

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1. Konsep Continuity of Care (CoC)**

*Continuity of Care* dalam kebidanan adalah serangkaian kegiatan pelayanan yang berkelanjutan dan menyeluruh mulai dari kehamilan, persalinan, nifas, pelayanan Bayi Baru Lahir (BBL) serta pelayanan Keluarga Berencana (KB) yang menghubungkan kebutuhan kesehatan perempuan dan keadaan pribadi setiap individu (Ningsih, 2017). *Continuity of Care* adalah hal yang mendasar dalam model praktik kebidanan untuk memberikan asuhan yang holistik, membangun kemitraan yang berkelanjutan untuk memberi dukungan, dan membina hubungan saling percaya antara bidan dengan klien (Astuti, 2017).

CoC menekankan pada kondisi alamiah yaitu membantu perempuan agar mampu melahirkan dengan intervensi minimal dan pemantauan fisik, kesehatan psikologis, spiritual dan sosial perempuan dan keluarga. Dapat ditarik kesimpulan bahwa CoC merupakan pelayanan yang mendasari praktik kebidanan untuk memberikan asuhan yang holistik, membangun hubungan saling percaya antara bidan dengan klien serta meningkatkan kesejahteraan keluarga.

Tujuan CoC yaitu untuk memantau kemajuan kehamilan, memastikan kesehatan ibu dan tumbuh kembang bayi, mengenal secara dini adanya ketidaknormalan atau komplikasi yang mungkin terjadi selama hamil, mengurangi penggunaan intervensi pada saat persalinan termasuk SC, meningkatkan jumlah persalinan normal: target pemerintah untuk mengurangi kematian dan resiko rasa sakit:

1. 16% mengurangi kematian bayi.
2. 19% mengurangi kematian bayi sebelum 24 minggu.
3. 15% mengurangi pemberian obat analgesia.
4. 24% mengurangi kelahiran preterm.
5. 16% mengurangi tindakan episiotomy (Homer, C., Brodie, P., Sandall, J., & Leap, 2019)

*Continuity of Care* dimulai dari asuhan *Antenatal Care* (ANC) secara berkesinambungan dengan standar asuhan kehamilan minimal dilakukan 6x kunjungan dari trimester 1 (usia kehamilan 0 – 13 minggu) 1x, trimester 2 (usia kehamilan 14 – 27 minggu) 2x, dan trimester 3 (usia kehamilan 28 – 40 minggu) 3x. Asuhan kehamilan yang diberikan oleh bidan dapat melibatkan keluarga, sebab keluarga menjadi bagian integral/tidak terpisahkan dari ibu hamil. Dalam hal pengambilan keputusan merupakan kesepakatan bersama antara ibu, keluarganya dan bidan dengan ibu sebagai penentu utama dalam proses pengambilan keputusan.

Persalinan merupakan momen yang sangat ditunggu oleh ibu dan keluarga, namun ibu khawatir akan keselamatan ibu dan janin. Persalinan adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada usia kehamilan cukup bulan sekitar 37-40 minggu, lahir normal atau spontan dengan presentasi kepala dibelakang. Pada tahap ini bidan harus bisa memberikan asuhan sayang ibu untuk memberikan kenyamanan sehingga dapat melalui proses bersalin dengan aman. Asuhan persalinan merupakan pelayanan yang diberikan bidan mulai datangnya tanda persalinan sampai 2 jam pasca bersalin dengan tujuan untuk memantau kondisi ibu dan bayi baru lahir, dikarenakan pada 24 jam pasca persalinan

merupakan fase kritis sering terjadi perdarahan *postpartum* karena atonia uteri pada ibu. Pemantauan pada bayi baru lahir dilakukan sampai 6 jam pasca lahir untuk mendeteksi adanya hipotermi atau tidak.

Bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir dengan presentasi belakang kepala melalui vagina tanpa memakai alat, pada usia kehamilan genap 37 minggu sampai dengan 42 minggu, dengan berat badan 2500-4000 gram, nilai APGAR >7 dan tanpa cacat bawaan. Standar Asuhan pada bayi baru lahir menurut (Firmansyah Fery, 2020) yaitu membersihkan jalan nafas dan memelihara kelancaran pernafasan, dan perawatan tali pusat. Menjaga kehangatan dan menghindari panas yang berlebihan. Menilai segera bayi baru lahir seperti nilai APGAR. Membersihkan badan bayi dan memberikan identitas. Melakukan pemeriksaan fisik yang terfokus pada bayi baru lahir dan screening untuk menemukan adanya tanda kelainan-kelainan pada bayi baru lahir yang tidak memungkinkan untuk hidup. Mengatur posisi bayi pada waktu menyusui. Memberikan imunisasi pada bayi. Melakukan tindakan pertolongan kegawatdaruratan pada bayi baru lahir, seperti bernafas/asfiksia, *hypotermi*, *hypoglikemia*. Memindahkan secara aman bayi baru lahir ke fasilitas kegawatdaruratan apabila dimungkinkan. Setelah dilakukan asuhan pada bayi baru lahir maka terdapat kunjungan neonatus dimana kunjungan ini dilakukan minimal sebanyak 3 kali, yaitu kunjungan neonatus I (KN 1) pada 6 jam–48 jam setelah lahir, kunjungan neonatus II (KN 2) pada hari ke 3 – 7 hari setelah kelahiran, dan kunjungan neonatus III (KN 3) pada hari ke 8 – 28 hari setelah kelahiran. Pelayanan kesehatan ini dapat diberikan oleh bidan di fasilitas kesehatan atau melalui kunjungan rumah. Pelayanan yang diberikan yaitu antara lain meliputi

konseling perawatan bayi baru lahir, ASI eksklusif, pemberian vitamin K1 injeksi dan hepatitis B0 injeksi, perawatan tali pusat, serta pencegahan infeksi dan hipotermi (Ramli, 2016)

Pada fase nifas, asuhan yang diberikan adalah memberi dukungan secara berkesinambungan selama masa nifas sesuai dengan kebutuhan ibu untuk mengurangi ketegangan fisik dan psikologis selama masa nifas, sebagai promotor yang memfasilitasi hubungan antara ibu dan bayi serta keluarga, mendeteksi penyulit maupun komplikasi selama masa nifas dan menyusui serta melaksanakan rujukan secara aman dan tepat waktu sesuai dengan indikasi dan memberikan asuhan kebidanan nifas dan menyusui secara etis profesional (H.P. Wahyuningsih, 2018).

Masa nifas berlangsung selama 40 hari atau 6 minggu, membutuhkan edukasi terkait perencanaan dalam mengambil keputusan untuk menjarangkan kehamilan. Asuhan pelayanan Keluarga Berencana (KB) merupakan upaya untuk mencegah terjadinya pernikahan usia dini, menekan angka kematian ibu dan bayi akibat hamil di usia muda atau tua, dan menekan jumlah penduduk serta menyeimbangkan jumlah kebutuhan dengan jumlah penduduk di Indonesia. Oleh sebab itu, bidan harus mampu memberikan pelayanan KB agar ibu dan suami dapat mengambil keputusan secara tepat dalam pemilihan alat kontrasepsi.

## **2.2 Konsep Dasar Kehamilan, Persalinan, Nifas, Bayi Baru Lahir dan Masa Antara Fisiologis**

### **a. Konsep Dasar Kehamilan**

## 1. Definisi Kehamilan

Menurut Hanni (2011), kehamilan merupakan proses alamiah untuk menjaga kelangsungan peradaban manusia. Kehamilan dapat terjadi jika seorang wanita mengalami pubertas yang ditandai dengan terjadinya menstruasi.

Menurut Manuaba (2011), kehamilan merupakan mata rantai yang bersinambung terdiri dari *ovulasi*, migrasi spermatozoa, dan ovum, *konsepsi*, pembelahan, *nidasi* pada uterus, pembentukan plasenta dan tumbuh kembang hasil *konsepsi* sampai aterm

Kehamilan didefinisikan sebagai fertilisasi atau penyatuan dari spermatozoa dan ovum lalu dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi. Kehamilan trimester III merupakan kehamilan dari usia 28–40 minggu dimana merupakan waktu mempersiapkan kelahiran dan kedudukan sebagai orang tua, seperti terpusatnya perhatian pada kelahiran bayi, sehingga disebut juga sebagai periode penantian (Saifuddin, 2016).

Menurut Asrinah (2012), periode *antepartum* adalah periode kehamilan yang dihitung sejak hari pertama haid terakhir (HPHT) sampai dimulainya persalinan. Periode ini dibagi menjadi tiga trimester yang masing-masing terdiri dari 13 minggu.

### a. Klasifikasi Kehamilan Berdasarkan Usia Kehamilan

Manurung (2011) menyatakan bahwa kehamilan di bagi menjadi 3 trimester, yaitu sebagai berikut :

- 1) Trimester I usia kehamilan 0 – 12minggu
- 2) Trimester II usia kehamilan 13 – 28 minggu

3) Trimester III usia kehamilan 29 – 40 minggu

Klasifikasi kehamilan berdasarkan lama kehamilan Prawiroharjo (2012) menyatakan bahwa lama kehamilan berlangsung sampai persalinan aterm sekitar 280 hari sampai 300 hari dengan perhitungan sebagai berikut :

- 1) Abortus : kehamilan sampai usia 16 – 20 minggu
- 2) Immatur : kehamilan sampai usia 21 – 28 minggu
- 3) Prematur : kehamilan sampai usia 29 – 36 minggu
- 4) Aterm : kehamilan sampai usia 37 – 42 minggu
- 5) Postdate : kehamilan melebihi usia 42 minggu

b. Menentukan Usia Kehamilan

Cara menghitung usia kehamilan dapat dilakukan dengan beberapa cara yaitu menghitung berdasarkan HPHT, dengan mengukur tinggi *fundus uteri*, dengan mengetahui pergerakan janin serta dengan USG (Sulistyawati, 2013).

1) Rumus *Naegele*

Menurut Hanni dkk (2010), Usia kehamilan dihitung 280 hari.

Patokan HPHT atau TP (tafsiran persalinan).HPHT adalah hari pertama haid terakhir seorang wanita sebelum hamil.HPHT yang tepat adalah tanggal dimana ibu baru mengeluarkan darah *menstruasi* dengan frekuensi dan lama seperti *menstruasi* biasa.TP adalah tanggal taksiran perkiraan persalinan ibu. Bisa ditentukan setelah HPHT ditetapkan. Berikut rumus yang digunakan:

- a) Cara Maju : Menghitung hari yang sudah di lalui (HPHT ke Tanggal Periksa)
- b) Cara Mundur : Menghitung hari yg belum di lalui (tanggal periksa ke TP).

c) Perkiraan Tanggal Persalinan

1)  $+7 +9$  (untuk bulan januari – maret)

2)  $+7 -3 +1$  (untuk bulan April– desember).

d) Gerakan pertama fetus

Diperkirakan terjadi gerakan pertama *fetus* pada usia kehamilan 16 minggu terdapat perbedaan. Namun perkiraan ini tidak tepat karena perbedaan merasakan gerakan antara *primigravida* dengan *multigravida*. Pada *primigravida* biasanya dirasakan pada usia 28 minggu, sedangkan pada *multigravida* sekitar 16 minggu (Romauli, 2011).

e) Perkiraan tinggi fundusuteri

Usia kehamilan mempengaruhi ukuran tinggi fundus uteri. Pada tabel 2.1 dijabarkan tentang pengaruh usia kehamilan terhadap tinggi fundus uteri dengan pengukuran Mc. Donald yang menyebutkan bahwa ukuran tinggi fundus uteri  $\pm 2$  cm dari usia kehamilan dalam minggu.

Tabel 2.1 Tinggi Fundus Uteri Menurut Mc. Donald

No	Usia Kehamilan	Tinggi Fundus Uteri
1.	22 minggu	20 – 24 cm diatas simfisis
2.	28 minggu	26 – 30 cm diatas simfisis
3.	30 minggu	28 – 32 cm diatas simfisis
4.	32 minggu	30 – 34 cm diatas simfisis
5.	34 minggu	32 – 36 cm diatas simfisis
6.	36 minggu	34 – 38 cm diatas simfisis
7.	38 minggu	36 – 40 cm diatas simfisis
8.	40 minggu	38 – 42 cm diatas simfisis

Sumber: Saifuddin, 2014.

## **2. Perubahan pada Kehamilan Trimester III**

### **a. Perubahan Psikologis Pada Kehamilan Trimester III**

Kehamilan pada trimester ketiga sering disebut fase penantian yang penuh dengan kewaspadaan. Trimester III sering kali disebut periode menunggu dan waspada, ibu sering merasa takut akan rasa sakit dan bahaya fisik yang akan dialami pada saat persalinan. Ibu merasa khawatir bahwa bayinya akan lahir sewaktu-waktu, serta takut bayinya yang akan dilahirkan tidak normal. Rasa tidak nyaman akibat kehamilan timbul kembali, merasa diri aneh dan jelek, serta gangguan body image (Rustikayanti. dkk. 2016).

## **3. Ketidaknyamanan Ibu Hamil Trimester III**

### **a. Bengkak pada kaki**

Dapat diatasi dengan cara menghindari menggunakan pakaian ketat, mengkonsumsi makanan yang berkadar garam tinggi sangat tidak dianjurkan. Saat bekerja atau istirahat hindari duduk atau berdiri dalam jangka waktu lama. Saat istirahat, naikkan tungkai selama 20 menit berulang-ulang. Sebaiknya ibu hamil makan-makanan tinggi protein (Tyastuti dan Wahyuningsih, 2016).

### **b. Sering buang air kecil**

Sering buang air (BAK) sering disebabkan oleh karena uterus membesar, yang disebabkan karena terjadi penurunan bagian bawah janin sehingga menekan kandung kemih. Ibu hamil dilarang untuk menahan BAK, upayakan untuk mengosongkan kandung kencing pada saat terasa ingin BAK. Perbanyak minum

pada siang hari untuk menjaga keseimbangan hidrasi. Apabila BAK pada malam hari tidak mengganggu tidur maka tidak dianjurkan mengurangi minum di malam hari, tetapi bila ya, batasi minum setelah makan malam, di samping itu ibu hamil harus membatasi minum yang mengandung diuretic seperti teh, kopi, cola dengan caffeine (Tyastuti dan Wahyuningsih, 2016).

c. Sesak nafas

Sesak nafas ini biasanya mulai terjadi pada awal trimester II sampai pada akhir kehamilan. Keadaan ini disebabkan oleh pembesaran uterus dan pergeseran organ-organ abdomen, pembesaran uterus membuat pergeseran diafragma naik sekitar 4 cm. Peningkatan hormon progesterone membuat hiperventilasi.

d. Sakit punggung dan pinggang

Sakit punggung dan pinggang pada ibu hamil terjadi pada ibu hamil trimester II dan III, dapat disebabkan karena pembesaran payudara yang dapat berakibat pada ketegangan otot, dan kelelahan. Posisi tubuh membungkuk ketika mengangkat barang dapat merangsang sakit punggung, hal ini berkaitan dengan kadar hormon yang meningkat menyebabkan cartilage pada sendi besar menjadi lembek, di samping itu posisi tulang belakang hiperlordosis.

e. Konstipasi atau sembelit

Konstipasi atau sembelit selama kehamilan terjadi karena peningkatan hormone progesterone yang menyebabkan relaksasi otot sehingga usus kurang efisien, konstipasi juga dipengaruhi karena perubahan uterus yang semakin membesar, sehingga uterus menekan daerah perut. Cara mengatasi konstipasi atau sembelit adalah minum air putih yang cukup minimal 6-8 gelas/ hari, makanlah

makanan yang berserat tinggi seperti sayuran dan buah-buahan, lakukanlah olahraga ringan secara teratur seperti berjalan, segera konsultasikan ke dokter/bidan apabila konstipasi atau sembelit tetap terjadi setelah menjalankan cara-cara diatas.

f. Nyeri Pinggang

Nyeri pinggang merupakan nyeri punggung yang terjadi pada area lumbosakral. Nyeri punggung bawah biasanya akan meningkat intensitasnya seiring pertambahan usia kehamilan karena nyeri ini merupakan akibat pergeseran pusat gravitasi wanita tersebut dan postur tubuhnya. Perubahan- perubahan ini disebabkan oleh berat uterus yang membesar. Cara untuk mengatasi ketidaknyamanan ini antara lain postur tubuh yang baik, mekanik tubuh yang tepat saat mengangkat beban, hindari membungkuk berlebihan, mengangkat beban, dan berjalan tanpa istirahat, gunakan sepatu bertumit rendah, kompres, kompres es pada punggung, pijatan/ usapan pada punggung, untuk istirahat atau tidur; gunakan kasur yang menyokong atau gunakan bantal di bawah punggung untuk meluruskan punggung dan meringankan tarikan dan regangan.

g. Sakit Kepala

Sakit kepala terjadi akibat kontraksi otot/spasme otot (leher, bahu dan penegangan pada kepala), serta kelelahan. Selain itu, tegangan mata sekunder terhadap perubahan okuler, dinamika cairan syaraf yang berubah. Cara meringankan : teknik relaksasi, memassase leher dan otot bahu, penggunaan kompres panas/es pada leher, istirahat, dan mandi air hangat.

#### **4. Tanda Bahaya Kehamilan Trimester III**

a. Pendarahan pervaginam

Perdarahan pervaginam pada kehamilan lanjut terjadi setelah kehamilan 22 minggu. Perdarahan antepartum dapat berasal dari kelainan plasenta seperti plasenta previa, solusio plasenta atau perdarahan yang belum jelas sebabnya dan bukan dari kelainan plasenta seperti erosi, polip, dan varises yang pecah.

b. Keluar cairan pervaginam

Keluarnya cairan berupa air dari vagina pada trimester III ibu harus dapat membedakan antara urine atau air ketuban. Jika keluar cairan yang berbau amis, tidak terasa, dan berwarna putih keruh berarti yang keluar adalah air ketuban. Jika kehamilan belum cukup bulan ibu dapat menyebabkan persalinan preterm (<37 minggu) dan komplikasi infeksi intrapartum.

c. Gerakan janin berkurang

Normalnya mulai merasakan gerakan janinnya selama 18 minggu atau 20 minggu. Gerakan bayi akan lebih mudah dirasakan jika ibu berbaring untuk beristirahat dan jika ibu makan dan minum dengan baik. Janin dapat bergerak hendaknya 10 kali dalam 2 jam, jika ibu kurang merasakan gerakan janin maka perlu waspada adanya gangguan pada janin ibu.

