

BAB II

TINJAUAN TEORI

2.1 Konsep Dasar Asuhan kebidanan *Continuity of Care* (CoC)

2.1.1 Pengertian Asuhan Berkesinambungan (*Continuity of Care*)

Continuity Of Care merupakan perawatan yang berkesinambungan adalah strategi kesehatan yang efektif memungkinkan perempuan untuk berpartisipasi dalam pengambilan keputusan tentang kesehatan mereka dan perawatan kesehatan mereka. Bidan memegang peran penting dalam meningkatkan kesehatan dan kesejahteraan ibu dan keluarga sebelum konsepsi, saat antenatal, pascanatal, dan termasuk keluarga berencana. *Continuity of Care* dalam kebidanan merupakan serangkaian kegiatan pelayanan berkesinambungan mulai dari kehamilan, persalinan, nifas, bayi baru lahir, serta keluarga berencana (Diana, 2017). Kesinambungan informasi menyangkut ketersediaan waktu yang relevan. Penelitian di Denmark memiliki kesamaan hasil penelitian bahwa dengan *Continuity of Care* mendapatkan pengalaman yang membaik, mengurangi morbiditas maternal, mengurangi penggunaan intervensi pada persalinan termasuk operasi Caesar, meningkatkan jumlah persalinan normal dibandingkan dengan perempuan yang merencanakan persalinan dengan tindakan (Ningsih, 2017).

Continuity of Care merupakan serangkaian pelayanan asuhan kebidanan berkesinambungan dari kehamilan, persalinan, bayi baru lahir, nifas serta keluarga berencana. Asuhan kebidanan berkesinambungan yang

diberikan dapat mencegah kemungkinan komplikasi yang akan terjadi dengan segera dan juga mendeteksi dini adanya komplikasi yang dapat terjadi. Selain itu melakukan pelayanan *Continuity of Care* menciptakan terjalinnya hubungan yang baik antara pasien dan bidan. Asuhan yang berkelanjutan berkaitan dengan kualitas pelayanan dari waktu ke waktu yang membutuhkan hubungan terus menerus antara pasien dengan tenaga kesehatan (Viandika & Septiasari, 2020).

2.1.2 Tujuan Asuhan Berkesinambungan (*Continuity of Care*)

Tujuan *Continuity of Care* yaitu untuk memantau kemajuan kehamilan, memastikan kesehatan ibu dan tumbuh kembang bayi, mengenal secara dini adanya ketidaknormalan atau komplikasi yang mungkin terjadi selama hamil, mengurangi penggunaan intervensi pada saat persalinan termasuk SC, meningkatkan jumlah persalinan normal dibandingkan dengan perempuan yang merencanakan persalinan dengan tindakan (Ningsih, 2017).

Menurut Saifuddin (2014), tujuan umum dilakukan asuhan kehamilan yang berkesinambungan adalah sebagai berikut.

- 1) Memantau kemajuan kehamilan untuk memastikan kesehatan ibu dan tumbuh kembang bayi.
- 2) Meningkatkan dan mempertahankan kesehatan fisik, mental, dan sosial ibu dan bayi.

- 3) Mengenal secara dini adanya ketidaknormalan atau komplikasi yang mungkin terjadi selama hamil, termasuk riwayat penyakit secara umum, kebidanan, dan pembedahan.
- 4) Mempersiapkan persalinan cukup bulan, melahirkan dengan selamat ibu maupun bayinya dengan trauma seminimal mungkin.
- 5) Mempersiapkan ibu agar masa nifas berjalan normal dan pemberian ASI eksklusif.
- 6) Mempersiapkan peran ibu dan keluarga dalam menerima kelahiran bayi agar dapat tumbuh kembang secara optimal.
- 7) Menurunkan angka kesakitan dan kematian ibu dan perinatal.

2.1.3 Manfaat Asuhan Berkesinambungan (*Continuity of Care*)

Manfaat *Continuity of Care* adalah lebih kecil kemungkinan untuk melahirkan secara SC, mengalami kelahiran *premature*, mengurangi risiko kematian bayi baru lahir (Toronto, 2017). Hasil penelitian menurut Homer, C., Brodie, P., Sandall, J., & Leap (2019) menyebutkan bahwa asuhan kebidanan berkesinambungan memberikan manfaat sebagai berikut:

- 1) Perempuan tujuh kali lebih ingin persalinannya ditolong oleh bidan yang dikenalnya, karena mereka tahu bahwa bidan tersebut selalu mengerti kebutuhan mereka.
- 2) 16% mengurangi kematian bayi.
- 3) 19% mengurangi kematian bayi sebelum 24 minggu.
- 4) 15% mengurangi pemberian obat *analgesia*.

- 5) 24% mengurangi kelahiran *preterm*.
- 6) 16% mengurangi tindakan *episiotomy*

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

2.2.1 Konsep Dasar Kehamilan Trimester III

a. Pengertian Kehamilan

Kehamilan adalah suatu hal yang fisiologis atau alamiah yang dialami oleh seorang perempuan. Masa kehamilan dihitung sejak hari pertama menstruasi terakhir hingga dimulainya persalinan yang menandai akhir masa kehamilan. Kehamilan adalah bertemunya sel telur (ovum) dengan sel sperma (spermatozoa) dan berakhir dengan keluarnya bayi. Wanita yang organ reproduksinya sehat dan telah mengalami menstruasi serta melakukan hubungan seksual dengan seorang pria yang organ reproduksinya sehat, sangat besar kemungkinannya mengalami kehamilan. (Yanti, 2017).

Kehamilan adalah kondisi yang menyengkan karena tidak semua wanita yang sudah menikah bisa merasakan kehamilan. Akan ada perubahan yang dirasakan ibu pada masa kehamilannya seperti perubahan fisiologi, psikologi dan sosial (Kusuma, 2018).

Menurut Federasi Obstetri Ginekologi Internasional, Kehamilan memiliki arti sebagai fertilisasi atau penyatuan dari spermatozoa dan ovum kemudian dilanjutkan dengan nidasi (implementasi). Bila

dihitung dari waktu fertilisasi sampai lahirnya bayi, kehamilan normal akan berlangsung selama 40 minggu atau 10 bulan atau 9 bulan menurut kalender internasional. Jadi, kesimpulannya kehamilan adalah bertemunya sel telur dan sperma di dalam atau di luar rahim dan berakhir dengan keluarnya bayi atau plasenta melalui jalan lahir. (Fatimah & Nuryaningsih, 2017).

Kehamilan dimulai dari masa ovulasi sampai partus yang lamanya 280 hari atau 40 minggu dan tidak lebih dari 300 hari atau 43 minggu. Kehamilan dibagi menjadi III- trimester yaitu : trimester I, dimulai dari konsepsi sampai tiga bulan (0-12 minggu), trimester II, dimulai dari bulan ke empat sampai bulan ke enam (13- 28 minggu) sedangkan trimester III, dimulai dari bulan ke tujuh sampai bulan ke Sembilan (29- 42 minggu)(Fatimah & Nuryaningsih, 2017).

Menurut Taufan Nugroho, 2018 masa kehamilan dimulai dari konsepsi sampai lahirnya janin (280 hari/ 40 minggu) atau 9 bulan 7 hari. Periode dalam kehamilan terbagi dalam 3 triwulan/ trimester:

- a) Trimester I awal kehamilan sampai 14 minggu
- b) Trimester II 14 minggu sampai 28 minggu
- c) Trimester III 28 minggu sampai 39/ 40 minggu

b. Adaptasi Fisiologis Kehamilan Trimester III

1. Uterus

Pada usia getasi 30 minggu, fundus uteri dapat di palpasi di bagian tengah antara umbilicus dan statrum. Pada usia kehamilan 38

minggu, uterus sejajar dengan stratum. Peningkatan uterus 1000 gram dan peningkatan ukuran uterus 30x22, 5x20cm (Asrinah, 2010).

2. Serviks Uteri

Serviks uteri mengalami pelunakan atau pematangan secara bertahap akibat bertambahnya aktivitas uterus selama kehamilan dan akan mengalami dilatasi sampai pada kehamilan trimester III. *Enzim kolagenase* dan *prostaglatin* berperan dalam pematangan serviks (Asrinah, 2010).

3. Mamae

Pada kehamilan trimester ketiga, terkadang rembesan cairan berwarna kekuningan dari payudara ibu di sebut dengan kolostrom. Hal ini tidak berbahaya dan merupakan pertandaan bahwa payudara sedang menyiapkan ASI untuk menyusui bayinya nanti. Progesteron menyebabkan putih menjadi lebih menonjol dan dapat digerakan (Asrinah, 2010).

4. Sistem perkemihan

Di akhir kehamilan banyak ibu hamil yang mengeluh sering kencing, hal ini dikarenakan bagian terendah janin mulai turun ke pintu atas panggul (PAP). Desakan ini menyebabkan kandung kemih cepat terasa penuh. Terjadinya peningkatan sirkulasi darah di ginjal juga ikut menyebabkan sering kencing selama kehamilan (Nugroho, dkk., 2014).

5. Sistem pencernaan

Pengaruh hormon esterogen yang menyebabkan pengeluaran asam lambung meningkat hal ini menyebabkan pengeluaran air liur berlebihan (*hipersaliva*) daerah lambung terasa panas dan mual muntah. Pengaruh esterogen menyebabkan gerakan usus semakin berkurang dan dapat menyebabkan sembelit (Nugroho, dkk. 2014).

c. Pengertian Kunjungan *Antenatal Care*

Kunjungan *antenatal care* adalah kunjungan yang dilakukan oleh ibu hamil selama kehamilannya yang merupakan upaya pencegahan dan penanggulangan adanya penyakit bahkan gangguan yang dapat membahayakan ibu dan kandungannya. (Kemenkes RI, 2020) Cakupan Pelayanan ANC terdiri dari K1 dan Cakupan K4. Cakupan K1 adalah cakupan paling pertama yang didapatkan oleh ibu hamil di pelayanan antenatal care dari tenaga kesehatan. Cakupan K4 adalah cakupan ibu hamil yang telah memperoleh pelayanan antenatal sesuai dengan standar yang ada. Kunjungan antenatal dilakukan secara berkala.

Pelayanan ANC merupakan pelayanan yang komprehensif dan berkualitas untuk ibu hamil memeriksakan kehamilannya, dimana pelayanan antenatal ini sangat penting bagi ibu hamil yaitu untuk deteksi dini masalah, penyakit/komplikasi kehamilan biasanya ditanya mengenai tanda-tanda yang terkait dengan masa kehamilan seperti muntah berlebihan, pusing, sakit kepala, berdebar-debar, cepat lelah, seak napas, keputihan yang berbau, keputihan, Gerakan janin, perilaku

berubah selama kehamilan dan riwayat kekerasan terhadap perempuan. Pelayanan *antenatal care* juga memberikan konseling kesehatan pada ibu hamil seperti pola makan ibu hamil yang baik dan sehat, inisiasi menyusui dini dan ASI eksklusif selama 6 bulan, perawatan tali pusar, penggunaan alat kontrasepsi, 10 status imunisasi tetanus ibu hamil, dan pemberian tablet penambah darah. (Fatimah & Nuryaningsih, 2017).

d. Pelayanan Asuhan Standar *Antenatal Care*

Berdasarkan Kemenkes RI standar pelayanan *antenatal care* merupakan unsur penting dalam menurunkan angka kesakitan dan kematian ibu dan bayi. Pelayanan asuhan standar yang diberikan di pelayanan antenatal care oleh pelayanan kesehatan minimal 10T yaitu:

1. Timbang Berat Badan Dan Ukur Tinggi Badan (T1)

Menimbang berat badan dan mengukur tinggi badan sangatlah penting untuk ibu hamil karena menandakan keadaan ibu dan janin yang dikandung. Kenaikan berat badan normal pada waktu kehamilan adalah 0,5 kg per minggu mulai trimester dua. Kenaikan berat badan normal mencapai 12-15 kg

2. Tensi atau Ukur Tekanan Darah (T2)

Mengukur tekanan darah merupakan hal yang penting dalam masa kehamilan. Tekanan darah normal pada ibu hamil yaitu 110/80mmHg-140/90mmHg, bila melebihi 140/90mmHg perlu waspada adanya preeklamsi.

3. Nilai Status Gizi (Ukur Lingkar Lengan Atas)

Nilai status gizi dilakukan untuk skrining ibu hamil yang dilakukan pada kontak pertama oleh tenaga kesehatan di trimester I untuk mendeteksi ibu hamil dengan KEK, dimana LiLA kurang dari 23,5 cm. Ibu hamil dengan KEK akan dapat melahirkan bayi BBLR.

4. Pemeriksaan Puncak Rahim (Tinggi Fundus Uteri)

Pengukuran tinggi fundus uteri pada setiap kali kunjungan antenatal dilakukan untuk mendeteksi pertumbuhan janin sesuai atau tidak dengan umur kehamilan. Standar pengukuran menggunakan pita pengukur setelah kehamilan 20 minggu.

5. Presentasi Janin dan Denyut Janin (DJJ)

Menentukan presentasi janin dilakukan pada akhir trimester II dan selanjutnya setiap kunjungan antenatal. Penilaian DJJ dilakukan diakhir trimester I dan selanjutnya setiap kali kunjungan antenatal, denyut jantung janin lambat kurang dari 120x/menit atau DJJ cepat lebih dari 160x/menit maka menunjukkan adanya gawat janin.

6. Pemeriksaan Hb (T6)

Pemeriksaan Hb dilakukan untuk mengetahui adanya anemia pada ibu hamil dan untuk mengetahui bagus atau tidaknya jaringan pengikat oksigen pada ibu hamil. Hb normal ibu hamil adalah 10,5-14.

7. Skiring Status Imunisasi Tetanus dan Memberikan Imunisasi Tetaus Toksoid (TT) Bila Diperlukan

Penentuan status imunisasi TT yaitu kelahiran WUS pada tahun 1979-1993 dan setelah tahun 1993. Tahun 1979 adalah dimulainya program imunisasi dasar lengkap dan tahun 1993 tahun dimulainya Bulan BIAS. WUS yang lahir tahun 1979-1993 dan ingat pada waktu sekolah SD imunisasi, maka status imunisasinya adalah: TT I waktu imunisasi di kelas 1 SD, TT II imunisasi kelas 2 SD, TT III imunisasi calon pengantin, TT IV imunisasi pertama saat hamil, TT V imunisasi kedua pada saat hamil. WUS yang tidak ingat maka statusnya : TT I imunisasi caten pertama, TT II satu bulan setelah TT I, TT III imunisasi pertama saat hamil dan TT IV adalah imunisasi kedua pada saat hamil (Dinkes Kab. Ponorogo, 2015).

8. Pemberian Tablet Zat Besi Minimal 90 tablet Selama Kehamilan

Pemberian Tablet Tambah Darah bertujuan mencegah anemia gizi besi, setiap ibu hamil harus mendapat tablet tambah darah (tablet zat besi) dan asam folat minimal 90 tablet selama kehamilan yang diberikan sejak kontak pertama.

9. Pemeriksaan Laboratorium

Pemeriksaan laboratorium yang dilakukan pada ibu hamil adalah pemeriksaan laboratorium meliputi: pemeriksaan golongan darah, kadar hemoglobin (Hb), protein dalam urine, kadar gula darah, Sifilis, dan HIV.

10. Tatalaksana Kasus

Setiap kelainan yang ditemukan pada ibu hamil harus ditangani sesuai standar dan kewenangan tenaga kesehatan, kasus-kasus yang tidak dapat ditangani akan dirujuk sesuai dengan sistem rujukan

11. Temu Wicara (Konseling) Termasuk Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K)

Tatap muka antara bidan dengan ibu hamil dalam rangka melakukan konseling dari mulai masa kehamilan sampai dengan perencanaan persalinan dan pencegahan komplikasi (P4K) yang meliputi tempat persalinan, pendamping persalinan, kendaraan yang digunakan, calon donor darah, dan biaya persalinan pada ibu hamil.

e. Perubahan Fisiologis Ibu Hamil Trimester III

1. Perubahan system reproduksi

a) Uterus

Uterus akan membesar bersama dengan bertambahnya pembesaran intrauterin. Hormon Estrogen menyebabkan hiperplasi jaringan sedangkan hormon progesteron berfungsi untuk keelastisan uterus. Pada awal kehamilan ismus uteri, memanjang dan lebih kuat sehingga batas anatominya sulit ditentukan. Pada kehamilan 16 minggu, ismus uteri menjadi satu dengan korpus dan diatas usia kehamilan 32 minggu menjadi segmen bawah uterus. Terjadi hipervaskularisasi pada serviks akibat stimulasi estrogen dan perlunakan oleh estrogen (tanda

godle). Meningkatnya sekresi lender serviks memberikan gejala keputihan pada ibu hamil. Terdapatnya tanda *hegar* yaitu *hipertropi* pada *ismus uteri*. Berat uterus tidak hamil adalah 30 gram dan pada saat hamil akan semakin meningkat hingga 1000 gram pada akhir kehamilan (Tyastuti, 2016).

b) Vagina/vulva

Terdapat tanda *chadwick* yaitu *hipervaskularisasi* pada ibu hamil sehingga vagina ibu berwarna ungu kebiruan dan menyebabkan hipersensitivitas yang meningkatkan libido ibu hamil. Vagina berubah menjadi lebih basa yang membuatnya rentan terhadap infeksi jamur (Tyastuti, 2016).

c) Ovarium

Selama kehamilan fungsi ovarium yaitu produksi estrogen dan progesteron digantikan oleh plasenta mulai usia kehamilan 16 minggu. Selama kehamilan tidak ada pembentukan dan pematangan folikel sehingga tidak terjadi ovulasi (Tyastuti, 2016).

2. Perubahan pada sistem endokrin

a) Progesteron

Hormon progesteron mulai diproduksi oleh plasenta saat usia kehamilan 16 minggu yang sebelumnya diproduksi oleh *corpus luteum*. Hormon progesteron meningkat saat hamil dan menurun menjelang persalinan. Menurut Siti dan Heni (2016), hormon

progesteron akan menurunkan tonus otot polos, menghambat motilitas lambung yang mengakibatkan mual, menurunkan peristaltik usus yang mengakibatkan reabsorpsi air meningkat sehingga terjadi konstipasi, tonus otot menurun, menyebabkan statis urin akibat menurunnya tonus vesika urinaria dan ureter, menyebabkan tekanan diastolic menurun sehingga terjadi dilatasi vena, meningkatkan cadangan lemak, memicu overbreathing atau menurunnya tekanan *CO2 arterial* dan *alveolar*, serta memicu perkembangan payudara.

b) Estrogen

Estrogen diproduksi oleh ovarium pada awal kehamilan dan dilanjutkan plasenta serta kadarnya akan terus meningkat hingga menjelang persalinan (aterm). Menurut Siti dan Heni (2016), estrogen pada kehamilan berfungsi untuk memicu pertumbuhan dan pengendalian fungsi uterus, memicu pertumbuhan payudara, merubah jaringan ikat menjadi lentur, retensi air, dan menurunkan sekresi natrium.

c) Kortisol

Kortisol berfungsi merangsang peningkatan insulin dan meningkatkan resistensi perifer ibu pada insulin, hal ini mengakibatkan ibu hamil mengalami peningkatan gula darah. Pada awal kehamilan diproduksi oleh adrenal maternal dan selanjutnya diproduksi plasenta. Sel-sel beta normal pulau

Langerhans pada pankreas dapat memenuhi kebutuhan insulin yang secara terus menerus tetap meningkat sampai aterm (Siti dan Heni, 2016).

d) HCG

Diawal kehamilan hormon ini diproduksi *trofoblas* dan selanjutnya diproduksi oleh plasenta. Hormon ini dapat dideteksi pada 11 hari setelah pembuahan (darah) dan 12-14 hari (urine), serta kadarnya memuncak pada usia kehamilan 8-11 minggu. Meskipun dapat dideteksi saat hamil, HCG bukan merupakan tanda pasti kehamilan. HCG masih dapat dideteksi pada ibu yang mengalami keguguran karena kadar HCG baru akan kembali pada 4-6 minggu pasca keguguran, dengan alasan tersebut kadar HCG tidak dapat dijadikan untuk mendiagnosa kehamilan dan harus dilakukan pemeriksaan penunjang lain (Tyastuti, 2016).

e) HPL

Kadar HPL atau *chronic somatotropin* akan meningkat seiring dengan pertumbuhan plasenta. Memiliki efek yang *laktogenik* dan *antagonis insulin*, bersifat *diabetogenic* (kebutuhan insulin meningkat) (Tyastuti, 2016).

3. Perubahan sistem pernapasan

Semakin tua usia kehamilan maka uterus akan semakin membesar juga sehingga menekan usus dan menyebabkan diafragma bergeser 4 cm, ibu akan mengeluh sesak nafas yang biasanya diatas usia

kehamilan 32 minggu. Kebutuhan oksigen ibu hamil meningkat dan cara memenuhi kebutuhan oksigen adalah dengan cara bernafas dalam. Hormon estrogen yang meningkat mengakibatkan hipervaskularisasi pada saluran pernapasan atas, sehingga kapiler membesar dan mengakibatkan edema serta hiperemia pada hidung, faring, laring, trakea, dan bronkus yang dapat menimbulkan sumbatan serta suara ibu hamil yang mengalami perubahan. Peningkatan vaskularisasi dapat juga mengakibatkan membran timpani dan tuba eustaki bengkak sehingga menimbulkan gangguan pendengaran, nyeri dan rasa penuh pada telinga (Tyastuti, 2016).

4. Perubahan pada sistem perkemihan

Ibu menjadi sering BAK (poliuria) dan laju filtrasi glomerulus meningkat. Hal ini diakibatkan peningkatan estrogen dan progesteron yang membuat ureter membesar dan tonus otot saluran kemih menurun. Penekanan uterus terhadap saluran kemih menyebabkan hidroureter dan mungkin *hidronefrosis* sementara. Terjadi perubahan yang normal seperti penurunan kadar keratinin, urea, dan asam urat dalam darah (Tyastuti, 2016).

5. Perubahan pada sistem pencernaan

Terjadi peningkatan hormon estrogen dan HCG yang dapat mengakibatkan mual dan muntah ibu hamil. Pada trimester I kehamilan nafsu makan ibu dapat menurun karena mual-muntah tersebut tetapi akan membaik ketika memasuki trimester II.

Perubahan peristaltic dilambung sehingga pencernaan makanan oleh lambung menjadi lebih lama dan lebih mudah terjadi peristaltic balik ke esofagus, terjadi juga perubahan peristaltic dengan gejala sering kembung, dan konstipasi. Peningkatan aliran darah panggul dan tekanan vena mengakibatkan hemoroid. Peningkatan estrogen mengakibatkan gusi hiperemia dan cenderung mudah berdarah (Tyastuti, 2016).

6. Perubahan sistem kardiovaskuler

Perubahan fisiologis yang terjadi pada ibu hamil menurut Siti dan Heni (2016) adalah sebagai berikut:

- a) Bertambahnya beban volume dan curah jantung mengakibatkan terjadinya retensi cairan.
- b) Haemoglobin turun hingga 10%, terjadi hemodelusi yang mengakibatkan anemia relative.
- c) Tahanan perifer menurun akibat pengaruh hormon.
- d) Akibat perubahan hormonal terjadi *vasodilatasi perifer* sehingga tekanan darah sistolik dan diastolic menurun 5-10 mmHg pada trimester I tetapi, tekanan darah akan kembali normal pada trimester III kehamilan.
- e) Pertambahan hingga 30-50% curah jantung pada akhir trimester I sampai akhir kehamilan.
- f) Pertambahan hingga 50% volume darah maternal.

g) Pada awal kehamilan terjadi penambahan volume plasma yang cepat pada, selanjutnya bertambah secara perlahan hingga akhir kehamilan.

7. Perubahan sistem *musculoskeletal*

Perubahan postur tubuh akibat pembesaran uterus mengakibatkan hiperlordosis sehingga ibu mudah kelelahan dan sakit punggung. Peregangan pada dinding perut mengakibatkan tonus otot berkurang. Peningkatan hormon estrogen, progesterone, dan elastin mengakibatkan terjadinya peregangan otot-otot dan pelunakan ligamen. Peregangan otot rektus abdominalis akibat uterus yang membesar. Hormon seks steroid bersirkulasi mengakibatkan jaringan ikat dan jaringan kolagen melunak dan elastis berlebihan sehingga mobilitas sendi panggul mengalami peningkatan serta relaksasi seperti simpisis pubis merenggang 4mm, tulang pubik melunak seperti sendi, sambungan sendi sacrocoxigus mengendur membulat tulang koxsigis bergeser ke belakang untuk persiapan persalinan (Tyastuti, 2016).

8. Perubahan berat badan dan IMT

Pada trimester ke I berat badan (BB) ibu hamil tetap dan bahkan justru turun disebabkan rasa mual, muntah dan nafsu makan berkurang sehingga asupan nutrisi kurang mencukupi kebutuhan. Pada kehamilan trimester ke II ibu hamil sudah merasa lebih nyaman biasanya mual muntah mulai berkurang sehingga nafsu makan mulai

bertambah maka pada trimester kedua ini BB ibu hamil sudah mulai bertambah sampai akhir kehamilan. Peningkatan BB selama hamil mempunyai kontribusi penting dalam dalam suksesnya kehamilan. Peningkatan BB pada trimester II dan III merupakan petunjuk penting tentang perkembangan janin (Tyastuti, 2016).

f. Ketidaknyamanan Kehamilan Trimester III

Perubahan sistem tubuh ibu selama kehamilan memerlukan penyesuaian, baik fisik maupun mental. Menurut Fitriani (2020), adapun penyebab ketidaknyamanan pada trimester III, sebagai berikut:

1. Konstipasi

Peningkatan jumlah hormon progesteron menyebabkan masalah peristaltik usus pada ibu hamil pada trimester ketiga. Sembelit juga bisa disebabkan oleh rahim yang membesar dan menekan usus. Konsumsi tablet FE, serta kurangnya mobilitas dan gerakan tubuh, dapat menyebabkan sembelit.

