

BAB II

TINJAUAN TEORI

2.1 Konsep Manajemen Kebidanan Dengan COC

Contiunity of care dalam kebidanan adalah serangkaian kegiatan pelayanan berkesinambungan mulai dari kehamilan, persalinan, nifas, bayi baru lahir, serta keluarga berencana (Kesehatan et al., 2020). *Contiunity of care* mempunyai 3 jenias pelayanan yaitu mulai dari manajemen, informasi dan hubungan. Kesiambungan manajemen melibatkan antar perempuan dan bidan. kesiambungan informasi menyangkut ketersediaan waktu yang relevan. Kedua hal tersebut menjadi penting karena mengatur dan memberikan pelayanan kebidanan (Kesehatan dkk. 2020). Bidan diakui sebagai seorang profesional yang bertanggung jawab dan akuntabel yang bekerja dalam kemitraan dengan wanita selama kehamilan, persalinan dan periode postpartum dan untuk melakukan kelahiran merupakan tanggungjawab bidan dan untuk memberikan perawatan pada bayi baru lahir (Diana, 2017). *Continuity of care* dalam kebidanan adalah serangkaian kegiatan yang berkelanjutan dan menyeluruh mulai dari kehamilan, persalinan, nifas, pelayanan bayi baru lahir serta pelayanan keluarga berencana yang menghubungkan kebutuhan kesehatan perempuan khususnya dan keadaan pribadi setiap individu (Homer et al, 2014).

Penelitian di Denmark juga memiliki kesamaan hasil penelitian bahwa dengan *Continuity of Care* mendapatkan pengalaman yang membaik, mengurangi morbiditas maternal, mengurangi penggunaan intervensi pada saat persalinan termasuk operasi caesar, meningkatkan jumlah persalinan normal dibandingkan dengan perempuan yang merencanakan persalinan dengan tindakan. Perempuan yang menjalani pelayanan kebidanan secara *continuity of care* secara langsung akan menerima informasi yang dibutuhkan, memiliki rasa percaya diri yang tinggi, dan merasa aman dan nyaman pada saat menjalani perawatan serta memiliki hubungan dengan tenaga kesehatan yang terpercaya secara berkesinambungan (Haggerty et al., 2013). Hasil dari penelitian tersebut ditemukan bahwa pada Perempuan yang menerima pelayanann secara *Continuity of care* secara women center meliputi dukungan, partisipasi, dalam pengambilan keputusan, perhatian terhadap psikologis, kebutuhan, dan harapan ketika akan melahirkan, mendapat informasi dan menghargai Perempuan (Sandall, n.d dalam Ningsih, 2017).

2.2 Konsep Dasar Kehamilan, Persalinan, Nifas, Bayi Baru Lahir, dan Masa antara fisiologis

2.2.1 Konsep Dasar Kehamilan Trimester III

a. Pengertian Kehamilan Trimester III

Kehamilan merupakan fertilisasi atau penyatuan dari spermatozoa dan ovum dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi. Menurut perhitunganya dimulai pada saat fertilisasi hingga lahirnya bayi,

kehamilan normal akan berlangsung dalam waktu 40 minggu atau 10 bulan atau 9 bulan menurut kalender internasional (Walyani, 2015). Pengertian lain dari kehamilan adalah masa yang dimulai dari konsepsi sampai lahirnya janin. Lamanya hamil normal adalah 280 hari (40 minggu atau 9 bulan 7 hari).

Kehamilan adalah pertumbuhan dan perkembangan janin intrauterine mulai sejak konsepsi dan berakhir sampai permulaan persalinan. Lamanya kehamilan mulai dari ovulasi sampai partus kira-kira 280 hari (40 minggu), dan tidak lebih 300 hari (43 minggu). Kehamilan 40 minggu ini disebut kehamilan matur (cukup bulan). Bila kehamilan lebih dari 43 minggu disebut kehamilan premature. Kehamilan antara 28 dan 36 minggu disebut kehamilan premature (Khairoh, 2019).

Kehamilan ini dibagi atas 3 semester yaitu; kehamilan trimester pertama mulai 0-14 minggu, kehamilan trimester kedua mulai mulai 14-28 minggu, dan kehamilan trimester ketiga mulai 28-42 minggu (Yuli, 2017). Kehamilan pada saat trimester III memiliki sebagai periode kehamilan tiga bulan terakhir, yaitu periode kehamilan dari 7 bulan hingga 9 bulan (28- 40 minggu). Lamanya hamil normal adalah 280 hari (40 minggu) dihitung dari hari awal haid terakhir (Saiful dan Fatmawati 2019).

b. Perubahan Fisiologi dan Psikologis Kehamilan TM III

1) Perubahan Fisiologis

a) Uterus

Uterus mulai menekan kearah tulang belakang, menekan vena kava dan aorta sehingga aliran darah tertekan. Di akhir kehamilan sering terjadi kontraksi uterus yang disebut his palsu (*braxton hicks*). Itmus uteri menjadi bagian korpus dan berkembang menjadi segmen bawah rahim yang lebih lebar dan tipis, servik menjadi lunak sekali dan lebih mudah dimasuki dengan satu jari pada akhir kehamilan. Pengukuran TFU dan Leopold dapat dilihat pada tabel 2.1

Tabel 2.1 TFU Menurut Mc.Donald dan Leopold

Usia Kehamilan	Menurut Mc.Donald	TFU
28 minggu	26,7 cm	TFU terletak 3 jari diatas pusat
32 minggu	29,5-30 cm	$\frac{1}{2}$ pusat – px
36 minggu	32 cm	3 jari di bawah px
40 minggu	37,7 cm	Pertengahan pusat dan px namun melebar ke samping

Sumber : (Gultom 2020)

b) Ovarium

Fungsi ovarium pada TM III diambil alih oleh plasenta. Selama masa kehamilan ovarium beristirahat, tidak terjadi pembentukan dan pematangan folikel baru, tidak terjadi

ovulasi, tidak terjadi siklus hormonal menstruasi (Tyastuti 2016).

c) Serviks

Hormon esterogen yang terdapat di fetoplasenta juga mempengaruhi perubahan pada serviks uteri, akibat kadar estrogen yang meningkat dan adanya hipervaskularisasi, maka konsistensi serviks menjadi lunak, warna porsio tampak kebiruan dan pada bulan terakhir kehamilan. Serviks merupakan jaringan ikat yang terdiri atas *kolagen* dan hanya sedikit mengandung jaringan otot, sehingga serviks tidak mempunyai fungsi sebagai spinghter. Pada saat persalinan serviks hanya membuka saja dan mengikuti tarikan-tarikan corpus uteri ke atas dan tekanan bagian terendah janin ke bawah (Saiful dan Fatmawati 2019).

d) Vagina dan Vulva

Vagina dan vulva mengalami perubahan akibat hormon estrogen. Adanya hipervaskularisasi mengakibatkan vagina dan vulva tampak lebih merah dan agak kebiruan (*livide*). Cairan vagina mulai meningkat dan lebih kental. Hal ini disebabkan sel epitel yang meningkatkan kadar glikogen yang berinteraksi dengan dedoelein yang merupakan bakteri komensal dan menghasilkan lingkungan yang lebih asam (Saiful dan Fatmawati 2019).

e) Payudara

Pada payudara bentuknya semakin besar, keluar kolostrum dari puting susu yang berwarna kekuningan kental, dan *aerola* akan lebih besar dan kehitaman dan cenderung menonjol keluar (Saiful dan Fatmawati 2019).

f) Metabolik

Basal Metabolic Rate (BMR) meningkat 15% sampai 20% pada akhir kehamilan, terjadi juga *hipertrofi tiroid* sehingga kelenjar *tyroid* terlihat jelas pada ibu hamil. Peningkatan BMR menunjukkan adanya peningkatan kebutuhan oksigen. *Vasodilatasi perifer* dan percepatan aktivitas kelenjar keringat membantu melepaskan panas akibat peningkatan metabolisme selama hamil (Tyastuti 2016).

g) Sistem Hematologis

Volume darah meningkat secara progresif mulai minggu ke 6-8 kehamilan dan mencapai puncaknya pada minggu ke 32-34 dengan perubahan kecil setelah minggu tersebut. Volume plasma akan meningkat kira-kira 40-45%. Hal ini dipengaruhi oleh aksi progesteron dan estrogen pada ginjal. Konsentrasi hematokrit dan hemoglobin yang sedikit menurun selama kehamilan menyebabkan *viskositas/ kekentalan* darah menurun, perlu diperhatikan kadar hemoglobin ibu terutama di akhir kehamilan, bila konsentrasi $HB < 11g/dl$ maka

dianggap abnormal dan biasanya disebabkan oleh defisiensi besi (Saiful dan Fatmawati 2019).

h) Kardiovaskuler

Curah jantung (*cardiac output*) meningkat 30-50% pada usia kehamilan 6 minggu dan mencapai puncak pada kehamilan 16-28 minggu. Oleh karena curah jantung yang meningkat, maka denyut jantung pada saat istirahat juga meningkat (dalam keadaan normal 70 kali menit menjadi 80-90 kali/menit). Setelah mencapai kehamilan 30 minggu, curah jantung agak menurun karena pembesaran rahim menekan vena yang membawa darah dari tungkai ke jantung (Wulandari Leny & dkk 2021).

i) Respirasi

Wanita hamil kadang-kadang mengeluh sesak dan pendek nafas biasanya terjadi pada umur kehamilan trimester III. Hal itu disebabkan oleh usus yang tertekan ke arah diafragma akibat pembesaran rahim. Kapasitas vital paru sedikit meningkat selama hamil, sehingga untuk memenuhi kebutuhan oksigen wanita hamil bernapas dalam (Wulandari Leny & dkk 2021).

j) *Musculoskeletal*

Bentuk tubuh ibu hamil berubah secara bertahap menyesuaikan penambahan berat ibu hamil dan semakin

besarnya janin, menyebabkan postur dan cara berjalan ibu hamil berubah menjadi *hiperlordosis* sehingga menyebabkan rasa cepat lelah. Peningkatan hormon *steroid* yang bersirkulasi mengakibatkan jaringan ikat dan jaringan kolagen mengalami perlunakan dan elastisitas berlebihan sehingga mobilitas sendi panggul mengalami peningkatan. Hal tersebut menimbulkan perasaan tidak nyaman pada bagian bawah punggung (Saiful dan Fatmawati 2019).

k) Sistem Perkemihan

Kepala janin mulai turun ke pintu atas panggul (PAP) pada akhir kehamilan yang menyebabkan penekanan uterus pada *vesica urinaria*, biasanya pada trimester ini ibu hamil mengeluh sering kencing (Saiful dan Fatmawati 2019).

l) Sistem Pencernaan

Perubahan yang paling nyata adalah adanya penurunan motilitas otot polos pada organ digestif dan penurunan sekresi asam lambung. Akibatnya, tonus *sphingter esofagus* bagian bawah menurun dan dapat menyebabkan refleks dari lambung ke esofagus sehingga menimbulkan keluhan seperti *heartburn* (nyeri uluh hati). Penurunan motilitas usus juga memungkinkan penyerapan nutrisi lebih banyak, sehingga muncul keluhan seperti konstipasi. Sedangkan mual dapat

terjadi akibat penurunan asam lambung (Saiful dan Fatmawati 2019)

c. Perubahan Psikologis TM III

Menurut (Wulandari Leny & dkk 2021) perubahan psikologis pada ibu hamil TM III yaitu:

- a) Rasa tidak nyaman timbul kembali, merasa dirinya jelek, aneh dan tidak menarik
- b) Merasa tidak menyenangkan ketika bayi tidak lahir tepat waktu
- c) Takut akan rasa sakit dan bahaya fisik yang akan timbul pada saat melahirkan, khawatir akan keselamatannya
- d) Khawatir bayi akan dilahirkan dalam keadaan tidak normal, bermimpi yang mencerminkan perhatian dan kekhawatirannya
- e) Ibu tidak sabar menunggu kelahiran bayi
- f) Semakin ingin menyudahi kehamilannya
- g) Aktif mempersiapkan kelahiran bayinya
- h) Bermimpi dan berkhayal tentang bayinya

d. Rencana Asuhan Kebidanan Pada Ibu Hamil TM III

Program untuk kunjungan ANC, yaitu 6 kali kunjungan dengan menurunkan angka kematian perinatal dan meningkatkan kualitas perawatan pada ibu hamil. Kunjungan ANC dapat dilihat pada tabel 2.2 (Kemenkes RI 2020b).

Tabel 2.2 Kunjungan ANC

Trimester	Usia Kehamilan(UK)
Trimester I	Kontak 2 kali pada UK : 0 – 12 minggu
Trimester II	Kontak 1 kali pada UK: 12 -24 minggu
Trimester III	Kontak 3 kali pada UK : 24 -40 minggu

Sumber: (Kemenkes RI, 2020c)

Terdapat sepuluh standart yang harus dilakukan dalam melakukan kunjungan ANC. Pelayanan atau asuhan standart minimal 10 T(Kemenkes RI 2021b) yaitu :

1) Timbang berat badan dan ukur tinggi badan

Jika Tinggi Badan (TB) < 145 cm, maka diketahui memiliki faktor resiko panggul sempit sehingga kemungkinan sulit melahirkan normal. Peningkatan BB pada ibu hamil yang mempunyai BMI normal (19,8 -26) yang direkomendasikan adalah 1 sampai 2 kg pada trimester pertama dan 0,4 kg per minggu. Keperluan penambahan BB semua ibu hamil tidak sama tetapi harus melihat dari BMI atau IMT sebelum hamil. Penambahan BB selama hamil dan perkembangan janin berhubungan dengan BB dan TB ibu sebelum hamil (BMI/IMT).

Cara menghitung IMT:

BB sebelum hamil (kg)

TB (m)²

Tabel 2.3 Kenaikan BB Ibu Hamil Berdasarkan IMT

IMT sebelum hamil	Rentang Kenaikan BB yang dianjurkan	Anjuran Kenaikan BB (kg/minggu)
Ringan (<19,5)	12,5-18 kg	0,5
Normal (19,5-26)	11,5-16 kg	0,5
BB berlebihan (overweight) (26-29)	7-11,5 kg	0,3
Obesitas (>29)	Kg	Ditentukan pada setiap individu

Sumber : (Handayani Samsriyaningsih, 2020a)

2) Pemeriksaan tekanan darah

Pengukuran Tekanan Darah (TD) dilakukan setiap kunjungan ANC, deteksi ini dilakukan untuk mengetahui TD yang cenderung tinggi dan diwaspadai mengalami hipertensi dan preeklampsia, yaitu jika:

- a) *Mean Arterial Pressure* (MAP) = $(2 \times \text{Diastole} + \text{Sistolik})/3$.

Hasil dikatakan positif bila $\text{MAP} \geq 90 \text{ mmHg}$.

- b) *Roll Over Test* (ROT)

Teknik: ibu hamil tidur miring, TD diukur, terlentang kurang lebih 5 menit kemudian diukur kembali. Rumus (TD diastolik saat miring-terlentang). Hasil dikatakan positif bila $\text{ROT} > 15 \text{ mmHg}$ (Yuliani 2021).

3) Pengukuran Lingkar Lengan Atas (LILA)

Pengukuran LILA dilakukan pada saat kontak pertama dengan tenaga kesehatan, jika lila $< 23,5 \text{ cm}$ menunjukkan ibu

hamil menderita KEK dan beresiko melahirkan BBLR (Yuliani 2021).

4) Pengukuran TFU

Pengukuran TFU menggunakan pita ukur setelah kehamilan berusia 24 minggu, yang dilakukan setiap kunjungan ANC, yang berguna untuk melihat pertumbuhan janin apakah sesuai dengan usia kehamilannya (Yuliani 2021).

5) Tentukan presentasi janin dan hitung denyut jantung janin (DJJ)

Presentasi janin merupakan bagian terendah janin atau bagian janin yang terdapat di bagian bawah uterus. Pemeriksaan ini dilakukan pada TM II kehamilan, dan dilanjutkan setiap kali kunjungan. Salah satu teknik untuk menilai kesejahteraan janin adalah dengan menghitung DJJ. DJJ normal antara 120x/menit sampai dengan 160x/menit (Yuliani 2021).

6) Skrining status imunisasi Tetanus Toksoid (TT)

Sebelum memberikan suntikan TT petugas harus melakukan *screening* pemberian TT sebagaimana lampiran 2 (Yuliani 2021), adapun rentang waktu pemberian imunisasi TT serta lama perlindungannya seperti tabel 2.4 sebagai berikut:

Tabel 2.4 Jadwal Pemberian Imunisasi TT

Status TT	Interval minimal pemberian	Masa perlindungan
TT 1		Langkah awal pembentukan kekebalan tubuh terhadap penyakit tetanis
TT 2	1 bulan setelah T1	3 tahun
TT 3	6 bulan setelah T2	5 tahun
TT 4	1 tahun setelah T3	10 tahun
TT 5	1 tahun setelah T4	Lebih dari 25 tahun

Sumber : (Kemenkes RI, 2021b).

7) Pemberian tablet tambah darah

Ibu hamil selama kehamilan minum 1 tablet tambah darah setiap hari minimal selama 90 hari dengan dosis 1 tablet 60 mg. kebutuhan zat besi Fe selama hamil yaitu 800 mg-1040 mg besi elemental, yang mana zat tersebut digunakan untuk meningkatkan sel darah pada ibu dan mensuplai pertumbuhan janin dan plasenta. Tablet tambah darah diminum pada malam hari untuk mengurangi rasa mual (Kemenkes RI, 2021b).

8) Tes laboratorium

Tes laboratorium wajib yang dilakukan selama kehamilan, selain pemeriksaan HB meliputi golongan darah, HIV, Sifilis, Hepatitis, protein *urine* dan glukosa *urine* (Astuti Sri 2018).

- a) Tes Golongan Darah, dilakukan I kali selama hamil untuk mempersiapkan donor bagi ibu hamil bila diperlukan.

- b) Tes hemoglobin (Hb), dilakukan pada TM I dan TM III
Untuk mengetahui ibu apakah ibu *anemia*, dikatakan anemia jika ibu memiliki Hb < 11 g/dl.
 - c) Tes pemeriksaan *urine* (air kencing), dilakukan pada TM II dan TM III untuk mengetahui hasil protein urine positif atau negative, sebagai indikator preeklampsia pada ibu hamil.
 - d) Melakukan pemeriksaan triple eliminasi yaitu pemeriksaan *Human Immunodeficiency Virus* (HIV), sifilis dan hepatitis B dilakukan 1 kali selama kehamilan pada TM III (Yuliani 2021) dan (Nugraheni A 2020).
- 9) Temu wicara (konseling) tatap muka antara bidan dengan ibu hamil dalam rangka melakukan konseling dari masa kehamilan sampai dengan persalinan P4K (Yuliani 2021).
- 10) Tata laksana kasus yaitu melakukan penatalaksanaan pada ibu hamil sesuai dengan perencanaan yang telah direncanakan setelah mengetahui diagnosa ibu hamil (Yuliani 2021).
- e. Rencana Asuhan Kebidanan pada Ibu Hamil TM III dengan masalah
Rencana asuhan kebidanan selama kehamilan trimester tiga disusun berdasarkan diagnosis yang diidentifikasi dan pengkajian yang komprehensif. Rencana asuhan kebidanan disesuaikan dengan kebutuhan pasien.

