Mulyati,, 2017).

**Langkah 7 Evaluasi**

Pada langkah ini di lakukan keefektifan dari asuhan yang sudah di berikan meliputi pemenuhan kebutuhan akan bantuan apakah benar-benar telah terpenuhi sesuai dengan kebutuhan sebagaimana telah di identifikasih di dalam masalah dan diagnosa. Rencana tersebut dapat dianggap efektif jika memang benar efektif dalam pelaksanaanyaBerikut adalah uraian evaluasi dari pelaksanaan.

* + - 1. **Catatan Perkembangan kunjungan pada ibu hamil**

1. **Data Subyektif**
   1. Keluhan Utama

Menurut Bobak, dkk (2005) dan Prawirohardjo (2010), keluhan yang muncul pada kehamilan trimester III meliputi sering kencing, nyeri pinggang dan sesak napas akibat pembesaran uterus serta merasa khawatir akan kelahiran bayinya dan keselamatannya. Selain itu, konstipasi dan sering lelah merupakan hal yang wajar dikeluhkan oleh ibu hamil (Mochtar, 2011).

1. **Data Obyektif**
   1. Pemeriksaan Umum
      1. Kesadaran: Bertujuan untuk menilai status kesadaran ibu. Composmenti adalah status kesadaran dimana ibu mengalami kesadaran penuh dengan memberikan respons yang cukup terhadap stimulus yang diberikan (Hidayat dan Uliyah, 2008).
   2. Berat Badan: Penambahan berat badan minimal selama kehamilan adalah ≥ 9 kg
   3. Tanda-tanda Vital
      * 1. Tekanan darah

100/60 – 140/90 mmHg, tetapi bervariasi tergantung usia dan variable lainnya. WHO menetapkan hipertensi jika tekanan sistolik ≥ 160 mmHg dan tekanan diastolic ≥ 95 mmHg.

* + - 1. Nadi

Pada wanita dewasa sehat yang tidak hamil memiliki kisaran denyut jantung 70 denyut per menit dengan rentang normal 60-100 denyut per menit. Namun selama kehamilan mengalami peningkatan sekitar 15-20 denyut per menit.

* + - 1. Suhu

35,8-37,3° C (Johnson dan Taylor, 2005).

* + - 1. Pernapasan

Sedangkan menurut Varney, dkk. (2006), pernapasan orang dewasa normal adalah antara 16-20 ×/menit.

1. **Analisis**

G\_P\_\_\_Ab\_\_\_UK\_minggu,JaninTunggal/Hidup/Intrauterine,Letak kepala,Punggung kanan/kiri, Keadaan ibu dan janin baik.

1. **Penatalaksaan**

Standar pelayanan antenatal merupakan rencana asuhan pada ibu hamil yang minimal dilakukan pada setiap kunjungan antenatal, antara lain timbang berat badan, ukur tinggi badan, ukur tekanan darah, ukur LILA, ukur TFU, berikan tablet tambah darah, tentukan presentasi janin dan hitung DJJ, berikan konseling mengenai lingkungan yang bersih, kebutuhan nutrisi, pakaian, istirahat dan rekreasi, perawatan payudara, body mekanik, kebutuhan seksual, kebutuhan eliminasi, senam hamil, serta persiapan persalinan dan kelahiran bayi, berikan pelayanan tes laboratorium sederhana, dan lakukan tatalaksana.

* + 1. **Konsep Manajemen Asuhan Kebidanan Pesalinan**
       1. **Manajemen Kebidanan Persalinan Kala I**

1. **Data Subjektif**
2. Keluhan Utama

Untuk mengetahui keluhan yang dirasakan saat pemeriksaan. Persoalan yang dirasakan pada ibu bersalin umumnya adalah rasa sakit pada perut dan pinggang akibat kontraksi yang datang lebih kuat, sering dan teratur, keluarnya lendir darah dan keluarnya air ketuban dari jalan lahir merupakan tanda dan gejala persalinan yang akan dikeluhkan oleh ibu menjelang akan bersalin

(Mochtar,2015).

1. **Data Objektif**
2. Pemeriksaan umum
   * 1. Keadaan umum

Untuk mengetahui keadaan klien lemah, cukup,atau baik

* + 1. Kesadaran

Composmentis adalah status kesadaran dimana ibu mengalami kesadaran penuh dengan memberikan respons yang cukup terhadap stimulus yang diberikan (Hidayat dan Uliyah,2018).

* + 1. Tanda-tanda Vital
       1. Tekanan darah

Normalnya sistole 100-120mmHg, diastole 60-80mmHg.

* + - 1. Suhu

Normalnya 36,5 – 37,50C, >37,50C termasuk hipertermi.

* + - 1. Nadi

Denyut normal 60– 100x/menit.

* + - 1. Pernafasan

Pernafasan normal 16 – 24x/menit.

1. Pemeriksaan fisik
2. Wajah :pucat/tidak, oedem palpebra dan pipi, terdapat kloasma gravidarum atau tidak
3. Mata :simetris, konjungtiva merah muda/pucat, sklera putih atau tidak, fungsi penglihatan masihbaik/tidak
4. Abdomen

Leopold 1 : Pemeriksa menghadap ke arah muka ibu hamil, menentukan tinggi fundus uteri dan bagian janin yang terdapat pada fundus. TBJ, jika kepala janin belum masuk ke pintu atas panggul Berat janin = (TFU – 12) × 155 gram. Jika kepala janin telah masuk ke pintu atas panggul Berat janin = (TFU – 11) × 155 gram.

Leopold 2 : Menentukan batas samping rahim kanan dan kiri, menentukan letak punggung janin dan pada letak lintang, menentukan letak kepala janin

Leopold 3 : menentukan bagian terbawah janin dan menentukan apakah bagian terbawah tersebut sudah masuk ke pintu atas panggul atau masih dapat digerakkan.

Leopold 4 : pemeriksa menghadap ke arah kaki ibu hamil dan menentukan bagian terbawah janin dan berapa jauh bagian terbawah janin masuk ke pintu atas panggul (Mochtar, 2015)

Auskultasi : Denyut jantung janin normal adalah antara 120-160 ×/menit (Kemenkes RI, 2015).

1. Genitalia dan anus : Pengaruh hormon estrogen dan progesteron menyebabkan pelebaran pembuluh darah sehingga terjadi varises pada sekitar genetalia. Namun tidak semua ibu hamil akan mengalami varises pada daerah tersebut (Mochtar, 2015). Pada keadaan normal, tidak terdapat hemoroid pada anus serta pembengkakan pada kelenjar bartolini dan kelenjar skene. Pengeluaran pervaginam seperti bloody show dan air ketuban juga harus dikaji untuk memastikan adanya tanda dan gejala persalinan (Mochtar, 2015).
2. Ekstremitas: Mengetahui apakah simetris, adakah oedema pada ekstremitas atas dan bawah (+/+), adakah varises, kuku jari dan akral apakah pucat, refleks patella dapat(+/)
3. Pemeriksaan Dalam

Pemeriksaan vaginal toucher bertujuan untuk mengkaji penipisan dan pembukaan serviks, bagian terendah, dan status ketuban. Jika janin dalam presentasi kepala, moulding, kaput suksedaneum dan posisi janin perlu dikaji dengan pemeriksaan dalam untuk memastikan adaptasi janin dengan panggul ibu (Varney, dkk, 2007). Pembukaan serviks pada fase laten berlangsung selama 7-8 jam. Sedangkan pada fase aktif dibagi menjadi 3 fase yaitu fase akselerasi, fase dilatasi maksimal dan fase deselerasi yang masing- masing fase berlangsung selama 2 jam (Mochtar, 2015).