## 5. Pelayanan Antenatal Care 10T

Menurut JNPK-KR (2017), standar asuhan kehamilan yang sering disebut pelayanan antenatal care (ANC) antara lain:

a. Pengukuran berat badan dan tinggi badan

Jika pada ibu hamil normal penambahan berat badan (BB) dari trimester I

hingga trimester III yaitu 9 -13,9 kg dari kenaikan berat badan setiap minggu yang tergolong normal 0,4 -0,5 kg per minggu mulai dari trimester II. Indeks Masa Tubuh ibu hamil sebelum hamil ditentukan oleh berat badan ideal ibu setelah hamil. Dilakukannya pengukuran tinggi badan bertujuan untuk mendeteksi faktor risiko terhadap kehamilan yang seringberhubungan dengan rongga panggul.

b. Pengukuran tekanan darah

Pengukuran tekanan darah dilakukan setiap kali ibu melakukan kunjungan yang bertujuan untuk mengetahui standar tinggi, normal atau rendah. Tekanan darah normal adalah 120/80 mmHg, jika tekanan darah lebih tinggi atau sama 140/90 mmHg, kemungkinan akan termasuk faktor risiko hipertensi.

c. Pengukuran Lingkar Lengan Atas (LILA)

Pada saat kontak pertama dengan ibu hamil petugas wajib melakukan skrining pengukuran LILA. Pengukuran ini dilakukan untuk mengetahui status gizi pada ibu hamil tersebut. Jika ibu hamil memiliki lingkar lengan atas < 23,5 cm maka ibu hamil tersebut bisa di kategorikan menderita Kurang Energi Kronis (KEK). KEK dapat menyebabkan ibu melahirkan bayi berat badan lahir rendah (BBLR), kematian saat persalinan, perdarahan, persalinan yang sulit karena lemah dan mudah mengalami gangguan kesehatan.

d. Pengukuran tinggi puncak Rahim

Dilakukan pengukuran tinggi rahim bertujuan untuk melihat pertumbuhan janin apakah sudah sesuai dengan usia kehamilan atau tidak dengan menggunakan metode Mc. Donald. Metode tersebut merupakan metode yang bisa menentukan umur kehamilan berdasarkan minggu dan jika sudah mendapatkan hasil bisa

dibandingkan dengan hasil anamnesis dari hari pertama haid terakhir dan mulai kapan gerakan janin bisa dirasakan. Umur kehamilan dan Tinggi Fundus Uteri (TFU) harus sama dengan minggu yang dicantumkan pada Hari Pertama Haid Terakhir (HPHT).

e. Penentuan status imunisasi Tetanus Toksoid (TT)

Untuk selanjutnya petugas kesehatan jika diperlukan melakukan penyuntikkan tetanus toksoid sesuai dengan anjuran untuk melakukan pencegahan tetanus pada ibu hamil dan bayi, dan status imunisasi lengkap yaitu hingga TT5.

f. Pemberian tablet tambah darah

Pemberian tablet penambah darah bertujuan untuk mencegah terjadinya anemia serta memenuhi kebutuhan Fe pada ibu hamil dan nifas. Awal kehamilan ibu hamil dianjurkan minum 1 tablet tambah darah setiap hari minimal selama 90 tablet, menurut Direktorat Bina Kesehatan Ibu Kemenkes RI, (2013) tablet zat besi sebaiknya di minum pada malam hari setelah makan atau sebelum tidur untuk mengurangi efek mual. Tablet zat besi ini baik di minum jika bersamaan dengan Vitamin C yang bertujuan untuk penyerapan dari tablet zat besi tersebut.

g. Tes laboratorium

Tes golongan darah dilakukan untuk mengetahui golongan darah ibu untuk mempersiapkan donor bagi ibu hamil bila diperlukan, tes Hemoglobin (Hb) dilakukan pada kehamilan trimester I dan trimester III yang fungsinya untuk mengetahui ibu hamil tersebut kekurangan darah atau tidak, pemeriksaan urin serta pemeriksaan darah untuk mengetahui Human Immunodeficiency Virus (HIV),

Malaria dan Sifilis dan Hepatitis B Surface Antigen (HBsAG). Pemeriksaan sifilis dilakukan dengan uji nontreponemal. Uji nontreponemal dibagi menjadi 2 yaitu:

- 1) Uji *Venereal Disease Research Laboratory* (VDRL)
  - 2) Uji *Rapid Plasma Reagin* (RPR)
- h. Penentuan letak janin (presentasi kepala) dan perhitungan denyut jantung janin.

Pada pemeriksaan Trimester III pada saat ibu hamil melakukan kunjungan antenatal yang tujuannya untuk mengetahui letak janin. Kemudian dilakukan pemeriksaan Denyut Jantung Janin (DJJ), denyut jantung janin normal yaitu 120 kali/ menit -160 kali/menit. Jika DJJ kurang dari 120x/menit atau lebih dari 160x/menit menunjukkan adanya gawat jani segera lakukan rujukan.

- i. Pelaksanaan temu wicara

Setelah dilakukan pemeriksaan lengkap, dilanjutkan pemberian komunikasi interpersonal dan konseling oleh tenaga kesehatan menjelaskan mengenai perawatan dalam kehamilan pada ibu untuk mengetahui, pencegahan kelainan bawaan, persalinan, Inisiasi Menyusu Dini (IMD), nifas, perawatan bayi baru lahir, ASI eksklusif, Keluarga Berencana (KB) serta Imunisasi pada bayi.

- j. Tatalaksana atau mendapatkan pengobatan

Berdasarkan hasil pemeriksaan antenatal yang dilakukan setiap keluhan atau kelainan akan segera ditangani dengan di rujuk dengan sistem rujukan yang sesuai dengan standar.

## 6. Asuhan kebidanan trimester III

Kemenkes RI, (2013) ibu hamil dianjurkan melakukan kunjungan antenatal berkualitas minimal 4 kali, trimester I satu kali sebelum minggu ke-16, trimester II

satu kali antara minggu ke-24-28, dan trimester III dua kali antara minggu 30- 32 dan minggu 36-38. Pemeriksaan yang dilakukan pada trimester III yaitu:

- a. Pemeriksaan keadaan umum, tekanan darah, suhu tubuh, berat badan, periksa gejala anemia, edema, tanda bahaya.
- b. Pemeriksaan fisik obstetrik seperti, tinggi fundus, pemeriksaan obstetrik dengan manuver Leopold, denyut jantung janin.
- c. Pemeriksaan penunjang kadar Hb.

## **7. Kehamilan Risiko Tinggi**

### **a. Pengertian**

Kehamilan risiko tinggi adalah kehamilan yang akan menyebabkan terjadinya bahaya dan komplikasi yang lebih besar baik pada ibu maupun pada janin dalam kandungan dan dapat menyebabkan kematian, kesakitan, kecacatan, ketidaknyamanan dan ketidakpuasan. Dengan demikian untuk menghadapi kehamilan atau janin risiko tinggi harus diambil sikap proaktif, berencana dengan upaya promotif dan preventif. Sampai pada waktunya, harus diambil sikap tepat dan cepat untuk menyelamatkan ibu dan bayinya atau hanya dipilih ibunya saja. Keadaan yang dapat meningkatkan risiko kematian ibu secara tidak langsung disebut sebagai faktor risiko, semakin banyak faktor risiko yang ditemukan pada kehamilan maka semakin tinggi pula risikonya. Komplikasi pada saat kehamilan dapat dikategorikan dalam risiko kehamilan, sebanyak 90% penyebab kematian terjadi karena komplikasi obstetrik yang tidak terduga saat kehamilan, saat persalinan atau pasca persalinan dan 15% kehamilan diperkirakan berisiko tinggi dan dapat membahayakan ibu dan janin.

1) Kriteria Kehamilan Berisiko

Kehamilan berisiko terbagi menjadi tiga kriteria yang dituangkan dalam bentuk angka atau skor. Angka bulat yang digunakan dalam penilaian yaitu 2, 4 dan 8 pada setiap variabel dan kemudian dijumlahkan menjadi total skor akhir. Berdasarkan total skor kehamilan berisiko dibedakan menjadi:

a) Kehamilan Risiko Rendah (KRR)

Kehamilan risiko rendah dimana ibu seluruh ibu hamil berisiko terhadap kehamilannya untuk ibu hamil dengan kehamilan risiko rendah jumlah skor 2 yaitu tanpa adanya masalah atau faktor risiko. Persalinan dengan kehamilan risiko rendah dalam dilakukan secara normal dengan keadaan ibu dan bayi sehat, tidak dirujuk dan dapat ditolong oleh bidan.

b) Kehamilan Risiko Tinggi (KRT)

Kehamilan risiko tinggi dengan jumlah skor 6 - 10, adanya satu atau lebih penyebab masalah pada kehamilan, baik dari pihak ibu maupun bayi dalam kandungan yang memberi dampak kurang menguntungkan baik bagi ibu atau calon bayi. Kategori KRT memiliki risiko kegawatan tetapi tidak darurat.

c) Kehamilan Risiko Sangat Tinggi (KRST)

Kehamilan risiko sangat tinggi (KRST) dengan jumlah skor  $\geq 12$ . Ibu hamil dengan dua atau lebih faktor risiko meningkat dan memerlukan ketepatan waktu dalam melakukan tindakan rujukan serta pertolongan persalinan yang memadai di Rumah Sakit ditangani oleh Dokter spesialis. Hasil penelitian menunjukkan bahwa KRST merupakan kelompok risiko

terbanyak penyebab kematian maternal.

- 2) Pengelompokan faktor risiko tinggi kehamilan
  - a) Faktor risiko tinggi menjelang kehamilan.  
Faktor genetika yaitu faktor keturunan dan faktor lingkungan yang dipengaruhi oleh pendidikan dan sosial.
  - b) Faktor risiko tinggi yang bekerja selama hamil atau keadaan yang dapat merangsang kehamilan. Kebiasaan ibu seperti merokok, minum minuman alkohol, kecanduan obat dll. Penyakit yang mempengaruhi kehamilan misalnya hipertensi gestasional, toksemia gravidarum.
  - c) Faktor risiko saat persalinan
  - d) Faktor risiko pada neonatal
- 3) Batasan Faktor Risiko
  - a) Ada Potensi Gawat Obstetri (APGO) merupakan banyak faktor atau kriteria – kriteria risiko kehamilan. Ibu hamil primi muda, primi tua, primi tua sekunder, anak terkecil  $\leq 2$  tahun, Tinggi Badan (TB)  $\leq 145$  cm, riwayat penyakit, kehamilan hidramnion dan riwayat tindakan ini merupakan faktor fisik pertama yang menyebabkan ibu hamil berisiko.
    - (1) Primi muda ibu yang hamil pertama kali pada usia  $\leq 16$  tahun, dimana pada usia tersebut reproduksi belum siap dalam menerima kehamilan kondisi rahim dan panggul yang masih kecil, akibat dari ini janin mengalami gangguan. Disisi lain mental ibu belum siap menerima kehamilan dan persalinan. Bahaya yang terjadi jika usia terlalu muda yaitu premature, perdarahan antepartum, perdarahan post partum. Hasil

penelitian disalah satu Rumah Sakit, ibu hamil yang dikategorikan dalam primi muda sangat rendah yakni hanya mencapai angka 1,7%. Faktor risiko yang berpengaruh terhadap terjadinya komplikasi persalinan adalah ibu yang berumur  $< 20$  tahun.

(2) Primi tua

(a) Lama perkawinan ibu  $\geq 4$  tahun dan mengalami kehamilan pertama setelah masa pernikahan dan pasangan tidak menggunakan alat kontrasepsi KB.

(b) Pada umur ibu  $\geq 35$  tahun dan mengalami kehamilan. Usia tersebut dikategorikan usia tua, ibu dengan usia tersebut mudah terserang penyakit, kemungkinan mengalami kecacatan untuk bayinya dan Berat Bayi Lahir Rendah (BBLR), cacat bawaan sedangkan komplikasi yang dialami oleh ibu berupa pre-eklamsi, mola hidatidosa, abortus. Menurut hasil penelitian usia  $\geq 35$  tahun kemungkinan 2,954 kali mengalami komplikasi persalinan.

(3) Primi tua sekunder, ibu yang mengalami kehamilan dengan jarak persalinan sebelumnya adalah  $\geq 10$  tahun. Dalam hal ini ibu tersebut seolah menghadapi kehamilan yang pertama lagi. Kehamilan dapat terjadi pada ibu yang mempunyai riwayat anak pertama mati atau ibu yang mempunyai anak terkecil hidup berumur 10 tahun, serta pada ibu yang tidak menggunakan KB.

(4) Anak terkecil  $\leq 2$  tahun, ibu yang mempunyai anak pertama terkecil  $\leq 2$  tahun namun tersebut telah mengalami kehamilan berikutnya. Jarak

kehamilan  $\leq 2$  tahun kondisi rahim belum kembali seperti semula selain itu ibu masih dalam proses menyusui. Komplikasi yang mungkin terjadi yaitu perdarahan setelah bayi lahir, bayi lahir namun belum cukup umur sehingga menyebabkan berat badan bayi lahir rendah (BBLR)  $< 2.500.25$  Jarak kehamilan  $\leq 2$  tahun dan  $\geq 5$  tahun mempunyai kemungkinan 1,25 kali mengalami komplikasi persalinan, ibu hamil yang pemeriksaan kehamilannya kurang kemungkinan mengalami 0,396 kali komplikasi pada saat persalinan, ibu dengan deteksi dini kehamilan risiko tinggi kategori kurang kemungkinan 0,057 kali mengalami komplikasi persalinan.

- (5) Multigrande yaitu Ibu yang pernah mengalami persalinan sebanyak 4 kali atau lebih, komplikasi yang mungkin terjadi seperti anemia, kurang gizi, dan kekendoran pada dinding rahim. Keadaan tersebut dapat menyebabkan kelainan letak janin, persalinan lama, perdarahan pasca persalinan, dan rahim robek pada kelainan letak lintang. Sedangkan grandemultipara adalah ibu yang pernah melahirkan lebih dari 6 kali atau lebih baik bayi dalam keadaan hidup atau mati.
- (6) Usia ibu hamil 35 tahun atau lebih . ibu hamil pada usia ini dapat mengalami komplikasi seperti Ketuban Pecah Dini (KPD), hipertensi, partus lama, partus macet dan perdarahan post partum. Komplikasi tersebut mungkin dialami oleh ibu hamil pada usia tersebut dikarenakan organ jalan lahir sudah tidak lentur dan memungkinkan mengalami penyakit. Kejadian kehamilan risiko tinggi dipengaruhi oleh umur dan paritas. Kehamilan resiko tiinggi mayoritas berumur  $\geq 35$  tahun dan terjadi pada

grandemultipara.27 menurut hasil penelitian di Kota Yogyakarta faktor resiko ibu hamil di adalah anemia (33.1%), usia yang terlalu muda dan tua (24.7%), Lila <23.5 (21.7%), grandemultigravida (9%), tinggi badan kurang dari 145 cm (7.2%), riwayat abortus lebih dari sekali (4.2%).

- (7) Tinggi Badan (TB) 145 cm atau kurang komplikasi yang mungkin terjadi yaitu ukuran panggul ibu sebagai jalan lahir sempit namun ukuran kepala janin tidak besar atau ketidak sesuaian antara janin dan jalan lahir. Kemungkinan ukuran panggul ibu normal, sedangkan ukuran kepala janin besar. Komplikasi yang terjadi yaitu BBLR, prematur, bayi mati dalam kandungan (IUFD).
- (8) Ibu hamil dengan riwayat obstetric jelek dengan kondisi: Ibu hamil kedua dimana kehamilan pertama mengalami keguguran, meninggal di dalam kandungan, lahir dalam keadaan belum cukup umur, lahir mati, dan lahir hidup kemudian mati pada usia  $\leq 7$  hari, kehamilan sebelumnya pernah keguguran sebanyak  $\geq 2$  kali. Salah satu faktor yang menyebabkan kegagalan kehamilan dan meninggalnya janin dalam kandungan pada ibu adalah adanya penyakit seperti ; diabetes mellitus, radang saluran kencing, dan lain-lain.
- (9) Persalinan yang lalu dengan tindakan Persalinan ditolong oleh alat bantu seperti: cunam/forcep/vakum, uri manual (manual plasenta), pemberian infus / tranfusi pada saat proses persalinan dan operasi sectio caesars pada persalinan.
- (a) Ada Gawat Obstetri tanda bahaya pada saat kehamilan, persalinan, dan

- nifas. Beberapa penyakit ibu hamil yang dikategorikan sebagai gawat obstetri yaitu: anemia, malaria pada ibu hamil, penyakit TBC, payah jantung, diabetes militus, HIV/AIDS, toksoplasmosis.
- (b) Pre-eklamsia ringan, tiga gejala preeklamsi yaitu oedema pada muka, kaki dan tungkai, hipertensi dan urin protein positif. Komplikasi yang dapat terjadi seperti kejang, IUFD, dan IUGR.
  - (c) Kehamilan kembar (gemeli) dengan jumlah janin 2 atau lebih. Komplikasi yang terjadi seperti hemoroid, prematur, BBLR, perdarahan antepartum.
  - (d) Hidramnion atau kelebihan jumlah air ketuban dari normalnya (> 2 liter).<sup>19</sup> Faktor yang mempengaruhi hidramnion adalah penyakit jantung, spina bifida, nefritis, aomali kongenital pada anak, dan hidrosefalus.
  - (e) Intra Uteri Fetal Deat (IUFD) dengan tanda-tanda gerakan janin tidak terasa lagi dalam 12 jam, perut dan payudara mengecil, tidak terdengar denyut jantung.
  - (f) Hamil serotinus usia kehamilannya  $\geq 42$  minggu. Pada usia tersebut fungsi dari jaringan uri dan pembuluh darah akan menurun. Maka akan menyebabkan ukuran janin menjadi kecil, kulitnya mengkerut, berat badan bayi saat lahir akan rendah, dan kemungkinan janin akan mati mendadak dalam kandungan dapat terjadi.
  - (g) Letak sungsang keadaan dimana letak kepala janin dalam rahim berada di atas dan kaki janin di bawah. Kondisi ini dapat menyebabkan bayi

sulit bernapas sehingga menyebabkan kematian dan letak lintang. Letak janin dalam rahim pada usia kehamilan 8 sampai 9 bulan melintang, dimana kepala berada di samping kanan atau kiri ibu. Bayi yang mengalami letak lintang tidak bisa melahirkan secara normal kecuali dengan alat bantu. Bahaya yang dapat terjadi apabila persalinan tidak dilakukan dan ditangani secara benar dapat terjadi robekan pada rahim ibu dan ibu dapat mengalami perdarahan, infeksi, syok, dan jika fatal dapat mengakibatkan kematian pada ibu dan janin.

