

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar *Continuity of Care (COC)*

Continuity of Care dalam kebidanan adalah serangkaian kegiatan pelayanan yang berkelanjutan dan menyeluruh mulai dari kehamilan, persalinan, nifas, pelayanan Bayi Baru Lahir (BBL) serta pelayanan Keluarga Berencana (KB) yang menghubungkan kebutuhan kesehatan perempuan dan keadaan pribadi setiap individu (Ningsih, 2017). *Continuity of Care* adalah hal yang mendasar dalam model praktik kebidanan untuk memberikan asuhan yang holistik, membangun kemitraan yang berkelanjutan untuk memberi dukungan, dan membina hubungan saling percaya antara bidan dengan klien (Astuti, 2017). *Continuity of Care* menekankan pada kondisi alamiah yaitu membantu perempuan agar mampu melahirkan dengan intervensi minimal dan pemantauan fisik, kesehatan psikologis, spiritual dan sosial perempuan dan keluarga. Dapat ditarik kesimpulan bahwa *Continuity of Care* merupakan pelayanan yang mendasari praktik kebidanan untuk memberikan asuhan yang holistik, membangun hubungan saling percaya antara bidan dengan klien serta meningkatkan kesejahteraan keluarga.

Tujuan *Continuity of Care* yaitu untuk memantau kemajuan kehamilan, memastikan kesehatan ibu dan tumbuh kembang bayi, mengenal secara dini adanya ketidaknormalan atau komplikasi yang mungkin terjadi selama hamil, mengurangi penggunaan intervensi pada saat persalinan termasuk SC,

meningkatkan jumlah persalinan normal dibandingkan dengan perempuan yang merencanakan persalinan dengan tindakan (Ningsih, 2017). Manfaat *Continuity of Care* adalah lebih kecil kemungkinan untuk melahirkan secara SC, mengalami kelahiran premature, mengurangi risiko kematian bayi baru lahir.

Hasil penelitian menyebutkan bahwa asuhan kebidanan berkesinambungan memberikan manfaat sebagai berikut:

- a. Perempuan tujuh kali lebih ingin persalinannya ditolong oleh bidan yang dikenalnya, karena mereka tahu bahwa bidan tersebut selalu mengerti kebutuhan mereka.
- b. 16% mengurangi kematian bayi.
- c. 19% mengurangi kematian bayi sebelum 24 minggu.
- d. 15% mengurangi pemberian obat analgesia.
- e. 24% mengurangi kelahiran preterm.
- f. 16% mengurangi tindakan episiotomy (Homer, C., Brodie, P., Sandall, J., & Leap, 2019).

2.2 Konsep Dasar Kebidanan

2.2.1 Konsep Dasar Kehamilan

a. Pengertian kehamilan

Kehamilan merupakan suatu proses fisiologis yang terjadi pada perempuan akibat adanya pembuahan antara sel kelamin laki-laki dan sel kelamin perempuan. Dengan kata lain, kehamilan adalah pembuahan

ovum oleh spermatozoa, sehingga mengalami nidasi pada uterus dan berkembang sampai kelahiran janin (Pratiwi dan Fatimah, 2019).

Menurut Ambar, dkk (2021) kehamilan biasanya berlangsung 40 minggu atau 280 hari, dari hari pertama haid terakhir. Kehamilan yang melewati 294 hari atau 42 minggu adalah kehamilan *postdate*, diagnosa usia kehamilan lebih dari 42 minggu di dapatkan dari perhitungan seperti rumus *neagle* atau dengan tinggi fundus uteri.

b. Perubahan fisiologis pada kehamilan trimester III

1) Uterus

Corpus uteri pada trimester III terlihat lebih nyata dan berkembang menjadi segmen bawah Rahim.

2) *Traktus urinarius*

Ibu hamil pada masa akhir kehamilan ini sering mengeluhkan peningkatan frekuensi buang air kecil. Pada masa ini, kepala janin mulai turun ke panggul sehing menekan kandung kemih yang menyebabkan sering buang air kecil.

3) Sistem pernapasan

Keluhan sesak napas yang dirasakan ibu hamil pada trimester III juga masih terjadi. Ibu hamil merasa kesulitan bernapas karena usus-usus tertekan oleh uterus kearah diafragma.

4) Kenaikan berat badan

Pada umumnya, penimbangan berat badn pada ibu hamil trimester III bertujuan untuk mengetahui kenaikan BB setiap minggu. Metode

dalam memantau peningkatan BB selama kehamilan yang baik yaitu dengan rumus Indeks Massa Tubuh (IMT).

5) Sistem *musculoskeletal*

Pada masa akhir kehamilan ini, hormon progesteron merupakan salah satu penyebab terjadinya relaksasi ikat dan otot-otot, yakni pada satu minggu terakhir kehamilan. Relaksasi jaringan ikat dan otot-otot dapat memengaruhi panggul untuk meningkatkan kapasitasnya guna mendukung proses persalinan.

(Pratiwi dan Fatimah, 2019).

c. Perubahan psikologis pada kehamilan trimester III

Trimester III juga sering disebut dengan periode penantian, dimana ibu mulai menantikan kelahiran bayi yang dikandungnya dengan penuh kewaspadaan. Pada kehamilan trimester III ini ibu juga akan kembali merasakan ketidaknyamanan secara fisik. Ibu juga akan merasa seperti canggung, jelek, berantakan sehingga membutuhkan dukungan keluarga (Yuliani, 2017).

d. Kebutuhan dasar ibu hamil trimester III

1) Kebutuhan oksigen

Perubahan pada system respirasi karena desakan diafragma akibat dari dorongan rahim yang membesar sehingga ibu hamil akan bernafas lebih dalam. Hal ini juga berhubungan dengan meningkatnya aktivitas paru-paru untuk mencukupi kebutuhan oksigen ibu dan janin. Untuk memenuhi kecukupan oksigen yang

meningkat, ibu disarankan melakukan jalan-jalan dipagi hari (Tyastuti, 2016).

2) Kebutuhan nutrisi

Pada trimester akhir ibu dianjurkan untuk meningkatkan berat badan sesuai dengan Indeks Masa Tubuh (IMT) sebelum hamil dan meningkatkan asupan protein. Selama kehamilan zat gizi yang dibutuhkan adalah kalori 2.500 perhari, protein 85 gram perhari, zat besi 30 mg perhari, kalsium 1,5 gram perhari, magnesium, vitamin B kompleks serta lemak omega 3 dan omega 6. Apabila ibu mempunyai berat badan yang berlebihan, maka makanan pokok dan tepung-tepungan dikurangi dan lebih banyak mengkonsumsi buah dan sayuran untuk menghindari sembelit. Total peningkatan berat badan ibu hamil dengan berat badan berlebih sebaiknya tidak lebih dari 7 kg selama kehamilan. Hendaknya ibu hamil makan secara teratur minimal 3 kali sehari disertai selingan dua kali.

3) Kebutuhan *personal hygiene*

Bertambahnya aktivitas metabolisme tubuh maka ibu hamil cenderung menghasilkan keringat yang lebih, sehingga perlu menjaga kebersihan badan secara ekstra disamping itu menjaga kebersihan badan juga dapat memberikan rasa nyaman bagi tubuh. *Personal hygiene* yang dapat dilakukan diantaranya adalah mandi, perawatan vulva dan vagina, perawatan gigi, perawatan kuku dan perawatan rambut (Tyastuti, 2016).

4) Kebutuhan istirahat

Perubahan sistem tubuh karena hamil berkaitan dengan kebutuhan energi yang dibutuhkan untuk menyeimbangkan kalori dalam tubuh ibu. Ibu hamil khususnya pada trimester akhir masih dapat bekerja namun tidak dianjurkan untuk bekerja berat dan mengatur pola istirahat yang baik. Pada trimester III kehamilan sering di iringi dengan bertambahnya ukuran janin, sehingga terkadang ibu kesulitan untuk menentukan posisi yang paling baik dan nyaman untuk tidur. Posisi tidur yang dianjurkan adalah miring kiri, kaki kiri lurus, kaki kanan sedikit menekuk dan diganjal dengan bantal (Tyastuti, 2016).

5) Kebutuhan *exercise*

Aktivitas gerak bagi ibu hamil sangat direkomendasikan karena dapat meningkatkan kebugaran. Aktivitas ini bisa dilakukan dengan senam hamil. Senam hamil merupakan suatu program latihan fisik yang penting bagi ibu hamil untuk mempersiapkan dirinya secara fisik maupun mental saat menghadapi persalinan. Waktu yang baik untuk melakukan senam hamil adalah saat umur kehamilan menginjak 20 minggu (Nugroho, 2014).

6) Pakaian

Ibu dianjurkan untuk menggunakan pakaian yang longgar, bersih dan tidak ada ikatan yang ketat pada daerah perut serta mengganti pakaian dalam sesering mungkin agar tidak lembab.

7) Persiapan persalinan

Ibu hamil sudah mulai perencanaan persiapan persalinan seperti tempat bersalin, penolong persalinan, jarak menuju tempat bersalin, transportasi yang akan digunakan, pakaian ibu dan bayi, pendamping saat bersalin, alat kontrasepsi (KB), biaya persalinan dan calon donor.

8) Kebutuhan seksual

Hubungan seksual dapat dilakukan oleh ibu hamil, namun pada usia kehamilan belum cukup bulan dianjurkan untuk menggunakan kondom. Prostaglandin pada sperma dapat menyebabkan kontraksi yang memicu terjadinya persalinan.

e. Keluhan yang dialami pada kehamilan trimester III dan cara mengatasinya

Tabel 2.1 Ketidaknyamanan Ibu Hamil Trimester III

No.	Ketidaknyamanan	Penyebab	Asuhan
1.	Sering Buang Air Kecil (BAK)	Penekanan uterus terhadap kandung kemih akibat dari kehamilan yang semakin membesar membuat wanita hamil sering buang air kecil. Hal ini juga disebabkan oleh kadar natrium dalam tubuh akan mengalami peningkatan pada malam hari dan terdapat aliran darah balik vena, sehingga dapat meningkatkan volume urin.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengurangi mengonsumsi minuman yang mengandung kafein (teh atau kopi) karena dapat memunculkan rasa ingin berkemih. 2. Memperbanyak minum air putih saat siang hari dengan tidak mengurangi minum air putih saat malam hari kecuali sampai mengakibatkan kelelahan. 3. Tidak menahan untuk BAK.
2.	Keputihan	Peningkatan hormon progesteron pada kehamilan menyebabkan selaput lendir (mukosa) vagina mengalami penebalan. Selain itu, juga menyebabkan peningkatan pada produksi lendir dan kelenjar organewanitaan.	<ol style="list-style-type: none"> a. Tetap menjaga kebersihan. b. Menjaga kelembapan dari genitalia.
3.	Sembelit (konstipasi)	Pada proses kehamilan peristaltik usus akan mengalami perlambatan karena relaksasi otot usus halus akibat peningkatan hormon progesteron, proses penyerapan air kolon mengalami peningkatan.	<ol style="list-style-type: none"> a. Makan makanan yang mengandung serat b. Tidak menahan ketika ada rasa ingin BAB c. Minum air putih dengan cukup yaitu minimal 8 gelas dalam sehari

No.	Ketidaknyamanan	Penyebab	Asuhan
4.	Sakit kepala	Sakit kepala dapat terjadi terutama pada kehamilan trimester III. Hal ini bisa disebabkan karena kurangnya oksigen akibat dari hemodelusi, kongesti hidung, dan ketegangan pada otot mata.	<ul style="list-style-type: none"> a. Istirahat cukup b. Mengompres leher dengan air hangat c. Melakukan teknik relaksasi Melakukan pijatan ringan atau masase pada area leher.
5.	Bengkak pada Kaki dan Tangan	Tekanan akibat pembesaran uterus dapat menghambat sirkulasi darah terutama pada bagian ekstremitas. Pembengkakan pada ekstremitas ini juga dapat disebabkan karena ibu hamil yang duduk atau berbaring terlalu lama sehingga terjadi penekanan pada vena pelvik dan vena inferior.	<ul style="list-style-type: none"> a. Mengurangi pengonsumsi garam yang berlebih b. Menghindari posisi berdiri, duduk, berbaring yang terlalu lama. c. Tidur dengan posisi menghadap kiri. d. Melakukan senam hamil dengan rutin.
6.	Sakit Pinggang	Uterus yang semakin membesar pada trimester III menyebabkan bentuk tulang pinggang menjadi lordosis akibat dari tekanan uterus, penekanan pada saraf tulang belakang, dan juga dipengaruhi oleh peningkatan hormon yang dapat memunculkan rasa letih pada area pinggang.	<ul style="list-style-type: none"> a. Mengatur posisi tubuh dengan baik dengan tidak terlalu membungkuk ataupun sebaliknya. b. Mengatur posisi tidur dengan benar. c. Memberikan alas pada pinggang untuk mengganjal pinggang sehingga ibu lebih nyaman

f. Standar pelayanan antenatal

Menurut Buku Kesehatan Ibu dan Anak (2020), standar minimal pelayanan ANC (10 T), yaitu:

1) Timbang berat badan dan tinggi badan

Penimbangan berat badan pada setiap kali kunjungan antenatal dilakukan untuk mendeteksi adanya gangguan pertumbuhan janin. Pengukuran tinggi badan pada pertama kali kunjungan untuk menapis adanya faktor risiko pada ibu hamil. Tinggi badan ibu yang <145 cm meningkatkan risiko untuk terjadinya *cephalo pelvic disproportion* (CPD).

2) Mengukur tekanan darah

Pengukuran tekanan darah dilakukan rutin setiap kunjungan antenatal. Tekanan darah normal pada ibu hamil yaitu 120/80 mmHg. Pengukuran ini bertujuan untuk mendeteksi adanya hipertensi dalam kehamilan (tekanan darah $\geq 140/90$ mmHg) dan preeklampsia (hipertensi disertai edema wajah dan protein urine).

3) Mengukur lingkar lengan atas (LiLA)

Pemeriksaan lingkar lengan atas diukur saat kunjungan pertama. LiLA ibu hamil < 23,5 cm atau = 23,5 cm menunjukkan ibu hamil yang berisiko kurang energi kronis (KEK) dan berisiko mengalami berat badan lahir rendah (BBLR).

4) Mengukur tinggi fundus uteri (TFU)

Tujuan pemeriksaan TFU menggunakan teknik *Mc. Donald* adalah menentukan umur kehamilan berdasarkan minggu dan hasilnya bisa dibandingkan dengan hasil anamnesis hari pertama haid terakhir (HPHT). Dilakukannya pemeriksaan TFU adalah pada tiap kali kunjungan antenatal untuk mendeteksi pertumbuhan janin sesuai atau tidak dengan umur kehamilan. Pengukuran TFU menggunakan pita ukur yaitu pada usia kehamilan 22 minggu. Pada minggu ke-38 sampai 40 minggu, TFU turun karena janin mulai masuk pintu atas panggul.

Tabel 2.2 Tinggi Fundus Uteri

Usia Kehamilan	TFU
28 minggu	3 jari dibawah pusat
32 minggu	Pertengahan antara pusat dan symphysis
36 minggu	3 jari dibawah symphysis
40 minggu	Pertengahan antara pusat dan symphysis

Sumber : Tyastuti, 2016

Tabel 2.3 Perkiraan TFU terhadap UK berdasarkan *Mc Donald*

No.	Perkiraan TFU dalam cm	Perkiraan UK dalam minggu
1.	24-25	22-28
2.	26,7	28
3.	29,5-30	30
4.	29,5-30	32
5.	31	34
6.	32	35
7.	33	38
8.	37,7	40

Sumber Yuliani, 2021

5) Presentasi janin dan perhitungan denyut jantung janin.

Presentasi janin ditentukan sejak akhir trimester II, pemeriksaan ini bertujuan untuk mengetahui letak janin. Jika pada trimester III bagian bawah janin bukan kepala atau kepala janin belum masuk pintu atas panggul berarti ada kelainan letak, panggul sempit atau masalah lain. Penilaian DJJ dilakukan rutin setiap pemeriksaan dimulai sejak usia 15 minggu, rentang batas normal DJJ yaitu 120-160 kali per menit.

6) Pemeriksaan imunisasi Tetanus Toksoid (TT)

Imunisasi TT bertujuan untuk mendapatkan perlindungan serta mencegah terjadinya tetanus pada bayi yang dilahirkan. Ibu hamil atau wanita usia subur (WUS) yang lahir pada tahun 1984-1997 dengan pendidikan minimal sekolah dasar telah memperoleh program bulan imunisasi anak sekolah (BIAS) pada kelas satu SD dan kelas enam SD.

7) Pemberian tablet Fe sebanyak 90 tablet selama kehamilan

Tablet Fe mengandung 320 mg sulfat ferrous 0,25 mg asam folat yang diikat dengan laktosa. Tujuan pemberian Fe adalah untuk memenuhi kebutuhan Fe pada ibu hamil dan nifas, karena pada kehamilan kebutuhannya meningkat seiring pertumbuhan janin. Zat besi ini penting meningkatkan volume darah yang terjadi selama

kehamilan dan untuk memastikan pertumbuhan dan perkembangan janin.

8) Pemeriksaan laboratorium

Pemeriksaan laboratorium yang dilakukan pada ibu hamil adalah pemeriksaan laboratorium rutin dan khusus. Pemeriksaan laboratorium yang perlu dilakukan adalah pemeriksaan kadar hemoglobin untuk mengetahui kejadian anemia pada ibu trimester

III. Pemeriksaan laboratorium dilakukan saat hamil, diantaranya:

- (a) Tes golongan darah, untuk mempersiapkan donor darah bagi ibu hamil yang sewaktu-waktu diperlukan apabila terjadi situasi kegawatdaruratan.
- (b) Tes hemoglobin, untuk mengetahui ibu hamil yang menderita anemia. Kadar hemoglobin normal pada ibu hamil yaitu 11 g/dl trimester I dan trimester III serta 10,5 g/dl pada trimester II.

Tabel 2.4 Klasifikasi Anemia pada Ibu Hamil

Status anemia	Kadar Hb (g/dl)
Tidak anemia	>11
Anemia ringan	9-10
Anemia sedang	7-8
Anemia berat	<7

sumber : Irianto K, 2014

- (c) Tes urin, tes urin meliputi pemeriksaan protein dan reduksi dalam urin. Pemeriksaan urin bertujuan untuk mengetahui ada tidaknya protein dalam urin yang merupakan salah satu indikator terjadinya preeklamsia dan reduksi urin bertujuan untuk mendeteksi ibu hamil dengan penyakit diabetes melitus.

(d) Tes pemeriksaan darah seperti tes HIV, HbsAg dan sifilis.

Sementara pemeriksaan malaria dilakukan di daerah endemis.

9) Tatalaksana kasus

Jika ibu hamil yang memiliki risiko dilakukan penilaian faktor risiko dan melakukan rujukan apabila diperlukan.