Tabel 2.5 Rencana Asuhan Ibu Hamil TM III Dengan Masalah

Ketidaknyamanan	Penyebab	Penatalaksanaan
Sering buang air kecil (BAK)	1) Uterus membesar, yang disebabkan karena terjadi penurunan bagian bawah janin sehingga menekan kandung kemih. 2) Adanya perubahan volume darah juga berpengaruh terhadap sering BAK karena kerja ginjal juga meningkat sehingga produksi urin juga meningkat	1) Dilarang untuk menahan BAK. 2) Perbanyak minum pada siang atau malam hari untuk menjaga keseimbangan hidrasi. 3) Saat tidur ibu hamil dianjurkan menggunakan posisi berbaring miring ke kiri dengan kaki ditinggikan, dan untuk mencegah infeksi saluran kemih 4) selesai BAK alat kelamin dibersihkan dan dikeringkan
Konstipasi	1) Gerakan peristaltik usus lambat oleh karena meningkatnya hormon progesterone. 2) Konstipasi dapat juga disebabkan oleh karena motilitas usus besar lambat sehingga menyebabkan penyerapan air pada usus meningkat.	1) Olah raga yang teratur 2) Meningkatkan asupan cairan minimal 8 gelas sehari 3) Makan sayur segar, Konstipasi dapat dicegah dengan membiasakan buang air besar (BAB) secara teratur, jangan menahan BAB, segera BAB ketika ada dorongan, dan tidak
Pusing	Penambahan berat badan dan pembesaran uterus maka menyebabkan menekan pada vena cava inferior sehingga	bangun tidur secara perlahan-lahan, hindari berdiri terlalu lama dalam lingkungan hangat dan sesak,

Ketidaknyamanan	Penyebab	Penatalaksanaan
	menghambat dan mengurangi jumlah darah yang menuju ke hati dan jantung	hindari berbaring dalam posisi terlentang.
Sakit punggung	Posisi tulang belakang <i>hiperlordosis</i>	Lakukan olah raga secara teratur, senam hamil atau yoga. Melakukan gosok atau pijat punggung
Varises pada kaki atau vulva	1) Bawaan keluarga (turunan), Peningkatan hormon estrogen sehingga jaringan elastic menjadi rapuh. 2) Varises juga terjadi oleh meningkatnya jumlah darah pada vena bagian bawah.	1) Lakukan olahraga secara teratur. 2) Hindari duduk atau berdiri dalam jangka waktu lama. 3) Pakai sepatu dengan telapak yang berisi bantalan. 4) Hindari memakai pakaian ketat 5) Berbaring dengan kaki ditinggikan. 6) Berbaring dengan kaki bersandar di dinding
Edema	1) Pembesaran uterus pada ibu hamil mengakibatkan tekanan pada vena pelvik sehingga menimbulkan gangguan sirkulasi. 2) Tekanan pada vena cava inferior pada saat ibu berbaring terlentang. 3) Kadar sodium (Natrium) meningkat karena pengaruh dari hormonal. 4) Pakaian ketat.	1) Hindari menggunakan pakaian ketat 2) Tidak dianjurkan mengkonsumsi makanan yang berkadar garam tinggi 3) Hindari duduk atau berdiri dalam jangka waktu lama 4) Saat istirahat, naikkan tungkai selama 20 menit berulang-ulang. 5) Sebaiknya ibu hamil makan makanan tinggi protein
Mati rasa baal	Pembesaran uterus	Tidur berbaring miring

Ketidaknyamanan	Penyebab	Penatalaksanaan
dan rasa nyeri pada jari kaki dan tangan	membuat sikap/postur ibu hamil mengalami perubahan pada titik pusat gaya berat sehingga karena postur tersebut dapat menekan syaraf ulna.	kekiri, dengan postur tubuh yang benar

Sumber :(Tyastuti 2016)

2.2.2 Konsep Dasar Persalinan

a. Pengertian Persalinan

Persalinan adalah proses dimana bayi, plasenta dan selaput ketuban keluar dari uterus ibu, persalinan dianggap normal jika prosesnya pada usia kehamilan cukup bulan (37 minggu) tanpa disertai penyulit. Ibu belum dapat dikategorikan inpartu jika kontraksi uterus tidak mengakibatkan perubahan atau pembukaan serviks (JNPK-KR 2017).

b. Faktor yang mempengaruhi proses persalinan

Beberapa faktor yang mempengaruhi persalinan antara lain :

1) Faktor *Power*

Power atau kekuatan yang mendorong janin keluar saat persalinan. Kekuatan ini meliputi his, kontraksi otot-otot perut, kontraksi diafragma dan aksi dari ligament, dengan kerjasama yang baik dan sempurna. His merupakan faktor yang utama dalam persalinan, dikatakan his yang adekuat jika terjadi 3 kali atau lebih dalam waktu 10 menit dan berlangsung selama 40

detik atau lebih. Selain itu tenaga mengejan ibu juga merupakan salah satu faktor, tanpa tenaga mengejan ini anak tidak akan lahir ((Yulizawati 2019) (JNPK-KR 2017).

2) Faktor *passager*

Passanger/ buah kehamilan terdiri dari janin, plasenta dan ketuban. Janin bergerak di sepanjang jalan lahir merupakan akibat interaksi beberapa faktor, yaitu ukuran kepala janin, presentasi, letak, sikap, dan posisi janin. Janin dapat mempengaruhi persalinan karena presentasi dan ukurannya, dikatakan normal bila berat janin 2500-4000 gram, presentasi kepala, letak normal memanjang, posisi janin normal presentasi belakang kepala dengan dominator ubun-ubun kecil (UUK) dan sikap normal janin fleksi (Bidan dan Dosen Kebidanan Indonesia, 2018).

3) Faktor *passage* (Jalan Lahir)

Passage atau jalan lahir dibagi atas bagian keras dan bagian lunak. Bagian keras terdiri dari tulang-tulang panggul dan bagian lunak terdiri dari uterus, otot dasar panggul, dan perineum. Jenis panggul yang paling baik untuk wanita yaitu ginekoid dengan bentuk PAP hampir bulat. Janin harus mampu menyesuaikan dirinya terhadap jalan lahir yang relatif kaku, oleh karena itu ukuran dan bentuk panggul harus ditentukan

sebelum persalinan dimulai (Bidan dan Dosen Kebidanan Indonesia 2018).

4) *Psikologis*

Perasaan cemas dan khawatir mempengaruhi hormon stress yang akan mengakibatkan komplikasi persalinan (Kurniarum 2016).

5) Penolong

Peran dari penolong persalinan adalah mengantisipasi dan menangani komplikasi yang mungkin terjadi pada ibu dan janin, dalam hal ini proses tergantung dari kemampuan *skill* dan kesiapan penolong dalam menghadapi proses persalinan. Penolong persalinan perlu kesiapan dan menerapkan asuhan sayang ibu yaitu menghargai budaya, kepercayaan dan keinginan sang ibu (Kurniarum 2016).

c. Tahapan dan tanda gejala persalinan

1) Kala I

Pada kala I persalinan dibagi menjadi dua yaitu fase laten dan fase aktif. Fase laten dimulai sejak awal kontraksi sampai terjadi penipisan dan pembukaan serviks secara bertahap, berlangsung sampai serviks membuka kurang dari 4 cm sedangkan fase aktif dimulai dari pembukaan 4 cm hingga mencapai pembukaan 10 cm (pembukaan lengkap). Berikut tanda gejala kala I persalinan menurut (Kurniarum 2016):

a) Penipisan dan pembukaan serviks

Penipisan dan pembukaan serviks ditandai dengan adanya pengeluaran lendir dan darah sebagai tanda permulaan.

b) Timbulnya kontraksi uterus

Kontraksi uterus yang mengakibatkan perubahan pada servik (frekuensi minimal 2 kali dalam 10 menit), kontraksi yang terjadi dapat menyebabkan pendataran, penipisan dan pembukaan serviks.

c) *Blood show* (lendir disertai darah dari jalan lahir)

Lendir dari *canalis cervicalis* keluar disertai dengan sedikit darah karena adanya pendataran dan pembukaan serviks, perdarahan yang sedikit ini disebabkan karena lepasnya selaput janin pada bagian bawah segmen bawah rahim hingga beberapa *capillair* darah terputus.

d) Penurunan kepala menurut bidang Hodge

Menurut Jenny J.S. (Sondakh, 2013) bidang hodge digunakan untuk menentukan sampai dimana bagian terendah janin turun dalam panggul dalam persalinan, yaitu:

- 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.

2) Kala II

Kala II persalinan dimulai dari pembukaan lengkap serviks 10 cm, dilanjutkan dengan upaya melahirkan bayi keluar dari jalan lahir dan berakhir dengan lahirnya bayi (Kurniarum 2016). Menurut (JNPK-KR 2017) tanda dan gejala kala II sebagai berikut:

- a) Ibu merasa ingin meneran bersamaan dengan terjadinya kontraksi
- b) Ibu merasakan adanya peningkatan tekanan pada rektum dan vagina
- c) Perineum menonjol
- d) Vulva membuka
- e) Meningkatnya pengeluaran lendir bercampur darah.

3) Kala III

Kala III dimulai segera setelah bayi lahir dan berakhir dengan lahirnya plasenta dan selaput ketuban, tanda dan gejala kala III menurut (JNPK-KR 2017) :

a) Perubahan bentuk dan tinggi fundus

Setelah bayi lahir dan sebelum miometrium mulai berkontraksi uterus berbentuk bulat (*diskoid*) dan tinggi fundus berada 3 jari di bawah pusat. Setelah uterus berkontraksi dan plasenta terdorong ke bawah, uterus berbentuk segitiga atau seperti buah alpukat dan fundus setinggi pusat.

b) Tali pusat memanjang

Tali pusat terlihat menjulur keluar melalui vulva

c) Semburan darah mendadak dan singkat

Darah yang terkumpul di *retroplasenter* (diantara tempat implantasi dan permukaan maternal plasenta) akan melepas plasenta dari tempat perlekatannya di dinding uterus.

4) Kala IV

Kala IV dimulai sejak setelah lahirnya plasenta dan berakhir 2 jam setelah itu (Kurniarum 2016).

a. Mekanisme terjadinya Persalinan

1) *Engagement* (masuknya kepala)

Engagement pada primigravida terjadi pada bulan terakhir kehamilan sedangkan pada multigravida dapat terjadi pada awal persalinan. *Engagement* adalah peristiwa ketika diameter biparetal (jarak antara dua paretal) melewati pintu atas panggul dengan sutura sagitalis

melintang atau oblik di dalam jalan lahir dan sedikit fleksi. Masuknya kepala akan mengalami kesulitan bila saat masuk ke dalam panggul dengan sutura sagitalis dalam antero posterior. Jika kepala masuk ke dalam pintu atas panggul dengan sutura sagitalis melintang di jalan lahir, tulang parietal kanan dan kiri sama tinggi, maka keadaan ini disebut *sinklitismus* (Yulizawati 2019).

2) *Descent* (Penurunan Kepala)

- a) Pada primi gravida majunya kepala terjadi setelah kepala masuk ke dalam rongga panggul dan biasanya dimulai pada kala I
- b) Pada multi gravida majunya kepala dan masuknya kepala ke dalam rongga panggul terjadi bersamaan.
- c) Majunya kepala bersamaan dengan gerakan-gerakan yang lain yaitu: fleksi, putaran paksi dalam dan ekstensi.
- d) Majunya kepala disebabkan karena:
 - (1) Tekanan cairan amnion
 - (2) Tekanan langsung oleh fundus uteri oleh bokong
 - (3) Kekuatan mengengjan
 - (4) Melurusnya badan bayi oleh perubahan bentuk rahim (Kurniarum 2016).

3) *Fleksion* (fleksio)

Gerakan fleksi disebabkan oleh janin yang terus didorong maju tetapi kepala janin terhambat oleh serviks, dinding panggul atau dasar panggul, kepala janin, dengan adanya fleksi maka diameter oksipito frontalis 12 cm berubah menjadi suboksipito bregmatika 9 cm, posisi dagu bergeser ke arah dada janin, pada pemeriksaan dalam ubun-ubun kecil lebih jelas teraba daripada ubun-ubun besar (Yulizawati 2019).

4) Rotasi dalam

Rotasi dalam atau putar paksi dalam adalah pemutaran bagian terendah janin dari posisi sebelumnya ke arah depan sampai di bawah simpisis. Bila presentasi belakang kepala dimana bagian terendah janin adalah ubun-ubun kecil maka ubun-ubun kecil memutar ke depan sampai berada di bawah simpisis. Gerakan ini adalah upaya kepala janin untuk menyesuaikan dengan bentuk jalan lahir yaitu bentuk bidang tengah dan pintu bawah panggul. Rotasi dalam terjadi bersamaan dengan majunya kepala. Rotasi ini terjadi setelah kepala melewati Hodge III (setinggi spina) atau setelah di dasar panggul, pada pemeriksaan dalam ubun-ubun kecil mengarah ke jam 12 (Yulizawati 2019).

5) *Extensition* (ekstensi)

Setelah putaran paksi selesai dan kepala sampai di dasar panggul, terjadilah ekstensi atau defleksi dari kepala. Hal ini disebabkan karena sumbu jalan lahir pada pintu bawah panggul mengarah ke depan atas, sehingga kepala harus mengadakan ekstensi untuk melaluinya (Yulizawati 2019).

6) Rotasi luar

Terjadinya gerakan rotasi luar atau putar paksi luar dipengaruhi oleh faktor-faktor panggul, sama seperti pada rotasi dalam yaitu:

- a) Gerakan memutar ubun-ubun kecil ke arah punggung janin, bagian belakang kepala berhadapan dengan *tuber ischiadikum* kanan atau kiri, sedangkan muka janin menghadap salah satu paha ibu. Bila ubun-ubun kecil pada mulanya di sebelah kiri maka ubun-ubun kecil akan berputar ke arah kiri, bila pada mulanya ubun-ubun kecil di sebelah kanan maka ubun-ubun kecil berputar ke kanan
- b) Gerakan rotasi luar atau putar paksi luar ini menjadikan diameter *biakromial* janin searah dengan diameter anteroposterior pintu bawah panggul, dimana satu bahu di anterior di belakang simpisis dan bahu

yang satunya di bagian posterior di belakang perineum sutura sagitalis kembali melintang (Yulizawati 2019)

7) *Ekspulsi*

Setelah terjadinya rotasi luar, bahu depan berfungsi sebagai *hypomochlion* untuk kelahiran bahu belakang. Kemudian setelah kedua bahu lahir disusul lahirlah *trochanter* depan dan belakang sampai lahir janin seluruhnya (Yulizawati 2019).

d. Rencana Asuhan Kebidanan pada ibu dengan Persalinan Normal

Berdasarkan buku asuhan (JNPK-KR 2017) asuhan yang dapat dilakukan oleh bidan selama persalinan dapat dilihat sebagai berikut tabel 2.6:

Tabel 2.6 Asuhan Kala I Sampai Kala IV

Tahap persalinan	Asuhan Rencana
Kala I	<ol style="list-style-type: none"> 1) Asuhan sayang ibu 2) Pengaturan posisi ibu 3) Pemenuhan cairan dan nutrisi 4) Pemantauan eliminasi 5) Observasi DJJ, nadi, his tiap 30 menit 6) Observasi pembukaan dan TD tiap 4 jam 7) Observasi suhu pada fase laten tiap 2 jam dan fase aktif 4 jam 8) dokumentasi pada lembar observasi (fase laten) dan pada lembar patograf (fase aktif)

Tahap persalinan	Asuhan Rencana
Kala II	<ol style="list-style-type: none"> 1) Pendampingan persalinan oleh keluarga atau suami 2) Pengaturan posisi 3) Pemantauan cairan dan eliminasi 4) Pertolongan persalinan sesuai dengan Asuhan Persalinan Normal (APN) 5) Observasi nadi dan his tiap 30 menit 6) Observasi DJJ setiap selesai meneran atau 5-10 menit 7) Observasi penurunan kepala bayi setiap 30 menit melalui pemeriksaan <i>abdomen</i> dan periksa dalam setiap 60 menit atau jika ada indikasi dilakukan lebih cepat 8) Observasi warna cairan ketuban
Kala III	<ol style="list-style-type: none"> 1) Penyuntikan oksitosin 10 IU dalam 1 menit pertama setelah bayi lahir 2) Penegangan tali pusat terkendali (PTT) selama 15 menit 3) <i>Masase uterus</i> 4) Observasi kontraksi setelah 15 detik 5) Observasi kelengkapan plasenta 6) Observasi lacerasi 7) Observasi perdarahan
Kala IV	<ol style="list-style-type: none"> 1) Observasi kontraksi uterus tiap 15 menit selama 1 jam pertama dan 30 menit setiap 1 jam kedua 2) Pemenuhan cairan dan nutrisi 3) Pengaturan posisi 4) Observasi Tanda-tanda Vital (TTV) 5) Observasi perdarahan 6) Observasi kandung kemih 7) Evaluasi TFU

Sumber: (JNPK-KR 2017)

e. Rencana Asuhan Kebidanan pada Ibu dengan Persalinan Bermasalah

Menurut (JNPK-KR 2017) rencana asuhan kebidanan pada ibu dengan persalinan bermasalah dapat dilihat 2.7.

Tabel 2.7 Rencana Asuhan Kebidanan Pada Ibu Bersalin Dengan Masalah

Temuan	Rencana
DJJ kurang dari 100 atau lebih dari 180 x/menit pada dua kali penilaian dengan jarak 5 menit (gawat janin)	1) Baringkan miring ke kiri, anjurkan ibu untuk menarik nafas panjang perlahan-lahan dan berhenti meneran. 2) Nilai ulang DJJ setelah 5 menit: <ul style="list-style-type: none"> a) Jika DJJ normal, minta ibu kembali meneran dan pantau DJJ setelah setiap kontraksi. Pastikan ibu tidak berbaring terlentang dan tidak menahan nafasnya saat meneran. b) Jika DJJ abnormal, rujuk ibu ke fasilitas yang memiliki kemampuan penatalaksanaan gawat darurat obstetri dan bayi baru lahir c) Dampingi ibu ke tempat rujukan.
Partus lama : Grafik dilatasi menyimpang ke kanan dari garis waspada, dilatasi < 1 cm per jam, kontraksi < 2 kali dalam 10 menit dan lamanya < 40 detik	1) Segera rujuk ibu ke fasilitas yang memiliki kemampuan penatalaksanaan gawatdarurat obstetri dan bayi baru lahir 2) Dampingi ibu ke tempat rujukan, berikan dukungan dan semangat.
Pembukaan lengkap ibu tidak memiliki keinginan untuk meneran	1) Jika pembukaan sudah lengkap tapi ibu tidak merasa ingin meneran (primipara 60 menit & multipara 30 menit) maka di lakukan asuhan sebagai berikut : <ul style="list-style-type: none"> a) Pengaturan posisi (bila masih mampu, anjurkan ibu untuk berjalan-jalan) b) Pemenuhan cairan dan nutrisi c) Pemantauan DJJ (15menit) d) Stimulasi puting susu 2) Jika ibu masih merasa ada dorongan untuk meneran setelah 60 menit pada primi & multipara 30 menit pada multi, sejak pembukaan lengkap maka :

Temuan	Rencana
	a) Anjurkan ibu hanya meneran di setiap puncak kontraksi b) Pengaturan posisi c) Pemenuhan cairan dan nutrisi d) Pemantauan DJJ (5-10 menit) e) Stimulasi puting susu untuk memperkuat kontraksi 3) Jika bayi tidak lahir setelah meneran dan kontraksi adekuat atau jika kelahiran bayi tidak akan segera terjadi, rujuk ibu segera karena tidak turunnya kepala bayi mungkin disebabkan oleh disproporsi kepala panggul <i>cephalopelvic disproportion</i> (CPD)
Distosia bahu	Lakukan tindakan dan upaya lanjut (tergantung hasil tindakan yang dilakukan): 1) Perasat <i>Mc Robert</i> 2) <i>Prone Mc Robert</i> (Menungging) 3) <i>Anterior dysimpact</i> 4) Perasat <i>Cokscrew</i> dari <i>Wood</i> 5) Perasat <i>Schwartz-Dixon</i>
Lilitan tali pusat	1) Jika tali pusat melilit longgar di leher bayi, lepaskan melewati kepala bayi. 2) Jika tali pusat melilit erat di leher bayi, lakukan penjepitan tali pusat dengan klem di dua tempat kemudian potong diantaranya, kemudian lahirkan bayi dengan segera.
Plasenta tidak lahir dalam 15 menit setelah bayi lahir	1) Beri oksitosin 10 unit Intramuscular (IM) 2) Lakukan katerisasi (<i>aseptic</i>) jika kandung kemih penuh 3) Minta keluarga menyiapkan rujukan 4) Ulangi penegangan tali pusat 15 menit berikutnya
Retensio plasenta	1) Cek kandung kemih 2) Lakukan pemeriksaan dalam, jika

Temuan	Rencana
	<p>plsentia ada di vagina, keluarkan dengan cara menekan dorso-kranial pada uterus.</p> <p>3) Jika plasenta masih di dalam uterus dan perdarahan minimal, berikan oksitosin 10 unit IM, pasang infus menggunakan jarum 16 atau 18 dan berikan <i>ringer lactat</i> (RL) atau NS.</p> <p>a) Segera rujuk ke RS PONEK</p> <p>b) Dampingi ibu ke tempat rujukan</p> <p>4) Jika retensio plasenta diikuti dengan perdarahan hebat, pasang infus (gunakan jarum 16 atau 18), guyur RL/NS dan 20 I.U oksitosin 30 tetes per menit. Lakukan plasenta manual dan asuhan lanjutan Bila syarat untuk plsentia manual tidak terpenuhi atau petugas tidak kompeten maka segera rujuk ke RS PONEK</p> <p>5) Dampingi ibu ke tempat rujukan</p>
Atonia uteri	<p>1) <i>Massage</i> uterus 15 detik</p> <p>2) Bersihkan bekuan darah</p> <p>3) Lakukan tindakan kompresi bimanual internal (KBI)</p> <p>4) Ajarkan keluarga kompresi bimanual eksternal (KBE)</p> <p>5) Beri obat-obatan, pasang infus, rujuk segera</p>

Sumber :(JNPK-KR 2017)

2.2.3 Konsep Dasar Neonatus

a. Pengertian Neonatus

Neonatus adalah masa kehidupan pertama di luar rahim sampai dengan usia 28 hari, dimana terjadi perubahan yang sangat besar dari kehidupan di dalam rahim menjadi di luar rahim (Jamil & dkk 2017).

b. Adaptasi Bayi Baru Lahir di luar Rahim

Adaptasi bayi baru lahir merupakan periode adaptasi terhadap kehidupan luar rahim, periode ini dapat terjadi selama satu bulan atau lebih setelah kelahiran untuk beberapa sistem tubuh bayi (Noordiati 2018).