2. Edema

Edema merupakan pembengkakan di tungkai bawah dan pergelangan kaki, berkembang selama kehamilan sebagai akibat dari berkurangnya aliran balik vena dari ekstremitas bawah, menurut Faniza (2021). Edema di tungkai bawah dan pergelangan kaki, berkembang selama kehamilan sebagai akibat dari berkurangnya aliran balik vena dari ekstremitas bawah, menurut Faniza (2021). Berdiri atau duduk untuk waktu yang lama memperburuk *edema*.

3. *Insomnia*

Insomnia adalah masalah tidur yang mempengaruhi ibu hamil ketika mereka cemas atau memiliki banyak pikiran negatif tentang kehamilan mereka. Masalah tidur ini dapat diperburuk dengan menjadi terlalu gembira. Akibatnya, wajar bagi para ibu untuk menghindari situasi yang membuat mereka sangat stres. Ibu mungkin mengalami kesulitan tidur karena aktivitas janin di dalam rahim pada malam hari.

4. Nyeri punggung

Nyeri punggung bawah pada ibu hamil trimester ketiga disebabkan oleh perubahan hormonal pada jaringan lunak pendukung dan penghubung, yang mengakibatkan berkurangnya kelenturan otot. *Lumbago* (nyeri punggung bawah) adalah jenis nyeri punggung yang mempengaruhi daerah *lumbosakral*. Karena rasa sakit ini disebabkan oleh pergeseran pusat gravitasi dan postur wanita, biasanya rasa sakit ini semakin parah seiring dengan kehamilannya. Berat rahim yang lebih besar, membungkuk berlebihan, berjalan tanpa henti, dan mengangkat beban semuanya berkontribusi pada perubahan ini.

5. Sering Buang air kecil (*Nocturia*)

Menurut Patimah (2020), berat dan ukuran rahim bertambah seiring bertambahnya usia kehamilan sehingga menyebabkan rahim memanjang ke arah luar pintu masuk panggul ke rongga perut.

Kandung kemih, yang ditempatkan di depan rahim, mendapat tekanan sebagai akibat dari perubahan ini. Tekanan yang diberikan pada kandung kemih oleh volume rahim menyebabkan ruang kandung kemih mengecil, dan akibatnya kapasitas kandung kemih menurun. Hal ini lah yang mengakibatkan frekuensi buang air kecil menjadi lebih sering.

6. *Hemoroid*

Wasir adalah masalah umum di antara wanita hamil selama trimester ketiga, dan mereka dapat disebabkan oleh masalah sembelit. Kurangnya katup pada *vena hemoroidalis* di daerah anorektal akibat kuatnya dan meningkatnya tekanan dari rahim ibu akan berpengaruh langsung pada perubahan aliran darah. Keadaan status, gravitasi, peningkatan tekanan vena pada vena pelvis, kongesti vena, dan pembesaran vena hemoroid merupakan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap pembesaran vena hemoroid.

7. *Heart burn*

Menurut Patimah (2020), peningkatan hormon kehamilan (progesteron) menyebabkan penurunan kerja lambung dan kerongkongan bagian bawah sehingga menyebabkan makanan yang masuk dicerna dengan lambat dan makanan menumpuk sehingga menimbulkan rasa kenyang dan kembung. Pemicu lainnya adalah tekanan rahim, yang menyebabkan rasa penuh. Isi perut membesar karena kehamilan.

8. Sakit kepala

Fitriani (2020) mengaku sering terjadi pada trimester ketiga. Kontraksi / kejang otot (leher, bahu, dan tekanan kepala) serta kelelahan adalah penyebabnya. Ketegangan mata juga disebabkan oleh kelainan okular dan perubahan dinamika cairan otak.

9. Susah bernafas

Menurut Fitriani (2020), ketika seorang ibu hamil, mungkin mengalami sesak napas saat memasuki trimester kedua dan berlanjut hingga melahirkan. Hal ini dapat terjadi karena pembesaran uterus, yang menekan diafragma, menyebabkannya menjadi tertekan hingga 4 cm, serta peningkatan hormon progesteron, yang menyebabkan *hiperventilasi*.

10. Varises

Varises sering terjadi pada wanita di trimester ketiga kehamilan, menurut Fitriani (2020). Ini karena peningkatan penyempitan di pembuluh darah bawah, serta kerapuhan jaringan elastis yang dipengaruhi oleh hormon estrogen dan karena genetika keluarga.

g. Tanda Bahaya atau Komplikasi Kehamilan trimester III

1. Perdarahan Pervaginam

Perdarahan *antepartum* adalah perdarahan dari jalan lahir, dengan batas perdarahannya terjadi setelah usia kehamilan 22 minggu. Perdarahan *antepartum* terjadi pada usia kehamilan di atas 22 minggu, maka sering disebut sebagai perdarahan pada trimester III

atau perdarahan pada kehamilan lanjut (Dartiwen dan Nurhayati, 2019).

a) *Plasenta Previa*

Plasenta yang letaknya abnormal, yaitu pada segmen bawah rahim sehingga menutupi sebagian atau seluruh *ostium uteri internum*. Perdarahan *antepartum* akibat *plasenta previa* terjadi sejak kehamilan 20 minggu saat segmen bawah uteri telah terbentuk dan mulai melebar serta menipis. Umumnya terjadi pada trimester ketiga karena segmen bawah uterus lebih banyak mengalami perubahan. Pelebaran segmen bawah *uterus* dan pembukaan *serviks* menyebabkan sinus robek karena lepasnya plasenta dari dinding *uterus* atau karena robekan *sinus marginalis* dari plasenta (Dartiwen dan Nurhayati, 2019).

b) *Solutio Plasenta*

Solutio plasenta adalah terlepasnya plasenta sebelum waktunya dengan implantasi normal pada kehamilan lebih dari 28 minggu. Faktor predisposisi terjadinya *solutio plasenta* adalah hamil pada usia tua, mempunyai tekanan darah tinggi, bersamaan dengan *preeklampsia* dan *eklampsia*, tekanan vena cava inferior yang tinggi, kekurangan asam folat (Dartiwen dan Nurhayati, 2019).

c) Keluar Cairan Pervaginam

Keluarnya cairan berupa air-air dari vagina pada trimester III. Cairan pervaginam dalam kehamilan normal apabila tidak berupa perdarahan banyak, air ketuban maupun *leukhorea* yang patologis. Penyebabnya adalah *serviks inkompeten*, ketegangan rahim berlebih (kehamilan ganda, *hidramnion*), kelainan bawaan dari selaput ketuban dan infeksi. Terdapat tanda dan gejala jika keluarnya cairan, ibu tidak terasa, berbau amis dan berwarna putih keruh berarti yang keluar adalah air ketuban. Jika kehamilan belum cukup bulan, hati-hati akan adanya persalinan preterm dan komplikasi infeksi intrapartum (Dartiwen dan Nurhayati, 2019).

d) Gerakan Janin Tidak Terasa

Ibu hamil dapat merasakan gerakan bayinya pada usia kehamilan 16- 18 minggu untuk *multigravida* dan 18-20 minggu untuk *primigravida*. Jika bayi tidur gerakannya akan melemah. Bayi harus bergerak paling sedikit 3 kali dalam periode 3 jam (10 gerakan dalam 12 jam). Gerakan bayi akan lebih mudah terasa jika ibu berbaring atau istirahat. Penyebab gerakan janin berkurang bisa disebabkan oleh aktivitas ibu yang berlebihan sehingga gerak janin tidak dirasakan, kematian janin, perut tegang akibat kontraksi berlebihan ataupun kepala sudah masuk panggul pada kehamilan *aterm* (Dartiwen dan Nurhayati, 2019).

e) Nyeri Perut Yang Hebat

Nyeri pada abdomen yang hebat. Nyeri abdomen yang tidak berhubungan dengan persalinan adalah tidak normal. Nyeri abdomen yang mengindikasikan mengancam jiwa adalah yang hebat, menetap dan tidak hilang setelah beristirahat, terkadang dapat disertai dengan perdarahan lewat jalan lahir. Penyebab hal ini bisa *apendiksitis*, kehamilan ektopik, *abortus*, penyakit radang panggul, persalinan *preterm*, *solutio plasenta*, penyakit menular seksual, infeksi saluran kemih atau infeksi lain (Dartiwen dan Nurhayati, 2019).

f) Penglihatan Kabur

Penglihatan yang kabur yaitu masalah visual yang mengindikasikan keadaan yang mengancam jiwa, adanya perubahan visual (penglihatan) yang mendadak. Penyebab penglihatan kabur pengaruh hormonal dapat memengaruhi ketajaman penglihatan ibu selama masa kehamilan. Tanda dan gejalanya adalah masalah visual yang mengindikasikan keadaan yang mengancam adalah perubahan visual yang mendadak dan apabila disertai sakit kepala yang hebat merupakan tanda *preeklamsi* (Dartiwen dan Nurhayati, 2019).

h. Kebutuhan Dasar Ibu Hamil

1. Kebutuhan oksigen

Akibat dorongan rahim yang membesar kepada diafragma, terjadi perubahan sistem respirasi dan kebutuhan oksigen pada ibu hamil meningkat. Terjadi perubahan aktivitas paru-paru untuk mencukupi kebutuhan oksigen. Dengan melakukan jalan-jalan dipagi hari, tidak berada dikeramaian, duduk dibawah pohon, dan berada diruangan berventilasi cukup dapat membantu ibu untuk memenuhi kebutuhan oksigen (Tyastuti, 2016).

2. Kebutuhan nutrisi

Ibu hamil membutuhkan nutrisi yang lebih banyak daripada sebelum hamil karena ibu harus memenuhi nutrisi untuk janin juga. Nutrisi harus dipenuhi melalui kebutuhan gizi dari makanan sehari-hari dengan gizi seimbang (Tyastuti, 2016).

3. Body mekanik

Ibu hamil harus menjaga postur agar tetap tegak, saat akan mengangkat barang usahakan tulang belakang tegak (tidak membungkuk), bangun dari tidur dengan pelan (miring kiri lebih dahulu), dan menghindari terlentang terlalu lama karena dapat menekan pembuluh darah vena cava inferior dan aorta abdominalis (Tyastuti, 2016).

4. *Exercise* dan senam hamil

Tujuan dilakukan olahraga supaya ibu menjadi kuat dan mempersiapkan kelahiran. Olahraga yang dapat dilakukan adalah berjalan-jalan, berenang dan yoga. Harus menghindari gerakan melompat, melempar, memutar atau mengubah arah tubuh dengan cepat (Tyastuti, 2016).

5. Istirahat dan tidur

Kebutuhan istirahat dan tidur sangat penting untuk kesehatan ibu, pertumbuhan dan perkembangan janin. Tidur malam 8 jam dan tidur siang 1 jam, meskipun tidak tidur harus istirahat, menghindari duduk dan berdiri terlalu lama (Tyastuti, 2016).

i. Konsep Kehamilan Resiko Tinggi

1. Pengertian Kehamilan Resiko Tinggi

Kehamilan resiko tinggi adalah kehamilan yang akan menyebabkan terjadinya bahaya dan komplikasi yang lebih besar baik terhadap ibu maupun terhadap janin yang dikandungnya selama masa kehamilan, persalinan dan nifas bila dibandingkan dengan kehamilan, persalinan dan nifas normal. Gangguan dan penyulit pada kehamilan umumnya ditemukan pada kehamilan resiko tinggi. Kelangsungan suatu kehamilan sangat bergantung pada keadaan dan kesehatan ibu, keadaan plasenta dan keadaan janin (Indrawati, 2016).

2. Kriteria Kehamilan Resiko Tinggi

a) Kehamilan Resiko Rendah

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 (Indrawati, 2016).

b) Kehamilan Resiko Tinggi

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 (Indrawati, 2016).

c) Kehamilan Resiko Sangat Tinggi

Kehamilan risiko sangat tinggi dengan jumlah skor \geq 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 kehamilan risiko sangat tinggi merupakan kelompok risiko terbanyak penyebab kematian maternal (Indrawati, 2016).

3. Potensi Gawat Obstetri

Potensi gawat obstetri salah satunya adalah abortus. Abortus adalah keluarkannya hasil konsepsi sebelum mampu hidup di luar kandungan dengan berat badan sekitar 500 atau gram kurang dari 1000 gram, terhentinya proses kehamilan sebelum usia kehamilan kurang dari 28 minggu (Manuaba, 2010).

a) Klasifikasi Abortus

1) Keguguran mengancam (*abortus imminens*)

Perdarahan intrauterine pada umur kurang dari 20 minggu kehamilan lengkap dengan atau tanpa kontraksi uterus tanpa dilatasi serviks dan tanpa pengeluaran hasil konsepsi. Pemeriksaan dengan ultrasonografi harus diperlihatkan adanya janin yang menunjukkan tanda-tanda kehidupan misalnya adanya denyut jantung atau gerakan janin (Benson dan Pernoll, 2009).

2) Keguguran tak terhalangi (*abortus insipiens*)

Merupakan perdarahan intrauterine sebelum kehamilan lengkap 20 minggu dengan dilatasi serviks berlanjut tetapi tanpa pengeluaran hasil konsepsi. Pada abortus insipiens, kemungkinan terjadi pengeluaran sebagian atau seluruh hasil konsepsi dengan cepat. Dapat dianggap abortus insipiens jika ada dua atau lebih tanda-tanda berikut : Penipisan serviks derajat sedang, dilatasi serviks kurang dari 3 cm, pecah

selaput ketuban, perdarahan lebih dari 7 hari, dan kram menetap meskipun diberikan analgesic (Handono, 2014).

3) Keguguran tidak lengkap (*abortus inkompletus*)

Abortus yang terjadi sebelum usia gestasi 10 minggu, janin dan plasenta biasanya keluar bersama-sama. Bila kehamilan lebih besar akan terjadi sisa kehamilan. Perdarahan pervaginam adalah gejala awal, bila jaringan plasenta tertahan perlu dilakukan tindakan digital atau kuretase. Bila terjadi perdarahan masif dapat terjadi syok hipovolemik (Handono, 2014).

4) Keguguran lengkap (*abortus kompletus*)

Pengeluaran semua hasil konsepsi dengan umur kurang dari 20 minggu kehamilan lengkap. Seluruh hasil konsepsi sudah keluar dan rasa sakit berhenti tetapi perdarahan bercak akan menetap selama beberapa hari (Handono, 2014).

5) Keguguran berulang (*abortus habitualis*)

Abortus spontan yang terjadi berturut-turut sebanyak tiga kali atau lebih tanpa diketahui sebab yang jelas. Penyebab terjadinya abortus habitualis berkaitan dengan penyebab umum seperti faktor genetik, faktor hormonal, faktor plasenta, dan faktor infeksi. Dan dugaan penyebab khusus yaitu adanya serviks yang inkompeten dan terdapat reaksi imunologis (Manuaba, 2010).

6) Keguguran dengan infeksi (*abortus infeksiosa*)

Akibat tindakan *abortus provokatus kriminalis* oleh tenaga yang tidak terlatih atau dukun. Sebagian besar dalam bentuk tidak lengkap dan dilakukan dengan cara tidak legeartis. Keguguran dengan infeksi memerlukan tindakan medis khusus (Manuaba, 2010).

7) Keguguran tertunda (*missed abortion*)

Terhentinya proses kehamilan muda pada embrio atau janin berumur kurang dari 20 minggu tetapi hasil konsepsi tertahan dalam rahim selama lebih dari 6-8 minggu. Rasa sakit dan nyeri tekan tidak dirasakan oleh ibu hamil, serviks agak kaku dan sedikit terbuka, uterus mengecil dan melunak secara irregular. Komplikasi dapat terjadi pada *missed abortus* seperti gangguan pembekuan darah karena intravaskuler koagulasi yang diikuti *hemolisis* sehingga terjadinya penurunan fibrinogen sampai bahaya perdarahan spontan (Manuba, 2010).

8) Kehamilan kosong (*blighted ovum*)

Blighted ovum atau kehamilan kosong merupakan salah satu jenis keguguran yang terjadi pada awal kehamilan. *Blighted ovum* terjadi ketika telur yang dibuahi berhasil melekat pada dinding rahim, tetapi tidak berisi embrio, hanya berbentuk plasenta dan kulit krtuban. Sehingga Sebagian besar kasus

blighted ovum akan dikeluarkan secara alamiah, tetapi kadang-kadang jaringan dalam rahim memerlukan tindakan medis (Manuba, 2010).

b) Patofisiologi abortus

Pada awal abortus terjadilah perdarahan dalam desidua basalis kemudian diikuti oleh nekrosis jaringan di sekitarnya. Hal tersebut menyebabkan hasil konsepsi terlepas sebagian atau seluruhnya, sehingga merupakan benda asing dalam uterus. Keadaan ini menyebabkan uterus berkontraksi untuk mengeluarkan isinya. Pada kehamilan kurang dari 8 minggu hasil konsepsi itu biasanya dikeluarkan seluruhnya karena vili koriales belum menembus desidua secara mendalam. Pada kehamilan antara 8-14 minggu vili koriales menembus desidua lebih dalam, sehingga umumnya plasenta tidak dilepaskan sempurna yang dapat menyebabkan banyak perdarahan. Pada kehamilan 14 minggu keatas umumnya yang dikeluarkan setelah ketuban pecah adalah janin, disusul beberapa waktu kemudian plasenta. Peristiwa abortus ini meyerupai persalinan dalam bentuk miniature. Hasil konsepsi pada abortus dapat di keluarkan dalam berbagai bentuk. Adakalanya kantong amnion kosong atau tampak didalamnya benda kecil tanpa bentuk yang jelas (*blighted ovum*), mungkin pula janin telah mati lama (*missed abortion*) (Prawirohardjo, 2016).

c) Faktor penyebab abortus

1) Faktor janin

Faktor janin merupakan penyebab yang sering terjadi pada abortus spontan. Kelainan yang menyebabkan abortus spontan tersebut yaitu kelainan telur (blighted ovum), kerusakan embrio dengan adanya kelainan kromosom, dan abnormalitas pembentukan plasenta (hipoplasi trofoblas) (Rahmani, 2014).

2) Faktor ibu

(a) Usia

Pada kehamilan usia muda keadaan ibu masih labil dan belum siap mental untuk menerima kehamilannya. Akibatnya, selain tidak ada persiapan, kehamilannya tidak dipelihara dengan baik. Kondisi ini menyebabkan ibu menjadi stress. Akan meningkatkan resiko terjadinya abortus. Pada usia 35 tahun atau lebih, kesehatan ibu sudah menurun. Akibatnya, ibu hamil pada usia itu mempunyai kemungkinan lebih besar untuk mempunyai anak prematur, persalinan lama, perdarahan, dan abortus (Prawirohardjo, 2015).

(b) Paritas

Pada kehamilan, rahim ibu teregang oleh adanya janin. Bila terlalu sering melahirkan, rahim akan semakin

lemah. Bila ibu telah melahirkan 4 anak atau lebih, maka perlu diwaspadai adanya gangguan pada waktu kehamilan, persalinan dan nifas. Risiko abortus spontan meningkat seiring dengan paritas ibu (Prawirohardjo, 2015).

(c) Jarak kehamilan

Bila jarak kelahiran dengan anak sebelumnya kurang dari 2 tahun, rahim dan kesehatan ibu belum pulih 15 dengan baik. Kehamilan dalam keadaan ini perlu diwaspadai karena ada kemungkinan pertumbuhan janin kurang baik, mengalami persalinan yang lama, atau perdarahan (abortus). Insidensi abortus pada wanita yang hamil dalam 3 bulan setelah melahirkan aterm (Prawirohardjo, 2015).

(d) Riwayat abortus sebelumnya

Riwayat abortus pada penderita abortus merupakan predisposisi terjadinya abortus berulang (Prawirohardjo, 2015).

(e) Faktor hormonal

Ovulasi, implantasi, serta kehamilan dini bergantung pada koordinasi yang baik pada sistem pengaturan hormon maternal. Sistem hormonal ibu hamil yang perlu diperhatikan terutama setelah konsepsi yaitu kadar

progesteron, fase luteal dan kadar insulin. Kadar progesteron ibu yang rendah dapat berisiko abortus karena progesteron berperan dalam reseptivitas endometrium terhadap implantasi embrio (Prawirohardjo, 2015).

d) Dampak abortus pada kehamilan selanjutnya

Pada Riwayat obstetric yang lalu ibu memiliki Riwayat abortus. Riwayat abortus merupakan faktor risiko yang dapat meningkatkan risiko terjadinya abortus pada ibu hamil, Resya (2016). Abortus sering dikaitkan dengan tingginya angka persalinan prematur, abortus rekuren, dan berat bayi lahir rendah (BBLR). Selain itu, abortus diduga memiliki pengaruh terhadap kehamilan berikutnya, baik menyebabkan penyulit kehamilan atau pada produk kehamilan (Amalia & Sayono, 2015). Abortus seringkali mengakibatkan komplikasi seperti perdarahan, infeksi, perforasi, dan syok (Cunningham, 2014).

2.2.2 Konsep Dasar Persalinan

a. Pengertian Persalinan

Persalinan adalah suatu proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan 37-42 minggu, dimana janin dilahirkan secara spontan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung dalam 18 jam, tanpa komplikasi baik pada ibu maupun janin (Herinawati, 2019).

Persalinan adalah proses dimana bayi, plasenta dan selaput ketuban keluar dari uterus ibu. Persalinan dikatakan normal jika proses terjadinya pada kehamilan usia 37-40 minggu tanpa disertai adanya (Munir et al., 2022).

Persalinan adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung selama 18 jam produk konsepsi dikeluarkan sebagai akibat kontraksi teratur, progresif, sering dan kuat yang nampaknya tidak saling berhubungan bekerja dalam keharmonisan untuk melahirkan bayi (Ningsih et al., 2021).

b. Perubahan Fisiologis Pada Masa Persalinan

1. Perubahan Fisiologis Kala I

a) Keadaan Segmen Atas dan Segmen Bawah Rahim Pada Persalinan

Dalam persalinan perbedaan antara segmen atas dan segmen bawah rahim lebih jelas lagi. Secara singkat segmen atas berkontraksi, mengalami retraksi, menjadi tebal dan mendorong janin keluar, sebagai respon terhadap gaya dorong kontraksi pada segmen atas, sedangkan segmen bawah uterus dan serviks mengadakan relaksasi dan dilatasi dan menjadi saluran yang tipis dan teregang yang akan dilalui janin (Sari, dkk., 2014).

b) Uterus

Kontraksi uterus mulai dari fundus dan terus menyebar ke depan dan ke bawah abdomen. Kontraksi berakhir dengan masa yang terpanjang dan sangat kuat pada fundus. Selagi uterus berkontraksi dan relaksasi memungkinkan kepala janin masuk ke rongga pelvis (Sari, dkk., 2014).

c) Serviks

Pendataran dari serviks ialah pemendekan dari canalis servikalis yang semula berubah sebuah saluran yang panjangnya 1-2cm, menjadi suatu lubang saja dengan pinggiran yang tipis. *Dilatasi* secara klinis dievaluasi dengan mengukur diameter serviks dalam sentimeter, 0-10 cm. Kalau pembukaan telah mencapai ukuran 10 cm, maka dikatakan lengkap (Sari, dkk., 2014).

d) Vagina dan Dasar Panggul

Jalan lahir disokong dan secara fungsional ditutup oleh sejumlah lapisan jaringan yang bersama-sama membentuk dasar panggul. Dalam kala I ketuban ikut merengangkan bagian atas vagina yang sejak kehamilan mengalami perubahan-perubahan sedemikian rupa, sehingga dapat dilalui oleh janin. Setelah ketuban pecah, segala perubahan terutama pada dasar panggul ditimbulkan oleh tekanan dari bagian terbawah janin (Sari, dkk., 2014).

e) *Bloody Show*

Bloody show paling sering terlihat sebagai rabas lendir bercampur darah yang lengket dan harus dibedakan dengan cermat dari perdarahan murni. *Bloody show* merupakan tanda persalinan yang akan terjadi, biasanya dalam 24 hingga 48 jam (Sari, dkk., 2014).

2. Perubahan Fisiologis Kala II

Perubahan fisiologis pada kala II menurut Kemenkes R.I. (2016) terdiri sebagai berikut:

- a) His menjadi lebih kuat, kontraksinya selama 50 -100 detik, datangnya tiap 2-3 menit.
- b) Ketuban biasanya pecah pada kala ini ditandai dengan keluarnya cairan kekuning-kuningan sekonyong-konyong dan banyak.
- c) Pasien mulai mengejan.
- d) Pada akhir kala II sebagai tanda bahwa kepala sudah sampai di dasar panggul, perineum menonjol, vulva menganga dan rectum terbuka.
- e) Pada puncak his, bagian kecil kepala nampak di vulva dan hilang lagi waktu his berhenti, begitu terus hingga nampak lebih besar. Kejadian ini disebut “Kepala membuka pintu”.
- f) Pada akhirnya lingkaran terbesar kepala terpegang oleh vulva sehingga tidak bisa mundur lagi, tonjolan tulang ubun-ubun

telah lahir dan subocciput ada di bawah simpisis disebut “Kepala keluar pintu”.