10) Temu wicara/konseling

Tenaga kesehatan memberikan penjelasan dengan klien mengenai tanda bahaya kehamilan, perencanaan KB, perencanaan persalinan dan pencegahan komplikasi (P4K). tanda bahaya kehamilan mungkin bisa dialami ibu meliputi: muntah terus-menerus, tidak mau makan, demam tinggi, bengkak pada kaki (kaki, tangan dan wajah) sakit kepala disertai kejang, janin dirasakan kurang bergerak dibandingkan sebelumnya, perdarahan, air ketuban keluar sebelum waktunya, terasa sakit pada saat kencing atau keluar keputihan atau gatal-gatal di daerah kemaluan, batuk lama (lebih dari 2 minggu), jantung berdebar-debar atau nyeri di dada, diare berulang. Perencanaan KB seperti KB pascasalin dan program perencanaan persalinan dan pencegahan komplikasi (P4K) merupakan komponen persiapan persalinan. Dalam stiker P4K meliputi nama ibu, tapsiran persalinan, penolong persalinan, tempat persalinan, transportasi dan calon donor darah.

g. Kunjungan ANC

Pemeriksaan *Antenatal Care* terbaru sesuai dengan standar pelayanan yaitu minimal 6 kali pemeriksaan selama kehamilan dan minimal 2 kali pemeriksaan oleh dokter pada trimester I dan III. Dua kali pada trimester pertama (0-12 minggu), 1 kali pada trimester kedua (kehamilan diatas 12-26 minggu), 3 kali pada trimester ketiga (kehamilan diatas 26-40 minggu) (Buku KIA, 2020).

h. Tanda bahaya pada kehamilan

Ada beberapa tanda bahaya kehamilan menurut Buku Kesehatan Ibu Dan Anak (2020) yaitu:

- 1) Muntah terus dan tidak mau makan.
- 2) Demam tinggi.
- 3) Bengkak pada kaki, tangan dan wajah atau sakit kepala disertai kejang.
- 4) Janin dirasakan kurang bergerak dibandingkan sebelumnya.
- 5) Perdarahan pada hamil muda atau tua.
- 6) Air ketuban keluar sebelum waktunya.

Selain tanda bahaya diatas ada beberapa masalah lain yang dapat terjadi selama masa kehamilan yaitu:

- 1) Demam menggigil dan berkeringat. Bila terjadi di daerah endemis malaria, maka kemungkinan menunjukkan gejala penyakit malaria.
- 2) Terasa sakit pada saat kencing atau keluar keputihan atau gatal-gatal di daerah kemaluan.

- 3) Batuk lama hingga lebih dari 2 minggu.
- 4) Jantung berdebar-debar atau nyeri di dada.
- 5) Diare berulang
- 6) Sulit tidur dan cemas berlebihan.

i. Konsep Kehamilan Resiko Tinggi

Kehamilan risiko tinggi adalah keadaan yang dapat mempengaruhi keadaan ibu maupun janin pada kehamilan yang dihadapi (Manuaba, 2012). Kehamilan risiko tinggi adalah kehamilan yang dapat menyebabkan ibu hamil dan bayi menjadi sakit atau meninggal sebelum kelahiran berlangsung (Indrawati, 2016). Karakteristik ibu hamil diketahui bahwa faktor penting penyebab risiko tinggi pada kehamilan terjadi pada kelompok usia 35 tahun dikatakan usia tidak aman karena saat bereproduksi pada usia 35 tahun dimana kondisi organ reproduksi wanita sudah mengalami penurunan kemampuan untuk bereproduksi. Faktor penyebab risiko kehamilan apabila tidak segera ditangani pada ibu dapat mengancam keselamatan bahkan dapat terjadi hal yang paling buruk yaitu kematian ibu dan bayi.

Puji Rochjati dalam Manuaba et al. (2013) menjelaskan ada beberapa faktor yang mempengaruhi ibu hamil risiko tinggi yaitu seperti primi muda berusia kurang dari 16 tahun, primipara tua berusia lebih dari 35 tahun, primipara sekunder dengan usia anak terkecil diatas 5 tahun, tinggi badan kurang dari 145cm, riwayat kehamilan yang buruk (pernah keguguran, pernah persalinan premature, lahir mati, dan riwayat

persalinan dengan tindakan seperti ekstraksi vakum, ekstraksi forsep, dan operasi sesar), pre-eklamsia, eklamsia, gravida serotinus, kehamilan dengan pendarahan antepartum, kehamilan dengan kelainan letak, kehamilan dengan penyakit ibu yang mempengaruhi kehamilan.

Menurut Widatiningsih dan Dewi (2017), batasan dalam faktor risiko atau masalah dapat dibagi menjadi tiga yaitu ada potensi gawat obstetri (APGO), ada gawat obstetri (AGO), dan ada gawat darurat obstetri (AGDO). Kelompok faktor risiko ada ibu hamil dikelompokkan menjadi 3 yaitu kelompok I, II, III berdasarkan kapan ditemukan, cara pengenalan dan sifat atau tingkat risikonya.

a) Kelompok I

Ada Potensi Gawat Obstetrik (APGO) ada 10 faktor risiko, yaitu :

1. Primi muda
2. Primi tua
3. Anak kecil kurang dari 2 tahun
4. Primi tua sekunder
5. Grande multi
6. Umur 35 tahun atau lebih
7. Tinggi badan 145 cm atau kurang
8. Riwayat Obstetri Buruk (ROB)
9. Persalinan yang lalu dengan tindakan
10. Bekas operasi sesar

b) Kelompok II

Ada Gawat Obstetrik (AGO) ada 8 faktor resiko. Ada gawat obstetric (AGO) adalah tanda bahaya pada saat kehamilan, persalinan, dan nifas yang terdiri dari (Widatiningsih & Dewi, 2017):

1) Penyakit pada ibu hamil

Penyakit – penyakit yang menyertai kehamilan ibu yaitu sebagai berikut:

- a) Anemia (kurang darah)
 - b) Malaria
 - c) Tuberkulosis paru
 - d) Payah jantung
 - e) Diabetes mellitus
 - f) *Human Immunodeficiency Virus/Acquired Immune Deficiency Syndrome (HIV/AIDS)*
 - g) Toksoplasmosis
 - h) Preeklamsia
- 2) Hamil kembar
 - 3) Hindramnion atau Hamil kembar air
 - 4) Janin mati dalam rahim atau *intrauterine fetal death (IUFD)*
 - 5) Hamil serotinus/hamil lebih bulan
 - 6) Letak sungsang
 - 7) Letak lintang

c) Kelompok III

Ada Gawat Darurat Obstetrik (AGDO), ada 2 faktor resiko. Ada gawat darurat obstetric adalah adanya ancaman nyawa pada ibu dan bayinya menurut Widatiningsih dan Dewi (2017), terdiri dari:

- 1) Perdarahan pada saat kehamilan
- 2) Preeklamsia berat dan Eklamsia

2. Bahaya kehamilan Risiko Tinggi

Dampak yang dapat ditimbulkan akibat ibu hamil dengan risiko tinggi sendiri dapat berdampak antara lain :

a. Dampak Kehamilan Berisiko bagi Ibu

Dampak fisik Menurut Prawiroharjo (2011), dampak kehamilan berisiko bagi ibu secara fisik adalah sebagai berikut:

1) Keguguran (abortus)

Keguguran merupakan penghentian kehamilan sebelum janin dapat hidup. Keguguran dini terjadi sebelum usia kehamilan 12 minggu dan keguguran tahap lanjut terjadi antara usia kehamilan 12 minggu-20 minggu.

2) Partus macet

Partus macet merupakan pola persalinan yang abnormal dimana terjadi fase laten dan fase aktif memanjang/melambat bahkan berhenti ditandai dengan berhentinya dilatasi serviks atau penurunan janin secara total atau keduanya.

3) Perdarahan *ante partum* dan *post partum*

Perdarahan *antepartum* merupakan perdarahan yang terjadi setelah kehamilan 28 minggu. Biasanya lebih banyak dan lebih berbahaya daripada perdarahan kehamilan sebelum 28 minggu.

Perdarahan *postpartum* merupakan perdarahan lebih dari 500-6000 ml dalam waktu 24 jam setelah bayi lahir.

4) *Intra Uterine Fetal Death* (IUFD)

Intra Uterine Fetal Death (IUFD) merupakan kematian janin dalam rahim sebelum terjadi proses persalinan, usia kehamilan 28 minggu keatas atau berat janin 1000 gram dapat juga mengakibatkan kelahiran mati.

5) Keracunan dalam kehamilan (Pre eklampsia) & kejang (Eklamsia)

Preeklamsia adalah keracunan pada kehamilan yang biasanya terjadi pada trimester ketiga kehamilan atau bisa juga muncul pada trimester kedua. Preeklamsia serta gangguan tekanan darah lainnya merupakan kasus yang menimpa setidaknya lima hingga delapan persen dari seluruh kehamilan.

3. Pencegahan Kehamilan Risiko Tinggi

Pencegahan terjadinya kehamilan risiko tinggi menurut Widatiningsih dan Dewi (2017) dapat dilakukan dengan melakukan penyuluhan Komunikasi Informasi Edukasi (KIE) untuk kehamilan dan persalinan aman tentang :

- 1) Kehamilan Risiko Rendah (KRR), tempat persalinan dapat dilakukan di rumah maupun di polindes, tetapi penolong persalinan harus bidan, dukun membantu perawatan nifas bagi ibu dan bayinya.
- 2) Kehamilan Risiko Tinggi (KRT), memberi penyuluhan agar pertolongan persalinan oleh bidan atau dokter puskesmas, dipolindes atau puskesmas (PKM), atau langsung dirujuk ke rumah sakit, misalnya pada letak lintang dan ibu hamil pertama (primi) dengan tinggi badan rendah.
- 3) Kehamilan Risiko Sangat Tinggi (KRST), diberi penyuluhan dirujuk untuk melahirkan di rumah sakit dengan alat lengkap dan di bawah pengawasan dokter spesialis.

2.2.2 Konsep Dasar Persalinan

1. Pengertian Persalinan

Persalihan adalah proses dimana bayi, plasenta dan selaput ketuban keluar dari uterus ibu, persalinan dianggap normal jika prosesnya terjadi pada usia kehamilan cukup bulan (setelah 37 minggu) tanpa disertai adanya penyulit (JNPKKR, 2017). Persalinan dimulai sejak uterus berkontraksi dan menyebabkan perubahan pada serviks (membuka dan menipis) dan berakhir sampai lahirnya plasenta secara lengkap (JNPKKR, 2017).

2. Etiologi persalinan

Sebab terjadinya persalinan sampai kini masih merupakan teori – teori yang kompleks. Faktor – faktor humoral, pengaruh prostaglandin, struktur uterus, sirkulasi uterus, pengaruh syaraf dan nutrisi di sebut sebagai faktor-faktor yang mengakibatkan persalinan dimulai. Menurut Rosyati (2017), teori yang menyebabkan mulai dan berlangsungnya persalinan, antara lain:

1) Teori penurunan hormon

Penurunan kadar hormon estrogen dan progesteron yang terjadi kira-kira 1 – 2 minggu sebelum partus dimulai. Progesteron bekerja sebagai penenang bagi otot-otot uterus dan akan menyebabkan kekejangan pembuluh darah sehingga timbul his bila kadar progesteron turun.

2) Teori plasenta menjadi tua

Villi korialis mengalami perubahan – perubahan, sehingga kadar estrogen dan progesteron menurun yang menyebabkan kekejangan pembuluh darah, hal ini akan menimbulkan kontraksi rahim.

3) Teori berkurangnya nutrisi pada janin

Jika nutrisi pada janin berkurang maka hasil konsepsi akan segera dikeluarkan.

4) Teori distensi rahim

Keadaan uterus yang terus menerus membesar dan menjadi tegang mengakibatkan iskemia otot – otot uterus. Hal ini mungkin

merupakan faktor yang dapat mengganggu sirkulasi uteroplasenter sehingga plasenta menjadi degenerasi.

5) Teori iritasi mekanik

Tekanan pada *ganglio servikale* dari *pleksus frankenhauser* yang terletak di belakang serviks. Bila *ganglion* ini tertekan, kontraksi uterus akan timbul. Induksi partus (*induction of labour*).

3. **Faktor – Faktor yang Mempengaruhi Persalinan**

Menurut Rosyati (2017), faktor yang mempengaruhi persalinan sebagai berikut.

1) *Power* (kekuatan ibu)

Power adalah kekuatan atau tenaga untuk melahirkan yang terdiri dari his atau kontraksi uterus dan tenaga meneran dari ibu. Power merupakan tenaga primer atau kekuatan utama yang dihasilkan oleh adanya kontraksi dan retraksi otot-otot rahim.

2) *Passage* (jalan lahir)

Merupakan jalan lahir yang harus dilewati oleh janin terdiri dari rongga panggul, dasar panggul, serviks dan vagina. Syarat agar janin dan plasenta dapat melalui jalan lahir tanpa ada rintangan, maka jalan lahir tersebut harus normal.

3) *Passanger* (Janin)

Passanger terdiri dari janin dan plasenta. Janin merupakan *passanger* utama dan bagian janin yang paling penting adalah kepala karena bagian yang paling besar dan keras dari janin adalah kepala

janin. Posisi dan besar kepala dapat mempengaruhi jalan persalinan.

4) Psikis

Perasaan positif berupa kelegaan hati, seolah-olah pada saat itulah benar-benar terjadi realitas “kewanitaan sejati” yaitu munculnya rasa bangga bisa melahirkan anaknya.

5) Penolong

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

4. **Tanda-Tanda Persalinan**

Menurut Yulizawati (2019), ada 3 tanda yang paling utama yaitu:

1) Kontraksi (His)

Ibu terasa kenceng-kenceng sering, teratur dengan nyeri dijalarkan dari pinggang ke paha. Hal ini disebabkan karena pengaruh hormon oksitosin yang secara fisiologis membantu dalam proses pengeluaran janin.

2) Pembukaan serviks

Biasanya pada bumil dengan kehamilan pertama, terjadinya pembukaan ini disertai nyeri perut. Sedangkan pada kehamilan anak kedua dan selanjutnya, pembukaan biasanya tanpa diiringi nyeri. Rasa nyeri terjadi karena adanya tekanan panggul saat kepala janin turun ke

area tulang panggul sebagai akibat melunaknya rahim. Untuk memastikan telah terjadi pembukaan, tenaga medis biasanya akan melakukan pemeriksaan dalam (*vaginal toucher*).

3) Pecahnya ketuban dan keluarnya *Bloody Show*

Dalam bahasa medis disebut *bloody show* karena lendir ini bercampur darah. Itu terjadi karena pada saat menjelang persalinan terjadi pelunakan, pelebaran, dan penipisan mulut rahim. *Bloody show* seperti lendir yang kental dan bercampur darah. Menjelang persalinan terlihat lendir bercampur darah yang ada di leher rahim tersebut akan keluar sebagai akibat terpisahnya membran selaput yang mengelilingi janin dan cairan ketuban mulai memisah dari dinding Rahim.

Tanda selanjutnya pecahnya ketuban, di dalam selaput ketuban yang membungkus janin, terdapat cairan ketuban sebagai bantalan bagi janin agar terlindungi, bisa bergerak bebas dan terhindar dari trauma luar. Terkadang ibu tidak sadar saat sudah mengeluarkan cairan ketuban dan terkadang menganggap bahwa yang keluar adalah air pipisnya. Cairan ketuban umumnya berwarna bening, tidak berbau, dan akan terus keluar sampai ibu akan melahirkan.

5. **Pembagian Tahap Persalinan**

Menurut Rosyati (2017), pembagian tahap persalinan dibagi menjadi 3, yaitu:

1) Persalinan kala I

Persalinan kala I adalah pembukaan yang berlangsung antara pembukaan nol sampai pembukaan lengkap. Ditandai dengan :

- a) Penipisan dan pembukaan serviks.
- b) Kontraksi uterus yang mengakibatkan perubahan pada serviks (frekuensi minimal 2 kali dalam 10 menit).
- c) Keluarnya lendir bercampur darah.

Menurut Wiknjostasto dalam Rosyati (2017), kala pembukaan di bagi atas 2 fase yaitu :

1. Fase laten

Pembukaan serviks berlangsung lambat, di mulai dari pembukaan 0 sampai pembukaan 3 cm, berlangsung kira – kira 8 jam.

2. Fase aktif

Dari pembukaan 3 cm sampai pembukaan 10 cm, berlangsung kira – kira 7 cm. Dibagi atas :

- (1) Fase akselerasi : dalam waktu 2 jam, pembukaan 3 cm menjadi 4.
- (2) Fase dilatasi maksimal : dalam waktu 2 jam pembukaan berlangsung sangat cepat, dari pembukaan 4 cm menjadi 9 cm
- (2) Fase deselerasi : berlangsung lambat, dalam waktu 2 jam pembukaan jadi 10 cm.
- (3) Kontraksi menjadi lebih kuat dan sering pada fase aktif.

Keadaan tersebut dapat dijumpai pada primigravida maupun

multigravida, tetapi pada multigravida fase laten, fase aktif dan fase deselerasi terjadi lebih pendek.

d) Kala II (pengeluaran)

Menurut Winkjosastro dalam Rosyati (2017), di mulai dari pembukaan lengkap (10 cm) sampai bayi lahir. Pada primigravida berlangsung 2 jam dan pada multigravida berlangsung 1 jam. Pada kala pengeluaran, his terkoordinir, kuat, cepat dan lebih lama, kira – kira 2 -3 menit sekali. Kepala janin telah turun masuk ruang panggul sehingga terjadi tekanan pada otot – otot dasar panggul yang secara refleks menimbulkan rasa mencedas. Karena tekanan pada rectum, ibu merasa seperti mau buang air bersih, dengan tanda anus terbuka. Pada waktu his, kepala janin mulai kelihatan, vulva membuka dan perineum meregang dengan his mencedas maksimal kepala janin dilahirkan dengan suboksiput di bawah simpisis dan dahi, muka, dagu melewati perineum. Setelah his istirahat sebentar, maka his akan mulai lagi untuk mengeluarkan anggota badan bayi.

e) Kala III (pelepasan uri)

Kala III adalah waktu untuk pelepasan dan pengeluaran uri. Di mulai segera setelah bayi baru lahir sampai lahirnya plasenta yang berlangsung tidak lebih dari 30 menit (Rosyati, 2017). Tanda dan gejala kala III menurut Depkes RI (2004) dalam Rosyati (2017) tanda dan gejala kala III adalah: perubahan bentuk dan tinggi fundus uteri, tali pusat memanjang, semburan darah tiba – tiba.

f) Kala IV (obsevasi)

Menurut Rosyati (2017), kala IV dimulai dari saat lahirnya plasenta sampai 2 jam pertama post partum. Observasi yang dilakukan pada kala IV adalah :

- a) Tingkat kesadaran
- b) Pemeriksaan tanda – tanda vital, tekanan darah, nadi dan pernafasan
- c) Kontraksi uterus
- d) Perdarahan : dikatakan normal jika tidak melebihi 500 cc.

f. Mekanisme Persalinan Normal

Menurut Manuaba (1999) dalam Rosyati (2017), gerakan – gerakan janin dalam persalinan adalah sebagai berikut :

1) *Engagement* (masuknya kepala)

Kepala janin berfiksir pada pintu atas panggul.

2) *Descent* (penurunan)

Penurunan di laksanakan oleh satu / lebih.

- a) Tekanan cairan amnion
- b) Tekanan langsung fundus pada bokong kontraksi otot abdomen.
- c) Ekstensi dan penelusuran badan janin.
- d) Kekuatan mengejan.