1) Sistem pernafasan

Pernapasan pertama pada bayi normal terjadi dalam waktu 30 detik pertama sesudah lahir. Usaha bayi pertama kali untuk mempertahankan tekanan *alveoli*, selain karena adanya surfaktan, juga karena adanya tarikan nafas dan pengeluaran napas dengan merintih sehingga udara bisa tertahan di dalam. Cara neonatus bernapas dengan cara bernapas *diafragmatik* dan *abdominal*, sedangkan untuk frekuensi dan dalamnya bernapas belum teratur. Apabila surfaktan berkurang, maka *alveoli* akan *kolaps* dan paru-paru kaku, sehingga terjadi *atelektasis*. Dalam kondisi seperti ini (*anoksia*), neonatus masih mempertahankan hidupnya karena adanya kelanjutan *metabolisme anaerobik* (Kurniarum 2016).

2) Sistem sirkulasi darah

Setelah lahir, darah bayi harus melewati paru untuk mengambil oksigen dan mengadakan sirkulasi, perubahan sirkulasi ini terjadi akibat perubahan tekanan darah pada seluruh

sistem pembuluh tubuh. Dua peristiwa penting yang mengubah tekanan dalam sistem pembuluh darah yaitu :

- a) Pada saat tali pusat dipotong, resistensi pembuluh sistemik meningkat dan tekanan *atrium* kanan menurun. Tekanan *atrium* kanan menurun karena berkurangnya aliran darah ke atrium kanan tersebut. Hal ini menyebabkan penurunan volume dan tekanan atrium kanan itu sendiri. Kedua kejadian ini membantu darah dengan kandungan oksigen sedikit mengalir ke paru paru untuk menjalani proses oksigenasi ulang.
 - b) Pernafasan pertama menurunkan resistensi pembuluh darah paru-paru dan meningkatkan tekanan atrium kanan. Oksigen pada pernafasan pertama ini menimbulkan relaksasi dan terbukanya sistem pembuluh darah paru-paru (menurunkan resistensi pembuluh darah paru-paru). Peningkatan sirkulasi ke paru paru mengakibatkan peningkatan volume darah dan tekanan *atrium* kanan. Dengan peningkatan tekanan atrium kanan ini dan penurunan tekanan pada atrium kiri, *foramen ovale* secara fungsional akan menutup(Kurniarum 2016).
- 3) Sistem Termoregulasi

Bayi baru lahir belum dapat mengatur suhu tubuhnya, sehingga akan mengalami stress dengan adanya perubahan lingkungan. Suhu yang dingin menyebabkan air ketuban

menguap lewat kulit, sehingga mendinginkan darah bayi. Pada lingkungan yang dingin pembentukan suhu tanpa mekanisme menggigil merupakan usaha utama seorang bayi yang kedinginan untuk mendapatkan kembali panas tubuhnya. Bayi baru lahir tidak dapat mengatur tubuhnya secara memadai, dan dapat dengan cepat kedinginan jika kehilangan panas tidak segera dicegah.

Adapun mekanisme kehilangan panas menurut (Jamil & dkk 2017) yang dimaksud adalah sebagai berikut:

a) *Evaporasi*

Evaporasi adalah cara kehilangan panas karena menguapnya cairan ketuban pada permukaan tubuh setelah bayi lahir karena tubuh tidak segera dikeringkan.

b) *Konduksi*

Konduksi adalah kehilangan panas melalui kontak langsung antara tubuh bayi dengan permukaan yang dingin/temperatur lebih rendah, seperti bayi diletakkan di atas meja, timbangan atau tempat tidur.

c) *Konveksi*

Konveksi adalah kehilangan panas yang terjadi saat bayi terpapar dengan udara sekitar yang lebih dingin, contoh adanya tiupan kipas angin, penyejuk ruangan tempat bersalin.

d) *Radiasi*

Radiasi adalah kehilangan panas yang terjadi saat bayi di tempatkan dekat benda yang mempunyai temperatur tubuh lebih rendah dari temperatur tubuh bayi, contoh bayi di tempatkan dekat jendela yang terbuka.

4) Sistem Metabolisme

Selama dalam kandungan kebutuhan glukosa bayi dipenuhi oleh ibu, untuk memfungsikan otak memerlukan glukosa dalam jumlah tertentu. Dengan tindakan penjepitan tali pusat dengan klem pada saat lahir seorang bayi harus mulai mempertahankan kadar glukosa darahnya sendiri. Pada setiap bayi baru lahir, glukosa darah akan turun dalam waktu yang cepat (1-2 jam) yang sebagian digunakan untuk menghasilkan panas dan mencegah hipotermia (Kurniarum 2016).

c. Ciri-ciri Bayi Lahir Normal

Menurut (Jamil &dkk 2017) ciri-ciri bayi lahir normal yaitu:

- 1) Bayi baru lahir dikatakan normal jika usia kehamilan aterm antara 37- 42 minggu
- 2) BB 2500 gram – 4000 gram
- 3) Panjang badan 48- 52 cm
- 4) Lingkar dada 30- 38 cm
- 5) Lingkar kepala 33- 35 cm
- 6) Lingkar lengan 11- 12 cm

- 7) Frekuensi Detak Jantung (DJJ) 120- 160 x permenit
- 8) Pernafasan \pm 40- 60 x permenit
- 9) Kulit kemerahan dan licin karena jaringan subkutan yang cukup, rambut *lanugo* tidak terlihat dan rambut kepala biasanya telah sempurna, kuku agak panjang dan lemas, nilai *Appearance, Pulse, Grimece, Activity, Respiration* (APGAR) > 7 , gerakan aktif, bayi langsung menangis kuat,
- 10) Refleks *rooting* (mencari putting susu dengan rangsangan *taktil* pada pipi dan daerah mulut) sudah terbentuk dengan baik, refleks *sucking* (isap dan menelan) sudah terbentuk dengan baik, refleks *morro* (gerakan memeluk bila dikagetkan) sudah terbentuk dengan baik, refleks *grasping* (menggenggam) sudah baik.
- 11) Genetalia sudah terbentuk sempurna.

Pada laki- laki *testis* sudah turun ke *skrotum* dan penis berlubang, pada perempuan vagina dan *uretra* yang berlubang, serta *labia mayora* sudah menutupi *labia minora*, eliminasi baik, mekonium dalam 24 jam pertama, berwarna hitam kecoklatan.

d. Rencana Asuhan Neonatus Normal

Menurut (Kemenkes RI 2020a) pelayanan kesehatan neonatus menggunakan pendekatan MTBS algoritma bayi muda umur < 2 bulan, hal-hal yang perlu di lakukan dapat dilihat pada tabel 2.8 sebagai berikut:

Tabel 2.8 Rencana Asuhan Neonatus Normal

Kunjungan Neonatus (KN)	Pengertian	Asuhan yang diberikan
Asuhan Bayi Baru Lahir (BBL)	0-6 Jam	1) Meringkakan tubuh bayi 2) Potong tali pusat 3) Jaga bayi tetap hangat 4) IMD 5) Beri vitamin K1 dengan dosis 1 mg 6) Memberikan salep mata (eritromisin 0,5%/tetrasiklin 1%) 7) Pemeriksaan fisik 8) Perawatan lain (tali pusat tetap kering bersih, imunisasi HB0 1 jam setelah pemberian vit K1)
KN 1	Kunjungan neonatus pertama yang dilakukan dalam kurun waktu 6-48 jam setelah bayi lahir	1) Melakukan pemeriksaan fisik, BB neonatus mengalami penurunan selama hari-hari pertama kelahirannya. Penurunan terjadi sekitar 5-10% akibat penyesuaian diri dengan dunia luar (Mauliza 2021) 2) Memeriksa kemungkinan berat badan rendah/masalah pemberian Air Susu Ibu (ASI) 3) Melakukan perawatan tali pusat 4) Memeriksa status pemberian vitamin K1 5) Memeriksa status pemberian imunisasi HB-0 6) Memeriksa kemungkinan penyakit sangat berat atau infeksi 7) Bagi daerah yang sudah melakukan Skrining Hipotiroid Kongenital (SHK) <ol style="list-style-type: none"> Skrining hipotiroid kongenital Hasil test SHK -/+ Konfirmasi hasil SHK
KN 2	Kunjungan neonatus kedua yang dilakukan dalam kurun waktu hari ke 3 sampai 7 setelah bayi lahir.	1) Identifikasi pemberian ASI 2) Identifikasi tali pusat 3) Memeriksa kemungkinan penyakit sangat berat atau infeksi 4) Memeriksa ikterus 5) Memeriksa status pemberian imunisasi HB-0 6) Bagi daerah yang sudah melakukan SHK <ol style="list-style-type: none"> krining hipotiroid kongenital

Kunjungan Pengertian Asuhan yang diberikan Neonatus (KN)		
		asil test SHK -/+ c) onfirmasi hasil SHK 7) Memeriksa keluhan lain 8) Memeriksa masalah/ keluhan ibu tindakan (terapi rujukan atau umpan balik)
KN 3	kunjungan neonatus ketiga dilakukan kurun waktu hari ke 8 sampai hari ke 28 setelah bayi lahir	1) Identifikasi pemberian ASI 2) Identifikasi tali pusat 3) Memeriksa kemungkinan penyakit sangat berat atau infeksi 4) Memeriksa ikterus 5) Memeriksa keluhan lain 6) Memeriksa masalah /keluhan ibu tindakan (terapi, rujukan atau umpan balik)

Sumber : (Kemenkes RI 2020a) dan (JNPK-KR 2017)

e. Rencana Asuhan Neonatus dengan Masalah

Rencana asuhan neonatus dengan masalah dapat dilihat pada tabel

sebagai berikut :

Tabel 2.9 Rencana Asuhan Neonatus Dengan Masalah

Masalah	Tanda dan gejala	Penatalaksanaan
Infeksi	Terdapat salah satu gejala tidak mau minum, mata bernanah pusar kemerahan/bernanah, pustl di kulit, suhu tubuh >37,5°C/<35,5°C, gan gguan nafas	1) Cegah agar gula darah tidak turun 2) Tangani gangguan nafas, tangani hipotermi, beri dosis pertama antibiotik, menjaga bayi tetap hangat, rujuk segera 3) Jika ada pustule beri antibiotik, jika mata beranah beri salep antibiotok 4) Lakukan asuhan bayi muda 5) Kunjungan ulang
Malas	Berat badan menurun	1) Lakukan asuhan dasar bayi muda

Masalah	Tanda dan gejala	Penatalaksanaan
menetek	umur rendah, ASI kurang dari 8 kali/hari, terdapat luka atau bercak putih di mulut, tidak menghisap dan melekat dengan baik	2) Ajarkan ibu cara memberi ASI dengan benar, menyusui lebih sering, memperbaiki posisi/perlekatan yang salah 3) Jika da luka, nasehati ibu mengobati di rumah 4) Kunjungan ulang 2 hari lagi
Asfiksia BBL	Ketuban jernih tidak menangis jepit-jepit potong langkah awal resusitasi Ketuban mekonial menangis, jepit –jepit potong langkah awal resusitasi Ketuban mekonial tidak menangis, hisap lendir jepit-jepit potong langkah awal resusitasi	1) HAIKAP a) Jaga bayi tetap hangat b) Atur posisi (kepala dan leher bayi menjadi sedikit tengadah) c) Isap lendir (membersihkan jalan nafas dari mulut kemudian hidung d) Keringkan tubuh bayi dan lakukan rangsangan taktil e) Atur posisi kembali f) Penilaian ulang : nilai apakah bayi bernafas spontan atau masih kesulitan bernafas, bila bayi bernafas spontan dan baik lakukan asuhan bayi baru lahir, tetapi bila bayi masih megap-megap/ belum nafas spontan, denyut jantung < 100x/m lakukan ventilasi tekanan positif 2) Ventilasi a) Ventilasi percobaan (dua kali) (1) Menggunakan sungup lakukan ventilasi dengan tekanan cukup dua kali (2) Pastikan dada mengembung (3) Bila tidak mengembung: periksa posisi kepala,periksa posisi sungkup,periksa lendir di jalan nafas (4) Bila ventilasi percobaan berjalan demgan baik lakukan ventilasi tekanan positif sebanyak 20 kali dalam 30 detik (5) Bila bayi menangis atau bernafas spontan denyut jantung >100x.m hentikan ventilasi

Masalah	Tanda dan gejala	Penatalaksanaan
		b) Bila bayi tetap belum bernafas atau megap-megap atau denyut jantung 60-100x/m, maka lanjutkan ventilasi 20 kali dalam 30 detik dan penilaian kebugaran bayi setiap menit c) Bila bayi tetap belum bernafas atau megap-megap atau denyut jantung <60x/m, maka lanjutkan ventilasi 20 kali dalam 30 detik berikutnya yang dikombinasikan dengan kompresi dada (frekuensi kompresi dada 3 kali tiap 1 ventilasi)
Ikterus Fisiologis	Warna kuning yang sering terdapat pada BBL dalam batas normal pada hari kedua sampai ketiga dan menghilang pada hari kesepuluh	1) Lakukan asuhan dasar bayi muda 2) Menyusui bayi sesering mungkin 3) Jika kuning pada bayi umur >14 hari, rujuk 4) Terapi sinar apabila masuk dalam ikterus patologi
Diaper rash	Peradangan kulit di daerah popok yang paling sering di alami bayi dan anak	1) Bersihkan segera bagian yang tertutup popok setiap kali bayi kencing/mengeluarkan kotoran dengan air sabun 2) Oleskan krim pelindung 3) Sering mengganti popok bayi 4) Kolaborasi dengan dokter bila gatal menetap sampai 10 hari, tambah berat atau timbul lecet
Oral thrush	Plak putih menempel di lidah dan mulut bayi dan tidak bisa di bersihkan disebabkan oleh infeksi jamur (<i>Candida Albicans</i>)	1) Menjaga kebersihan mulut bayi 2) Mencuci tangan sebelum dan sesudah merawat bayi membersihkan puting sebelum menyusui 3) Menjaga kebersihan dan peralatan yang digunakan 4) Memberikan gentian violet 3x/hari 3 tetes
Gumoh	Keluarnya sebagian susu yang telah ditelan melalui mulut setelah beberapa saat minum susu	1) Sendawakan bayi segera setelah selesai makan dan minum 2) Perbaiki teknik menyusui yang benar 3) Posisi bayi tidur sebaiknya miring 4) Beri minum bayi sedikit demi sedikit tapi sering

Sumber : (Kemenkes RI 2015) dan (Jamil & dkk 2017)

2.2.4 Konsep Dasar Nifas

a. Pengertian Nifas

Masa Nifas (*puerperium*) merupakan masa setelah kelahiran plasenta dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil. Masa nifas ini berlangsung selama 6 minggu (Yuliana W dan Hakim B 2020).

b. Perubahan Fisiologis dan Psikologis Masa Nifas

1) Perubahan Fisiologis Masa Nifas

a) Uterus

Uterus merupakan organ yang banyak mengalami perubahan, pada masa pasca persalinan yang disebut involusi. Otot-otot uterus berkontraksi segera setelah partus. Pembuluh-pembuluh darah yang berada di antara anyaman otot-otot uterus akan terjepit. Proses ini akan menghentikan perdarahan setelah plasenta dilahirkan. Involusi atau pengerutan uterus merupakan suatu proses dimana uterus akan kembali ke kondisi sebelum hamil dengan berat sekitar 60 gram, bila pengecilan ini kurang baik atau terganggu maka disebut sub involusi. faktor penyebab sub involusi antara lain kontraksi uterus yang lembek, perdarahan yang di akibatkan sisa plasenta dalam uterus, kandung kemih yang penuh, dan

kurangnya mobilisasi dini (Hadi & fairus 2014). Perubahan-perubahan normal pada uterus selama *postpartum* dapat dilihat sebagai berikut :

Tabel 2.10 Involusi Uterus

Involusi Waktu	Uteri Tinggi Uteri	Fundus	Berat Uterus	Diameter Uterus
Plasenta lahir	Setinggi pusat		1000 gram	12,5 cm
7 hari (minggu 1)	Pertengahan pusat dan simpisis		500 gram	7,5 cm
14 hari (minggu 2)	Tidak teraba		350 gram	5 cm
6 minggu	Normal		60 gram	2,5 cm

Sumber: (Yuliana W dan Hakim B 2020)

b) *Lochea*

Lochea merupakan sekresi cairan rahim selama masa nifas dan mempunyai reaksi basa/*alkalis* yang membuat organisme berkembang lebih cepat dari pada kondisi asam yang ada pada vagina normal. *Lochea* mengalami perubahan akibat proses involusi. Pengeluaran *lokhea* dapat dibagi menjadi *lochea rubra*, *sanguilenta*, *serosa*, dan *alba* yang dapat dilihat pada tabel 2.11.

Tabel 2.11 Perbedaan masing-masing lokhea

Lokia	Waktu	Warna	Ciri-ciri
Rubra	1-3 hari	Merah segar	Terdiri dari sel-sel desidua, verniks caseosa, rambut lanugo, sisa mekonium dan

sisa darah.			
Sanguilent a	3-7 hari	Merah agak muda	Sisa darah bercampur lendir
Serosa	7-14 hari	Kekuningan/ kecoklatan	Lebih sedikit darah dan lebih banyak serum
Alba	>14 hari	Putih	Mengandung leukosit, selaput lendir serviks dan serabut jaringan yang mati

Sumber : (Yuliana W dan Hakim B 2020)

c) Payudara

Pembesaran payudara selama kehamilan terjadi karena pengaruh peningkatan hormon estrogen, untuk mempersiapkan produksi ASI, payudara menjadi besar ukurannya bisa mencapai 800 gr, keras dan menghitam pada areola mammae di sekitar puting susu, ini menandakan dimulainya proses menyusui walaupun ASI belum keluar lancar, namun sudah ada pengeluaran *kolostrum*. Pada hari ke 2 hingga ke 3 postpartum sudah mulai di produksi ASI matur atau ASI berwarna (Wahyuningsih 2018).

d) Vagina dan perineum

Selama proses persalinan vulva dan vagina mengalami penekanan serta peregangan, setelah beberapa hari persalinan kedua organ ini kembali secara bertahap pada ukuran sebelum hamil, sedangkan perubahan perineum pasca melahirkan terjadi pada saat perineum mengalami robekan dikarenakan

adanya regenerasi jaringan yang merupakan proses penyembuhan luka (Yuliana W dan Hakim B 2020)(Antia 2019). Tahap – tahap penyembuhan luka terdapat 4 tahapan yaitu :

(1) Fase *Hemostatis* dan Fase *Inflamasi*

Fase ini dimulai segera setelah luka terjadi, dimana pembuluh darah yang terputus pada luka akan dihentikan dengan terjadinya reaksi vasokonstriksi untuk memulihkan aliran darah serta pembentukan fibrin sedangkan fase inflamasi dimulai setelah perlukaan dan berakhir pada hari ke 3 sampai ke 4, fase ini merupakan proses membuang jaringan rusak dan mencegah infeksi bakteri. Reaksi inflamasi memberikan respon fisiologis pada tubuh dalam mengatasi luka. Inflamasi ditandai oleh rubor (kemerahan), tumor (pembengkakan), calor (hangat), dan dolor (nyeri).

(2) Fase *poliferasi*

Fase *proliferasi* dimulai pada hari ke 3 atau 4 dan berakhir pada hari ke 21. Fibroblast secara cepat mensintesis kolagen dan substansi dasar. Lapisan tipis dari sel epitel terbentuk melintasi luka dan aliran darah ada di dalamnya, jaringan baru ini disebut jaringan granulasi.