- b. Ada Gawat Darurat Obstetri / AGDO Adanya ancaman nyawa ibu dan bayi yaitu perdarahan antepartum, dan pre-eklamsi atau eklamsi.

6) Faktor penyebab terjadinya risiko tinggi

- a) Faktor non medis Faktor non medis penyebab terjadinya kehamilan risiko tinggi yaitu kemiskinan, ketidaktahuan, pendidikan rendah, adat istiadat, tradisi, kepercayaan, status gizi, sosial ekonomi yang rendah, kebersihan lingkungan, kesadaran untuk memeriksakan kehamilan secara teratur, fasilitas dan sarana kesehatan yang serba kekurangan. Hasil penelitian menunjukkan bahwa ada hubungan antara pengetahuan, pendapatan ibu dan pemeriksaan Antenatal Care (ANC) dengan kejadian Kekurangan Energi Kronis (KEK). Terdapat hubungan antara tingkat pendidikan dengan pengetahuan tentang tanda bahaya kehamilan.
- b) Faktor medis Penyakit ibu dan janin, kelainan obstetrik, gangguan plasenta, gangguan tali pusat, komplikasi janin, penyakit neonatus dan kelainan genetik.

## 8. **Wewenang Bidan**

Kewenangan normal adalah kewenangan yang dimiliki oleh seluruh bidan.

Kewenangan ini meliputi:

### a. Pelayanan kesehatan ibu

Ruang lingkup: Pelayanan konseling pada masa pra hamil, pelayanan antenatal pada kehamilan normal, pelayanan persalinan normal, pelayanan ibu nifas normal, pelayanan ibu menyusui, pelayanan konseling pada masa antara dua kehamilan

Kewenangan: Episiotomi, penjahitan luka jalan lahir tingkat I dan II, penanganan kegawat-daruratan, dilanjutkan dengan perujukan, pemberian tablet Fe pada ibu hamil, pemberian vitamin A dosis tinggi pada ibu nifas, fasilitasi/bimbingan inisiasi menyusui dini (IMD) dan promosi air susu ibu (ASI) eksklusif, pemberian uterotonika pada manajemen aktif kala tiga dan postpartum, penyuluhan dan konseling, bimbingan pada kelompok ibu hamil, pemberian surat keterangan kematian, pemberian surat keterangan cuti bersalin

### b. Pelayanan kesehatan anak

Ruang lingkup: Pelayanan bayi baru lahir, pelayanan bayi, pelayanan anak balita, pelayanan anak pra sekolah

Kewenangan: Melakukan asuhan bayi baru lahir normal termasuk resusitasi, pencegahan hipotermi, inisiasi menyusui dini (IMD), injeksi vitamin K 1, perawatan bayi baru lahir pada masa neonatal (0-28 hari), dan perawatan tali pusat, penanganan hipotermi pada bayi baru lahir dan segera merujuk, penanganan kegawatdaruratan, dilanjutkan dengan perujukan, pemberian imunisasi rutin sesuai program Pemerintah, pemantauan tumbuh kembang bayi, anak balita dan anak pra sekolah, pemberian konseling dan penyuluhan, pemberian surat keterangan kelahiran,

pemberian surat keterangan kematian, pelayanan kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana, dengan kewenangan: Memberikan penyuluhan dan konseling kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana, .emberikan alat kontrasepsi oral dan kondom.

Selain kewenangan normal sebagaimana tersebut di atas, khusus bagi bidan yang menjalankan program Pemerintah mendapat kewenangan tambahan untuk melakukan pelayanan kesehatan yang meliputi:

Pemberian alat kontrasepsi suntikan, alat kontrasepsi dalam rahim, dan memberikan pelayanan alat kontrasepsi bawah kulit, asuhan antenatal terintegrasi dengan intervensi khusus penyakit kronis tertentu (dilakukan di bawah supervisi dokter), penanganan bayi dan anak balita sakit sesuai pedoman yang ditetapkan, melakukan pembinaan peran serta masyarakat di bidang kesehatan ibu dan anak, anak usia sekolah dan remaja, dan penyehatan lingkungan, pemantauan tumbuh kembang bayi, anak balita, anak pra sekolah dan anak sekolah, melaksanakan pelayanan kebidanan komunitas, melaksanakan deteksi dini, merujuk dan memberikan penyuluhan terhadap Infeksi Menular Seksual (IMS) termasuk pemberian kondom, dan penyakit lainnya, pencegahan penyalahgunaan Narkotika, Psikotropika dan Zat Adiktif lainnya (NAPZA) melalui informasi dan edukasi

Pelayanan kesehatan lain yang merupakan program Pemerintah (Permenkes No. 1464 Tahun 2010)

## **2.1.2. Konsep Dasar Persalinan**

### **1. Definisi Persalinan**

Menurut Prawirohardjo (2010), Persalinan adalah proses membuka dan

menipisnya serviks, dan janin turun ke dalam jalan lahir. Kelahiran adalah proses di mana janin dan ketuban didorong keluar melalui jalan lahir.

Menurut Rohani (2011,) Persalinan adalah proses pergerakan keluarnya janin, plasenta, dan membran dari dalam rahim melalui jalan lahir. Proses ini berawal dari pembukaan dan *dilatasi serviks* akibat kontraksi uterus dengan frekuensi, durasi, dan kekuatan yang teratur

#### 4. Tanda – Tanda Persalinan

Menjelang minggu ke 36 pada primigravida terjadi penurunan fundus uterus karena kepala bayi sudah masuk ke dalam pintu atas paggul (PAP). Gambaran *lightening* pada primigravida menunjukkan hubungan normal antara *power* (his) ; *passage* (jalan lahir) ; *passanger* (penumpang). Pada multipara gambarannya menjadi tidak jelas seperti primigravida, karena masuknya kepala janin ke dalam panggul terjadi bersamaan dengan proses persalinan (Sulistyawati, 2013). Berikut adalah tanda-tanda dimulainya persalinan menurut Jenny J.S Sondakh(2013):

- a Terjadinya his persalinan. Saat terjadi his ini pinggang terasa sakit dan menjalar ke depan, sifatnya teratur, interval lebih pendek, dan kekuatan makin besar, serta semakin beraktivitas (jalan) kekuatan akan makin bertambah.
- b Pengeluaran lendir dengan darah. Terjadinya his persalinan mengakibatkan terjadinya perubahan pada serviks yang akan menimbulkan pendataran dan pembukaan. Hal tersebut menyebabkan lendir yang terdapat pada kanalis servikalis lepas dan pembuluh darah pecah sehingga terjadi perdarahan.
- c Pada beberapa kasus persalinan akan terjadi pecah ketuban. Sebagian besar, keadaan ini terjadi menjelang pembukaan lengkap. Setelah adanya pecah ketuban,

diharapkan proses persalinan akan berlangsung kurang dari 24 jam.

- d Hasil-hasil yang didapatkan dari pemeriksaan dalam yakni pelunakan serviks, pendataran serviks, dan pembukaan serviks.

## 5. Faktor yang Memengaruhi Persalinan

Menurut Sulistyawati (2013) faktor yang mempengaruhi persalinan adalah

### a Power (Kekuatan Ibu)

Kekuatan yang mendorong janin dalam persalinan adalah his, kontraksi otot-otot perut, kontraksi diafragma, dan aksi dari ligamen. Kekuatan primer yang diperlukan dalam persalinan adalah his, sedangkan sebagai kekuatan sekundernya adalah tenaga meneran ibu.

### b Passage (Jalan Lahir)

Jalan lahir terdiri dari panggul ibu yakni bagian tulang yang padat, dasar panggul, vagina, dan introitus (lubang vagina). Janin harus berhasil menyesuaikan dirinya dengan jalan lahir yang relatif kaku. Oleh karena itu ukuran dan bentuk panggul harus ditentukan sebelum persalinan dimulai. Tulang panggul dibentuk oleh gabungan tulang ilium, tulang ishium, tulang pubis, dan tulang-tulang sakrum. Tulang ilium atau tulang usus merupakan tulang terbesar dari panggul yang membentuk bagian atas dan belakang panggul. Bagian atas merupakan penebalan tulang yang disebut krista iliaka. Ujung depan dan belakang krista iliaka yang menonjol yakni spina iliaka anterosuperior dan spina iliaka postesuperior. Terdapat benjolan tulang memanjang di bagian dalam tulang ilium yang membagi pelvis mayor dan minor, disebut linea inominata atau linea terminalis yang merupakan bagian dari pintu atas panggul.

Pintu bawah panggul ialah batas bawah panggul sejati. Dilihat dari bawah, struktur ini berbentuk lonjong, seperti intan, di bagian anterior dibatasi oleh lengkung pubis, di bagian lateral dibatasi oleh tuberosita isikum, dan dibagian posterior dibatasi oleh ujung koksigeum.

Bidang hodge berfungsi untuk menentukan sampai dimana bagianterendah janin turun ke panggul pada proses persalinan. Bidang hodge tersebut antara lain:

- 1) Hodge I merupakan bidang yang dibentuk pada lingkaran PAP dengan bagian atas simfisis dan promontorium
  - 2) Hodge II yakni bidang yang sejajar Hodge I setinggi bagian bawah simfisis
  - 3) Hodge III yakni bidang yang sejajar Hodge I setinggi spinaischiadika
  - 4) Hodge IV merupakan bidang yang sejajar Hodge I setinggi tulang koksigis
- (Sulistyawati, 2013).

c. Passanger (Janin dan Plasenta)

Perubahan mengenai janin sebagai passanger sebagian besar dalah mengenai ukuran kepala janin, karena kepala merupakan bagian terbesar dari janin dan paling sulit untuk dilahirkan. Adanya celah antara bagian- bagian tulang kepala janin memungkinkan adanya penyisipan antara bagian tulang sehingga kepala janin dapat mengalami perubahan bentuk dan ukuran, proses ini disebut molase (Sulistyawati, 2013).

d Psikologis

Faktor psikologis menurut Rohani (2013) yakni :

- 1) Melibatkan psikologis ibu, emosi, dan persiapan intelektual
- 2) Pengalaman melahirkan bayi sebelumnya

- 3) Kebiasaan adat
- 4) Dukungan orang terdekat pada kehidupan ibu

e. Penolong

Peran dari penolong persalinan adalah mengantisipasi dan menangani komplikasi yang mungkin terjadi pada ibu dan janin, dalam hal ini tergantung dari kemampuan dan kesiapan penolong dalam menghadapi proses persalinan (Rohani, 2013).

## 6. Kebutuhan Dasar Selama Persalinan

Selama proses persalinan, pasien sangat membutuhkan pemenuhan kebutuhan dasar, yang dimaksud kebutuhan dasar adalah kebutuhan yang sangat penting dan mutlak untuk dipenuhi selama proses persalinan antara lain:

a. Makan dan minum per oral.

Pemberian makanan pada pasien yang kemungkinan sewaktu-waktu memerlukan tindakan anestesi tidak disetujui, karena makanan yang tertinggal di lambung akan menyebabkan aspirasi pneumoni. Dikarenakan pada proses persalinan, motilitas lambung; absorpsi lambung; dan sekresi asam lambung menurun. Sedangkan cairan tidak terpengaruh dan akan meninggalkan lambung dengan durasi waktu yang biasa, oleh karena itu pada pasien sangat dianjurkan untuk minum cairan yang manis dan berenergi sehingga kebutuhan kalornya akan tetap terpenuhi.

b. Akses intravena

Akses intravena adalah tindakan pemasangan infus pada pasien. Kebijakan

ini diambil dengan pertimbangan sebagai jalur obat, cairan, darah untuk mempertahankan keselamatan jiwa sewaktu-waktu terjadi keadaan darurat dan untuk mempertahankan suplai cairan bagi pasien

- c. Posisi dan ambul. Posisi yang nyaman sangat diperlukan bagi pasien.

Selain mengurangi ketegangan dan rasa nyeri, posisi tertentu justru akan membantu proses penurunan kepala janin sehingga persalinan dapat berjalan lebih cepat (selama tidak ada kontra indikasi dari keadaan pasien). Beberapa posisi yang dapat diambil antara lain rekumben lateral (miring), lutut-dada, tangan-lutut, duduk, berdiri, berjalan, dan jongkok.

- a. Eliminasi selama persalinan (BAB atau BAK)

- 1) Buang Air Kecil (BAK)

Selama proses persalinan, pasien akan mengalami poliuri sehingga penting untuk difasilitasi agar kebutuhan eliminasi dapat terpenuhi. Jika pasien masih berada dalam awal kala I, ambulansi dengan berjalan seperti aktivitas ke toilet akan membantu penurunan kepala janin. Hal ini merupakan keuntungan tersendiri untuk kemajuan persalinannya.

- 2) Buang Air Besar (BAB)

Pasien akan merasa sangat tidak nyaman ketika merasakan dorongan untuk BAB. Namun rasa khawatir akan lebih mendominasi daripada perasaan tidak nyaman, hal ini terjadi karena pasien tidak tau mengenai caranya serta khawatir akan respon orang lain terhadap kebutuhannya ini. Dalam kondisi ini penting bagi keluarga dan bidan untuk menunjukkan respon yang positif dalam hal kesiapan untuk memberikan bantuan dan meyakinkan pasien bahwa ia tidak perlu merasa

risih atau sungkan untuk melakukannya. (Sulistiyawati, 2013). Menurut Rohani (2013) kebutuhan dasar selama persalinan yaitu : Asuhan Tubuh dan Fisik

- 1) Menjaga kebersihan diri. Menganjurkan ibu untuk membersihkan kemaluannya setelah buang air kecil atau buang air besar dan menjaga agar tetap bersih dan kering.
- 2) Berendam dapat menjadi tindakan pendukung dan kenyamanan yang paling menenangkan.
- 3) Perawatan mulut untuk mencegah bau mulut.
- 4) Pengipasan untuk mengurangi rasa ketidaknyamanan ibu yang disebabkan oleh keringat.

b. Kehadiran Seorang Pendamping

Fungsi hadirnya seorang pendamping pada saat persalinan yakni mengurangi rasa sakit, membuat waktu persalinan lebih singkat, dan menurunkan kemungkinan persalinan dengan operasi. Pendamping persalinan bisa ditemani oleh suami, anggota keluarga, atau teman yang ibu inginkan selama proses persalinan.

c. Pengurangan Rasa Nyeri

Pengendalian rasa nyeri dapat dilakukan dengan memberikan kompres panas dan dingin. Kompres panas meningkatkan suhu kulit lokal, mengurangi spasme otot, dan meningkatkan ambang nyeri. Sedangkan kompres dingin, berguna untuk mengurangi ketegangan nyeri sendi dan otot, mengurangi pembengkakan, dan menyejukkan kulit.

d. Penerimaan Terhadap Kelakuan dan Tingkah Lakunya Persalinan dan kelahiran merupakan hal yang fisiologis namun banyak wanita yang tidak siap untuk

menghadapi persalinannya. Wanita biasanya membutuhkan perhatian dari suami atau keluarganya, bahkan bidan sebagai penolong persalinan.

e. Informasi dan Kepastian Tentang Hasil Persalinan Yang Aman

Setiap ibu membutuhkan informasi tentang kemajuan persalinannya, sehingga ia mampu mengambil keputusan dan juga perlu diyakinkan bahwa kemajuan persalinannya

## **7. Standar Pelayanan Asuhan Kebidanan pada Persalinan**

### **a Standar 8 Persiapan Persalinan**

1) Tujuan

Tujuan dari standar 8 tentang persiapan persalinan adalah Untuk memastikan bahwa persalinan direncanakan dalam lingkungan yang aman dan memadai dengan pertolongan bidan terampil.

2) Pernyataan Standar

Bidan memberikan saran yang tepat kepada ibu hamil, suami keluarganya pada trimester III memastikan bahwa persiapan persalinan bersih dan aman dan suasana yang menyenangkan akan direncanakan dengan baik, disamping persiapan transportasi dan biaya untuk merujuk, bila tiba-tiba terjadi keadaan gawat darurat. Bidan mengusahakan untuk melakukan kunjungan ke setiap rumah ibu hamil untuk hal ini.

3) Prasyarat

- a) Semua ibu hamil harus melakukan 2 kali kunjungan antenatal pada trimester terakhir kehamilannya
- b) Adanya kebijaksanaan dan protocol nasional/ setempat tentang indikasi

persalinan yang harus dirujuk dan berlangsung di rumah sakit

- c) Bidan terlatih dan terampil dalam melakukan pertolongan persalinan yang aman dan bersih
  - d) Peralatan penting untuk melakukan pemeriksaan antenatal tersedia dan dalam keadaan berfungsi, termasuk : air mengalir, sabun, handuk bersih untuk mengeringkan tangan, beberapa pasang sarung tangan bersih dan DTT/ steril, fetoskop/ Doppler, pita pengukur yang bersih, stetoskop dan tensimeter
  - e) Perlengkapan penting yang dibutuhkan untuk pertolongan persalinan yang bersih dan aman tersedia dalam keadaan desinfeksi tingkat tinggi ( termasuk partus set DTT/ steril, sarung tangan DTT/ Steril, peralatan yang memadai untuk merawat bayi baru lahir, lihat standar 9, 10, dan 13)
  - f) Adanya persiapan transportasi untuk merujuk ibu hamil dengan cepat jika terjadi kegawatdaruratan ibu dan janin
  - g) Menggunakan KMS Ibu Hamil/buku KIA, Kartu Ibu, dan partograf
  - h) Sistem rujukan yang efektif untuk ibu hamil yang mengalami komplikasi selama kehamilan
- 4) Hasil
- a) Ibu hamil, suami dan keluarga tergerak untuk merencanakan persalinan yang bersih dan aman
  - b) Persalinan direncanakan di tempat yang aman dan memadai dengan pertolongan bidan terampil
  - c) Adanya persiapan sarana transportasi untuk merujuk ibu bersalin, jika perlu
  - d) Rujukan tepat waktu telah dipersiapkan bila diperlukan

## **b. Standar 9 Asuhan Persalinan Kala I**

### 1) Tujuan

Memberikan pelayanan kebidanan yang memadai dalam mendukung pertolongan persalinan yang bersih dan aman untuk ibu dan bayi

### 2) Pernyataan Standar

- a) Bidan menilai secara tepat bahwa persalinan sudah mulai, memberikan asuhan dan pemantauan yang memadai, memperhatikan kebutuhan ibu, melakukan pertolongan proses persalinan dan kelahiran yang bersih dan aman, bersikap sopan, dan penghargaan terhadap hak pribadi ibu, serta memperhatikan tradisi setempat.
- b) Ibu diijinkan memilih orang yang akan mendampingi selama proses persalinan

### 3) Prasyarat

- a) Mengijinkan ibu memilih orang yang akan mendampingi selama proses persalinan dan kelahiran.
- b) Bidan dipanggil jika ibu sudah mulai mules/ ketuban pecah.
- c) Bidan telah terlatih dan terampil
- d) Ada alat untuk pertolongan persalinan termasuk beberapa sarung tangan DTT/steril.
- e) Adanya perlengkapan untuk pertolongan persalinan yang bersih dan aman.
- f) Tersedia ruangan yg hangat, bersih dan sehat untuk persalinan.
- g) Menggunakan KMS ibu hamil/ buku KIA, partograf dan kartu ibu.

h) Sistem rujukan untuk perawatan kegawat daruratan obstetri yang efektif.