3) *Fleksion* (fleksi)

Fleksi di sebabkan karena anak di dorong maju dan ada tekanan pada PAP, serviks, dinding panggul atau dasar panggul. Pada fleksi ukuran kepala yang melalui jalan lahir kecil, karena diameter *fronto occipito* di gantikan diameter *sub occipito*.

4) *Internal rotation* (rotasi dalam)

Pada waktu terjadi pemutaran dari bagian depan sedemikian rupa sehingga bagian terendah dari janin memutar ke depan ke bawah simfisis (UUK berputar ke depan sehingga dari dasar panggul UUK di bawah simfisis)

5) *Extensition* (ekstensi)

Ubun – ubun kecil (UUK) di bawah simfisis maka *sub occiput* sebagai hipomoklion, kepala mengadakan gerakan defleksi (ekstensi).

6) *External rotation* (rotasi luar)

Gerakan sesudah defleksi untuk menyesuaikan kedudukan kapala dengan punggung anak.

7) *Expulsion* (ekspulsi)

Terjadi kelahiran bayi seluruhnya.

g. Kebutuhan dasar ibu bersalin

Menurut JNPK-KR (2017) adapun kebutuhan dasar ibu bersalin adalah sebagai berikut:

1) Dukungan emosional

Perasaan takut dapat meningkatkan rasa nyeri, otot-otot tegang dan ibu menjadi cepat lelah dan menyerah yang pada akhirnya akan

mempengaruhi proses persalinan sehingga dibutuhkan dukungan dari keluarga atau petugas kesehatan.

2) Kebutuhan makanan atau cairan

Makanan yang bersifat padat tidak dianjurkan diberikan selama persalinan aktif, karena makanan padat lebih lama tinggal dalam lambung daripada makanan cair, sehingga proses pencernaan berjalan lebih lambat selama persalinan. Anjurkan ibu makan dan minum sesering mungkin seperti makan roti, minum teh manis dan air.

3) Kebutuhan eliminasi

Kandung kencing harus dikosongkan setiap 2 jam selama proses persalinan demikian pula dengan jumlah dan waktu berkemih harus dicatat. Bila pasien tidak mampu berkemih sendiri dapat dilakukan kateterisasi, karena kandung kencing yang penuh akan menghambat penurunan bagian terendah janin.

4) Mengatur posisi

Posisi yang nyaman akan membuat ibu lebih tenang dalam persalinan, disini peranan bidan adalah mendukung ibu dalam pemilihan posisi apapun, menyarankan alternatif hanya apabila tindakan ibu tidak efektif atau memahayakan bagi diri sendiri maupun bagi bayinya.

5) Peran pendamping

Kehadiran suami atau orang terdekat ibu untuk memberikan dukungan pada ibu, menciptakan suasana kekeluargaan dan rasa

aman, membantu ibu ke kamar mandi, memberi cairan dan nutrisi, memberikan dorongan spiritual dengan ikut berdoa, yang dapat membantu proses persalinan sehingga ibu merasa lebih tenang dan proses persalinannya dapat berjalan dengan lancar.

6) Pengurangan rasa nyeri

Pengurangan rasa nyeri bisa dilakukan dengan pijatan pada daerah lumbosakral dengan arah melingkar, dengan pengaturan pernapasan, dengan miring kiri dan tidak terlentang terlalu lama atau tidak miring kanan terlalu lama. Adapun secara umum teknik pengurangan rasa sakit seperti kehadiran pendamping, penekanan pada lutut, kompres air hangat dan dingin, berendam, visualisasi dan pemusatan perhatian, mendengarkan musik serta aromaterapi.

7) Pencegahan infeksi

Menjaga lingkungan tetap bersih dan aman bagi ibu dan bayinya, juga akan melindungi penolong persalinan dan pendamping dari infeksi.

h. Pengertian Pre eklampsia

Pre eklampsia adalah penyakit multisistemik yang ditandai dengan adanya hipertensi sesudah 20 minggu kehamilan pada wanita yang sebelumnya dengan tensi yang normal, dengan adanya proteinuria atau dalam bentuknya tidak adanya tanda atau gejala yang mengindikasikan cedera organ target. Tanda-tanda klinis melibatkan banyak organ termasuk hati, ginjal, paru-paru, otak dan pankreas (Insani, 2020).

Pre Eklampsia adalah suatu keadaan timbulnya hipertensi dan proteinuria setelah umur kehamilan 20 minggu sampai minggu ke-6 setelah persalinan. Hipertensi ditandai dengan peningkatan sistolik ≥ 140 mmHg dan diastolik ≥ 90 mmHg sedangkan proteinuria didefinisikan sebagai ekskresi protein dalam urin dengan kadar 300 mg/dl dalam urin tampung 24 jam atau dengan pemeriksaan kualitatif $> +1$ pada pengambilan sampel urin (Perkumpulan Obstetri dan Ginekologi Indonesia, 2016).

i. Klasifikasi Pre eklampsia

Klasifikasi Pre Eklampsia terbaru tidak lagi membagi menjadi Pre Eklampsia Ringan dan Berat, namun dibagi menjadi pre eklampsia “disertai gejala berat” (*with severe features*) dan “tanpa disertai gejala berat” (*without severe features*). Tujuannya adalah untuk meningkatkan kewaspadaan pada seluruh kasus pre eklampsia yang dapat memburuk secara tiba-tiba. Pre eklampsia tanpa gejala berat disebut dengan Pre Eklampsia, sedangkan pre eklampsia dengan gejala berat disebut sebagai Pre Eklampsia Berat (PEB) (Hidayati, 2020).

1. Preeklampsia

Preeklampsia dengan tekanan darah $\geq 140/90$ mmHg pada kesempatan setidaknya 4 jam terpisah setelah 20 minggu kehamilan pada wanita dengan tekanan darah yang sebelumnya normal dan ada minimal satu dari gejala berikut:

a) Proteinuria : Dispstick $> +1$ atau > 300 mg/24 jam

- b) Gangguan ginjal: keratin serum $> 1,1$ mg/dL atau didapatkan peningkatan kadar kreatinin serum pada kondisi dimana tidak ada kelainan ginjal lainnya.
- c) Edema Paru
- d) Gangguan liver: peningkatan konsentrasi traminase 2 kali normal dan atau adanya nyeri di daerah epigastrik/region kanan atas abdomen
- e) Trombositopenia: trombosit < 100.000 /microliter
- f) Didapatkan gejala neurologis : nyeri kepala, stroke, dan gangguan penglihatan.
- g) Gangguan pertumbuhan janin yang menjadi tanda gangguan sirkulasi uteroplasenta: Oligohidramnion, Fetal Growth Restriction (FGR) atau didapatkan adanya absent or reversed and diastolic velocity (ARDV).

2. Preeklampsia Berat

Ada salah satu tanda dari:

- a) Tekanan darah $\geq 160/110$ mmHg
- b) Proteinuria : Dispstick $> +1$ atau > 300 mg/24 jam

Proteinuria terjadi karena terdapat lesi pada glomerulus. Peningkatan permeabilitas membran basal glomerulus terhadap protein. Pada tubulus proksimal juga mengalami gangguan reabsorpsi protein. Ekskresi ini berhubungan dengan pengeluaran protein dengan BM kecil karena gangguan ekskresi

dan reabsorpsi tubulus tetapi juga protein dengan BM besar. Proteinuria merupakan tanda pada preeklampsia karena kehilangan protein pada pasien yang hamil merupakan penyebab utama hipoproteinemia.

- c) Gangguan ginjal: keratin serum $> 1,1$ mg/dL atau didapatkan peningkatan kadar kreatinin serum pada kondisi dimana tidak ada kelainan ginjal lainnya.
- d) Edema Paru
- e) Gangguan liver: peningkatan konsentrasi traminase 2 kali normal dan atau adanya nyeri di daerah epigastrik/region kanan atas abdomen
- f) Trombositopenia: trombosit < 100.000 /mikroliter
- g) Didapatkan gejala neurologis : nyeri kepala, stroke, dan gangguan penglihatan
- h) Gangguan pertumbuhan janin yang menjadi tanda gangguan sirkulasi uteroplasenta: Oligohidramnion, Fetal Growth Restriction (FGR) atau didapatkan adanya absent or reversed and diastolic velocity (ARDV).

j. Tata laksana Pre eklampsia

Beberapa perubahan terbaru dalam manajemen preeklampsia, yaitu:

1. Waktu terminasi: Pada pasien preeklampsia tanpa tanda perburukan, dapat diterminasi pada usia kehamilan 37 minggu lengkap.

2. Manajemen post-partum: agen antiinflamasi nonsteroid dapat meningkatkan tekanan darah dan harus diganti dengan analgesik lain pada pasien dengan hipertensi selama lebih dari 1 hari postpartum.

Beberapa rekomendasi dalam menangani preeklampsia ataupun hipertensi dalam kehamilan :

1. Untuk pasien preeklampsia dengan tekanan darah sistolik kurang dari 160 mmHg dan diastolik kurang dari 110 mmHg dan tanpa gejala, magnesium sulfat untuk pencegahan eklampsia tidak disarankan.
2. Untuk pasien preeklampsia, keputusan terminasi kehamilan tidak harus didasarkan pada jumlah proteinuria atau perubahan jumlah proteinuria.
3. Untuk pasien preeklampsia, cara persalinan disarankan tidak perlu sesar. Cara terminasi kehamilan harus ditentukan oleh usia kehamilan, presentasi janin, status serviks, dan kondisi janin dan ibu.
4. Untuk pasien preeklampsia yang menjalani sesar, dianjurkan administrasi intraoperatif magnesium sulfat secara parenteral untuk mencegah eklampsia.

2.2.3 Konsep Dasar Bayi Baru Lahir

a. Pengertian Bayi Baru Lahir

Bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir dengan presentasi belakang kepala pada usia kehamilan 37 minggu sampai 42 minggu

dengan berat badan lahir 2500-4000 gram (Armini dkk, 2017). Neonatus adalah bayi yang baru mengalami proses kelahiran, berusia 0-28 hari (Jamil dkk, 2017).

b. Adaptasi Bayi Baru Lahir

Setiyani dkk (2016) memaparkan bahwa adaptasi fisiologis pada bayi baru lahir yaitu sebagai berikut:

1) Sistem pernafasan

Sistem pernapasan, upaya rangsangan napas pertama pada bayi berfungsi untuk mengeluarkan cairan dalam paru-paru uantuk pertama kali. Setelah pernapasan mulai berfungsi, nafas bayi menjadi dangkal dan tidak teratur 30-60 kali menit, disertai apnea singkat kurang dari 15 detik.

2) Sistem pencernaan

Bentuk makanan yang baik dikonsumsi pada awal proses pencernaan bagi bayi baru lahir adalah kolostrum. Kolostrum diproduksi oleh payudara sejak masa kehamilan dan dalam 2-3 hari setelah melahirkan. Untuk mendapatkan kolostrum bayi baru lahir mampu mengisap dan menelan. Gerakan tersebut adalah reflek yang dimiliki bayi saat lahir.

3) Sistem imunisasi

Bayi baru lahir memerlukan waktu beberapa minggu untuk membentuk imunisasi aktif. Maka dari itu untuk melindungi bayi dari

infeksi kuman dan bakteri diperlukan tindakan antisipasi dan proteksi terhadap kondisi bayi.

4) Perubahan sistem imunologi

Sistem imunitas bayi baru lahir, masih belum matang sehingga rentan terhadap berbagai infeksi dan alergi. Reaksi bayi baru lahir terhadap infeksi masih sangat lemah dan tidak memadai. Pencegahan pajanan mikroba seperti praktik persalinan yang aman, menyusui ASI dini, dan pengenalan serta pengobatan dini infeksi menjadi sangat penting.

c. Standar Asuhan pada Bayi Baru Lahir

Komponen asuhan bayi baru lahir yaitu pencegahan infeksi, penilaian segera setelah lahir, pencegahan kehilangan panas, perawatan tali pusat, IMD, manajemen laktasi, pencegahan infeksi mata dengan pemberian salep mata erythromycin, pemberian imunisasi Hb-0, injeksi vitamin K1 1 mg *intramuscular* pada paha kiri *anterolateral*, dan pemeriksaan fisik bayi baru lahir, serta pemberian identitas (tanda pengenal).

d. Perawatan bayi baru lahir

Perawatan bayi baru lahir menurut JNPK-KR (2017), yaitu sebagai berikut:

- 1) Penilaian yaitu apakah bayi cukup bulan, air ketuban jernih, tidak bercampur mekonium, bayi menangis atau bernafas, tonus otot bayi baik.

- 2) Asuhan bayi baru lahir.
- 3) Jaga kehangatan.
- 4) Bersihkan jalan napas (bila perlu).
- 5) Keringkan dan tetap jaga kehangatan.
- 6) Potong dan ikat tali pusat tanpa membubuhi apapun, kira-kira dua menit setelah lahir.
- 7) Lakukan Inisiasi Menyusu Dini (IMD) dan kontak kulit bayi dengan kulit ibu.
- 8) Beri salep mata antibiotika pada kedua mata.
- 9) Beri suntikan Vitamin K untuk mencegah perdarahan, dengan dosis 0,5-1 mg secara *intramuskular* (IM), di paha kiri *anterolateral* setelah IMD.
- 10) Beri imunisasi hepatitis B uniject 0,5 ml secara intramuskular (IM), diberikan kira-kira 1-2 jam setelah pemberian vitamin K atau 0-7 hari sesuai pedoman buku KIA.
- 11) Asuhan 1 jam bayi baru lahir, meliputi pemeriksaan fisik bayi baru lahir
- 12) Asuhan 6 jam bayi baru lahir, meliputi pemeriksaan fisik dan reflek bayi setelah 6 jam.

e. Tanda dan Kriteria Bayi Lahir Normal

Bayi baru lahir dikatakan normal jika termasuk dalam kriteria sebagai berikut :

- 1) Berat badan lahir bayi antara 2.500-4.000 gram

- 2) Panjang badan bayi 48-50 cm
- 3) Lingkar dada bayi 32-34 cm
- 4) Lingkar kepala bayi 33-35 cm
- 5) Bunyi jantung dalam menit pertama \pm 180 kali/ menit, kemudian turun sampai 140-120 kali/ menit pada saat bayi berumur 30 menit
- 6) Pernafasan cepat pada menit-menit pertama kira-kira 80 kali/ menit disertai pernafasan cuping hidung, retraksi suprasternal dan intercostal, serta rintihan hanya berlangsung 10-15 menit.
- 7) Kulit kemerah-merahan dan licin karena jaringan subkutan cukup terbentuk dan dilapisi verniks kaseosa
- 8) Rambut lanugo telah hilang, rambut kepala tumbuh baik
- 9) Kuku telah agak panjang dan lemas
- 10) Genetalia : testis sudah turun (pada bayi laki-laki) dan labia mayora telah menutupi labia minora (pada bayi perempuan)
- 11) Refleks isap, menelan, dan moro telah terbentuk
- 12) Eliminasi, urine, dan meconium normalnya keluar pada 24 jam pertama. Meconium memiliki karakteristik hitam kehijauan dan lengket.

(Sondakh, 2013)

2.2.4 Konsep Dasar Nifas

a. Pengertian nifas

Menurut Kemenkes RI (2018) masa nifas merupakan masa yang dimulai setelah persalinan selesai berakhir ketika alat-alat kandungan

kembali seperti keadaan sebelum hamil yang berlangsung selama 6 minggu.

b. Tujuan asuhan kebidanan nifas

Menurut Kemenkes RI tahun 2018 tujuan asuhan kebidanan nifas yaitu: menjaga kesehatan ibu dan bayi baik secara fisik maupun psikologis, dalam hal ini diperlukan peran keluarga dalam pemenuhan nutrisi dan juga dukungan psikologis agar kesehatan ibu dan bayi selalu terjaga, memberikan asuhan kebidanan yang sistematis yaitu dimulai dari pengkajian, interpretasi data dan analisa masalah, perencanaan, penatalaksanaan dan evaluasi sehingga dapat mendeteksi secara dini bila ada penyulit maupun komplikasi, kemudian melaksanakan rujukan yang aman dan tepat ke fasilitas pelayanan yang dibutuhkan, memberikan pendidikan kesehatan tentang perawatan kesehatan nifas dan menyusui, kebutuhan nutrisi, perencanaan jarak kelahiran, menyusui, pemberian imunisasi kepada bayinya, perawatan bayi sehat serta pelayanan keluarga berencana sesuai dengan pilihan ibu.

c. Tahapan masa nifas

Menurut Kemenkes RI tahun 2018 pembagian tahapan nifas dibagi menjadi 3 yaitu:

1) *Immediate post partum*

Masa segera setelah plasenta lahir sampai dengan 24 jam, fase ini merupakan fase kritis, sering terjadi insiden perdarahan post partum karena atonia uteri. Pada fase ini bidan perlu melakukan pemantauan

secara rutin yang meliputi kontraksi uterus, pengeluaran lochea, kandung kemih, tekanan darah dan suhu

2) *Early post partum* (>24 jam-1 minggu)

Pada fase ini bidan memastikan involusi uteri berjalan normal, tidak ada perdarahan, lochea tidak berbau busuk, tidak demam, ibu mendapat asupan makanan dan cairan yang cukup sehingga dapat menyusui dengan baik.

3) *Late post partum*

Bidan melakukan asuhan dan pemeriksaan sehari-hari serta konseling pemeriksaan KB.

4) *Remote puerperium*

Fase ini merupakan waktu yang diperlukan untuk pulih terutama bila selama hamil atau bersalin memiliki penyulit atau komplikasi.

d. Perubahan fisiologis masa nifas

1) Uterus

Uterus adalah organ yang mengalami banyak perubahan besar karena telah mengalami perubahan besar selama masa kehamilan dan persalinan. Pembesaran uterus tidak akan terjadi secara terus menerus, sehingga adanya janin dalam uterus tidak akan terlalu lama. Bila adanya janin tersebut melebihi waktu yang seharusnya, maka akan terjadi kerusakan serabut otot jika tidak dikehendaki. Proses katabolisme akan bermanfaat untuk mencegah terjadinya masalah tersebut (Khasanah dan Sulistyawati, 2017).