- g) Pada his berikutnya dengan ekstensi maka lahirlah ubun-ubun besar, dahi dan mulut pada commissura posterior. Perineum biasanya akan robek pada pinggir depannya karena tidak dapat menahan regangan yang kuat tersebut.
- h) Setelah kepala lahir dilanjutkan dengan putaran paksi luar, sehingga kepala melintang, vulva menekan pada leher dan dada tertekan oleh jalan lahir sehingga dari hidung anak keluar lendir dan cairan.
- i) Pada his berikutnya bahu belakang lahir kemudian bahu depan disusul seluruh badan anak dengan fleksi lateral, sesuai dengan paksi jalan lahir. Setelah anak lahir, sering keluar sisa air ketuban, yang tidak keluar waktu ketuban pecah, kadang-kadang bercampur darah. Lama kala II pada primi \pm 50 menit pada multi \pm 20 menit.

3. Perubahan Fisiologis Kala III

Pada kala tiga persalinan, otot uterus berkontraksi mengikuti berkurangnya ukuran rongga uterus secara tiba-tiba setelah lahirnya bayi. Penyusutan rongga uterus/berkurangnya ukuran tempat implantasi plasenta. Tanda-tanda lepasnya plasenta mencakup beberapa atau semua hal-hal di bawah ini (Sari, dkk,2014):

- a) Perubahan bentuk dan tinggi fundus

- b) Tali pusat memanjang
- c) Semburan darah tiba-tiba.

4. Perubahan Fisiologis Kala IV

Segera setelah kelahiran plasenta, sejumlah perubahan maternal yang terjadi pada saat stres fisik dan emosional akibat persalinan dan kelahiran mereda dan ibu memasuki penyembuhan pascapartum dan bonding (ikatan). Pada saat ini bidan harus memfasilitasi fase taking in dan memastikan kemampuan ibu berpartisipasi dimana hal ini merupakan langkah-langkah vital dalam proses *bonding*.

c. Tanda-tanda Persalinan

1. *Lightening*

Menjelang minggu ke-36, pada *primigravida* terjadi penurunan fundus uteri karena kepala bayi sudah masuk pintu atas panggul, masuknya kepala bayi ke pintu atas panggul di rasakan ibu hamil terasa ringan di bagian atas, rasa sesaknya berkurang, di bagian bawah terasa sesak, terjadi kesulitan saat berjalan, dan sering miksi. Pada *multipara* kepala janin baru masuk pintu atas panggul menjelang persalinan (Agustanti, 2022).

2. His persalinan

Sifat his persalinan meliputi pinggang terasa sakit yang menjalar kedepan, sifatnya teratur, interval makin pendek, kekuatan makin besar, mempunyai pengaruh terhadap perubahan *serviks*, makin beraktivitas, kekuatan makin bertambah (Tarigan, 2020).

3. Pengeluaran lendir dan darah

Terjadinya his persalinan mengakibatkan perubahan pada *serviks* yang menyebabkan pendataran dan pembukaan. Pembukaan menyebabkan lendir yang terdapat pada *kanalis servikalis* lepas, dan terjadi pendarahan karena kapiler pembuluh darah pecah (Bidan et al., 2022).

4. Pengeluaran cairan ketuban

Sebagian besar ketuban baru pecah menjelang pembukaan lengkap, dengan pecahnya ketuban diharapkan persalinan berlangsung dalam waktu 24 jam (Sitiyaroh et al., 2020).

d. Tahap Persalinan

1. Kala I

Kala I disebut juga sebagai kala pembukaan yang berlangsung antara pembukaan nol sampai pembukaan lengkap (10 cm). Tanda dan gejala bersalin dalam kala 1 meliputi adanya penipisan dan pembukaan serviks, kontraksi uterus yang mengakibatkan perubahan serviks dengan frekuensi minimal 2 kali selama 10 menit. Adanya cairan lendir bercampur darah melalui vagina (JNPK-KR, 2017). Proses pembukaan serviks sebagai akibat his dibagi menjadi 2 fase, yaitu:

a) Fase laten

Dimulai sejak awal berkontraksi yang menyebabkan penipisan dan pembukaan serviks secara bertahap. Berlangsung hingga

serviks membuka kurang dari 4 cm dan dapat berlangsung hampir atau hingga 8 jam.

b) Fase aktif

Frekuensi dan lama kontraksi uterus akan meningkat secara bertahap, dianggap adekuat atau memadai jika terjadi tiga kali atau lebih, dan berlangsung selama 40 detik atau lebih. Dari pembukaan 4 cm hingga mencapai pembukaan lengkap atau 10 cm, akan terjadi dengan kecepatan 1 cm per jam (pada *Multipara/ primigravida*) atau lebih dari 1 cm hingga 2 cm (*multipara*). Terjadi penurunan bagian terbawah janin.

2. Asuhan Persalinan Kala I

a) Pemantauan kemajuan persalinan

Kemajuan persalinan dapat dinilai melalui pembukaan servik, penurunan bagian terbawah janin dan kontraksi. Pemeriksaan dalam dilakukan setiap 4 jam sekali atau apabila ada indikasi (meningkatnya frekuensi dan durasi serta intensitas kontraksi, dan ada tanda gejala II). Kontraksi uterus diperiksa setiap 30 menit dan catat jumlah kontraksi dalam 10 menit lamanya kontraksi dalam satuan detik.

b) Pemantauan kesejahteraan ibu

Frekuensi nadi pada kala I fase laten dihitung setiap 1-2 jam sekali, dan pada kala I fase aktif setiap 30 menit. Pemeriksaan suhu tubuh pada kala I (fase laten dan fase aktif) dilakukan setiap

4 jam sekali. Tekanan darah selama kala I fase laten dan fase aktif diukur setiap 2-4 jam sekali. Volume urine dicatat paling sedikit setiap 2 jam.

c) Pemantauan kesejahteraan janin

Frekuensi denyut jantung janin dikaji secara kontinu setiap 30 menit dan harus dihitung selama satu menit penuh. Kondisi air ketuban dan penyusupan (*molase*) tulang kepala janin dinilai setiap melakukan pemeriksaan dalam.

3. Persalinan Kala II (kala pengeluaran janin)

Menurut rohani et al (2019) kala II persalinan dimulai ketika pembukaan serviks sudah lengkap (10 cm) dan berahirnya dengan lahiran bayi. Kala II pada *primipara* berlangsung selama 2 jam dan pada *multipara* 1 jam. Tanda dan gejala kala II itu meliputi :

- a) His semakin kuat, dengan interval 2 sampai 3 menit.
- b) Ibu merasa ingin meneran bersamaan dengan terjadinya kontraksi.
- c) Ibu merasakan makin meningkatnya tekanan pada rektum dan/ atau vagina.
- d) Perineum terlihat menonjol.
- e) Vulva-vagina dan sfingter ani terlihat membuka.
- f) Peningkatan pengeluaran lendir dan darah.

4. Kala III (kala pengeluaran plasenta)

Kala III dimulai segera setelah bayi lahir sampai lahirnya plasenta yang berlangsung tidak lebih dari 30 menit. Manajemen aktif kala III bertujuan untuk menghasilkan kontraksi uterus yang lebih efektif sehingga dapat mempersingkat waktu, sehingga mencegah pendarahan dan mengurangi kehilangan darah, di kala III persalinan dapat dibandingkan dengan penatalaksanaan fisiologis. Keuntungan manajemen kala III adalah persalinan kala III lebih singkat, mengurangi jumlah kehilangan darah, mengurangi kejadian retensio plasenta. Tiga langkah utama dalam manajemen aktif kala III adalah pemberian suntikan oksitosin dalam 1 menit pertama setelah bayi lahir, melakukan peregang tali pusat terkendali, dan *massase fundus uteri* (JNPK-KR, 2017).

5. Kala IV

Kala IV dimulai setelah lahirnya plasenta dan berakhir dua jam setelah proses tersebut (Lubis, 2020). Asuhan kebidanan pada Kala IV sampai 2 jam post partum yaitu yang dilakukan adalah:

- a) Memeriksa tingkat kesadaran penderita.
- b) Pemeriksaan tanda-tanda vital: tekanan darah, nadi, suhu dan pernapasan.
- c) Kontraksi uterus.
- d) Terjadinya perdarahan/jumlah perdarahan. Dilakukan pada setiap 15 menit selama satu jam pertama dan setiap 30 menit

selama satu jam kedua kala IV dan pantau temperature tubuh setiap jam dalam 2 jam pertama pasca persalinan.

6. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Proses Persalinan

a) *Power* (kekuatan)

Power adalah kekuatan yang mendorong janin keluar. Kekuatan yang mendorong janin keluar dalam persalinan adalah his, kontraksi, otot-otot perut, kontraksi diafragma, dan aksi dari ligamen dan tenaga mengejan (Rukiah, dkk., 2014).

b) *Passage* (panggul ibu)

Jalan lahir yang dibagi menjadi bagian keras dan bagian yang lunak. Pada bagian yang keras terdiri dari: rangka panggul. Sedangkan pada bagian yang lunak terdiri dari: otot-otot, jaringan- jaringan dan ligamen-ligamen (Rukiah, dkk.,2014).

c) *Passenger*

Janin dapat mempengaruhi jalannya kelahiran karena ukuran dan presentasinya. Dari semua bagian janin, kepala janin merupakan bagian yang paling kecil mendapat tekanan. Namun, karena kemampuan tulang kepala untuk molase satu sama lain, janin dapat masuk melalui jalan lahir asalkan tidak terlalu besar dan kontraksi uterus cukup kuat, buah kehamilan yang terdiri dari: janin, plasenta dan air ketuban (Rukiah, dkk., 2014).

d) Psikologi

Kelahiran bayi merupakan peristiwa yang penting bagi kehidupan seorang ibu dan keluarga. Banyak ibu yang mengalami psikis (kecemasan, keadaan emosional wanita) dalam menghadapi persalinan. Namun demikian seorang penolong persalinan harus memperhatikan psikologis ibu yang akan melahirkan karena keadaan psikologis mempunyai pengaruh terhadap persalinan (Rukiah, dkk., 2014).

e) Penolong

Penolong persalinan perlu kesiapan, dan menerapkan asuhan sayang ibu. Asuhan sayang ibu adalah asuhan yang menghargai budaya, kepercayaan dan keinginan sang ibu. Beberapa beberapa prinsip dasar asuhan sayang ibu adalah dengan mengikut sertakan suami dan keluarga selama proses persalinan dan kelahiran bayi (Rukiah, dkk., 2014).

7. Kebutuhan Dasar Ibu Bersalin

Kebutuhan dasar ibu bersalin menurut JNPK-KR (2017), yaitu:

a) Dukungan Emosional

Dukungan dari suami, orangtua dan kerabat yang disukai ibu sangat diperlukan dalam mengurangi rasa tegang dan membantu kelancaran proses persalinan dan kelahiran bayi. Penolong persalinan juga dapat memberikan dukungan dan semangat kepada ibu.

b) Kebutuhan Nutrisi

Selama proses persalinan ibu memerlukan asupan makanan dan cairan yang cukup. Kebutuhan akan makan seperti bubur karena makanan padat sulit dicerna oleh lambung. Untuk mencegah dehidrasi ibu dapat diberikan banyak minum air putih atau teh manis untuk menambah tenaga ibu saat bersalin.

c) Kebutuhan Eliminasi

Kandung kemih harus dikosongkan setiap 2 jam atau lebih sering jika kandung kemih ibu terasa penuh selama proses persalinan. Kandung kemih yang penuh akan menghambat penurunan bagian terbawah janin.

d) Mengatur Posisi

Peranan bidan adalah mendukung ibu dalam pemilihan posisi apapun, menyarankan alternatif hanya apabila tindakan ibu tidak efektif atau membahayakan bagi diri sendiri maupun bagi bayinya.

e) Peran Pendamping

Kehadiran suami atau orang terdekat ibu untuk memberikan dukungan pada ibu sehingga ibu merasa lebih tenang dan proses persalinannya dapat berjalan dengan lancar.

f) Pengurangan Rasa Nyeri

Mengurangi rasa nyeri atau meredakan ketegangan pada ligamen sakroiliaka dapat dilakukan dengan penekanan pada

kedua sisi pinggul, melakukan kompres hangat maupun pemijatan.

8. Perdarahan Pasca Persalinan

Menurut Willams & Wilkins (1988) perdarahan pasca persalinan adalah perdarahan yang terjadi pada masa post partum yang lebih dari 500 cc segera setelah bayi lahir. Tetapi menentukan jumlah perdarahan pada saat persalinan sulit karena bercampurnya darah dengan air ketuban serta rembesan dikain pada alas tidur. POGI, tahun 2000 mendefinisikan perdarahan pasca persalinan adalah perdarahan yang terjadi pada masa post partum yang menyebabkan perubahan tanda vital seperti klien mengeluh lemah, berkeringat dingin, dalam pemeriksaan fisik hiperpnea, sistolik < 90 mmHg, nadi > 100 x/menit dan kadar HB < 8 gr %. Perdarahan postpartum adalah perdarahan lebih dari 500-600 ml selama 24 jam setelah anak lahir. Termasuk perdarahan karena retensio plasenta. Perdarahan post partum adalah perdarahan dalam kala IV lebih dari 500-600 cc dalam 24 jam setelah anak dan plasenta lahir (Mochtar, 1998).

a) Etiologi

Perdarahan Penyebab perdarahan pasca persalinan dapat terjadi karena perlukaan jalan lahir; ruptur uteri, robekan serviks, vagina dan perineum, luka episiotomi. Perdarahan pada tempat menempelnya plasenta karena; atonia uteri retensi

plasenta, inversio uteri dan gangguan mekanisme pembekuan darah.

b) Patofisiologi

Pada dasarnya perdarahan terjadi karena pembuluh darah didalam uterus masih terbuka. Pelepasan plasenta memutuskan pembuluh darah dalam stratum pongiosum sehingga sinus-sinus maternalis ditempat insersinya plasenta terbuka. Pada waktu uterus berkontraksi, pembuluh darah yang terbuka tersebut akan menutup, kemudian pembuluh darah tersumbat oleh bekuan darah sehingga perdarahan akan berhenti. Adanya gangguan retraksi dan kontraksi otot uterus, akan menghambat penutupan pembuluh darah dan menyebabkan perdarahan yang banyak. Keadaan demikian menjadi factor utama penyebab perdarahan paska persalinan. Perlukaan yang luas akan menambah perdarahan seperti robekan servix, vagina dan perineum.

c) Manifestasi Klinis

(1) Atonia Uteri

Gejala yang selalu ada: Uterus tidak berkontraksi dan lembek dan perdarahan segera setelah anak lahir (perarahan postpartum primer). Gejala yang kadang-kadang timbul: Syok (tekanan darah rendah, denyut nadi cepat dan kecil, ekstremitas dingin, gelisah, mual dan lain-lain).

(2) Robekan Jalan Lahir

Gejala yang selalu ada: perdarahan segera, darah segar mengalir segera setelah bayi lahir, kontraksi uterus baik, plasenta baik. Gejala yang kadang-kadang timbul: pucat, lemah, menggigil.

(3) Retensio plasenta

Gejala yang selalu ada: plasenta belum lahir setelah 30 menit, perdarahan segera, kontraksi uterus baik. Gejala yang kadang-kadang timbul: tali pusat putus akibat traksi berlebihan, inversi uteri akibat tarikan, perdarahan lanjutan.

(4) Tertinggalnya plasenta (sisa plasenta)

Gejala yang selalu ada: plasenta atau sebagian selaput (mengandung pembuluh darah) tidak lengkap dan perdarahan segera. Gejala yang kadang-kadang timbul: Uterus berkontraksi baik tetapi tinggi fundus tidak berkurang.

(5) Inversio uterus

Gejala yang selalu ada: uterus tidak teraba, lumen vagina terisi massa, tampak tali pusat (jika plasenta belum lahir), perdarahan segera, dan nyeri sedikit atau berat. Gejala yang kadang-kadang timbul: Syok neurogenik dan pucat.

(6) Anemia

Kekurangan hemoglobin dalam darah menyebabkan komplikasi yang lebih serius bagi ibu baik dalam kehamilan, persalinan, dan nifas. Kurangnya kadar hemoglobin pada tubuh ibu hamil yang menyebabkan pengenceran darah yang berlebihan pada saat persalinan sehingga mengakibatkan perdarahan.

d) Penatalaksanaan

(1) Penatalaksanaan Umum

- (1) Ketahui secara pasti kondisi ibu bersalin sejak awal.
- (2) Pimpin persalinan dengan mengacu pada persalinan bersih dan aman.
- (3) Selalu siapkan keperluan tindakan gawat darurat.
- (4) Segera lakukan penilaian klinik dan upaya pertolongan apabila dihadapkan dengan masalah dan komplikasi.
- (5) Atasi syok jika terjadi syok.
- (6) Pastikan kontraksi berlangsung baik (keluarkan bekuan darah, lakukan pijatan uterus, beri uterotonika 10 IV dilanjutkan infus 20 ml dalam 500 cc NS/RL dengan tetesan 40 tetes/menit).
- (7) Pastikan plasenta telah lahir lengkap dan eksplorasi kemungkinan robekan jalan lahir.
- (8) Pasang kateter tetap dan pantau cairan keluar masuk.

(9) Lakukan observasi ketat pada 2 jam pertama paska persalinan dan lanjutkan pemantauan terjadwal hingga 4 jam berikutnya.

(2) Penatalaksanaan Atonia Uteri

- (1) Kenali dan tegakan kerja atonia uteri.
- (2) Sambil melakukan pemasangan infus dan pemberian uterotonika, lakukan pengurutan uterus.
- (3) Pastikan plasenta lahir lengkap dan tidak ada laserasi jalan lahir.
- (4) Lakukan tindakan spesifik yang diperlukan seperti Kompresi bimanual eksternal, Kompresi bimanual internal, dan Kompresi aorta abdominalis.

(3) Retensio Plasenta

- (1) Tentukan jenis retensio yang terjadi karena berkaitan dengan tindakan yang akan diambil.
- (2) Regangkan tali pusat dan minta pasien untuk mengejan, bila ekspulsi tidak terjadi cobakan traksi terkontrol tali pusat.
- (3) Pasang infus oksitosin 20 unit/500 cc NS atau RL dengan tetesan 40/menit, bila perlu kombinasikan dengan misoprostol 400mg per rektal.
- (4) Bila traksi terkontrol gagal melahirkan plasenta, lakukan manual plasenta secara hati-hati dan halus.

- (5) Restorasi cairan untuk mengatasi hipovolemia.
- (6) Lakukan transfusi darah bila diperlukan.
- (7) Berikan antibiotic profilaksis (ampicillin 2 gr IV/oral +metronidazole 1 g supp/oral).

(4) Plasenta Inkasera

- (1) Tentukan diagnosis kerja Siapkan peralatan dan bahan untuk menghilangkan kontriksi serviks yang kuat, tetapi siapkan infus fluothane atau eter untuk menghilangkan kontriksi serviks yang kuat, tetapi siapkan infus oksitosin 20 Untuk 500 NS atau RL untuk mengantisipasi gangguan kontraksi uterus yang mungkin timbul.
- (2) Bila bahan anestesi tidak tersedia, lakukan manuver sekrep untuk melahirkan plasenta.
- (3) Pasang spekulum Sims sehingga ostium dan sebagian plasenta tampak jelas.
- (4) Jepit porsio dengan klem ovum pada jam 12, 4 dan 8 dan lepaskan speculum.
- (5) Tarik ketiga klem ovum agar ostium, tali pusat dan plasenta tampak jelas.
- (6) Tarik tali pusat ke lateral sehingga menampakkan plasenta disisi berlawanan agar dapat dijepit sebanyak mungkin, minta asisten untuk memegang klem tersebut.
- (7) Lakukan hal yang sama pada plasenta kontra lateral.

(8) Satukan kedua klem tersebut, kemudian sambil diputar searah jarum jam tarik plasenta keluar perlahan-lahan.

(5) Ruptur Uteri

(1) Berikan segera cairan isotonik (RL/NS) 500 cc dalam 15-20 menit dan siapkan laparotomi.

(2) Lakukan laparotomi untuk melahirkan anak dan plasenta, fasilitas pelayanan kesehatan dasar harus merujuk pasien ke rumah sakit rujukan.

(6) Ruptur peritonium dan robekan dinding vagina

(1) Lakukan eksplorasi untuk mengidentifikasi lokasi laserasi dan sumber perdarahan.

(2) Lakukan irigasi pada tempat luka dan bubuhi larutan antiseptic.

(3) Jepit dengan ujung klem sumber perdarahan kemudian ikat dengan benang yang dapat diserap.

(4) Lakukan penjahitan luka dari bagian yang paling dista.

(5) Khusus pada ruptur perineum komplis dilakukan penjahitan lapis demi lapis dengan bantuan busi pada rektum, sebagai berikut.

(6) Setelah prosedur aseptik- antiseptik, pasang busi rektum hingga ujung robekan.

(7) Mulai penjahitan dari ujung robekan dengan jahitan dan simpul sub mukosa, menggunakan benang polyglikolik

No 2/0 (deton/vierge) hingga ke sfinter ani, jepit kedua sfinter ani dengan klem dan jahit dengan benang no 2/0.

(8) Lanjutkan penjahitan ke lapisan otot perineum dan sub mukosa dengan benang yang sama (atau kromik 2/0) secara jelujur..

(9) Mukosa vagina dan kulit perineum dijahit secara sub mukosa dan sub kutikuler.

9. Lima Benang Merah Persalinan

Lima benang merah tersebut menurut (JNPK-KR, 2017) yaitu:

a) Membuat keputusan klinik

Membuat keputusan klinik merupakan proses yang menentukan untuk menyelesaikan masalah dan menentukan asuhan yang diperlukan oleh klien. Keputusan itu harus akurat, komprehensif dan aman, baik bagi pasien dan keluarganya maupun petugas yang memberikan pertolongan.

b) Asuhan sayang ibu dan sayang bayi

Asuhan sayang ibu adalah asuhan dengan prinsip saling menghargai budaya kepercayaan dan keinginan sang ibu. Asuhan sayang ibu adalah asuhan yang menghargai budaya, kepercayaan dan keinginan sang ibu. Konsep dari asuhan sayang ibu adalah:

1) Persalinan merupakan peristiwa alami.

- 2) Sebagian besar persalinan umumnya akan berlangsung normal.
- 3) Penolong memfasilitasi proses persalinan.
- 4) Tidak asing, bersahabat, rasa saling percaya, tahu dan siap membantu kebutuhan klien, memberi dukungan moral, dan kerjasama semua pihak yaitu penolong, klien, dan keluarga.

c) Pencegahan Infeksi

Tindakan pencegahan infeksi tidak terpisahkan dari asuhan selama persalinan dan kelahiran bayi. Tindakan-tindakan pencegahan infeksi antara lain: cuci tangan, memakai sarung tangan, memakai perlengkapan (celemek/baju penutup, kacamata, sepatu tertutup), menggunakan aseptis atau teknik aseptik, memproses alat bekas pakai, menangani peralatan tajam dengan aman, menjaga kebersihan dan kerapian lingkungan serta pembuangan sampah secara benar. Tindakan ini harus diterapkan dalam setiap aspek asuhan untuk melindungi ibu, bayi baru lahir, keluarga, penolong persalinan dan tenaga kesehatan lainnya untuk mengurangi infeksi karena bakteri, virus, dan jamur.

d) Pencatatan (dokumentasi) asuhan persalinan

Pencatatan rutin adalah alat bantu yang sangat penting untuk membuat keputusan klinik dan mengevaluasi apakah asuhan yang diberikan sudah sesuai dan efektif. Dalam rekam medik

terdapat dua pencacatan yang penting dalam kebidanan yaitu pendokumentasian SOAP (Subjek, Objek, Analisa dan Penatalaksanaan) dan Partograf. Partograf adalah alat bantu untuk memantau kemajuan kala satu persalinan dan informasi untuk membuat keputusan klinik. Jika digunakan dengan tepat dan konsisten, partograf akan membantu penolong persalinan untuk :

- 1) Mencatat kemajuan persalinan
- 2) Mencatat kondisi ibu dan janinnya
- 3) Mencatat asuhan yang diberikan selama persalinan dan kelahiran
- 4) Menggunakan informasi yang tercatat untuk identifikasi dini penyulit persalinan
- 5) Menggunakan informasi yang tersedia untuk membuat keputusan klinik yang sesuai dan tepat waktu.

e) Rujukan

Rujukan tepat waktu merupakan unggulan asuhan sayang ibu dalam mendukung keselamatan ibu dan bayi baru lahir. Singkatan BAKSOKUDA dapat digunakan untuk mengingat hal-hal penting dalam mempersiapkan rujukan untuk ibu dan bayi (JNPK-KR, 2017). Arti dari BAKSOKUDA yaitu:

- 1) B (bidan)

Pastikan bahwa ibu dan/atau bayi baru lahir di dampingi oleh penolong persalinan yang kompeten untuk menatalaksana gawat darurat obstetri dan bayi baru lahir untuk dibawa ke fasilitas rujukan.

2) A (alat)

Bawa perlengkapan dan bahan-bahan untuk asuhan persalinan, masa nifas, dan bayi baru lahir (tabung suntik, selang IV, alat resusitasi, dll) bersama ibu ke tempat rujukan.

3) K (keluarga)

Beritahu ibu dan keluarga mengenai terakhir ibu dan/atau bayi dan mengapa ibu dan/atau bayi perlu di rujuk. Jelaskan pada mereka alasan dan tujuan merujuk ibu ke fasilitas rujukan tersebut. Suami atau anggota keluarga yang lain harus menemani ibu dan/atau bayi baru lahir hingga ke fasilitas rujukan.