4) Hasil

- a) Ibu bersalin mendapat pertolongan darurat yang memadai dan tepat waktu, bila diperlukan.
- b) Meningkatnya cakupan persalinan dan komplikasi persalinan dan komplikasi lainnya yang ditolong tenagakesehatanterlatih.
- c) Berkurangnya kematian/ kesakitan ibu/ bayi akibat partus lama.

**c Standar 10 Asuhan Persalinan Kala II yang Aman**

1) Tujuan

Memastikan persalinan yang bersih dan aman bagi ibu dan bayi

2) Pernyataan Standar

Bidan melakukan pertolongan persalinan bayi dan plasenta yang bersih dan aman, dengan sikap sopan dan penghargaan terhadap hak pribadi ibu serta memperhatikan tradisi setempat. Disamping itu, ibu

dijijinkan memilih orang yang akan mendampingi selama proses persalinan

3) Prasyarat

- a) Bidan dipanggil jika ibu sudah mulai mules/ketuban pecah.
- b) Bidan sudah terlatih dan terampil dalam menolong persalinan secara bersih dan aman.
- c) Tersedianya alat untuk pertolongan persalinan termasuk sarung tangan dalam keadaan DTT dan atau steril.
- d) Tersedianya perlengkapan untuk pertolongan persalinan yang bersih dan aman. Bidan sedapat mungkin menggunakan sarung tangan yang bersih.

- e) Tersedia ruangan yang hangat, bersih, dan sehat untuk persalinan.
- f) Menggunakan KMS ibu hamil/buku KIA, kartu ibu, partograf
- g) Sistem rujukan untuk perawatan kegawatdaruratan obstetrik yang efektif.

#### 4) Hasil

- a) Persalinan yang bersih dan aman.
- b) Meningkatnya kepercayaan terhadap bidan.
- c) Meningkatnya jumlah persalinan yang ditolong oleh bidan.
- d) Menurunnya komplikasi seperti perdarahan postpartum, asfiksia neonatorum, trauma kelahiran.
- e) Menurunnya angka sepsis puerperalis.

#### **d Standar 11 Penatalaksanaan Aktif Kala III**

##### 1) Tujuan

Membantu secara aktif pengeluaran plasenta dan selaput ketuban secara lengkap untuk mengurangi kejadian perdarahan pasca persalinan, memperpendek waktu persalinan kala III, mencegah terjadinya atonia uteri dan retensio plasenta

##### 2) Pernyataan Standar

Bidan melakukan penegangan tali pusat dengan benar untuk membantu pengeluaran plasenta dan selaput ketuban secara lengkap

##### 3) Prasyarat

- a) Bidan sudah terlatih dan terampil dalam melahirkan plasenta secara lengkap dengan melakukan penatalaksanaan aktif persalinan kala III secara benar.
- b) Tersedianya peralatan dan perlengkapan untuk melahirkan plasenta, termasuk air bersih, larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi, sabun dan handuk yang

bersih untuk cuci tangan, juga tempat untuk plasenta. Bidan seharusnya menggunakan sarung tangan DTT/steril.

- c) Tersedia obat-obat oksitosika dan metode yang efektif untuk
- d) penyimpanan dan pengirimannya yang dijalankan dengan baik.
- e) Sistem rujukan untuk perawatan kegawatdaruratan obstetric yang efektif.

#### 4) Hasil

- a) Menurunkan terjadinya perdarahan yang terjadi pada persalinan kala III.
- b) Menurunkan terjadinya atonia uteri.
- c) Menurunkan terjadinya retensio plasenta.
- d) Memperpendek waktu persalinanan kala III.
- e) Menurunkan terjadinya perdarahan postpartum akibat salah penanganan kala III.

### 2.1.3. Konsep Dasar Nifas

#### 1. Definisi Masa Nifas

Masa nifas adalah masa dimana dimulai dari setelah lahirnya plasenta sampai dengan 6 minggu (JHPEIGO dalam buku Wulandari, 2011). Masa nifas adalah masa setelah keluarnya plasenta sampai kembalinya alat- alat reproduksi wanita seperti sebelum hamil yang secara normal berlangsung selama 6 minggu atau 40 hari (Wulandari, 2011).

Masa nifas (*puerperium*) adalah masa setelah keluarnya plasenta sampai alat-alat reproduksi pulih seperti sebelum hamil dan secara normal masa nifas berlangsung selama 6 minggu atau 40 hari. (Sulityawati 2015)

#### 2. Asuhan Masa Nifas

Asuhan masa nifas sangat penting dilakukan karena periode ini merupakan masa kritis bagi ibu maupun bayi. Diperkirakan 50% ibu meninggal dalam 24 jam pertama masa nifas dan 60% bayi meninggal dalam waktu 7 hari setelah lahir (Wulandari, 2011). Menurut Wulandari (2011) adapun tujuan asuhan masa nifas ini adalah :

- a Untuk memulihkan kesehatan ibu baik fisik maupun psikologis
- b Untuk mendapatkan kesehatan emosi
- c Untuk mencegah terjadinya infeksi dan komplikasi masa nifas
- d Untuk memperlancar pembentukan ASI
- e Agar ibu dapat melakukan perawatan diri dan bayi sendiri

### **3. Kebijakan Program Nasional Masa Nifas**

Paling sedikit 4 kali kunjungan masa nifas dilakukan untuk mencegah, mendeteksi dan menangani masalah-masalah yang terjadi. Wulandari (2011) menyatakan bahwa adapun tahapan masa nifas dibagi dalam 3 periode:

- a *Puerpurium dini* : kepulihan dimana ibu telah diperbolehkan berdiri dan berjalan-jalan.
- b *Pueperium intermedial* : kepulihan menyeluruh alat-alat genital yang lamanya 6-8 minggu.
- c *Remote puerperium* : waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat terutama ibu hamil atau persalinannya mempunyai komplikasi.

### **4. Standar Pelayanan Asuhan Kebidanan Masa Nifas**

Terdapat tiga standar pelayanan nifas (IBI, 2005), yaitu standar 13, standar 14 dan standar 15, dijelaskan berikut ini :

a Standar 13 (Perawatan Bayi Baru Lahir)

Bidan memeriksa dan menilai bayi baru lahir untuk memastikan pernapasan spontan, mencegah hipoksia sekunder, menemukan kelainan dan melakukan tindakan atau merujuk sesuai kebutuhan. Bidan juga mencegah dan menangani hipotermia.

b Standar 14 (Penanganan dua jam pertama setelah persalinan)

Bidan melakukan pemantauan ibu dan bayiterhadap terjadinya komplikasi dalam dua jam setelah persalinan, serta melakukan tindakan yang diperlukan. Selain itu, bidan memberikan penjelasan tentang hal-hal yang mempercepat pulihnya kesehatan ibu dan membantu ibu untuk memulai pemberian ASI.

c Standar 15 Pelayanan bagi ibu dan bayi pada masa nifas)

Bidan melakukan kunjungan rumah pada hari ketiga, minggu kedua, dan minggu keenam setelah persalinan, untuk membantu proses pemulihan ibu dan bayi melalui penanganan tali pusat yang benar, penemuan dini penanganan atau rujukan komplikasi yang mungkin terjadi pada masa nifas, serta memberikan penjelasan tentang kesehatan secara umum, kebersihan perorangan, makanan bergizi, perawatan bayi baru lahir, pemberian ASI, serta imunisasi dan KB.

## 5. Perubahan Psikologis Masa Nifas

Secara psikologis, setelah melahirkan seorang ibu akan merasakan gejala-gejala perubahan psikologis, demikian juga pada masa menyusui. Meskipun demikian, ada pula ibu yang tidak mengalami hal ini. Karena kepekaan dan ambang psikologis setiap orang berbeda-beda. Sehingga proses perubahan psikologis pada ibu postpartum ini sebenarnya peristiwa yang normal (fisiologis). Reva Rubin

membagi periode ini menjadi 3 bagian, antara lain:

**a Periode “Taking In”**

- 1) Periode ini terjadi 1-2 hari sesudah melahirkan. Ibu baru pada umumnya pasif dan tergantung, perhatiannya tertuju pada kekhawatiran akan tubuhnya.
- 2) Tidur tanpa gangguan sangat penting untuk mengurangi gangguan kesehatan akibat kurangistirahat.
- 3) Peningkatan nutrisi dibutuhkan untuk mempercepat pemulihan dan penyembuhan luka, serta persiapan proses laktasiaktif.

**b Periode “Taking Hold”**

- 1) Periode ini berlangsung pada hari ke 2-4 psot partum.
- 2) Ibu menjadi perhatian pada kemampuannya menjadi orang tua yang sukses dan meningkatkan tanggung jawab terhadap bayi.
- 3) Ibu berkonsentrasi pada pengontrolan fungsi tubuhnya, BAB, BAK, serta kekuatan dan ketahanan tubuhnya.
- 4) Ibu berusaha keras untuk menguasai keterampilan perawatan bayi, misalnya menggendong, mamandikan memasang popok, dan sebagainya.
- 5) Tahap ini merupakan waktu yang tepat bagi bidan untuk memberikan bimbingan cara perawatan bayi, namun harus selalu di perhatikan teknik bimbingannya, jangan sampai menyinggung perasaan arau membuat perasaan ibu tidak nyaman karena ia sangat sensitif.

**c Periode “Letting Go”**

- 1) Periode ini biasanya terjadi setelah ibu pulang ke rumah. Periode ini pun sangat berpengaruh terhadap waktu dan perhatian yang diberikan oleh keluarga.
- 2) Ibu mangambil tanggung jawab terhadap perawatan bayidan ia harus beradaptasi

dengan segala kebutuhan bayi yang sangat tergantung padanya. Hal ini menyebabkan berkurangnya hak ibu, kebebasan, dan hubungan sosial.

3) Depresi Post Partum umumnya terjadi pada periode ini.

## **6. Tanda Bahaya Postpartum**

### **a. Perdarahan Postpartum**

Perdarahan postpartum dapat dibedakan menjadi sebagai berikut.

- 1) Perdarahan postpartum primer (Early Postpartum Hemorrhage) adalah perdarahan lebih dari 500-600 ml dalam masa 24 jam setelah anak lahir, atau perdarahan dengan volume sebarangpun tetapi terjadi perubahan keadaan umum ibu dan tanda-tanda vital sudah menunjukkan analisa adanya perdarahan. Penyebab utama adalah atonia uteri, retensio placenta, sisa placenta dan robekan jalan lahir. Terbanyak dalam 2 jam pertama.
- 2) Perdarahan postpartum sekunder (Late Postpartum Hemorrhage) adalah perdarahan dengan konsep pengertian yang sama seperti perdarahan postpartum primer namun terjadi setelah 24 jam postpartum hingga masa nifas selesai. Perdarahan postpartum sekunder yang terjadi setelah 24 jam, biasanya terjadi antara hari ke 5 sampai 15 postpartum. Penyebab utama adalah robekan jalanlahir dan sisa placenta (Prawirohardjo, 2002).

### **b. Infeksi pada masa postpartum**

Beberapa bakteri dapat menyebabkan infeksi setelah persalinan, Infeksi masa nifas masih merupakan penyebab utama morbiditas dan mortalitas ibu. Infeksi alat genital merupakan komplikasi masa nifas. Infeksi yang meluas kesaluran urinari,

payudara, dan pasca pembedahan merupakan salah satu penyebab terjadinya AKI tinggi. Gejala umum infeksi berupa suhu badan panas, malaise, denyut nadi cepat. Gejala lokal dapat berupa uterus lembek, kemerahan dan rasa nyeri pada payudara atau adanya disuria.

c. Lochea yang berbau busuk

Bila lochea bernanah dan berbau busuk, disertai nyeri perut bagian bawah kemungkinan analisa diagnosisnya adalah metritis. Metritis adalah infeksi uterus setelah persalinan yang merupakan salah satu penyebab terbesar kematian ibu. Bila pengobatan terlambat atau kurang adekuat dapat menjadi abses pelvik, peritonitis, syok septik (Mochtar, 2002).

d. Sub involusi uterus (Pengecilan uterus yangterganggu)

Involusi adalah keadaan uterus mengecil oleh kontraksi rahim dimana berat rahim dari 1000 gram saat setelah bersalin, menjadi 40- 60 mg pada 6 minggu kemudian. Bila pengecilan ini kurang baik atau terganggu di sebut sub involusi (Mochtar, 2002). Faktor penyebab sub involusi, antara lain: sisa plasenta dalam uterus, endometritis, adanya mioma uteri (Prawirohardjo, 2007). Pada keadaan sub involusi, pemeriksaan bimanual di temukan uterus lebih besar dan lebih lembek dari seharusnya, fundus masih tinggi, lochea banyak dan berbau, dan tidak jarang terdapat pula perdarahan (Prawirohardjo, 2007).

e. Nyeri pada perut dan pelvis

Tanda-tanda nyeri perut dan pelvis dapat merupakan tanda dan gejala komplikasi nifas seperti Peritonitis. Peritonitis adalah peradangan pada peritonium, peritonitis umum dapat menyebabkan kematian 33% dari seluruh kematian karena

infeksi

- f Pusing dan lemas yang berlebihan, sakit kepala, nyeri epigastrik, dan penglihatan Kabur

Menurut Manuaba (2008), pusing merupakan tanda-tanda bahaya pada nifas. Pusing bisa disebabkan oleh tekanan darah tinggi (Sistol  $\geq 140$  mmHg dan distolnya  $\geq 90$  mmHg). Pusing yang berlebihan juga perlu diwaspadai adanya keadaan preeklampsia/eklampsia postpartum, atau keadaan hipertensi esensial. Pusing dan lemas yang berlebihan dapat juga disebabkan oleh anemia bila kadar haemoglobin

- g Payudara yang berubah menjadi merah, panas, dan terasa sakit.

Keadaan ini dapat disebabkan oleh payudara yang tidak disusu secara adekuat, puting susu yang lecet, BH yang terlalu ketat, ibu dengan diet yang kurang baik, kurang istirahat, serta anemia. Keadaan ini juga dapat merupakan tanda dan gejala adanya komplikasi dan penyulit pada proses laktasi, misalnya pembengkakan payudara, bendungan ASI, mastitis dan abses payudara.

- h Rasa sakit, merah, lunak dan pembengkakan di wajah maupun ekstremitas.

Selama masa nifas dapat terbentuk thrombus sementara pada vena- vena di pelvis maupun tungkai yang mengalami dilatasi. Keadaan ini secara klinis dapat menyebabkan peradangan pada vena- vena pelvis maupun tungkai yang disebut tromboflebitis pelvica (pada panggul) dan tromboflebitis femoralis (pada tungkai). Pembengkakan ini juga dapat terjadi karena keadaan uedema yang merupakan tanda klinis adanya preeklampsia/eklampsia.

- i Demam, muntah, dan rasa sakit waktu berkemih.

Pada masa nifas awal sensitifitas kandung kemih terhadap tegangan air kemih di dalam vesika sering menurun akibat trauma persalinan serta analgesia epidural atau spinal. Sensasi peregangan kandung kemih juga mungkin berkurang akibat rasa tidak nyaman, yang ditimbulkan oleh episiotomi yang lebar, laserasi, hematoma dinding vagina

#### **2.14. Konsep Dasar Bayi Baru Lahir**

##### **1. Definisi Bayi Baru Lahir**

Bayi baru lahir normal (neonatal) adalah bayi yang baru lahir pada usia kehamilan 37- 42 minggu, dengan persentasi belakang kepala atau letak sungsang yang melewati vagina tanpa menggunakan alat, dan berat badan lahir 2.500 gram sampai dengan 4.000 gram sampai dengan umur bayi 4 minggu (28 hari) sesudah kelahiran. Neonatus adalah bayi berumur 0 (baru lahir) sampai dengan usia 1 bulan sesudah lahir. Neonatus dini adalah bayi 0-7 hari. Neonatus lanjut adalah bayi berusia 7-28 hari (Tando, 2016).

##### **2. Ciri-Ciri Bayi Baru Lahir Normal**

Adalah sebagai berikut Berat badan 2.500-4.000 gram, panjang badan 48-52 cm, lingkar dada 30-35 cm, lingkar kepala 33-35cm, frekuensi jantung 120-160x/menit, pernapasan  $\pm$ 40-60x/menit, kulit kemerah-merahan dan licin karena jaringan subkutan cukup, rambut lanugo tidak terlihat, rambut kepala biasanya telah sempurna, kuku agak panjang dan lemas, genetalia : pada perempuan, labia mayora sudah menutupi labia minora, pada laki-laki: testis sudah turun, skrotum sudah ada, reflek isap dan menelan sudah terbentuk dengan baik, reflek moro atau gerak memeluk jika di kagetkan sudah baik, reflek gresp atau menggenggam sudah baik,

eliminasi baik, mekonium keluar dalam 24 jam pertama, mekonium berwarna hitam kecoklatan (Tando, 2016).