(3) Fase remodeling

Fase remodeling merupakan fase akhir dari penyembuhan, dimulai dari hari ke 21 dan berlanjut sampai luka sembuh secara sempurna. Kolagen baru menyatu, menekan pembuluh darah dalam penyembuhan luka, sehingga bekas luka menjadi rata dan tipis.

e) Sistem *Musculoskeletal*

Ligamen-ligamen diafragma pelvis yang meregang pada waktu persalinan secara berangsur-angsur menjadi ciut dan pulih kembali. Diperlukan pada 6-8 minggu dinding abdomen kembali sempurna ke keadaan sebelum hamil (Juneris A dan Simanjuntak Y 2021).

f) Perubahan tanda-tanda vital

Suhu tubuh wanita inpartu tidak lebih dari 37,2 derajat celcius, sesudah partus dapat naik kurang lebih 0,5 % derajat celcius dari keadaan normal, tetapi tidak melebihi 38°C sebagai akibat kerja keras sewaktu melahirkan kehilangan cairan dan kelelahan. Hal ini disebabkan aktivitas metabolisme yang meningkat saat persalinan.

Denyut nadi normal pada orang dewasa 60-80 kali per menit. Pasca melahirkan denyut nadi dapat menjadi bradikardi maupun lebih cepat. Denyut nadi yang cepat

>100x/menit biasanya disebabkan infeksi perdarahan (Juneris A dan Simanjuntak Y 2021).

Pernafasan selalu berhubungan dengan keadaan suhu dan denyut nadi, bila suhu nadi tidak normal, pernafasan juga mengikutinya kecuali apabila ada gangguan khusus pada saluran nafas. Pernafasan menjadi lambat atau normal karena ibu dalam keadaan pemulihan atau kondisi istirahat. Bila pernafasan menjadi lebih cepat kemungkinan ada tanda-tanda syok (Juneris A dan Simanjuntak Y 2021).

Tekanan darah normal untuk *systole* berkisar 90 -120 mmHg dan *diastole* antara 60-80 mmHg. Setelah partus tekanan darah dapat sedikit lebih rendah dibandingkan pada saat hamil karena terjadinya perdarahan pada persalinan (Juneris A dan Simanjuntak Y 2021).

g) Perubahan kardiovaskular

Segera setelah lahir kerja jantung mengalami peningkatan 80% lebih tinggi dari pada sebelum persalinan karena *autotransfusi* dari *uteroplasenter* , respirasi pembuluh darah perifer meningkat karena hilangnya proses *autoplasenter* dan kembali stabil setelah 3 minggu. Pada persalinan pervaginam kehilangan darah seitar 200-500 ml, sedangkan pada persalian dengan *sectio*

caesarea (SC) pengeluaran dua kali lipatnya. Perubahan pada sistem kardiovaskuler terdiri atas volume darah (*blood volume*) dan *hematocrit*. Pada persalinan pervaginam, *hematocrit* akan naik sedangkan pada persalinan dengan SC, *hematocrit* cenderung stabil dan kembali normal setelah 4-6 minggu postpartum (Simanullang Ester 2017).

h) Sistem pencernaan

Sistem pencernaan selama kehamilan dipengaruhi oleh beberapa hal, diantaranya tingginya kadar *progesteron* yang dapat mengganggu keseimbangan cairan tubuh, meningkatkan kolesterol darah, dan melambatkan kontraksi otot-otot polos. Pasca melahirkan, kadar *progesteron* juga mulai menurun. Namun demikian, *faal* usus memerlukan waktu 3-4 hari untuk kembali normal. Beberapa hal yang berkaitan dengan perubahan pada sistem pencernaan, antara lain nafsu makan, *motilitas*, dan pengosongan usus (Wahyuningsih 2018).

i) Sistem perkemihan

Setelah pasca melahirkan, ibu mulai membuang kelebihan cairan yang tertimbun di jaringan selama ia hamil, diuresis pasca post partum yang disebabkan oleh penurunan estrogen, hilangnya peningkatan tekanan vena

pada tingkat bawah, dan hilangnya peningkatan volume darah akibat kehamilan merupakan mekanisme cairan tubuh untuk mengatasi kelebihan cairan (Simanullang Ester 2017).

2) Perubahan Psikologis Ibu Nifas

Berikut merupakan perubahan psikologis terdapat 3 fase dapat dilihat pada tabel 2.12 sebagai berikut:

Tabel 2.12 Perubahan Psikologis Ibu Nifas

Tahadap	Penjelasan
<i>Taking In</i>	Fase ini merupakan fase ketergantungan, yang berlangsung dari hari pertama sampai hari kedua setelah melahirkan. Terfokus pada dirinya sendiri, sehingga cenderung pasif terhadap lingkungannya.
<i>Taking Hold</i>	Fase ini berlangsung antara 3-10 hari setelah melahirkan. Ibu merasa khawatir akan ketidakmampuan dan rasa tanggung jawab dalam perawatan bayinya. Perasaan ibu lebih sensitive sehingga mudah tersinggung.
<i>Letting Go</i>	Fase ini merupakan fase menerima tanggung jawab akan peran barunya. Fase ini berlangsung 10 hari setelah melahirkan. Ibu sudah dapat menyesuaikan diri dengan ketergantungan bayinya.

Sumber : (Juneris A dan Simanjuntak Y 2021)

c. Rencana Asuhan Kebidanan Pada Ibu Nifas

Berikut merupakan tabel rencana asuhan kebidanan ibu nifas normal dapat dilihat pada tabel 2.13.

Tabel 2.13 Asuhan Kebidanan Ibu Nifas

Kunjungan Nifas (KF)	Pengertian	Asuhan
KF 1	Kunjungan nifas pertama yang dilakukan dalam kurun waktu 6 jam – 48 jam setelah melahirkan	<ol style="list-style-type: none"> 1) Menanyakan kondisi ibu secara umum. 2) Pemeriksaan tekanan darah, suhu tubuh, respirasi, nadi. 3) Identifikasi perdarahan pervaginam, lokhea, pemeriksaan jalan lahir dan infeksi 4) Pemeriksaan kontraksi uteri dan tinggi fundus uteri. 5) Pemeriksaan payudara dan produksi ASI.
KF 2	Kunjungan nifas kedua yang dilakukan dalam kurun waktu 3-7 hari setelah melahirkan	<ol style="list-style-type: none"> 6) Pemberian kapsul vitamin A (400.000 IU / 2x 200.000 IU), kapsul vitamin A pertama diberikan segera setelah saat melahirkan, kapsul kedua di berikan 24 jam sesudah pemberian kapsul pertama, tujuannya untuk mempercepat pemulihan dan memenuhi kebutuhan vitamin A pada ASI.
KF 3	Kunjungan nifas ketiga yang dilakukan dalam kurun waktu 8-28 hari setelah melahirkan.	<ol style="list-style-type: none"> 7) Pelayanan kontrasepsi pasca persalinan. 8) Penangan resiko tinggi dan komplikasi pada nifas.
KF 4	Kunjungan nifas keempat yang dilakukan dalam kurun waktu 28-42 hari setelah melahirkan.	<ol style="list-style-type: none"> 9) Identifikasi BAK dan BAB 10) Memberi konseling tentang: <ol style="list-style-type: none"> a) Makanan dengan gizi seimbang yang mengandung karbohidrat, protein hewani, protein nabati, sayur, dan buah-buahan, selain itu pemberian Fe juga dibutuhkan untuk mencegah anemia pada ibu nifas . (Wahyuni 2019) anemia pada masa nifas dapat terjadi pada ibu setelah melahirkan yang menyebabkan kadar hemoglobin ibu kurang dari normal akibat proses persalinan yang banyak mengeluarkan darah. b) Kebutuhan air minum pada ibu menyusui pada 6 bulan pertama adalah 14 gelas dan pada 6 bulan kedua adalah 12 gelas. c) Menjaga kebersihan diri, kebersihan kemaluan, ganti pembalut sesering mungkin.

Kunjungan Nifas (KF)	Pengertian	Asuhan
		<ul style="list-style-type: none"> d) Istirahat yang cukup, saat bayi tidur ibu istirahat. e) Melakukan aktivitas fisik pasca melahirkan dengan intensitas ringan sampai dengan selama 30 menit, frekuensi 3-5 kali dalam seminggu. (Sianipar 2019) yang mengatakan mobilisasi dini bertujuan agar sirkulasi darah menjadi baik, menghindari pembengkakan serta membantu memperlancar terjadinya involusi uteri. f) Cara menyusui yang benar dan pemberian ASI Eksklusif. g) Bagi ibu yang melahirkan dengan operasi Caesar maka harus menjaga kebersihan luka bekas operasi, perlu pencegahan infeksi dan mengurangi rasa nyeri dengan amoxillin dan paracetamol. Sesuai dengan teori (Maida dan Lestari 2019) bahwa amoxillin merupakan antibiotik yang berspektrum luas dan sering digunakan untuk mengobati berbagai penyakit infeksi yang disebabkan oleh bakteri. (Juwita dan dkk 2019) yang mengatakan bahwa rasa nyeri dapat ditangani dengan obat analgesik h) Perawatan bayi, lakukan stimulasi komunikasi dengan bayi sedini mungkin bersama suami dan keluarga, jangan membiarkan bayi menangis terlalu lama karena akan membuat bayi stress. i) Konsultasi kepada tenaga kesehatan untuk pelayanan KB pasca persalinan.

Sumber : (Kemenkes RI 2020a)

d. Rencana Asuhan Kebidanan Pada ibu Nifas dengan Masalah

Asuhan kebidanan pada ibu nifas dengan masalah dapat dilihat pada tabel 2.14 sebagai berikut:

Tabel 2.14 Asuhan Kebidanan Ibu Nifas Bermasalah

Masalah	Etiologi	Penatalaksanaan
Putting susu lecet	Putting susu lecet dapat disebabkan karena trauma pada puting susu seperti posisi dan perlekatan kurang baik	<ol style="list-style-type: none"> 1) Bayi harus disusukan terlebih dahulu pada puting yang normal yang lecetnya sedikit. Untuk menghindari payudara yang bengkak, ASI dikeluarkan dengan tangan pompa 2) Setiap kali selesai menyusui bekas ASI tidak perlu dibersihkan, tetapi dianginkan. 3) Tidak menggunakan sabun, alcohol atau zat iritan lainnya untuk membersihkan payudara. 4) Menyusui lebih sering (8-12 kali) dalam 24 jam 5) Periksa apakah bayi tidak menderita monoliasis yang dapat menyebabkan lecet pada puting susu ibu. Jika ditemukan gejala monoliasis dapat diberikan nistatin.
Bendungan ASI	tersumbatnya saluran ASI yang menyebabkan rasa sakit, demam, bengkak dan payudara mengeras (Syamson 2017)	<ol style="list-style-type: none"> 1) Menyusui bayi lebih sering 2) Menganjurkan pijat oksitosin 3) Mengkompres air hangat sebelum menyusui, kompres dingin setelah menyusui 4) Memerah ASI 5) Menggunakan bra yang menyokong Minum anti nyeri
Pusing dan lemas berlebihan	Pusing dan lemas berlebihan bisa merupakan tanda bahaya dimana keadaan tersebut disebabkan oleh kurangnya istirahat dan kurang asupan kalori sehingga ibu kelihatan pucat, tekanan darah	<ol style="list-style-type: none"> 1) Mengonsumsi tambahan 500 kalori tiap harinya 2) Minum sedikitnya 3 liter setiap hari 3) Istirahat yang cukup untuk mencegah kelelahan yang berlebihan.

Masalah	Etiologi	Penatalaksanaan
	rendah.	
Suhu tubuh ibu > 38°C	Ibu nifas akan mengalami peningkatan antara 37,2-37,8°C, jika peningkatan melebihi 38°C berturut-turut selama 2 hari kemungkinan terjadi infeksi	1) Istirahat yang cukup 2) Rehidrasi peroral atau infus 3) Kompres hangat untuk menurunkan suhu 4) Jika ada syok segera berikan pertolongan kegawatdaruratan maternal, sekalipun tidak jelas gejala syok harus waspada untuk menilai berkala karena kondisi ini dapat memburuk dengan keadaan ibu
Nyeri luka perineum	Nyeri pada luka perineum merupakan hal yang normal, Biasanya penyembuhan luka pada robekan perineum ini akan sembuh dengan normal sekitar (6-7 hari) (Antini 2016), bagi ibu yang baru melahirkan yang disebabkan oleh robekan pada perineum.	1) Melakukan kompres air hangat dan air dingin 2) Menjaga <i>personal hygiene</i> ((Choirunissa 2019)

Sumber : (Sukma F dkk 2017) dan (Wahyuningsih 2018)

2.1.5 Konsep Dasar Keluarga Berencana

a. Pengertian KB

Upaya mengatur kelahiran anak, jarak dan usia ideal melahirkan, mengatur kehamilan, melalui promosi, perlindungan, dan bantuan sesuai dengan hak reproduksi untuk mewujudkan keluarga yang berkualitas (Yuliati Istiqomatul 2022).

b. Macam KB untuk ibu nifas dan menyusui

Berikut merupakan tabel macam-macam KB untuk ibu nifas dan menyusui dapat dilihat pada tabel 2.15.

Tabel 2.15 Macam KB ibu Nifas dan Menyusui

Macam Kb	Cara kerja	Efek
Kondom (Kondom merupakan selubung/sarung karet sebagai salah satu metode kontrasepsi)	1) Menghalangi terjadinya pertemuan sperma dan sel telur atau mencegah spermatozoa mencapai saluran genital wanita. 2) Mencegah penularan Organisme(Infeksi Menular Seksual (IMS) Human Immunodeficiency Virus (HIV)	1) Kondom rusak atau diperkirakan bocor (sebelum berhubungan). 2) Kondom bocor atau dicurigai ada curahan di vagina saat berhubungan. 3) Dicurigai adanya reaksi alergi (spermisida). 4) Mengurangi kenikmatan hubungan seksual
Metode Amenore Laktasi (MAL) Adalah kontrasepsi yang mengandalkan pemberian Air Susu Ibu (ASI), tanpa pemberian makanan apapun	Penundaan atau penekanan Ovulasi, saat laktasi/menyusui, hormon yang berperan adalah prolaktin dan oksitosin. Jadi semakin sering menyusui, kadar prolaktin dan hormon gonadotrophin melepaskan hormon penghambat (inhibitor). Hormon penghambat akan mengurangi kadar estrogen, sehingga	1) Metode ini hanya efektif digunakan selama 6 bulan setelah melahirkan, belum mendapat haid dan menyusui secara eksklusif. 2) Tidak melindungi dari penyakit menular seksual termasuk Hepatitis B ataupun HIV/AIDS. 3) Tidak menjadi pilihan bagi wanita yang tidak menyusui. 4) Kesulitan dalam mempertahankan pola menyusui secara eksklusif

tidak terjadi ovulasi.

Alat kontrasepsi dalam Rahim (AKDR) adalah alat yang dipasang dalam Rahim dengan menjepit kedua saluran yang menghasilkan indung telur sehingga tidak menghasilkan indung telur dan tidak terjadi pembuahan.	Mencegah terjadinya fertilisasi	Amenorea Kram Spotting, Perubahan berat badan
Suntik progesteron (Affandi 2011) ibu menyusui tidak memerlukan kontrasepsi pada 6 minggu pasca persalinaan	<ol style="list-style-type: none"> 1) Mencegah ovulasi 2) Mengentalkan lender serviks sehingga menurunkan kemampuan penetrasi sperma 3) Menjadikan selaput lender rahim tipis dan atrofi 4) Menghambat transportasi gamet dan tuba <p>Contoh suntik KB 3 bulan depoprogestin</p> <p>Cara penggunaan : disuntikkan secara <i>intramuscular</i> di daerah bokong, setiap 3 bulan sekali</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1) Pusing, mual (jarang terjadi) 2) Kadang-kadang menstruasi tidak keluar selama 3 bulan pertama 3) Kadang-kadang terjadi pendarahan yang banyak pada saat menstruasi 4) Keputihan Perubahan berat badan
Minipil adalah pil KB yang hanya mengandung hormon progesteron	<ol style="list-style-type: none"> 1) Menghambat ovulasi. 2) Mencegah implantasi. 3) Mengentalkan lendir serviks 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Gangguan haid (perdarahan bercak, spotting, amenorea dan haid tidak teratur). 2) Peningkatan/penurunan (fluktuasi) berat badan.

dalam dosis rendah. Minipil atau pil progestin dosis progestin yang digunakan 0,03-0,05 mg per tablet.	sehingga menghambat penetrasi sperma.	3) Nyeri tekan payudara 4) Mual. 5) Pusing.
Implant Susuk KB/Implant atau Alat Kontrasepsi Bawah Kulit (AKBK) adalah Satu, dua atau enam batang silastik (sebesar bata korek api) yang berisi hormone progesterone yang dimasukkan dibawah kulit lengan atas. Implant satu dan dua batang dapat digunakan selama 3 tahun, sedangkan yang enam batang dapat digunakan selama 5 tahun	1) Lendir leher rahim menjadi kental 2) Mengganggu proses pembentukan Rahim yang menebal sehingga sulit hamil 3) Mengurangi transportasi sperma 4) Menekan terjadinya pembuahan oleh sperma	1) Perubahan pola haid berupa perdarahan bercak (spotting), 2) Hipermenorea atau meningkatnya jumlah darah haid 3) Amenorrhea/tidak mens selama >3 bulan

Sumber : (Anggraini Dina dkk 2021)

c. Rencana Asuhan Kebidanan Pada Akseptor KB

Menurut (Kemenkes RI 2021b) konseling adalah hubungan yang dibangun oleh penyedia layanan klien dan pasangannya untuk membantu mereka memahami kondisi saat ini dan kemungkinan yang akan terjadi di masa yang akan datang. Tujuan utama dari

pelaksanaan konseling KB adalah membantu klien bersama pasangan memahami diri sendiri dan situasinya agar dapat mengambil keputusan mengenai program KB yang akan dijalankan serta memahami dan mempersiapkan diri untuk menjalani dengan baik program KB yang telah ia putuskan.

Konseling KB dapat diterapkan dengan 6 langkah yang sudah dikenal dengan kata kunci SATU TUJU yang dapat dilihat pada tabel 2.16 sebagai berikut :

Tabel 2.16 Langkah Konseling KB SATU TUJU

SA	S Alam dan S Apa kepada peserta KB dengan sopan dan ramah
T	Tanyakan kepada peserta KB informasi tentang dirinya , pengalaman ber KB dan keinginan metode apa yang diinginkan
U	Uraikan kepada peserta KB tentang beberapa pilihan metode KB Post Partum (PP) persalinan yang direkomendasikan
TU	BanTU peserta KB dalam memilih dan memutuskan pilihan
J	J elaskan secara lengkap tentang metode kontrasepsi yang dipilih peserta KB
U	Buat rencana kunjungan U lang dan kapan peserta KB akan kembali

Sumber : (Priyatni Ida 2013)

- d. Rencana Asuhan Kebidanan Pada Akseptor KB dengan Masalah/efek samping

Rencana asuhan kebidanan pada akseptor KB dengan masalah dapat dijabarkan sebagai berikut :

Tabel 2.17 Rencana Asuhan Kebidanan Akseptor KB dengan Masalah

Efek samping	Penanganan
Amenorea	<ol style="list-style-type: none"> 1) Jika hamil, hentikan 2) Jika tidak hamil tidak perlu tindakan khusus, berikan konseling 3) Jelakan darah haid tidak terkumpul dalam rahim 4) Jangan berikan terapi hormonal untuk menimbulkan perdarahan
Perdarahan tidak teratur / <i>spotting</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1) Jika tidak menimbulkan masalah kesehatan tidak perlu dilakukan penanganan khusus 2) Beri alternative kontrasepsi lainnya bila pasien tidak dapat menerima kondisi tersebut
Meningkat/menurunnya berat badan	<ol style="list-style-type: none"> 1) Informasikan bahwa kenaikan BB sebanyak 1-2 kg dapat saja terjadi. 2) Jika peningkatan BB lebih/mencolok dapat disarankan untuk mengganti dengan kontrasepsi yang lain.

Sumber : (Bidan dan Dosen Kebidanan Indonesia 2018)

2.3 Konsep dasar Manajemen Kebidanan Varney dan SOAP

2.3.1 Manajemen Asuhan Kebidanan Kehamilan Trimester III

I. Pengkajian Data

Pengkajian data ibu hamil trimester III mulai sejak usia kehamilan >28 minggu dan dilanjutkan secara terus menerus selama proses asuhan kebidanan berlangsung. Data dapat dikumpulkan dari berbagai sumber melalui tiga macam teknik, yaitu wawancara (anamnesa), observasi dan pemeriksaan fisik.