4) S (surat)

Berikan surat ke tempat rujukan. Surat ini harus memberikan identifikasi mengenai ibu dan/atau bayi baru lahir, cantumkan alasan rujukan dan uraikan hasil pemeriksaan, asuhan atau obat-obatan yang diterima ibu dan/atau bayi baru lahir. Sertakan juga partograf yang dipakai untuk membuat keputusan klinik.

5) O (obat)

Bawa obat-obat esensial pada saat mengantar ibu ke fasilitas rujukan. Obat-obat tersebut mungkin akan diperlukan selama diperjalanan.

6) K (kendaraan)

Siapkan kendaraan yang paling memungkinkan untuk merujuk ibu dalam kondisi cukup nyaman.

7) U (uang)

Ingatkan pada keluarga agar membawa uang dalam jumlah yang cukup untuk membeli obat-obatan yang diperlukan dan bahan-bahan kesehatan lain yang diperlukan selama ibu dan atau bayi baru lahir tinggal di fasilitas rujukan.

8) DA (darah)

Siapkan darah untuk sewaktu-waktu membutuhkan tranfusi darah apabila terjadi perdarahan.

2.2.3 Konsep Dasar Bayi Baru Lahir

a. Definisi Neonatus

Bayi baru lahir atau neonatus adalah masa kehidupan (0–28 hari), dimana terjadi perubahan yang sangat besar dari kehidupan di dalam rahim menuju luar rahim dan terjadi pematangan organ hampir pada semua sistem. Bayi hingga umur kurang satu bulan merupakan golongan umur yang memiliki risiko gangguan kesehatan paling tinggi

dan berbagai masalah kesehatan bisa muncul, sehingga tanpa penanganan yang tepat bisa berakibat fatal (Kemenkes RI, 2020).

Periode ini merupakan periode yang sangat rentan terhadap suatu infeksi sehingga menimbulkan suatu penyakit. Periode ini juga masih membutuhkan penyempurnaan dalam penyesuaian tubuhnya secara fisiologis untuk dapat hidup di luar kandungan seperti sistem pernapasan, sirkulasi, termoregulasi dan kemampuan menghasilkan glukosa (Juwita & Priskusanti, 2020).

Bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir dalam presentasi belakang kepala melalui vagina tanpa memakai alat (Jamil et al., 2017). Kriteria bayi normal adalah lahir dengan umur kehamilan genap 37 minggu sampai 42 minggu, dengan berat badan lahir 2500–4000 gram, panjang badan: 48–52 cm, lingkaran dada: 30– 38 cm, nilai Apgar 7–10 dan tanpa cacat bawaan (Ribek et al., 2018). Lingkaran kepala bayi baru lahir yang normal adalah 34–35 cm, dimana ukuran lingkaran kepala mempunyai hubungan dengan perkembangan bayi yaitu pertumbuhan lingkaran kepala umumnya mengikuti pertumbuhan otak, sehingga bila ada hambatan/gangguan pada pertumbuhan lingkaran kepala, pertumbuhan otak juga biasanya terhambat (Ribek et al., 2013).

b. Klasifikasi Bayi Baru Lahir

Neonatus dikelompokkan menjadi dua kelompok (Juwita & Priskusanti, 2020), yaitu:

1. Neonatus menurut masa gestasinya

Masa gestasi atau dapat disebut dengan umur kehamilan merupakan waktu dari konsepsi yang dihitung dari ibu hari pertama haid terakhir (HPHT) pada ibu sampai dengan bayi lahir (Novieastari et al., 2020).

- a) Bayi kurang bulan: bayi yang lahir 294 hari (>42 minggu).
- b) Bayi cukup bulan: bayi yang lahir antara 259–293 hari (37 minggu–42 minggu).
- c) Bayi lebih bulan: bayi yang lahir >294 hari (>42 minggu).

2. Neonatus menurut berat badan saat lahir Bayi lahir ditimbang

berat badannya dalam satu jam pertama jika bayi lahir di fasilitas kesehatan dan jika bayi lahir di rumah maka penimbangannya dilakukan dalam waktu 24 jam pertama setelah kelahiran (Novieastari et al., 2020).

- a) Bayi berat badan lahir rendah: bayi yang lahir dengan berat badan <2,5 kg.
- b) Bayi berat lahir cukup : bayi yang lahir dengan berat antara 2,5-4 kg.
- c) Bayi berat lahir lebih : bayi yang lahir dengan berat >4 kg

c. Ciri-ciri bayi Baru Lahir normal

Menurut Wagiyono (2016) dalam bukunya yang berjudul Asuhan Keperawatan Antenatal, Intranatal dan Bayi Baru Lahir. Bayi baru lahir normal dan sehat memiliki ciri-ciri diantaranya sebagai berikut :

1. Berat badan normal antara 2500 gram sampai 4000 gram.
2. Panjang badan antar 48 cm sampai dengan 52 cm.
3. Lingkar kepala 33-35 cm.
4. Lingkar dada 30-38 cm.
5. Detak jantung 120-140x/menit.
6. Frekuensi pernafasan 30-60x/menit.
7. Rambut lanugo sudah tidak terlihat.
8. Rambut kepala sudah muncul.
9. Warna kulit badan merahmuda dan licin.
10. Memiliki kuku yang panjang dan lemas.
11. Reflek menghisap, menelan dan mengenggam sudah baik.
12. Mekonium akan keluar dalam waktu 24 jam setelah lahir sebagai tanda bahwa sistem pencernaan bayi baru lahir sudah normal. Feses bayi baru lahir berwarna hitam kehijau-hijauan dengan konsistensi liqui atau lengket seperti aspal.
13. Pada anak laki-laki skrotum sudah turun, sedangkan pada perempuan labia mayora sudah menutupi labia minora.

d. Asuhan Bayi baru Lahir

Berdasarkan JNPK-KR/POGI, APN, asuhan yang aman, segera dan aman bersih untuk bayi baru lahir adalah:

1. Pencegahan Infeksi

Bayi baru lahir (BBL) sangat rentan terhadap infeksi yang disebabkan oleh paparan atau kontaminasi *mikroorganisme*

selama proses persalinan atau beberapa saat setelah lahir. Beberapa *mikroorganisme* harus diwaspadai karena dapat ditularkan melalui percikan darah atau cairan tubuh, misalnya virus HIV, Hepatitis B, dan Hepatitis C.

2. Penilaian

Segera setelah bayi lahir, lakukan penilaian awal pada bayi baru lahir seperti bayi menangis tanpa kesulitan dan bayi bergerak aktif.

3. Pencegahan Kehilangan Panas

Bayi baru lahir memiliki kecenderungan cepat stress karena perubahan lingkungan dan bayi harus beradaptasi dengan suhu lingkungan yang cenderung dingin di luar. Sesaat sesudah lahir, bayi berada di tempat yang suhunya lebih rendah daripada dalam kandungan dan dalam keadaan basah (Naomy Marie, 2019).

4. Perawatan Tali Pusat

Setelah plasenta lahir dan kondisi ibu dinilai sudah stabil maka lakukan pengikatan tali pusat atau jepit dengan klem plastik tali pusat. Untuk menghindari infeksi tali pusat yang dapat menyebabkan sepsis dan meningitis, tali pusat harus dirawat dalam keadaan steril/bersih dan kering (Naomy Marie, 2019).

5. Melakukan Inisiasi Menyusui Dini

Penerapan Inisiasi Menyusu Dini akan memberikan dampak positif bagi bayi, antara lain menjalin atau memperkuat ikatan

emosional antara ibu dan bayi melalui *kolostrum*, merangsang kontraksi uterus, suhu tubuh bayi akan stabil karena *hipotermia* telah dikoreksi panas oleh suhu tubu ibu, refleks oksitsin ibu akan berfungsi secara maksimal, dan mempercepat produksi ASI karena mendapat rangsangan isapan bayi lebih awal (Naomy Marie, 2019).

6. Pemberian Vitamin K

Pemberian vitamin K bertujuan untuk mencegah terjadinya perdarahan karena *defisiensi* vitamin K pada bayi baru lahir normal atau cukup bulan. Pemberian vitamin K per oral 1 mg secara injeksi intramuskular di paha kiri bayi (Setiyana Astuti, dkk, 2016).

7. Pemberian Salf Mata

Pemberian salf mata bertujuan untuk mencegah penyakit mata karena *klamidia* (penyakit menular seksual) yang diberikan pada 1 jam pertama setelah persalinan. Pencegahan infeksi tersebut dilakukan dengan memberikan salf mata tetrasiklin 1%. Upaya *profilaksis* infeksi mata tidak efektif jika diberikan lebih dari satu jam setelah kelahiran (Setiyana Astuti, dkk, 2016).

8. Pemberian Imunisasi Hepatitis B

Pemberian imunisasi Hepatitis B bermanfaat untuk mencegah terjadinya infeksi yang disebabkan oleh virus Hepatitis B terhadap bayi. Imunisasi Hepatitis B pertama diberikan 1 jam setelah

pemberian vitamin K saat bayi berusia 2 jam (Setiyana Astuti, dkk, 2016).

e. Kunjungan Neonatus dan Bayi Baru Lahir

Asuhan yang diberikan untuk bayi baru lahir terdapat tiga kali yaitu :

1. Kunjungan Neonatal Pertama (KN1)

KN1 dilakukan dari 6 hingga 48 jam setelah kelahiran bayi. Asuhan yang diberikan adalah menimbang berat badan bayi, mengukur panjang badan, memeriksa suhu, respirasi, dan frekuensi denyut jantung, pemeriksaan fisik lengkap untuk melihat adanya kelainan konginetal, memeriksa ikterus, menjaga kehangatan tubuh bayi, memberi ASI eksklusif, pencegahan infeksi, perawatan tali pusat dan tanda bahaya seperti tidak mau menyusu, kejang-kejang, merintih atau menangis terus menerus, demam, tali pusat kemerahan, tinja buang air besar berwarna pucat dan menganjurkan ibu untuk melakukan imunisasi BCG dan Polio

1.

2. Kunjungan Neonatal Keda (KN2)

KN2 dilakukan dari usia ke-3 sampai 7 hari setelah bayi lahir. 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 Ketiga (KN3)

KN3 dilakukan pada usia bayi 8 sampai 28 hari setelah lahir. 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 (Kementerian Kesehatan RI, 2016).

2.2.4 Konsep dasar Nifas

a. Pengertian Masa Nifas

Masa nifas (*puerperium*) adalah dimulai setelah plasenta lahir dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil. masa nifas berlangsung kira-kira 6 minggu, akan tetapi, seluruh alat genital baru pulih kembali seperti keadaan sebelum hamil dalam waktu 3 bulan. (Prawirohardjo dalam. (Wahyuningsih, 2018)).

Nifas merupakan darah yang keluar dari rahim akibat melahirkan atau setelah melahirkan. Masa nifas dihitung setelah plasenta keluar dan selesai ketika alat-alat kandungan kembali ke keadaan sebelum

hamil yang berlangsung kira-kira 6 minggu atau 42 hari. Namun pemulihan pada masa nifas secara menyeluruh memerlukan waktu 3 bulan. Masa ini disebut juga masa puerperium. Puerperium berasal dari Bahasa latin yaitu, “puer” yang artinya bayi dan “parous” yang artinya melahirkan. Jadi, puerperium bermakna melahirkan bayi. (Sari & Rimandini, 2014).

b. Perubahan Fisiologis Masa Nifas

1. Perubahan Pasa Sistem Reproduksi

a) Uterus

Pada uterus terjadi proses *invulusi*. Proses *invulusi* adalah proses kembalinya uterus ke dalam keadaan sebelum hamil setelah melahirkan. Proses ini dimulai segera setelah plasenta keluar akibat kontraksi otot-otot polos uterus. Pada tahap ketiga persalinan, *uterus* berada di garis tengah, kira-kira 2 cm di bawah umbilikus dengan bagian fundus bersandar pada promontorium sakralis. Pada saat ini, besar *uterus* kira-kira sama besar uterus sewaktu usia kehamilan 16 minggu (kira-kira sebesar jeruk asam) dan beratnya kira-kira 100 gr. (Dewi & Sunarsih, 2013) Dalam waktu 12 jam, tinggi fundus uteri mencapai kurang lebih 1 cm di atas umbilikus. Dalam beberapa hari kemudian, perubahan *invulusi* berlangsung dengan cepat. Fundus turun kira-kira 1-2 cm setiap 24 jam. Pada hari pascapartum keenam fundus normal akan berada di

pertengahan antara *umbilikus* dan *simfisis pubis*. *Uterus* tidak bisa dipalpasi pada abdomen pada hari ke-9 pascapartum. (Dewi & Sunarsih, 2013).

b) Perubahan ligament

Ligamen-ligamen dan diafragma pelvis, serta fascia yang meregang sewaktu kehamilan dan partus, setelah janin lahir, berangsur-angsur menciut kembali seperti sediakala. Tidak jarang ligamentum rotundum menjadi kendur yang mengakibatkan letak uterus menjadi *retrofleksi*. Tidak jarang pula wanita mengeluh "kandungannya turun" setelah melahirkan oleh karena ligamen, fascia, dan jaringan penunjang alat genitalia menjadi agak kendur. (Dewi & Sunarsih, 2013).

c) Perubahan serviks

Serviks mengalami *involsi* bersama-sama uterus. Perubahan-perubahan yang terdapat pada serviks *postpartum* adalah bentuk serviks yang akan menganga seperti corong. Bentuk ini disebabkan oleh korpus uteri yang dapat mengadakan kontraksi, sedangkan serviks tidak berkontraksi sehingga seolah-olah pada perbatasan antara korpus dan serviks uteri terbentuk semacam cincin. Warna serviks sendiri merah kehitam-hitaman karena penuh pembuluh darah. Beberapa hari setelah persalinan, ostium eksternum dapat dilalui oleh 2 jari, pinggir-pinggirnya tidak rata, tetapi retak-retak karena robekan

dalam persalinan. Pada akhir minggu pertama hanya dapat dilalui oleh 1 jari saja, dan lingkaran retraksi berhubungan dengan bagian atas dari kanalis servikalis. Pada serviks terbentuk sel-sel otot baru yang mengakibatkan serviks memanjang seperti celah. Walaupun begitu, setelah involusi selesai, ostium eksternum tidak serupa dengan keadaannya sebelum hamil. Pada umumnya ostium eksternum lebih besar dan tetap terdapat retak-retak dan robekan-robekan pada pinggirnya, terutama pada pinggir sampingnya. Oleh karena robekan ke samping ini terbentuklah bibir depan dan bibir belakang pada serviks. (Dewi & Sunarsih, 2013).

d) Vagina dan perineum

Setelah persalinan vagina dalam keadaan menegang dengan disertai adanya edema dan memar dengan keadaan masih terbuka. Dalam satu dua hari *edema* vagina akan berkurang. Dinding vagina akan kembali halus dengan ukuran yang lebih luas dari biasanya. Ukurannya akan mengecil dengan terbentuk kembalinya rugae pada 3 minggu setelah persalinan. Vagina tersebut akan berukuran sedikit lebih besar dari ukuran vagina sebelum melahirkan pertama kali. Meskipun demikian latihan untuk mengencangkan otot perineum akan memulihkan tonusnya (Zubaidah et al., 2021).

e) *Lokhea*

Lokhea adalah *ekskresi* cairan rahim selama masa nifas dan mempunyai reaksi basa/ alkalis yang dapat membuat *organisme* berkembang lebih cepat daripada kondisi asam yang ada pada vagina normal. *Lokia* mempunyai bau yang amis meskipun tidak terlalu menyengat dan volumenya berbeda-beda pada setiap wanita. Sekret mikroskopik *lokia* terdiri atas eritrosit, peluruhan desidua, sel epitel, dan bakteri. *Lokia* mengalami perubahan karena proses involusi. Pengeluaran *lokia* dapat dibagi berdasarkan waktu dan warnanya di antaranya sebagai berikut.

(1) *Lokhea rubra/merah (kruenta)*

Lokhea ini muncul pada hari pertama sampai hari ketiga masa *postpartum*. Sesuai dengan namanya, warnanya biasanya merah dan mengandung darah dari perobekan/luka pada plasenta dan serabut dari *desidua* dan *chorion*. *Lokia* ini terdiri atas sel *desidua*, *verniks caseosa*, rambut lanugo, sisa mekoneum, dan sisa darah.

(2) *Lokhea sanguinolenta*

Lokhea ini berwarna merah kuning berisi darah dan lendir karena pengaruh plasma darah, pengeluarannya pada hari ke-3-5 hari *postpartum*.

(3) *Lokhea serosa*

Lokhea ini muncul pada hari ke-5-9 *postpartum*. Warnanya biasanya kekuningan atau kecokelatan. *Lokia* ini terdiri atas lebih sedikit darah dan lebih banyak serum, juga terdiri atas leukosit dan robekan laserasi plasenta.

(4) *Lokhea alba*

Lokhea ini muncul lebih dari hari ke-10 *postpartum*. Warnanya lebih pucat, putih kekuningan, serta lebih banyak mengandung leukosit, selaput lendir serviks, dan serabut jaringan yang mati (Dewi & Sunarsih, 2013).

2. Perubahan Pada Tanda-tanda Vital

a) Suhu badan

Sesaat setelah 2 jam pertama melahirkan umumnya suhu badan akan kembali normal, jika ibu nifas memiliki suhu lebih dari 38°C kemungkinan terjadi infeksi (Fitriahadi & Utami, 2018).

b) Nadi dan pernapasan

Pada masa nifas umumnya denyut nadi stabil dibandingkan dengan suhu tubuh, sedangkan pernapasan akan sedikit meningkat setelah partus kemudian kembali seperti keadaan semula (Fitriahadi & Utami, 2018).

c) Tekanan darah

Pada beberapa kasus ditemukan keadaan hipertensi *postpartum* akan menghilang dengan sendirinya apabila tidak terdapat

penyakit-penyakit lain yang menyertainya dalam setengah bulan tanpa pengobatan (Fitriahadi & Utami, 2018).

a. Kebutuhan Dasar Ibu Nifas

1. Nutrisi dan Cairan

Ibu nifas membutuhkan nutrisi yang cukup, gizi seimbang, terutama kebutuhan protein dan karbohidrat dikarenakan protein sangat penting untuk membantu memaksimalkan suplai ASI sedangkan karbohidrat untuk meningkatkan energi ibu. Ibu menyusui sedikitnya minum 3-4 liter setiap hari (Fitriahadi & Utami, 2018).

2. Mobilisasi

Ibu diminta untuk melakukan latihan menarik nafas dalam serta latihan tungkai yang sederhana dan harus duduk serta mengayunkan tungkalnya dari tepi ranjang (Fitriahadi & Utami, 2018).

3. Eliminasi

Dalam 6 jam *postpartum*, pasien sudah harus dapat buang air kecil, semakin lama *urine* tertahan dalam kandung kemih maka dapat mengakibatkan kesulitan pada organ perkemihan, misalnya infeksi. Dalam 24 jam pertama, ibu *postpartum* harus dapat buang air besar, karena semakin lama feses tertahan dalam usus maka akan mengeras karena cairan yang terkandung dalam feses akan terserap oleh usus. (Fitriahadi & Utami, 2018).

4. *Personal Hygiene*

Membersihkan daerah perineum dilakukan sebanyak dua kali sehari dan pada waktu sesudah selesai BAB/BAK. Luka pada perineum akibat *episiotomi*, *ruptur*, atau *laserasi* merupakan daerah yang harus dijaga agar tetap bersih dan kering karena rentan akan terjadi infeksi. Ibu nifas takut akan jahitannya lepas, juga merasa sakit sehingga perineum tidak dibersihkan atau tidak dicuci (Fitriahadi & Utami, 2018).

5. Istirahat dan Tidur

Ibu *postpartum* sangat membutuhkan istirahat yang berkualitas untuk memulihkan kembali keadaan fisiknya. Keluarga disarankan untuk memberikan kesempatan kepada ibu untuk beristirahat yang cukup sebagai persiapan untuk energi menyusui bayinya nanti (Fitriahadi & Utami, 2018).

b. Tahapan Masa Nifas.

Menurut Indriyani (2013), tahapan dalam masa nifas dibagi menjadi tiga periode, yaitu :

1. Periode *immediate postpartum* atau *puerperium dini*

Periode ini dimulai segera setelah persalinan sampai 24 jam pertama setelah persalinan. Pada periode ini, seringkali terjadi masalah seperti perdarahan, sehingga harus memeriksa kontraksi uterus, pengeluaran lochea, mengecek tekanan darah dan suhu secara teratur.

2. Periode *intermedial* atau *early postpartum*

Periode ini terhitung sejak setelah 24 jam setelah persalinan dan berakhir pada satu minggu pertama setelah persalinan. Pemeriksaan yang harus dilakukan pada periode ini yaitu, memastikan tidak adanya perdarahan, *involusio uteri* dalam keadaan normal, lochea tidak berbau busuk, tidak demam, dan ibu mengonsumsi makanan dan cairan yang cukup, serta dapat menyusui bayinya dengan baik.

3. Periode *late postpartum*

Periode ini mulai sejak setelah 1 minggu setelah persalinan hingga sekitar 5 minggu setelah persalinan. Pada fase ini, tetap diperlukan perawatan dan pemeriksaan sehari-hari dan konseling KB.

c. Tanda Bahaya Masa Nifas

1. Perdarahan *Postpartum*

Pada umumnya bila terdapat perdarahan yang lebih dari normal, dimana telah menyebabkan perubahan tanda vital seperti, kesadaran menurun, pucat, limbung, berkeringat dingin, sesak nafas serta tekanan darah 100x/menit, maka penanganan harus segera dilakukan (Fitriahadi & Utami, 2018).

2. Infeksi Masa Nifas

Tanda dan gejala infeksi umumnya termasuk peningkatan suhu tubuh, malaise umum, nyeri, dan *lochea* berbau tidak sedap. Peningkatan kecepatan nadi dapat terjadi, terutama pada infeksi berat (Khasanah & Sulistyawati, 2017).

3. Bendungan Payudara

Bendungan payudara adalah peningkatan aliran vena dan limfe pada payudara dalam rangka mempersiapkan diri untuk laktasi. Hal ini bukan disebabkan *over distensi* dari saluran sistem laktasi (Khasanah & Sulistyawati, 2017).

d. Kunjungan Pada Ibu Nifas

Menurut Kementerian Kesehatan RI (2020), jadwal kunjungan pada masa nifas sebagai berikut.

1. Kunjungan nifas pertama/KF1 (6 jam – 2 hari *postpartum*)

Pada kunjungan pertama, asuhan yang perlu dilakukan adalah melakukan pencegahan perdarahan dan memberikan konseling pencegahan akibat *atonia uteri*, mendeteksi dan perawatan penyebab lain perdarahan serta melakukan rujukan jika diperlukan, pemberian ASI awal, memberikan edukasi tentang cara mepererat hubungan ibu dan bayi, menjaga bayi agar tetap sehat dan mencegah *hipotermi* (Sari & Rimandini, 2014)

2. Kunjungan nifas kedua/KF2 (3 - 7 hari *postpartum*)

Pada kunjungan kedua, asuhan yang dilakukan meliputi memastikan involusi uteri tetap berjalan normal, kontraksi *uterus* baik, TFU di bawah *umbilicus*, dan tidak ada perdarahan yang abnormal, menilai adanya infeksi dan demam, memastikan ibu dapat beristirahat dengan baik, mengonsumsi nutrisi dan cairan yang cukup, dan dapat

menyusui bayinya dengan baik, serta memberikan konseling tentang perawatan bayi baru lahir (Sari & Rimandini, 2014)

3. Kunjungan nifas ketiga/KF3 (8 hari – 28 hari *postpartum*)

Asuhan yang diberikan pada kunjungan ketiga sama dengan asuhan yang diberikan pada kunjungan kedua.

4. Kunjungan nifas keempat (29 hari – 42 hari *postpartum*)

Pada kunjungan keempat, asuhan yang diberikan adalah memberikan konseling KB secara dini dan menanyakan hal-hal yang menyulitkan ibu selama masa nifas (Sari & Rimandini, 2014).

2.2.5 Konsep Dasar Masa Interval

a. Pengertian Masa Antara

Menurut *World Health Organization* (2016), Keluarga Berencana (*Family Planning*) dapat memungkinkan pasangan usia subur (PUS) untuk mengantisipasi kelahiran, mengatur jumlah anak yang diinginkan, dan mengatur jarak serta waktu kelahiran. Hal ini dapat dicapai melalui penggunaan metode kontrasepsi dan tindakan infertilitas. Jadi, Keluarga Berencana (*Family Planning*) adalah suatu usaha untuk menjarangkan atau merencanakan jumlah dan jarak kehamilan dengan menggunakan alat kontrasepsi yang bertujuan untuk mewujudkan keluarga kecil, bahagia sejahtera. Metode kontrasepsi sederhana ini terdiri dari dua yaitu metode kontrasepsi sederhana tanpa alat (Metode *Amenore Laktasi* (MAL), senggama terputus (*coitus*

interruptus), metode kalender, metode lendir serviks, metode suhu basal badan dan simptotermal) dan metode kontrasepsi dengan alat seperti kondom, diafragma, cup serviks dan spermisida, kontrasepsi modern terdiri dari pil, suntik, Alat Kontrasepsi Bawah Kulit (AKBK), Alat Kontraepsi Bawah Rahim (AKDR), Metode Operatif Wanita (MOW) dan Metode Operatif Pria / MOP (Handayani, 2010).

b. Tujuan Keluarga Berencana

Pasangan yang menggunakan KB tentu memiliki tujuan masing-masing. KB tidak hanya dilakukan untuk menekan jumlah kelahiran bayi. Lebih jelasnya, tujuan KB menurut terbagi menjadi dua bagian, di antaranya:

1. Tujuan umum

Meningkatkan kesejahteraan ibu, anak dalam rangka mewujudkan NKKBS (Normal Keluarga Kecil Bahagia Sejahtera) yang menjadi dasar terwujudnya masyarakat yang sejahtera dengan mengendalikan kelahiran sekaligus menjamin terkendalinya penambahan penduduk.