1. **Analisa**

G\_P\_\_\_Ab\_\_UK.\_ minggu inpartu kala ….. janin tunggal/ kembar, hidup/ mati, intrauterin /ekstrauterin

1. **Penatalaksanaan**
2. Memberikan dukungan psikologis pada klien
3. Memberikan teknik relaksasi sebelum persalinan.Berikan penjelasan agar ibu dalam posisi miring ke kiri agar proses penurunan kepala bayi dapat terjadi lebih cepat.
4. Memberikan penjelasan bahwa ibu tidak boleh mengejan dahulu karena pembukaan belum lengkap
5. Lakukan observasi kondisi ibu (tekanan darah, suhu, nadi) dan kondisi janin(denyut jantung janin), kontraksi, dan pemeriksaan dalam selama persalinan secara teratur.
6. Memenuhi kebutuhan nutrsisi ibu agar makan dan minum secukupnya untuk persiapan tenaga mengejan saat persalinan
7. Menganjurkan saran kepada ibu agar sering berkemih dan tidak menahan buang air kecil
8. Mengajarkan ibu tentang cara mengejan yang benar setelah pembukaan lengkap selama proses persalinan
9. Memberikan saran kepada suami dan keluarga agar menemani ibu dan memijat punggung ibu atau membasuh muka ibu.
   * + 1. **Manajemen Kebidanan Persalinan Kala II**
10. **Data Subjektif**

Mengetahui apa yang dirasakan ibu, biasanya ibu akan merasakan tanda gejala kala II yaitu merasakan ingin meneran bersamaan dengan terjadinya kontraksi, adanya peningkatan tekanan pada rectum dan vagina, perineum menonjol, vulva vagina dan sfingter ani membuka, adanya peningkatan pengeluaran lendir bercampur darah (Suwanti, 2016).

1. **Data Objektif**
2. Pemeriksaan Umum
3. Keadaan Umum

Menilai keadaan umum baik secara fisik maupun psikologis (kejiwaan) ibu hamil.

1. Kesadaran

Kesadaran dinilai baik jika dapat menjawab semua pertanyaan. Orang yang sadar menunjukkan tidak ada kelainan psikologis

1. Tanda-tanda Vital

Tekanan darah : peningkatan tekanan sistolik 10-20 mmHg dan diastolic 5-10 mmHg dan saat diantara waktu kontraksi tekanan darah akan kembali ke tingkat sebelum persalinan.

Suhu : Peningkatan suhu normal tidak lebih dari 0,5° C sampai 1°C.

Nadi : Frekuensi denyut nadi di antara waktu kontraksi sedikit lebih

tinggi dibanding selama periode menjelang persalinan.

Pernafasan : 16-20 x/menit. Sedikit peningkatan frekuensi pernapasan masih normal selama persalinan (Handayani dan Mulyati, 2017).

1. Pemeriksaan Fisik
2. Obstetri Abdomen

Inspeksi : Warna air ketuban hanya bisa dinilai jika selaput ketuban telah pecah.

Auskultasi : 120- 160×/menit.

Kontraksi Kontraksi Uterus bertambah lebih kuat, interval 2-3 menit, dan durasi 50-100 detik (Suwanti, 2016).

1. Genetalia

Inspeksi : Perineum terlihat menonjol. Vulva, vagina dan anus terlihat membuka.

Vaginal Toucher : Hasil pemeriksaan dalam: pembukaan lengkap (10 cm), ketuban bisa masih utuh, bisa juga sudah pecah sebelumnya. Penyusupan tulang kepala (molase) merupakan indikasi penting seberapa jauh janin dapat menyesuaikan dengan tulang panggul ibu (Suwanti,2016).

1. **Analisa**

G\_P\_\_\_A\_\_ inpartu kala II dengan kondisi ibu dan janin dalam keadaan(baik/tidak).

1. **Penatalaksanaan**
2. Mendengar dan melihat adanya tanda persalinan kala I
3. Memastikan kelengkapan alat, bahan, dan obat-obatan esensial untuk menolong persalinan dan tatalaksana komplikasi ibu dan bayi baru lahir.
4. Memakai celemek plastik.
5. Melepaskan dan menyimpan semua perhiasan yang diapakai, cuci tangan dengan sabun dan air bersih mengalir kemudian keringkan tangan dengan tisu atau handuk pribadi yang bersih dan kering.
6. Memakai sarung tangan DTT pada tangan yang akan digunakan untuk periksa dalam.
7. Memasukkan oksitosin ke dalam tabung suntik (gunakan tangan yang memakai sarung tangan DTT atau steril) pastikan tidak terjadi kontaminasi pada alat suntik.
8. Membersihkan vulva dan perineum dengan hati-hati (jari tidak boleh menyentuh vulva dan perineum) dari depan ke belakang dengan menggunakan kapas atau kassa yang dibasahi air DTT.Jika introitus vagina, perineum, atau anus terkontaminasi tinja, membersihkan dengan seksama dari arah depan ke belakang. Membuang kapas atau kassa pembersih yang telah digunakan.
9. Melakukan periksa dalam untuk memastikan pembukaan sudah lengkap. Bila selaput ketuban belum pecah dn pembukaan lengkap, maka melakukan amniotomy.
10. Mendekontaminasi sarung tangan dengan cara mencelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5% kemudian melepas dan rendam keadaan terbalik dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit. Mencuci kedua tangan dengan air mengalir setelah sarung tangan dilepaskan.
11. Memeriksaetak jantung janin (DJJ) setelah kontraksi/saat relaksasi untuk memastikan bahwa DJJ dalam batas normal (120 – 160 x/menit).
12. Memberitahukan bahwa pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik, dan bantu ibu dalam menemukan posisi yang nyaman dan sesuai dengan keinginannya. Tunggu hingga timbul rasa ingin meneran, lanjutkan pemantauan kondisi dan kenyamanan ibu dan janin (ikuti pedoman penatalaksanaan fase aktif) dan dokumentasikan semua temuan yang ada.
13. Jelaskan pada anggota keluarga tentang bagaimana peran mereka untuk mendukung dan memberi semangat pada ibu untuk meneran secara benar.
14. Meminta keluarga membantu menyiapkan posisi meneran (bila ada rasa ingin meneran dan terjadi kontraksi yang kuat, bantu ibu ke posisi setengah duduk atau posisi lain yang diinginkan dan pastikan ibu merasa nyaman).
15. Melaksanakan bimbingan meneran pada saat ibu merasa ada dorongan kuat untuk meneran.
16. Menganjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok, atau mengambil posisi yang nyaman, jika ibu belum merasa ada dorongan untuk meneran dalam 60 menit.
17. Meletakkan handuk bersih (untuk mengeringkan bayi) diperut ibu, jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5 –6 cm.
18. Meletakkan kain bersih yang dilipat 1/3 bagian dibawah bokong ibu.
19. Membuka tutup partus set dan perhatikan kembali kelengkapan alat dan bahan.
20. Memakai sarung tangan DTT pada kedua tangan.
21. Setelah tampak kepala bayi dengan diameter 5 – 6 cm membuka vulva maka lindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi kain bersih dan kering. Tangan yang lain menahan kepala bayi untuk menahan posisi bayi tetap defleksi. Anjurkan ibu untuk meneran perlahan dan bernapas cepat dan dangkal.
22. Memeriksa kemungkinan adanya lilitan tali pusat dan mengambil tindakan yang sesuai jika hal itu terjadi, dan segera melanjutkan proses kelahiran bayi.Jika tali pusat melilit leher secara longgar, lepaskan lewat bagian atas kepala bayi. Jika tali pusat melilit leher secara kuat, klem tali pusat di dia tempat dan potong diantara dua klem tersebut.
23. Menunggu kepala bayi melakukan putar paksi luar, memegang secara spontan.
24. Setelah kepala melakukan putar paksi luar, memegang secara biparietal. Menganjurkan ibu untuk meneran saat kontraksi, dengan lembut gerakkan kepala ke arah bawah dan distal hingga bahu depan muncul dibawah arcus pubis dan kemudian gerakkan ke arah atas distal untuk melahirkan bahu belakang.
25. Setelah kedua bahu lahir, geser tangan atas ke arah perineum ibu untuk menyanggah kepala, lengan dan siku sebelah bawah. Gunakan tangan atas untuk menelusuri dan memegang lengan dan siku sebelah atas.
26. Setelah tubuh dan lengan lahir, penelusuran tangan atas berlanjut ke punggung, bokong, tungkai dan kaki. Pegang kedua mata kaki (memasukkan telunjuk di antara kaki dan memegang masing-masing mata kaki dengan ibu jari dan jari-jari lainnya.)
27. Melakukan penilaian sepintas (selintas) Menilai tangis kuat bayi dan atau bernapas tanpa kesulitan. Menilai gerak aktif bayi. Mengeringkan tubuh bayi dimulai dari muka, kepala dan bagian tubuh lainnya kecuali bagian tangan tanpa membersihkan verniks. Mengganti handuk basah dengan handuk/kain yang kering.Membiarkan bayi diatas perut ibu dan memeriksa kembali uterus untuk memastikan tidak ada lagi bayi dalam uterus (hamil tunggal).
    * + 1. **Manajemen Kebidanan Persalinan Kala II**
28. **Data Subjektif**
29. Keluhan Utama

Informasi yang diceritakan ibu tentang apa yang dirasakan, apa yang dialaminya setelah bayi lahir. Ibu bersalin kala III akan merasakan perutnya mulas karena adanya kontraksi uterus untuk melepaskan plasenta (Suwanti, 2016).