### **3. Tanda-Tanda Bahaya**

- a Pernapasan sulit atau lebih dari 60x permenit.
- b Terlalu hangat ( $>38^{\circ}\text{C}$ ) atau terlalu dingin ( $<36^{\circ}\text{C}$ )
- c Kulit bayi kering ( terutama 24 jampertama)
- d Biru, pucat, ataumemar.
- e Hisapan saat menyusu lemah, rewel, sering muntah, mengantuk berlebihan.
- f Tali pusat merah, bengkak, keluar cairan, berbau busuk, berdarah.
- g Tanda-tanda infeksi seperti suhu tubuh meningkat, merah, bengkak, bau busuk, keluar cairan, pernapasan sulit.
- h Tidak BAB dalam 3 hari, tidak BAK dalam 24 jam, tinja lembek/ encer sering berwarna hijau tua, ada lendir ataudarah.
- i Menggigil, rewel, lemas, mengantuk, kejang, tidak bisa tenang, menangis terus menerus (Maryanti dkk, 2011).

### **4. Pemberian Imunisasi Bayi**

Imunisasi adalah suatu pemindahan atau transfer antibodi secara pasif, sedangkan vaksinasi adalah pemberian vaksin (antigen) yang dapat merangsang pembentukan imunitas (antibodi) dari sistem imun dalam tubuh (Muslihatun. 2010).

#### **a BCG Imunisasi**

BCG berguna untuk mencegah penyakit tuberkolosis berat. Imunisasi ini sebaiknya diberikan sebelum bayi berusia 2-3 bulan. Dosis untuk bayi kurang dari

setahun adalah 0,05 ml dan anak 0,10 ml. Disuntikkan secara intra dermal di bawah lengan kanan atas. BCG tidak menyebabkan demam. Suntikan BCG meninggalkan jaringan parut nakas suntikan (Rukiyah dkk, 2010).

b. Hepatitis B

Imunisasi hepatitis B diberikan sedini mungkin setelah lahir. Pemberian imunisasi hepatitis B pada bayi baru lahir harus berdasarkan apakah ibu mengandung virus hepatitis B aktif atau tidak pada saat melahirkan (Rukiyah dkk, 2010).

c. DPT Imunisasi

DPT untuk mencegah bayi dari tiga penyakit, yaitu difteri, pertusis dan tetanus. Difteri disebabkan bakteri *Corynebacterium diphtheriae* yang sangat menular. Batuk rejan dikenal dengan pertusis atau batuk 100 hari, disebabkan bakteri *Bordetella pertusis*. Tetanus merupakan penyakit infeksi mendadak yang disebabkan toksin dari *Clostridium tetani*, bakteri yang terdapat di tanah atau kotoran binatang dan manusia (Rukiya dkk, 2010).

d. Polio

Untuk imunisasi dasar (3 kali pemberian) vaksin diberikan 2 tetes per oral dengan interval tidak kurang dari dua minggu (Rukiya dkk, 2010).

e. Campak Vaksin

Campak diberikan dalam satu dosis 0,5 ml pada usia 9 bulan (Rukiyah dkk, 2010).

## 5. Standar Pelayanan Asuhan Kebidanan

a Asuhan bayi baru lahir

Asuhan diberikan segera setelah bayi baru lahir dengan menjaga bayi agar bayi tetap merasa hangat, mengevaluasi keadaan bayi, memastikan bayi bernafas atau menangis, memfasilitasi untuk IMD dan sambil memperhatikan tanda bahaya bayi baru lahir. Menurut JNPK- KR, (2017) asuhan bayi baru lahir di bagi menjadi 2 yaitu:

1) Asuhan pada bayi 1 jam

Asuhan yang diberikan pada bayi satu jam meliputi perawatan mata dengan tetrasiklin 1%, melakukan injeksi Vitamin K, memasang identifikasi tanda pengenalan pada bayi, perawatan tali pusat serta selalu mengingatkan ibu untuk tetap melihat kondisi dan kehangatan bayinya.

2) Asuhan pada bayi 6 jam

Asuhan yang diberikan yaitu pemeriksaan fisik pada bayi, pengukuran tanda- tanda vital, pemeriksaan dari kepala sampai kaki dan selalu dijaga kehangatan bayi, serta anjurkan pada ibu untuk kontak langsung dengan bayinya.

## 6. Standar Pelayanan Asuhan Kebidanan Neonatus

1) Kunjungan Neonatal I (KN1) pada 6 jam sampai dengan 48 jam setelah lahir.

Asuhan yang diberikan meliputi menjaga bayi tetap hangat, menilai keadaan umum bayi, pernapasan, denyut jantung dan suhu badan 6 jam pertama, imunisasi HB-0, memeriksa adanya cairan atau bau busuk pada tali pusat, menjaga agar tali pusat tetap bersih dan kering, pemantauan pemberian ASI awal serta atau menangis terus menerus, demam, tali pusat kemerahan, tinja saat buang

air besar berwarna pucat dan menganjurkan ibu untuk melakukan imunisasi BCG, diberikan secara intrakutan pada lengan kanan bayi dengan dosis 0,05 cc untuk memberikan kekebalan aktif terhadap penyakit Tuberkulosis (TBC) dan Polio 1, diberikan secara oral dengan dosis dua tetes untuk memberikan kekebalan aktif terhadap penyakit Polio.

- 2) Kunjungan Neonatal II (KN2) pada hari ke-3 sampai 7 hari Asuhan yang diberikan adalah menjaga kehangatan tubuh bayi, memantau berat badan bayi, panjang badan, memeriksa suhu, respirasi, dan frekuensi denyut jantung, memberikan ASI eksklusif, memijat dan memandikan bayi, perawatan tali pusat, memeriksa adanya tanda bahaya seperti ikterus, diare, penurunan berat badan dan masalah pemberian ASI.
- 3) Kunjungan Neonatal III (KN3) pada hari ke-8 sampai 28 hari Asuhan yang diberikan kepada bayi adalah menjaga kehangatan tubuh bayi, memantau berat badan bayi, panjang badan, memeriksa suhu, respirasi, dan frekuensi denyut jantung, memberikan ASI eksklusif, memijat dan memandikan bayi, perawatan tali pusat, memeriksa adanya tanda bahaya seperti ikterus, diare, penurunan berat badan dan masalah pemberian ASI, memastikan imunisasi yang telah didapatkan serta pemantauan keadaan tali pusat.

## **7. Evaluasi APGAR Score**

Penilaian ini dilakukan pada saat bayi lahir (menit ke 1 dan menit ke 5) sehingga dapat mengidentifikasi bayi baru lahir yang memerlukan pertolongan lebih cepat (Rukiah.dkk, 2012).

## **8. Pemeriksaan Fisik Bayi Baru Lahir**

Dalam waktu 24 jam, apabila bayi tidak mengalami masalahapapun segeralah melakukan pemeriksaan fisik yang lebih lengkap. Pada saat melakukan pemeriksaan fisik bayi baru lahir usahakan jaga agar bayi tidak kehilangan panas serta pemeriksa mencuci tangan terlebih dahulu (Kemenkes, 2012).

## 9. Reflek Bayi Baru Lahir

Dalam beberapa minggu pertama kehidupan bayi akan mempertahankan posisi tubuhnya seperti posisi di dalam kandungan (posisi janin) yaitu fleksi penuh pada sendi lengan siku, panggul dan lutut dan memposisikan anggota gerak untuk dekat dengan bagian depan tubuh bayi. Posisi ini akan berubah bila bayi sudah dapat mengontrol gerakannya. BBL memiliki berbagai macam reflek alamiah. Memakai reflek ini akan sangat membantu untuk memahami penyebab beberapa perilaku bayi (Kosim, 2012) Menurut Kosim (2012) menyatakan bahwa reflek seorang BBL meliputi :

- a *Rooting reflek* : bayi akan menoleh kearah akan diberikan minum dan dia sudah siap untuk menghisap dengan menyentuh pipi bayi, akan menyebabkan bayi memberi respon ini
- b Reflek menghisap : bila diletakkan sebuah benda di mulut bayi, maka bayi secara alami sudah siap untuk menghisap
- c Reflek terkejut : bayi akan menggerakkan tangan dan kakinya tiba- tiba bila ia terkejut. Biasanya respon ini disertai dengan menangis
- d *Reflek tonik* : bayi memutar kepalanya ke satu sisi dan disertai gerakan lengan memegang pada sisi yang sama
- e Reflek memegang : bayi akan memegang dengan erat sesuatu benda yang

diletakkan pada telapak tangan

- f Reflek melangkah atau *placing reflex* : kaki bayi mencoba melangkah bila ditegakkan atau bila kakinya disentuh pada permukaan yang keras. Lengan, paha, dan dagu bayi akan bergetar terutama bila sedang menangis. Hal ini terjadi karena system saraf bayi yang belum berkembang sempurna.

#### 10. Keterikatan (Bouding Attachment)

Menurut Sulistyowati, 2013 *Bouding attachment* adalah sentuhan atau kontak kulit sedini mungkin antara bayi dengan ibu atau ayah di masa sensitive pada menit pertama dan beberapa jam setelah kelahiran bayi. Menurut Sherwan mendefinisikan *bouding* adalah : hubungan yang unik antara dua orang yang khusus dan berlanjut sepanjang waktu. Sedangkan *attachment* menurut Nerson dan May dalam buku (Rukiah;dkk, 2012) adalah ikatan perasaan yang terjadi antara ibu dan bayi meliputi curahan perhatian serta adanya hubungan emosi dan fisik yang sangat akrab. Faktor-faktor yang menghambat dilakukannya *bouding attachment* adalah kurangnya support dari keluarga, proses persalinan dengan tindakan operatif atau SC, bayi dan ibu dengan resiko, dan kehadiran bayi yang tidak diharapkan (Sulistyawati, 2013)

#### 2.15. Konsep Dasar Keluarga Berencana (KB)

##### 1. Definisi Keluarga Berencana

Menurut Pinem (2011) keluarga berencana adalah tindakan yang membantu individu atau pasangan suami istri untuk menghindari kehamilan yang tidak diinginkan, mendapatkan kelahiran yang diinginkan, mengatur jarak kehamilan dan menentukan jumlah anak dalam keluarga.

KB memiliki arti mengatur jumlah anak sesuai kehendak anda, dan menentukan sendiri kapan anda akan hamil, serta bisa menggunakan metode KB yang sesuai dengan keinginan dan kecocokan kondisi tubuh anda (Uliyah, 2011).

KB dimaksudkan untuk pengaturan kehamilan bagi pasangan usia subur untuk membentuk generasi penerus yang sehat dan cerdas dan pemerintah bertanggung jawab dan menjamin ketersediaan tenaga, fasilitas pelayanan, alat dan obat dalam memberikan Pelayanan KB yang aman, bermutu dan terjangkau oleh masyarakat (Kemenkes RI, 2013).

## **2. Tujuan Keluarga Berencana**

Menurut Handayani (2011) tujuan Keluarga berencana adalah sebagai berikut:

- a. Meningkatkan kesejahteraan ibu dan anak serta mewujudkan keluarga kecil yang bahagia dan sejahtera melalui pengendalian kelahiran dan pengendalian pertumbuhan penduduk Indonesia.
- b. Terciptanya penduduk yang berkualitas, sumber daya manusia yang bermutu dan meningkatkan kesejahteraan keluarga.

## **3. Sasaran Program KB**

Menurut Handayani (2011) sasaran program keluarga berencana adalah sebagai berikut :

### **a. Sasaran langsung**

Pasangan usia subur yang bertujuan untuk menurunkan tingkat kelahiran dengan cara penggunaan kontrasepsi secara berkelanjutan.

### **b. Sasaran tidaklangsung**

Pelaksana dan pengelola KB, dengan cara menurunkan tingkat kelahiran

melalui pendekatan kebijaksanaan kependudukan terpadu dalam rangka mencapai keluarga yang berkualitas, keluarga sejahtera.

#### **4. Ruang Lingkup KB**

Menurut Pinem (2011) dari definisi tersebut KB secara garis besar mencakup beberapa komponen yaitu :

- a Komunikasi, informasi, edukasi (KIE)
- b Konseling
- c Pelayanan kontrasepsi
- d Pelayanan infertilitas
- e Pendidikan seks
- f Konsultasi pra perkawinan dan konsultasi perkawinan
- g Konsultasi genetik
- h Test keganasan
- i Adopsi

#### **5. Langkah – Langkah Konseling KB**

Dalam memberikan konseling hendaknya diterapkan 6 langkah yang dikenal dengan kata SATU TUJU. Kata kunci ini digunakan untuk memudahkan petugas mengingat langkah-langkah yang perlu dilakukan tetapi dalam penerapannya tidak harus dilakukan secara berurutan (Pinem, 2011).. Menurut Pinem (2011) Kata kunci SATU TUJU sebagai berikut :

- a SA : Sapa dan salam kepada klien secara sopan dan terbuka. Memberikan tempat yang nyaman saat berbicara untuk menjamin privasi dan keyakinan klien untuk membangun rasa percaya diri

- b T : Tanya klien untuk mendapatkan informasi tentang dirinya dan bantu klien untuk lebih aktif
- c U : Uraikan kepada klien mengenai pilihannya dan beritahu apa pilihan kontrasepsi yang paling mungkin untuk klien
- d TU : bantulah klien untuk memilih kontrasepsi yang paling sesuai dengan keadaan dan kebutuhannya.
- e J : jelaskan secara lengkap tentang kontrasepsi pilihannya setelah klien memilih kontrasepsinya
- f U : perlunya dilakukan kunjungan ulang untuk pemeriksaan lanjutan atau permintaan kontrasepsi lainnya.

## 6. Jenis-Jenis Kontrasepsi

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

### 1) Metode Kontrasepsi Jangka Panjang

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

Keuntungan dari pemakaian metode kontrasepsi jangka panjang adalah perlindungan jangka panjang, pengembalian tingkat kesuburan yang cepat, tidak mempengaruhi hubungan seksual, tidak mengganggu produksi ASI dan tidak ada efek samping hormonal (Rahayu dan Prijatni, 2016). Pemakaian MKJP mempunyai

efek samping diantaranya nyeri pada saat haid, perubahan pola haid berupa perdarahan bercak (spotting), hipermenorea atau meningkatnya jumlah darah haid.

Macam- macam Alat Kontrasepsi Jangka Panjang (MKJP) antara lain:

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

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

b) Alat Kontrasepsi Bawah Kulit (AKBK)

Implant adalah metode kontrasepsi hormonal yang efektif, tidak permanen dan dapat mencegah terjadinya kehamilan antara tiga hingga lima tahun. Mekanisme kerja pada implant yaitu menebalkan mucus serviks sehingga tidak dapat dilewati oleh sperma.

c) Vasektomi pada laki-laki (MOP)

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

d) Tubektomi pada wanita (MOW)

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

## 2) Non Metode Kontrasepsi Jangka Panjang (non MKJP)

Non Metode Kontrasepsi Jangka Panjang (Non MKJP) adalah cara kontrasepsi dengan efektivitas dan tingkat kelangsungan pemakaiannya rendah serta angka kegagalannya yang tinggi. Contoh Non MKJP adalah Metode Amenore Laktasi (MAL), senggama terputus (coitus interruptus), metode kalender, metode lendir serviks, metode suhu basal badan, simptotermal, kondom, spermisida, diafragma, pil dan suntik. Macam-macam Non Metode Kontrasepsi Jangka Panjang :

### a) Kontrasepsi oral kombinasi

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

### b) Mini pil

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

c) Suntik Kombinasi

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

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

d) Suntik Progestin

Suntikan progestin merupakan jenis suntikan yang mengandung sintesa

progestin (Handayani, 2010). Mengandung 150 mg depo medroxi progesterone asetat yang diberikan setiap 3 bulan dengan cara disuntikan secara intramuskular dan Depo Noristerat yang mengandung 200 mg noretindron enantat diberikan setiap 2 bulan secara intramuskular.

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

## **2.2 Konsep Dasar Manajemen Kebidanan Kehamilan Trimester III, persalinan, neonatus, nifas, BBL, KB**

Manajemen Kebidanan adalah proses pemecahan masalah yang digunakan sebagai metode untuk mengorganisasikan pikiran dan tindakan berdasarkan teori ilmiah, penemuan-penemuan, keterampilan dalam rangkaian atau tahapan yang logis untuk pengambilan suatu keputusan yang berfokus pada klien (Asrinah, 2010). Syekh Yusuf tahun 2018 sesuai dengan 7 langkah Varney dan SOAP. Yaitu langkah I pengkajian data dasar, langkah II diagnosa masalah aktual, langkah III diagnosa masalah potensial, langkah IV tindakan segera/kolaborasi, langkah V menyusun rencana asuhan yang menyeluruh, langkah VI implementasi, langkah VII evaluasi.

### **2.2.2. Manajemen Asuhan Kebidanan Kehamilan**

#### **a. Pengumpulan Data Dasar**

Tanggal : Tanggal pemeriksaan saat ini berguna untuk menentukan jadwal kapan ibu harus melakukan kunjungan ulang

Waktu : Untuk mengetahui waktu pemeriksaan Tempat: Untuk mengetahui tempat pemeriksaan

Oleh : Untuk mengetahui siapa yang melakukan pemeriksaan

1) Data Subyektif

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

a) Biodata

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

b) Alasan datang

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

c) Keluhan utama

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

d) Riwayat kehamilan sekarang

imunisasi tetanus toxoid (TT) dan kekhawatiran ibu.

e) Riwayat kehamilan, persalinan, nifas yang lalu

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

f) Riwayat menstruasi

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

g) Riwayat penggunaan kontrasepsi

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

h) Riwayat kesehatan

Riwayat kesehatan ibu yang saat ini sedang diderita dan yang pernah diderita serta riwayat penyakit yang pernah diderita keluarga, meliputi: penyakit jantung, hipertensi, DM, TB, ginjal, asma, epilepsy, hepatitis, malaria, infeksi menular seksual (IMS), HIV/AIDS, alergi obat/makanan, gangguan hematologic, penyakit kejiwaan, riwayat trauma dan sebagainya.

i) Riwayat perkawinan

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

j) Riwayat psikososial spiritual

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

k) Pola kebutuhan sehari-hari

(1) Pola Nutrisi

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

(2) Pola Istirahat

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

(3) Pola Eliminasi

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

panggul sehingga rahim akan menekan kandung kemih.

(4) Pola Aktivitas

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

(5) Personal Hygiene

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

(6) Pola Seksual

Hubungan seksua dapat menimbulkan abortus, persalinan premature. Hubungan seksual setelah umur kehamilan 30 minggu berbahaya karena terdapat kemungkinan persalinan premature. Namun hubungan seksual saat hamil bukanlah merupakan halangan, asalkan dilakukan dengan hati-hati. (Yuliani, dkk, 2021)

2) Data Obyektif

a) Pemeriksaan umum

(1) Keadaan umum

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

Kesadaran dinilai baik jika dapat menjawab semua pertanyaan.