2. Tujuan khusus

- a) Meningkatkan jumlah penduduk untuk menggunakan alat kontrasepsi.
- b) Menurunnya jumlah angka kelahiran bayi.
- c) Meningkatnya kesehatan keluarga berencana dengan cara penjarangan kelahiran.

2.3 Konsep Dasar Manajemen Asuhan Kebidanan

2.3.1 Konsep Dasar Manajemen Asuhan Kebidanan Kehamilan

a. Pengkajian Data

Langkah ini dilakukan untuk mengumpulkan informasi yang akurat dan lengkap dari berbagai sumber yang berkaitan dengan pasien. Perolehan data ini dilakukan melalui cara anamnesa. Anamnesa dibagi menjadi 2 yaitu *auto-anamnesis* dan *alloanamnesis* (Sulistiyawati, 2015). Data yang harus dikaji dalam pengkajian data yaitu:

1. Data Subjektif

a) Identitas Pasien

Data pribadi pasien serta suami pasien yaitu nama, usia, suku, agama, pendidikan terakhir, pekerjaan, alamat tempat tinggal, nomor telepon, serta asuransi kesehatan yang dimiliki pasien.

1) Nama

Nama yang jelas dan lengkap, bila perlu ditanyakan nama panggilan untuk menghindari kekeliruan dalam memberikan pelayanan asuhan (Sumiati, 2014).

2) Usia

Usia diperlukan untuk menginterpretasikan data pemeriksaan klinis klien tersebut dalam batas normal atau tidak (Wiknjosastro, 2010). Usia merupakan hal penting yang harus dikaji, usia digunakan untuk mengetahui apakah kehamilan ibu

berisiko atau tidak. Kehamilan berisiko apabila usia ibu terlalu muda atau terlalu tua yaitu <20 tahun dan >35 tahun.

3) Agama

Agama digunakan untuk mengetahui keyakinan ibu sehingga dapat membimbing dan mengarahkan ibu untuk berdoa sesuai dengan keyakinannya (Handayani & Mulyati, 2017).

4) Pendidikan

Pendidikan klien untuk mengetahui tingkat intelektual ibu sehingga tenaga kesehatan dapat melakukan komunikasi termasuk dalam hal pemberian konseling sesuai dengan pendidikan terakhirnya (Handayani & Mulyati, 2017).

5) Pekerjaan

Pengkajian pekerjaan digunakan untuk mengetahui pekerjaan ibu hamil dalam rumah ataupun pekerjaan sebagai identifikasi bahaya dan risiko cedera yang berhubungan dengan pekerjaan, selain itu memastikan batasan yang perlu diperhatikan dalam pekerjaan dan untuk merencanakan masa istirahat (Varney et al., 2007). Seorang wanita saat hamil masih diperbolehkan untuk melakukan aktivitas sehari-hari atau bahkan bekerja di luar rumah. Hal yang harus diperhatikan adalah jenis pekerjaan dan beban kerja dalam pekerjaan itu. Pekerjaan yang dilakukan harus bisa ditoleransi di masa kehamilannya, tidak terlalu berat (mengurangi aktivitas fisik) dan tingkat keamanannya baik.

Jenis pekerjaan yang dapat mempengaruhi dalam kehamilan meliputi: karyawan pabrik, Sales Promotion Girls (SPG), perawat radiologi, dll. (Purwanto & Wahyuni, 2016)

6) Alamat

Data mengenai distribusi lokasi pasien, memberi gambaran mengenai jarak dan waktu yang ditempuh pasien menuju lokasi persalinan. Ini mungkin berkaitan dengan keluhan terakhir atau tanda persalinan yang disampaikan dengan patokan saat terakhir sebelum berangkat ke lokasi persalinan (Munthe, 2019).

b) Alasan datang

Alasan kedatangan ke tempat pelayanan kesehatan dapat bersifat langsung berdasarkan keinginan pribadi maupun tidak langsung berupa rujukan dari bidan, puskesmas, klinik maupun tempat pelayanan kesehatan lainnya (Bobak, 2005).

c) Keluhan utama

Keluhan utama merupakan alasan klien datang, serta dituliskan sesuai dengan apa yang diungkapkan oleh klien dan tanyakan sejak kapan keluhan tersebut dirasakan (Walyani, 2015). Keluhan utama pada ibu hamil trimester III adalah kram perut, varises, kecapean, keputihan, peningkatan frekuensi berkemih, konstipasi, kesemutan (Yuliani, 2021).

d) Riwayat menstruasi

Riwayat menstruasi yang perlu dikaji meliputi:

(1) *Menarche* atau pertama kali haid

Pada usia berapa ibu mengalami haid. Wanita Indonesia umumnya mengalami *menarche* pada usia 12 – 16 tahun (Megasari, 2015).

(2) Siklus haid

Data yang dikaji adalah keteraturan setiap bulan. Siklus menstruasi merupakan jarak menstruasi yang dialami sekarang dengan menstruasi berikutnya dalam hitungan hari. Idealnya sekitar 23 sampai 32 hari (Megasari, 2015).

(3) Lamanya haid

Data dikaji untuk mengetahui apakah menstruasi klien teratur atau tidak untuk menentukan HPHT. Idealnya 4-7 hari (Megasari, 2015).

(4) HPHT

HPHT sangat penting dikaji agar dapat menentukan umur kehamilan dan perkiraan tanggal persalinan. Mengetahui usia kehamilan sangat berguna untuk memantau perkembangan kehamilan (Khairoh et al., 2019).

e) Riwayat kesehatan ibu

Riwayat kesehatan klien dapat dijadikan sebagai penanda (warning) terhadap kemungkinan penyulit yang akan terjadi pada masa kehamilan (Megasari, 2015). Berikut merupakan beberapa riwayat

kesehatan yang dapat berpengaruh pada masa kehamilan (Rochjati, 2011)

- 1) Anemia (kurang darah), apabila Hb kurang dari 11 gram % dapat (menyebabkan kematian janin dalam kandungan, persalinan prematur, persalinan lama, dan perdarahan pasca persalinan.
 - 2) Malaria, dapat menyebabkan keguguran, kematian janin dalam kandungan, dan persalinan prematur.
 - 3) Tuberkulosis paru, dapat menyebabkan keguguran, bayi lahir belum cukup bulan, dan janin mati dalam kandungan.
 - 4) Payah jantung, dapat menyebabkan gangguan pada pertumbuhan janin sehingga bayi lahir dengan berat badan lahir rendah, atau tidak segera menangis.
 - 5) Diabetes Melitus (DM), dapat menyebabkan persalinan prematur, hydramnion, kelahiran bayi dengan berat badan lebih dari 4000 gr, dan kematian perinatal.
 - 6) HIV/AIDS, dapat menyebabkan gangguan pada sistem kekebalan tubuh sehingga ibu mudah terkena infeksi, BBLR, kelahiran prematur, bayi dapat tertular dalam kandungan atau melalui ASI.
- f) Riwayat kesehatan keluarga

Dengan adanya riwayat kesehatan keluarga maka dapat memperoleh informasi riwayat kesehatan keluarga adanya penyakit menurun maupun menular yang dapat membantu mengidentifikasi gangguan

genetik dan familial atau kondisi-kondisi yang dapat memengaruhi kesehatan ibu dan janin.

g) Riwayat obstetrik

Informasi mengenai kehamilan yang lalu yaitu mencakup bulan dan tahun kehamilan yang telah berakhir serta beberapa hal yang harus diperhatikan untuk menggali data riwayat obstetri yang lalu (Diana, 2017) sebagai berikut.

1) Usia gestasi

Riwayat usia gestasi yang lalu harus diketahui karena kelahiran preterm cenderung terjadi lagi dan karena hospitalisasi dalam waktu yang lama beberapa wanita mengalami kesulitan mengembangkan ikatan dengan bayinya.

2) Tipe kelahiran

Riwayat kelahiran yang terdahulu perlu dicatat apakah pervaginam, bedah sesar, dibantu forcep atau vakum. Pada riwayat bedah sesar, maka kemungkinan kelahiran saat ini adalah bedah sesar. Jika ingin menggunakan VBAC (vaginal birth after caesarean) maka insisi uterus di bagian bawah dan melintang, ukuran panggul ibu besar, posisi bayi normal dalam kandungan, riwayat operasi caesar tidak lebih dari 3x, dan tidak terjadi plasenta previa, maka bayi diupayakan untuk dilahirkan secara pervaginam.

3) Berat lahir

Berat lahir bayi sangat penting untuk mengidentifikasi apakah bayi kecil untuk masa kehamilan (BKMK) atau bayi besar untuk masa kehamilan (BBMK). Kasus ini merupakan kondisi yang biasa berulang apabila persalinan pervaginam

4) Jenis kelamin

Dengan membicarakan tentang jenis kelamin bayi yang lalu, klinisi memiliki kesempatan untuk menanyakan tentang perasaan klien tentang keinginannya dan pasangannya sehubungan dengan jenis kelamin bayi yang dikandung saat ini.

5) Komplikasi

Pengkajian komplikasi pada masa kehamilan dilakukan untuk mengecek riwayat komplikasi yang lalu baik pada masa kehamilan, persalinan, dan masa nifas sebagai bentuk antisipasi terhadap komplikasi yang berulang.

h) Riwayat kehamilan sekarang

Dalam mengkaji riwayat kehamilan sekarang ada beberapa hal yang perlu dikaji sebagai bahan pertimbangan (Walyani, 2015) adalah sebagai berikut.

1) TP (Tafsiran Persalinaan)

Perhitungan TP dilakukan dengan menambah 9 bulan dan 7 hari HPHT atau mengurangi bulan dengan 3, lalu menambahkan 7 hari dan 1 tahun.

- 2) Permasalahan pada tiap trimester:
 - a) Trimeter I Menanyakan kepada klien apakah terdapat masalah pada kehamilan trimester I, seperti hiperemesis gravidarum, anemia, dan lain-lain.
 - b) Trimester II Menanyakan pada klien masalah apa yang pernah terjadi pada trimester II.
 - c) Trimester III Menanyakan pada klien masalah apa yang pernah terjadi pada trimester II.
- 3) ANC Menanyakan berapa kali klien melakukan kunjungan pada setiap trimesternya dan asuhan apa saja yang pernah didapatkan selama kehamilan pada trimester I, II dan III.
 - a) Tempat ANC Menanyakan di mana klien mendapatkan asuhan tersebut.
 - b) Penggunaan Obat-obatan Menanyakan pengobatan apa saja yang pernah didapatkan selama masa hamil dan harus selalu memperhatikan apakah obat tersebut berpengaruh atau tidak terhadap janin.
 - c) Imunisasi TT Menanyakan kepada klien apakah sudah pernah mendapatkan imunisasi TT, untuk mengetahui status imunisasi klien sudah lengkap atau belum. Imunisasi TT pada ibu hamil harus terlebih dahulu ditentukan status kekebalan / imunisasinya.

T0 :Ibu hamil yang belum pernah mendapat imunisasi TT.

T2 : pada saat balita telah memperoleh DPT sampai 3 kali .

T3 : apabila telah mendapat imunisasi TT dosis ke-2.

T4 : apabila telah mendapat 4 suntikan dosis

T5 : apabila telah mendapat 5 suntikan dosis (lengkap)

- 4) Penyuluhan yang didapatkan Menanyakan penyuluhan apa saja yang pernah didapatkan klien selama masa kehamilan. Kegiatan ini dilakukan untuk mengetahui pengetahuan apa saja yang kira-kira telah didapatkan klien dan berguna bagi kehamilan.

i) Riwayat Perkawinan

Dikaji untuk mengetahui sudah berapa lama klien menikah, sudah berapa kali klien menikah, berapa umur klien dan suami pada saat menikah, sehingga dapat diketahui apakah klien masuk dalam infertilitas sekunder atau bukan. (Romauli, 2011; Diana, 2017). Menurut Walyani, 2015 berikut merupakan hal-hal yang perlu dikaji dalam Riwayat perkawinan

Dalam status pernikahan hal yang perlu dikaji (Walyani, 2015) adalah sebagai berikut.

1) Menikah

Status pernikahan berpengaruh pada kondisi psikologis ibu saat hamil Tanyakan status klien apakah sudah menikah atau belum menikah. Hal ini dilakukan untuk mengetahui status kehamilan apakah dari hasil pernikahan resmi atau hasil dari kehamilan yang tidak diinginkan.

2) Usia saat Menikah

Data ini diperlukan karena jika klien mengatakan bahwa dia menikah di usia muda sedangkan klien pada saat kunjungan awal ke tempat bidan sudah tidak lagi muda dan kehamilannya adalah yang pertama, maka kemungkinan bahwa kehamilannya saat ini adalah kehamilan yang sangat diharapkan.

3) Lama pernikahan

Data ini digunakan untuk mengetahui sudah berapa lama ibu menikah. Apabila klien mengatakan bahwa sudah lama menikah dan baru mendapatkan keturunan, maka kemungkinan kehamilannya saat ini adalah kehamilan yang sangat diharapkan.

j) Riwayat KB

Untuk acuan menegakkan diagnose dan program KB selanjutnya. Data yang perlu dikaji adalah jenis KB yang dipakai, lama pemakaian, serta keluhan yang dirasakan selama pemakaian KB. Dengan riwayat kontrasepsi tertentu dapat memberikan arahan pada klien untuk pemakaian kontrasepsi sesuai dengan keinginan dan kondisi pasien (Sulistyawati, 2011).

k) Pola Kebiasaan sehari-hari

1) Pola makan

untuk mengetahui pola makan dan asupan nutrisi ibu sejak sebelum kunjungan ibu ke fasilitas kesehatan, yang meliputi

status gizi ibu, perkembangan bayi, pemenuhan gizi dan nutrisi ibu hamil, serta kesejahteraan ibu dan bayi.

a) Menu

Makanan yang dianjurkan untuk ibu hamil trimester III yakni mengonsumsi makanan lemak baik untuk memperlancar produksi ASI selama mendekati proses persalinan antara lain ikan, telur, tahu, tempe, susu, brokoli, sayuran berdaun hijau tua, kacang-kacangan, buah dan hasil laut seperti udang (Handayani & Mulyati, 2017).

b) Frekuensi

Seberapa banyak makanan yang klien konsumsi dalam waktu sekali makan akan memberikan gambaran total makanan yang dikonsumsi oleh klien. Ibu hamil pada Trimester III membutuhkan kalori tambahan hingga 500 kalori per hari dari kalori perempuan normal yaitu 1500- 2000 kalori per hari. Pertambahan kalori ini bertujuan untuk mendukung pertumbuhan dan perkembangan bayi.

c) Larangan

Hal ini perlu kita kaji untuk makanan yang harus dihindari oleh ibu hamil yaitu hati dan produk olahan hati, makanan mentah atau setengah matang, ikan yang mengandung merkuri seperti hiu dan marlin serta kafein dalam kopi, teh, coklat maupun kola. Selain itu, menu makanan dan

pengolahannya harus sesuai dengan Pedoman Umum Gizi Seimbang (Handayani & Mulyati, 2017). Ada kemungkinan juga pasien berpantang mengonsumsi atau alergi makanan yang sangat mendukung pemulihan fisiknya, misalnya daging, ikan atau sayuran.

2) Pola minum

Data ini digunakan untuk mengetahui apakah klien sudah memenuhi kebutuhan cairannya (Handayani & Mulyati, 2017).

a) Frekuensi

Menanyakan pada klien berapa kali dia minum dalam sekali waktu minum akan didapatkan jumlah asupan cairan dalam sehari. Asupan cairan yang baik untuk ibu hamil yaitu 7-8 gelas air putih per hari per hari.

b) Jenis minuman

Terkadang klien mengonsumsi minuman yang sebenarnya kurang baik untuk kesehatannya. Ibu tidak boleh mengonsumsi minuman kafein dalam kopi, teh, coklat maupun kola atau soda.

3) Pola eliminasi

untuk mengetahui pola BAB dan BAK ibu selama hamil. Pada trimester 3 ibu akan sering berkemih, hal ini karena pengaruh penekanan janin terhadap vesika urinaria serta ada peningkatan kadar hormon progesteron.

4) Pola aktivitas dan istirahat

Pola aktivitas dan istirahat bertujuan untuk mengetahui aktivitas ibu selama hamil dan pola istirahat ibu hamil selama di rumah. Hal tersebut dikaji untuk mengetahui apakah aktivitas dan pola istirahat ibu mempengaruhi status kesehatan ibu. (Handayani dan Mulyati, 2017).

5) *Personal Hygiene*

kesehatan klien dan bayinya (Handayani & Mulyati, 2017).

- a) Mandi, menanyakan kepada klien berapa kali dia mandi dalam sehari dan kapan waktunya.
- b) Keramas, kepala yang kotor dapat menjadi sumber infeksi.
- c) Ganti baju dan celana dalam, ganti baju minimal 1 kali dalam sehari dan celana dalam 2 kali dalam sehari.
- d) Kebersihan kuku, kuku yang kotor menjadi salah satu sumber infeksi, dan dapat menyebabkan trauma pada kulit bayi jika terlalu panjang.

6) Pola Seksual

Untuk mengetahui apakah selama hamil ibu melakukan hubungan seksual atau tidak, hubungan seksual boleh dilakukan selama hamil, asal umur kehamilan ibu cukup besar, karena hubungan seksual yang dilakukan pada saat hamil muda akan sangat berpengaruh terhadap kondisi janin yang dikandung (Romauli, 2011; Diana, 2017). Hal yang di kaji meliputi

frekuensi seksual berapa kali dalam sebulan atau seminggu, apakah ada gangguan selama berhubungan. (Sulistyawati, 2009).

- 1) Riwayat psikologi, sosial, ekonomi, budaya
 - 1) Respons keluarga terhadap kehamilan ini Hal ini sangat penting untuk dikaji karena respons yang positif dari keluarga terhadap kehamilan akan mempercepat proses adaptasi ibu dalam menerima perannya (Sulistyawati, 2016).
 - 2) Respons ibu terhadap kehamilan ini Dalam hal ini klinisi dapat menanyakan langsung kepada klien mengenai bagaimana perasaannya terhadap kehamilan ini (Sulistyawati, 2016).
 - 3) Respons ayah terhadap kehamilan ini Respons ayah ini sangat penting karena dapat dijadikan sebagai salah satu acuan bagaimana akan memberikan asuhan selama kehamilan (Sulistyawati, 2016).
 - 4) Pengetahuan ibu tentang perawatan kehamilannya Pengalaman atau riwayat kehamilan klien yang lalu dapat dijadikan sebagai bahan pertimbangan dalam menyimpulkan sejauh mana pengetahuan klien tentang perawatan kehamilan ini dan perawatan bayinya nanti (Sulistyawati, 2016).
 - 5) Adat istiadat setempat yang berkaitan dengan masa hamil Beberapa hal penting yang biasanya klien anut dan berkaitan dengan kehamilan dapat menyebabkan kelainan pada janin. Adat ini dapat merugikan klien dan janin karena hal tersebut akan

membuat terhambatnya pertumbuhan janin serta pemulihan kesehatan ibu (Sulistyawati, 2016).

2. Data Obyektif

Data Obyektif adalah data yang di dapat dari hasil observasi atau melalui pemeriksaan fisik dan hasil pemeriksaan penunjang lainnya, seperti catatan medis dan informasi dari keluarga. Data ini akan memberikan bukti gejala klinis pasien dan fakta yang berhubungan dengan diagnosis (Handayani dan Mulyati, 2017).

a. Pemeriksaan umum

1) Keadaan umum

Melihat kemampuan pasien dalam merespon keadaan sekitar. Jika pasien mampu merespon keadaan sekitar dengan baik, maka keadaan umum pasien dikategorikan baik (Handayani dan Mulyani, 2017).

2) Kesadaran

Kategori kesadaran klien yaitu, composmentis, apatis, delirium, somnolen, stupor, semi coma, dan coma.

3) Status antropometri:

a) Tinggi badan

Dilakukan untuk mendeteksi faktor resiko kehamilan karena tinggi badan kurang dari 145 cm sering berhubungan dengan kelainan rongga panggul (Sunarsih & Pitriyani, 2020).

b) berat badan

Dikaji saat sebelum hamil dan sesudah hamil untuk mendeteksi adanya peningkatan berat badan selama kehamilan. berikut adalah kenaikan berat badan yang dianjurkan selama hamil berdasarkan IMT (Hatijar, 2020).

Tabel 2.1 Pertambahan Berat Badan sesuai dengan IMT Ibu Hamil

Kategori IMT Rentang Kenaikan BB yang dianjurkan	Kategori IMT Rentang Kenaikan BB yang dianjurkan
Rendah (BMI < 19,8)	12 ,5-18 kg
Normal (BMI 19,0-26)	11 ,5-16 kg
Tinggi (BMI > 26-29)	7-11 ,5 kg
Obesitas (BMI > 29)	> 7 kg
Gemeli	16—20,5 kg

Sumber: Djusar Sulin, 2018. Perubahan Anatomi dan Fisiologi, Ilmu Kebidanan Sarwono Prawirohardjo, halaman 180.

c) LILA

Pengukuran dilakukan untuk mendeteksi adanya resiko kekurangan energi kronik (KEK). LILA normal ialah di atas 23,5 cm (Sunarsih & Pitriyani, 2020).

b. Pemeriksaan tanda-tanda vital

1) Tekanan darah

Tekanan darah diukur setiap kali pemeriksaan kehamilan. Tekanan darah ibu dikatakan meningkat apabila tekanan sistol meningkat >30 mmHg dan diastol >15 mmHg dari tekanan darah sebelumnya. Menurut WHO batas normal tekanan darah sistolik berkisar 110-120 mmHg dan diastolik 70-90 mmHg. Hipertensi dalam kehamilan terbagi menjadi 4. yaitu:

- a. Hipertensi kronik yaitu hipertensi yang timbul sebelum umur kehamilan 20 minggu dan menetap hingga 12 minggu pasca persalinan.
- b. Hipertensi Gestasional yaitu hipertensi yang timbul pada kehamilan tanpa disertai proteinuria dan dapat menghilang setelah 3 bulan pasca persalinan
- c. Preeklamsia yaitu Hipertensi yang timbul setelah usia kehamilan 20 minggu disertai dengan proteinuria dan oedema.
- d. Eklamsia yaitu preeklamsia yang disertai dengan kejang-kejang dan penurunan kesadaran (Roosita et al., 2020).

2) Pengukuran suhu

Suhu tubuh yang meningkat dapat menyebabkan peningkatan kebutuhan oksigen jaringan dan disertai peningkatan frekuensi jantung. Pada ibu hamil mengalami peningkatan suhu tubuh sampai $0,5^{\circ}\text{C}$ dikarenakan adanya peningkatan hormon progesterone yang disertai peningkatan metabolisme tubuh ibu hamil. Nilai normal suhu tubuh berkisar antara 36°C - $37,5^{\circ}\text{C}$ (Roosita *et al.*, 2020).

3) Nadi

Pada masa kehamilan terjadi peningkatan frekuensi jantung sejak usia kehamilan 4 minggu sekitar 15-20 denyut permenit, kondisi ini memuncak pada usia gestasi 28 minggu karena

disebabkan peningkatan curah jantung karena adanya peningkatan total volume darah. Frekuensi nadi normal antara 60-90x/menit (Roosita *et al.*, 2020).

4) Pernafasan

Untuk mengetahui sifat pernafasan dan bunyi nafas dalam satu menit. Pernafasan normal yaitu 12x/menit sampai 20x/menit. (Handayani dan Mulyati, 2017).

c. Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan ini dilakukan dengan metode inspeksi, palpasi dan auskultasi. Pada pemeriksaan fisik perlu dilakukan secara cermat dan tepat karena hasil dari data pemeriksaan fisik dibutuhkan untuk mnegakkan diagnose dan akan menggambarkan kondisi kesehatan klien yang sebenarnya (handayani dan Mulyati, 2017).

1) Wajah

Dilihat apakah terdapat oedema, cloasma gravidarum, warnanya pucat atau tidak, sianosis atau tidak, dan apakah ada kelainan pada wajah (Susilowati, 2019).

2) Mata

Mata dapat menentukan status klien yang berkaitan dengan jumlah Hb. Apabila konjungtiva berwarna pucat dapat menjadi indikasi terjadinya anemia. Jika sklera berwarna kekuningan dapat menjadi indikasi terjadinya kelaian pada organ hati.

Anemia sangat rentan terjadi pada ibu hamil dan bersalin karena kekurangan zat besi (Diana, 2017).

3) Leher

Adakah pembesaran kelenjar tiroid. Pada kehamilan normal ukuran kelenjar tyroid akan mengalami pembesaran kira-kira 31% akibat adanya hipeplasi dari jaringan glandula dan peningkatan *vaskularitasi* (Asrinah dkk, 2010; Diana, 2017).

4) Payudara

Dilihat puting susu menonjol, datar atau tenggelam, *hiperpigmentasi* areola atau tidak, dan lakukan palpasi adakah benjolan atau tidak (Diana, 2017).