1. **Data Objektif**
2. Pemeriksaan Umum
3. Keadaan Umum

Menilai keadaan umum baik secara fisik maupun psikologis (kejiwaan) ibu hamil.

1. Kesadaran

Kesadaran dinilai baik jika dapat menjawab semua pertanyaan. Orang yang sadar menunjukkan tidak ada kelainan psikologis.

1. Pemeriksaan Fisik
2. Kontraksi

Hal yang perlu dikaji yaitu frekuensi/jumlah his dan kekuatan his. Kontraksi uterus keras selama 15 menit pertama.

1. TFU

Biasanya pada kala III TFU teraba setinggi pusat.

1. Vagina

Adanya semburan darah dan pemanjangan tali pusat. Ada tidaknya robekan.

1. **Analisa**

P\_\_\_ Ab\_\_ inpartu kala III dengan kondisi ibu dan janin dalam keadaan(baik/tidak).

1. **Penatalaksanaan**
2. Memberitahu ibu bahwa ia akan disuntik oksitosin 10 IU IM (intramuskular) di 1/3 paha atas bagian distal lateral (lakukan aspirasi sebelum menyuntikkan oksitosin).
3. Setelah 2 menit pasca persalinan, jepit tali pusat dengan klem kira-kira 3 cm dari pusat bayi. Mendorong isi tali pusat kearah distal (ibu) dan menjepit kembali tali pusat pada 2 cm dari klem pertama.
4. Pemotongan dan pengikatan tali pusat.
5. Menggunakan satu tangan, memegang tali pusat yang telah dijepit (melindungi perut bayi) dan lakukan pengguntingan tali pusat diantara 2 klem tersebut.
6. Mengikat tali pusat dengan benang DTT atau steril pada satu sisi kemudian melingkarkan kembali benang tersebut dan mengikatnya dengan simpul kunci pada sisi lainnya.
7. Melepaskan klem dan memasukkan dalam wadah yang telah disediakan.
8. Meletakkan bayi agar ada kontak kulit ibu ke kulit bayi, meletakkan bayi tengkurap di dada ibu. Meluruskan bayi, sehingga bayi menempel di dada/perut ibu. Mengusahakan kepala bayi berada diantara payudara ibu dengan posisi lebih rendah dari puting payudara ibu.
9. Menyelimuti ibu dan bayi dengan kain hangat dan memasang topi di kepala bayi.
10. Memindahkan klem pada tali pusat hingga berjarak 5 – 10 cm dari vulva.
11. Meletakkan satu tangan diatas kain pada perut ibu, pada tepi atas sympisis untuk mendeteksi adanya kontraksi. Tangan lain memegang tali pusat.
12. Setelah uterus berkontraksi, menegangkan tali pusat kearah bawah sambal tangan yang lain mendorong uterus ke arah belakang – atas (dorso kranial) secara hati-hati (untuk mencegah inversio uteri). Mempertahankan posisi tangan dorso kranial selama 30 – 40 detik.
13. Jika plasenta tidak lahir setelah 30 – 40 detik, hentikan penegangan tali pusat dan menunggu hingga timbul kontraksi berikutnya dan mengulangi prosedur diatas.
14. Jika uterus tidak segera berkontraksi, meminta ibu, suami dan anggota keluarga untuk melakukan stimulasi puting susu.
15. Melakukan penegangan dan dorongan dorso kranial hingga plasenta terlepas, meminta ibu meneran sambal penolong menarik tali pusat dengan arah sejajar lantai dan kemudian ke arah atas, mengikuti poros jalan lahir (tetap melakukan dorso kranial).
16. Jika tali pusat bertambah panjang, memindahkan klem hingga berjarak sekitar 5 – 10 cm dari vulva dan melahirkan plasenta.
17. Jika plasenta tidak lepas setelah 15 menit menegangkan tali pusat:
18. Memberi dosis ulangan oksitosin 10 IU secara IM.
19. Melakukan kateterisasi (aseptic) jika kandung kemih penuh.
20. Meminta keluarga untuk menyiapkan rujukan.
21. Mengulangi penegangan tali pusat 15 menit berikutnya.
22. Jika plasenta tidak lahir dalam 30 menit setelah bayi lahir atau bila terjadi perdarahan, segera melakukan plasenta manual.
23. Saat plasenta muncul di introitus vagina, melahirkan plasenta dengan kedua tangan. Memegang dan memutar plasenta (searah jarum jam) hingga selaput ketuban terpilin kemudian melahirkan dan menempatkan plasenta pada wadah yang telah disediakan.
24. Jika selaput ketuban robek, memakai sarung tangan DTT atau steril untuk melakukan eksplorasi sisa selaput kemudian menggunakan jari-jari tangan atau klem DTT atau steril untuk mengeluarkan bagian selaput yang tertinggal.
25. Segera setelah plasenta dan selaput ketubah lahir, melakukan masase uterus, meletakkan telapak tangan di fundus dan melakukan masase dengan gerakan melingkar dengan lembut hingga uterus berkontraksi (fundus teraba keras).Melakukan tindakan yang diperlukan jika uterus tidak berkontraksi setelah 15 detik masase.
26. Memeriksa kedua sisi plasenta baik bagian ibu maupun bayi, dan memastikan selaput ketuban lengkap dan utuh. Memasukkan plasenta kedalam tempat yang disediakan.
    * + 1. **Manajemen Kebidanan Persalinan Kala II**
27. **Data Subjektif**

Pada persalinan kala IV normal relatif ibu tidak ada keluhan, kecuali perut terasa mules, hal ini berkaitan dengan proses involusi (Suwanti, 2016).

1. **Data Objektif**
2. Pemeriksaan Umum
3. Keadaan Umum

Baik. Jika klien memperlihatkan respon yang baik terhadap lingkungan dan orang lain, serta secara fisik pasien tidak mengalami ketergantungan dalam berjalan. Lemah. Klien dimasukkan dalam kriteria ini jika ia kurang atau tidak memberikan respon yang baik terhadap lingkungan dan orang disekitarnya, dan klien tidak mampu berjalan sendiri.

1. Kesadaran

Kesadaran dinilai baik jika dapat menjawab semua pertanyaan. Orang yang sadar menunjukkan tidak ada kelainan psikologis.

1. Pemeriksaan Fisik
2. Kontraksi

Hal yang perlu dikaji yaitu frekuensi/jumlah his dan kekuatan his. Kontraksi uterus akan teraba keras.

1. Pemeriksaan TFU

Biasanya pada kala IV TFU teraba 1 – 2 jari di bawah pusat.

1. Perdarahan

Secara normal jumlah perdarahan adalah 100-300cc.

1. Kandung kencing

Harus kosong, kalau penuh ibu disuruh kencing dan kalau tidak bisa lakukan kateterisasi.

1. Robekan jalan lahir atau laserasi

Bila ada laserasi perineum maka ditentukan derajat laserasi dan perlu tidaknya untuk dijahit.