Tabel 2.5 TFU saat masa nifas

Waktu involusi	TFU
Bayi lahir	Setinggi pusat
Plasenta lahir	2 jari ↓ pusat
1 minggu	Pertengahan pusat-sym
2 minggu	Tidak teraba ↑ sym
6 minggu	Bertambah kecil
8 minggu	Sebesar normal

Sumber : Khasanah dan Sulistyawati, 2017

2) *Lochea*

Menurut Sukma, dkk (2017) *lochea* adalah eksresi cairan rahim selama masa nifas. *Lochea* mengandung darah dan sisa jaringan desidua yang nekrotik dari dalam uterus. *Lochea* terdiri dari 4 tahapan, yaitu:

Tabel 2.6 Macam-macam *Lochea*

<i>Lochea</i>	Waktu	Warna	Ciri-ciri
Rubra	1-3 hari	Merah kehitaman	Terdiri dari sel desidua, verniks caseosa, rambut lanugo, sisa meconium dan sisa darah.
Sanguilenta	3-7 hari	Putih bercampur merah	Sisa darah bercampur lendir
Serosa	7-14 hari	Kekuningan/ kecoklatan	Lebih sedikit darah dan lebih banyak serum, juga terdiri dari leukosit dan robekan laserasi plasenta
Alba	>14 hari	Putih	Mengandung leukosit, selaput lendir serviks dan serabut jaringan yang mati

Sumber : Taufan dkk, 2014

3) Laktasi

Menurut Sukma dkk (2017) Masa laktasi (menyusui) sudah disiapkan sejak dari kehamilan air susu ibu (ASI) akan mengalami perubahan mulai ASI yang disebut, kolostrum sampai dengan ASI matur. Kolostrum merupakan ASI yang muncul dari hari pertama sampai hari ketiga berwarna kekuningan dan agak kasar karena banyak mengandung lemak dan sel-sel epitel dan mengandung kadar protein tinggi. Air susu ibu (ASI) peralihan sudah terbentuk pada hari keempat sampai hari kesepuluh dan ASI matur akan dihasilkan mulai hari kesepuluh dan seterusnya. Dua refleks ibu yang sangat penting pada laktasi adalah:

- a) Refleks prolaktin muncul dengan merangsang puting yang memiliki ujung saraf sensorik. Rangsangan keputing membuat hipofisis anterior mengeluarkan hormon prolaktin yang memacu alveoli untuk memproduksi air susu.
- b) Refleks aliran atau let down refleks, rangsangan puting susu juga mempengaruhi hipofisis posterior hingga merangsang pengeluaran hormon oksitosin. Hormon ini berfungsi memacu kontraksi otot polos yang ada di dinding alveoli dan dinding saluran sehingga ASI dipompa keluar.

e. Perubahan psikologis pada masa nifas

1. *Taking in* (masa ketergantungan)

Terjadi pada 1-2 hari setelah persalinan, ibu masih pasif dan sangat

bergantung pada orang lain, focus perhatian terhadap tubuhnya, ibu lebih mengingat pengalaman melahirkan dan persalinan yang dialami, serta kebutuhan tidur dan nafsu makan meningkat.

2. *Taking hold*

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

3. *Letting go*

Dialami setelah ibu dan bayi tiba dirumah. Ibu mulai secara penuh menerima tanggung jawab sebagai seorang ibu dan menyadari atau merasa kebutuhan bayi sangat bergantung pada dirinya.

(Sukma dkk, 2017)

f. Kebutuhan ibu selama masa nifas

1) Kebutuhan gizi ibu nifas

Kebutuhan nutrisi pada masa post partum dan menyusui meningkat 25%, karena berguna untuk proses penyembuhan setelah melahirkan dan untuk produksi ASI untuk pemenuhan kebutuhan bayi. Menurut Siregar (2019), kapsul Vitamin A 200.000 IU diberikan 2 kali, yaitu satu kapsul diminum segera setelah persalinan dan satu kapsul diminum 24 jam setelah Vitamin yang pertama. Tujuan pemberian Vitamin A yaitu memperbaiki kadar Vitamin A pada ASI dan dapat meningkatkan daya tahan ibu terhadap infeksi perluaan

laserasi akibat proses persalinan ibu nifas harus minum Vitamin A karena:

- a) Bayi lahir dengan cadangan Vitamin A yang rendah.
- b) Kebutuhan Vitamin A tinggi untuk pertumbuhan dan peningkatan daya tahan tubuh.

2) Mobilisasi dan senam nifas

Pada persalinan normal ibu dapat melakukan mobilisasi 2 jam postpartum pada persalinan dengan anastesi miring kanan dan kiri setelah 12 jam, tidur setengah duduk, turun dari tempat tidur setelah 24 jam. Mobilisasi pada ibu berdampak positif bagi ibu dapat membuat merasa lebih sehat dan kuat, faal usus dan kandung kemih lebih baik, ibu juga dapat merawat anaknya (Sukma dkk, 2017).

3) Istirahat

Kebutuhan istirahat ibu nifas minimal 8 jam per hari yang dapat dipenuhi dari istirahat malam dan siang hari. Kurang istirahat akan mempengaruhi ibu dalam beberapa hal antara lain mengurangi jumlah ASI yang diproduksi, memperlambat proses involusi uteri dan memperbanyak perdarahan, menyebabkan depresi dan ketidakmampuan untuk merawat bayi dan dirinya (Wahyuni, 2018).

g. Standar pelayanan pada masa nifas

Menurut Kemenkes RI (2020), pelayanan nifas yang dapat diberikan pada masa nifas yaitu:

- a. Kunjungan nifas pertama (KF1)

Diberikan pada 6 jam sampai 2 hari setelah persalinan. Asuhan yang diberikan berupa pemeriksaan tanda-tanda vital, pemantauan jumlah darah yang keluar, pemeriksaan cairan yang keluar dari vagina, pemeriksaan payudara dan anjuran ASI eksklusif 6 bulan, pemberian kapsul Vitamin A, minum tablet tambah darah setiap hari, pelayanan KB pasca persalinan.

b. Kunjungan nifas kedua (KF2)

Diberikan pada hari ke-3 sampai hari ke-7 setelah persalinan. Pelayanan yang diberikan adalah pemeriksaan tanda-tanda vital, pemantauan jumlah darah yang keluar, pemeriksaan cairan yang keluar dari vagina, pemeriksaan payudara dan anjuran ASI eksklusif 6 bulan, minum tablet tambah darah setiap hari dari pelayanan KB pasca persalinan.

c. Kunjungan nifas lengkap (KF3)

Pelayanan yang dilakukan hari ke-8 sampai hari ke-28 setelah persalinan. Asuhan pelayanan yang diberikan sama dengan asuhan pada KF2.

d. Kunjungan nifas keempat (KF4)

Pelayanan yang dilakukan pada hari ke-29 sampai hari ke-42 setelah persalinan. Asuhan pelayanan yang diberikan sama dengan asuhan pada KF3 yaitu pemeriksaan tanda-tanda vital, pemantauan jumlah darah yang keluar, pemeriksaan cairan yang keluar dari vagina, pemeriksaan payudara dan anjuran ASI eksklusif 6 bulan,

minum tablet tambah darah setiap hari dan KB pasca persalinan.

Asuhan yang diberikan pada masa nifas, yaitu:

- a) Menanyakan kondisi ibu nifas secara umum.
- b) Pengukuran tekanan darah, suhu tubuh, pernafasan dan nadi.
- c) Pemeriksaan lochea dan perdarahan
- d) Pemeriksaan kondisi jalan lahir dan tanda infeksi.
- e) Pemeriksaan kontraksi rahim, tinggi fundus uteri dan kandung kemih.
- f) Pemeriksaan payudara anjuran pemberian ASI eksklusif.
- g) Pemberian kapsul Vitamin A.
- h) Pelayanan kontrasepsi pasca persalinan dan konseling.

2.2.5 Konsep Dasar Neonatus

a. Pengertian Neonatus

Neonatus adalah bayi yang lahir dengan berat lahir antara 2500 – 4000 gram, cukup bulan, lahir langsung menangis, dan tidak ada kelainan congenital (cacat bawaan) yang berat.

b. Klasifikasi Neonatus

Bayi baru lahir atau neonatus di bagi dalam beberapa kasifikasi menurut Marmi (2013), yaitu :

- 1) Neonatus menurut masa gestasinya :
 - a) Kurang bulan (*preterm infant*) : < 259 hari (37 minggu)
 - b) Cukup bulan (*term infant*) : 259-294 hari (37-42 minggu)

- c) Lebih bulan (*postterm infant*) : > 294 hari (42 minggu atau lebih)
- 2) Neonatus menurut berat badan lahir :
 - 8) Berat lahir rendah : < 2500 gram
 - 9) Berat lahir cukup : 2500-4000 gram
 - 10) Berat lahir lebih : > 4000 gram
- 3) Neonatus menurut berat lahir terhadap masa gestasi (masa gestasi dan ukuran berat lahir yang sesuai untuk masa kehamilan):
 - a) Neonatus cukup/kurang/lebih bulan (NCB/NKB/NLB)
 - b) Sesuai/kecil/besar untuk masa kehamilan (SMK/KMK/BMK)

c. Periode Neonatus

1) Periode Transisional

Periode transisional mencakup tiga periode, meliputi periode pertama reaktivitas, fase tidur dan periode kedua reaktivitas. Karakteristik masing-masing periode memperlihatkan kemajuan bayi baru lahir. Beberapa saat dan beberapa jam dari awal kehidupan ekstrasuterin bayi baru lahir merupakan keadaan yang paling dinamis. Pada saat kelahiran bayi berubah dari keadaan ketergantungan sepenuhnya kepada ibu menjadi tidak tergantung secara fisiologis, perubahan proses yang kompleks ini dikenal sebagai transisi.

a) Reaktivitas I (*The First Period Of Reactivity*)

Dimulai pada masa persalinan dan berakhir setelah 30 menit.

Karakteristik bayi pada masa ini meliputi detak jantung cepat dan pulsasi tali pusat jelas, fluktuasi warna dari merah jambu pucat ke

sianosis, memiliki sedikit jumlah mukus, menangis dan berefleksi isap yang kuat, frekuensi nadi apikal yang cepat dengan irama yang tidak teratur dan frekuensi pernafasan mencapai 80x/ menit dengan irama tidak teratur.

b) Fase Tidur

Berlangsung selama 30 menit sampai 2 jam persalinan. Tingkat tarif pernafasan menjadi lebih lambat. Bayi dalam keadaan tidur, suara usus muncul tapi berkurang. Jika mungkin bayi tidak diganggu untuk pengujian utama dan jangan memandikannya. Selama masa tidur memberikan kesempatan pada bayi untuk memulihkan diri dari proses persalinan dan periode transisi ke kehidupan di luar uterus.

c) Reaktivitas II (*The Second Period Of Reactivity*)/ transisi ke-II

Berlangsung selama 2 sampai 6 jam setelah persalinan. Jantung bayi labil dan terjadi perubahan warna kulit yang berhubungan dengan stimulus lingkungan. Tingkat pernafasan bervariasi tergantung pada aktivitas. Neonatus mungkin membutuhkan makanan dan harus menyusu. Pemberian Makan awal penting dalam pencegahan hipoglikemia dan stimulasi pengeluaran kotoran dan pencegahan penyakit kuning. Pemberian makan awal juga menyediakan kolonisasi bakteri isi perut yang mengarahkan pembentukan vitamin K oleh traktus intestinal.

(Marmi dan Rahardjo, 2015).

2) Periode Pascatransisional

Pada saat bayi telah melewati periode transisi, bayi dipindah ke ruang bayi normal/rawat gabung bersama ibunya. Asuhan bayi baru lahir normal umumnya mencakup: pengkajian tanda-tanda vital (suhu aksila, frekuensi pernafasan, denyut nadi apikal setiap 4 jam, pemeriksaan fisik setiap 8 jam, pemberian ASI on demand, mengganti popok serta menimbang berat badan setiap 24 jam. Selain asuhan pada periode transisional dan pascatransisional, asuhan bayi baru lahir juga diberikan pada bayi berusia 2-6 hari, serta bayi berusia 6 minggu pertama.

d. Kunjungan Neonatus

Menurut Buku Kesehatan Ibu Dan Anak (2020) Kunjungan Neonatal (KN) dilaksanakan minimal 3 (tiga) kali kunjungan yaitu:

- 1) Kunjungan Neonatal I (KN1) dilakukan pada 6 jam sampai dengan 48 jam setelah lahir bayi lahir. Asuhan yang diberikan adalah menjaga kehangatan tubuh bayi, memberikan ASI eksklusif, pencegahan infeksi, perawatan mata, perawatan tali pusat, injeksi vitamin K1, dan imunisasi hepatitis B.
- 2) Kunjungan Neonatal II (KN2) dilakukan pada hari ke 3 sampai dengan 7 hari setelah bayi lahir, asuhan yang diberikan adalah menjaga kehangatan tubuh bayi, memberikan ASI eksklusif, memandikan bayi, perawatan tali pusat, dan imunisasi.
- 3) Kunjungan Neonatal III (KN3) dilakukan pada hari ke 8 sampai

dengan 28 hari setelah bayi lahir. Asuhan yang diberikan kepada bayi adalah memeriksa tanda bahaya dan gejala sakit, menjaga kehangatan tubuh bayi, memberikan ASI eksklusif, dan imunisasi.

2.2.6 Konsep Dasar Keluarga Berencana

a. Pengertian Kontrasepsi

Kontrasepsi berasal dari kata kontra berarti ‘mencegah’ atau ‘melawan’ dan konsepsi yang berarti pertemuan antara sel telur yang matang dan sel sperma yang mengakibatkan kehamilan. Kontrasepsi merupakan upaya pencegahan kehamilan yang tidak direncanakan (Nugroho, 2014).

b. Macam-macam Metode Kontrasepsi

Berdasarkan lama efektivitasnya, metode kontrasepsi dibagi menjadi dua, antara lain:

1) Metode Kontrasepsi Jangka Panjang

Metode Kontrasepsi Jangka Panjang adalah cara kontrasepsi yang mempunyai efektivitas dan tingkat kelangsungan pemakaiannya tinggi dengan angka kegagalan yang rendah. Metode jangka panjang terdiri dari Alat Kontrasepsi dalam Rahim (AKDR), Alat Kontrasepsi Bawah Kulit (AKBK), Metode Operatif Wanita (MOW) dan Metode Operatif Pria / MOP.

Keuntungan dari pemakaian metode kontrasepsi jangka panjang adalah perlindungan jangka panjang, pengembalian tingkat kesuburan

yang cepat, tidak mempengaruhi hubungan seksual, tidak mengganggu produksi ASI dan tidak ada efek samping hormonal (Rahayu dan Prijatni, 2016). Pemakaian MKJP mempunyai efek samping diantaranya nyeri pada saat haid, perubahan pola haid berupa perdarahan bercak (*spotting*), hipermenorea atau meningkatnya jumlah darah haid. Macam-macam Alat Kontrasepsi Jangka Panjang (MKJP) antara lain:

a) Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR) / Intra Uterine Devices (IUD)

Alat kontrasepsi dalam rahim (AKDR/IUD) merupakan alat kontrasepsi yang dipasang dalam Rahim yang relatif efektif bila dibandingkan dengan metode pil, suntik dan kondom. Efektivitas metode IUD antara lain ditunjukkan dengan angka kelangsungan pemakaian yang tertinggi bila dibandingkan dengan metode IUD. Efektifitas penggunaan AKDR 99,2% -99,4% dan dapat mencegah kehamilan dalam waktu jangka panjang (10 tahun). Cara Kerjanya adalah Menghambat terjadinya konsepsi/pembuahan dengan menutup sperma saluran tempat bertemunya sel telur dengan sperma.

b) Alat Kontrasepsi Bawah Kulit (AKBK)

Implant adalah metode kontrasepsi hormonal yang efektif, tidak permanen dan dapat mencegah terjadinya kehamilan antara tiga hingga lima tahun. Mekanisme kerja pada implant yaitu

menebalkan mucus serviks sehingga tidak dapat dilewati oleh sperma.

c) Vasektomi pada laki-laki (MOP)

Vasektomi adalah kontrasepsi untuk laki-laki yang tidak ingin mempunyai anak lagi, perlu pembedahan prosedur bedah untuk melakukan vasektomi sehingga diperlukan pemeriksaan fisik dan pemeriksaan tambahan lainnya untuk memastikan apakah seorang klien sesuai untuk menggunakan metode lain.

d) Tubektomi pada wanita (MOW)

Tubektomi adalah metode kontrasepsi untuk perempuan yang tidak ingin anak lagi. Perlu prosedur bedah untuk melakukan tubektomi sehingga diperlukan pemeriksaan fisik dan pemeriksaan tambahan lainnya untuk memastikan apakah seorang klien sesuai dengan untuk menggunakan metode ini. Menurut Erna (2015) keuntungan kontrasepsi tubektomi adalah sangat efektif, tidak mempengaruhi proses menyusui, tidak bergantung pada faktor senggama, pembedahan sederhana, tidak ada efek samping dalam jangka panjang, tidak ada perubahan dalam fungsi seksual.

2) Non Metode Kontrasepsi Jangka Panjang (non MKJP)

Non Metode Kontrasepsi Jangka Panjang (Non MKJP) adalah cara kontrasepsi dengan efektivitas dan tingkat kelangsungan pemakaiannya rendah serta angka kegagalannya yang tinggi. Contoh

Non MKJP adalah Metode Amenore Laktasi (MAL), senggama terputus (*coitus interruptus*), metode kalender, metode lendir serviks, metode suhu basal badan, simptotermal, kondom, spermisida, diafragma, pil dan suntik. Macam-macam Non Metode Kontrasepsi Jangka Panjang :

a. Kontrasepsi oral kombinasi

Kontrasepsi oral kombinasi adalah tablet berisi hormon estrogen dan progesteron yang mempunyai kelebihan mudah dihentikan setiap saat dan kesuburan cepat kembali (Handayani, 2010). Efek samping yang sering dirasakan pengguna pil oral kombinasi adalah mual, muntah, pusing, spotting /perdarahan bercak pada 3 bulan pertama, nyeri pada payudara. Cara kerjanya adalah menghambat ovulasi, mengubah mucus serviks, dan mencegah implantasi.

b. Mini pil

Mini pil adalah pil kontrasepsi berisi hormon progestin saja. Mini pil mempunyai kelebihan yaitu tidak mempengaruhi Air Susu Ibu (ASI) karena kadar gestagen dalam ASI sangat rendah, kesuburan cepat kembali, nyaman dan mudah digunakan, sedikit efek samping. Kelemahannya yaitu dapat menyebabkan perubahan pola haid, mengalami penambahan dan pengurangan berat badan, harus diminum pada waktu yang sama setiap hari,

ketidakteraturan minum pil akan menimbulkan kehamilan yang tidak diinginkan.

c. Suntik Kombinasi

Suntikan kombinasi adalah kontrasepsi suntik yang berisi hormon sintetis estrogen dan progesteron yaitu 25 mg depo medroksi progesteron asetat dan 5 mg estradiol sipionat disuntikkan intramuskular dengan jangka waktu 28 hari. Cara kerja dari kontrasepsi ini yaitu hormon yang disuntikkan ke dalam tubuh dapat menekan ovulasi, membuat lendir serviks menjadi kental sehingga penetrasi sperma terganggu, atrofi endometrium yang menimbulkan implantasi terganggu dan menghambat transportasi gamet oleh tuba.

Kelebihan dari kontrasepsi suntik kombinasi yaitu tidak berpengaruh pada hubungan suami istri, tidak memerlukan pemeriksaan dalam, klien tidak perlu menyimpan obat dan risiko terhadap kesehatan kecil (Handayani, 2010). Efek samping yang ditimbulkan seperti perubahan pola haid (akan menghilang setelah suntikan kedua atau ketiga), kenaikan berat badan, *spotting*, mual, muntah dan pusing (Handayani, 2010).

d. Suntik Progestin

Suntikan progestin merupakan jenis suntikan yang mengandung sintesa progestin (Handayani, 2010). Mengandung 150 mg depo medroksi progesterone asetat yang diberikan setiap

3 bulan dengan cara disuntikan secara intramuskular dan Depo Noristerat yang mengandung 200 mg noretindron enantat diberikan setiap 2 bulan secara intramuskular.