A. Data Subyektif

1. Identitas

a) Biodata

Nama lengkap, bila perlu ditanyakan nama panggilan sehari-hari untuk menghindari kekeliruhan dalam memberikan asuhan

b) Usia

Kondisi fisik ibu hamil dengan usia lebih dari 35 tahun akan sangat menentukan proses kelahirannya. Proses pembuahan, kualitas sel telur wanita usia ini sudah menurun jika dibandingkan dengan sel telur pada wanita usia reproduksi (20-35 tahun).

c) Agama

Mengetahui kepercayaan sebagai dasar dalam memberikan asuhan saat hamil dan bersalin.

d) Pendidikan

Mengetahui tingkat pengetahuan untuk memberikan konseling sesuai pendidikannya. Tingkat pendidikan ibu hamil juga sangat berperan dalam kualitas perawatan bayinya.

e) Pekerjaan

Mengetahui kegiatan ibu selama hamil. Penelitian menunjukkan bahwa ibu yang bekerja mempunyai tingkat pengetahuan lebih baik daripada ibu yang tidak bekerja.

f) Alamat

Alamat ditanyakan dengan maksud mempermudah hubungan bila diperlukan dalam keadaan mendesak. Dengan mengetahui alamatnya bidan juga dapat mengetahui tempat tinggal dan lingkungannya (Sumiaty dkk, 2014).

2. Keluhan utama

Keluhan yang sering terjadi saat kehamilan trimester III adalah nyeri pada daerah tubuh bagian belakang, konstipasi, pernafasan sesak, sering buang air kecil, insomnia, varises, kontraksi perut, bengkak daerah kaki, kram kaki, gatal-gatal bagian kulit perut, suhu badan meningkat, dan gusi mudah (Wulandari & Wantini, 2021).

3. Riwayat Menstruasi

Pengkajian meliputi menarche, siklus haid, lamanya. Hari Pertama Haid Terakhir (HPHT) yang diperlukan untuk menentukan usia kehamilan, cukup bulan/ prematur. Hari Perkiraan Lahir (HPL) digunakan untuk menentukan perkiraan bayi dilahirkan. Dan keluhan yang dialami seperti perdarahan, dismenorea, pre menstrual sindrom atau fluor albus (Yuliani, dkk, 2021).

4. Riwayat Pernikahan

Pengkajian yang dilakukan untuk mengetahui pengaruh riwayat perkawinan terhadap permasalahan klien dan untuk menentukan bagaimana keadaan alat reproduksi klien. Hal yang perlu

diperhatikan dalam riwayat pernikahan yaitu usia saat pada saat menikah (tahun), status pernikahan (sah/tidak), lama pernikahan (tahun/ bulan), pernikahan yang keberapa (Munthe dkk, 2019).

5. Riwayat Kehamilan, Persalinan, dan Nifas

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, kehamilan sungsang, gemeli, pertumbuhan janin terhambat, kematian janin atau neonatal (Yuliani, dkk, 2021).

6. Riwayat kehamilan sekarang

a) Trimester I

Berisi tentang kunjungan ANC dimana dan berapa kali, keluhan selama hamil, obat yang dikonsumsi, serta KIE yang didapat.

b) Trimester II

Berisi tentang ANC dimana dan berapa kali, keluhan selama hamil, obat yang dikonsumsi, serta KIE yang didapat. Sudah atau belum merasakan gerakan janin, usia berapa merasakan gerakan janin (gerakan pertama fetus pada primigravida dirasakan pada usia 18 minggu dan pada multigravida 16 minggu), serta imunisasi yang didapat.

c) Trimester III

Berisi tentang ANC dimana dan berapa kali, keluhan selama hamil, obat yang dikonsumsi, serta KIE yang didapat.

7. Riwayat Kontrasepsi

Pengkajian meliputi jenis metode kontrasepsi yang digunakan sebelumnya, waktu penggunaan, keluhan, alasan berhenti dan rencana metode kontrasepsi pascasalin (Yuliani, dkk, 2021).

8. Riwayat Kesehatan

a) Riwayat kesehatan sekarang

Untuk mengetahui apakah pada saat sekarang ini ibu benar-benar dalam keadaan sehat, tidak menderita penyakit seperti kronis seperti asma, jantung, TBC, hipertensi, 5 ginjal, DM dan lainnya (Diana, 2017.)

b) Riwayat kesehatan keluarga

Pengkajian kesehatan keluarga meliputi riwayat penyakit menular dalam keluarga ibu maupun suami seperti hepatitis, TBC, HIV/AIDS, PMS yang dapat menularkan kepada anggota keluarga yang lain (Diana, 2017).

9. Pola kebutuhan sehari-hari

Pengkajian meliputi pola nutrisi (makan dan minum), eliminasi (BAB dan BAK), personal hygiene, aktivitas, istirahat, pola seksual ibu sebelum hamil dan perubahannya setelah hamil, termasuk keluhan yang dialami pada pola kebutuhan sehari-hari

selama hamil. Adakah kebiasaan merokok, menggunakan obat-obatan terlarang, kafein dan alcohol (Yuliani, dkk, 2021).

10. 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 (Astuti, dkk, 2017)

B. Data Objektif

1. Pemeriksaan Umum

a) Keadaan Umum : Baik

Hasil kriteria pemeriksaan baik apabila pasien memeperlihatkan respon yang baik terhadap lingkungan dan orang serta fisik tidak mengalami ketergantungan dalam berjalan (Sulistyawati,2014).

b) Kesadaran Untuk mendapatkan gambaran tentang kesadaran pasien, kita dapat melakukan pengkajian derajat kesdaaran pasien (Diana,2017). Menurut Diana (2017), tingkat kesadaran dapat dibedakan menjadi:

- Komposmentis yaitu sadar sepenuhnya, dapat menjawab semua pertanyaan tentang sekelilingnya.
- Apatis yaitu keadaan kesadaran yang segan untuk berhubungan dengan kehidupan sekitarnya, sikapnya acuh tak acuh.

- Somnolen yaitu keadaan kesadaran yang hanya ingin tidursaja. Hanya dapat dibangunkan dengan rangsangan nyeri, tetapi jatuh tidur lagi,
- Dellrium yaitu keadaan kacau motorik yang sangat membrontak, berteriak-teriak dan tidak sadar terhadap orang lain, tempat dan waktu
- Sopor yaitu keadaan kesadaran yang menyerupai koma, reaksi hanya dapat ditimbulkan dengan rangsangan nyeri.
- Koma yaitu keadaan kesadaran yang hilang sama sekali dan tidak dapat dibangunkan dengan rangsangan apapun.

c) Tekanan Darah

Menurut WHO batas normal tekanan darah sistolik berkisar 110-120 mmHg (Munthe dkk, 2019).

d) Tinggi Badan

Ibu hamil dengan tinggi badan kurang dari 145 cm tergolong faktor risiko. Faktor risiko terhadap kehamilan yang sering berhubungan dengan tinggi badan ialah keadaan ronggal panggul (Diana, 2017).

e) Nadi Frekuensi

Nadi nomal antara 60-90 x/menit (Munthe dkk,2019).

f) Suhu Tubuh

Suhu tubuh yang normal adalah 36- 37,5°C. Suhu tubuh lebih dari 37,5°C (Diana, 2017).

g) LILA

Pengukuran LILA dilakukan pada tangan yang tidak aktif digunakan. LILA kurang dari 23.5 cm merupakan indikator kuat yang menandakan bahwa hasil pemeriksaan pada ibu hamil memiliki status gizi yang kurang/buruk, sehingga ia berisiko untuk kelahiran BBLR (Diana, 2017).

h) Berat Badan

Pengkajian berat badan digunakan untuk mengetahui kenaikan berat badan normal selama kehamilan yang menggunakan acuan Indeks Massa Tubuh (IMT). Kenaikan berat badan normal ibu selama hamil dihitung dari trimester I sampai trimester III yang berkisar antara 9-13,5 kg (Munthe dkk,2019).

2. Pemeriksaan Fisik

a) Pemeriksaan Inspeksi

Inspeksi adalah memeriksa dengan cara melihat atau memandang. Tujuannya untuk melihat keadaan umum klien, gejala kehamilan dan adanya kelainan (Diana, 2017). Menurut Diana, 2017 pemeriksaan inspeksi meliputi:

(1) Muka

Pada kehamilan trimester III, hasil normalnya yaitu tidak pucat, tidak ada edema, tidak ada *cloasma gravidarum*.

(2) Mata

Pada kehamilan trimester III, hasil normal yaitu konjungtiva merah muda, sklera bewarna putih. Apabila konjungtiva pucat menandakan ibu mengalami anemia yang akan mempengaruhi kehamilan dan persalinan yaitu perdarahan. Sklera icterus perlu dicurigai ibu mengidap hepatitis, sedangkan kelopak mata oedem menunjukkan kemungkinan ibu menderita hipoalbumemia.

(3) Mulut dan gigi

Normalnya tidak ada stomatitis, gigi bersih, tidak caries gigi.

(4) Abdomen

Pada kehamilan trimester III normalnya tidak ada bekas luka operasi, hiperpigmentasi kulit seperti linea alba dan striae gravidarum.

(5) Genetalia

Normalnya tidak ada keputihan, tidak ada condiloma, tidak ada varises, tidak ada flour albus. Jika terdapat flour albous disebabkan oleh pengaruh hormon sehingga saat hamil terjadi pengeluaran skret yang berlebih (Sulistyawati, 2014).

(6) Ekstremitas :

(a) Atas : Normalnya tidak oedema, jari lengkap dan tidak ada kelainan.

(b) Bawah : Normalnya tidak ada varises, tidak edema, jari lengkap, dan tidak ada kelainan. Jika terjadi oedema mengarah pada tanda gejala Preeklampsia, Reflek patella (+ / +) atau (- / -) (Sulistyawati, 2014).

b) Pemeriksaan Palpasi

Palpasi adalah pemeriksaan yang dilakukan dengan cara meraba tujuannya untuk mengetahui adanya kelainan, mengetahui perkembangan kehamilan (Diana, 2017). Pemeriksaan palpasi tersebut meliputi:

(1) Leher

Normalnya adanya pembengkakan pada leher yang biasanya disebabkan oleh pembengkakan kelenjar thyroid dan apabila ada pembesaran vena jugularis dicurigai bahwa ibu memiliki penyakit jantung (Munthe dkk, 2019).

(2) Dada

Pada kehamilan trimester III normalnya Tidak ada massa, Hiperpigmentasi areola, papilla mammae menonjol, colostrum belum keluar. Kolostrum diproduksi pada hari pertama sampai hari ketiga setelah bayi dilahirkan. Kolostrum mengandung banyak protein dan antibody, walaupun sangat kental dan jumlahnya sangat sedikit (Khosidah 2018).

(3) Abdomen

(a) Leopold I

Pada kehamilan trimester III tinggi fundus uteri UK < 28 minggu berada tiga jari diatas pusat, UK 32 minggu berada di pertengahan antara pusat dan prsesus xypoideus, UK 36 minggu berada 1 jari di bawah prosesus xypoideus, UK 40 minggu berada 3 jari di bawah prosesus xypoideus (Sulistyawati, 2013). Pada fundus teraba bagian lunak dan tidak melenting (bokong). Tujuan: Untuk mengetahui tinggi fundus uteri dan bagian yang berada di fundus (Diana, 2017).

(b) Leopold II

Pemeriksaan leopold II berguna untuk menentukan bagian kiri atau kanan perut ibu teraba panjang, keras, seperti papan dan bagian kanan atau kiri teraba bagian terkecil janin. Pada tahap pemeriksaan Leopold II bisa juga digunakan untuk melakukan pemeriksaan DJJ karena letaknya antara punggung dan kepala. Caranya yaitu kaki ibu diluruskan kemudian dengarkan DJJ selama 1 menit. Dan bandingkan dengan nadi ibu, nilai DJJ normal yaitu 120-160 x/menit.

(c) Leopold III

Pada kehamilan trimester III pemeriksaan leopold III berguna untuk menentukan bagian bawah sudah masuk PAP, teraba keras, bulat dan melenting yaitu kepala.

(d) Leopold IV

Pada kehamilan trimester III pemeriksaan leopold IV untuk menentukan jari-jari tangan apakah bisa bertemu (konvergen), dan belum masuk PAP. Jika posisi jari-jari tangan sejajar berarti kepala sudah masuk rongga panggul. Jika jari kedua tangan menjauh (divergen) berarti ukuran kepala sudah melewati PAP.

(e) Mc Donald

Pada kehamilan trimester III Tinggi Fundus Uteri (TFU) sesuai Usia Kehamilan (UK) adalah :

UK 28 minggu : 28 cm

UK 32 minggu : 32 cm

UK 36 minggu : 36 cm

UK 40 minggu : 40 cm

(f) Menghitung TBJ menurut Johnson

Menghitung tafsiran berat janin menurut Johnson:

$$TBJ = TFU - n \times 155$$

(TFU-13) x 155 (Kepala belum melewati PAP)

(TFU-12) x 155 (Kepala berada diatas spina Ichiadika)

(TFU-11) x 155 (kepala sudah masuk PAP)

c) Aukultasi

Normalnya DJJ yaitu 120-160x/menit. (Manuaba, 2015).

d) Perkusi

Normalnya pada ekstremitas bawah kehamilan trimester III tungkai bagian bawah bergerak sedikit ketika tendon diketuk.

Namun, apabila gerakan berlebihan dan cepat merupakan tanda preeklamsi bila reflek patella negative kemungkinan pasien mengalami kekurangan B1.

3. Penurunan kepala menurut bidang Hodge

Menurut Jenny J.S. (Sondakh, 2013) bidang hodge digunakan untuk menentukan sampai dimana bagian terendah janin turun dalam panggul dalam persalinan, yaitu:

- a) Bidang Hodge I : bidang datar yang melalui bagian atas simfisis dan promontorium. Bidang ini dibentuk pada lingkaran pintu atas panggul.
- b) Bidang Hodge II : bidang yang sejajar dengan bidang Hodge I terletak setinggi bagian bawah simfisis.
- c) Bidang Hodge III : bidang yang sejajar dengan bidang Hodge I dan II, terletak setinggi spina ischiadica kanan dan kiri.
- d) Bidang Hodge IV : bidang yang sejajar dengan Hodge I, II, III, terletak setinggi os coccygis.

4. Penurunan Kepala Janin dengan metode perlimaan

- a) 5/5 : Ketika dilakukan VT teraba kepala janin diatas PAP, kepala mudah digerakkan atau digoyangkan dengan palpasi abdominal.
- b) 4/5 : Ketika dilakukan VT teraba H I-II, dan kepala sulit digerakkan atau digoyangkan, bila dilakukan perabaan palpasi abdominal bagian terbesar kepala belum masuk panggul
- c) 3/5 : Ketika dilakukan VT teraba H II-III, dan ketika dilakukan palpasi teraba bagian terbesar kepala belum masuk panggul
- d) 2/5 : Ketika dilakukan VT teraba H III +, dan ketika dilakukan palpasi teraba bagian terbesar kepala sudah masuk panggul
- e) 1/5 : Ketika dilakukan VT teraba H III-IV dan kepala sudah di dasar panggul

5. Pemeriksaan Panggul

Ada dua jenis ukuran panggul pada ibu hamil, yaitu ukuran panggul luar dan ukuran panggul dalam. Ukuran panggul luar tidak dapat menilai persalinan dapat berlangsung spontan atau tidak, tetapi bisa memberi petunjuk kemungkinan ibu hamil mengalami panggul sempit. Ukuran-ukuran panggul luar, terdiri atas:

- a) Distansia spinarum : (24-26 cm)
- b) Distansia cristarum : (28- 30 cm)
- c) Konjugata eksterna/boudelque : (18 cm)
- d) Distansia tuberum : (10,5 cm)
- e) Lingkar panggul : (80- 90 cm).

Ukuran panggul dalam diukur dengan melakukan pemeriksaan pervaginam atau Vaginal Tocher (VT). Apabila saat dilakukan pemeriksaan dalam ditemukan hasil promontorium teraba, linea inominata teraba merupakan indikasi dari panggul sempit atau *Cephalopelvic Disproportion* (CPD). (Pahlavi dkk. 2017)

6. Pemeriksaan Penunjang

a) Pemeriksaan Hemoglobin

(1) Pemeriksaan kadar hemoglobin darah ibu hamil dilakukan minimal sekali pada trimester pertama dan sekali pada trimester ketiga (Kemenkes, 2017). Pemeriksaan kadar Hb digunakan untuk mengetahui kadar Hb dalam darah dan menentukan derajat anemia. Kurangnya Hb dalam darah dapat mengakibatkan kematian janin didalam kandungan, abortus, cacat bawaan, BBLR, prematur, dan anemia pada bayi yang dilahirkan dan terjadinya perdarahan. Menurut WHO kriteria anemia pada ibu hamil yaitu kadar hemoglobin (Hb) < 11g/dl pada trimester pertama dan ketiga

(2) Kadar hemoglobin (Hb) < 10,5 g/dl pada trimester kedua

(3) Kadar hemoglobin (Hb) < 10 g/dl pada pasca persalinan

b) Pemeriksaan Urine

Pemeriksaan protein dalam urin pada ibu hamil dilakukan pada trimester kedua dan ketiga atas indikasi. Pemeriksaan ini ditujukan untuk mengetahui adanya proteinuria pada ibu hamil.

Proteinuria merupakan salah satu indikator terjadinya preeklampsia pada ibu hamil (Kemenkes, 2013).

c) Pemeriksaan Golongan Darah

Darah merupakan bagian penting dari sistem transport, darah merupakan jaringan yang berbentuk cairan yang terdiri dari dua bagian yaitu plasma darah merupakan bagian cair dan bagian korpuskuli yaitu benda-benda darah yang terdiri atas lekosit, eritrosit, dan trombosit. Golongan darah secara umum terbagi menjadi empat golongan darah yaitu A, B, O, dan AB (Diana, 2017).

d) Pemeriksaan USG

Pemeriksaan pada kehamilan trimester III hasil USG digunakan untuk mengetahui usai kehamilan, ukuran plasenta, jumlah air ketuban, janin tunggal (Diana, 2017)

II. Identifikasi Dignosa dan Masalah Aktual

Diagnosa : G_ P_ _ _ _ Ab _ _ _ Uk ... Minggu,
Tunggal/Ganda, Hidup/Mati, Intrauterine/Ekstrauterine,
keadaan ibu dan Janin baik dengan kehamilan normal.

Subjektif : Ibu mengatakan ini kehamilan ke ... Usia kehamilan ...
HPHT...

Objektif :

Kesadaran : Composmentis/letargis/koma

TD : 90/60-120/80 mmHg

Nadi : 60-96 x/menit.
RR : 16-24 x/menit
Suhu : 36,5-37,5°C
TB : ... cm
BB sebelum hamil : ... kg
BB sekarang : ... kg
Kenaikan BB Selama hamil : ... kg
TP : ...
LILA : ... cm
Leopold I : ...
Leopold II : ...
Leopold III : ...
Leopold IV : ...

Masalah :

1. Sering kencing
2. Konstipas
3. Hemoroid
4. Kram tungkai
5. Varises
6. Insomnia
7. Nyeri pada Ligamentum Rotundum
8. Nyeri punggung bawah
9. Sesak nafas

III. Identifikasi Diagnosa dan Masalah Potensial

Pada langkah ini kita mengidentifikasi masalah atau diagnosa potensial berdasarkan rangkaian masalah dan diagnosa yang sudah diidentifikasi. Langkah ini membutuhkan antisipasi, bila memungkinkan dilakukan pencegahan, pada langkah tiga ini bidan dituntut untuk mampu mengantisipasi masalah potensial tidak hanya merumuskan tindakan antisipasi agar masalah atau diagnosa potensial tidak terjadi. Langkah ini bersifat antisipasi yang rasional dan logis.

Meneurut Sulistyawati (2016), berikut adalah beberapa jenis diagnosis potensial yang mungkin ditemukan pada klien selama kehamilan:

1. Potensial terjadi gangguan perkembangan janin dalam uterus (IUGR)
2. Potensial terjadi eklampsia
3. Perdarahan pervaginam
4. IUFD
5. Hipertensi daam kehamilan
6. Ketuban Pecah Dini
7. Persalinan premature

IV. Identifikasi Kebutuhan Segera

Mengidentifikasi perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter dan atau dikonsultasikan atau ditangani bersama dengan anggota tim kesehatan yang lain sesuai dengan kondisi klien. Langkah keempat ini

mencerminkan kesinambungan dari proses manajemen kebidanan. Jadi manajemen kebidanan bukan hanya selama asuhan primer periodic atau kunjungan prenatal saja tetapi juga selama wanita tersebut bersama bidan terus-menerus.