1. **Analisa**

P\_\_ Ab\_\_ kala IV dalam keadaan ibu dan bayi (baik/tidak)

1. **Penatalaksanaan**
2. Mengevaluasi kemungkinan laserasi pada vagina dan perineum
3. Melakukan penjahitan bila laserasi menyebabkan perdarahan (bila ada robekan yang menimbulkan perdarahan aktif, segera lakukan penjahitan).
4. Memastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan pervaginam.
5. Biarkan bayi tetap melakukan kontak kulit di dada ibu minimal 1 jam.
6. Setelahmelakukan penimbangan/pengukuran bayi, memberi tetes mata antibiotic profilaksis dan vitamin K1 1 mg IM di paha kiri anterolateral.
7. Setelah satu jam pemberian vitamin K1, memberikan suntikan imunisasi Hepatitis B di paha kanan anterolateral.
8. Meletakkan bayi dalam jangkauan ibu agar sewaktu- waktu bisa disusukan.
9. Meletakkan kembali bayi pada dada ibu bila bayi belum berhasil menyusu di dalam satu jam pertama dan membiarkan sampai bayi berhasil menyusu.
10. Melanjutkan pemantauan kontraksi dan mencegah perdarahan pervaginam.
    1. 2– 3 kali dalam 15 menit pertama pasca persalinan.
    2. Setiap 15 menit pada 1 jam pertama pasca persalinan.
    3. Setiap 20 – 30 menit pada jam kedua pasca persalinan.
    4. Jika uterus tidak berkontraksi dengan baik, melakukan asuhan yang sesuai dengan tatalaksana atonia uteri.
11. Menganjurkan ibu/keluarga cara melakukan masase uterus dan menilai kontraksi.
12. Mengevaluasi dan mengestimasi jumlah kehilangan darah.
13. Memeriksa nadi ibu dan keadaan kandung kemih setiap 15 menit selama 1 jam pertama pasca persalinan dan setiap 30 menit selama jam kedua pasca persalinan.
14. Memeriksa kembali bayi untuk mematikan bahwa bayi bernapas dengan baik (40 – 60 x/menit) serta suhu tubuh normal (36,5 –37,5˚C).
15. Menempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (selama 10 menit). Mencuci dan bilas peralatan setelah di dekontaminasi.
16. Membuang bahan-bahan yang terkontaminasi ke tempat sampah yang sesuai.
17. Membersihka ibu dengan menggunakan air DTT, membersihkan sisa cairan ketuban, lendir, dan darah. Membantu ibu memakai pakaian yang bersih dan kering.
18. Memastikan ibu merasa nyaman, membantu ibu memberikan ASI, menganjurkan keluarga untuk memberi ibu makanan dan minuman yang diinginkan.
19. Mendekontaminasi tempat bersalin dengan larutan klorin 0,5%.
20. Mencelupkan sarung tangan kotor ke dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit.
21. Mencuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir.
22. Melengkapi partograf (halaman depan dan belakang), memeriksa tanda-tanda vital dan asuhan kala IV.
    * + 1. **Manajemen Asuhan pada Bayi Baru Lahir**
           1. **Data Subjektif**

Bayi lahir spontan dan segera menanggis,bayi bergerak dengan aktif,dan menyusu dengan kuat. Bayi lahir pukul….dengan jenis kelamin laki-laki/perempuan.

* + - * 1. **Data Objektif**

1. Pemeriksaan Umum
2. Keadaan Umum

Untuk mengetahui keadaan secara umum.

1. Tanda-tanda Vital

Pernapasan : 30-50 kali per menit, dihitung ketika bayi dalam posisi tenang dan tidak ada tanda-tanda distress pernapasan.

Denyut Jantung : 110- 160 denyut per menit dengan rata-rata kira- kira 130 denyut per menit.

Suhu : 36,5-37,5° C (Johnson dan Taylor, 2005).

1. Pemeriksaan Antropometri : Kisaran berat badan bayi baru lahir adalah 2500-4000 gram, panjang badan sekitar 48-52 cm, lingkar kepala sekitar 32-37 cm, kira-kira 2 cm lebih besar dari lingkar dada (30-35 cm) (Ladewig, London dan Olds, 2005). Bayi biasanya mengalami penurunan berat badan dalam beberapa hari pertama yang harus kembali normal pada hari ke-10. Sebaiknya bayi dilakukan penimbangan pada hari ke-3 atau ke-4 dan hari ke-10 untuk memastikan berat badan lahir telah kembali (Johnson dan Taylor, 2005).
2. Apgar Score

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

1. Pemeriksaan Fisik Khusus
2. Kulit

Kulit tampak merah muda, mengindikasikan perfusi perifer yang baik. Bila bayi berpigmen gelap, tanda-tanda perfusi perifer baik dapat dikaji dengan mengobservasi membran mukosa, telapak tangan dan kaki. Kulit bayi juga harus bersih dari ruam, bercak, memar, tanda- tanda infeksi dan trauma (Johnson dan Taylor, 2005).

1. Kepala

Ubun-ubun, sutura, molase, penonjolan atau daerah mencekung, periksa adanya kelainan baik karena trauma persalinan (caput succedaneum, cephal hematoma) atau adanya cacat kongenital (hydrocephalus), dan ukur lingkar kepala.

1. Mata

Inspeksi pada mata bertujuan untuk memastikan bahwa keduanya bersih tanpa tanda-tanda rabas. Jika terdapat rabas, mata harus dibersihkan dan usapannya dapat dilakukan jika diindikasikan (Johnson dan Taylor, 2005).

1. Telinga

Periksa telinga untuk memastikan jumlah, bentuk dan posisinya. Telinga bayi cukup bulan harus memiliki tulang rawan yang cukup agar dapat kembali ke posisi semula ketika digerakkan ke depan secara perlahan. Daun telinga harus berbentuk sempurna dengan lengkungan-lengkungan yang jelas pada bagian atas. Adanya kulit tambahan atau aurikel juga harus dicatat dan dapat berhubungan dengan abnormalitas ginjal.

1. Hidung

Tidak ada kelainan bawaan atau cacat lahir.

1. Mulut

Harus terlihat bersih,lembab dan tidak ada kelainan seperti palatoskisis maupun labiopalatoskisis (Bibir sumbing) (Johnson dan Taylor, 2005).

1. Leher

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

1. Klavikula

Perabaan pada semua klavikula bayi bertujuan untuk memastikan keutuhannya, terutama pada presentasi bokong atau distosia bahu, karena keduanya berisiko menyebabkan fraktur klavikula, yang menyebabkan hanya mampu sedikit bergerak atau bahkan tidak bergerak sama sekali (Johnson dan Taylor, 2005).

1. Dada

Tidak ada retraksi dinding dada bawah yang dalam (WHO, 2013).

1. Umbilikus

Tali pusat dan umbilikus harus diperiksa setiap hari untuk mendeteksi adanya perdarahan tali pusat, tanda-tanda pelepasan dan infeksi. Biasanya tali pusat lepas dalam 5-16 hari. Potongan kecil tali pusat dapat tertinggal di umbilikus sehingga harus diperiksa setiap hari. Tanda awal terjadinya infeksi di sekitar umbilikus dapat diketahui dengan adanya kemerahan disekitar umbilikus, tali pusat berbau busuk dan menjadi lengket (Johnson dan Taylor, 2005).

1. Ekstremitas

Bertujuan untuk mengkaji kesimetrisan, ukuran, bentuk dan posturnya. Panjang kedua kaki juga harus dilakukan dengan meluruskan keduanya. Posisi kaki dalam kaitannya dengan tungkai juga harus diperiksa untuk mengkaji adanya kelainan posisi, seperti deformitas anatomi yang menyebabkan tungkai berputar ke dalam, ke luar, ke atas atau ke bawah. Jumlah jari kaki dan tangan harus lengkap. Bila bayi aktif, keempat ekstremitas harus dapat bergerak bebas, kurangnya gerakan dapat berkaitan dengan rauma (Johnson dan Taylor, 2005).