(2) Kesadaran

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

(3) Berat badan

Pengukuran berat badan untuk mengetahui penambahan BB dengan mengetahui BB sebelum hamil dan BB saat hamil. Kelebihan yang tidak terlalu parah pun menjadi faktor risiko terjadinya diabetes gestasional dan gangguan hipertensif pada kehamilan, sedangkan obesitas yang nyata berisiko lebih tinggi mengalami insiden kelahiran sesar, nilai apgar rendah, makrosomia janin, defek tuba neuralis

dan kematian janin di akhir kehamilan.

(4) Tinggi badan

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

(5) Lingkar Lengan Atas (LiLA)

Pengukuran LiLA dilakukan pada kunjungan antenatal pertama (trimester I) dengan tujuan skrining terhadap faktor kekurangan energi kronis (Yuliani, dkk, 2021). Apabila pengukuran LiLA bagian kiri kurang dari 23,5 cm merupakan indikasi untuk status gizi ibu yang kurang/buruk, sehingga berisiko untuk melahirkan BBLR.

(6) Tanda-tanda vital

(a) Tekanan darah

Tekanan darah diukur setiap kali kunjungan dengan tujuan untuk mendeteksi adanya hipertensi pada kehamilan. Tekanan darah normal adalah 120/80- 140/90 mmHg. Kenaikan tekanan darah tidak boleh lebih dari 30 sistolik atau 15 mmHg

pada diastolik. Batas terendah tekanan darah adalah 140/90 mmHg yang merupakan titik awal kemungkinan preeklamsi. Tekanan darah (bandingkan dengan tekanan darah dasar yang diperoleh pada kunjungan pertama. Catat hasil tekanan darah sepanjang masa hamil hingga saat ini).

(b) Suhu

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

(c) Nadi

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

(d) Pernapasan

Nilai normal pernafasan orang dewasa adalah 16- 20x/menit. Sedangkan sesak nafas ditandai dengan peningkatan frekuensi pernafasan dan kesulitan bernafas serta rasa lelah. (Yuliani, dkk, 2021)

b) Pemeriksaan fisik

(1) Inspeksi

(a) Muka : apakah ada edema yang menunjukkan adanya preeklampsia atau terlihat pucat (Yuliani, dkk, 2021).

(b) Mata : Konjungtiva yang pucat menandakan ibu

menderita anemia sehingga harus dilakukan penanganan lebih lanjut. Pada pemeriksaan mata juga lihat warna sklera, apabila sklera berwarna kekuningan curigai bahwa ibu memiliki riwayat penyakit hepatitis (Ummah, 2019)

(c) Mulut : bibir, mukosa, gigi, gusi, lidah, dan hygiene mulut dan gigi termasuk

kemungkinan karies. Hal tersebut merupakan sumber infeksi (Yuliani, dkk, 2021).

- (d) Leher : adakah pembesaran kelenjar limfe, adakah pembesaran kelenjar tyroid, dan adakah pembesaran vena jugularis.
  - (e) Dada : adakah nyeri tekan, frekuensi, irama nafas, auskultasi paru dan jantung
  - (f) Abdomen : ada tidaknya bekas luka operasi, semakin besar usia kehamilan, hiperpigmentasi kulit seperti linea alba dan striae gravidarum jaringan parut, distensi, massa, nyeri tekan
  - (g) Anus : adakah hemoroid
  - (h) Ekstremitas : edema tanda kemungkinan terjadinya preeklampsi, varises, pucut pada kuku jari, reflek patella.
  - (i) Payudara : pengeluaran kolostrum atau cairan lain, apakah terdapat benjolan atau massa.
- (2) Palpasi
- (a) Leher : bendungan vena diakibatkan penyakit jantung. Perhatikan keadaan lain seperti kelenjar tiroid dan pembengkakan kelenjar limfe
  - (b) Payudara : bentuk, ukuran, retraksi, bekas operasi di daerah areola, kondisi putting, hiperpigmentasi areola, adakah benjolan abnormal, adakah nyeri tekan.
  - (c) Leopold
- 1) Leopold I

Dilakukan untuk menentukan TFU (Tinggi Fundus Uteri) dan bagian janin yang terletak di fundus uteri. Jika teraba bulat, keras, melenting diartikan sebagai kepala, sedangkan jika teraba lunak, kurang bulat dan tidak melenting diartikan

sebagai bokong (Yuliani, 2021). Untuk menghitung taksiran berat janin dengan teori Johnson Tausack, yaitu :

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

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

## 2) Leopold II

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

## 3) Leopold III

Dilakukan untuk menentukan bagian janin yang terletak di bagian bawah uterus (presentasi janin) dan menentukan apakah presentasi janin sudah mulai masuk pintu atas panggul (PAP), dilakukan mulai akhir Trimester II. Normalnya bagian bawah janin adalah kepala (Yuliani, 2021).

## 4) Leopold IV

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

## (3) Auskultasi

Mendengarkan DJJ menggunakan Doppler pada kehamilan lebih dari 16 minggu, menggunakan linex terdengar pada kehamilan 18-20 minggu. Ciri-ciri DJJ

adalah memiliki irama yang lebih cepat dari denyut nadi ibu dengan frekuensi normal 120-160 kali per menit. DJJ kurang dari 120 kali per menit atau lebih dari 160 kali permenit mengindikasikan adanya gawat janin (Yuliani, dkk, 2021).

(4) Pemeriksaan panggul

Pemeriksaan panggul bagian luar dilakukan untuk memperkirakan kemungkinan panggul sempit. Terutama dilakukan pada primigravida karena belum pernah bersalin (Yuliani, dkk, 2021)

(5) Pemeriksaan Penunjang

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

(a) Kadar haemoglobin

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

(b) Golongan darah dan rhesus

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

(c) Pemeriksaan Protein Urin

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

trimester II dan III jika terdapat hipertensi. Tingkatan dari hasil pemeriksaan kadar albumin adalah sebagai berikut :

(-) : Tidak ada kekeruhan

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

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

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

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

(d) Gula Darah Puasa

(-) : Biru jernih sedikit kehijauan (+) : Hijau endapan kuning

(++) : Endapan kuning, jelas, dan banyak (+++) : Tidak berwarna, endapan warna

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

(e) HbsAg (untuk menegakkan diagnosa Hepatitis)

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

(f) Tes HIV

Tes HIV wajib ditawarkan pada ibu hamil di daerah epidemic meluas dan terkonsentrasi. Tes tersebut dapat dilakukan mengikuti pemeriksaan laboratorium rutin lainnya saat pemeriksaan antenatal atau menjelang persalinan (Yuliani, dkk, 2021).

(g) Pemeriksaan Ultrasonografi (USG) Pemeriksaan USG direkomendasikan:

- (l) Pada awal kehamilan (idealnya sebelum usia kehamilan 15 minggu) untuk menentukan usia gestasi, letak dan jumlah janin, serta deteksi abdominalitas janin yang berat.

- ② Pada usia kehamilan sekitar 20 minggu untuk mendeteksi anomaly pada janin.
- ③ Pada trimester III untuk perencanaan persalinan.

b. Identifikasi diagnosa / masalah

1) Diagnosa Kebidanan :

G\_P\_\_Ab\_UK\_minggu, tunggal/hidup/intrauterine, letak kepala, punggung kanan/kiri, keadaan ibu dan janin baik dengan kehamilan fisiologis.

a) Data Subyektif :

Ibu mengatakan ini hamil ke\_usia kehamilan\_bulan. Ibu mengatakan hari pertama haid terakhir (HPHT)\_.

b) Data Obyektif : Keadaan Umum : Baik

Kesadaran : Composmentis

TD : Normalnya 90/60 – 120/80

mmHg

Nadi : Normalnya 60 – 80 kali/menit

Suhu : Normalnya 36,5 – 37,5

RR : Normalnya 16 – 24 kali/menit

TB : Normalnya lebih dari dari 145 cm

BB hamil : Sesuai dengan BB ibu hamil

berapa kg LILA : Normalnya tidak boleh dibawah 23,5 cm

TP : Sesuai dengan HPHT

Pemeriksaan Abdomen

Leopold I : Untuk mengetahui tinggi fundus uteri dan bagian yang berada di fundus.

Leopold II : Untuk mengetahui batas kiri/kanan pada uterus ibu

Leopold III : Untuk mengetahui presentasi atau bagian terbawah janin yang ada di simpisis ibu.

Leopold IV : Untuk mengetahui seberapa jauh masuknya bagian terendah janin kedalam PAP

Auskultasi : DJJ 120 – 160 x/menit.

2) Masalah

Berikut adalah contoh masalah dalam kehamilan trimester III :

- a) Peningkatan Frekuensi Berkemih
  - b) Kontipasi
  - c) Hemoroid
  - d) Kram Tungkai
  - e) Nyeri punggung
  - f) Edema pada wajah dan ekstremitas
  - g) Keputihan
- c. Identifikasi Diagnosa dan Masalah Potensial

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

d. Identifikasi Kebutuhan Segera

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

e. Intervensi

Diagnosa : G\_P \_\_\_\_\_ Ab \_\_\_\_\_ Uk minggu, janin T/H/I, letak kepala, punggung kanan/ punggung kiri, dengan keadaan ibu dan janin baik.

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

Kriteria hasil

Keadaan umum : Baik

Kesadaran : Composmentis

Tekanan darah : 120/80-140/90 mmHg

RR : 16-20x/menit

Nadi : 60-80x/menit

Suhu : 36,5 °C-37,5 °C

DJJ : Normal (120-160x/menit)

TFU : Sesuai dengan usia kehamilan

BB : Pertambahan tidak melebihi standar. Tidak terdapat tanda bahaya kehamilan

Dalam hal ini, semua langkah yang sudah dilalui, mulai dari pengumpulan data, interpretasi data dasar, diagnosa dan masalah potensial, dan kebutuhan tindakan segera menjadi dasar untuk perencanaan asuhan. Selain itu, perencanaan

asuhan ini juga harus didukung dengan penjelasan yang valid dan rasional. Dari perencanaan ini nantinya akan terungkap, seperti apa penyuluhan, konseling, dan rujukan yang dibutuhkan untuk pasien (Nurwiandani, 2018).

f. Implementasi

Rencana asuhan yang menyeluruh dilaksanakan dengan efisien dan aman. Pelaksanaan tersebut dapat sepenuhnya dilakukan oleh bidan atau sebagian lagi oleh tenaga kesehatan lain atau klien dan keluarga. Jika bidan tidak melakukannya sendiri, ia tetap bertanggung jawab penuh untuk mengarahkan pelaksanaan dan memastikan langkah-langkah tersebut benar-benar terlaksana (Yuliani, 2021).

g. Evaluasi

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

### 2.3.2 **Manajemen Asuhan Kebidanan Persalinan Pendokumentasian SOAP pada ibu bersalin.**

a. Dokumentasi Kebidanan Kala I

1) Data Subjektif (S)

a) Alasan Datang

Untuk mengetahui alasan ibu datang ke tempat pelayanan kesehatan.

b) Keluhan utama

Untuk mengetahui alasan pasien datang ke fasilitas pelayanan kesehatan, kapan ibu merasa perutnya kencang- kencang, bagaimana intensitas dan frekuensinya, apakah ada pengeluaran cairan dari vagina yang berbeda dari air kemih, apakah sudah ada pengeluaran lendir yang disertai darah, serta pergerakan janin untuk memastikan janin dalam kondisi baik (Sulistyawati & Nugraheny, 2010; Diana, 2017).

c) Kebutuhan sehari-hari

(1) Nutrisi

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

(2) Eliminasi

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

(3) Istirahat

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

(4) Personal Hygiene

Dilakukan pengkajian ini bertujuan untuk mengetahui kebersihan tubuh klien

dan juga mencegah klien dari terjadinya infeksi (Handayani & Mulyati, 2017)

(5) Aktivitas

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

2) Data Objektif (O)

a) Pemeriksaan umum

Keadaan umum : baik atau lemah Kesadaran : composmetis

TTV :

1. Tekanan darah

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

2. Suhu

Suhu tubuh yang normal adalah 36,5-37,5°C. Suhu tubuh selama persalinan akan meningkat, hal ini terjadi karena peningkatan metabolisme. Peningkatan suhu tubuh tidak boleh melebihi 0,5- 10C dari suhu sebelum persalinan (Diana, 2017).

3. Nadi

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

4. Pernafasan

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

b) Pemeriksaan fisik

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

(a) Menentukan TFU

Pastikan pengukuran dilakukan pada saat uterus tidak sedang kontraksi, pengukuran dimulai dari tepi atas symfisis pubis kemudian rentangkan pita pengukur hingga ke puncak pundus mengikuti aksis atau linea medialis dinding abdomen menggunakan pita pengukur.

(b) DJJ

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

(c) Kontraksi uterus

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

(d) Presentasi janin

Untuk menentukan apakah presentasi kepala atau bokong, maka perhatikan dan

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

(4) Genetalia

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

(5) Pemeriksaan dalam

(a) Pembukaan serviks

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

(b) Penipisan

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

(c) Selaput ketuban

Nilai ketuban setiap kali dilakukan pemeriksaan dalam dan nilai warna air ketuban jika selaput ketuban pecah. Penulisan yang dapat dilakukan dalam

partograf untuk menilai ketuban (Sulikah, et al., 2019) yaitu:

U : ketuban utuh (belum pecah).

J : ketuban sudah pecah dan air ketuban jernih.

M : ketuban sudah pecah dan air ketuban bercampur meconium.

D : ketuban sudah pecah dan air ketuban bercampur darah.

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

(d) Tali pusat dan bagian bagian kecil

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

(e) Molase

Molase atau disebut dengan penyusupan tulang kepala janin merupakan indikator penting dalam menentukan seberapa jauh kepala bayi dapat menyesuaikan diri dengan bagian keras panggul ibu. Dalam melakukan penilaian molase, dapat dituliskan sebagai berikut

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

1 : tulang tulang kepala janin hanya saling bersentuhan.

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

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

## (f) Penurunan bagian terbawah janin

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

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

Bidang Hodge III : bidang yang sejajar dengan bidang Hodge I dan II, terletak setinggi spina ischiadica kanan dan kiri.

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

## (6) Ekstremitas

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

## 3) Assesment (A)

G\_P\_Ab\_\_\_\_UK\_\_\_\_minggu, T/H/I, Letak Kepala, Puka/Puki, Kala I fase laten/aktif dengan keadaan ibu dan janin baik

## 4) Penatalaksanaan (P)

(1) Memberitahu ibu bahwa hasil pemeriksaan kondisi ibu dan janin normal.

(2) Memantau kemajuan persalinan yang meliputi nadi, DJJ dan his 30 menit sekali, pemeriksaan vagina jika ada indikasi, tekanan darah setiap 4 jam sekali, suhu setiap 2-4 jam sekali pada kala I fase laten dan 2 jam sekali pada kala I fase aktif, urine setiap 2 jam sekali dengan menggunakan lembar observasi pada kala I fase laten dan partograph pada kala I fase aktif.

- (3) Memantau masukan atau pengeluaran cairan. Anjurkan ibu untuk mengosongkan kandung kemih minimal setiap 2 jam sekali.
- (4) Menganjurkan kepada ibu teknik untuk mengurangi nyeri yaitu kombinasi dari teknik pernapasan, memberi kompres hangat.
- (5) Menganjurkan suami dan keluarga untuk mendampingi ibu.
- Menganjurkan ibu untuk memilih posisi yang nyaman mobilisasi seperti berjalan, berdiri atau jongkok, berbaring miring atau merangkak.
- (Sondakh, 2013).

b. Dokumentasi Kebidanan Kala II

1) Data Subyektif (S)

Ibu merasa ingin meneran seperti buang air besar.

2) Data Objektif (O)

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

Hasil pemeriksaan dalam:

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

i) Tidak ada bagian kecil dan berdenyut disekitar bagian terendah.

3) Assessment (A)

G\_P\_Ab UK\_minggu, T/H/I, letak kepala, puka/puki, presentasi belakang kepala, denominator UUK inpartu kala II dengan kondisi ibu dan janin baik.

4) Penatalaksanaan (P)

- (a) Mendengar dan melihat adanya tanda persalinan kala II
- (b) Klien merasa ada dorongan kuat dan meneran.
- (c) Klien merasakan tekanan yang semakin meningkat pada rectum dan vagina.
- (d) Perineum tampak menonjol.
- (e) Vulva dan sfinger ani membuka.
- (f) Memastikan kelengkapan obat obatan dan kelengkapan dan obat obatan esensial untuk menolong persalinan dan menatalaksana komplikasi segera pada ibu dan bayi baru lahir. Untuk asuhan bayi baru lahir atau resusitasi siapkan :
  - 1) Tempat datar, rata, bersih, kering dan hangat
  - 2) 3 handuk/kain bersih dan kering (termasuk ganjal bahu bayi)
  - 3) Alat penghisap lendir
  - 4) Lampu sorot 60 watt dengan jarak 60 cm dari tubuh bayi Untuk ibu :
- f) Menggelar kain di perut bawah ibu
- g) Menyiapkan oksitosin 10 unit
- h) Alat suntik steril sekali pakai didalam partus set
- i) Memakai celemek plastik atau dari bahan yang tidak tembus cairan
- j) Melepaskan dan menyimpan semua perhiasan yang dipakai, cuci tangan

dengan sabun dan air bersih mengalir kemudian keringkan tangan dengan tisu atau handuk pribadi yang bersih dan kering.