V. Rencana Asuhan

Pada langkah ini asuhan yang menyeluruh, ditentukan oleh langkah-langkah sebelumnya. Langkah ini merupakan kelanjutan manajemen terhadap diagnosa atau masalah yang telah diidentifikasi atau diantisipasi, pada langkah ini informasi atau data dasar yang tidak lengkap dapat dilengkapi. Rencana asuhan yang menyeluruh tidak hanya meliputi apa yang sudah diidentifikasi dari kondisi klien atau dari setiap masalah yang berkaitan tetapi juga dari kerangka pedoman antisipasi terhadap wanita tersebut seperti apa yang diperkirakan akan terjadi berikutnya.

Setiap rencana asuhan harus disetujui oleh kedua belah pihak yaitu oleh bidan dan klien agar dapat dilaksanakan dengan efektif karena klien merupakan bagian dari pelaksanaan perencanaan tersebut, oleh karena itu pada langkah ini tugas bidan adalah merumuskan rencana asuhan sesuai dengan pembahasan rencana bersama klien, kemudian membuat kesepakatan bersama sebelum melaksankannya.

Intervensi :

1. Berikan informasi pada ibu tentang kondisi ibu dan janin.

R/: Informasi yang dikumpulkan selama kunjungan antenatal memungkinkan bidan dan ibu hamil untuk menentukan pola perawatan antenatal yang tepat. Memberikan informasi tentang gerakan janin dapat memberikan ketenangan pada ibu.

2. Komunikasikan dengan ibu tentang perubahan fisiologis dan ketidaknyamanan umum yang terjadi pada masa kehamilan. Membedakan antara ketidaknyamanan yang umum dialami pada saat hamil dan komplikasi yang mungkin terjadi (Sulistyawati, 2016).

R/: Persiapkan untuk mengajukan pertanyaan, memberikan informasi dan mendiskusikan isu-isu tentang kesejahteraan fisik dan emosi atau psikologis wanita.

3) Beritahu ibu untuk harus makan paling sedikit bertambah 1 porsi untuk setiap harinya, makan dalam jumlah sedikit namun frekuensinya sering (Sulistyawati, 2016).

R/: Pada masa kehamilan memerlukan asupan nutrisi yang tinggi untuk proses perkembangan janin selanjutnya

4) Diskusi dengan ibu tentang rencana persalinan.

R/: Rencana persalinan akan efektif jika dibuat dalam bentuk tertulis bersama bidan yang berbagi informasi sehingga ibu dapat membuat rencana sesuai dengan praktik dan layanan yang tersedia. Beberapa hal yang didiskusikan dalam perencanaan persalinan

diantaranya tempat kelahiran, pendamping kelahiran, posisi untuk persalinan, pereda nyeri, makan dan minum saat persalinan, kala III persalinan, kebutuhan untuk penjahitan perineum. Pemberian IMD, pemberian vit K, diskusikan setiap budaya atau agama yang mungkin ingin dipantau ibu.

- 5) Beritahu ibu tanda dan gejala persalinan dan kapan harus menghubungi bidan (Marmi, 2015).

R/: Informasi yang perlu diketahui seorang wanita (Ibu hamil) demi kesehatan dan kenyamanan diri dan bayinya.

- 6) Jelaskan kepada ibu mengenai tanda bahaya kehamilan seperti sakit kepala hebat, perdarahan pervaginam. Mengidentifikasi tanda dan gejala penyimpangan yang mungkin dari kondisi normal atau komplikasi (Marmi, 2015).

R/: Menemukan penyakit ibu sejak dini jika didapatkan kelainan sejak dini yang mengganggu tumbuh kembang janin harus diikuti upaya untuk memberikan pengobatan yang adekuat.

- 7) Beritahu ibu untuk melakukan test laboratorium atau test penunjang lain untuk menyingkirkan, menginformasi atau membedakan Antara berbagai komplikasi yang mungkin timbul.

R/: Antisipasi masalah potensial yang terkait. Penentuan kebutuhan untuk melakukan konsultasi dokter atau perujukan ke tenaga profesional.

- 8) Beritahu ibu jadwal periksa selanjutnya dan ajurkan ibu untuk periksa kehamilan secara teratur.

R/: Sebagai upaya diri untuk mendeteksi adanya kelainan-kelainan yang terjadi pada ibu hamil

VI. Implementasi

Pada langkah keenam ini rencana asuhan menyeluruh seperti yang telah diuraikan pada langkah ke lima akan dilaksanakan secara efisien dan aman. Pelaksanaan ini bisa dilakukan seluruhnya oleh bidan, atau sebagian oleh klien atau anggota tim kesehatan lainnya. Jika bidan tidak melakukannya sendiri ia tetap memikul tanggung jawab untuk mengarahkan pelaksanaannya. Dalam situasi dimana berkolaborasi dengan dokter untuk menangani klien yang mengalami komplikasi, maka keterlibatan bidan dalam manajemen asuhan bagi klien adalah bertanggung jawab terhadap terlaksananya rencana asuhan bersama secara menyeluruh tersebut.

VII. Evaluasi

Pada langkah ketujuh ini dilakukan evaluasi keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan meliputi pemenuhan kebutuhan akan bantuan apakah benar-benar telah terpenuhi atau sesuai dengan kebutuhan sebagaimana telah diidentifikasi didalam masalah dan diagnose. Rencana tersebut dapat dianggap efektif jika memang benar efektif pelaksanaannya. Ada kemungkinan

bahwa sebagian rencana tersebut telah efektif sedang sebagian belum efektif. Mengingat bahwa proses manajemen asuhan ini merupakan suatu kontinuitas maka perlu mengulang kembali dari awal setiap asuhan yang tidak efektif melalui proses manajemen untuk mengidentifikasi mengapa proses manajemen tidak efektif serta melakukan penyesuaian pada rencana asuhan tersebut.

2.3.2 Manajemen Asuhan Kebidanan Persalinan

1. Manajemen Kebidanan Kala I

Tanggal :

Jam :

A. Data Subjektif

1. Keluhan Utama

Menurut Sulistyawati dan Nugraheny (2013) dalam kasus persalinan yang harus didapat dari ibu adalah kapan mulai terasa kencang-kencang di perut, bagaimana intensitas dan frekuensinya, apakah ada pengeluaran cairan dari vagina yang berbeda dari air kemih, apakah sudah ada pengeluaran lendir yang disertai darah, serta pergerakan janin untuk memastikan kesejahteraannya.

2. Riwayat Menstruasi

Beberapa data yang harus diperoleh dari riwayat menstruasi antara lain menarche, siklus, lamanya. Hari Pertama Haid Terakhir (HPHT) yang diperlukan untuk menentukan usia

kehamilan, cukup bulan/ prematur. Hari Perkiraan Lahir (HPL) digunakan untuk menentukan perkiraan bayi dilahirkan. Dan keluhan yang dialami seperti perdarahan, dismenorea, pre menstrual sindrom atau fluor albus (Yuliani, dkk, 2021).

3. Pola Pemenuhan kebutuhan sehari-hari

a) Pola Nutrisi

Menurut Mutmainnah (2017), makan dan minum sangat penting selama proses persalinan untuk memastikan kecukupan energi dan mempertahankan keseimbangan normal cairan dan elektrolit bagi ibu dan bayi. Cairan isotonik dan makanan ringan yang mempermudah pengosongan lambung cocok untuk awal persalinan. Makanan yang disarankan dikonsumsi pada ibu saat persalinan adalah roti, biskuit, sayuran dan buah-buahan, yogurt rendah lemak, susu, minuman isotonik dan jus buah-buahan. Asupan cairan yang tidak adekuat dapat menimbulkan dehidrasi, ketosis, hipnatreimia, stress, dan muntah. Hal ini dapat mengakibatkan kelelahan dan mengganggu kemajuan persalinan serta menyulitkan bagi ibu untuk lebih termotivasi dan aktif selama persalinan.

b) Eliminasi

Pada saat persalinan kandung kemih harus kosong setiap 2 jam sekali. Jika ibu merasakan ingin BAB maka bidan harus

melakukan pemeriksaan untuk memastikan adanya tanda gejala kala II (Diana, 2017).

c) Istirahat

Istirahat sangat diperlukan oleh pasien untuk mempersiapkan energi menghadapi proses persalinan, hal ini akan lebih penting jika proses persalinannya mengalami pemanjangan persalinan waktu Kala I.

d) Personal Hygiene

Data ini perlu digali, karena akan sangat berkaitan dengan kenyamanan pasien dalam proses persalinan. Beberapa kebiasaan yang dapat dilakukan adalah mandi, mengganti baju dan celana dalam. (Sulistyawati, 2013)

e) Aktivitas

Apabila ibu bersalin dapat merelaksasikan otot-otot abdomennya, persalinan dapat dilanjut dengan mudah. Kemungkinan posisi yang paling nyaman bagi ibu adalah posisi yang biasanya dilakukan oleh ibu.

4. Riwayat Psikososial

Kondisi psikologis ibu dalam menghadapi persalinan, dukungan keluarga, persiapan persalinan, pengetahuan ibu tentang pemberian ASI, merawat bayi, kegiatan ibadah, kegiatan sosial, dan persiapan keuangan ibu dan keluarga.

B. Data Objektif

1. Pemeriksaan Umum

a) Keadaan Umum

Data yang diperoleh dari mengamati keadaan pasien secara menyeluruh. Hasil pengamatan yang diperoleh yaitu:

(1) Baik

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

(2) Lemah

Jika pasien memperlihatkan respon kurang atau tidak memberikan respon yang baik terhadap lingkungan dan orang lain, dan pasien sudah tidak mampu untuk berjalan sendiri (Diana, 2017).

b) Kesadaran

Tingkat kesadaran mulai dari keadaan composmentis (keadaan maksimal) sampai dengan koma (pasien dalam keadaan sadar).

c) Tekanan Darah

Normalnya berkisar < 140/90 mmHg. Pemeriksaan tekanan darah setiap 4 jam sekali.

d) Nadi

Normalnya 60-100 \times / menit dan akan terjadi kenaikan pada ibu bersalin. Nadi diukur setiap 30 menit sekali.

e) Pernafasan

Normalnya 16-24 \times / menit, apabila terjadi peningkatan dapat menunjukkan adanya ansietas atau syok pernafasan.

f) Suhu

Normalnya 36,5°C-37,5°C. Suhu pada saat persalinan diukur 4 jam sekali pada fase laten serta 2 jam pada fase laten.

g) BB sebelum hamil

Untuk mengetahui perbedaannya dengan BB sekarang

h) BB sekarang

Selama kehamilan TM II dan III pertumbuhan BB \pm 0,5 kg perminggu. Pertambahan $>$ 0,5 kg perminggu pada TM II harus di waspadai mengalami preeklamsia. Hingga akhir kehamilan pertambahan BB yang normal sekitar 9 - 13,5 Kg.

f) TB: $<$ 145 cm, ibu hamil dengan TB kurang dari 145 cm kemungkinan panggulnya sempit.

i) LILA

Normalnya $<$ 23,5 cm, bila kurang merupakan indikasi kuat untuk status gizi ibu yang kurang baik/buruk. Sehingga beresiko untuk melahirkan.

2. Pemeriksaan Fisik

a) Muka

Pada persalinaan normalnya tidak ada oedema, cyanosis.

b) Mata

Pada persalinan normalnya konjungtiva merah muda, sklera berwarna putih.

c) Leher

Normalnya tidak ada pembesaran kelenjar tyroid, pembesaran kelenjar limfe, dan bendungan vena jugularis.

d) Payudara

(1) Inspeksi

Normalnya puting susu menonjol, tidak ada benjolan, tidak ada hiperpigmentasi aerola. Hiperpigmentasi aerola terjadi karena terjadi perubahan deposit pigmen dan hiperpigmentasi karena pengaruh melanophorestimulating hormon lobus hipofisis anterior dan pengaruh kelenjar suprarenalis (Diana, 2017)

(2) Palpasi

Normalnya tidak teraba benjolan abnormal pada payudara kanan dan kiri, colostrum keluar pada payudara kanan dan kiri setelah 32 minggu.

e) Abdomen

(1) Inspeksi

Normalnya menonjol, terdapat linea nigra. Tanda bergaris kehamilan terdahulu terlihat menjadi seperti perak dan baru tampak merah muda. Linea nigra mungkin terlihat, yaitu garis gelap normal karena adanya pigmentasi yang arahnya longitudinal dibagian Tengah abdomen bawah dan kadang diatas umbilicu. Adanya jaringan parut yang menunjukkan adanya pembedahan obstetric atau abdominalis terdahulu (Diana, 2017).

(2) Palpasi

(a) Leopold I

Dilakukan untuk menentukan TFU dan bagian janin yang terletak di fundus uteri. Pemeriksaan ini dilakukan sejak trimester pertama. menentukan bagian janin yang ada pada bagian fundus, jika teraba bulat, keras, melenting diartikan sebagai kepala, sedangkan jika teraba lunak, kurang bulat dan tidak melenting diartikan sebagai bokong (Yuliani, dkk, 2021).

(b) Leopold II

Dilakukan untuk menentukan bagian janin pada sisi kiri dan kanan ibu, dilakukan mulai akhir trimester III. Kedua tangan bidan pindah ke samping kanan kiri

perut ibu, tangan kiri menahan sisi uterus sebelah kanan, tangan kanan meraba sisi uterus kiri ibu dari atas ke bawah (Yuliani, dkk, 2021).

(c) 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, dilakukan mulai akhir trimester dua. Apabila bagian terendah janin masih bisa digoyangkan berarti bagian presentasi janin belum masuk panggul. Jika sudah tidak bisa digoyangkan berarti bagian presentasi janin sudah masuk panggul (Yuliani, dkk, 2021).

(d) Leopold IV

Dilakukan untuk menentukan seberapa jauh masuknya presentasi janin ke pintu atas panggul, dilakukan bila 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, dkk, 2021).

(3) Kontraksi Uterus

Pada fase aktif, minimal terjadi dua kontraksi dalam 10 menit. Lama kontraksi adalah 40 detik atau lebih. Diantara dua kontraksi akan terjadi relaksasi dinding uterus (Sondakh, 2013).

(4) Tinggi Fundus Uteri (TFU)

Diukur setiap kali kunjungan antenatal dengan tujuan untuk mendeteksi pertumbuhan janin sesuai atau tidak dengan usia kehamilan. Jika tidak sesuai dengan umur kehamilan, kemungkinan ada gangguan pertumbuhan janin. TFU diukur menggunakan pita ukur jika usia kehamilan > 20 minggu. TFU diukur normalnya usia kehamilan 20-36 minggu dapat diperkirakan dengan rumus usia kehamilan + 2cm (Yuliani, dkk, 2021).

(5) Tafsiran Berat Janin

Tafsiran Berat Janin dianggap penting pada masa kehamilan untuk mengetahui berhubungan dengan meningkatnya risiko terjadinya komplikasi selama persalinan. bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir dengan umur kehamilan aterm dan berat lahir 2500 gram-4000 gram.

(6) Auskultasi

Mendengarkan DJJ menggunakan Doppler pada kehamilan lebih dari 16 minggu, menggunakan fundoskop 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 permenit mengindikasikan adanya gawat janin (Yuliani, dkk, 2021).

3. Data Penunjang

Data Penunjang Menurut Sulistyawati (2013), data penunjang digunakan untuk mengetahui keadaan ibu dan janin untuk mendukung proses persalinan, seperti USG, Urinalis.

4. Pemeriksaan Dalam

- a) Cairan vagina terdapat lendir bercampur darah
- b) Ketuban utuh
- c) Pembukaan 1-10 cm
- d) Penipisan 0-100%
- e) Bagian terdahulu kepala dan bagian terendah ubun-ubun kecil
- f) Tidak ada bagian kecil atau berdenyut di sekitar bagian dahulu
- g) Molage 0
- h) Hode I-II

Pemeriksaan genetalia eksterna

- a) Memperhatikan adanya luka atau benjolan termasuk kondiloma, varikosis vulva atau rektum, atau luka parut di perineum.
- b) Penilaian cairan vagina dan menentukan adanya bercak darah, perdarahan pervaginam atau meconium, jika ada perdarahan pervaginam maka tidak dilakukan pemeriksaan dalam.
- c) Menilai pembukaan penipisan dan pendataran serviks
- d) Memastikan tali pusat dan bagian kecil tidak teraba pada saat melakukan pemeriksaan dalam.
- e) Menentukan bagian terendah janin dan memastikan penurunannya dalam rongga panggul (Sondakh, 2013).

C. Analisis

G_P____Ab____Uk... minggu inpartu kala 1 fase laten/ aktif janin T/H/I dengan keadaan ibu dan janin baik.

D. Penatalaksanaan

- 1) Berikan konseling, informasi, dan edukasi (KIE) kepada ibu mengenai hasil pemeriksaannya, bahwa ibu dan janin dalam keadaan baik dan normal.
- 2) Persiapkan ruangan persalinan dan kelahiran bayi, perlengkapan, bahan-bahan, obat-obat yang diperlukan. Melindungi dari resiko infeksi, dengan mempersiapkan tempat ibu mendapatkan privasi yang diinginkan, memastikan kelengkapan, jenis, dan jumlah

bahan yang diperlukan serta dalam keadaan siap pakai (Sondakh, 2013)

- 3) Pemantauan tekanan darah, suhu, denyut jantung janin, kontraksi, dan pembukaan serviks. Serta melakukan pemeriksaan dalam setiap 4 jam selama kala I persalinan. Kemudian mendokumentasikan hasil temuan dalam partograf. Menurut (JNPK-KR, 2015).

Berikut merupakan kondisi ibu dan bayi yang harus dinilai 38 dengan seksama.

- a) Denyut jantung janin (DJJ) : Setiap ½ jam sekali.
 - b) Frekuensi dan lamanya kontraksi uterus: Setiap ½ jam sekali.
 - c) Nadi : Setiap ½ jam sekali
 - d) Pembukaan serviks : Setiap 4 jam.
 - e) Tekanan darah dan suhu tubuh : Setiap 4 jam.
 - f) Produksi urin, aseton, protein : Setiap 2 sampai 4 jam.
- 4) Berikan KIE untuk berkemih setiap 1-2 jam. Mempertahankan kandung kemih bebas distensi dapat meningkatkan ketidaknyamanan, sehingga mengakibatkan kemungkinan trauma, mempengaruhi penurunan janin dan memperlama persalinan.
 - 5) Pantau kebutuhan cairan dan nutrisi pada klien seperti Memperbolehkan ibu untuk minum untuk memenuhi kebutuhan cairannya. Makanan dan asupan cairan yang cukup selama proses

persalinan dapat memberikan energi dan mencegah adanya dehidrasi. Dehidrasi dapat memperlambat kontraksi tidak teratur dan kurang efektif (Sondakh, 2013).

- 6) Bantu klien mencari posisi yang nyaman dan yang sesuai dengan keinginan ibu kemudian menyarankan ibu untuk pindah posisi jika ibu merasa kesakitan seperti posisi miring kanan atau kiri. Perubahan posisi yang diberikan kepada klien bertujuan untuk memberikan kenyamanan serta memperbaiki sirkulasi (Sondakh 2013).
- 7) Catat kemajuan persalinan di lembar observasi jika pembukaan semakin sering < 4 cm dan di lembar patograf > 4 cm.

2. Manajemen Kebidanan Kala II

Tanggal :

Jam :

A. Data Subjektif

Mengetahui apa yang dirasakan oleh ibu, biasanya ibu akan merasakan tanda gejala kala II yaitu ingin meneran bersamaan dengan terjadinya kontraksi, adanya peningkatan tekanan pada rektum dan vagina, perineum menonjol, vulva-vagina dan sfingter ani membuka, adanya peningkatan pengeluaran lendir bercampur darah (JNPK-KR, 2014).