1. Punggung

Tanda-tanda abnormalitas pada bagian punggung yaitu spina bifida, adanya pembengkakan, dan lesung atau bercak kecil berambut (Johnson dan Taylor, 2005).

1. Genetalia

Pada perempuan vagina berlubang, uretra berlubang dan labia minora telah menutupi labia mayora. Sedangkan pada laki-laki, testis berada dalam skrotum dan penis berlubang pada ujungnya (Saifuddin, 2006).

1. Anus

Secara perlahan membuka lipatan bokong lalu memastikan tidak ada lesung atau sinus dan memiliki sfingter ani (Johnson dan Taylor, 2005).

1. Eliminasi

Keluarnya urine dan mekonium harus dicatat karena merupakan indikasi kepatenan ginjal dan saluran gastrointestinal bagian bawah (Johnson dan Taylor,2005).

1. Pemeriksaan Refleks
2. Morrow

Respon bayi baru lahir akan menghentakkan tangan dan kaki lurus ke arah luar sedangkan lutut fleksi kemudian tangan akan kembali ke arah dada seperti posisi dalam pelukan, jari-jari nampak terpisah membentuk huruf C dan bayi mungkin menangis. Refleks ini akan menghilang pada umur 3-4 bulan. Refleks yang menetap lebih dari 4 bulan menunjukkan adanya kerusakan otak. Refleks tidak simetris menunjukkan adanya hemiparesis, fraktur klavikula atau cedera fleksus brakhialis. Sedangkan tidak adanya respons pada ekstremitas bawah menunjukkan adanya dislokasi pinggul atau cidera medulla spinalis.

1. Rooting

Sentuhan pada pipi atau bibir menyebabkan kepala menoleh ke arah sentuhan. Refleks ini menghilang pada 3-4 bulan, tetapi bisa menetap sampai umur 12 bulan khususnya selama tidur. Tidak adanya refleks menunjukkan adanya gangguan neurologi berat.

1. Sucking

Bayi menghisap dengan kuat dalam berenspons terhadap stimulasi. Refleks ini menetap selama masa bayi dan mungkin terjadi selama tidur tanpa stimulasi. Refleks yang lemah atau tidak ada menunjukkan kelambatan perkembangan atau keadaan neurologi yang abnormal.

1. Grasping

Respons bayi terhadap stimulasi pada telapak tangan bayi dengan sebuah objek atau jari pemeriksa akan menggenggam (jari-jari bayi melengkung) dan memegang objek tersebut dengan erat. Refleks ini menghilang pada 3 – 4 bulan. Fleksi yang tidak simetris menunjukkan adanya paralisis. Refleks menggenggam yang menetap menunjukkan gangguan serebral.

1. Babinski

Jari kaki mengembang dan ibu jari kaki dorsofleksi, dijumlah sampai umur 2 tahun. Bila pengembangan jari kaki dorsofleksi setelah umur 2 tahun menunjukkan adanya tanda lesi ekstrapiramidal (Handayani & Mulyati, 2017).

* + - * 1. **Analisa**

Neonatus (bayi cukup bulan sesuai/tidak masa kehamilan).

* + - * 1. **Penatalaksanaan**

1. Lakukan stabilisasi suhu tubuh bayi supaya terhindar dari hipotermi.
2. Potong dan rawat tali pusat.
3. Lakukan IMD supaya bayi terhindar dari kehilangan panas, segera mendapatkan sentuhan kasih sayang ibunya dan segera mendapatkan kolostrum.
4. Setelah 1 jam lakukan penimbangan/pengukuran bayi, beri tetes mata antibiotik profilaksis, dan vit K1 intramuskuler di paha kiri anterolateral. Setelah 1 jam pemberian Vit K1 berikan suntikan imunisasi Hepatitis B di paha kanan anterolateral.
   * 1. **Konsep Manajemen Asuhan Kebidanan Masa Nifas** 
        + 1. **Data Subjektif**
5. Keluhan Utama

Untuk mengetahui keluhan yang dirasakan saat pemeriksaan. Persoalan yang dirasakan pada ibu nifas adalah rasa nyeri pada jalan lahir, nyeri ulu hati, konstipasi, kaki bengkak, nyeri perut setelah lahir, payudara membesar, nyeri tekan pada payudara dan puting susu, puting susu pecah-pecah, keringat berlebih serta rasa nyeri selama beberapa hari jika ibu mengalami hemoroid (Varney, dkk, 2007).

* + - * 1. **Data Objektif**

1. Pemeriksaan umum
   * 1. Keadaan umum

Untuk mengetahui keadaan klien lemah, cukup, atau baik.

* + 1. Kesadaran

Status kesadaran dimana ibu mengalami kesadaran penuh dengan memberikan respons yang cukup terhadap stimulus yang diberikan (Hidayat dan Uliyah, 2018).

* 1. Tanda –tanda vital
     1. Tekanan darah

Normalnya sistole 100-120mmHg, diastole60- 80mmHg.

* + 1. Suhu

Normalnya 36,5–37,50C,>37,50C termasuk hipertermi.

* + 1. Nadi

Denyut normal 60 – 100x/menit.

* + 1. Pernafasan

Pernafasan normal 16 – 24x/menit.

1. Pemeriksaan fisik
2. Dada/payudara

Bertujuan untuk mengkaji ibu menyusui bayinya atau tidak. Produksi air susu akan semakin banyak pada hari ke-2 sampai ke-3 setelah melahirkan (Mochtar,2015).

1. Abdomen

Bertujuan untuk mengkaji ada tidaknya nyeri pada perut (Varney, dkk, 2007). Pada beberapa wanita, linea nigra dan strechmark pada perut tidak menghilang setelah kelahiran bayi (Bobak, dkk, 2015). Normalnya tidak teraba nyeri tekan, nifas hari pertama-hari ketiga TFU 2 jari di bawah pusat, nifa hari ketujuh TFU pertengahan antar pusat dan sympisis, 2 minggu TFU tidak teraba, 6 minggu TFU normal seperti sebelum hamil.

1. Genitalia

Untuk mengetahui keadaan vulva adakah tanda-tanda infeksi, keputihan, varises, pembesaran kelenjar bartolini dan pengeluaran lokhea (lokhea rubra, sanguilenta, serosa atau alba).

1. Luka Perineum

Bertujuan untuk mengkaji nyeri, pembengkakan, kemerahan pada perineum, dan kerapatan jahitan jika ada jahitan (Varney, dkk,2007).

* + - * 1. **Analisa**

P Ab post partum hari ke \_

* + - * 1. **Penatalaksanaan**

1. Menjelaskan kondisi saat ini
2. Motivasi klien dalam pemberian ASI eksklusif bayi.
3. Menjelaskan pada ibu mengenai personal hygiene agar ibu tetap menjaga kebersihan kemaluannya
4. Menganjurkan pada ibu untuk tetap menjaga asupan nutrisi dan cairannya karena penting untuk pemulihan kondisi ibu
5. Menganjurkan pada ibu untuk tetap menjaga pola istirahat karena penting untuk pemulihan kondisi ibu,
   * 1. **Konsep Manajemen Asuhan Kebidanan Neonatus** 
        + 1. **Data Subjektif**
6. Biodata
7. Nama neonatus

Yang dikaji nama lengkap untuk Memudahkan memanggil dan menghindari kekeliruan.

1. Tanggal lahir

Dikaji dari tanggal, bulan dan tahun bayi untuk mengetahui umur bayi

1. Jenis kelamin

Yang dikaji alat genetalia bayi untuk mengetahui apakah bayi laki-lak atau perempuan

1. Alamat

Dikaji alamat lengkap rumah untuk memudahkan kunjungan rumah.

1. Keluhan Utama

Ibu mengatakan telah melahirkan bayinya pada tanggal….jam….WIB. Masalah atau keluhan yang lazim dialami bayi baru lahir antara lain: bercak mongol, hemangioma, ikterus, muntah dan gumoh, oral trush, diaper rash, seborrhea, bisulan, miliariasis,diare, obstipasi, dan infeksi (Marmi, 2015).