Kelebihan suntikan progestin adalah sangat efektif, tidak mengandung estrogen sehingga tidak berdampak serius terhadap penyakit jantung dan gangguan pembekuan darah, tidak berpengaruh terhadap ASI, sedikit efek samping, dapat digunakan oleh perempuan usia > 35 tahun sampai perimenopause. Suntikan progestin mempunyai efek samping yaitu amenore, mual, pusing, muntah, perdarahan, spotting, meningkat berat badan.

2.3 Manajemen Asuhan Kebidanan Varney

2.3.1 Manajemen Asuhan Kebidanan Kehamilan

a. Pengumpulan Data Dasar

Pada langkah ini bidan mengumpulkan semua informasi yang akurat, lengkap dan berasal dari sumber yang berkaitan dengan kondisi klien.

Tanggal : Sebagai rekam medik untuk mengetahui kapan klien datang pada tempat pelayanan kesehatan.

Waktu : Sebagai rekam medik untuk mengetahui kapan klien datang pada tempat pelayanan kesehatan

Tempat : Sebagai rekam medik untuk mengetahui di mana klien datang pada tempat pelayanan kesehatan

1) Data Subjektif

Pengumpulan data secara subjektif merupakan isi dari data-data yang didapatkan dari pasien berupa informasi, kejadian dan Peristiwa pasien yang perlu adanya pendataan.

a) Biodata

Biodata yang dikaji adalah biodata ibu hamil dan suami yang meliputi nama, usia, agama, suku/bangsa, pendidikan, pekerjaan, alamat lengkap, nomor telepon. Biodata dikaji untuk membedakan satu klien dengan yang lain.

b) Alasan datang

Alasan wanita mengunjungi bidan ke BPM, puskesmas, RS atau rumah yang diungkapkan dengan kata-kata sendiri.

c) Keluhan utama

Sesuatu yang dikeluhkan wanita yang dapat berhubungan dengan sistem tubuh, meliputi kapan mulainya, bentuknya seperti apa, yang dikeluhkan seperti bengkak pada tangan dan kaki, sering buang air kecil, gatal pada kuku jari, gusi berdarah, hemoroid, susah tidur, keputihan, keringat bertambah, konstipasi, kram pada kaki, sesak nafas, nyeri ulu hati, pusing, sakit punggung, varises.

d) Riwayat kehamilan sekarang

Pengkajian riwayat kehamilan sekarang meliputi Gravida, Paritas, Abortus, Hari Pertama Haid Terakhir (HPHT), Hari

Perkiraan Lahir (HPL), menghitung usia kehamilan, riwayat ANC, gerakan janin, tanda bahaya dan penyulit yang pernah dialami selama hamil, keluhan yang pernah dirasakan selama hamil, jumlah tablet zat besi yang sudah dikonsumsi, obat yang pernah dikonsumsi termasuk jamu, status imunisasi tetanus toxoid (TT) dan kekhawatiran ibu.

e) Riwayat kehamilan, persalinan, nifas yang lalu

Pengkajian meliputi jumlah kehamilan, persalinan, persalinan cukup bulan, persalinan premature, anak hidup, berat lahir, jenis kelamin, cara persalinan, jumlah abortus, durasi menyusui eksklusif, termasuk komplikasi dan masalah yang dialami selama kehamilan persalinan nifas yang lalu seperti perdarahan, hipertensi, berat bayi, kehamilan sungsang, gemeli, pertumbuhan janin terhambat, kematian janin atau neonatal.

f) Riwayat menstruasi

Pengkajian meliputi *menarche*, siklus haid, lamanya, sifat darah dan keluhan yang dialami seperti perdarahan, dismenorea, pre menstrual sindrom atau *fluor albus*.

g) Riwayat penggunaan kontrasepsi

Pengkajian meliputi jenis metode kontrasepsi yang digunakan sebelumnya, waktu penggunaan, keluhan, alasan berhenti dan rencana metode kontrasepsi pascasalin.

h) Riwayat kesehatan

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), HIV/AIDS, alergi obat/makanan, gangguan hematologic, penyakit kejiwaan, riwayat trauma dan sebagainya.

i) Riwayat perkawinan

Pengkajian meliputi usia ibu saat pertama kali menikah, status perkawinan, berapa kali menikah, lama pernikahan.

j) Riwayat psikososial spiritual

Pengkajian meliputi pengetahuan dan respon ibu terhadap kehamilan dan kondisi yang dihadapi saat ini, respon keluarga terhadap kehamilan, dukungan keluarga, jumlah keluarga di rumah yang membantu, siapa pengambil keputusan, penghasilan, pilihan tempat bersalin.

k) Pola kebutuhan sehari-hari

(1) Pola Nutrisi

Kebutuhan protein untuk tumbuh kembang janin, yaitu telur untuk menambah kebutuhan pritein saat hamil dan laktasi. Kebutuhan lemak agar bayi cukup gizi. Sumber kalsium seperti susu, keju, yoghurt, dan sayuran berdaun hijau tua. Zat besi seperti sayuran hijau, sereal, kacang-

kacangan. Asam folat seperti sayuran berdaun hijau , kentang, kacang-kacangan.

(2) Pola Istirahat

Istirahat cukup minimal 8 jam pada malam hari dan 2 jam di siang hari. Wanita hamil dianjurkan untuk merencanakan periode istirahat yang teratur khususnya seiring kemajuan kehamilannya.

(3) Pola Eliminasi

Pada wanita hamil mungkin terjadi obstipasi karena kurang gerak badan, peristaltic menurun karena pengaruh hormone dan tekanan pada rectum oleh kepala. Untuk buang air kecil karena bagian terendah janin sudah masuk rongga panggul sehingga rahim akan menekan kandung kemih.

(4) Pola Aktivitas

Aktivitas fisik meningkatkan sirkulasi, membantu relaksasi dan istirahat, dan mengatasi kebosanan yang juga dialami wanita yang tidak hamil.

(5) *Personal Hygiene*

Perawatan gigi selama masa hamil merupakan hal yang sangat penting. Penggunaan pakaian ketat pada perineum mempermudah timbulnya vaginitis dan miliaria.

(6) Pola Seksual

Hubungan seksua dapat menimbulkan abortus, persalinan premature. Hubungan seksual setelah umur kehamilan 30 minggu berbahaya karena terdapat kemungkinan persalinan premature. Namun hubungan seksual saat hamil bukanlah merupakan halangan, asalkan dilakukan dengan hati-hati.

(Yuliani, dkk, 2021)

2) Data Objektif

a) Pemeriksaan umum

(1) Keadaan umum

Menilai keadaan umum baik secara fisik maupun psikologis (kejiwaan) ibu hamil. Kesadaran penderita sangat penting dinilai, dengan melakukan anamnesis. Kesadaran dinilai baik jika dapat menjawab semua pertanyaan.

(2) Kesadaran

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

(3) Berat badan

Pengukuran berat badan untuk mengetahui penambahan BB dengan mengetahui BB sebelum hamil dan BB saat hamil. Kelebihan yang tidak terlalu parah pun menjadi faktor

risiko terjadinya diabetes gestasional dan gangguan hipertensif pada kehamilan, sedangkan obesitas yang nyata berisiko lebih tinggi mengalami insiden kelahiran sesar, nilai apgar rendah, makrosomia janin, defek tuba neuralis dan kematian janin di akhir kehamilan.

Tabel 2.7 Rekomendasi rentang peningkatan berat badan total ibu hamil

No.	Kategori berat terhadap tinggi badan sebelum hamil	BMI	Peningkatan yang direkomendasikan (kg)
1.	Ringan	BMI <19,8	12,5-18
2.	Normal	BMI 19,8-26	11,5-16
3.	Tinggi	BMI >26-29	7-11,5
4.	Gemuk	BMI >29	≥7

Sumber : Tiyastuti, 2016

(4) Tinggi badan

Pengukuran tinggi badan dilakukan pada kunjungan antenatal yang pertama dengan tujuan penapisan terhadap faktor risiko untuk terjadinya *Chepalo Pelvis Disproportion* (CPD) dan panggul sempit sehingga sulit untuk bersalin normal.

(5) Lingkar Lengan Atas (LiLA)

Pengukuran LiLA dilakukan pada kunjungan antenatal pertama (trimester I) dengan tujuan skrining terhadap faktor kekurangan energi kronis (Yuliani, dkk, 2021). Apabila pengukuran LiLA bagian kiri kurang dari 23,5 cm

merupakan indikasi untuk status gizi ibu yang kurang/buruk, sehingga beresiko untuk melahirkan BBLR.

(6) Tanda-tanda vital

(a) Tekanan darah

Tekanan darah diukur setiap kali kunjungan dengan tujuan untuk mendeteksi adanya hipertensi pada kehamilan. Tekanan darah normal adalah 120/80-140/90 mmHg. Kenaikan tekanan darah tidak boleh lebih dari 30 sistolik atau 15 mmHg pada diastolik. Batas terendah tekanan darah adalah 140/90 mmHg yang merupakan titik awal kemungkinan preeklamsi. Tekanan darah (bandingkan dengan tekanan darah dasar yang: diperoleh pada kunjungan pertama. Catat hasil tekanan darah sepanjang masa hamil hingga saat ini).

(b) Suhu

Suhu tubuh normalnya 36,5°C-37,5°C. Jika lebih dari 37,5°C dikatakan demam, yang memungkinkan menjadi salah satu tanda adanya infeksi.

(c) Nadi

Normalnya frekuensi kurang dari 60 x/menit disebut bradikardia, lebih dari 100 x/menit disebut takikardi.

(d) Pernapasan

Nilai normal pernafasan orang dewasa adalah 16-20x/menit. Sedangkan sesak nafas ditandai dengan peningkatan frekuensi pernafasan dan kesulitan bernafas serta rasa lelah.

(Yuliani, dkk, 2021)

b) Pemeriksaan fisik

(1) Inspeksi

- a. Muka : apakah ada edema yang menunjukkan adanya preeklampsia atau terlihat pucat (Yuliani, dkk, 2021).
- b. Mata : Konjungtiva yang pucat menandakan ibu menderita anemia sehingga harus dilakukan penanganan lebih lanjut. Pada pemeriksaan mata juga lihat warna sklera, apabila sklera berwarna kekuningan curigai bahwa ibu memiliki riwayat penyakit hepatitis (Ummah, 2019)
- c. Mulut : bibir, mukosa, gigi, gusi, lidah, dan hygiene mulut dan gigi termasuk kemungkinan karies. Hal tersebut merupakan sumber infeksi (Yuliani, dkk, 2021).
- d. Leher : adakah pembesaran kelenjar limfe, adakah

pembesaran kelenjar tyroid, dan adakah pembesaran vena jugularis.

- e. Dada : adakah nyeri tekan, frekuensi, irama nafas, auskultasi paru dan jantung
- f. Abdomen : ada tidaknya bekas luka operasi, semakin besar usia kehamilan, hiperpigmentasi kulit seperti linea alba dan striae gravidarum jaringan parut, distensi, massa, nyeri tekan
- g. Anus : adakah hemoroid
- h. Ekstremitas : edema tanda kemungkinan terjadinya preeklampsi, varises, pucat pada kuku jari, reflek patella.
- i. Payudara : pengeluaran kolostrum atau cairan lain, apakah terdapat benjolan atau massa.

(2) Palpasi

- (a) Leher : bendungan vena diakibatkan penyakit jantung. Perhatikan keadaan lain seperti kelenjar tiroid dan pembengkakan kelenjar limfe.
- (b) Payudara : bentuk, ukuran, retraksi, bekas operasi di daerah areola, kondisi puting, hiperpigmentasi areola, adakah benjolan abnormal, adakah nyeri tekan.

(c) Leopold

- Leopold I

Dilakukan untuk menentukan TFU (Tinggi Fundus Uteri) dan bagian janin yang terletak di fundus uteri. Jika teraba bulat, keras, melenting diartikan sebagai kepala, sedangkan jika teraba lunak, kurang bulat dan tidak melenting diartikan sebagai bokong (Yuliani, 2021). Untuk menghitung taksiran berat janin dengan teori *Johnson Tausack*, yaitu :

TBJ : $(TFU-12) \times 155$ (jika bagian terbawah janin belum masuk PAP)

TBJ : $(TFU-11) \times 155$ (jika bagian terbawah janin sudah masuk PAP)

- Leopold II

Dilakukan untuk menentukan bagian janin pada sisi kiri dan kanan ibu, dilakukan mulai akhir Trimester III. (Yuliani, 2021)

- Leopold III

Dilakukan untuk menentukan bagian janin yang terletak di bagian bawah uterus (presentasi janin) dan menentukan apakah presentasi janin sudah mulai masuk pintu atas panggul (PAP), dilakukan mulai akhir Trimester II. Normalnya bagian bawah janin adalah

kepala (Yuliani, 2021).

- Leopold IV

Dilakukan untuk menentukan seberapa jauh masuknya presentasi janin ke PAP, dilakukan apabila usia kehamilan lebih dari 36 minggu. Jika kedua tangan konvergen (bertemu), berarti sebagian kecil presentasi janin masuk panggul, jika kedua tangan sejajar, berarti setengah bagian presentasi janin masuk panggul. Jika kedua tangan divergen (menyebarkan), berarti sebagian besar presentasi janin sudah masuk panggul (Yuliani, 2021).

(3) Auskultasi

Mendengarkan DJJ menggunakan Doppler pada kehamilan lebih dari 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 kurang dari 120 kali per menit atau lebih dari 160 kali per menit mengindikasikan adanya gawat janin (Yuliani, dkk, 2021).

(4) Pemeriksaan panggul

Pemeriksaan panggul bagian luar dilakukan untuk memperkirakan kemungkinan panggul sempit. Terutama dilakukan pada primigravida karena belum pernah bersalin

(Yuliani, dkk, 2021)

(5) Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan laboratorium rutin untuk semua ibu hamil yang dilaksanakan pada kunjungan pertama (Yuliani, dkk, 2021).

(a) Kadar haemoglobin

Dikatakan anemia jika kadar Hb kurang dari 11 gr/dl (pada trimester 1 dan 3) dan kurang dari 10,5 gr/dl (pada trimester 2).

(b) Golongan darah dan rhesus

Pemeriksaan golongan darah pada ibu hamil tidak hanya untuk mengetahui jenis golongan darah dan rhesus, tetapi juga untuk mempersiapkan calon pendonor jika sewaktu-waktu terjadi kegawatdaruratan (Yuliani, dkk, 2021).

(c) Pemeriksaan Protein Urin

Pemeriksaan ini dibutuhkan oleh ibu hamil bila dicurigai mengalami preeklampsia ringan atau berat, dari hasil pemeriksaan ini dapat memberikan asuhan kepada ibu hamil yang ditunjukkan untuk mencegah timbulnya masalah potensial yaitu terjadinya eklampsia (Handayani & Mulyati, 2017). Urinalisis terutama pada trimester II dan III jika terdapat hipertensi. Tingkatan

dari hasil pemeriksaan kadar albumin adalah sebagai berikut :

(-) : Tidak ada kekeruhan

(+) : Kekeruhan ringan tanpa butir-butir (0,01-0,05%)

(++) : Kekeruhan mudah dilihat dan tampak butiran-butiran tersebut (0,05-0,2 %)

(+++): Urin jelas keruh dan kekeruhan berkeping-keping (0,20,5%)

(++++): Urin sangat keruh dan bergumpal atau memadat (>0,5%)

(-) : Biru jernih sedikit kehijauan

(+) : Hijau rndapan kuning

(++) : Endapan kuning, jelas, dan banyak

(+++): Tidak berwarna, endapan warna jingga

(++++): Tidak berwarna, endapan merah bata

(d) HbsAg (untuk menegakkan diagnosa Hepatitis)

Setiap ibu hamil perlu dilakukan pemeriksaan HbsAg pada trimester pertama kehamilannya (Yuliani, dkk, 2021).

(e) Tes HIV

Tes HIV wajib ditawarkan pada ibu hamil di daerah epidemic meluas dan terkonsentrasi. Tes tersebut dapat

dilakukan mengikuti pemeriksaan laboratorium rutin lainnya saat pemeriksaan antenatal atau menjelang persalinan (Yuliani, dkk, 2021).

(f) Pemeriksaan Ultrasonografi (USG)

Pemeriksaan USG direkomendasikan:

- Pada awal kehamilan (idealnya sebelum usia kehamilan 15 minggu) untuk menentukan usia gestasi, letak dan jumlah janin, serta deteksi abdominalitas janin yang berat.
- Pada usia kehamilan sekitar 20 minggu untuk mendeteksi anomaly pada janin.
- Pada trimester III untuk perencanaan persalinan.

b. Identifikasi diagnosa / masalah

1) Diagnosa Kebidanan :

G_P__Ab__UK__minggu, tunggal/hidup/intrauterine, letak kepala, punggung kanan/kiri, keadaan ibu dan janin baik dengan kehamilan fisiologis.

a) Data Subjektif :

Ibu mengatakan ini hamil ke__usia kehamilan__bulan. Ibu mengatakan hari pertama haid terakhir (HPHT)___.

b) Data Objektif :

Keadaan Umum : Baik

Kesadaran : Composmentis

TD	: Normalnya 90/60 – 120/80 mmHg
Nadi	: Normalnya 60 – 80 kali/menit
Suhu	: Normalnya 36,5 – 37,5
RR	: Normalnya 16 – 24 kali/menit
TB	: Normalnya lebih dari 145 cm
BB hamil	: Sesuai dengan BB ibu hamil berapa kg
LILA	: Normalnya tidak boleh dibawah 23,5 cm
TP	: Sesuai dengan HPHT

Pemeriksaan Abdomen

Leopold I	: Untuk mengetahui tinggi fundus uteri dan bagian yang berada di fundus.
Leopold II	: Untuk mengetahui batas kiri/kanan pada uterus ibu
Leopold III	: Untuk mengetahui presentasi atau bagian terbawah janin yang ada di simpisis ibu.
Leopold IV	: Untuk mengetahui seberapa jauh masuknya bagian terendah janin kedalam PAP
Auskultasi	: DJJ 120 – 160 x/menit.

2) Masalah

Berikut adalah contoh masalah dalam kehamilan trimester III :

- a) Peningkatan Frekuensi Berkemih
- b) Kontipasi
- c) Hemoroid

- d) Kram Tungkai
- e) Nyeri punggung
- f) Edema pada wajah dan ekstremitas
- g) Keputihan

c. Identifikasi Diagnosa dan Masalah Potensial

Diagnosa dan masalah potensial terjadi diidentifikasi dari diagnose dan masalah aktual. Pada langkah ini membutuhkan antisipasi dan jika memungkinkan dilakukan pencegahan. Bidan harus observasi/ melakukan pemantauan terhadap klien sambil bersiap-siap jika diagnosa/masalah potensial benar-benar terjadi (Yuliani, 2021).

d. Identifikasi Kebutuhan Segera

Mengidentifikasi perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter dan atau untuk dikonsultasikan atau ditangani bersama dengan tim kesehatan lain sesuai kondisi klien. Namun tidak semua tindakan segera dapat dilakukan mandiri oleh bidan, bidan bisa juga kolaborasi/ konsultasi kepada SpOG untuk tindakan segera (Yuliani, 2021).

e. Intervensi

Diagnosa : G_P___Ab___Uk__minggu, janin T/H/I, letak kepala, punggung kanan/ punggung kiri, dengan keadaan ibu dan janin baik.