B. Data Objektif

Pembukaan serviks telah lengkap, terlihatnya bagian kepala bayi melalui introitus vagina. Menurut Sondakh (2013), tanda-tanda dan gejala kala II adalah sebagai berikut:

- a) Ibu merasakan ingin meneran bersamaan dengan terjadinya kontraksi.
 - b) Ibu merasakan makin meningkatnya tekanan pada rektum atau vagina.
 - c) Perineum terlihat menonjol.
 - d) Vulva vagin dan sfingter ani terlihat membuka
 - e) Peningkatan pengeluaran lendir dan darah
1. Pemeriksaan dalam:
- a) Cairan vagina terdapat lendir bercampur darah
 - b) Ketuban sudah pecah atau utuh
 - c) Pembukaan 10 cm
 - d) Penipisan 100%
 - e) Bagian terdahulu kepala dan bagian terendah ubun-ubun kecil
 - f) Tidak ada bagian kecil atau berdenyut di sekitar bagian dahulu
 - g) Molage 0
 - h) Hode IV

2. Lamanya Kala II

Persalinan kala II atau kala pengeluaran dan pembukaan lengkap sampai lahirnya bayi. Normalnya proses ini berlangsung 2 jam pada primigravida dan 1 jam pada multigravida (Widia, 2015).

C. Analisis

G_P___Ab___ Kala II dengan keadaan ibu dan janin baik

D. Penatalaksanaan

- 1) Melihat adanya tanda persalinan Kala II
 - Ada dorongan ingin meneran
 - Ibu merasa ada tekanan pada rectum
 - Perineum tampak menonjol
 - Vulva dan sfingter ani membuka
- 2) Memastikan kelengkapan persalinan, bahan, dan obat untuk menolong persalinan dan tata laksana komplikasi ibu dan bayi, untuk afiksia tempat datar dan keras, 2 kain dan 1 handuk bersih dan kerin, lempu sorot 60 watt dengan jarak 60 cm dari tubuh bayi.
 - Meletakkan kain di atas perut ibu, tempat resusitasi dan ganjal bahu bayi.
 - Menyiapkan oksitosin 10 IU dan alat suntik sekali pakai dalam partus set.
- 3) Mengenakan celemek plastik.

- 4) Melepas dan menyimpan semua perhiasan yang dipakai, cuci tangan dengan sabun dan air mengalir, kemudian keringkan tangan dengan tisu atau handuk bersih dan kering.
- 5) Memakai sarung tangan DTT untuk melakukan pemeriksaan dalam.
- 6) Mengambil alat suntik dengan tangan yang bersarung tangan, memasukkan oksitosin dan meletakkan Kembali ke dalam wadah partus set
- 7) Membersihkan vulva dan perineum dari arah depan ke belakang menggunakan kapas DTT.
- 8) Melakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan pembukaan telah lengkap.
- 9) Dekontaminasi sarung tangan dengan merendamnya dalam larutan klorin 0,5% dalam kondisi terbalik selama 10 menit, kemudian mencuci tangan.
- 10) Memeriksa DJJ saat uterus tidak berkontraksi, memastikan DJJ dalam batas normal yaitu antara 120-160x/menit
- 11) Memberitahu ibu bahwa pembukaan telah lengkap, membantu ibu memilih posisi persalinan yang nyaman dan memimpin persalinan saat timbul dorongan meneran.
- 12) Meminta keluarga membantu menyiapkan posisi meneran (bila ada rasa ingin meneran dan terjadi kontraksi yang kuat, bantu ibu

ke posisi setengah duduk atau posisi yang diinginkan dan pastikan ibu merasa nyaman).

- 13) Melaksanakan bimbingan meneran pada saat ibu merasakan ada dorongan kuat untuk meneran
- 14) Menganjurkan ibu untuk berjalan, jongkok, dan mengambil posisi yang nyaman jika ibu belum merasa ada dorongan untuk meneran dalam 60 menit
- 15) Meletakkan handuk bersih (untuk mengeringkan bayi) di perut ibu, jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6cm.
- 16) Meletakkan kain bersih yang dilipat 1/3 di bawah bokong ibu.
- 17) Membuka tutup partus set dan perhatikan kembali kelengkapan alat dan bahan.
- 18) Memakai sarung tangan DTT pada kedua tangan.
- 19) 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 kepala bayi untuk menahan posisi defleksi dan membantu lahirnya kepala. Anjurkan ibu untuk meneran perlahan sambil bernapas cepat dan dangkal.
- 20) Memeriksa kemungkinan adanya lilitan tali pusat dan ambil tindakan yang sesuai jika hal itu terjadi, dan segera lanjutkan proses kelahiran bayi.

- Jika tali pusat melilit leher secara longgar, lepaskan lewat bagian atas kepala bayi
- Jika tali pusat melilit leher secara kuat, klem tali pusat di dua tempat dan potong diantara klem tersebut

21) Menunggu kepala bayi melakukan putar paksi luar secara spontan

22) Setelah kepala melakukan putar paksi, memegang kepala secara biparental, melahirkan bahu anterior dengan menggerakkan kepala curam ke bawah, melahirkan bahu posterior dengan menggerakkan kepala curam ke atas.

23) Setelah kedua bahu lahir, menggeser tangan bawah ke arah perineum ibu untuk menyanggah kepala, lengan dan siku sebelah bawah. Menggunakan tangan atas untuk menelusuri dan memegang lengan dan siku sebelah atas.

24) Setelah tubuh dan lengan lahir, penelusuran tangan atas berlanjut ke punggung, bokong dan kaki. Memegang kedua mata kaki (memasukkan telunjuk diantara kaki dan memegang masing-masing mata kaki dengan ibu jari dan jari-jari lainnya).

25) Melakukan penilaian selintas:

- Apakah bayi cukup bulan ?
- Apakah air ketuban jernih tidak bercampur meconium?
- Menilai tangis bayi dan/ atau bernafas tanpa kesulitan.

- Menilai gerak aktif bayi, jika bayi tidak menangis, tidak bernafas atau megap-megap, melakukan langkah resusitasi (lanjut ke langkah resusitasi bayi baru lahir)

26) Meringankan tubuh bayi dimulai dari muka, kepala, dan bagian tubuh lainnya kecuali bagian tangan tanpa membersihkan verniks. Mengganti handuk basah dengan handuk/ kain yang kering. Membiarkan bayi berada di atas perut ibu.

3. Manajemen Kebidanan Kala III

Tanggal :

Jam :

A. Data Subjektif

Ibu merasa lega karena bayinya sudah lahir, namun perutnya teras mulas.

B. Data Objektif

1. Terlihat semburan darah
2. Tali pusat memanjang
3. Uterus menjadi bulat (globuler)
4. TFU setinggi pusat

C. Analisis

P_____ Ab_____ dengan inpartu kala III.

D. Penatalaksanaan

- 1) Periksa Kembali uterus untuk memastikan tidak ada bayi dalam uterus (kehamilan Tunggal)
- 2) Beritahu ibu akan disuntik oksitosin agar uterus berkontraksi dengan baik
- 3) Dalam waktu 1 menit setelah bayi lahir, suntikkan oksitosin 10 IU secara IM di 1/3 paha atas bagian distal lateral (lakukan aspirasi sebelum menyuntikkan oksitosin)
- 4) Setelah 2 menit pasca persalinan, jepit tali pusat dengan klem kira-kira 3 cm dari pusat bayi. Mendorong tali pusat ke arah distal (ibu) dan jepit kembali tali pusat pada 2 cm distal dari klem pertama
- 5) Pemotongan dan pengikatan tali pusat
 - Dengan 1 tangan, pegang tali pusat yang telah dijepit (lindungi perut bayi) dan lakukan pengguntingan tali pusat diantara 2 klem tersebut.
 - Ikat tali pusat dengan benang DTT atau steril pada 1 sisi kemudian melingkari kembali benang tersebut dan mengikatnya dengan simpul kunci pada sisi lainnya.
 - Lepaskan klem dan masukkan dalam wadah yang telah disediakan.
- 6) Letakkan bayi untuk kontak kulit dengan ibu.
- 7) Selimuti ibu dan bayi dengan kain hangat serta pasang topi di kepala bayi.

- 8) Memindahkan klem pada tali pusat hingga berjarak 5 – 10 cm dari vulva.
- 9) Meletakkan satu tangan di atas kain pada perut ibu, di tepi atas simfisis, untuk mendeteksi. Tangan lain menegangkan tali pusat.
- 10) Setelah uterus berkontraksi, menegangkan tali pusat ke arah bawah sambil tangan yang lain mendorong uterus ke arah belakang – atas (dorso-kranial) secara hati-hati (untuk mencegah inversio uteri). Jika plasenta tidak lahir setelah 30-40 detik, menghentikan penegangan tali pusat dan menunggu hingga timbul kontraksi berikutnya dan ulangi prosedur di atas. Jika uterus tidak segera berkontraksi, meminta ibu, suami atau anggota keluarga untuk melakukan stimulasi puting susu.
- 11) Melakukan penegangan dan dorongan dorso-kranial hingga plasenta terlepas, meminta ibu meneran sambil menarik tali pusat dengan arah sejajar lantai dan kemudian ke arah atas, mengikuti poros jalan lahir (tetap lakukan tekanan dorso-kranial)
 - Jika tali pusat bertambah panjang, memindahkan klem hingga berjarak sekitar 5-10 cm dari vulva dan lahirkan plasenta
 - Jika plasenta tidak lepas setelah 15 menit menegangkan tali pusat: memberi dosis ulangan oksitosin 10 unit IM, melakukan kateterisasi (aseptik) jika kandung kemih penuh, meminta keluarga untuk menyiapkan rujukan, mengulangi penegangan tali pusat 15 menit berikutnya. Segera merujuk jika plasenta

tidak lahir dalam 30 menit setelah bayi lahir, bila terjadi perdarahan, lakukan plasenta manual.

- 12) Saat plasenta muncul di introitus vagina, melahirkan plasenta dengan kedua tangan. Memegang dan memutar plasenta hingga selaput ketuban terpelin kemudian lahirkan dan menempatkan plasenta pada wadah yang telah disediakan. Jika selaput ketuban robek, memakai sarung tangan DTT atau steril untuk melakukan eksplorasi sisa selaput kemudian gunakan jari-jari tangan atau klem DTT atau steril untuk mengeluarkan bagian selaput yang tertinggal.
- 13) Segera setelah plasenta dan selaput ketuban lahir, melakukan masase uterus, meletakkan telapak tangan di fundus dan lakukan masase dengan gerakan melingkar secara lembut hingga uterus berkontraksi (fundus teraba keras). Melakukan tindakan yang diperlukan jika uterus tidak berkontraksi setelah 15 detik melakukan rangsangan taktil/ masase.
- 14) Memeriksa kedua sisi plasenta baik bagian ibu maupun bayi dan pastikan selaput ketuban lengkap dan utuh. Memasukkan plasenta ke dalam kantung plastik atau tempat khusus.
- 15) Mengevaluasi kemungkinan laserasi pada vagina dan perineum. Melakukan penjahitan bila laserasi menyebabkan perdarahan.

4. Manajemen Kebidanan Kala IV

Tanggal :

Jam :

A. Data Subjektif

Ibu mengatakan perutnya masih mulas

B. Data Objektif

1. Keadaan Umum : Baik
2. Kesadaran : Composmentis
3. TFU dua jari dibawah pusat
4. Kontraksi Uterus Baik
5. Kandung kemih kosong
6. Perdarahan kurang dari 500 ml.
7. Laserasi derajat 1- 2

C. Analisis

P_____ Ab_____ dengan inpartus kala Iv keadaan ibu dan bayi baik

D. Penatalaksanaan

- 1) Memastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan pervaginam.
- 2) Memberi cukup waktu untuk melakukan kontak kulit ibu – bayi (di dada ibu paling sedikit 1 jam).
 - Sebagian besar bayi akan berhasil melakukan inisiasi menyusu dini dalam waktu 30-60 menit. Menyusu pertama

biasanya berlangsung sekitar 10-15 menit. Bayi cukup menyusu dari satu payudara.

- Membiarkan bayi berada di dada ibu selama 1 jam walaupun bayi sudah berhasil menyusu. Melakukan penimbangan/ pengukuran bayi, beri tetes mata antibiotik profilaksis, dan vitamin K1 1mg intramuskular di paha kiri anterolateral setelah satu jam kontak kulit ibu – bayi.
- 3) Melakukan penimbangan/ pengukuran bayi, memberi tetes mata antibiotik profilaksis, dan vitamin K1 1mg intramuskular di paha kiri anterolateral setelah satu jam kontak kulit ibu – bayi.
- 4) Memberikan suntikan imunisasi Hepatitis B (setelah satu jam pemberian Vitamin K1) di paha kanan anterolateral.
- 5) Meletakkan bayi di dalam jangkauan ibu agar sewaktu-waktu bisa disusukan
 - Meletakkan kembali bayi pada dada ibu bila bayi belum berhasil menyusu di dalam satu jam pertama dan biarkan sampai bayi berhasil menyusu.
- 6) Melanjutkan pemantauan kontraksi dan mencegah perdarahan per vaginam 2-3 kali dalam 15 menit pertama pasca persalinan, setiap 15 menit pada 1 jam pertama pasca persalinan, setiap 20-30 menit pada jam kedua pasca persalinan. Jika uterus tidak berkontraksi dengan baik, melakukan asuhan yang sesuai untuk menatalaksana atonia uteri.

- 7) Mengajarkan ibu/ keluarga cara melakukan masase uterus dan menilai kontraksi.
- 8) Mengevaluasi dan estimasi jumlah kehilangann darah.
- 9) Memeriksa nadi ibu dan keadaan kandung kemih setiap 15 menit selama 1 jam pertama pasca persalinan dan setiap 30 menit selama 2 jam pertama persalinan.
 - Memeriksa temperatur ibu sekali setiap jam selama 2 jam pertama pasca persalinan
 - Melakukan tindakan yang sesuai untuk temuan yang tidak normal
- 10) Memeriksa kembali kondisi bayi untuk memastikan bahwa bayi bernapas dengan baik (40-60 kali/ menit) serta suhu tubuh normal (36,5 – 37,5).
- 11) Menempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit). Cuci dan bilas peralatan setelah didekontaminasi.
- 12) Membuang bahan-bahan yang terkontaminasi ke tempat sampah yang sesuai.
- 13) Membersihkan badan ibu menggunakan air DTT. Membersihkan sisa cairan ketuban, lendir dan darah. Membantu ibu memakai pakaian yang bersih dan kering.

- 14) Memastikan ibu merasa nyaman, membantu ibu memerikan ASI.
Menganjurkan keluarga untuk memberi ibu minuman dan makanan yang diinginkannya.
- 15) Dekontaminasi tempat bersalin dengan larutan klorin 0,5%.
- 16) Mencelupkan sarung tangan kotor ke dalam larutan klorin 0,5%,
balikkan bagian dalam keluar dan rendam dalam larutan klorin
0,5% selama 10 menit.
- 17) Mencuci kedua tangan dengan sabun dan air bersih mengalir
kemudian keringkan dengan tissue atau handuk yang kering dan
bersih.
- 18) Melengkapi partograf (halaman depan dan belakang), periksa
tanda vital dan asuhan kala IV.

2.3.3 Konsep Manajemen Asuhan Kebidanan pada Bayi Baru Lahir

Tanggal :

Jam :

Tempat :

A. Data Subjektif

By. Ny. X lahir spontan tanggal..., pukul..., jenis kelamin laki-laki/
Perempuan, segera menangis, bayi bergerak aktif dan menyusu
dengan kuat.

B. Data Objektif

1. Pemeriksaan Umum

- a) Keadaan Umum : Baik
- b) Kesadaran : Composmentis
- c) Suhu : 36,5 °C – 37,5 °C
- d) Pernafasan : 40-60 ×/ menit
- e) Denyut Jantung : 120 – 160 ×/ menit

2. Pemeriksaan Antropometri

- a) Berat Badan : 2500 - 4000 gram
- b) Panjang Badan : 48 – 52 cm
- c) Lingkar Kepala : 33-35 cm
- d) Lingkar Dada : 30 – 33 cm
- e) Lingkar Perut : 31-35 cm
- f) LILA : 11-12 cm

3. Pemeriksaan Fisik Bayi Baru Lahir

a) Kepala

Normalnya tidak terdapat caput succedaneum, cephal hematoma, pemeriksaan ukuran, bentuk, sutura menutup (Sondakh, 2013).

b) Mata

Normalnya tidak ada perdarahan. Subkonjungtiva, tanfa-tanda infeksi (pus) (Sondakh, 2013).

c) Hidung

Normalnya tidak ada cuping hidung, tidak ada secret, bersih (Sondakh, 2013).

d) Mulut

Normalnya tidak ada labioskisis, labiopalatoskisis, dan reflek isap (dinilai dengan mengamati bayi saat menyusui (Sondakh, 2013).

e) Telinga

Normalnya Telinga bayi cukup bulan harus memiliki tulang rawan yang cukup agar dapat kembali ke posisi semula ketika digerakkan ke depan secara perlahan. Lubang telinga harus diperiksa kepatenannya.

f) Dada

Normalnya tidak adanya retraksi dinding dada, dan gangguan pernafasan.

g) Abdomen

Normalnya pemeriksaan tidak membuncit (pembesaran hati, limfa, tumor ster), scaphoid (kemungkinan bayi menderita diafragma/ atresia esofagus tanpa fistula) (Sondakh, 2013).

h) Genetalia

Normalnya pemeriksaan pada kelamin laki-laki yaitu testis sudah turun pada UK 37 minggu dan skrotum ada. Pada bayi

Perempuan labia mayora sudah menutupi labia minora, dan lubang vagina terpisah dari lubang uretra.

i) Anus

Normalnya Mekonium secara umum keluar pada 24 jam pertama, jika sampai 48 jam belum keluar kemungkinan adanya meconium plug sindrom, megakolon, atau obstruksi saluran (Sondakh, 2013).

4. Pemeriksaan Reflek

Menurut Sondakh 2017, pemeriksaan reflek yaitu:

1) Reflek mencari (rooting)

Normalnya bila pipi bayi disentuh oleh jari pemeriksa, maka bayi akan menoleh dan mencari sentuhan.

2) Menghisap (sucking)

Normalnya apabila bayi diberi dot/putting, maka bayi berusaha menghisap.

3) Reflek morrow

Normalnya apabila bayi diberi sentuhan mendadak terutama dengan jari dan tangan, maka akan menimbulkan gerak berlanjut.

4) Reflkes menggenggam

Normalnya apabila telapak tangan bayi disentuh dengan jari pemeriksa, maka bayi akan berusaha menggenggam jari pemeriksa Pengukuran antropometri.

5) Reflek Tonick Nock

Normalnya apabila bayi diangkat dari tempat tidur (digendong), maka bayi akan berusaha mengangkat kepalanya.

C. Analisi

By. Ny X Usia...jam dengan BBL normal

D. Penatalaksanaan

1) Mempertahankan suhu bayi agar tetap hangat

Pastikan bayi tetap hangat dan kontak kulit dengan ibu.

2) Memberikan salep mata

Obat tetes mata atau salep mata satu jam setelah bayi lahir.

3) Memberikan vitamin K1 setelah satu jam, melakukan penimbangan/ pengukuran, memberi tetes mata antibiotic profilaksi dan vitamin K1 1 mg secara IM di paha kiri anterolateral.

4) Setelah satu jam pemberian vitamin K1 memberikan suntikan imunisasi HB 0 di paha kanan anterolateral, serta memandikan bayi setelah 6 jam.

5) Membungkus bayi menggunakan kain kering dan lembut

6) Melakukan perawatan tali pusat dengan cara membungkus dengan kassa

7) Memberikan KIE pada ibu untuk memberikan ASI eksklusif dan menyusui bayinya setiap 2 jam sekali

- 8) Memebrikan informasi pada ibu tentang perawatan BBL dan payudara.
- 9) Memberitahu ibu tentang tanda bahaya baru lahir seperti keadaan suhu bayi yang terlalu hangat atau terlalu dingin, bayimengantukberlebih, gumoh/ muntah berlebih, tali pusat merah, bengkak, bernanah maupun berbau, tidak berkemih dalam waktu 24 jam

2.3.4 Konsep Manajemen Asuhan Kebidanan pada Masa Nifas

I. Kunjungan 1 (6 jam- 3 hari)

Tanggal :

Jam :

Oleh :

A. Data Subjektif

1. Keluhan Utama

Keluhan yang dirasakan oleh ibu nifas adalah sebagai berikut:

- a) Nyeri pada jalan lahir.
- b) Nyeri uluh hati.
- c) Konstipasi.
- d) rasa takut BAB dan BAK akibat adanya luka jahitan.
- e) Bengkak pada kaki.
- f) Nyeri perut.
- g) Adanya bendungan ASI.

- h) Keringat berlebihan.
- i) Nyeri selama beberapa hari jika ibu mengalami hemoroid (Surtinah dkk, 2019).