1. Riwayat Kehamilan dan Persalinan
2. Riwayat Prenatal

Anak keberapa, riwayat kehamilan yang memengaruhi bayi barulahir (BBL) adalah kehamillan yang tidak disertai komplikasi seperti diabetes mellitus (DM), hepatitis, jantung, asma, hipertensi (HT), tuberculosis (TBC), frekuensi antenatalcare (ANC), di mana keluhan-keluhan selama hamil, hari pertama haid terakhir (HPHT),dan kebiasaan-kebiasaan ibu selama hamil (Sondakh, 2013). Pernah antenatal care (ANC)/ tidak, adanya riwayat perdarahan, preeklampsia, infeksi, perkembangan janin terlalu besar / terganggu, diabetes gestasional, poli / oligohidramnion (Muslihatun,2010).

1. Riwayat Natal

Berapa usia kehamilan, jam berapa waktu persalinan, jenis persalinan, lama kala I, lama kala II, berat badan bayi, denyut nadi, respirasi, suhu, bagaimana ketuban, ditolong oleh siapa,komplikasi persalinan dan berapa nilai APGAR untuk bayi baru lahir (Sondakh, 2013). Prematur/postmatur, partus lama, penggunaan obat selamapersalinan, gawat janin, suhu ibu meningkat, posisi janin tidak normal, air ketuban bercampur mekonium, amnionitis, ketuban pecah dini (KPD), perdarahan dalam persalinan, prolapsus tali pusat, ibu hipotensi, asidosis janin, jenis persalinan (Muslihatun, 2010)

1. Riwayat Postnatal

Observasi tanda-tanda vital (TTV), keadaan tali pusat, apakah telah diberi injeksi vitamin K, minum air susu ibu (ASI)/PASI, berapa cc setiap berapa jam (Sondakh, 2013).

1. Kebutuhan Dasar
2. Kebutuhan 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 hariberikutnya.

1. 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.

1. Pola Istirahat

Pola tidur normal bayi baru lahir adalah 14-18jam/hari. d) Kebutuhan Aktivitas: pada bayi seperti menangis, buang air kecil (BAK), buang air besar (BAB), serta memutar kepala untuk mencari puting susu. (Sondakh, 2013).

* + - * 1. **Data objektif**

1. Pemeriksaan Fisik Umum

Kesadaran : Baik

Keadaan Umum :Composmentis

Suhu :normal (36,5-37˚C)

Pernapasan :normal (40-60 kali/menit)

Denyut jantung :normal (130-160 kali/menit)

Berat badan :normal (2.500-4.000 gram)

Panjang badan :antara 48-52 cm.

1. Pemeriksaan Fisik (head to toe) (Sondakh, 2013)
2. Kepala

Ubun-ubun,sutura,moulase, caput succedaneum, cephal hematoma, hidrosefalus (Muslihatun, 2010). Bentuk kepala terkadang asimetris karena penyesuaian saat proses persalinan, umumnya hilang dalam 48 jam, ubun ubun besar rata atau tidak menonjol. Ubun-ubun berdenyut karena belahan tulang tengkoraknya belum menyatu dan mengeras dengan sempurna (Marmi, 2015).

1. Muka

Warna kulit merah, tampak simetris dan tidak ada kelainan wajah yang khas seperti sindrom down (Marmi, 2015).

1. Mata

Sklera putih, periksa adanya perdarahan sub konjungtiva atau retina, periksa adanya strabismus. Normalnya mata bayi bersih, tidak ada kotoran/sekret.

1. Hidung

Lubang simetris, bersih, tidak ada sekret.Periksa adanya pernapasan cupinghidung, jika cuping hidung mengembang menunjukkan adanya gangguan pernapasan (Marmi, 2015).

1. Mulut

Labio / palatoskisis, trush, sianosis, mukosa kering / basah (Muslihatun, 2010). Normalnya, bibir, gusi, langit-langit utuh dan tidak ada bagian yang Terbelah.

1. Telinga

Kesimetrisan letak dihubungkan dengan mata dan telinga.

1. Leher

Pergerakan harus baik, jika terdapat keterbatasan pergerakan kemungkinan ada kelainan tulang leher (Marmi,2015).

1. Dada

Periksa bentuk dan kelainan dada, apakah ada kelainan bentuk atau tidak, apakah ada retraksi kedalam dinding dada atau tidak, dan gangguanpernapasan. Pemeriksaan inspeksi payudara bertujuan untuk mengetahui apakah papilla mamae normal, simetris, atau ada edema. Pemeriksaan palpasi payudara bertujuan untuk mengetahui apakah ada pengeluaran susu (witch's milk) pada bayi usia 0-1 minggu. Pembesaran dada dapat terjadi pada bayi laki-laki dan perempuan dalam tiga hari pertama setelah lahir. Hal ini disebut newborn breast swelling yang berhubungan dengan hormon ibu dan akan menghilang dalam beberapa hari sampai beberapa minggu (Tando, 2016). Pada bayi cukup bulan, puting susu sudah terbentuk dengan baik dan tampak simetris (Marmi, 2015).

1. Abdomen

Periksa bentuk abdomen bayi. Apabila abdomenbayi cekung, kemungkinan terjadi hernia diafragmatika. Apabila abdomen bayi kembung, kemungkinan disebabkan oleh perforasi usus yang biasanya akibat ileus mekonium. Periksa adanya benjolan, distensi, gatroskisis, omfalokel. Abdomen tampak bulat dan bergerak secara bersamaan dengan gerakan dada saat bernapas.

1. Tali pusat

Periksa kebersihan, tidak/adanya perdarahan, terbungkus kassa/tidak (Sondakh, 2013). Periksa apakah ada penonjolan di sekitar tali pusat pada saat bayi menangis, perdarahan tali pusat, jumlah pembuluh darah pada tali pusat, bentuk dan kesimetrisan abdomen, dan kelainan lainnya (Tando, 2016). Normalnya tidak ada perdarahan, pembengkakan, nanah, bau yang tidak enak pada tali pusat, atau kemerahan sekitar tali pusat.

1. Genetalia

Kelamin laki-laki: panjang penis, testis sudah turun dan berada dalam skrotum, orifisium uretra di ujung penis, dan kelainan (fimosis, hipospadia/epispadia). Kelamin perempuan: labia mayor dan labia minora, klitoris, orifisium vagina, orifisium uretra, sekret, dan kelainan (Tando, 2016). Pada bayi laki-laki panjang penis 3- 4cm dan lebar 1-1,3 cm, preposium tidak boleh ditarik karena akan menyebabkan fimosis. Pada bayi perempuan cukup bulan labia mayora menutupi labia minora, lubang uretra terpisah denganlubang vagina, terkadang tampak adanya sekret yang berdarah darivagina, hal ini disebabkan oleh pengaruh hormone ibu (withdrawl bleeding) (Marmi, 2015). Pada bayi laki-laki normalnya terdapat lubang uretra pada ujung penis, memastikan bayi sudah buang air kecil dalam 24 jam setelah lahir

1. Anus

Terdapat atresia ani/tidak Umumnya meconium keluar pada 24 jam pertama, jika sampai 48 jam belum keluar kemungkinan adanya mekonium plug syndrom, megakolon atau obstruksi saluran pencernaan (Marmi, 2015).

1. Punggung

Pada saat bayi tengkurap, lihat dan raba kurvatura kolumna vertebralis untuk mengetahui adanya skoliosis, pembengkakan, spina bifida,mielomeningokel, dan kelainan lainnya (Tando, 2016).normalnya tidak pembengkakan, kulit utuh, tidak ada benjolan pada tulang belakang, tidak ada kelainan.

1. Ekstremitas

Ekstremitas atas, bahu, dan lengan: periksa gerakan, bentuk, dan kesimetrisan ekstremitas atas. Sentuh telapak tangan bayi dan hitung jumlah jari tangan bayi. Periksa dengan teliti jumlah jari tangan bayi, apakah polidaktili (jari yang lebih), sindaktili (jari yang kurang), atau normal. Ekstremitas bawah, tungkai dan kaki: periksa apakah kedua kaki bayi sejajar dan normal. Periksa jumlah kaki bayi, apak terdapat polidaktili, sindaktili, atau normal.