5) Abdomen

Dilihat apakah terdapat jaringan parut atau bekas operasi, *linea nigra*, *linea alba*, dan *striae gravidarum* pada abdomen. Pemeriksaan DJJ normal 120-160x/menit. DJJ dapat didengar melalui alat Doppler ketika usia kehamilan 10-12 minggu (Sagita, 2017). Pada pemeriksaan palpasi Leopold I pengukuran TFU normal sesuai dengan usia kehamilan, pada bagian fundus teraba bagian lunak dan tidak melenting (bokong). Leopold II untuk menentukan samping kanan dan kiri bagian janin pada perut ibu, dengan periksa salah satu sisi samping perut ibu dan menekan sisi lainnya. Hasil pemeriksaan berupa punggung kiri (PUKI) dan punggung kanan (PUKA). Leopold III digunakan

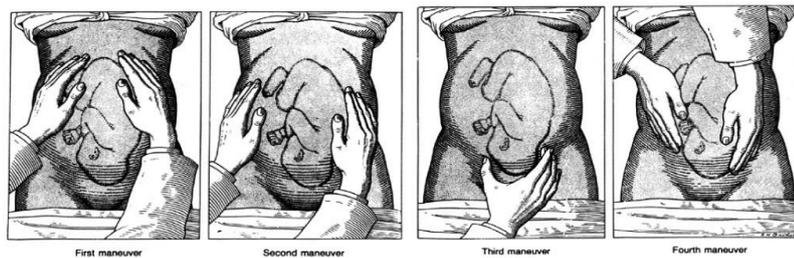
untuk menentukan presentasi janin, apakah sudah masuk pintu atas panggul atau belum. Dengan cara pegang bagian bawah abdomen tepat di atas simpisis pubis, lalu tekan ibu jari dan jari-jari tangan bersamaan untuk memegang bagian presentasi janin. Leopold IV untuk mengetahui bagian presentasi janin masuk PAP (S. Diana, 2017).

Leopold I : Dinyatakan normal apabila tinggi fundus uteri sesuai dengan usia kehamilan dan pada fundus teraba bagian lunak dan tidak melenting (bokong). Tujuan: mengetahui TFU serta bagian janin yang terletak di fundus.

Leopold II : Dinyatakan normal apabila teraba bagian panjang, keras seperti papan (punggung) pada satu sisi dan satu sisi teraba bagian kecil-kecil (ekstremitas). Tujuan: mengetahui bagian bayi yang terletak pada batas kiri/kanan, yaitu punggung pada letak bujur dan kepala pada letak lintang.

Leopold III : Dinyatakan normal apabila pada bagian bawah janin teraba bagian bulat, keras dan melenting (kepala janin). Tujuan: mengetahui presentasi/bagian terbawah janin yang ada di simfisis ibu.

Leopold IV : Apabila posisi tangan masih bisa bertemu dan belum masuk PAP disebut konvergen. Namun, apabila posisi tangan tidak bertemu dan sudah masuk PAP disebut divergen. Tujuan: mengetahui seberapa jauh masuknya bagian terendah janin kedalam PAP.

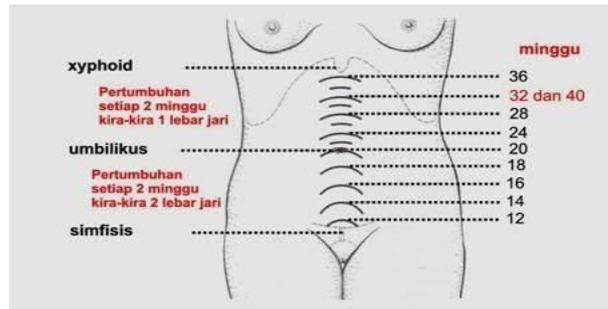


Gambar 2.1 Pemeriksaan Leopold 1.2.3.4 (Juliana M, Kismiasih. A, Marlina L).

Tabel 2.2 TFU (Tinggi Fundus Uteri) dengan usia kehamilan (Juliana M, Kismiasih. A, Marlina L. S, 2022)

Usia Kehamilan	TFU dengan Jari-Jari
12 Minggu	1-2 jari di atas simfisis
16 Minggu	Pertengahan pusat-simfisis
20 Minggu	3 Jari di bawah pusat
24 Minggu	Setinggi Pusat
28 Minggu	3 Jari di atas pusat
12 Minggu	1-2 jari di atas simfisis
16 Minggu	Pertengahan pusat-simfisis
20 Minggu	3 Jari di bawah pusat
24 Minggu	Setinggi Pusat
32 Minggu	Pertengahan xifoideus, Pusat-prosessus
36 Minggu	1 jari di Xifoideus, Bawah prosessus
40 Minggu	2 jari di Xifoideus, Bawah Prosesus

Sumber: Djuasar Sulin, 2018. Perubahan Anatomi dan Fisiologi, Ilmu Kebidanan Sarwono Prawirohardjo, halaman 176.



Gambar 2.2 Pemeriksaan TFU disesuaikan dengan usia kehamilan

Auskultasi : DJJ : Terdengar denyut jantung janin dibawah pusat ibu (baik kiri atau kanan) normalnya 120-160 kali/menit (Marmi, 2012).

6) Genetalia

Pada pemeriksaan genetalia adakah perubahan warna kemerahan atau kebiru-unguan pada vulva (tanda *Chadwick*), adanya kondiloma atau tidak, kebersihan, cairan keputihan yang keluar, tanda tanda infeksi, jaringan parut pada perenium, palpasi adakah pembesaran kelenjar skin atau tidak (Romauli, 2011; Diana, 2017).

7) Ekstermitas

Periksa apakah terdapat oedema, varises dan juga reflek patella. Pada pemeriksaan reflek patella dilakukan sebagai indikasi ibu tidak mengalami preeklamsia/eklamsia (Susilowati, 2019).

d. Pemeriksaan Penunjang

1) Pemeriksaan panggul

Pemeriksaan ini dilakukan untuk menentukan indikasi ukuran panggul pada ibu hamil yang diduga panggul sempit, yaitu pada primigravida kepala belum masuk panggul pada 4 minggu terakhir, pada multipara dengan riwayat obstetric jelek, pada ibu hamil dengan kelainan letak pada 4 minggu terakhir dan pada ibu hamil dengan kiposis, skiliosis, kaki pincang atau cebol. Ukuran panggul luar terdiri atas distansia spinarum (24-26 cm), distansia cristarum (28-30 cm), konjgata eksterna (18 cm), distansia tuberum (10,5 cm), dan lingkaran panggul (80-90 cm). (Diana, 2017).

2) Pemeriksaan Laboratorium

Pemeriksaan laboratorium rutin meliputi pemeriksaan golongan darah ibu, kadar hemoglobin, tes HIV, Rapid test (untuk ibu yang tinggal atau memiliki riwayat ke daerah endemik malaria).

3) Pemeriksaan Hemoglobin (Hb)

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).

Klasifikasi Hb digolongkan sebagai berikut.

- (1) Hb 11 gr/dl : tidak anemia
- (2) Hb 9 – 10 gr/dl : anemia ringan
- (3) Hb 7 – 8 gr/dl : anemia sedang

- (4) Hb <7 gr/dl : anemia berat

Tabel 2.3 Nilai Batas Anemia

Status Kehamilan	Hb(g/dL)	Ht(%)
Tidak hamil	12—15,8g/Dl	36%
Trimester I	11,6—13,9g/Dl	33%
Trimester II	10,5—14,8g/Dl	32%
Trimester III	11—15g/Dl	33%

Sumber: (WHO, 2019)

4) Pemeriksaan Golongan Darah

Pemeriksaan golongan darah pada ibu hamil tidak hanya untuk mengetahui jenis golongan darah ibu melainkan juga untuk mempersiapkan calon pendonor darah yang sewaktu-waktu diperlukan apabila terjadi situasi kegawatdaruratan pada ibu (Kemenkes RI, 2010).

5) Pemeriksaan Protein Urin

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

6) Pemeriksaan HIV

Pemeriksaan HIV terutama untuk daerah dengan risiko tinggi kasus HIV dan ibu hamil yang dicurigai menderita penyakit HIV. Ibu hamil setelah menjalani konseling kemudian diberi kesempatan untuk menetapkan sendiri keputusannya untuk menjalani tes HIV (Kemenkes RI, 2010).

7) Pemeriksaan HBsAg

Pemeriksaan HBsAg dilakukan pada pemeriksaan ibu hamil yang pertama untuk mengetahui ada atau tidaknya virus Hepatitis B dalam darah, baik dalam kondisi aktif maupun sebagai *carier*.

8) Pemeriksaan USG

Pemeriksaan USG direkomendasikan:

- a) Pada awal kehamilan (idealnya sebelum usia kehamilan 15 minggu) untuk menentukan usia gestasi, letak dan jumlah janin, serta deteksi abdominalitas janin yang berat.
- b) Pada usia kehamilan sekitar 20 minggu untuk mendeteksi anomaly pada janin.
- c) Pada trimester III untuk perencanaan persalinan (Kemenkes 2013).

9) Penilaian factor risiko pada kehamilan menggunakan skor Poedji Rochjati

KSPR digunakan untuk mendeteksi resiko kehamilan termasuk pada resiko rendah, resiko tinggi, atau resiko sangat tinggi. Resiko ditentukan berdasarkan skor yakni 2 ialah resiko rendah, 6-10 resiko tinggi, dan >12 adalah resiko sangat tinggi. Untuk resiko rendah dapat melakukan persalinan di bidan. Untuk resiko tinggi dapat dilakukan di polindes/Puskesmas/RS dengan bidan dan dokter. Kemudian untuk resikot sangat tinggi dapat dilakukan di RS oleh dokter. (Kementrian Kesehatan RI, 2020).

b. Interpretasi Data Dasar

Pada Langkah ini dilakukan identifikasi terhadap diagnosis, masalah dan kebutuhan klien berdasarkan interpretasi yang benar atas data-data yang telah dikumpulkan. Langkah awal dari perumusan diagnosis atau masalah adalah pengolahan data dan analisis dengan menggabungkan data satu dengan yang lainnya sehingga tergambar fakta (Sulistyawati, 2012).

Diagnosa : Ny. ... (Gravida (G)...Para (P)...Abortus (Ab)...Anak hidup (Ah)...Usia kehamilan...tunggal atau ganda, hidup atau mati, letak kepala atau bokong, intra uterin atau ektrauterin, keadaan jalan lahir normal atau tidak, keadaan umum ibu dan janin baik atau tidak.

DS : Ibu mengatakan ini hamil ke . . . usia kehamilan . . . bulan. Ibu mengatakan hari pertama haid terakhir (HPHT) . . .

DO :

1) Keadaan Umum

keadaan umum meliputi: tingkat energi, keadaan emosi dan postur badan ibu selama pemeriksaan, tinggi badan, berat badan (Muslihatun dkk, 2009). Kesadaran : Kesadaran merupakan suatu pemeriksaan fisik yang bertujuan untuk memperoleh data dan sebagai dasar dalam menegakkan diagnosa, penilaiannya dapat secara kualitatif (composmentis, apatis, somnolen, sopor, koma, delirium) dan kuantitatif (di ukur menurut skala koma) (Uliyah dkk, 2008).

Status antropometri : Tinggi badan: Dilakukan untuk mendeteksi faktor resiko kehamilan karena tinggi badan kurang dari 145 cm

sering berhubungan dengan kelainan rongga panggul (Sunarsih & Pitriyani, 2020).

berat badan: Dikaji saat sebelum hamil dan sesudah hamil untuk mendeteksi adanya peningkatan berat badan selama kehamilan. berikut adalah kenaikan berat badan yang dianjurkan selama hamil berdasarkan IMT (Hatijar, 2020)

LILA: Pengukuran dilakukan untuk mendeteksi adanya resiko kekurangan energi kronik (KEK). LILA normal ialah di atas 23,5 cm (Sunarsih & Pitriyani, 2020).

2) Pemeriksaan TTV

Tekanan darah: Salah satu penilaian terhadap kondisi kesehatan pasien. Tekanan darah normal yaitu 110 - 120 sistol dan 70-90 diastol, jika lebih dari itu bisa dikategorikan dalam hipertensi. Pengukuran suhu: Untuk mengetahui suhu badan normal pasien yaitu 36,5°C - 37,5°C. Suhu diatas normal sebagai indikasi infeksi kehamilan.

Nadi: Untuk mengetahui denyut nadi normal yaitu 60x/menit sampai 100x/menit.

Pernafasan: Untuk mengetahui sifat pernafasan dan bunyi nafas dalam satu menit. Pernafasan normal yaitu 12x/menit sampai 20x/menit. (Handayani dan Mulyati, 2017).

3) Pemeriksaan Abdomen

Leopold 1 : normal tinggi fundus uteri sesuai dengan usia kehamilan. Pada fundus teraba bagian lunak dan tidak

melenting (bokong). Tujuan : untuk mengetahui tinggi fundus uteri dan bagian yang berada di fundus.

Leopold 2 : normal teraba bagian Panjang, keras seperti papan (punggung) pada satu sisi uterus dan pada sisi lain teraba bagian kecil. Tujuan : untuk mengetahui batas kiri/kanan pada uterus ibu yaitu punggung pada letak bujur dan kepala pada letak lintang.

Leopold 3 : normal pada bagian bawah janin teraba bagian yang bulat, keras, dan melenting (kepala janin). Tujuan : mengetahui presentasi atau bagian terendah janin yang ada di simfisis ibu.

Leopold 4 : posisi tangan masih bisa bertemu, dan belum masuk jauh PAP (konvergen), posisi tangan tidak bertemu dan sudah masuk PAP (divergen). Tujuan : untuk mengetahui seberapa jauh masuknya bagian terendah janin ke dalam PAP (Romauli, 2014).

c. Diagnosa dan Masalah Potensial

Pada langkah ini hal yang perlu dilakukan adalah mengidentifikasi masalah potensial berdasarkan rangkaian masalah yang dialami oleh klien. Pada langkah ini membutuhkan antisipasi, bila mungkin lakukan pencegahan dengan terus mengamati kondisi klien. Dengan dilakukannya identifikasi diagnosa potensial klinisi diharapkan dapat bersiap-siap bila masalah potensial tersebut benar-benar terjadi (Megasari, 2015).

Contoh:

Diagnosa :

G1P0A0 hamil 36 minggu, perdarahan antepartum, kondisi janin dan ibu baik.

Tindakan antisipasi:

1. Pasangan infus, untuk mengantisipasi syok hipovolemik.
2. Tidak melakukan periksa dalam untuk menghindari perdarahan hebat.
3. Mengkaji ulang apakah tindakan antisipasi sudah tepat.

d. Identifikasi kebutuhan segera

Pada langkah ini hal yang perlu dilakukan adalah mengidentifikasi masalah potensial berdasarkan rangkaian masalah yang dialami oleh klien. Pada langkah ini membutuhkan antisipasi, bila mungkin lakukan pencegahan dengan terus mengamati kondisi klien. Dengan dilakukannya identifikasi diagnosa potensial klinisi diharapkan dapat bersiap-siap bila masalah potensial tersebut benar-benar terjadi (Megasari, 2015).

e. Perencanaan

Pada langkah ini direncanakan asuhan yang menyeluruh ditentukan oleh langkah-langkah sebelumnya. Langkah ini merupakan kelanjutan manajemen terhadap diagnosa atau masalah yang telah diidentifikasi atau diantisipasi, pada langkah ini informasi/data dasar yang tidak lengkap dapat dilengkapi. Rencana asuhan yang menyeluruh tidak hanya meliputi apa yang sudah teridentifikasi dari kondisi klien atau dari setiap masalah yang

berkaitan tetapi juga dari kerangka pedoman antisipasi terhadap wanita tersebut seperti apa yang diperkirakan akan terjadi berikutnya apakah diberikan penyuluhan, konseling, dan apakah merujuk klien bila ada masalah-masalah yang berkaitan dengan sosial ekonomi, kultur atau masalah psikologis. Semua keputusan yang dikembangkan dalam asuhan menyeluruh ini harus rasional dan benar-benar valid berdasarkan pengetahuan dan teori yang up to date serta sesuai dengan asumsi tentang apa yang akan atau tidak akan dilakukan oleh klien (Handayani, 2017).

Skrining yang biasanya dilakukan pada ibu hamil yaitu pemeriksaan 10T. Pelayanan atau asuhan standar minimal 10T adalah sebagai berikut (Depkes RI, 2009):

- 1) Timbang berat badan dan ukur tinggi badan.
- 2) Pemeriksaan tekanan darah.
- 3) Nilai status gizi (ukur lingkar lengan atas).
- 4) Pemeriksaan puncak rahim (tinggi fundus uteri).
- 5) Tentukan presentasi janin dan denyut jantung janin (DJJ).
- 6) Skrining status imunisasi Tetanus dan berikan imunisasi Tetanus Toksoid (TT) bila diperlukan.
- 7) Pemberian Tablet zat besi minimal 90 tablet selama kehamilan.
- 8) Test laboratorium: es kehamilan, kadar hemoglobin darah, golongan darah, tes triple eliminasi (HIV, Sifilis, dan Hepatitis B) dan malaria pada daerah endemis. Tes lainnya dapat dilakukan sesuai indikasi seperti: gluko-protein urin, gula darah sewaktu, sputum Basil Tahan

Asam (BTA). Kusta, malaria daerah non endemis, pemeriksaan feses untuk kecacingan, pemeriksaan darah lengkap untuk deteksi dini thalassemia dan pemeriksaan lainnya.

- 9) Tatalaksana khusus/penanganan kasus sesuai kewenangan.
- 10) Temu wicara (konseling), termasuk Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K) serta KB paska persalinan. Informasi yang disampaikan saat konseling minimal meliputi hasil pemeriksaan, perawatan sesuai usia kehamilan dan usia ibu, gizi ibu hamil, kesiapan mental, mengenali tanda bahaya kehamilan, persalinan, dan nifas, persiapan persalinan, kontrasepsi pasca persalinan, perawatan bayi baru lahir, inisiasi menyusui dini, ASI eksklusif.

f. Implementasi

Pelaksanaan asuhan sesuai rencana yang telah disusun sesuai dengan keadaan dan dalam rangka mengatasi masalah klien. Pelaksanaan tindakan harus disetujui oleh klien, kecuali bila tindakan tidak dilaksanakan akan membahayakan keselamatan klien. Sebanyak mungkin klien harus dilibatkan dalam proses implementasi ini. Bila kondisi klien berubah, analisis juga berubah, maka rencana asuhan maupun implementasinya pun kemungkinan besar akan ikut berubah atau harus disesuaikan (Handayani, 2017).

g. Evaluasi

Mengetahui sejauh mana tingkat keberhasilan asuhan yang diberikan kepada klien. Pada tahap evaluasi ini bidan harus melakukan pengamatan

dan observasi terhadap masalah yang di hadapi klien, apakah masalah diatasi seluruhnya, sebagian telah di pecahkan atau mungkin timbul masalah baru. Pada prinsipnya tahapan evaluasi adalah pengkajian kembali terhadap klien untuk menjawab pertanyaan sejauh mana tercapainya rencana yang dilakukan (Handayani & Mulyati, 2017).

Catatan Perkembangan Kehamilan (Kunjungan II pada Usia Kehamilan 37-38 Minggu)

a. S (Subjektif)

Keluhan yang muncul pada kehamilan trimester III meliputi sering kencing, nyeri pinggang dan sesak akibat pembesaran uterus serta merasa khawatir akan kelahiran bayinya dan keselamatan proses persalinan, selain itu, konstipasi dan sering Lelah merupakan hal yang wajar akan ibu hamil (Erina, 2018).

b. O (Objektif)

Hasil pemeriksaan lemah apabila pasien kurang atau tidak memberikan respon yang baik dan pasien tidak mampu berjalan sendiri (Sulistiyawati, 2014). Menurut Diana (2017), tingkat kesadaran dapat dibedakan menjadi : pengkajian tingkat kesadaran mulai dari keadaan *composmetis* (kesadaran maksimal), sampai dengan koma, tekanan darah diukur setiap kali pemeriksaan kehamilan. Menurut WHO batas normal tekanan darah sistolik berkisar 110/120 mmHg (Munthe dkk, 2019). Frekuensi nadi normal antara 60-90 x/menit (Munthe dkk, 2019). Suhu tubuh normal adalah 36-37,5°C (Diana, 2017). Umumnya frekuensi nafas yang normal yaitu 20-24x/menit (Munthe dkk, 2019). Tafsiran persalinan persalinan untuk mengetahui dan mempersiapkan

kapan kira-kira persalinan terjadi. Abdomen : DJJ dihitung selama 1 menit penuh, normalnya 120-160x/menit, teratur dan regular (Romauli, 2011).

1) Pemeriksaan Fisik Palpasi

Palpasi adalah pemeriksaan yang dilakukan dengan cara meraba abdomen.

(a) Leopold I

Leopold I bertujuan untuk mengetahui tinggi fundus uteri dan bagian yang berada di fundus (Diana, 2017).

(b) Leopold II

Leopold II bertujuan untuk mengetahui batas kiri/kanan pada uterus ibu yaitu punggung pada letak bujur dan kepala pada letak lintang (Romauli, 2014).

(c) Leopold III

Leopold III bertujuan untuk mengetahui presentasi atau bagian terendah janin yang ada di sisfisis ibu (Romauli, 2014).

(d) Leopold IV

Bertujuan untuk mengetahui seberapa jauh masuknya bagian terendah janin ke dalam PAP (Romauli, 2014).

c. A (Assesment)

G_P____Ab____UK_ minggu janin T/H/I letak kepala dengan keadaan ibu dan janin baik.

d. Plan

1) Menjelaskan tentang hasil pemeriksaan pada ibu.

- 2) Menganjurkan ibu untuk makan makanan yang bergizi seimbang seperti karbohidrat, protein, lemak dan vitamin kacang-kacangan, tahu, tempe, sayur hijau, daging, air putih dan susu (Indrayani, 2011).
- 3) Memberitahu ibu untuk istirahat yang cukup (Indriyani, 2011).
- 4) Melakukan evaluasi tentang tanda bahaya kehamilan, seperti pandangan kabur, bengkak pada muka dan tangan, nyeri perut yang hebat, Gerakan janin tidak terasa, dan sakit kepala yang hebat (Varney, 2007).
- 5) Melakukan Gerakan senam hamil (Depkes, 2008).
- 6) Melakukan evaluasi ibu meminum tablet tambah darah secara rutin 1 kali sehari secara teratur dan memberikan ibu tablet tambah darah (Pantiawati, 2012).
- 7) Menjelaskan pada ibu tentang tanda-tanda persalinan yaitu kencing-kencing semaki lama semakin sering, keluarnya lendir dan darah dari jalan lahir, keluar ketuban secara tiba-tiba dari jalan lahir (Varney, 2007).

Catatan Perkembangan Kehamilan (Kunjungan III pada Usia Kehamilan 38-39 Minggu)

a. S (Subjektif)

Keluhan yang muncul pada kehamilan trimester III meliputi sering kencing, nyeri pinggang dan sesak akibat pembesaran uterus serta merasa khawatir akan kelahiran bayinya dan keselamatan proses persalinan, selain itu, konstipasi dan sering Lelah merupakan hal yang wajar akan ibu hamil (Erina, 2018).

b. O (Objektif)

Hasil pemeriksaan lemah apabila pasien kurang atau tidak memberikan respon yang baik dan pasien tidak mampu berjalan sendiri (Sulistiyawati, 2014). Menurut Diana (2017), tingkat kesadaran dapat dibedakan menjadi : pengkajian tingkat kesadaran mulai dari keadaan *composmetis* (kesadaran maksimal), sampai dengan koma, tekanan darah diukur setiap kali pemeriksaan kehamilan. Menurut WHO batas normal tekanan darah sistolik berkisar 110/120 mmHg (Munthe dkk, 2019). Frekuensi nadi normal antara 60-90 x/menit (Munthe dkk, 2019). Suhu tubuh normal adalah 36-37,5°C (Diana, 2017). Umumnya frekuensi nafas yang normal yaitu 20-24x/menit (Munthe dkk, 2019). Tafsiran persalinan persalinan untuk mengetahui dan mempersiapkan kapan kira-kira persalinan terjadi. Abdomen : DJJ dihitung selama 1 menit penuh, normalnya 120-160x/menit, teratur dan regular (Romauli, 2011).

Pemeriksaan Fisik Palpasi

Palpasi adalah pemeriksaan yang dilakukan dengan cara meraba abdomen.

(a) Leopold I

Leopold I bertujuan untuk mengetahui tinggi fundus uteri dan bagian yang berada di fundus (Diana, 2017).

(b) Leopold II

Leopold II bertujuan untuk mengetahui batas kiri/kanan pada uterus ibu yaitu punggung pada letak bujur dan kepala pada letak lintang (Romauli, 2014).

(c) Leopold III

Leopold III bertujuan untuk mengetahui presentasi atau bagian terendah janin yang ada di sisfisis ibu (Romauli, 2014).

(d) Leopold IV

Bertujuan untuk mengetahui seberapa jauh masuknya bagian terendah janin ke dalam PAP (Romauli, 2014).

c. A (Assesment)

G_P____Ab____UK_ minggu janin T/H/I letak kepala dengan keadaan ibu dan janin baik.

d. Plan

- 1) Menjelaskan hasil pemeriksaan pada ibu
- 2) Memberikan edukasi tentang tanda-tanda persalinan yang perlu diketahui oleh ibu
- 3) Memberikan dukungan ibu dan keluarga untuk persiapan persalinan
- 4) Mempersiapkan ibu dalam menghadapi persalinan dan memberikan kenyamanan terhadap kondisi psikologis.

2.3.2 Konsep Manajemen Asuhan Kebidanan Persalinan

Tanggal pengkajian :

Waktu pengkajian :

Tempat pengkajian :

Oleh :

a. Data Subjektif

1) Keluhan Utama

Rasa sakit pada perut dan pinggang akibat kontraksi yang datang lebih kuat, sering, dan teratur, keluarnya lendir darah dan keluarnya air ketuban dari jalan lahir merupakan tanda gejala yang akan dikeluarkan oleh ibu menjelang akan bersalin (Munthe, 2019).