2. Riwayat Persalinan Sekarang

Riwayat persalinan ini meliputi tanggal persalinan, jenis persalinan, tempat persalinan, jenis kelamin, keadaan bayi, penolong persalinan, penyulit persalinan (Munthe dkk, 2019).

3. Pola Kebiasaan Sehari-hari

a) Nutrisi

Ibu nifas harus mengonsumsi makanan yang bermutu tinggi, bergizi dan cukup kalori untuk mendapat protein, mineral, vitamin yang cukup dan minum sedikitnya 2-3 liter/hari. Ibu nifas juga harus minum tablet tambah darah minimal selama 40 hari dan vitamin A 1000-1200 mcg segera setelah persalinan.

b) Eliminasi

Ibu nifas harus berkemih dalam 4-8 jam pertama dan minimal sebanyak 200 cc. sedangkan untuk buang air besar, diharapkan sekitar 3-4 hari setelah melahirkan.

c) Personal hygiene

Mencegah terjadinya infeksi yang dilakukan dengan menjaga kebersihan tubuh, termasuk pada daerah kewanitaannya terutama

pada saat nifas 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 kontraindikasi, dimulai dengan latihan tungkai di tempat tidur, miring di tempat tidur, duduk dan berjalan. Selain itu, ibu nifas juga dianjurkan untuk senam nifas dengan gerakan sederhana dan bertahap sesuai dengan kondisi ibu.

f) Hubungan seksual

Biasanya tenaga kesehatan memberi batasan rutin 6 minggu pasca persalinan untuk melakukan hubungan seksual (Handayani dan Mulyati, 2017).

4. Riwayat Psikososial

a) Bagaimana respon orangtua terhadap kehadiran bayinya dan

peran barunya yang mencangkup seluruh reaksi dan emosi.

Hal ini disesuaikan dengan periode psikologis ibu nifas yaitu *taking in, taking hold, dan letting go* (Surtikah dkk, 2019).

- b) Bagaimana respon anggota keluarga terhadap bayinya yang bertujuan untuk mengkaji adanya *sibling rivalry* (Surtikah dkk, 2019).
- c) Dukungan dari keluarga dalam mengasuh dan menyelesaikan tugas rumah tangga (Surtikah, dkk, 2019).

B. Data Objektif

1. Pemeriksaan Umum

- a) Keadaan Umum : Baik.
- b) Kesadaran : Composmentis.
- c) Tekanan Darah : Normal (110/70 – 140/90 mmHg),
140/90 mmHg,
- d) Suhu : Normalnya pada ibu inpartu tidak lebih dari 37,2°C. Pasca melahirkan, suhu tubuh dapat naik kurang lebih 0,5 °C dari keadaan normal.
- e) Nadi : Normalnya (76 – 100 x/menit). Selama persalinan adanya kontraksi dan saat ibu meneran maka kerja jantung akan menjadi semakin berat yang menyebabkan denyut nadi semakin cepat.
- f) Pernapasan : Normalnya (16 – 24 x/menit), pada ibu postpartum umumnya pernapasan lambat atau normal (Diana, 2017).

2. Pemeriksaan Fisik

a) Payudara

Pemeriksaan yang dilakukan untuk mengkaji ibu menyusui atau tidak, tanda-tanda infeksi pada payudara seperti kemerahan dan keluar nanah dari putting susu, kolostrum atau air susu sudah keluar/ belum dan proses menyusui ibu. Produksi ASI akan semakin banyak pada hari ke-2 sampai hari ke-3 setelah melahirkan (Surtinah dkk, 2019).

b) Abdomen

Normalnya pada pemeriksaan pada TFU adalah 2 jari bawah pusat pada hari pertama sampai ketiga, nifas hari ketujuh TFU berada di pertengahan antar pusat dan symphysis, 2 minggu TFU tidak teraba, 6 minggu TFU normal seperti sebelum hamil. Tidak terjadi involusi uterus, pada keadaan normal tidak terjadi diastasis recti dan kandung kemih kosong (Susilo Rini dan Feti Kumalan, 2017).

c) Genetalia

Pengeluaran lochea rubra dengan warna kehitaman dan mengandung sel desidua, rambut lanugo, verniks caseosa, sisa darah, dan sisa meconium oedema, peradangan, keadaan jahitan, nanah, tanda-tanda infeksi pada luka jahitan, kebersihan perineum, hemoroid pada anus (Rini dan Kumala, 2017).

d) Ektremitas

Normalnya pada pemeriksaan tidak didapatkan adanya edema atau nyeri, tanda homan, reflek patella positif. Tanda human didapatkan dengan meletakkan satu tangan pada lutut ibu, dan lakukan tekanan ringan untuk menjaga tungkai tetap lurus. Dorsifleksi kaki tersebut jika terdapat nyeri pada betis maka tanda hormone positif (Diana, 2017).

3. Pemeriksaan Penunjang

a) Hemoglobin

Pada masa nifas kadar hemoglobin sangat bervariasi akibat fluktuasi volume darah, volume plasma dan kadar sel volume darah merah (Surtinah dkk, 2019)

b) Protein urin dan glukosa urin

Normalnya pada pemeriksaan urine dan glukosa yaitu negatif (Surtinah dkk, 2019).

C. Analisis

P_____ Ab_____ dengan postpartum hari ke...

D. Penatalaksanaan

- 1) Beritahu ibu hasil pemeriksaannya, bahwa ibu dalam keadaan normal, namun perlu untuk melakukan pemeriksaan rutin (Sulistyawati, 2013).
- 2) Jelaskan pada ibu dan keluarga tentang tanda-tanda bahaya pada masa nifas seperti perdarahan, sakit kepala yang hebat, bengkak

pada muka, kaki dan tangan, demam lebih dari 2 hari, payudara bengkak (Sulistyawati 2013).

- 3) Berikan apresiasi terhadap ibu tentang pola makan dan minum yang selama ini sudah dilakukan, dan memberikan motivasi untuk teta mempertahankannya (Sulistyawati, 2013).
- 4) Memberikan KIE tentang cara pemberian ASI awal dan cara menyusui yang benar.
- 5) Melakukan pencegahan hipotermi dengan menempatkan bayi di tempat yang hangat.
- 6) Memberitahu ibu untuk melakukan kunjungan berikutnya, yaitu satu minggu lagi (Sulistyawati 2013)

2. Kunjungan II (8-28 hari)

Tanggal :

Jam :

A. Data Subjektif

Keluhan ibu yang biasa dirasakan pada 4-28 hari setelah melahirkan adalah ibu merasa nyeri pada jalan lahir dan kurang istirahat.

B. Data Objektif

Keadaan umum : Baik.

Kesadaran : Composmentis.

TD : 90/60-130/90 mmHg.

Nadi : 60/90 kali/menit.

Pernafasan : 16-24 kali/menit.

Suhu : 36,5 – 37,5°C

ASI : Kolostrum keluar

Kontraksi Uterus: Baik

TFU : Normalnya di pertengahan symphysis dan pusat

Perineum : kondisi jahitan tidak ada tanda-tanda infeksi,
kondisi jahitan kering/ belum

Lochea : pengeluaran lochea hari ke satu sampai hari ke empat adalah loche serosa dengan warna kekuningan atau coklat dan sedikit darah lebih banyak serum, leukosit dan robekan laserasi plasenta.

C. Analisa

P_____ Ab_____ dengan postpartum hari ke...

D. Penatalaksanaan

- 1) Memastikan involusi uterus berjalan normal (uterus berkontraksi, fundus dibawah umbilicus, tidak ada perdarahan abnormal).
- 2) Memastikan ibu menyusui dengan baik, dan tidak ada tanda-tanda penyulit seperti peradangan pada endometrium, peradangan pada selaput dinding perut, peradangan pada payudara.
- 3) Memastikan ibu dapat beristirahat dengan cukup yaitu tidur siang minimal 1 jam dan malam hari 6-7 jam.
- 4) Memberikan KIE pada ibu mengenai cara perawatan bayi, perawatan tali pusat, menjaga bayi agar tetap hangat dan

perawatan bayi sehari-hari seperti mengganti popok jika BAK dan BAB, menjaga kebersihan kulit bayi.

5) Menjadwalkan kunjungan ulang

3. Kunjungan III (29-42 Hari)

Tanggal :

Jam :

A. Data Subjektif

Keluhan pada ibu nifas 29-42 hari setelah melahirkan yaitu ibu ingin berkonsultasi mengenai KB setelah melahirkan.

B. Data Objektif

Keadaan umum : Baik-koma

Kesadaran : Composmentis

TD : 90/60-130/90 mmHg

Nadi : 60-90 ×/menit

Pernafasan : 16-24 ×/menit,

Suhu : 36,5 – 37,5o C,

Payudara : ASI keluar lancar dan tidak ada nyeri tekan

TFU : Tidak teraba diatas simpisis

Perineum : Kondisi jahitan pada perineum apakah terdapat tanda-tanda infeksi, jahitan sudah kering atau belum

Lochea : pengeluaran lochea di 2 minggu sampai 6 minggu adalah Alba, berwarna putih yang mengandung leukosit selaput jaringan mati, dan selaput lender dari serviks.

Kandung Kemih : kosong

C. Analisis

P_____ Ab_____ Postpartum hari ke...

D. Penatalaksanaan

- 1) Melakukan pendekatan terapeutik pada klien dan keluarga.
- 2) Menjelaskan keadaan ibu saat ini.
- 3) Melakukan observasi tanda-tanda vital (TTV), untuk mendeteksi adanya komplikasi.
- 4) Melakukan pemeriksaan involusi uterus, apakah berjalan normal (uterus berkontraksi, fundus dibawah umbilicus, tidak ada perdarahan abnormal).
- 5) Menganjurkan ibu mengkonsumsi makanan yang bernutrisi tinggi kalori tinggi protein (TKTP).
- 6) Memastikan bahwa kebersihan vagina harus benar-benar diperhatikan karena vagina pada ibu nifas masih mengeluarkan lochea.
- 7) Memastikan tidak ada tanda bahaya nifas seperti nyeri perut, keputihan yang berbau.

2.3.5 Konsep Manajemen Asuhan Kebidanan Pada Neonatus

1. Kunjungan I (6-48 jam)

Tanggal :

Jam :

A. Data Subjektif

1. Identitas

Nama Bayi : Untuk mengetahui identitas bayi

Tanggal Lahir` : Untuk mengetahui usia neonatus

Jenis Kelamin : Untuk mengetahui jenis kelamin bayi

Alamat : Untuk memudahkan kunjungan rumah

(Sondakh, 2013)

2. Keluhan Utama

Ibu mengatakan anaknya lahir pada hari ... tanggal ... jam...

WIB (Sondakh, 2013).

3. Pola Kebiasaan Sehari-hari

a) Nutrisi

Kebutuhan minum bayi umur hari pertama adalah 60 cc/ kg

BB dan ditambah 30 cc/ kg BB pada hari berikutnya

(Sondakh, 2013).

b) Eliminasi

Pengeluaran urin dan defekasi terjadi 24 jam pertama setelah

lahir, konsistensinya agak lembek, bewarna hitam kehijauan.

Untuk urin normalnya bewarna kuning (Sondakh, 2013).

c) Istirahat

Bayi memiliki pola tidur normalnya 14-18 jam/ hari (Sondakh, 2013).

d) Aktivita

Pada bayi biasanya menangis ketika BAK, BAB, dan bayi biasanya memutar kepala untuk mencari puting susu (Sondakh, 2013).

4. Riwayat Obstetri Lalu

Pengkajian yang dilakukan meliputi hamil ke berapa, umur kehamilan, ANC, HPL dan HPHT (Diana, 2017)

5. Riwayat Persalinan

Pengkajian yang dilakukan meliputi keadaan bayi baru lahir (jam dan tanggal), penolong, tempat dan cara persalinan (Diana, 2017).

B. Data Objektif

1. Pemeriksaan Umum

Keadaan Umum : Baik

Kesadaran : Composmentis

2. Pemeriksaan TTV

Suhu : 36,5 °C – 37,5 °C

Pernafasan : 40-60 ×/ menit

Denyut Jantung : 120 – 160 ×/ menit

3. Pemeriksaan Antropometri

Berat Badan : 2500 - 4000 gram

Panjang Badan	: 48 – 52 cm
Lingkar Kepala	: 33-35 cm
Lingkar Dada	: 30 – 33 cm
Lingkar Perut	: 31-35 cm
LILA	: 11-12 cm

(Sondakh, 2013)

4. Pemeriksaan Fisik

a) Kepala

Normalnya tidak ada caput succedaneum, tidak ada cephal hematoma dan pemeriksaan ukuran, bentuk, sutura menutup dan sebagainya (Sondakh, 2013).

b) Mata

Normalnya konjungtiva merah muda, dan sklera bewarna putih.

c) Hidung

Normalnya lubang simetris, bersih, tidak ada secret dan tidak ada cuping hidung.

d) Mulut

Normalnya reflek menghisap baik dan tidak ada palatoskisis.

e) Dada

Normalnya tidak ada retraksi dinding dada (sondakh, 2013).

f) Abdomen

Pemeriksaan pada neonatus normalnya teraba datar dan teraba lemas. Tidak ada perdarahan, pembengkakan, nanah, bau tidak enak pada tali pusat atau kemerahan di sekitar tali pusat (WHO, 2013).

g) Genetalia

Normalnya pada bayi laki-laki yaitu testis sudah turun dan skrotum ada. Pada bayi perempuan labia mayora sudah menutupi labia minora, dan lubang vagina terpisah dari lubang uretra. (Diana, 2017).

h) Anus

Mekonium secara umum keluar pada 24 jam pertama, jika sampai 48 jam belum keluar kemungkinan adanya meconium plug sindrom, megakolon, atau obstruksi saluran (Sondakh, 2013).

i) Kulit

pada pemeriksaan kulit yang diperhatikan adalah verniks, warna, pembengkakan atau bercak hitam dan tanda lahir (Diana, 2017).

C. Analisis

Neonatus Cukup Bulan Sesuai Masa kehamilan usia 6-48 jam.

D. Penatalaksanaan

- 1) Menjaga bayi tetap hangat dengan cara mencegah kehilangan panas baik secara konduksi, konveksi, radiasi dan evaporasi.
- 2) Merawat tali pusat dengan cara membungkus kassa
- 3) Menimbang berat badan bayi setelah dimandikan untuk mengetahui pertumbuhan bayi setiap hari.
- 4) Menganjurkan ibu untuk mengganti popok bayi setiap BAK dan BAB.
- 5) Menganjurkan ibu untuk menyusui bayinya setiap 2 jam sekali atau sesuai kebutuhan bayinya.
- 6) Menganjurkan ibu untuk memberikan ASI secara Eksklusif.
- 7) Menganjurkan ibu cara menyusui yang benar, sehingga bayi tidak tersedak dan merasa nyaman (Sondakh, 2013).

2. Kunjungan II (3- 7 hari)

Tanggal :

Jam :

A. Data Subjektif

Keluhan yang disampaikan oleh ibu biasanya bayinya rewel dan tidak mau menyusu.

B. Data Objektif

Denyut jantung : Normal (130-160 x/menit).

Pernafasan : Normal (30-60 x/menit).

Suhu : Normal (36 – 37 °C).

Berat Badan : Normal (2400-4000 gram).

C. Analisi

Neonatus Cukup Bulan Sesuai Masa kehamilan Usia... Hari
keadaan bayi normal.

D. Penatalaksanaan

- 1) Berikan informasi hasil pemeriksaan bayi pada ibu dan keluarga, bayi dalam keadaan baik dan sehat.
- 2) Melakukan pemeriksaan TTV
- 3) Berikan KIE tentang cara pemberian ASI yang baik dan benar, ibu diharapkan mencuci tangan sebelum dan sesudah memberikan ASI kepada bayinya lalu upayakan posisi perut bayi sejajar dengan perut ibu atau saling bersentuhan seluruh bagian hitam payudara atau aerola dan puting susu harus masuk kedalam perut bayi.
- 4) Berikan KIE cara perawatan tali pusat yaitu dengan membersihkan tali pusat sesering mungkin jika terlihat kotor atau lembb. Jangan membungkus tali pusat dengan kencang atau membumbuinya dengan raman-ramuan tradisional dan lipatlah popok dibawah tali pusat
- 5) Berikan informasi mengenai tanda-tanda bahaya bayi baru lahir.
 - 6) Menganjurkan ibu untuk melakukan kunjungan ulang
(Diana, 2017).

3. Kunjungan III (8-28 Hari)

Tanggal :

Jam :

A. Data Subjektif

Keluhana yang biasanya dikatakan oleh ibu adalah bayinya tidak mau menyusu.

B. Data Objektif

Denyut jantung : Normal (130-160 ×/menit).

Pernafasan : Normal (30-60 ×/menit).

Suhu : Normal (36 – 37 °C).

Berat Badan : Normal (2400-4000 gram).

C. Analisis

Neonatus Cukup Bulan Sesuai Masa Kehamilan usia... hari keadaan bayi normal.

D. Penatalaksanaan

- 1) Memberitahukan ibu hasil pemeriksaan bayi saat ini bahwa bayinya dalam keadaan normal dan sehat.
- 2) Memberitahukan ibu tentang pemberian ASI eksklusif selama minimal 6 bulan dan meneteki bayi dengan payudara kanan dan kiri secara bergantian.
- 3) Memberitahukan ibu tentang imunisasi dasar wajib untuk bayi pada saat umur bayi menginjak usia 8 minggu atau 2 bulan, yaitu imunisasi Hepatitis B, DPT 1, Polio 1.

2.3.6 Konsep Manajemen Asuhan Kebidanan Pada Masa Interval

Tanggal :

Jam :

Oleh :

A. Data Subjektif

1) Keluhan Utama

Keluhan yang dirasakan oleh ibu yang menyebabkan datang.

- a) Apakah pasien ingin menunda kehamilan (untuk PUS dengan usia istri kurang dari 20 tahun)?
- b) Apakah pasien ingin menjarangkan kehamilan (baik digunakan untuk usia istri 20-35 tahun dengan jumlah anak anak 2 orang dan jarak kelahiran 2-4 tahun)?
- c) Apakah pasien ingin mengakhiri kesuburan (periode untuk usia istri diatas 35 tahun)?

2) Pola Kebutuhan Sehari-hari

a) Nutrisi

Pemenuhan kebutuhan nutrisi makan dan minum yang sesuai dengan gizi seimbang.

b) Eliminasi

Pengkajian dilakukan untuk mengetahui apakah ada penyulit BAK dan BAB.

c) Istirahat

Pengkajian yang dilakukan untuk mengetahui ibu beristirahat yang cukup atau tidak.

d) *Personal hygiene*

Untuk mengkaji kebersihan tubuh ibu sehingga terhindar dari infeksi.

e) Aktivitas

Pengkajian yang dilakukan untuk mengetahui apakah ibu kesulitan beraktivitas sehingga dapat direncanakan dalam pemberian asuhan.

f) Hubungan seksual

Pengkajian untuk mengetahui apakah ibu aktif dalam berhubungan seksual sehingga dapat menyesuaikan asuhan sesuai dengan kebutuhan ibu.

3) Riwayat Psikososial

Untuk mengetahui pengetahuan dan respon pada ibu mengenai kontrasepsi yang digunakan saat ini, adakah keluhan, respon suami ketika ibu memakai kontrasepsi, dan dukungan dari keluarga, serta pemilihan tempat pelayanan KB (Diana, 2017).

B. Data Objektif

1) Pemeriksaan Umum

a) Keadaan Umum

Data yang diperoleh dengan mengamati keadaan pasien secara keseluruhan menunjukkan baik.(Diana, 2019).

b) Kesadaran

Pengkajian yang dilakukan untuk mendapatkan gambaran tentang kesadaran pasien apakah menunjukkan normalnya composmentis (Diana, 2019).

c) Tanda-Tanda Vital

a) Tekanan Darah : Normal (120/80 sampai 130/90 mmHg).

b) Suhu : Normal (36 °C).

c) Nadi : Normal (70-88 ×/menit)

d) Pernafasan : Normal (22-24 ×/menit)

(Diana, 2017)

C. Analisi

P ____ Ab ____ usia ... tahun dengan calon akseptor KB...

D. Penatalaksanaan

- 1) Melakukan pendekatan terapeutik kepada klien dan keluarga.
- 2) Memberikan penjelasan tentang macam-macam metode KB
- 3) Melakukan informed Consent dan bantu klien menentukan pilihannya
- 4) Memberikan penjelasan secara lengkap tentang metode kontrasepsi yang digunakan

- 5) Menganjurkan ibu kapan kembali atau kontrol dan tulis pada kartu akseptor atau sewaktu-waktu apabila ibu ada masalah atau keluhan.