- k) Memakai sarung tangan DTT pada tangan yang akan digunakan untuk periksa dalam.
- l) Memasukkan oksitosin kedalam tabung suntik (gunakan tangan yang memakai sarung tangan DTT atau steril) pastikan tidak terjadi kontaminasi pada alat suntik.
- m) Memastikan pembukaan lengkap dan keadaan janin. Membersihkan vulva dan perineum, menyekanya dengan hati- hati dari anterior (depan) ke posterior (belakang) menggunakan kapas atau kassa yang dibasahi air DTT
- n) Jika introitus vagina, perineum, atau anus terkontaminasi tinja, membersihkan dengan seksama dari arah depan ke belakang
- o) Buang kapas atau kassa pembersih (terkontaminasi) dalam wadah yang tersedia
- p) Jika terkontaminasi melakukan dekontaminasi, lepaskan dan rendam sarung tangan tersebut dalam larutan klorin 0,5%. Pakai sarung tangan DTT atau steril untuk melaksanakan langkah lanjutan
- q) Melakukan periksa dalam untuk memastikan pembukaan lengkap. Bila selaput ketuban masih utuh saat pembukaan sudah lengkap maka lakukan amniotomi
- r) Mendekontaminasi sarung tangan (celupkan tangan yang masih memakai sarung tangan kedalam larutan klorin 0,5%, lepaskan sarung tangan dalam keadaan terbalik, rendam dalam klorin 0,5 % selama 10 menit). Cuci tangan setelah sarung tangan dilepaskan dan setelah itu tutup kembali partus set.
- s) Memeriksa denyut jantung janin (DJJ) setelah kontraksi uterus mereda

relaksasi untuk memastikan DJJ dalam batas normal (120-160 x / menit)

- t) Mengambil tindakan yang sesuai jika DJJ tidak normal
  - u) Mendokumentasikan hasil-hasil periksa dalam, DJJ semua temuan periksaan dan asuhan yang diberikan ke dalam partograf
  - v) Menyiapkan ibu dan keluarga untuk membantu proses meneran. Beritahukan pada ibu bahwa pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin cukup baik, kemudian bantu ibu menemukan posisi yang nyaman dan sesuai dengan keinginannya.
- 5) Tunggu hingga timbul kontraksi atau rasa ingin meneran, lanjutkan pemantauan kondisi dan kenyamanan ibu dan janin (ikuti pedoman penatalaksanaan Fase aktif) dan dokumentasikan semua temuan yang ada.
  - 6) Jelaskan pada anggota keluarga tentang peran mereka untuk mendukung dan memberi semangat pada ibu dan beneran secara benar.
  - (g) Meminta keluarga untuk membantu menyiapkan posisi meneran jika ada rasa ingin meneran atau kontraksi yang kuat. Pada kondisi tersebut itu, ibu diposisikan setengah duduk atau posisi lain yang diinginkan dan pastikan ibu merasa nyaman.
  - (h) Melaksanakan bimbingan beneran pada saat ibu merasa ingin meneran atau timbul kontraksi yang kuat :
    - 1) Bimbing ibu agar dapat meneran dengan benar dan efektif.
    - 2) Dukung dan beri semangat pada saat meneran dan perbaiki cara meneran apabila caranya tidak sesuai.
    - 3) Bantu ibu mengambil posisi yang nyaman sesuai pilihannya kecuali posisi ber Baring terlentang dalam waktu yang lama.

- 4) Anjurkan ibu untuk istirahat diantara kontraksi.
- 5) Anjurkan keluarga memberi dukungan dan semangat untuk ibu.
- 6) Berikan cukup Asuhan cairan peroral minum.
- 7) Menilai DJJ setiap kontraksi uterus selesai.
- 8) Segera rujuk bila bayi belum atau tidak akan segera lahir setelah pembukaan lengkap dan dipimpin beneran  $\geq 120$  menit (2jam) pada primigravida atau  $\geq 60$  menit (1 jam) pada multigravida
  - (i) Menganjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok, atau mengambil posisi yang nyaman, jika ibu belum merasa ada dorongan untuk meneran dalam selang waktu 60 menit
  - (j) Mempersiapkan untuk melahirkan bayi. Letakkan handuk bersih (untuk mengeringkan bayi) di perut bawah ibu, jika kepala bayi sudah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm
  - (k) Meletakkan kain bersih yang dilipat 1/3 sebagai alas bokong ibu.
  - (l) Membuka tutup partus set dan periksa kembali kelengkapan peralatan dan bahan.
  - (m) Memakai sarung tangan DTT atau steril pada kedua tangan.
  - (n) Pertolongan untuk melahirkan bayi, setelah tampak kepala bayi dengan diameter 5-6 cm membuka vulva maka lindungi Perineum dengan satu tangan yang dilapisi dengan kain bersih dan kering, tangan yang lain menahan belakang kepala untuk mempertahankan posisi fleksi dan membantu lahirnya kepala. Anjurkan ibu meneran secara efektif atau bernafas cepat dan dangkal.
  - (o) Memeriksa kemungkinan adanya lilitan tali pusat (ambil tindakan yang sesuai jika hal itu terjadi) segera lanjutkan proses kelahiran bayi.

- 1) Jika tali pusat melilit leher secara longgar, lepaskan lilitan lewat atas kepala bayi.
  - 2) Jika tali pusat melilit leher secara kuat, klem tali pusat di dua tempat dan potong tali pusat di antara dua klem tersebut
- (p) Setelah kepala lahir tunggu putaran paksi luar yang berlangsung secara spontan
- (q) Setelah putaran paksi luar selesai, pegang kepala bayi secara biparental. Anjurkan ibu untuk meneran saat kontraksi. Dengan lembut gerakan kepala ke arah bawah dan distal hingga bahu depan muncul di bawah arkus pubis kemudian gerakan ke arah atas dan distal untuk melahirkan bahu belakang.
- (r) Setelah kedua bahu lahir, satu tangan menyangga kepala dan bahu belakang, tangan yang lain menelusuri lengan dan siku anterior bayi serta menjaga bayi terpegang baik.
- (s) Setelah tubuh dan lengan lahir penelusuran tangan atas berlanjut ke punggung, bokong, tungkai dan kaki. Pegang kedua mata kaki (masukan telunjuk di antara dua kaki dan pegang kedua kaki dengan melingkarkan ibu jari pada satu sisi dan jari jari lainnya pada sisi yang lainnya agar bertemu dengan jari telunjuk.
- (t) Melakukan penilaian selintas :
- 1) Apakah bayi cukup bulan?
  - 2) Apakah bayi menangis kuat dan atau bernafas tanpa kesulitan?
  - 3) Apakah bayi bergerak dengan aktif ? Salah satu jawaban adalah “TIDAK” melanjutkan ke langkah resusitasi bayi baru lahir dengan Asfiksia (lihat penuntun belajar resusitasi bayi) Bila semua jawaban “IYA”
- (u) Mengeringkan tubuh bayi mulai dari muka, kepala, dan bagian tubuh lainnya (kecuali kedua tangan) tanpa membersihkan verniks. Ganti handuk

basah dengan handuk kering. Pastikan bayi dalam posisi dan kondisi aman di perut bagian bawah ibu. (JNPK-KR,2017)

c. Dokumentasi Kebidanan Kala III

1) Data Subjektif (S)

Ibu merasa senang bayinya lahir selamat. Perut ibu masih terasa mulas.

2) Data Obyektif (O)

a) TFU : setinggi pusat

b) Tidak terdapat janin kedua

3) Assessment (A)

P Ab\_inpartu kala III dengan kondisi ibu dan bayi baik.

4) Penatalaksanaan (P)

(1) Memeriksa kembali uterus untuk memastikan hanya satu bayi yang lahir (hamil tunggal) dan bukan ke hamilan ganda (gemeli)

(2) Memberitahu ibu bahwa ia akan disuntik oksitosin agar uterus berkontraksi dengan baik.

(3) Dalam waktu 1 menit setelah bayi lahir, suntikan Oksitosin 10 unit (intramuskular) di 1/3 bagian distal lateral paha (lakukan aspirasi sebelum penyuntikkan oksitosin).

(4) Setelah 2 menit sejak bayi lahir (cukup bulan) jepit tali pusat dengan klem kira kira 2-3 cm dari pusar bayi. Gunakan jari telunjuk dan jari tengah tangan yang lain untuk mendorong isi tali pusat ke arah ibu, dan klem tali pusat pada sekitar 2 cm distal dari klem pertama.

(5) Memotong dan mengikat tali pusat

- a) Dengan satu tangan, pegang tali pusat yang telah dijepit (lindungi perut bayi), dan lakukan pengguntingan tali pusat di antara tali pusat tersebut.
  - b) Ikat tali pusat dengan benang DTT atau steril pada satu sisi kemudian melingkarkan lagi benang tersebut dan ikat tali pusat dengan simpul kunci pada sisi lainnya.
  - c) Lepaskan klem dan masukkan dalam wadah yang telah disediakan
- (6) Meletakkan bayi tengkurap di dada ibu untuk kontak kulit ibu- bayi. Luruskan bahu bayi sehingga dada bayi menempel di dada ibunya. Usahakan kepala bayi berada di antara payudara ibu dengan posisi lebih rendah dari areola mammae ibu.
- (7) Meletakkan bayi tengkurap di dada ibu untuk kontak kulit ibu- bayi. Luruskan bahu bayi sehingga dada bayi menempel di dada ibunya. Usahakan kepala bayi berada di antara payudara ibu dengan posisi lebih rendah dari areola mammae ibu.
- (8) Memindahkan klem tali pusat hingga berjarak 5-10 cm dari vulva
- a) Selimuti ibu-bayi dengan kain kering atau selimut hangat, pasang topi di kepala bayi
  - b) Biarkan bayi melakukan kontak kulit ke kulit di dada ibu paling sedikit 1 jam
  - c) Sebagian besar bayi akan berhasil melakukan inisiasi menyusui dini dalam waktu 30 menit sampai 60 menit. Menyusui untuk pertama kali akan berlangsung sekitar 10- 15 menit. Bayi cukup menyusui dari satu payudara
  - d) Biarkan bayi berada didada ibu selama 1 jam walaupun bayi sudah berhasil menyusui
- (9) Meletakkan satu tangan di atas kain pada perut bawah ibu (di atas simfisis), untuk mendeteksi kontraksi. Tangan lain memegang klem untuk menegangkan tali pusat.

- (10) Pada saat uterus berkontraksi, tegangkan tali pusat ke arah bawah, ambil tangan yang lain mendorong uterus ke arah belakang atas (dorso kranial) secara hati hati (untuk mencegah inversio uteri). Jika plasenta tidak lepas setelah 30-40 detik, hentikan penegangan tali pusat dan tunggu hingga timbul kontraksi berikutnya. Kemudian ulangi kembali prosedur diatas. Jika uterus tidak segera berkontraksi minta ibu atau suami untuk melakukan stimulasi putting susu
- (11) Mengeluarkan Plasenta. Bila pada penekanan bagian bawah dinding depan uterus ke arah dorsal ternyata tidak diikuti dengan pergeseran tali pusat ke arah distal maka lanjutkan dorongan ke arah kranial hingga plasenta dapat dilahirkan.
  - a) Ibu boleh meneran tetapi tali pusat hanya di tegangkan (jangan ditarik secara kuat terutama jika uterus tidak berkontraksi) sesuai dengan sumbu jalan lahir (ke arah bawah-sejajar lantai-atas).
  - b) Jika tali pusat bertambah panjang, pindahkan klem hingga berjarak sekitar 5-10 cm dari vulva dan lahirkan plasenta.
  - c) Jika Plasenta tidak lepas setelah 15 menit menegangkan tali pusat:
    - (1) Ulangi pemberian Oksitosin 10 unit IM
    - (2) Lakukan kateterisasi (gunakan teknik aseptik) jika kandung kemih penuh
    - (3) Minta keluarga untuk menyiapkan rujukan
    - (4) Ulangi tekanan dorso kranial dan penegangan tali pusat 15 menit berikutnya
    - (5) Jika Plasenta tak lahir dalam 30 menit sejak bayi lahir atau terjadi perdarahan maka segera lakukan tindakan Plasenta manual
- (12) Saat plasenta muncul di introitus vagina, lahirkan plasenta dengan kedua tangan.

Pegang dan putar plasenta hingga selaput ketuban terpinil kemudian lahirkan dan tempatkan plasenta pada wadah yang telah disediakan. Jika selaput ketuban robek, pakai sarung

tangan DTT untuk melakukan DTT atau steril untuk mengeluarkan selaput yang tertinggal

- (13) Rangsangan taktil (Masase) uterus. Segera setelah plasenta dan selaput ketuban lahir, lakukan masase uterus, letakkan telapak tangan di fundus dan lakukan masase dengan gerakan melingkar dengan lembut hingga uterus berkontraksi (fundus teraba keras. Lakukan tindakan yang diperlukan (kompresi bimanual internal, kompresi aorta abdominalis, tampon, kondom, kateter). Jika uterus tidak berkontraksi dalam 15 detik setelah rangsangan taktil atau masase.
- (14) Mengevaluasi kemungkinan perdarahan dan laserasi pada vagina dan perineum. Melakukan penjahitan bila terjadi laserasi derajat 1 atau derajat 2 dan atau menimbulkan perdarahan. Bila ada robekan yang menimbulkan perdarahan aktif segera melakukan penjahitan.
- (15) Memeriksa kedua sisi Plasenta (maternal-fetal) pastikan plasenta telah dilahirkan lengkap masukkan plasenta ke dalam kantung atau plastik atau tempat khusus.
- (16) Memastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan pervaginam.
- (17) Memastikan kandung kemih kosong. Jika penuh, lakukan kateterisasi.
- (18) Mencelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5%, bersihkan noda darah dan cairan tubuh, dan bilas di air DTT tanpa melepas

sarung tangan kemudian dikeringkan dengan tisu atau handuk pribadi yang bersih dan kering.

(JNPK-KR,2017)

d Dokumentasi Kebidanan Kala IV

1) Data Subjektif (S)

Perut ibu masih terasa mulas.

2) Data Obyektif (O)

a) Keadaan umum : baik

b) Kesadaran : composmentis

c) TFU : 2 jari di bawah pusat

d) Kandung kemih : kosong

3) Assessment (A)

P\_\_\_\_\_Ab\_\_\_\_inpartu kala IV dengan kondisi ibu dan bayi baik.

4) Penatalaksanaan (P)

(1) Mengajarkan ibu atau keluarga cara melakukan masase uterus dan menilai kontraksi, memastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan pervaginam.

(2) Memeriksa dan memastikan keadaan umum ibu, setiap 15 menit selama 1 jam pertama pasca persalinan dilakukan pemeriksaan tanda tanda vital yaitu tekanan darah, nadi, suhu, tinggi fundus uteri, kontraksi uterus, kandung kemih, dan perdarahan.

Pemeriksaan suhu dilakukan dua kali pada 1 jam pertama dan 1 jam kedua pasca

persalinan. Dan setiap 30 menit selama jam kedua pasca persalinan dilakukan pemeriksaan tanda-tanda vital yaitu tekanan darah, nadi, suhu, tinggi fundus uteri, kontraksi uterus, kandung kemih, dan perdarahan.

- (3) Mengevaluasi dan estimasi jumlah kehilangan darah
- (4) Memantau keadaan bayi dan pastikan bahwa bayi bernafas dengan baik (40-60x/menit)
  - (a) Jika bayi sulit bernafas, merintih, atau retraksi, di resusitasi, dan segera merujuk ke rumah sakit.
  - (b) Jika bayi bernafas terlalu cepat atau sesak nafas, segera rujuk ke rumah sakit rujukan.
  - (c) Jika kaki teraba dingin, pastikan ruangan hangat. Lakukan kembali kontak kulit ibu-bayi dan hangatkan ibu-bayi dalam satu selimut.
- (5) Membersihkan ibu dari paparan darah dan cairan tubuh dengan menggunakan air DTT. Bersihkan cairan ketuban, lendir dan darah di ranjang atau di sekitar ibu berbaring. Menggunakan larutan klorin 0,5% lalu bilas dengan air DTT. Bantu ibu memakai pakaian yang bersih dan kering.
- (6) Memastikan ibu merasa nyaman. Bantu ibu memberikan ASI. Anjurkan keluarga ibu untuk membeli ibu minuman dan makanan yang diinginkannya
- (7) Menempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit). Cuci dan bilas peralatan setelah di dekontaminasi.
- (8) Membuang bahan-bahan yang terkontaminasi ke tempat sampah yang sesuai.
- (9) Dekontaminasi tempat bersalin dengan larutan 0,5%.
- (10) Mencelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan ke dalam larutan klorin

0,5%, lepaskan sarung tangan dalam keadaan terbalik dan rendam dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit.

(11) Cuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir kemudian keringkan tangan dengan tisu atau handuk pribadi yang bersih dan kering.

(12) Dokumentasi lengkapi partograf halaman depan dan belakang. Melengkapi partograf, memeriksa TTV dan melaksanakan asuhan kala IV.

(JNPK-KR,2017)

### 2.3.3 **Manajemen Asuhan Kebidanan Bayi Baru Lahir Pendokumentasian SOAP bayi baru lahir**

#### 1) Data Subjektif (S)

Biodata Anak

a) Nama : untuk mengenal bayi.

b) Jenis kelamin : untuk memberikan informasi pada ibu dan keluarga serta memfokuskan saat pemeriksaan genetalia.

c) Anak ke : untuk mengkaji adanya kemungkinan sibling rivalry.

#### 2) Data Objektif (O)

##### a) Pemeriksaan Umum

(1) KU : baik

(2) Nadi : >100 – 160x/menit

(3) RR : 30-60 x/menit

(4) Suhu : 36,5°C – 37,5°C.

(5) BB : 2500 – 4000gram

(6) PB : 48-52 cm

- (7) LK : 33-35
- (8) LD : 31-34
- (9) LILA : 9-11 cm

b) Pemeriksaan Fisik Khusus

- (1) Kulit : Seluruh tubuh bayi harus tampak merah muda, mengindikasikan perfusi perifer yang baik. Bila bayi berpigmen gelap, tanda-tanda perfusi perifer baik dapat dikaji dengan mengobservasi membran mukosa, telapak tangan dan kaki. Selain itu, kulit bayi juga harus bersih dari ruam, bercak, memar, tanda-tanda infeksi dan trauma.
- (2) Kepala : Fontanel anterior harus teraba datar. Bila cembung, dapat terjadi akibat peningkatan tekanan intracranial sedangkan fontanel yang cekung dapat mengindikasikan adanya dehidrasi. Sefalhematoma pertama kali muncul pada 12 sampai 36 jam setelah kelahiran dan cenderung semakin besar ukurannya, diperlukan waktu sampai 6 minggu untuk dapat hilang.
- (3) Mata : Inspeksi pada mata bertujuan untuk memastikan bahwa keduanya bersih, apakah ada tanda ikterik pada mata (Handayani & Mulyati, 2017).
- (4) Hidung : Tidak ada kelainan bawaan atau cacat lahir. Pemeriksaan pada mulut memerlukan pencahayaan yang baik dan harus terlihat bersih, lembab dan tidak ada kelainan seperti palatoskisis maupun labiopalatoskisis (Bibir sumbing).
- (5) Telinga : Periksa telinga untuk memastikan jumlah, bentuk dan posisinya. Posisi telinga diperiksa dengan penarikan khayal dari bagian luar kantung mata secara horizontal ke belakang ke arah telinga. Ujung atas daun telinga harus terletak di atas garis ini. Letak yang lebih rendah dapat berkaitan dengan abnormalitas kromosom,

seperti Trisomi 21. Lubang telinga harus diperiksa kepatenannya.