2) Pola Pemenuhan Dasar Ibu Bersalin

Pola pemenuhan dasar yang dikaji pada ibu bersalin meliputi:

(a) Pola 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).

(b) Pola 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 (Walyani & Purwoastuti, 2015).

(c) Pola Istirahat

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

(d) *Personal hygiene.*

Beberapa pertanyaan yang perlu diajukan berhubungan dengan perawatan kebersihan diri pasien yaitu Kapan terakhir mandi, keramas, dan gosok gigi. Dan Kapan terakhir ganti baju dan pakaian dalam. (Sulistyawati, 2013).

3) Riwayat Sosial dan Budaya

a) Respon keluarga terhadap persalinan

Adanya respons yang positif dari keluarga terhadap persalinan akan mempercepat proses adaptasi pasien menerima peran dan kondisinya. Dalam mengkaji data ini kita dapat menanyakan langsung kepada pasien dan keluarga (Sulistyawati, 2013).

b) Respon pasien terhadap kelahiran bayinya

Dalam mengkaji data ini kita dapat menanyakan langsung kepada pasien mengenai bagaimana perasaannya terhadap kehamilan dan kelahirannya (Sulistyawati, 2013).

c) Adat istiadat

Adat istiadat setempat yang berkaitan dengan persalinan. Kebiasaan adat yang dianut dalam menghadapi persalinan, selama tidak membahayakan pasien, sebaiknya tetap difasilitasi karena ada efek psikologis yang positif untuk pasien dan keluarganya (Sulistyawati, 2013).

b. **Data Objektif**

Bidan melakukan pengkajian data objektif melalui pemeriksaan inspeksi, palpasi, auskultasi, perkusi, dan pemeriksaan penunjang yang dilakukan secara berurutan untuk menegakkan diagnosis. (Sulistyawati, 2013).

1) Pemeriksaan Umum

a) Keadaan umum

Hasil pengamatan yang dilaporkan kriterianya adalah sebagai berikut:

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

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

(Sulistyawati, 2013).

b) Kesadaran

Untuk mendapatkan gambaran tentang kesadaran pasien, kita dapat melakukan pengkajian derajat kesadaran pasien dari keadaan komposmentis (kesadaran maksimal) sampai dengan koma (pasien tidak dalam keadaan sadar). (Sulistyawati, 2013).

2) Tanda-tanda Vital

a) Tekanan darah

Nilai normal diastole orang dewasa adalah 60 sampai 90. 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 (Lailiyana dkk, 2011; Diana, 2017).

b) 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- 1°C dari suhu sebelum persalinan (Lailiyana dkk, 2011; Diana, 2017).

c) 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 (Lailiyana dkk, 2011; Diana, 2017).

d) Pernafasan

Pernapasan yang normal adalah 16-24 x/menit. Selama persalinan pernapasan ibu akan mengalami peningkatan, hal ini mencerminkan adanya kenaikan metabolisme (Lailiyana dkk, 2011; Diana, 2017).

e) Berat Badan: kenaikan normal 12-15 kg. Kenaikan ≤ 12 kg deteksi bayi lahir dengan berat lahir rendah (Sulistiyawati, 2013)

3) Pemeriksaan Fisik

a) Wajah: muka tidak pucat, kulit dan membran mukosa yang pucat mengindikasikan anemia

b) Mata: Konjungtif pucat indikator dari anemia

c) Mulut: Normalnya bibir tidak pucat, mukosa bibir lembab.

d) Leher: Adanya pembesaran limfe, pembesaran kelenjar tyroid dan bendungan vena jugularis (Nugroho, 2014).

e) Payudara: Pembesaran, puting susu menonjol/mendatar, adakah nyeri dan lecet pada puting, ASI sudah keluar, adakah pembengkakan, radang, atau benjolan abnormal (Dewi, 2014)

f) Abdomen:

a. Linea nigra (garis vertikal berwarna gelap yang terlihat di perut ibu selama kehamilan).

- b. TFU untuk mengetahui tinggi fundus uteri sesuai dengan usia kehamilan atau tidak.
- c. Leopold untuk mendeteksi letak janin
 - (1) Leopold I: Normal tinggi fundus uteri sesuai dengan usia kehamilan. Pada fundus teraba bagian lunak dan tidak melenting (bokong). Tujuan: Untuk mengetahui tinggi fundus uteri dan bagian yang berada di fundus.
 - (2) Leopold II: Normal teraba bagian panjang, keraseperti papan (punggung) pada satu sisi uterus dan pada sisi lain teraba bagian kecil. Tujuan: Untuk mengetahui batas kiri/kanan pada uterus ibu, yaitu: punggung pada letak bujur dan kepala pada letak lintang.
 - (3) Leopold III: Normal pada bagian bawah janin teraba bagian yang bulat, keras dan melenting (kepala janin) Tujuan: Mengetahui presentasi atau bagian terbawah janin yang ada di simpisis ibu.
 - (4) Leopold IV: Posisi tangan masih bisa bertemu, dan belum masuk PAP (konvergen), posisi tangan tidak bertemu dan sudah masuk PAP (divergen). Tujuan: Untuk mengetahui seberapa jauh masuknya bagian terendah janin kedalam PAP (Romauli, 2014).

d. His (Kontraksi uterus)

Hal-hal yang harus diobservasi pada his persalinan antara lain:

- (1) Frekuensi/jumlah his dalam waktu tertentu biasanya per 10 menit
- (2) Amplitudi atau intensitas adalah kekuatan his diukur dengan mmHg
- (3) Durasi his adalah lamanya setiap his berlangsung diukur dengan detik, misalnya selama 40 detik
- (4) Datangnya his apakah sering, teratur atau tidak
- (5) Interval adalah masa relaksasi (Eniyati dan Putri, 2012).

g) Tafsiran Berat Janin

Johnson dan Tosbach (1954) menggunakan suatu metode untuk menaksir berat janin dengan pengukuran (TFU) tinggi fundus uteri.

Berat janin = (Tinggi fundus uteri – 13) x 155, bila kepala janin masih floating

Berat janin = (Tinggi fundus uteri – 12) x 155, bila kepala janin sudah memasuki pintu atas panggul/H II

Berat janin = (Tinggi fundus uteri – 11) x 155, bila kepala janin sudah melawati H III.

h) Detak Jantung Janin

Hitung denyut jantung janin dengan cara 3x tiap 5 menit kemudian jumlahkan dan dikalikan 4 atau hitung selama 1 menit penuh dan perhatikan iramanya, frekuensi DJJ (+) normal 120 – 160 x/menit, teratur dan regular (Munthe, 2019).

i) Ekstremitas

(1) Ekstremitas atas: bagaimana pergerakan tangan, dan kekuatan otot, gangguan atau kelainan, apakah ada nyeri tekan, mengamati besar dan bentuk otot, melakukan pemeriksaan tonus kekuatan otot.

(2) Ekstermitas bawah: bagaimana pergerakan tangan, dan kekuatan otot, gangguan atau kelainan, apakah odema dan apakah terdapat varises.

j) Pemeriksaan penunjang

(1) USG: menentukan usia gestasi, ukuran janin, gerakan jantung janin, lokasi plasenta, indeks cairan amnion berkurang (Mansjoer, 2008).

(2) Lakmus: berwarna biru Ph air ketuban 7-7,5

k) Vagina taucher (VT)

Vaginal toucher : dilakukan untuk mengkaji penipisan dan pembukaan serviks, bagian terendah, serta status ketuban. Ika janin dalam presentasi kepala, moulding, kaput succedaneum dan posisi janin perlu dikaji dengan pemeriksaan dalam untuk

memastikan adaptasi janin dengan panggul ibu. (Handayani & Mulyati, 2017).

(1) Keadaan Perineum

Pada primipara perineum utuh dan elastis. Pada multipara tidak utuh, longgar dan lembek. Untuk menentukan dengan menggerakkan jari kedalam vagina kebawah dan kesamping. Dengan cara ini juga diketahui otot levator ani normal teraba elastis.

(2) Pembukaan serviks

Pembukaan serviks dapat dinilai setiap 4 jam sekali. Pembukaan terjadi sebagai akibat dari kontraksi uterus serta tekanan yang berlawanan dari kantong membran dan bagian bawah janin. Kepala janin saat fleksi akan membantu pembukaan yang efisien. Pembukaan serviks pada fase laten berlangsung selama 7-8 jam. Sedangkan pada fase aktif dibagi menjadi 3 fase yaitu fase akselerasi, fase dilatasi maksimal dan fase deselerasi yang masing-masing fase berlangsung selama 2 jam (Sulikah, et al., 2019).

(3) 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).

(4) Selaput ketuban/cairan 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 yaitu (Sulikah, et al., 2019) :

U : ketuban utuh (belum pecah)

J : ketuban sudah pecah dan air ketuban jernih.

M : ketuban sudah pecah dan air ketuban bercampur mekonium.

D : ketuban sudah pecah dan air ketuban bercampur darah.

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

(5) *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. Tulang kepala yang saling menyusup atau tumpang tindih dapat menunjukkan kemungkinan adanya disproporsi tulang panggul. Ketidakmampuan akomodasi akan terjadi jika tulang kepala yang saling menyusup tidak dapat dipisahkan.

Apabila dugaan disproporsi tulang panggul terjadi, lakukan pemantauan kondisi janin dan kemajuan persalinan. Lakukan tindakan pertolongan awal yang sesuai dan rujuk ibu dengan tanda – tanda disproporsi tulang panggul ke fasilitas kesehatan yang memadai. Dalam melakukan penilaian *molase*, dapat dituliskan sebagai berikut (Sulikah, et al., 2019).

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

1 : tulang tulang kepala janin hanya saling bersentuhan

2 : tulang tulang kepala janin saling tumpang tindih, tapi masih dapat dipisahkan

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

(6) 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).

(7) Penurunan bagian terbawah janin

Penurunan adalah gerakan bagian presentasi melewati panggul. Salah satu penyebab penurunan yaitu tekanan dari

cairan ketuban dan juga disaat terjadinya dilatasi serviks atau pelebaran muara dan saluran serviks yang terjadi di awal persalinan dan juga dapat terjadi karena tekanan yang ditimbulkan oleh cairan amnion selama ketuban masih utuh.

(8) Menentukan bagian tersebut telah masuk ke dalam rongga panggul. Bandingkan tingkat penurunan kepala dari hasil periksa dalam dengan hasil pemeriksaan melalui dinding abdomen (perlimaan) untuk menentukan kemajuan persalinan (Sulikah, et al., 2019).

(9) Anus

Digunakan untuk menentukan apakah ada kelainan yang dapat mempengaruhi proses persalinan seperti hemoroid (Sondakh, 2013).

c. Assesment

G (Gravida) P (Para) Ab (Abortus) UK (Umur Kehamilan) Janin T/H/I, presentasi belakang kepala, persalinan kala I fase laten/aktif dengan keadaan ibu dan janin baik.

d. Plan

1) Lakukan pengawasan menggunakan partograf, meliputi ukur tandatanda vital ibu, hitung denyut jantung janin, hitung kontraksi uterus, lakukan pemeriksaan dalam, serta catat produksi urine

R/Dengan selalu mengobservasi pasien menggunakan partograf dapat dipantau kemajuan persalinan dan segera menentukan keputusan bila terjadi masalah.

2) Penuhi kebutuhan cairan dan nutrisi ibu

R/Dengan pemenuhan nutrisi yang cukup dapat menambah tenaga ibu pada proses persalinan dan mencegah dehidrasi.

3) Atur aktivitas dan posisi ibu yang nyaman

R/Membantu ibu tetap rileks dan nyaman.

4) Fasilitasi ibu untuk buang air kecil

R/Mengosongkan kandung kemih dilakukan agar kontraksi uterus berjalan dengan baik.

5) Hadirkan pendamping ibu seperti suami dan anggota keluarga selama proses persalinan

R/Membantu ibu untuk tetap semangat selama proses persalinan

6) Ajarkan ibu tentang teknik relaksasi yang benar

R/Membantu ibu untuk mengurangi rasa nyeri yang dirasakan akibat adanya kontraksi.

7) Berikan sentuhan, pijatan, kompres hangat dingin pada pinggang, berendam dalam air hangat maupun wangi-wangian serta ajari ibu tentang teknik relaksasi dengan cara menarik napas panjang secara berkesinambungan untuk mengurangi rasa nyeri yang dirasakan ibu.

R/Membantu ibu untuk mengurangi rasa nyeri yang dirasakan akibat adanya kontraksi.

- 8) Informasikan tentang perkembangan dan kemajuan persalinan pada ibu maupun keluarga.

R/Ibu mengetahui tentang kondisinya dan juga janinnya (Diana, 2017).

Catatan perkembangan kala II

a. Subjektif

Ibu merasakan dorongan meneran yang disertai dengan kontraksi yang kuat.

b. Objektif

1) Keadaan umum

Baik : Apabila ibu memiliki kesadaran penuh, tanda-tanda vital stabil, dapat memenuhi kebutuhannya secara mandiri (Handayani, 2017).

Lemah : Kesadaran penuh hingga apatis, memerlukan tindakan medis, pemenuhan kebutuhan dibantu sebagian atau keseluruhan (Handayani, 2017).

Buruk : Kesadaran penuh hingga somnolen, tanda-tanda vital tidak stabil, memakai alat bantu organ vital, memerlukan tindakan perawatan medis, pemenuhan kebutuhan dibantu seluruhnya (Sulistiyawati, 2016).

2) Tanda-tanda Vital

a) Suhu

peningkatan suhu normal adalah peningkatan suhu yang tidak lebih dari 0,5°C sampai Suhu normal 36,5 – 37,5°C (Handayani, 2017).

b) Pernafasan

sedikit peningkatan frekuensi pernapasan masih normal selama persalinan. Pernafasan normal 16-24 kali permenit (Handayani, 2017).

c) Nadi

pada ibu bersalin frekuensi denyut nadi di antara waktu kontraksi sedikit lebih tinggi dibanding selama periode menjelang persalinan. Peningkatan frekuensi nadi yang tidak terlalu tinggi dianggap normal (Handayani, 2017).

d) Tekanan Darah

selama kontraksi tekanan darah ibu akan meningkat yaitu sistolik 10 – 20 mmHg dan diastolik 5 – 10 mmHg dan saat di antara kontraksi tekanan darah akan kembali ke tingkat sebelum persalinan (Handayani, 2017).

e) DJJ

dilakukan dengan mengukur DJJ janin, dinilai normal jika DJJ antara 120 x 16/menit.

f) Tanda dan gejala kala II persalinan.

- (1) Kontraksi lebih dari 3 kali dalam 10 menit dan durasi lebih dari 40 detik setiap kontraksi.

(2) Perineum menonjol, vulva dan sfingter ani membuka.

(3) Pengeluaran pervaginam berupa lendir bercampur darah.

- g) Tanda pasti persalinan kala II dilakukan dengan periksa dalam Pembukaan serviks telah lengkap, dan terlihatnya bagian kepala bayi melalui introitus vagina.

c. Assesment

Gravida, para, abortus, umur kehamilan (umur kehamilan aterm adalah 37-42 minggu) jumlah janin tunggal / ganda, keadaan janin hidup / mati, intrauterine / ekstrauterin, letak janin membujur / melintang, presentasi belakang kepala / muka / dahi, inpartu kala II dengan keadaan ibu dan janin baik.

Contoh: G1P0000Ab0000 UK 37—42 minggu janin T/H/I, letak kepala, presentasi belakang kepala, inpartu kala II dengan keadaan ibu dan janin baik.

d. Plan

Menurut JNPK-KR (2017), penatalaksanaan Kala II persalinan normal sebagai berikut.

- 1) Mendengar dan melihat adanya tanda persalinan kala II
 - a) Klien merasa ada dorongan kuat dan meneran.
 - b) Klien merasakan tekanan yang semakin meningkat pada rectum dan vagina.
 - c) Perineum tampak menonjol.
 - d) Vulva dan sfinger ani membuka.
- 2) Memastikan kelengkapan persalinan, bahan dan obat-obatan esensial untuk menolong persalinan dan tatalaksana komplikasi ibu dan bayi baru lahir,

untuk asfiksia tempat datar dan keras, 2 kain dan 1 handuk bersih dan kering. Lampu sorot 60 watt dengan jarak 60 cm dari tubuh bayi.

- a) Menggelar kain diatas perut ibu dan resusitasi, serta ganjal bahu bayi
 - b) Menyiapkan oksitosin 10 UI dan alat suntik steril sekali pakai didalam partus set.
- 3) Memakai celemek plastik.
 - 4) Melepaskan dan menyimpan semua perhiasan yang dipakai, cuci tangan dengan sabun dan air bersih mengalir kemudian keringkan tangan dengan tisu atau handuk pribadi yang bersih dan kering.
 - 5) Memakai sarung tangan DTT pada tangan yang akan digunakan untuk periksa dalam.
 - 6) Memasukkan oksitosin kedalam tabung suntik (gunakan tangan yang memakai sarung tangan DTT atau steril) pastikan tidak terjadi kontaminasi pada alat suntik,
 - 7) Membersihkan vulva dan perineum dengan hati-hati (jari tidak boleh menyentuh vulva dan perineum) dari depan ke belakang dengan menggunakan kapas atau kassa yang dibahasi air DTT.
 - a) Jika introitus vagina, perineum, atau anus terkontaminasi tinja, membersihkan dengan seksama dari arah depan ke belakang,
 - b) Membuang kapas atau kassa pembersih yang telah digunakan.
 - 8) Melakukan periksa dalam untuk memastikan pembukaan sudah lengkap.
Bila selaput ketuban belum pecah dan pembukaan langkap, maka melakukan amniotomi.

- 9) Mendekontaminasi sarung tangan dengan mencelupkan sarung tangan yang masih memakai sarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5% kemudian melepas dan rendam keadaan terbalik dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit. Mencuci kedua tangan dengan air mengalir setelah sarung tangan dilepaskan.
- 10) Memeriksa detak jantung janin (DJJ) setelah kontraksi/saat relaksasi relaksasi untuk memastikan bahwa DJJ dalam batas normal (120 – 160 x/menit).
 - a) Mengambil tindakan yang sesuai jika DJJ tidak normal
 - b) Mendokumentasikan hasil-hasil pemeriksaan dalam, DJJ, dalam semua hasil-hasil penilaian, serta asuhan lainnya pada partograf.
- 11) Memberitahukan bahwa pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik, dan bantu ibu dalam menemukan posisi yang nyaman dan sesuai dengan keinginannya.
 - a) Tunggu hingga timbul rasa ingin meneran, lanjutkan pemantauan kondisi dan kenyamanan ibu dan janin (ikuti pedoman penatalaksanaan fase aktif) dan dokumentasikan semua temuan yang ada.
 - b) Jelaskan pada anggota keluarga tentang bagaimana peran mereka untuk mendukung dan memberi semangat pada ibu untuk meneran secara benar.
- 12) Meminta keluarga membantu menyiapkan posisi meneran (bila ada rasa ingin meneran dan terjadi kontraksi yang kuat, bantu ibu ke posisi setengah duduk atau posisi lain yang diinginkan dan pastikan ibu merasa nyaman).

- 13) Melaksanakan bimbingan meneran pada saat ibu merasa ada dorongan kuat untuk meneran:
- a) Bimbing ibu agar dapat meneran secara benar dan efektif.
 - b) Dukung dan beri semangat pada saat meneran dan perbaiki cara meneran apabila caranya tidak sesuai.
 - c) Bantu ibu mengambil posisi nyaman sesuai pilihannya (kecuali posisi berbaring terlentang dalam waktu yang lama).
 - d) Anjurkan ibu untuk beristirahat diantara kontraksi.
 - e) Anjurkan keluarga memberi dukungan dan semangat untuk ibu.
 - f) Berikan cukup asupan makan dan cairan per oral (minum).
 - g) Menilai DJJ setiap kontraksi uterus selesai.
 - h) Segera rujuk bila bayi belum atau tidak segera lahir setelah 120 menit (2 jam) meneran (primigravida) atau 60 menit (1 jam) meneran (multigravida).
- 14) Menganjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok, atau mengambil posisi yang nyaman, jika ibu belum merasa ada dorongan untuk meneran dalam 60 menit.
- 15) Meletakkan handuk bersih (untuk mengeringkan bayi) diperut ibu, jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5 – 6 cm.
- 16) Meletakkan kain bersih yang dilipat 1/3 bagian dibawah bokong ibu.
- 17) Membuka tutup partus set dan perhatikan kembali kelengkapan alat dan bahan.
- 18) Memakai sarung tangan DTT pada kedua tangan.

- 19) Setelah tampak kepala bayi dengan diameter 5 – 6 cm membuka vulva maka melindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi kain bersih dan kering. Tangan yang lain menahan kepala bayi untuk menahan posisi bayi tetap defleksi agar tidak defleksi dan membantu lahirnya kepala. Anjurkan ibu untuk meneran perlahan dan bernapas cepat dan dangkal.
- 20) Memeriksa kemungkinan adanya lilitan tali pusat dan mengambil tindakan yang sesuai jika hal itu terjadi, dan segera melanjutkan proses kelahiran bayi.
 - a) Jika tali pusat melilit leher secara longgar, lepaskan lewat bagian atas kepala bayi.
 - b) Jika tali pusat melilit leher secara kuat, klem tali pusat di dua tempat dan potong diantara dua klem tersebut.
- 21) Menunggu kepala bayi melakukan putar paksi luar secara spontan.

Setelah kepala melakukan putar paksi luar, memegang secara biparietal
- 22) Menganjurkan ibu untuk meneran saat kontraksi, dengan lembut gerakkan kepala kearah bawah dan distal hingga bahu depan muncul dibawah arcus pubis dan kemudian gerakkan kearah atas dan distal untuk melahirkan bahu belakang.
- 23) Setelah kedua bahu lahir, geser tangan atas kearah perineum ibu untuk menyanggah kepala, lengan dan siku sebelah bawah. Gunakan tangan atas untuk menelusuri dan memegang lengan dan siku sebelah atas.
- 24) Setelah tubuh dan lengan lahir, penelusuran tangan atas berlanjut ke punggung, bokong, tingkai dan kaki. Pegang kedua mata kaki (memasukkan

telunjuk diantara kaki dan memegang masing-masing mata kaki dengan ibu jari dan jari-jari lainnya).

25) Melakukan penilaian (selintas):

- a) Menilai tangis kuat bayi dan/atau bernapas tanpa kesulitan.
- b) Menilai gerak aktif bayi.

Jika bayi tidak menangis, tidak bernapas atau megap-megap, lakukan langkah resusitasi (lanjut ke langkah resusitasi bayi baru lahir).

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

27) Memeriksa kembali uterus untuk memastikan tidak ada lagi bayi dalam uterus (hamil tunggal).

Catatan perkembangan kala III

Tanggal :

Jam :

a. Subjektif

Ibu merasa lega karena bayinya sudah lahir dengan selamat dan ibu merasakan mulas pada perut bagian bawah akibat kontraksi uterus (Sulistyawati, 2016).

b. Objektif

1) Keadaan umum

Baik : Apabila ibu memiliki kesadaran penuh, tanda-tanda vital stabil, dapat memenuhi kebutuhannya secara mandiri (Handayani, 2017).

Lemah: Kesadaran penuh hingga apatis, memerlukan tindakan medis, pemenuhan kebutuhan dibantu sebagian atau keseluruhan (Handayani, 2017).

Buruk : Kesadaran penuh hingga somnolen, tanda-tanda vital tidak stabil, memakai alat bantu organ vital, memerlukan tindakan perawatan medis, pemenuhan kebutuhan dibantu seluruhnya (Sulistiyawati, 2016).

2) Tanda-tanda Vital

(a) Suhu: peningkatan suhu normal adalah peningkatan suhu yang tidak lebih dari 0,5°C sampai Suhu normal 36,5 – 37,5°C (Handayani, 2017).

(b) Pernafasan: sedikit peningkatan frekuensi pernapasan masih normal selama persalinan. Pernafasan normal 16-24 kali permenit (Handayani, 2017).

(c) Nadi: pada ibu bersalin frekuensi denyut nadi di antara waktu kontraksi sedikit lebih tinggi dibanding selama periode menjelang persalinan. Peningkatan frekuensi nadi yang tidak terlalu tinggi dianggap normal (Handayani, 2017).

(d) Tekanan Darah: selama kontraksi tekanan darah ibu akan meningkat yaitu sistolik 10 – 20 mmHg dan diastolik 5 – 10 mmHg dan saat di

antara kontraksi tekanan darah akan kembali ke tingkat sebelum persalinan (Handayani, 2017).

3) Menurut (JNPK-KR, 2014) tanda-tanda pelepasan plasenta beberapa hal berikut.

- (a) Perubahan bentuk dan tinggi fundus.
- (b) Tali pusat memanjang.
- (c) Semburan darah mendadak dan singkat.

c. Assesment

Para, abortus, inpartu kala III persalinan dengan keadaan ibu dan bayi baik.

Contoh: P1001Ab000 inpartu kala III persalinan dengan keadaan ibu dan bayi baik.

d. Plan

Menurut JNPK-KR (2017), penatalaksanaan Kala III persalinan normal sebagai berikut.