Tujuan : Ibu dan janin dalam keadaan baik, kehamilan dan persalinan berjalan normal tanpa komplikasi

Kriteria hasil

Keadaan umum	: Baik
Kesadaran	: Composmentis
Tekanan darah	: 120/80-140/90 mmHg
RR	: 16-20x/menit
Nadi	: 60-80x/menit
Suhu	: 36,5 °C-37,5 °C
DJJ	: Normal (120-160x/menit)
TFU	: Sesuai dengan usia kehamilan
BB	: Pertambahan tidak melebihi standar

Tidak terdapat tanda bahaya kehamilan

Dalam hal ini, semua langkah yang sudah dilalui, mulai dari pengumpulan data, interpretasi data dasar, diagnosa dan masalah potensial, dan kebutuhan tindakan segera menjadi dasar untuk perencanaan asuhan. Selain itu, perencanaan asuhan ini juga harus didukung dengan penjelasan yang valid dan rasional. Dari perencanaan ini nantinya akan terungkap, seperti apa penyuluhan, konseling, dan rujukan yang dibutuhkan untuk pasien (Nurwiandani, 2018).

f. Implementasi

Rencana asuhan yang menyeluruh dilaksanakan dengan efisien dan aman. Pelaksanaan tersebut dapat sepenuhnya dilakukan oleh bidan atau sebagian lagi oleh tenaga kesehatan lain atau klien dan keluarga. Jika bidan tidak melakukannya sendiri, ia tetap bertanggung jawab penuh

untuk mengarahkan pelaksanaan dan memastikan langkah-langkah tersebut benar-benar terlaksana (Yuliani, 2021).

g. Evaluasi

Pada langkah ini dilakukan evaluasi keefektifan asuhan yang diberikan. Ada kemungkinan sebagian rencana lebih efektif, sebagian yang lain belum efektif. Manajemen asuhan kebidanan merupakan hasil pola pikir bidan yang berkesinambungan, sehingga jika ada proses manajemen yang kurang efektif/tidak efektif, proses manajemen dapat diulang lagi dari awal (Yuliani, 2021).

2.3.2 Manajemen Asuhan Kebidanan Persalinan

Pendokumentasian SOAP pada ibu bersalin.

a. Dokumentasi Kebidanan Kala I

1) Data Subjektif (S)

a) Alasan Datang

Untuk mengetahui alasan ibu datang ke tempat pelayanan kesehatan.

b) Keluhan utama

Untuk mengetahui alasan pasien datang ke fasilitas pelayanan kesehatan, kapan ibu merasa perutnya kencang-kencang, bagaimana intensitas dan frekuensinya, apakah ada pengeluaran cairan dari vagina yang berbeda dari air kemih, apakah sudah ada pengeluaran lendir yang disertai darah, serta pergerakan janin

untuk memastikan janin dalam kondisi baik (Sulistyawati & Nugraheny, 2010; Diana, 2017).

c) Kebutuhan sehari-hari

(1) Nutrisi

Untuk mengetahui ibu mendapatkan asupan gizi dan cairan yang cukup. Pemberian makan dan cairan selama persalinan merupakan hal yang tepat, karena memberikan lebih banyak energi dan mencegah dehidrasi (Diana, 2017).

(2) Eliminasi

Selama proses persalinan kandung kemih harus dikosongkan setiap 2 jam, karena kandung kemih yang penuh akan menghambat penurunan bagian terbawah janin. Sedangkan rektum yang penuh juga akan mengganggu penurunan bagian terbawah janin. Namun bila ibu merasakan ingin BAB, bidan harus memastikan kemungkinan adanya tanda dan gejala kala II.

(3) Istirahat

Untuk mempersiapkan energi menghadapi proses persalinannya, Data yang perlu ditanyakan adalah kapan terakhir tidur dan berapa lama (Sulistyawati & Nugraheny, 2010; Diana, 2017).

(4) *Personal Hygiene*

Dilakukan pengkajian ini bertujuan untuk mengetahui kebersihan tubuh klien dan juga mencegah klien dari terjadinya infeksi (Handayani & Mulyati, 2017)

(5) *Aktivitas*

Terdapat bukti bahwa bila ibu dapat merelaksasikan otot-otot abdomennya, persalinan dapat berlanjut dengan mudah.

2) Data Objektif (O)

a) *Pemeriksaan umum*

Keadaan umum : baik atau lemah

Kesadaran : composmetis

TTV :

1. *Tekanan darah*

Tekanan darah pada ibu saat persalinan akan meningkat selama kontraksi uterus, (sistolik meningkat 10-20 mmHg dan diastolik meningkat 5-10 mmHg). Namun disela-sela kontraksi tekanan akan kembali normal. Tekanan darah diukur setiap 4 jam, kecuali jika ada keadaan yang tidak normal harus lebih sering dicatat dan dilaporkan (Diana, 2017).

2. *Suhu*

Suhu tubuh yang normal adalah 36,5-37,5°C. Suhu tubuh selama persalinan akan meningkat, hal ini terjadi karena

peningkatan metabolisme. Peningkatan suhu tubuh tidak boleh melebihi 0,5- 1⁰C dari suhu sebelum persalinan (Diana, 2017).

3. Nadi

Nadi yang normal menunjukkan wanita dalam kondisi yang baik, jika lebih dari 100 kemungkinan ibu dalam kondisi infeksi, ketosis, atau perdarahan. Nadi diukur tiap 1-2 jam pada awal persalinan (Diana, 2017).

4. Pernafasan

Pernapasan yang normal adalah 16-24 x/menit. Selama persalinan pernapasan ibu akan mengalami peningkatan, hal ini mencerminkan adanya kenaikan metabolisme (Diana, 2017).

b) Pemeriksaan fisik

- (1) Wajah : muka tidak pucat, kulit dan membran mukosa yang pucat mengindikasikan anemia
- (2) Mata : konjungtiva pucat indikator dari anemia
- (3) Abdomen : memantau kesejahteraan janin dan kontraksi Uterus

(a) Menentukan TFU

Pastikan pengukuran dilakukan pada saat uterus tidak sedang kontraksi, pengukuran dimulai dari tepi atas symfisis pubis kemudian rentangkan pita pengukur

hingga ke puncak pundus mengikuti aksis atau linea medialis dinding abdomen menggunakan pita pengukur.

(b) DJJ

Digunakan untuk mengetahui kondisi janin dalam kandungan DJJ normal 120-160x/menit.

(c) Kontraksi uterus

Frekuensi, durasi, dan intensitas. Kontraksi digunakan untuk menentukan status persalinan. Pada fase aktif, minimal terjadi 2 kontraksi dalam 10 menit, lama kontraksi adalah 40 detik atau lebih. Di antara 2 kontraksi akan terjadi relaksasi dinding uterus.

(d) Presentasi janin

Untuk menentukan apakah presentasi kepala atau bokong, maka perhatikan dan pertimbangkan bentuk ukuran serta kepadatan bagian tersebut. Apabila bagian terbawah janin adalah kepala, maka akan teraba bagian berbentuk bulat, keras, berbatas tegas, dan mudah digerakkan, sementara itu apabila bagian terbawah janin adalah bokong maka akan teraba kenyal relative besar dan sulit digerakkan.

(4) Genetalia

Pada keadaan normal, tidak terdapat hemoroid pada anus serta pembengkakan pada kelenjar bartolini dan kelenjar skene. Pengeluaran pervaginam seperti bloody show dan air ketuban juga harus dikaji untuk memastikan adanya tanda dan gejala persalinan (Handayani & Mulyati, 2017).

(5) Pemeriksaan dalam

(a) Pembukaan serviks

Pembukaan serviks pada fase laten berlangsung selama 7-8 jam. Sedangkan pada fase aktif dibagi menjadi 3 fase yaitu fase akselerasi 4-5 cm, fase dilatasi maksimal 6-9 cm dan fase deselerasi 9-10 cm yang masing-masing fase berlangsung selama 2 jam (Sulikah, et al., 2019).

(b) Penipisan

Penipisan servik atau disebut juga dengan pendataran servik merupakan pemendekan saluran serviks dari 2 cm menjadi hanya berupa muara melingkar dengan tepi hampir setipis kertas. Proses ini terjadi dari atas ke bawah sebagai hasil dari aktivitas myometrium (Sulikah, et al., 2019).

(c) Selaput ketuban

Nilai ketuban setiap kali dilakukan pemeriksaan dalam dan nilai warna air ketuban jika selaput ketuban pecah. Penelitian yang dapat dilakukan dalam partograf untuk menilai ketuban (Sulikah, et al., 2019) yaitu:

U : ketuban utuh (belum pecah).

J : ketuban sudah pecah dan air ketuban jernih.

M :ketuban sudah pecah dan air ketuban bercampur meconium.

D : ketuban sudah pecah dan air ketuban bercampur darah.

K : ketuban sudah pecah dan tidak ada air ketuban / kering.

(d) Tali pusat dan bagian bagian kecil

Memastikan tali pusat dan bagian kecil (tangan atau kaki) tidak teraba pada saat melakukan pemeriksaan dalam. Jika teraba dapat menandakan tali pusat menumbung dan harus segera rujuk ibu ke fasilitas kesehatan yang sesuai (Sulikah, et al., 2019).

(e) Molase

Molase atau disebut dengan penyusupan tulang kepala janin merupakan indikator penting dalam menentukan seberapa jauh kepala bayi dapat menyesuaikan diri

dengan bagian keras panggul ibu. Dalam melakukan penilaian molase, dapat dituliskan sebagai berikut :

0 : tulang tulang kepala janin terpisah, sutura dengan mudah dapat dipalpasi.

1 : tulang tulang kepala janin hanya saling bersentuhan.

2 : tulang tulang kepala janin tumpang tindih dan tidak dapat dipisahkan.

3 : tulang tulang kepala janin tumpang tindih dan tidak dapat dipisahkan.

(f) Penurunan bagian terbawah janin

Bidang Hodge I : bidang datar yang melalui bagian atas simfisis dan promontorium. Bidang ini dibentuk pada lingkaran pintu atas panggul.

Bidang Hodge II : bidang yang sejajar dengan bidang hodge I terletak setinggi bagian bawah simfisis.

Bidang Hodge III : bidang yang sejajar dengan bidang Hodge I dan II, terletak

setinggi spina ischiadica
kanan dan kiri.

Bidang Hodge IV : bidang yang sejajar dengan
hodge I,II,III, terletak setinggi
os coccygis

(6) Ekstremitas

Untuk mengetahui adanya kelainan yang mempengaruhi
proses persalinan atau tanda yang mempengaruhi
persalinan, missal oedema dan varises.

3) Assesment (A)

G_P___Ab___ UK___ minggu, T/H/I, Letak Kepala, Puka/Puki, Kala
I fase laten/aktif dengan keadaan ibu dan janin baik

4) Plan (P)

- (1) Memberitahu ibu bahwa hasil pemeriksaan kondisi ibu dan janin normal.
- (2) Memantau kemajuan persalinan yang meliputi nadi, DJJ dan his 30 menit sekali, pemeriksaan vagina jika ada indikasi, tekanan darah setiap 4 jam sekali, suhu setiap 2-4 jam sekali pada kala I fase laten dan 2 jam sekali pada kala I fase aktif, urine setiap 2 jam sekali dengan menggunakan lembar observasi pada kala I fase laten dan partograph pada kala I fase aktif.
- (3) Memantau masukan atau pengeluaran cairan. Anjurkan ibu untuk mengosongkan kandung kemih minimal setiap 2 jam sekali.

- (4) Mengajarkan kepada ibu teknik untuk mengurangi nyeri yaitu kombinasi dari teknik pernapasan, memberi kompres hangat.
- (5) Mengajarkan suami dan keluarga untuk mendampingi ibu.
- (6) Mengajarkan ibu untuk memilih posisi yang nyaman mobilisasi seperti berjalan, berdiri atau jongkok, berbaring miring atau merangkak.

(Sondakh, 2013).

b. Dokumentasi Kebidanan Kala II

1) Data Subjektif (S)

Ibu merasa ingin meneran seperti buang air besar.

2) Data Objektif (O)

Tampak tekanan pada anus, perineum menonjol, dan vulva membuka.

Hasil pemeriksaan dalam:

- a) Vulva vagina : terdapat pengeluaran lendir darah atau air ketuban.
- b) Pembukaan : 10 cm
- c) Penipisan : 100%
- d) Ketuban : masih utuh/pecah spontan
- e) Bagian terdahulu : kepala
- f) Bagian terendah : ubun-ubun kecil
- g) Hodge : III+
- h) Moulage : 0
- i) Tidak ada bagian kecil dan berdenyut disekitar bagian terendah.

3) Assessment (A)

G_P___Ab___ UK__minggu, T/H/I, letak kepala, puka/puki, presentasi belakang kepala, denominator UUK inpartu kala II dengan kondisi ibu dan janin baik.

4) Plan (P)

(1) Mendengar dan melihat adanya tanda persalinan kala II

- a) Klien merasa ada dorongan kuat dan meneran.
- b) Klien merasakan tekanan yang semakin meningkat pada rectum dan vagina.
- c) Perineum tampak menonjol.
- d) Vulva dan sfinger ani membuka.

(2) Memastikan kelengkapan obat-obatan dan kelengkapan dan obat-obatan esensial untuk menolong persalinan dan menatalaksana komplikasi segera pada ibu dan bayi baru lahir.

Untuk asuhan bayi baru lahir atau resusitasi siapkan :

- a) Tempat datar, rata, bersih, kering dan hangat
- b) 3 handuk / kain bersih dan kering (termasuk ganjal bahu bayi)
- c) Alat penghisap lendir
- d) Lampu sorot 60 watt dengan jarak 60 cm dari tubuh bayi

Untuk ibu :

- a) Menggelar kain di perut bawah ibu
- b) Menyiapkan oksitosin 10 unit
- c) Alat suntik steril sekali pakai didalam partus set

- (3) Memakai celemek plastik atau dari bahan yang tidak tembus cairan
- (4) Melepaskan dan menyimpan semua perhiasan yang dipakai, cuci tangan dengan sabun dan air bersih mengalir kemudian keringkan tangan dengan tisu atau handuk pribadi yang bersih dan kering.
- (5) Memakai sarung tangan DTT pada tangan yang akan digunakan untuk periksa dalam.
- (6) Memasukkan oksitosin kedalam tabung suntik (gunakan tangan yang memakai sarung tangan DTT atau steril) pastikan tidak terjadi kontaminasi pada alat suntik.
- (7) Memastikan pembukaan lengkap dan keadaan janin. Membersihkan vulva dan perineum, menyekanya dengan hati-hati dari anterior (depan) ke posterior (belakang) menggunakan kapas atau kassa yang dibasahi air DTT
 - a) Jika introitus vagina, perineum, atau anus terkontaminasi tinja, membersihkan dengan seksama dari arah depan ke belakang
 - b) Buang kapas atau kassa pembersih (terkontaminasi) dalam wadah yang tersedia
 - c) Jika terkontaminasi melakukan dekontaminasi, lepaskan dan rendam sarung tangan tersebut dalam larutan klorin 0,5%. Pakai sarung tangan DTT atau steril untuk melaksanakan langkah lanjutan
- (8) Melakukan periksa dalam untuk memastikan pembukaan lengkap

Bila selaput ketuban masih utuh saat pembukaan sudah lengkap maka lakukan amniotomi

- (9) Mendekontaminasi sarung tangan (celupkan tangan yang masih memakai sarung tangan kedalam larutan klorin 0,5%, lepaskan sarung tangan dalam keadaan terbalik, rendam dalam klorin 0,5 % selama 10 menit). Cuci tangan setelah sarung tangan dilepaskan dan setelah itu tutup kembali partus set.
- (10) Memeriksa denyut jantung janin (DJJ) setelah kontraksi uterus mereda relaksasi untuk memastikan DJJ dalam batas normal (120-160 x / menit)
 - a) Mengambil tindakan yang sesuai jika DJJ tidak normal
 - b) Mendokumentasikan hasil-hasil periksa dalam, DJJ semua temuan pemeriksaan dan asuhan yang diberikan ke dalam partograf
- (11) Menyiapkan ibu dan keluarga untuk membantu proses meneran. Beritahukan pada ibu bahwa pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin cukup baik, kemudian bantu ibu menemukan posisi yang nyaman dan sesuai dengan keinginannya.
 - a) Tunggu hingga timbul kontraksi atau rasa ingin meneran, lanjutkan pemantauan kondisi dan kenyamanan ibu dan janin (ikuti pedoman penatalaksanaan Fase aktif) dan dokumentasikan semua temuan yang ada.

- b) Jelaskan pada anggota keluarga tentang peran mereka untuk mendukung dan memberi semangat pada ibu dan beneran secara benar.
- (12) Meminta keluarga untuk membantu menyiapkan posisi meneran jika ada rasa ingin meneran atau kontraksi yang kuat. Pada kondisi tersebut itu, ibu diposisikan setengah duduk atau posisi lain yang diinginkan dan pastikan ibu merasa nyaman.
- (13) Melaksanakan bimbingan beneran pada saat ibu merasa ingin meneran atau timbul kontraksi yang kuat :
- a) Bimbing ibu agar dapat meneran dengan benar dan efektif.
 - b) Dukung dan beri semangat pada saat meneran dan perbaiki cara meneran apabila caranya tidak sesuai.
 - c) Bantu ibu mengambil posisi yang nyaman sesuai pilihannya kecuali posisi ber Baring terlentang dalam waktu yang lama.
 - d) Anjurkan ibu untuk istirahat diantara kontraksi.
 - e) Anjurkan keluarga memberi dukungan dan semangat untuk ibu.
 - f) Berikan cukup Asuhan cairan peroral minum.
 - g) Menilai DJJ setiap kontraksi uterus selesai.
 - h) Segera rujuk bila bayi belum atau tidak akan segera lahir setelah pembukaan lengkap dan dipimpin beneran ≥ 120

menit (2jam) pada primigravida atau \geq 60 menit (1 jam)
pada multigravida

- (14) Menganjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok, atau mengambil posisi yang nyaman, jika ibu belum merasa ada dorongan untuk meneran dalam selang waktu 60 menit
- (15) Mempersiapkan untuk melahirkan bayi. Letakkan handuk bersih (untuk mengeringkan bayi) di perut bawah ibu, jika kepala bayi sudah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm
- (16) Meletakkan kain bersih yang dilipat 1/3 sebagai alas bokong ibu.
- (17) Membuka tutup partus set dan periksa kembali kelengkapan peralatan dan bahan.
- (18) Memakai sarung tangan DTT atau steril pada kedua tangan.
- (19) Pertolongan untuk melahirkan bayi, setelah tampak kepala bayi dengan diameter 5-6 cm membuka vulva maka lindungi Perineum dengan satu tangan yang dilapisi dengan kain bersih dan kering, tangan yang lain menahan belakang kepala untuk mempertahankan posisi fleksi dan membantu lahirnya kepala. Anjurkan ibu meneran secara efektif atau bernafas cepat dan dangkal.
- (20) Memeriksa kemungkinan adanya lilitan tali pusat (ambil tindakan yang sesuai jika hal itu terjadi) segera lanjutkan proses kelahiran bayi.