* + - * 1. **Analisa**

Neonatus (Bayi cukup bulan sesuai /tidak) usia\_\_

* + - * 1. **Penatalaksanaan**

1. Mempertahankan suhu tubuh bayi agar tetap hangat dengan mengeringkan kepala dan tubuh bayi baru lahir, pakaikan penutup kepala dan bungkus dalam selimut hangat, tempatkan bayi baru lahir dalam lingkungan hangat atau pada lengan orangtua, dan perhatikan suhu lingkungan.
2. Menganjurkkan segera kontak dengan ibu kemudian dorong untuk melakukanpemberian ASI
3. Mengajurkan ibu untuk melaukan perawatan tali pusat. Perawatan tali pusat yang tepat dapat meningkatkan pengeringan dan pemulihan, meningkatkan nekrosis dan pengelupasan normal, dan menghilangkan media lembab untuk pertumbuhan bakteri (Doenges, 2001).
4. Mengajurkan ibu jika ada tanda-tanda bahaya pada bayi segera dibawa ke petugas kesehatan
   * + 1. **Manajemen Asuhan Kebidanan KF 2**
   1. **Data Subjektif**

Keluhan utama yang dirasakan, misalnya perut terasa mules, sakit pada jalan lahir karena ada jahitan pada perineum.

* 1. **Data Objektif**
     + 1. Tanda-tanda Vital

Tekanan Darah : 90/60-130/90 mmhg

Suhu : 36.5-37.5°

Nadi : 60-90 kali/menit

Pernapasan : 16-24 kali/menit

* + - 1. Pemeriksaan Fisik

1. Payudara

Apakah ada tanda-tanda infeksi pada payudara seperti kemerahan dan muncul nanah dari puting susu, penampilan puting susu dan areola, apakah ada kolostrom atau air susu dan pengkajian proses menyusui .

1. Perut

TFU normalnya pertengahan pusat –simfisis

1. Vulva dan Perineum

Kebersihan, lochea Sanguinolenta ( berwarna merah kuning). Apabila terdapat jahitan , apakah terdapat tanda- tanda infeksi. BAK normalnya 5-6 kali/hari. BAB normlanya 1 kali/hari

* 1. **Analisa**

P Ab post partum hari ke dengan keadaan ibu

* 1. **Penatalaksanaan**

1. Memastikan involusi uterus berjalan normal
2. Menilai tanda-tanda infeksi seperti demam atau perdarahan abnormal
3. Mengajurkan ibu untuk tidak tarak makan dan mengonsumsi makanan yang tinggi protein,zat besi,dan vitamin.
4. Memberikan konseling asuhan pada bbl,perawatan tali pusat,menjaga bayi tetap hangat dan merawat bayi sehari- hari.
   * + 1. **Manajemen Asuhan Kebidanan Kunjungan Neonatal II**
          1. **Data Subjektif**

Ibu mengatakan apa yang tejadi pada bayinya.

* + - * 1. **Data Obyektif**

1. Pemeriksaan Umum
2. Keadaan Umum

Untuk mengetahui keadaan secara umum.

1. Tanda-tanda Vital
2. Pernapasan

Pernapasan normal pada bayi baru lahir antara 30 – 50 kali per menit, dihitung ketika bayi dalam posisi tenang dan tidak ada tanda-tanda distress pernapasan.

1. Denyut Jantung

Bayi baru lahir memiliki frekuensi denyut jantung 110 – 160 denyut per menit dengan rata-rata kira-kira 130 denyut per menit.

1. Suhu

Angka normal pada pengukuran suhu bayi secara aksila adalah 36,5-37,5° C.

1. Nadi
   1. kali/menit
2. Pemeriksaan Antropometri Bayi biasanya mengalami penurunan berat badan dalam beberapa hari pertama yang harus kembali normal, yaitu sama dengan atau di atas berat badan lahir pada hari ke-10. Sebaiknya bayi dilakukan penimbangan pada hari ke-3 atau ke-4 dan hari ke-10 untuk memastikan berat badan lahir telah kembali (Johnson dan Taylor, 2005). Berat badan bayi mengalami peningkatan lebih dari 15- 30 gram per hari setelah ASI matur keluar (Varney, dkk, 2007).
   * + - 1. **Analisa**

Neonatus (Bayi cukup bulan sesuai /tidak dengan masa kehamilan )\_umur

* + - * 1. **Penatalaksanaan**

1. Memberitahu pada ibu tentanh hasil pemeriksaan yang sudah dilakukan
2. Mengigatkan ibu agar menjaga tali pusat tetap dalam keadaan kering dan bersih.
3. Menjaga suhu bayi agar tidak hipotermi,dengan memakai baju dan topi serta dibedong dengan didekatkan pada ibunya.
4. Menganjurkan ibu untuk menyusui bayinya sesering mungkin dan bergantian antara payudara kann dan payudara kiri serta menyendawakan bayi setelah menyusui agar bayi tidak muntah.
5. Menjelaskan pada ibu untuk memberikan ASI eksklusif selama 6 bulan tanpa makanan tambahan atau MP-ASI.
6. Menjelaskan tanda-tanda bahaya pada bayi baru lahir seperti pemberian ASI sulit,suhu badan panas,tali pusat merah,dan bernanah,mata bengkak.
7. Mengajurkan ibu untuk segera membawa bayinya ke fasilitas kesehatan jika bayi mengalami keluhan atau tanda bahaya.
   * + 1. **Manajemen Asuhan Kebidaan KF 3**
   1. **Data Subjektif**

Keluhan utama yang dirasakan misalnya, perut terasa mules, sakit pada jalan lahir karena ada jahitan pada perineum.

* 1. **Data Objektif**

1. Pemeriksaan Umum
2. Keadaan Umum : Baik atau lemah
3. Kesadaran : Composmentis
4. Tanda-tanda Vital
   * + 1. Tekanan Darah : 90/60-130/90 mmhg
       2. Suhu: 36.5-37.5°C
       3. Nadi : 60-91 kali/menit
       4. Pernapasan :16-25 kali/menit
5. Pemeriksaan Fisik
6. Payudara

Apakah ada tanda-tanda infeksi pada payudara seperti kemerahan dan muncul nanah dari puting susu, penampilan puting susu dan areola, apakah ada kolostrom atau air susu dan pengkajian proses menyusui .

1. Perut

TFU normalnya tidak teraba ditas simfisis.

1. Vulva dan Perineum

Kebersihan , lochea Serosa ( berwarna kecoklatan )/ lochea Alba (berwarna putih kekuningan). Apabila terdapat jahitan , apakah terdapat tanda-tanda infeksi. BAK normalnya 5-6 kali/hari BAB normlanya 1 kali/hari

* 1. **Analisa**

P Ab post partum hari ke dengan keadaan ibu

1. **Penatalaksanaan**
2. Memastikan involusi uterus berjalan normal
3. Menilai tanda-tanda infeksi seperti demam atau perdarahan abnormal
4. Mengajurkan ibu untuk tidak tarak makan dan mengonsumsi makanan yang tinggi protein,zat besi,dan vitamin.
5. Memastikan ibu dapat menyusui dengan baik dan tidak ada tanda-tanda penyulit.
6. Memberikan konseling asuhan pada bbl,perawatan tali pusat,menjaga bayi tetap hangat dan merawat bayi sehari- hari.
   * + 1. **Manajemen Asuhan Kebidanan Kunjungan Neonatal III**
   1. **Data Subjektif**

Ibu mengatakan apa yang tejadi pada bayinya.

* 1. **Data Obyektif**

1. Pemeriksaan Umum
2. Keadaan Umum

Untuk mengetahui keadaan secara umum.