- (6) Leher : Bayi biasanya berleher pendek, yang harus diperiksa adalah kesimetrisannya. Perabaan pada leher bayi perlu dilakukan untuk mendeteksi adanya pembengkakan, seperti kista higroma dan tumor sternomastoid. Bayi harus dapat menggerakkan kepalanya ke kiri dan ke kanan.
- (7) Dada : Tidak ada retraksi dinding dada bawah yang dalam.
- (8) Abdomen : Melakukan pemeriksaan pada bagian abdomen apakah ada pembengkakan, kelainan seperti hernia dan omfalokel.
- (9) Umbilikus : Tali pusat dan umbilikus harus diperiksa setiap hari untuk mendeteksi adanya perdarahan tali pusat, tanda- tanda pelepasan dan infeksi. Tali pusat telah dirawat, bersih dan tertutup kassa.
- (10) Ekstremitas : Bertujuan untuk mengkaji kesimetrisan, ukuran, bentuk dan posturnya. Panjang kedua kaki juga harus dilakukan dengan meluruskan keduanya. Posisi kaki dalam kaitannya dengan tungkai juga harus diperiksa untuk mengkaji adanya kelainan posisi, seperti deformitas anatomi yang menyebabkan tungkai berputar ke dalam, ke luar, ke atas atau ke bawah. Jumlah jari kaki dan tangan harus lengkap. Bila bayi aktif, keempat ekstremitas harus dapat bergerak bebas, kurangnya gerakan dapat berkaitan dengan trauma.
- (11) Punggung : Tanda-tanda abnormalitas pada bagian punggung yaitu spina bifida, adanya pembengkakan, dan lesung atau bercak kecil berambut.
- (12) Genitalia : Pada perempuan vagina berlubang, uretra berlubang dan labia minora telah menutupi labia mayora. Sedangkan pada laki-laki, testis berada dalam skrotum dan penis berlubang pada ujungnya.

(13) Anus : Secara perlahan membuka lipatan bokong lalu memastikan tidak ada lesung atau sinus dan memiliki sfingter ani

(Handayani & Mulyati, 2017).

3) Pemeriksaan Refleks

a) Refleks moro

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

b) Refleks rooting

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

c) Refleks sucking

Bayi menghisap dengan kuat dalam berespon terhadap stimulasi.

(d) Refleks grasping

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

(e) Refleks Babinski

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

3) Assesment (A)

Bayi baru lahir cukup bulan sesuai masa kehamilan usia 0-6 jam dengan

keadaan bayi baik.

#### 4) Penatalaksanaan (P)

Asuhan bayi baru lahir hari pertama

- (1) Memakai sarung tangan bersih atau DTT untuk memberikan vitamin K1 1mg intramuskular di paha kiri bawah lateral dan salep mata profilaksis infeksi dalam 1 jam pertama kelahiran.
- (2) Melakukan pemeriksaan fisik lanjutan setelah 1 jam kelahiran bayi. Pastikan kondisi bayi tetap baik Pernapasan normal 40-60x/menit dan temperature suhu normal 36,5-37,5 °C setiap 15 menit.
- (3) Setelah 1 jam lakukan penimbangan/pengukuran bayi, beri tetes mata antibiotik profilaksis, dan vit K1 intramuskuler di paha kiri anterolateral dengan dosis 1 mg.
- (4) Setelah 1 jam pemberian Vit K1 berikan suntikan imunisasi Hepatitis B di paha kanan anterolateral dengan dosis 0,5 ml
- (5) Melepaskan sarung tangan dalam keadaan terbalik dan rendam di dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit.
- (6) Mencuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir kemudian keringkan dengan tisu atau handuk pribadi yang bersih dan kering.

### 2.3.4 **Manajemen Asuhan Kebidanan Nifas Pendokumentasian SOAP pada masa nifas**

#### a Data Subjektif (S)

##### 1) Keluhan utama

Persoalan yang dirasakan pada ibu nifas adalah rasa nyeri pada jalan lahir, nyeri ulu hati, konstipasi, kaki bengkak, nyeri perut setelah lahir, payudara

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

## 2) Riwayat Persalinan Sekarang

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

## 3) Kebutuhan sehari-hari

- a) Nutrisi : ibu nifas harus mengkonsumsi makan yang bermutu tinggi, bergizi dan cukup kalori untuk mendapat protein, mineral, vitamin yang cukup, dan minum sedikitnya 2-3L/hari.
- b) Eliminasi : ibu nifas harus berkemih 4-8 jam pertama, sedangkan untuk BAB diharapkan sekitar 3-4 hari setelah melahirkan.
- c) Personal hygiene : untuk mencegah terjadinya infeksi yang dilakukan dengan menjaga kebersihan tubuh, termasuk pada daerah kewanitaannya dan payudara, pakaian, tempat tidur dan lingkungan.
- d) Istirahat : ibu nifas harus memperoleh istirahat yang cukup untuk pemulihan kondisi fisik, psikologis dan kebutuhan menyusui bayinya dengan cara menyesuaikan jadwal istirahat bayinya.
- e) Aktivitas : mobilisasi dapat dilakukan sedini mungkin jika tidak ada kontra indikasi, dimulai dengan latihan tungkai ditempat tidur, miring di tempat tidur, duduk dan berjalan. Selain itu, ibu nifas juga dianjurkan untuk senam nifas dengan gerakan sederhana dan bertahap sesuai dengan kondisi ibu.
- f) Hubungan seksual : biasanya tenaga kesehatan memberi batasan rutin 6 minggu

pasca persalinan untuk melakukan hubungan seksual.

4) Data psikologis

- a) Respon orang tua terhadap kehadiran bayi dan peran baru sebagai orang tua.
- b) Respon anggota keluarga terhadap kehadiran bayi bertujuan untuk mengkaji muncul tidak nya sibling rivalry.
- c) Dukungan keluarga bertujuan untuk mengkaji kerjasama dalam keluarga sehubungan dengan pengasuhan dan penyelesaian tugas rumah tangga (Rini Sih, 2017).
- d) Adat istiadat setempat yang berkaitan dengan masa nifas Biasanya mereka menganut kaitannya dengan masa nifas adalah menu makan untuk ibu nifas misalnya ibu nifas harus pantang makanan yang berasal dari daging, ikan, telur, dan gorongan karena dipercaya akan menghambat penyembuhan luka persalinan dan makanan ini akan membuat ASI menjadi lebih amis (Sasmita, 2017).

b. Data Objektif (O)

- 1) Pemeriksaan umum
  - a) Keadaan umum : baik
  - b) Kesadaran : bertujuan untuk menilai status kesadaran ibu.
  - c) Keadaan emosional : stabil
- d) Tanda-tanda vital : segera setelah melahirkan, banyak wanita yang mengalami peningkatan sementara tekanan darah sistolik dan diastolik kemudian kembali secara spontan setelah beberapa hari. Pada saat bersalin, ibu mengalami kenaikan suhu tubuh dan akan kembali stabil dalam 24 jam pertama pasca persalinan. Denyut nadi yang meningkat selama persalinan akhir, kembali normal setelah beberapa jam

pertama pasca persalinan. Sedangkan pernafasan kembali kepada keadaan normal selama jam pertama pasca persalinan (Rini Sih, 2017).

2) Pemeriksaan fisik

a) Muka

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

b) Mata

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

c) Mulut

Pemeriksaan mulut yang diatur yaitu warna bibir dan mukosa bibir.

d) Leher

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

e) Payudara

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

f) Abdomen dan uterus

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

g) Genetalia

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

#### h) Ekstremitas

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

#### c. Assesment (A)

P\_Ab post partum \_ jam/hari dengan \_\_\_\_

#### d. Penatalaksanaan (P)

##### 1) Asuhan kebidanan pada ibu nifas pada 6 jam postpartum

- a) Melakukan pendekatan terapeutik pada klien dan keluarga.
- b) Observasi tanda-tanda vital, kontraksi uterus dan TFU
- c) Memberikan konseling tentang

##### (1) Nutrisi

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

##### (2) Personal hygiene

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

menyentuh daerah luka.

(3) Istirahat

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

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

dilakukan. Pengompresan payudara menggunakan kain basah dan hangat selama 5 menit. Lakukan pengurutan payudara dari arah pangkal ke putting. Keluarkan ASI sebagian sehingga putting susu lebih lunak. Susukan bayi tiap 2-3 jam, jika tidak dapat menghisap seluruh ASI nya, sisanya dikeluarkan dengan tangan. Letakkan kain dingin pada payudara setelah menyusui. Payudara dikeringkan

d) Mengajarkan ibu cara menyusui yang benar.

e) Menjadwalkan kunjungan ulang paling sedikit 4 kali kunjungan selama masa nifas.

### 2.3.5 Manajemen Asuhan Kebidanan Neonatus

a Data Subjektif (S)

1) Biodata

Identitas bayi meliputi:

a) Nama bayi, untuk menghindari kekeliruan.

b) Tanggal lahir bayi, untuk mengetahui usia neonatus.

c) Jenis kelamin bayi, untuk mengetahui jenis kelamin bayi. Identitas orang tua meliputi:

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

b) Usia orang tua, bagi ibu untuk mengetahui ibu termasuk berisiko tinggi/tidak dan bagi ayah untuk mengetahui usia ayah.

- c) Pendidikan orang tua, untuk memudahkan pemberian KIE.
- d) Pekerjaan orang tua, untuk mengetahui tingkat sosial ekonomi.
- e) Agama orang tua, untuk mengetahui kepercayaan yang dianut ibu.
- f) Alamat rumah, untuk memudahkan komunikasi dan kunjungan rumah.

2) Keluhan Utama

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

3) Riwayat penyakit sekarang

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

4) Riwayat penyakit keluarga

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

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

- a) Riwayat prenatal Anak keberapa, hari pertama haid terakhir (HPHT), keluhan-keluhan selama hamil tiap trimester, kebiasaan-kebiasan ibu selama hamil terkait dengan kebudayaan, frekuensi antenatal care (ANC), serta riwayat penyakit selama hamil yang berisiko terhadap kesehatan neonatus.
- b) Riwayat natal Tanggal dan jam berapa waktu persalinan, jenis persalinan, ditolong

oleh siapa.

- c) Riwayat postnatal Keadaan tali pusat, apakah telah diberi injeksi vitamin K, minum ASI/PASI, berapa cc setiap berapa jam.

- 6) Riwayat imunisasi

Pasien sudah mendapatkan imunisasi apa saja, apakah sudah mendapatkan HB-0.

- 7) Riwayat psikososial budaya

Untuk mengetahui kesiapan ibu dan anggota keluarga dalam menerima kehadiran bayi dan kebudayaan apa yang diterapkan dalam merawat bayi misalnya pemberian makanan dan ramuan tertentu pada tali pusat atau pijat bayi.

- b. Data Objektif (O)

- 1) Pemeriksaan umum bayi

Kesadaran : Composmentis

KU : Bergerak lemah, tangis lemah, daya isap lemah

Nadi : Frekuensi 120 sampai 160 kali per menit.

RR : Variasi normalnya 30 sampai 60 kali /menit

Suhu : Suhu stabil selama 8 sampai 10 jam setelah lahir. Variasi normalnya 36,5°C sampai 37,2° C.

- 2) Antropometri

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

Panjang : Ukur panjang badan dari ujung kepala sampai ke tumit. Ukuran

normalnya 45 sampai 55 cm. Jika 55 cm menandakan adanya penyimpangan kromosom atau herediter.

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

Lingkar dada : Ukur pada garis buah dada. Didapatkan dua sentimeter lebih kecil daripada lingkar kepala. Rata-rata sekitar 30 sampai 33 cm.

### 3) Pemeriksaan fisik bayi

#### a) Inspeksi

- (1) Integumen : Neonatus normal berwarna merah muda.
- (2) Kepala : Terdapat benjolan abnormal/ tidak, warna rambut hitam/ merah, kulit kepala bersih/ tidak
- (3) Wajah : Bayi tampak normal, raut wajah tampak sesuai, letak proporsional terhadap wajah simetris.
- (4) Mata : Ukuran dan bentuk mata simetris, adanya refleks mengedip, tidak ada air mata, kedua bola mata memiliki ukuran yang sama, bulat dan padat, pupil bereaksi terhadap cahaya, konjungtiva merah muda.
- (5) Hidung : Simetris, terdapat sedikit mucus tetapi tidak ada lendir yang keluar, adanya pernapasan cuping hidung/ tidak.

- (6) Mulut : Gerakan bibir simetris, gusi berwarna merah muda, lidah tidak menonjol, bergerak bebas, bentuk dan gerakan simetris, palatum lunak dan palatum keras utuh, uvula di garis tengah.
- (7) Telinga : Kedua telinga simetris, tulang rawan padat dengan bentuk yang baik, berespons terhadap suara dan bunyi lain.
- (8) Leher : Pendek, tebal, dikelilingi lipatan kulit, tidak terdapat selaput, bebas bergerak dari satu sisi ke sisi lain dan bebas melakukan ekstensi dan fleksi.
- (9) Dada : Hampir bulat, gerakan dada simetris yakni gerakan dada dan perut secara sinkron dengan pernapasan, puting susu menonjol dan simetris.
- (10) Abdomen : Bulat, menonjol, berbentuk seperti kubah arena otot-otot abdomen belum berkembang sempurna, tali pusat kering/basah dan berbau/ tidak, pernapasan utama diafragma dengan gerakan abdomen dan dada sinkron.
- (11) Genitalia : Pada wanita labia mayora biasanya edema menutupi labia minora pada bayi aterm. Pada laki-laki meatus urinarius di ujung penis, testis retraksi terutama bila bayi kedinginan. Berkemih dalam waktu 24 jam, aliran adekuat, jumlah adekuat.
- (12) Anus : Satu anus dengan tonus sfingter yang baik, pengeluaran meconium dalam 24 jam setelah bayi lahir dan meconium diikuti tinja sementara berwarna kuning dan lunak.
- (13) Ekstremitas : Gerakan simetris, sikap umumnya fleksi, dapat terentang jika bergerak spontan, lima jari pada setiap tangan dan kaki.
- (14) Punggung : Tulang punggung lurus dan mudah fleksi. Bayi dapat mengangkat dan menahan kepala sebentar saat tengkurap.

b) Palpasi

- (1) Kepala : Sutura teraba dan tidak menyatu atau masih normal
- (2) ketika sutura tumpang tindih akibat molase.
- (3) Leher : Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid dan
- (4) bendungan vena jugularis
- (5) Abdomen : Tidak teraba massa abdomen, tidak distensi.
- (6) Ekstremitas : Tangan sering menggenggam jika ada benda yang
- (7) berada dalam genggamannya

c) Auskultasi

- (1) Dada : Bunyi dan kecepatan denyut jantung dan napas, tidak normal jika adanya bunyi ronchi dan wheezing atau tidak.
- (2) Abdomen : Bising usus terdengar satu sampai dua jam setelah lahir

d) Pemeriksaan refleks

(1) Rooting :

Jika disentuh bibir, pipi atau sudut mulut bayi dengan puting maka bayi akan menoleh ke arah stimulus, membuka mulutnya, dan memasukkan puting dan mengisap.

(2) Swallowing :

Beri bayi minum, menelan biasanya menyertai mengisap dan mendapat cairan maka menelan biasanya diatur oleh mengisap dan biasanya terjadi tanpa tersedak, batuk atau muntah.

(3) Menggenggam :

Tempatkan jari pada telapak tangan maka jari-jari bayi menggenggam jari-jari

pemeriksa, jari-jari kaki menekuk ke bawah.

(4) Moro :

Gendongan bayi dalam posisi setengah duduk, biarkan belakang dengan sudut sedikitnya 30 derajat. Tempatkan bayi pada permukaan yang rata, bentakkan permukaan untuk mengejutkan bayi. Hal yang terjadi adalah abduksi dan ekstensi simetris lengan; jari-jari mengembang seperti kipas dan membentuk huruf C dengan ibu jari dan jari telunjuk; mungkin terlihat adanya sedikit tremor; lengan teraduksi dalam gerakan memeluk dan kembali dalam posisi fleksi dan gerakan yang rileks. Tungkai dapat mengikuti pola respons yang sama.

(5) Babinski :

Pada telapak kaki, dimulai pada tumit, gores sisi lateral telapak kaki ke arah atas kemudian gerakkan jari sepanjang telapak kaki. Semua jari kaki hiperekstensi dengan ibu jari dorsifleksi – dicatat sebagai tanda positif.

c. Assesment (A)

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

d. Penatalaksanaan (P)

1. Melakukan pemeriksaan fisik dan refleksi tiap asuhan sesuai prosedur.
2. Mendemonstrasikan posisi menyusui dan metode menyendawakan bayi dimulai dari posisi digendong, berbaring dan football hold dan metode menyendawakan bayi yakni disandarkan di bahu ibu, bayi duduk di pangkuan ibu dan bayi berbaring dengan kepala miring.
3. Memeriksa bayi dengan MTBM tiap asuhan dengan panduan sesuai alur pada bagan MTBM.

4. Mengingatkan ibu tentang kunjungan neonatus (KN) yang dilakukan minimal 3 kali pada KN 1 6 – 48 jam bayi lahir, KN 2 pada 3 – 7 hari bayi lahir dan KN 3 pada 8 – 28 hari bayi lahir.

### 2.3.6 Manajemen Asuhan Kebidanan Keluarga Berencana (KB)

#### a. Data Subjektif (S)

##### 1) Alasan kunjungan

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

##### 2) Keluhan utama

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

##### 3) Riwayat KB

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

##### 4) Pola kebiasaan sehari-hari

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

5) Data psikologis

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

b. Data Objektif (O)

1) Keadaan umum

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

2) Kesadaran

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

3) Tanda-tanda vital

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

4) Pemeriksaan fisik

a) Muka

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

b) Mata

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

c) Leher

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

d) Abdomen

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

e) Genetalia

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

f) Ekstremitas

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

5) Pemeriksaan Penunjang

a) Pemeriksaan inspekulo

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

b) Pemeriksaan Dalam

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

c) Sonde uterus

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

d) Pemeriksaan Laboratorium

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

c. Assesment (A)

P\_Ab dengan akseptor KB \_\_\_\_\_

d. Penatalaksanaan (P)

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