- a) Jika tali pusat melilit leher secara longgar, lepaskan lilitan lewat atas kepala bayi.
 - b) Jika tali pusat melilit leher secara kuat, klem tali pusat di dua tempat dan potong tali pusat di antara dua klem tersebut
- (21) Setelah kepala lahir tunggu putaran paksi luar yang berlangsung secara spontan
- (22) Setelah putaran paksi luar selesai, pegang kepala bayi secara biparental. Anjurkan ibu untuk meneran saat kontraksi. Dengan lembut gerakan kepala ke arah bawah dan distal hingga bahu depan muncul di bawah arkus pubis kemudian gerakan ke arah atas dan distal untuk melahirkan bahu belakang.
- (23) Setelah kedua bahu lahir, satu tangan menyangga kepala dan bahu belakang, tangan yang lain menelusuri lengan dan siku anterior bayi serta menjaga bayi terpegang baik.
- (24) Setelah tubuh dan lengan lahir penelusuran tangan atas berlanjut ke punggung, bokong, tungkai dan kaki. Pegang kedua mata kaki (masukan telunjuk di antara dua kaki dan pegang kedua kaki dengan melingkarkan ibu jari pada satu sisi dan jari jari lainnya pada sisi yang lainnya agar bertemu dengan jari telunjuk.
- (25) Melakukan penilaian selintas :
- a) Apakah bayi cukup bulan?

b) Apakah bayi menangis kuat dan atau bernafas tanpa kesulitan?

c) Apakah bayi bergerak dengan aktif ? Salah satu jawaban adalah “TIDAK” melanjutkan ke langkah resusitasi bayi baru lahir dengan Asfiksia (lihat penuntun belajar resusitasi bayi) Bila semua jawaban “IYA”

(26) Mengeringkan tubuh bayi mulai dari muka, kepala, dan bagian tubuh lainnya (kecuali kedua tangan) tanpa membersihkan verniks. Ganti handuk basah dengan handuk kering. Pastikan bayi dalam posisi dan kondisi aman di perut bagian bawah ibu.

(JNPK-KR,2017)

c. Dokumentasi Kebidanan Kala III

1) Data Subjektif (S)

Ibu merasa senang bayinya lahir selamat.

Perut ibu masih terasa mulas.

2) Data Objektif (O)

a) TFU : setinggi pusat

b) Tidak terdapat janin kedua

3) Assessment (A)

P___Ab___ inpartu kala III dengan kondisi ibu dan bayi baik.

4) Plan (P)

- (1) Memeriksa kembali uterus untuk memastikan hanya satu bayi yang lahir (hamil tunggal) dan bukan ke hamilan ganda (gemeli)
- (2) Memberitahu ibu bahwa ia akan disuntik oksitosin agar uterus berkontraksi dengan baik.
- (3) Dalam waktu 1 menit setelah bayi lahir, suntikan Oksitosin 10 unit (intramuskular) di 1/3 bagian distal lateral paha (lakukan aspirasi sebelum penyuntikkan oksitosin).
- (4) Setelah 2 menit sejak bayi lahir (cukup bulan) jepit tali pusat dengan klem kira kira 2-3 cm dari pusar bayi. Gunakan jari telunjuk dan jari tengah tangan yang lain untuk mendorong isi tali pusat ke arah ibu, dan klem tali pusat pada sekitar 2 cm distal dari klem pertama.
- (5) Memotong dan mengikat tali pusat
 - a) Dengan satu tangan, pegang tali pusat yang telah dijepit (lindungi perut bayi), dan lakukan pengguntingan tali pusat di antara tali pusat tersebut.
 - b) Ikat tali pusat dengan benang DTT atau steril pada satu sisi kemudian melingkarkan lagi benang tersebut dan ikat tali pusat dengan simpul kunci pada sisi lainnya.
 - c) Lepaskan klem dan masukkan dalam wadah yang telah disediakan

- (6) Meletakkan bayi tengkurap di dada ibu untuk kontak kulit ibu-bayi. Luruskan bahu bayi sehingga dada bayi menempel di dada ibunya. Usahakan kepala bayi berada di antara payudara ibu dengan posisi lebih rendah dari areola mammae ibu.
- (7) Meletakkan bayi tengkurap di dada ibu untuk kontak kulit ibu-bayi. Luruskan bahu bayi sehingga dada bayi menempel di dada ibunya. Usahakan kepala bayi berada di antara payudara ibu dengan posisi lebih rendah dari areola mammae ibu.
- (8) Memindahkan klem tali pusat hingga berjarak 5-10 cm dari vulva
 - a) Selimuti ibu-bayi dengan kain kering atau selimut hangat, pasang topi di kepala bayi
 - b) Biarkan bayi melakukan kontak kulit ke kulit di dada ibu paling sedikit 1 jam
 - c) Sebagian besar bayi akan berhasil melakukan inisiasi menyusui dini dalam waktu 30 menit sampai 60 menit. Menyusui untuk pertama kali akan berlangsung sekitar 10-15 menit. Bayi cukup menyusui dari satu payudara
 - d) Biarkan bayi berada di dada ibu selama 1 jam walaupun bayi sudah berhasil menyusui
- (9) Meletakkan satu tangan di atas kain pada perut bawah ibu (di atas simfisis), untuk mendeteksi kontraksi. Tangan lain memegang klem untuk menegangkan tali pusat

- (10) Pada saat uterus berkontraksi, tegangkan tali pusat ke arah bawah, ambil tangan yang lain mendorong uterus ke arah belakang atas (dorso kranial) secara hati hati (untuk mencegah inversio uteri). Jika plasenta tidak lepas setelah 30-40 detik, hentikan penegangan tali pusat dan tunggu hingga timbul kontraksi berikutnya. Kemudian ulangi kembali prosedur diatas. Jika uterus tidak segera berkontraksi minta ibu atau suami untuk melakukan stimulasi putting susu
- (11) Mengeluarkan Plasenta. Bila pada penekanan bagian bawah dinding depan uterus ke arah dorsal ternyata tidak diikuti dengan pergeseran tali pusat ke arah distal maka lanjutkan dorongan ke arah kranial hingga plasenta dapat dilahirkan.
- a) Ibu boleh meneran tetapi tali pusat hanya di tegangkan (jangan ditarik secara kuat terutama jika uterus tidak berkontraksi) sesuai dengan sumbu jalan lahir (ke arah bawah-sejajar lantai-atas).
 - b) Jika tali pusat bertambah panjang, pindahkan klem hingga berjarak sekitar 5-10 cm dari vulva dan lahirkan plasenta.
 - c) Jika Plasenta tidak lepas setelah 15 menit menegangkan tali pusat:
 - (1) Ulangi pemberian Oksitosin 10 unit IM

- (2) Lakukan kateterisasi (gunakan teknik aseptik) jika kandung kemih penuh
 - (3) Minta keluarga untuk menyiapkan rujukan
 - (4) Ulangi tekanan dorso kranial dan penegangan tali pusat 15 menit berikutnya
 - (5) Jika Plasenta tak lahir dalam 30 menit sejak bayi lahir atau terjadi perdarahan maka segera lakukan tindakan Plasenta manual
- (12) Saat plasenta muncul di introitus vagina, lahirkan plasenta dengan kedua tangan. Pegang dan putar plasenta hingga selaput ketuban terpinil kemudian lahirkan dan tempatkan plasenta pada wadah yang telah disediakan. Jika selaput ketuban robek, pakai sarung tangan DTT untuk melakukan DTT atau steril untuk mengeluarkan selaput yang tertinggal
- (13) Rangsangan taktil (Masase) uterus. Segera setelah plasenta dan selaput ketuban lahir, lakukan masase uterus, letakkan telapak tangan di fundus dan lakukan masase dengan gerakan melingkar dengan lembut hingga uterus berkontraksi (fundus teraba keras. Lakukan tindakan yang diperlukan (kompresi bimanual internal, kompresi aorta abdominalis, tampon, kondom, kateter). Jika uterus tidak berkontraksi dalam 15 detik setelah rangsangan taktil atau masase.

- (14) Mengevaluasi kemungkinan perdarahan dan laserasi pada vagina dan perineum. Melakukan penjahitan bila terjadi laserasi derajat 1 atau derajat 2 dan atau menimbulkan perdarahan. Bila ada robekan yang menimbulkan perdarahan aktif segera melakukan penjahitan.
- (15) Memeriksa kedua sisi Plasenta (maternal-fetal) pastikan plasenta telah dilahirkan lengkap masukkan plasenta ke dalam kantung atau plastik atau tempat khusus.
- (16) Memastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan pervaginam
- (17) Memastikan kandung kemih kosong. Jika penuh, lakukan kateterisasi.
- (18) Mencilupkan tangan yang masih memakai sarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5%, bersihkan noda darah dan cairan tubuh, dan bilas di air DTT tanpa melepas sarung tangan kemudian dikeringkan dengan tisu atau handuk pribadi yang bersih dan kering.

(JNPK-KR,2017)

d. Dokumentasi Kebidanan Kala IV

1) Data Subjektif (S)

Perut ibu masih terasa mulas.

2) Data Objektif (O)

a) Keadaan umum : baik

- b) Kesadaran : composmentis
- c) TFU : 2 jari di bawah pusat
- d) Kandung kemih : kosong

3) Assessment (A)

P___Ab___ inpartu kala IV dengan kondisi ibu dan bayi baik.

4) Plan (P)

- (1) Mengajarkan ibu atau keluarga cara melakukan masase uterus dan menilai kontraksi, memastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan pervaginam.
- (2) Memeriksa dan memastikan keadaan umum ibu, setiap 15 menit selama 1 jam pertama pasca persalinan dilakukan pemeriksaan tanda tanda vital yaitu tekanan darah, nadi, suhu, tinggi fundus uteri, kontraksi uterus, kandung kemih, dan perdarahan. Pemeriksaan suhu dilakukan dua kali pada 1 jam pertama dan 1 jam kedua pasca persalinan. Dan setiap 30 menit selama jam kedua pasca persalinan dilakukan pemeriksaan tanda tanda vital yaitu tekanan darah, nadi, suhu, tinggi fundus uteri, kontraksi uterus, kandung kemih, dan perdarahan.
- (3) Mengevaluasi dan estimasi jumlah kehilangan darah
- (4) Memantau keadaan bayi dan pastikan bahwa bayi bernafas dengan baik (40- 60x/menit)
 - a) Jika bayi sulit bernafas, merintih, atau retraksi, di resusitasi, dan segera merujuk ke rumah sakit.

- b) Jika bayi bernafas terlalu cepat atau sesak nafas, segera rujuk ke rumah sakit rujukan.
 - c) Jika kaki teraba dingin, pastikan ruangan hangat. Lakukan kembali kontak kulit ibu-bayi dan hangatkan ibu-bayi dalam satu selimut.
- (5) Membersihkan ibu dari paparan darah dan cairan tubuh dengan menggunakan air DTT. Bersihkan cairan ketuban, lendir dan darah di ranjang atau di sekitar ibu berbaring. Menggunakan larutan klorin 0,5% lalu bilas dengan air DTT. Bantu ibu memakai pakaian yang bersih dan kering.
- (6) Memastikan ibu merasa nyaman. Bantu ibu memberikan ASI. Anjurkan keluarga ibu untuk membeli ibu minuman dan makanan yang diinginkannya
- (7) Menempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit). Cuci dan bilas peralatan setelah di dekontaminasi.
- (8) Membuang bahan-bahan yang terkontaminasi ke tempat sampah yang sesuai.
- (9) Dekontaminasi tempat bersalin dengan larutan 0,5%.
- (10) Mencilupkan tangan yang masih memakai sarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5%, lepaskan sarung tangan dalam keadaan terbalik dan rendam dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit.

- (11) Cuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir kemudian keringkan tangan dengan tisu atau handuk pribadi yang bersih dan kering.
- (12) Dokumentasi lengkapi partograf halaman depan dan belakang. Melengkapi partograf, memeriksa TTV dan melaksanakan asuhan kala IV.

(JNPK-KR,2017)

2.3.3 Manajemen Asuhan Kebidanan Bayi Baru Lahir

Pendokumentasian SOAP bayi baru lahir

1) Data Subjektif (S)

Biodata Anak

- a) Nama : untuk mengenal bayi.
- b) Jenis kelamin : untuk memberikan informasi pada ibu dan keluarga serta memfokuskan saat pemeriksaan genetalia.
- c) Anak ke : untuk mengkaji adanya kemungkinan *sibling rivalry*.

2) Data Objektif (O)

a) Pemeriksaan Umum

- (1) KU : baik
- (2) Nadi : >100 – 160x/menit
- (3) RR : 30-60 x/menit

(4) Suhu : 36,5°C – 37,5°C.

(5) BB : 2500 – 4000gram

(6) PB : 48-52 cm

(7) LK : 33-35

(8) LD : 31-34

(9) LILA : 9-11 cm

b) Pemeriksaan Fisik Khusus

(1) Kulit : Seluruh tubuh bayi harus tampak merah muda, mengindikasikan perfusi perifer yang baik. Bila bayiberpigmen gelap, tanda-tanda perfusi perifer baik dapat dikaji dengan mengobservasi membran mukosa, telapak tangan dan kaki. Selain itu, kulit bayi juga harus bersih dari ruam, bercak, memar, tanda- tanda infeksi dan trauma.

(2) Kepala :

Fontanel anterior harus teraba datar. Bila cembung, dapat terjadi akibat peningkatan tekanan intracranial sedangkan fontanel yang cekung dapat mengindikasikan adanya dehidrasi. *Sefalhematoma* pertama kali muncul pada 12 sampai 36 jam setelah kelahiran dan cenderung semakin besar ukurannya, diperlukan waktu sampai 6 minggu untuk dapat hilang.

(3) Mata :

Inspeksi pada mata bertujuan untuk memastikan bahwa keduanya bersih, apakah ada tanda ikterik pada mata (Handayani & Mulyati, 2017).

(4) Hidung :

Tidak ada kelainan bawaan atau cacat lahir.

Pemeriksaan pada mulut memerlukan pencahayaan yang baik dan harus terlihat bersih, lembab dan tidak ada kelainan seperti *palatoskisis* maupun *labiopalatoskisis* (Bibir sumbing).

(5) Telinga :

Periksa telinga untuk memastikan jumlah, bentuk dan posisinya. Posisi telinga diperiksa dengan penarikan khayal dari bagian luar kantung mata secara horizontal ke belakang ke arah telinga. Ujung atas daun telinga harus terletak di atas garis ini. Letak yang lebih rendah dapat berkaitan dengan abnormalitas kromosom, seperti Trisomi 21. Lubang telinga harus diperiksa kepatenannya.

(6) Leher :

Bayi biasanya berleher pendek, yang harus diperiksa adalah kesimetrisannya. Perabaan pada leher bayi perlu dilakukan untuk mendeteksi adanya pembengkakan, seperti kista

higroma dan tumor sternomastoid. Bayi harus dapat menggerakkan kepalanya ke kiri dan ke kanan.

(7) Dada :

Tidak ada retraksi dinding dada bawah yang dalam.

(8) Abdomen :

Melakukan pemeriksaan pada bagian abdomen apakah ada pembengkakan, kelainan seperti hernia dan omfalokel.

(9) Umbilikus :

Tali pusat dan umbilikus harus diperiksa setiap hari untuk mendeteksi adanya perdarahan tali pusat, tanda-tanda pelepasan dan infeksi. Tali pusat telah dirawat, bersih dan tertutup kassa.

(10) 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 trauma.

(11) Punggung :

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

(12) Genitalia :

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.

(13) Anus :

Secara perlahan membuka lipatan bokong lalu memastikan tidak ada lesung atau sinus dan memiliki sfingter ani

(Handayani & Mulyati, 2017).

3) Pemeriksaan Refleks

a) Refleks moro

Respon BBL akan menghentakkan tangan dan kaki lurus kearah luar sedangkan lutut fleksi kemudian tangan akan kembali kearah dada seperti posisi dalam pelukan. Jari-jari tampak terpisah membentuk huruf C dan bayi mungkin menangis.

b) Refleks rooting

Sentuhan pada pipi bayi atau bibir menyebabkan kepala menoleh kearah sentuhan.

c) Refleks sucking

Bayi menghisap dengan kuat dalam berespon terhadap stimulasi.

d) Refleks grasping

Respon bayi terhadap stimulasi pada telapak tangan bayi dengan sebuah objek atau jari pemeriksa akan menggenggam (jari-jari melengkung) dan memegang objek tersebut dengan erat.

e) Refleks Babinski

Jari kaki mengembang dan ibu jari kaki dorsofleksi, dijumlah sampai umur 2 tahun (Handayani & Mulyati, 2017).

3) Assesment (A)

Bayi baru lahir cukup bulan sesuai masa kehamilan usia 0-6 jam dengan keadaan bayi baik.

4) Plan (P)

Asuhan bayi baru lahir hari pertama

(1) Memakai sarung tangan bersih atau DTT untuk memberikan vitamin K1 1mg intramuskular di paha kiri bawah lateral dan salep mata profilaksis infeksi dalam 1 jam pertama kelahiran.

(2) Melakukan pemeriksaan fisik lanjutan setelah 1 jam kelahiran bayi. Pastikan kondisi bayi tetap baik Pernapasan normal 40-60x/menit dan temperature suhu normal 36,5-37,5 °C setiap 15 menit.

- (3) Setelah 1 jam lakukan penimbangan/pengukuran bayi, beri tetes mata antibiotik profilaksis, dan vit K1 intramuskuler di paha kiri anterolateral dengan dosis 1 mg.
- (4) Setelah 1 jam pemberian Vit K1 berikan suntikan imunisasi Hepatitis B di paha kanan anterolateral dengan dosis 0,5 ml
- (5) Melepaskan sarung tangan dalam keadaan terbalik dan rendam di dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit.
- (6) Mencuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir kemudian keringkan dengan tisu atau handuk pribadi yang bersih dan kering.

2.3.4 Manajemen Asuhan Kebidanan Nifas

Pendokumentasian SOAP pada masa nifas

a. Data Subjektif (S)

1) Keluhan utama

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 putting usus, putting usus pecah-pecah, keringat berlebih serta rasa nyeri selama beberapa hari jika ibu mengalami hemoroid (Sasmita, 2017).

2) Riwayat Persalinan Sekarang

Riwayat persalinan sekarang meliputi tanggal persalinan, jenis persalinan, jenis kelamin anak, keadaan bayi, penolong persalinan (Munthe dkk, 2019).

3) Kebutuhan sehari-hari

- a) Nutrisi : ibu nifas harus mengkonsumsi makan yang bermutu tinggi, bergizi dan cukup kalori untuk mendapat protein, mineral, vitamin yang cukup, dan minum sedikitnya 2-3L/hari.
- b) Eliminasi : ibu nifas harus berkemih 4-8 jam pertama, sedangkan untuk BAB diharapkan sekitar 3-4 hari setelah melahirkan.
- c) *Personal hygiene* : untuk mencegah terjadinya infeksi yang dilakukan dengan menjaga kebersihan tubuh, termasuk pada daerah kewanitaannya dan payudara, pakaian, tempat tidur dan lingkungan.
- d) Istirahat : ibu nifas harus memperoleh istirahat yang cukup untuk pemulihan kondisi fisik, psikologis dan kebutuhan menyusui bayinya dengan cara menyesuaikan jadwal istirahat bayinya.
- e) Aktivitas : mobilisasi dapat dilakukan sedini mungkin jika tidak ada kontra indikasi, dimulai dengan latihan tungkai ditempat tidur, miring di tempat tidur, duduk dan berjalan. Selain itu, ibu nifas juga dianjurkan untuk senam nifas dengan gerakan sederhana dan bertahap sesuai dengan kondisi ibu.

f) Hubungan seksual : biasanya tenaga kesehatan memberi batasan rutin 6 minggu pasca persalinan untuk melakukan hubungan seksual.