1. Tanda-tanda Vital
2. Pernapasan

Pernapasan normal pada bayi baru lahir antara 30 – 50 kali per menit, dihitung ketika bayi dalam posisi tenang dan tidak ada tanda-tanda distress pernapasan.

1. Denyut Jantung

Bayi baru lahir memiliki frekuensi denyut jantung 110 – 160 denyut per menit dengan rata-rata kira-kira 130 denyut per menit.

1. Suhu

Angka normal pada pengukuran suhu bayi secara aksila adalah 36,5-37,5° C.

1. Nadi
   1. kali/menit
   2. **Analisa**

Neonatus (Bayi cukup bulan sesuai /tidak dengan masa kehamilan )\_umur

* 1. **Penatalaksanaan**

1. Mengobersvasi tanda-tanda vital dan pemeriksaan antropomteri ,memberitahu pada ibu tentang hasil pemeriksaan yang sudah dilakukan.
2. Menjaga suhu bayi agar tida hipotermi , dengan memakai baju.
3. Mengigatkan ibu kembali untuk menyusui bayinya sesering mungkin dan tanpa diberikan makanan pendamping sampai 6 bulan, selanjutnya ditambah dengan MP-ASI sampai umur 2 tahun tanpa memberikan ASI.
4. Mengigatkan ibu untuk rutin melakukan imunisasi pada bayinya sesuai dengan buku KIA, termasuk imunisasi BCG dan polio 1 pada tanggal 18 juni 2023 bertujuan untuk mencegah terjadinya penyakit tuberculosis.
   * + 1. **Manajemen Asuhan Kebidanan KF 4**
   1. **Data Subjektif**

Keluhan utama yang dirasakan, misalnya perut terasa mules, sakit pada jalan lahir karena ada jahitan pada perineum.

* 1. **Data Objektif**

1. Pemeriksaan Umum
2. Keadaan Umum : Baik atau lemah
3. Kesadaran : Composmentis
4. Tanda-tanda Vital

Tekanan Darah : 90/60-130/90 mmhg

Suhu: 36.5-37.5° C

Nadi : 60-91 kali/menit

Pernapasan :16-25 kali/menit

* + 1. Pemeriksaan Fisik
       1. Payudara

Apakah ada tanda-tanda infeksi pada payudara seperti kemerahan dan muncul nanah dari puting susu, penampilan puting susu dan areola, apakah ada kolostrom atau air susu dan pengkajian proses menyusui .

1. Perut

TFU normalnya bertambah kecil /sudah kembali seperti keadaan sebelum hamil .

1. Vulva dan Perineum

Kebersihan , lochea alba ( berawarna putih kekuningan). Apabila terdapat jahitan , apakah terdapat tanda-tanda infeksi. BAK normalnya 5-6 kali/hari. BAB normlanya 1 kali/hari.

* 1. **Analisa**

P Ab post partum hari ke dengan keadaan ibu

* 1. **Penatalaksanaan**

1. Menilai tanda-tanda infeksi seperti demam atau perdarahan abnormal.
2. Tanyakan pada ibu tentang penyulit-penyulit yang ibu dan bayi alami
3. Berikan konseling tentang KB secara dini ,sesui dengan kebutuhab dan dapat mengetahui efek samping masing- masing jenis kb
   * 1. **Konsep Manajemen Asuhan Kebidanan Pada Masa Interval** 
        + 1. **Data Subjektif**
        1. Keluhan utama

Untuk mengetahui keluhan utama yang dirasakan saat pemeriksaan. (Varney dkk, 2007)

* + - 1. Riwayat perkawinan

Untuk mengetahui status perkawinan klien, usia nikah pertama kali, dan lamanya perkawinan.

* + - 1. Riwayat mentruasi

Untuk mengetahui menarche, siklus, lama mentruasi, banyaknya ganti pembalut dalam sehari, teratur atau tidak sifat darah dan keluhan-keluhan yang dirasakan pada waktu mentruasi. (Sulistyawati, 2014)

* + - 1. Riwayat kehamilan dan nifas yang lalu

Untuk mengetahui jumlah kehamilan sebelumnya dan hasil konsepsi terakhir (abortus, lahir hidup, penolong persalinan, apakah anaknya masih hidup, dan apakah dalamkesehatan yang baik), apakah ada komplikasi intervensi pada kehamilan, persalinan, ataupun nifas sebelumnya. (Hidayat, 2013).

* + - 1. Riwayat keluarga berencana

Yang perlu dikaji adalah apakah ibu pernah menjadi akseptor KB. Jika pernah kontrasepsi apakah yang pernah digunakan, berapa lama, mulai menggunakan, kapan berhenti, keluhan pada saat ikut KB, alasan berhenti KB. (Hidayat, 2013

* + - 1. Riwayat penyakit
      2. Riwayat penyakit sekarang

Untuk mengetahui penyakit apa yang sedang pasien derita sekarang. (Astuti, 2012), menanyakan pada ibu apa saja keluhan utama yang dirasakan ibu saat ini dan kapan keluhan itu berawal. (Varney dkk, 2007)

* + - 1. Riwayat kesehatan yang lalu

Ditanyakan untuk mengidentifikasi kondisi kesehatan dan untuk mengetahui penyakit yang diderita dahulu seperti jantung, asma, TBC, hipertensi, diabetes, PMS, HIV/AIDS. (Sulistyawati, 2014).

* + - 1. Riwayat penyakit keluarga

Dikaji dengan penyakit yang menurun atau menular yang dapat mempengaruhi kesehatan akseptor KB. Sehingga dapat diketahui penyakit keturunan misalnya hipertensi, jantung, asma, DM, dan penyakit menular seperti TBC, hepatitis, ,malaria, dan HIV/AIDS. (Sulistyawati, 2012).

* + - 1. Data psikologis

Data psikologis ini untuk mengetahui keadaan psikologis pasien. (Sulistyawati, 2014).

* + - * 1. **Data Obyektif**

1. Pemeriksaan umum
2. Keadaan umum

Mengetahui keadaan pasien baik atautidak.

1. Kesadaran

Menilai status kesadaran pasien.

1. Pemeriksaan tanda-tanda vital
2. Tekanan darah

Mengetahui faktor resiko hipertensi atau hipotensi dengan nilai satuanya mmhg. (Sulistyawati, 2014).

1. Pengukuran suhu

Mengetahui suhu badan pasien suhu badan normal 36°C-37,5°C.(Sulistyawati, 2014).

1. Nadi

Memberi gambaran kardiovaskuler, denyut nadi normal 70x/ menit sampai 80x/ menit. (Saifuddin, 2010)

1. Pernafasan

Mengetahui sifat pernafasan dan bunyi pernafasan dalam satu menit. Pernafasan normal 16-24 x/ menit. (Saifuddin, 2010).

1. Pemeriksaan Antropometri
2. Berat badan

Mengetahui berat badan pasien. (Saifuddin, 2010)

1. Tinggi badanMengetahui tinggi badan pasien.
2. Pemeriksaan fisik
3. Dada dan Axila

Apakah ada benjolan pada payudara atau tidak dan apakah simetris kanan dan kiri dan pada axila adakah pembesaran getah bening. (Sulistyawati, 2014)

1. Abdomen

Apakah ada jaringan perut atau bekas operasi adakah nyeri tekan serta adanya massa dengan palpasi. (Sulistyawati, 2014),

1. Genetalia

Untuk mengetahui keadaan vulva adakah tanda-tanda infeksi, varices, pembesaran, kelenjar bartholini, dan perdarahan.

1. Ekstermitas

Apakah terdapat varises, odema atau tidak, betis merah atau lembek atau keras. (Sulistyawati, 2014).

* + - * 1. **Analisa**

P\_\_Ab\_dengan akseptor aktif/baru ........

* + - * 1. **Penatalaksanaan**

1. Menjelaskan kepada ibu tentang hasil pemeriksaanya
2. Menjelaskan keuntungan dan kerugian menggunakan KB yang dipilih
3. Melakukan informed conset dan membantu ibu menentukan pilihannya
4. Menganjurkan ibu kapan kembali/kontrol dan tulis pada kartu akseptor.