4) Data psikologis

a) Respon orang tua terhadap kehadiran bayi dan peran baru sebagai orang tua.

b) Respon anggota keluarga terhadap kehadiran bayi bertujuan untuk mengkaji muncul tidak nya *sibling rivalry*.

c) Dukungan keluarga bertujuan untuk mengkaji kerjasama dalam keluarga sehubungan dengan pengasuhan dan penyelesaian tugas rumah tangga (Rini Sih, 2017).

d) Adat istiadat setempat yang berkaitan dengan masa nifas
Biasanya mereka menganut kaitannya dengan masa nifas adalah menu makan untuk ibu nifas misalnya ibu nifas harus pantang makanan yang berasal dari daging, ikan, telur, dan gorongan karena dipercaya akan menghambat penyembuhan luka persalinan dan makanan ini akan membuat ASI menjadi lebih amis (Sasmita, 2017).

b. Data Objektif (O)

1) Pemeriksaan umum

a) Keadaan umum : baik

b) Kesadaran : bertujuan untuk menilai status kesadaran ibu.

c) Keadaan emosional : stabil

d) Tanda-tanda vital : segera setelah melahirkan, banyak wanita yang mengalami peningkatan sementara tekanan darah sistolik dan diastolik kemudian kembali secara spontan setelah beberapa hari. Pada saat bersalin, ibu mengalami kenaikan suhu tubuh dan akan kembali stabil dalam 24 jam pertama pasca persalinan. Denyut nadi yang meningkat selama persalinan akhir, kembali normal setelah beberapa jam pertama pasca persalinan. Sedangkan pernafasan kembali kepada keadaan normal selama jam pertama pasca persalinan (Rini Sih, 2017).

2) Pemeriksaan fisik

a) Muka

Periksa ekspresi wajah, apakah muka pucat, luka dan membran mukosa yang pucat mengindikasikan anemia.

b) Mata

Pemeriksaan yang dilakukan pada mata meliputi warna konjungtiva, warna sklera, serta reflek pupil. Jika konjungtiva berwarna pucat maka indikator anemia.

c) Mulut

Pemeriksaan mulut yang diatur yaitu warna bibir dan mukosa bibir.

d) Leher

Adanya pembesaran limfe, pembesaran kelenjar tyroid, dan bendungan vena jugularis.

e) Payudara

Pembesaran puting susu (menonjol/mendatar, adakah nyeri dan lecet pada puting), ASI sudah keluar, adakah pembengkakan, radang, atau benjolan abnormal.

f) Abdomen dan uterus

Evaluasi abdomen terhadap involusi uterus, teraba lembut, tekstur Doughy (kenyal) terdapat diastasis rectil dan kandung kemih, distensi, striae. Untuk involusi uterus periksa kontraksi uterus, konsistensi, perabaan distensi blas, posisi dan tinggi fundus uteri.

g) Genetalia

Pengkajian perineum terhadap memar, oedema, hematoma, penyembuhan setiap jahitan, inflamasi. Pemeriksaan tipe, kuantitas dan bau lochea. Pemeriksaan anus terhadap adanya hemoroid.

h) Ekstremitas

Pemeriksaan ekstremitas terhadap adanya oedema, nyeri tekan atau panas pada betis, adanya tanda Homan kelainan darah pada wanita yang bersifat umum, di mana terjadi pengeluaran darah seperti haid. Tanda ini menunjukkan adanya perubahan fungsi pada rahim. (Nugroho, 2014).

c. Assesment (A)

P_Ab___ post partum _ jam/hari dengan ____

d. Plan (P)

1) Asuhan kebidanan pada ibu nifas pada 6 jam postpartum

a) Melakukan pendekatan terapeutik pada klien dan keluarga.

b) Observasi tanda-tanda vital, kontraksi uterus dan TFU

c) Memberikan konseling tentang

(1) Nutrisi

Menganjurkan ibu untuk makan yang bergizi, tinggi kalori dan protein serta tidak pantang makan.

(2) Personal hygiene

Sarankan ibu untuk mengganti pembalut minimal 2x/hari, mencuci tangan dengan sabun dan air sebelum dan sesudah membersihkan daerah kelaminnya. Jika ibu mempunyai luka episiotomi atau laserasi, sarankan ibu untuk menghindari menyentuh daerah luka.

(3) Istirahat

Ibu nifas memerlukan istirahat yang cukup, 8 jam pada malam hari dan 1 jam pada siang hari.

(4) Perawatan payudara Jika payudara bengkak akibat bendungan ASI maka dilakukan

(a) Pengompresan payudara menggunakan kain basah dan hangat selama 5 menit.

(b) Lakukan pengurutan payudara dari arah pangkal ke puting

(c) Keluarkan ASI sebagian sehingga puting susu lebih lunak.

- (d) Susukan bayi tiap 2-3 jam, jika tidak dapat menghisap seluruh ASI nya, sisanya dikeluarkan dengan tangan.
 - (e) Letakkan kain dingin pada payudara setelah menyusui.
 - (f) Payudara dikeringkan
- d) Mengajarkan ibu cara menyusui yang benar.
- e) Menjadwalkan kunjungan ulang paling sedikit 4 kali kunjungan selama masa nifas.

2.3.5 Manajemen Asuhan Kebidanan Neonatus

Tanggal pengkajian :

Waktu Pengkajian :

Tempat Pengkajian :

Oleh :

a. Data Subjektif (S)

1) Biodata

Identitas bayi meliputi:

- a) Nama bayi, untuk menghindari kekeliruan.
- b) Tanggal lahir bayi, untuk mengetahui usia neonatus.
- c) Jenis kelamin bayi, untuk mengetahui jenis kelamin bayi.

Identitas orang tua meliputi:

- a) Nama orang tua, umur ayah dan ibu, untuk memudahkan memanggil/menghindari kekeliruan.

- b) Usia orang tua, bagi ibu untuk mengetahui ibu termasuk berisiko tinggi/tidak dan bagi ayah untuk mengetahui usia ayah.
- c) Pendidikan orang tua, untuk memudahkan pemberian KIE.
- d) Pekerjaan orang tua, untuk mengetahui tingkat sosial ekonomi.
- e) Agama orang tua, untuk mengetahui kepercayaan yang dianut ibu.
- f) Alamat rumah, untuk memudahkan komunikasi dan kunjungan rumah.

2) Keluhan Utama

Ibu mengatakan telah melahirkan bayinya pada tanggal... jam... WIB. Kondisi ibu dan bayi sehat. Untuk mengetahui apa saja yang dikeluhkan klien pada saat kita mengkaji agar dapat mengetahui tindakan apa yang dilakukan.

3) Riwayat penyakit sekarang

Untuk mengetahui apakah bayi sekarang sedang menderita suatu penyakit menular maupun menurun, yang dapat mempengaruhi pemberian imunisasi

4) Riwayat penyakit keluarga

Penyakit apa saja yang pernah diderita keluarga dan hubungannya ada atau tidak dengan keadaan bayi sekarang, seperti adanya penyakit jantung, diabetes mellitus, penyakit ginjal, penyakit hati, hipertensi, penyakit kelamin, dan isoimunisasi.

5) Riwayat prenatal, natal dan postnatal (Sondakh, 2013)

- a) Riwayat prenatal Anak keberapa, hari pertama haid terakhir (HPHT), keluhan-keluhan selama hamil tiap trimester, kebiasaan-kebiasan ibu selama hamil terkait dengan kebudayaan, frekuensi antenatal care (ANC), serta riwayat penyakit selama hamil yang berisiko terhadap kesehatan neonatus.
 - b) Riwayat natal Tanggal dan jam berapa waktu persalinan, jenis persalinan, ditolong oleh siapa.
 - c) Riwayat postnatal Keadaan tali pusat, apakah telah diberi injeksi vitamin K, minum ASI/PASI, berapa cc setiap berapa jam.
- 6) Riwayat imunisasi
- Pasien sudah mendapatkan imunisasi apa saja, apakah sudah mendapatkan HB-0.
- 7) Riwayat psikososial budaya
- Untuk mengetahui kesiapan ibu dan anggota keluarga dalam menerima kehadiran bayi dan kebudayaan apa yang diterapkan dalam merawat bayi misalnya pemberian makanan dan ramuan tertentu pada tali pusat atau pijat bayi.

b. Data Objektif (O)

- 1) Pemeriksaan umum bayi

Kesadaran : Composmentis

KU : Bergerak lemah, tangis lemah, daya isap lemah

Nadi : Frekuensi 120 sampai 160 kali per menit.

RR : Variasi normalnya 30 sampai 60 kali /menit

Suhu : Suhu stabil selama 8 sampai 10 jam setelah lahir. Variasi normalnya $36,5^{\circ}\text{C}$ sampai $37,2^{\circ}\text{C}$.

2) Antropometri

Berat : Timbang pada waktu yang sama setiap harinya, dan lindungi neonatus supaya tidak kehilangan panas. Pada neonatus normal adalah 2,5-4 kg. Berat sama dengan berat lahir dalam dua minggu pertama.

Panjang : Ukur panjang badan dari ujung kepala sampai ke tumit. Ukuran normalnya 45 sampai 55 cm. Jika 55 cm menandakan adanya penyimpangan kromosom atau herediter.

Lingkar kepala : Ukuran lingkar kepala dan dada bisa hampir sama selama satu sampai dua hari setelah lahir. Ukuran circumferensial (keliling): circumferensial fronto occipitalis 33 sampai 35 cm. Pengukuran dapat dilakukan pada hari kedua atau ketiga setelah molase dan kaput suksedaneum mereda. Kepala kecil ≤ 32 cm menandakan mikrosefalus (rubella, toksoplasmosis, penyakit inklusi sitomegali). Kepala besar menandakan hidrosefalus yakni sutura meregang, lebar lingkar kepala ≥ 4 cm lebih besar daripada dada.

Lingkar dada : Ukur pada garis buah dada. Didapatkan dua

sentimeter lebih kecil daripada lingkaran kepala. Rata-rata sekitar 30 sampai 33 cm.

3) Pemeriksaan fisik bayi

a) Inspeksi

Integumen : Neonatus normal berwarna merah muda.

Kepala : Terdapat benjolan abnormal/ tidak, warna rambut hitam/ merah, kulit kepala bersih/ tidak

Wajah : Bayi tampak normal, raut wajah tampak sesuai, letak proporsional terhadap wajah simetris.

Mata : Ukuran dan bentuk mata simetris, adanya refleksi mengedip, tidak ada air mata, kedua bola mata memiliki ukuran yang sama, bulat dan padat, pupil bereaksi terhadap cahaya, konjungtiva merah muda.

Hidung : Simetris, terdapat sedikit mucus tetapi tidak ada lendir yang keluar, adanya pernapasan cuping hidung/ tidak.

Mulut : Gerakan bibir simetris, gusi berwarna merah muda, lidah tidak menonjol, bergerak bebas, bentuk dan gerakan simetris, palatum lunak dan palatum keras utuh, uvula di garis tengah.

Telinga : Kedua telinga simetris, tulang rawan padat dengan bentuk yang baik, berespons terhadap suara dan bunyi lain.

- Leher : Pendek, tebal, dikelilingi lipatan kulit, tidak terdapat selaput, bebas bergerak dari satu sisi ke sisi lain dan bebas melakukan ekstensi dan fleksi.
- Dada : Hampir bulat, gerakan dada simetris yakni gerakan dada dan perut secara sinkron dengan pernapasan, puting susu menonjol dan simetris.
- Abdomen : Bulat, menonjol, berbentuk seperti kubah karena otot-otot abdomen belum berkembang sempurna, tali pusat kering/basah dan berbau/ tidak, pernapasan utama diafragmatika dengan gerakan abdomen dan dada sinkron.
- Genetalia : Pada wanita labia mayora biasanya edema menutupi labia minora pada bayi aterm. Pada laki-laki meatus urinarius di ujung penis, testis retraksi terutama bila bayi kedinginan. Berkemih dalam waktu 24 jam, aliran adekuat, jumlah adekuat.
- Anus : Satu anus dengan tonus sfingter yang baik, pengeluaran meconium dalam 24 jam setelah bayi lahir dan meconium diikuti tinja sementara berwarna kuning dan lunak.
- Ekstremitas : Gerakan simetris, sikap umumnya fleksi, dapat terentang jika bergerak spontan, lima jari pada setiap tangan dan kaki.

Punggung : Tulang punggung lurus dan mudah fleksi. Bayi dapat mengangkat dan menahan kepala sebentar saat tengkurap.

b) Palpasi

Kepala : Sutura teraba dan tidak menyatu atau masih normal ketika sutura tumpang tindih akibat molase.

Leher : Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid dan bendungan vena jugularis

Abdomen : Tidak teraba massa abdomen, tidak distensi.

Ekstremitas : Tangan sering menggenggam jika ada benda yang berada dalam genggamannya

c) Auskultasi

Dada : Bunyi dan kecepatan denyut jantung dan napas, tidak normal jika adanya bunyi ronchi dan wheezing atau tidak.

Abdomen : Bising usus terdengar satu sampai dua jam setelah lahir

c. Assesment (A)

Neonatus cukup bulan sesuai masa kehamilan usia __ hari dengan keadaan baik.

d. Plan (P)

1. Melakukan pemeriksaan fisik dan refleksi tiap asuhan sesuai prosedur.

2. Mendemonstrasikan posisi menyusui dan metode menyendawakan bayi dimulai dari posisi digendong, berbaring dan football hold dan metode menyendawakan bayi yakni disandarkan di bahu ibu, bayi duduk di pangkuan ibu dan bayi berbaring dengan kepala miring.
3. Memeriksa bayi dengan MTBM tiap asuhan dengan panduan sesuai alur pada bagan MTBM.
4. Mengingatkan ibu tentang kunjungan neonatus (KN) yang dilakukan minimal 3 kali pada KN 1 6 – 48 jam bayi lahir, KN 2 pada 3 – 7 hari bayi lahir dan KN 3 pada 8 – 28 hari bayi lahir.

2.3.6 Manajemen Asuhan Kebidanan Keluarga Berencana (KB)

Tanggal pengkajian :

Waktu Pengkajian :

Tempat Pengkajian :

Oleh :

a. Data Subjektif (S)

1) Alasan kunjungan

Tindakan ini dilakukan untuk mengetahui alasan klien datang ke fasilitas pelayanan kesehatan karena ada keluhan atau hanya ingin melakukan kunjungan ulang. Untuk menjaga mutu pelayanan keluarga berencana, pelayanan harus disesuaikan dengan kebutuhan klien.

2) Keluhan utama

Keluhan utama merupakan alasan klien datang. Keluhan yang sering terjadi pada wanita yang menggunakan kontrasepsi adalah penambahan berat badan, tidak haid, pusing, mual, keluar bercak darah, atau perdarahan yang tidak diketahui penyebabnya.

3) Riwayat KB

Yang perlu dikaji adalah apakah ibu pernah menjadi akseptor KB. Jika sudah pernah kontrasepsi apa yang pernah digunakan, berapa lama, adakah keluhan selama menggunakan kontrasepsi.

4) Pola kebiasaan sehari-hari

Untuk mengetahui bagaimana kebiasaan pasien sehari-hari dalam menjaga kebersihan dirinya dan bagaimana pola makanan sehari-hari apakah terpenuhi gizinya atau tidak.

5) Data psikologis

Untuk mengetahui pengetahuan dan respon ibu terhadap alat kontrasepsi yang digunakan saat ini, bagaimana keluhannya, respon suami dengan pemakaian alat kontrasepsi yang akan digunakan saat ini, dukungan dari keluarga dan pemilihan tempat dalam pelayanan KB.

b. Data Objektif (O)

1) Keadaan umum

Data ini didapat dengan mengamati keadaan pasien secara keseluruhan, apakah dalam keadaan baik atau lemah.

2) Kesadaran

Untuk mendapatkan gambaran tentang kesadaran pasien, kita dapat melakukan pengkajian derajat kesadaran pasien.

3) Tanda-tanda vital

Pemeriksaan TTV terdiri dari tekanan darah, pengukuran suhu, nadi, dan pernafasan.

4) Pemeriksaan fisik

a) Muka

Pada ibu penggunaan KB yang lama akan menimbulkan flek flek jerawat atau flek hitam pada pipi dan dahi.

b) Mata

Konjungtiva berwarna merah muda atau tidak, untuk mengetahui ibu anemia atau tidak, sklera berwarna putih atau tidak.

c) Leher

Apakah ada pembesaran kelenjar thyroid, tumor, dan pembesaran kelenjar limfe.

d) Abdomen

Apakah ada pembesaran pada uterus, apakah ada bekas luka operasi, pembesaran hepar, dan nyeri tekan.

e) Genetalia

Untuk mengetahui keadaan vulva apakah ada tanda-tanda infeksi, pembesaran kelenjar bartholine, dan perdarahan.

f) Ekstremitas

Apakah terdapat varises, odema, atau tidak pada bagian ekstremitas.

5) Pemeriksaan Penunjang

a) Pemeriksaan inspekulo

Dilakukan untuk mengetahui adanya lesi atau keputihan pada vagina, untuk mengetahui ada atau tidaknya tanda-tanda kehamilan.

b) Pemeriksaan Dalam

Untuk pemakaian AKDR dilakukan pemeriksaan dalam untuk mengetahui 4 hal yaitu tumor (teraba benjolan yang tidak wajar), infeksi (ada rasa sakit/keluar cairan), kehamilan (serviks lunak), letak kedudukan rahim.

c) Sonde uterus

Pemeriksaan panjang uterus, apabila diukur dengan menggunakan sonde didapatkan ukuran rongga rahim kurang dari 5cm merupakan kontraindikasi pemasangan AKDR.

d) Pemeriksaan Laboratorium

Hb = 9 g/dL tidak boleh menggunakan alat kontrasepsi IUD.

c. Assesment (A)

P_Ab__ dengan akseptor KB__

d. Plan (P)

- 1) Menanyakan pada klien informasi tentang dirinya (pengalaman KB dan kesehatan reproduksi, tujuan, kepentingan, harapan, keadaan kesehatan dan kehidupan keluarganya).
- 2) Menguraikan kepada klien mengenai beberapa jenis kontrasepsi pascasalin, cara kerja, keuntungan, kerugian, efektivitas, indikasi, dan kontraindikasi dengan Alat Bantu Pengambilan Keputusan ber-KB (ABPK).
- 3) Memberikan jaminan kerahasiaan yang diperlukan klien.
- 4) Memberikan bantuan kepada klien untuk menentukan pilihannya.
- 5) Jelaskan secara lengkap bagaimana menggunakan kontrasepsi pilihannya, dan efek samping apa yang mungkin muncul selama pemakaian metode kontrasepsi tersebut.
- 6) Melakukan penapisan sesuai metode kontrasepsi yang dipilih oleh klien.
- 7) Pesankan pada klien untuk melakukan kunjungan ulang sesuai dengan tanggal kembali atau sewaktu-waktu jika ada keluhan.