- (a) Memberitahu ibu bahwa ia akan disuntik oksitosin agar uterus dapat berkontraksi kuat.
- (b) Dalam waktu 1 menit setelah bayi lahir, suntikkan oksitosin 10 UI IM (Intramuskular) di 1/3 paha atas bagian distal lateral.
- (c) Setelah 2 menit pasca persalinan, jepit tali pusat dengan klem kira-kira 3 cm dari pusat bayi. Mendorong isi tali pusat kearah distal (ibu) dan menjepit kembali tali pusat pada 2 cm dari klem pertama.
- (d) Pemotongan dan pengikatan tali pusat

- (1) Menggunakan satu tangan, memegang tali pusat yang telah dijepit (melindungi perut bayi) dan lakukan pengguntingan tali pusat diantara 2 klem tersebut.
 - (2) Mengikat tali pusat dengan benang DTT atau steril pada satu sisi kemudian melingkarkan kembali benang tersebut dan mengikatnya dengan simpul kunci pada sisi lainnya.
 - (3) Melepaskan klem dan memasukkan dalam wadah plasenta.
- (e) Meletakkan bayi agar ada kontak kulit ibu ke kulit bayi, meletakkan bayi tengkurap di dada ibu. Meluruskan bahu bayi, sehingga bayi menempel di dada/perut ibu. Mengusahakan kepala bayi berada diantara payudara ibu dengan posisi lebih rendah dari puting payudara ibu.
 - (f) Menstimulasi ibu dan bayi dengan kain hangat dan memasang topi di kepala bayi.
 - (g) Memindahkan klem pada tali pusat hingga berjarak 5 – 10 cm dari vulva.
 - (h) Meletakkan satu tangan diatas kain pada perut ibu, pada tepi atas symphysis untuk mendeteksi adanya kontraksi. Tangan lain memegang tali pusat.
 - (i) Setelah uterus berkontraksi, menegangkan tali pusat kearah bawah sambil tangan yang lain mendorong uterus kearah belakang - atas (dorso kranial) secara hati-hati (untuk mencegah inversion uteri). Mempertahankan posisi tangan dorso kranial selama 30 – 40 detik. Jika plasenta tidak lahir setelah 30 – 40 detik, hentikan penegangan tali pusat dan menunggu hingga timbul kontraksi berikutnya dan mengulangi prosedur diatas. Jika uterus tidak

segera berkontraksi, meminta ibu, suami dan anggota keluarga untuk melakukan stimulasi puting susu.

- (j) Melakukan penegangan dan dorongan dorso kranial hingga plasenta terlepas, meminta ibu meneran sambil penolong menarik tali pusat dengan arah sejajar lantai dan kemudian kearah atas, mengikuti poros jalan lahir (tetap melakukan dorso kranial).

(1) Jika tali pusat bertambah panjang, memindahkan klem hingga berjarak sekitar 5 – 10 cm dari vulva dan melahirkan plasenta.

- (2) Jika plasenta tidak lepas setelah 15 menit menegangkan tali pusat:

Memberi dosis ulangan oksitosin 10 UI secara IM.

Melakukan kateterisasi (aseptic) jika kandung kemih penuh.

Meminta keluarga untuk menyiapkan rujukan.

Mengulangi penegangan tali pusat 15 menit berikutnya.

Jika plasenta tidak lahir dalam 30 menit setelah bayi lahir atau bila terjadi perdarahan, segera melakukan plasenta manual.

- (k) Saat plasenta muncul di introitus vagina, melahirkan plasenta dengan kedua tangan. Memegang dan memutar plasenta (searah jarum jam) hingga selaput ketuban terpilin kemudian melahirkan dan menempatkan plasenta pada wadah yang telah disediakan.

- (l) Jika selaput ketuban robek, memakai sarung tangan DTT atau steril untuk melakukan eksplorasi sisa selaput kemudian menggunakan jari-jari tangan atau klem DTT atau steril untuk mengeluarkan bagian selaput yang tertinggal.

- (m) Segera setelah plasenta dan selaput ketuban lahir, melakukan masase uterus, meletakkan telapak tangan di fundus dan melakukan masase dengan gerakan melingkar dengan lembut hingga uterus berkontraksi (fundus teraba keras). Melakukan tindakan yang diperlukan jika uterus tidak berkontraksi setelah 15 detik masase.
- (n) Memeriksa kedua sisi plasenta baik bagian ibu maupun bayi, dan memastikan selaput ketuban lengkap dan utuh. Memasukkan plasenta kedalam tempat yang disediakan.

Catatan perkembangan kala IV

Tanggal :

Jam :

a. Subjektif

Ibu merasakan perutnya mulas.

b. Objektif

1) Keadaan umum

- (a) Baik : apabila ibu memiliki kesadaran penuh, tanda-tanda vital stabil, dapat memenuhi kebutuhannya secara mandiri (Handayani, 2017).
- (b) Lemah : kesadaran penuh hingga apatis, memerlukan tindakan medis, pemenuhan kebutuhan dibantu sebagian atau keseluruhan (Handayani, 2017).

(c) Buruk : kesadaran penuh hingga somnolen, tanda-tanda vital tidak stabil, memakai alat bantu organ vital, memerlukan tindakan perawatan medis, pemenuhan kebutuhan dibantu seluruhnya (Sulistyawati, 2016).

2) Tanda-tanda Vital

(a) Suhu: peningkatan suhu normal adalah peningkatan suhu yang tidak lebih dari 0,5°C sampai Suhu normal 36,5 – 37,5°C (Handayani, 2017).

(b) Pernafasan: sedikit peningkatan frekuensi pernapasan masih normal selama persalinan. Pernafasan normal 16-24 kali permenit (Handayani, 2017).

(c) Nadi: pada ibu bersalin frekuensi denyut nadi di antara waktu kontraksi sedikit lebih tinggi dibanding selama periode menjelang persalinan. Peningkatan frekuensi nadi yang tidak terlalu tinggi dianggap normal (Handayani, 2017).

(d) Tekanan Darah: selama kontraksi tekanan darah ibu akan meningkat yaitu sistolik 10 – 20 mmHg dan diastolik 5 – 10 mmHg dan saat di antara kontraksi tekanan darah akan kembali ke tingkat sebelum persalinan (Handayani, 2017).

c. Assesment

Para, abortus, inpartu kala IV persalinan dengan keadaan ibu dan bayi baik.

Contoh: P1001Ab000 inpartu kala IV persalinan dengan keadaan ibu dan bayi

baik

d. Plan

Menurut JNPK-KR (2017), penatalaksanaan Kala IV persalinan normal sebagai berikut.

- 1) Mengevaluasi kemungkinan laserasi pada vagina dan perineum. Melakukan penjahitan bila laserasi menyebabkan perdarahan (bila ada robekan yang menimbulkan perdarahan aktif, segera lakukan penjahitan).
- 2) Memastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan
- 3) pervaginam.
- 4) Biarkan bayi tetap melakukan kontak kulit di dada ibu minimal 1 jam.
 - a) Sebagian besar bayi akan berhasil melakukan inisiasi menyusui dini (IMD) dalam waktu 30 – 60 menit. Menyusu pertama biasanya berlangsung sekitar 10 – 15 menit, bayi cukup menyusui dari satu payudara.
 - b) Membiarkan bayi berada di dada ibu selama 1 jam walaupun bayi sudah berhasil menyusui.
- 5) Setelah satu jam, melakukan penimbangan/pengukuran bayi, memberi tetes mata antibiotic profilaksis dan vitamin K1 1 mg IM di paha kiri anterolateral.
- 6) Setelah satu jam pemberian vitamin K1, memberikan suntikan imunisasi Hepatitis B di paha kanan anterolateral.
 - a) Meletakkan bayi didalam jangkauan ibu agar sewaktu-waktu bisa disusukan.

- b) Meletakkan kembali bayi pada dada ibu bila bayi belum berhasil menyusu di dalam satu jam pertama dan membiarkan sampai bayi berhasil menyusu.
- 7) Melanjutkan pemantauan kontraksi dan mencegah perdarahan pervaginam.
 - a) 2 – 3 kali dalam 15 menit pertama pasca persalinan.
 - b) Setiap 15 menit pada 1 jam pertama pasca persalinan.
 - c) Setiap 20 – 30 menit pada jam kedua pasca persalinan.
 - d) Jika uterus tidak berkontraksi dengan baik, melakukan asuhan yang sesuai dengan tatalaksana atonia uteri.
 - 8) Mengajarkan ibu/keluarga cara melakukan masase uterus dan menilai kontraksi.
 - 9) Mengevaluasi dan mengestimasi jumlah kehilangan darah.
 - 10) Memeriksa nadi ibu dan keadaan kandung kemih setiap 15 menit selama 1 jam pertama pasca persalinan dan setiap 30 menit selama jam kedua pasca persalinan.
 - a) Memeriksa temperature tubuh ibu sekali setiap jam selama 2 jam pertama pasca persalinan.
 - b) Melakukan tindakan yang sesuai untuk temuan tidak normal.
 - 11) Memeriksa kembali bayi untuk memastikan bahwa bayi bernapas dengan baik (40 – 60 x/menit) serta suhu tubuh normal (36,5 – 37,5).
 - 12) Menempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (selama 10 menit). Mencuci dan bilas peralatan setelah di dekontaminasi.

- 13) Membuang bahan-bahan yang terkontaminasi ke tempat sampah yang sesuai.
- 14) Membersihkan ibu dengan menggunakan air DTT, membersihkan sisa cairan ketuban, lendir, dan darah. Membantu ibu memakai pakaian yang bersih dan kering.
- 15) Memastikan ibu merasa nyaman, membantu ibu memberikan ASI, menganjurkan keluarga untuk memberi ibu makanan dan minuman yang diinginkan.
- 16) Mendekontaminasi tempat bersalin dengan larutan klorin 0,5%.
- 17) Mencelupkan sarung tangan kotor ke dalam larutan klorin 0,5%, membalikkan bagian dalam keluar dan rendam dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit.
- 18) Mencuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir.
- 19) Melengkapi partograf (halaman depan dan belakang), memeriksa tanda-tanda vital dan asuhan kala IV.

2.3.3 Konsep Manajemen Asuhan Kebidanan Masa Nifas

Tanggal :

Jam :

1) Kunjungan 1 (KF 1) (12 jam)

a. Subjektif

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 puting susu, payudara membesar, puting susu pecah-pecah, keringat berlebih serta rasa nyeri selama beberapa hari jika ibu mengalami hemoroid (Surtinah dkk, 2019).

2) Riwayat Persalinan Sekarang

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

3) Kebiasaan Dasar Sehari-hari

(a) Nutrisi

Ibu nifas harus mengkonsumsi makanan yang bermutu tinggi, bergizi dan cukup kalori untuk mendapat protein, mineral, vitamin yang cukup dan minum sedikitnya 2 – 3 liter/hari. Selain itu, ibu nifas juga harus minum tablet

tambah darah minimal selama 40 hari dan vitamin A (Surtinah dkk, 2019).

(b) Eliminasi

Ibu nifas harus berkemih dalam 4 – 8 jam pertama dan minimal sebanyak 200 cc. sedangkan untuk buang air besar, diharapkan sekitar 3-4 hari setelah melahirkan (Surtinah dkk, 2019).

(c) *Personal Hygiene*

Pada masa *postpartum*, seorang ibu sangat rentan terhadap infeksi. Oleh karena itu, kebersihan diri sangat penting untuk mencegah terjadinya infeksi seperti kebersihan tubuh, pakaian, tempat tidur, dan lingkungan sangat penting untuk tetap dijaga.

Langkah - langkah yang dapat dilakukan untuk menjaga kebersihan diri ibu postpartum, antara lain:

- (1) Anjurkan ibu untuk menjaga kebersihan seluruh tubuh terutama perineum
- (2) Mengajarkan ibu bagaimana membersihkan daerah kelamin dengan sabun dan air. Pastikan bahwa ibu mengerti untuk membersihkan daerah vulva terlebih dahulu, dari depan ke belakang, baru kemudian membersihkan anus. Nasehati ibu untuk membersihkan vulva setiap kali selesai BAK atau BAB

- (3) Sarankan ibu mengganti pembalut setiap kali darah sudah penuh atau minimal 2 kali dalam sehari.
- (4) Sarankan ibu mencuci tangan dengan sabun dan air setiap kali ia selesai membersihkan daerah kemaluannya.
- (5) Jika mempunyai luka episiotomy, hindari untuk menyentuh daerah luka. Ini yang kadang kurang diperhatikan oleh pasien dan tenaga kesehatan. Karena rasa ingin tahunya, tidak jarang pasien berusaha menyentuh luka bekas jahitan di perineum tanpa memperhatikan efek yang dapat ditimbulkan dari tindakannya ini. apalagi pasien kurang memperhatikan kebersihan tangannya sehingga tidak jarang terjadi infeksi sekunder (Maryunani, 2017).

(d) Istirahat

Ibu nifas harus memperoleh istirahat yang cukup untuk pemulihan kondisi fisik, psikologis dan kebutuhan menyusui bayinya dengan cara menyesuaikan jadwal istirahat bayinya (Surtinah dkk, 2017). Kurang istirahat pada ibu post partum akan mengakibatkan beberapa kerugian, misalnya: Mengurangi jumlah ASI yang diproduksi, Memperlambat proses involusi uterus dan memperbanyak perdarahan

Menyebabkan depresi dan ketidaknyamanan untuk merawat bayi dan dirinya sendiri (Maryunani, 2017).

(e) Aktivitas

Mobilisasi dapat dilakukan sedini mungkin jika tidak ada kontraindikasi, dimulai dengan latihan tungkai di tempat tidur, duduk dan berjalan. Selain itu, ibu nifas juga dianjurkan untuk senam nifas dengan gerakan sederhana dan bertahap sesuai dengan kondisi ibu (Surtinah dkk, 2019).

4) Data Psikososial

(1) Respon orangtua terhadap kehadiran bayi dan peran baru sebagai orangtua. Respon setiap ibu dan ayah terhadap bayinya dan terhadap pengalaman dalam membesarkan anak berbeda-beda dan mencakup seluruh spectrum reaksi dan emosi, mulai dari tingginya kesenangan yang tidak terbatas hingga dalamnya keputusan dan duka. Ini disesuaikan dengan periode psikologis ibu nifas yaitu *taking in*, *taking hold* atau *letting go* (Surtikah dkk, 2019).

(2) Respon anggota keluarga terhadap kehadiran bayi, bertujuan untuk mengkaji muncul tidaknya *sibling rivalry* (Surtikah dkk, 2019).

(3) Dukungan keluarga, bertujuan untuk mengkaji kerjasama dalam keluarga sehubungan dengan pengasuhan dan penyelesaian tugas rumah tangga (Surtikah, dkk, 2019).

b. Objektif

1) Pemeriksaan Umum

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

a) Baik

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

b) Lemah

Pasien dimasukkan dalam kriteria ini jika ia kurang atau tidak memberikan respons yang baik terhadap lingkungan dan orang lain, dan pasien sudah tidak mampu berjalan sendiri (Diana, 2017).

Kesadaran: Bertujuan untuk menilai status kesadaran ibu. Composmentis adalah status kesadaran dimana ibu mengalami kesadaran penuh dengan memberikan respons yang cukup terhadap stimulus yang diberikan (Surtikah dkk, 2019).

2) Tanda-tanda Vital

a) Tekanan darah

Normal (110/70 – 140/90 mmHg), $\geq 140/90$ mmHg, pada ibu pasca melahirkan tekanan darah biasanya berubah. Perubahan tekanan darah menjadi lebih rendah pasca

melahirkan dapat diakibatkan oleh perdarahan sedangkan tekanan darah tinggi pada postpartum merupakan tanda terjadinya preeklamsia postpartum.

b) Suhu

Suhu tubuh pada ibu inpartu tidak lebih dari 37,2. Pasca melahirkan, suhu tubuh dapat naik kurang lebih 0,5 C dari keadaan normal. Kenaikan suhu badan ini akibat dari kerja keras sewaktu melahirkan, kehilangan cairan maupun kelelahan.

c) Nadi

Nadi 76 – 100 kali/menit selama persalinan, adanya kontraksi dan saat ibu meneran maka kerja jantung akan menjadi semakin berat. Karena itulah denyut nadi akan meningkat. Nadi \geq 100 deteksi adanya gangguan jantung.

d) Pernafasan

Normalnya 16 – 24 x/menit, pada ibu postpartum umumnya pernapasan lambat atau normal. Hal ini dikarenakan ibu dalam keadaan pemulihan atau dalam kondisi istirahat. Bila pernapasan pada masa postpartum menjadi lebih cepat, kemungkinan ada tanda-tanda syok (Diana, 2017).

e) Pemeriksaan Fisik

1) Payudara

Bertujuan untuk mengkaji ibu menyusui bayinya atau tidak, tanda-tanda infeksi pada payudara seperti kemerahan dan muncuk nanah dari putting susu, penampilan putting susu dan aerola, apakah ada *kolostrum* atau air susu dan pengkajian proses menyusui. Produksi air susu akan semakin banyak pada hari ke-2 sampai hari ke-3 setelah melahirkan (Surtinah dkk, 2019).

2) Perut

TFU, kontraksi uterus (Susilo Rini dan Feti Kumala, 2017).

Tabel 2.4 TFU dalam Nifas

Waktu Involusi	TFU	Berat Uterus (gr)
Bayi lahir	Setinggi pusat	1000
Plasenta lahir	2 jari ↓ pusat	750
1 minggu	Pertengahan pusat-sym	500
2 minggu	Tidak teraba ↑ sym	350
6 minggu	Bertambah kecil	50
8 minggu	Sebesar normal	30

3) Genetalia dan Perineum

Pengeluaran *lokhea* (jenis, warna, jumlah dan bau), oedema, peradangan, keadaan jahitan, nanah, tanda-tanda infeksi pada luka jahitan, kebersihan perineum, *hemorrhoid* pada anus (Rini dan Kumala, 2017).

Tabel 2.5 Perubahan Lokhea

Lokhea	Warna	Waktu
Rubra	Merah bercampur darah	Hari ke 1-4
Sanguinolenta	Kecoklatan	Hari ke 4-7
Serosa	Kuning Kecoklatan	Hari ke 7-14
Alba	Putih	2-6 minggu

Sumber: Sulis diana, 2017

4) Ekstremitas

Bertujuan untuk mengkaji ada tidaknya *edema*, nyeri dan kemerahan. Jika pada masa kehamilan muncul *spider nevi*, maka akan menetap pada masa nifas (Surtinah dkk, 2019).

c. Assesment

Para, abortus, inpartu kala IV persalinan dengan keadaan ibu dan bayi baik. Contoh: P1001Ab000 inpartu kala IV persalinan dengan keadaan ibu dan bayi baik.

d. Plan

- 1) Mencegah terjadinya perdarahan pasca nifas
- 2) Mendeteksi dan merawat penyebab lain perdarahan dan memberi rujukan bila terjadi perdarahan berlanjut
- 3) Memberikan konseling pada ibu atau anggota keluarga mengenai bagaimana cara mencegah perdarahan pascapersalinan atau atonia uteri
- 4) Pemberian ASI secara awal

- 5) Mencegah terjadinya hipotermia dengan menjaga bayi tetap hangat
- 6) Observasi 2 jam pertama atau sampai keadaan ibu dan bayi stabil.

2. Kunjungan II (KF II) (7 Hari)

a. Subjektif

Keluhan yang dirasakan ibu, biasanya pada 3-7 hari setelah melahirkan ibu merasakan nyeri pada jalan lahir dan merasa letih karena kurang istirahat.

b. Objektif

Keadaan umum : Baik/lemah

Kesadaran : Composmentis sampai dengan koma

Tekanan darah : Normal 90 – 120 / 60 – 90 mmHg.

Nadi : Normal 60 – 80 kali/menit.

Suhu : Normal 36,5 – 37,5⁰C.

Pernafasan : Normal 16 – 24 kali/menit (Munthe dkk. 2019).

Dada dan Payudara : Simetris/tidak, konsistensi ada pembengkakan/tidak

TFU : Normalnya pertengahan symphysis dan pusat.

- Perineum : Kondisi jahitan pada perineum apakah terdapat tanda infeksi, jahitan sudah kering atau belum.
- Lokhea : Normalnya berwarna merah hitam (lokhea rubra), bau biasa, tidak ada bekuan darah atau butir-butir darah beku dan jumlah perdarahan ringan atau sedikit (hanya perlu mengganti pembalut setiap 3 – 5 jam).
- Kandung kemih : Bisa buang air/tidak bisa buang air.

c. Assesment

P (Para) Ab (Abortus) post-partum hari ke.../...Jam
hari...Postpartum

d. Plan

- 1) Memastikan involusi uteri berjalan normal, uterus berkontraksi, fundus dibawah umbilicus, tidak ada perdarahan abnormal dan tidak ada bau.
- 2) Menilai adanya tanda-tanda demam infeksi atau kelainan pasca persalinan.
- 3) Memastikan ibu mendapatkan cukup makanan, cairan dan istirahat.

- 4) Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak ada tanda-tanda penyulit.
- 5) Memberikan konseling pada ibu mengenai asuhan kepada bayi, cara merawat tali pusat, dan bagaimana menjaga bayi agar tetap hangat

3. Kunjungan III (KF III) (19 Hari)

a. Subjektif

Keluhan yang dirasakan ibu pada 8 – 28 hari setelah melahirkan yaitu ibu sudah tidak mengeluarkan darah pada jalan lahir. Ibu ingin berkonsultasi mengenai KB setelah melahirkan.

b. Objektif

Keadaan umum	: Baik/lemah
Kesadaran	: Composmentis sampai dengan koma
Tekanan darah	: Normal 90 – 120/60 – 90 mmHg.
Nadi	: Normal 60 – 80 kali/menit.
Suhu	: Normal 36,5 – 37,5 ⁰ C.
Pernafasan	: Normal 16 – 24 kali/menit (Munthe dkk, 2019)
Dada dan Payudara	: Simetris/tidak, konsistensi, ada pembengkakan/tidak dan puting menonjol/tidak, lecet/tidak.
TFU	: Normalnya sudah tidak terava atau bertambah kecil.

- Perineum : Kondisi jahitan pada perineum apakah terdapat tanda infeksi, jahitan sudah kering atau belum.
- Lokhea : Normalnya berwarna merah hitam (lokhea rubra), bau biasa, tidak ada bekuan darah atau butir-butir darah beku dan jumlah perdarahan ringan atau sedikit (hanya perlu mengganti pembalut setiap 3 – 5 jam.
- Kandung kemih : Bisa buang air/tidak bisa buang air.

c. Assesment

P (Para) Ab (Abortus) post-partum hari ke.../...Jam
hari...Postpartum.

d. Plan

- 1) Mengevaluasi keberhasilan asuhan yang telah diberikan pada kunjungan sebelumnya.
- 2) Melakukan pendekatan terapeutik pada klien dan keluarga.
- 3) Menjelaskan kondisi ibu saat ini.
- 4) Melakukan observasi tanda-tanda vital (TTV), untuk mendeteksi adanya komplikasi.
- 5) Melakukan pemeriksaan involusi uterus, untuk memastikan involusi berjalan normal, uterus berkontraksi, fundus di bawah umbilicus, tidak ada perdarahan abnormal dan tidak ada bau.

- 6) Mengajarkan ibu mengkonsumsi makanan yang bergizi tinggi kalori tinggi protein (TKTP).
- 7) Mengajarkan ibu melakukan personal hygiene.
- 8) Mengajarkan ibu untuk istirahat cukup, malam 6 – 8 jam sehari dan siang 1 – 2 jam sehari.
- 9) Mengajarkan ibu untuk melakukan perawatan payudara dan cara menyusui yang benar.
- 10) Mengajarkan ibu untuk segera menyusui bayinya dan memberikan ASI eksklusif (Diana, 2017).

4. Kunjungan Nifas IV (KF IV) 39 hari

a. Subjektif

Keluhan yang dirasakan ibu pada 8-28 hari setelah melahirkan yaitu ibu sudah tidak mengeluarkan darah pada jalan lahir. Ibu ingin berkonsultasi mengenai KB setelah melahirkan.

b. Objektif

Keadaan umum	: Baik/lemah
Kesadaran	: Composmentis sampai dengan koma
Tekanan darah	: Normal 90 – 120/60 – 90 mmHg.
Nadi	: Normal 60 – 80 kali/menit.
Suhu	: Normal 36,5 – 37,5 ⁰ C.
Pernafasan	: Normal 16 – 24 kali/menit (Munthe dkk, 2019)

- Dada dan Payudara : Simetris/tidak, konsistensi, ada pembengkakan/tidak dan puting menonjol/tidak, lecet/tidak.
- TFU : Normalnya sudah tidak terava atau bertambah kecil.
- Perineum : Kondisi jahitan pada perineum apakah terdapat tanda infeksi, jahitan sudah kering atau belum.
- Lokhea : Normalnya berwarna merah hitam (lokhea rubra), bau biasa, tidak ada bekuan darah atau butir-butir darah beku dan jumlah perdarahan ringan atau sedikit (hanya perlu mengganti pembalut setiap 3 – 5 jam.
- Kandung kemih : Bisa buang air/tidak bisa buang air.

c. Assesment

P (Para) Ab (Abortus) post-partum hari ke.../...Jam
hari...Postpartum.

d. Plan

- 1) Memberitahukan hasil pemeriksaan pada ibu.
- 2) Mendiskusikan bersama dengan ibu mengenai penyulit pada masa nifas.
- 3) Menjelaskan KIE mengenai KB setelah persalinan dan memberikan waktu untuk ibu dan suami berdiskusi.

2.3.4 Manajemen Asuhan Kebidanan Neonatus

a. Data Subjektif

1) Biodata Data bayi

Nama bayi : untuk mengenal bayi (Handayani & Mulyati, 2017).

Tanggal lahir : untuk mengetahui usia neonatus.

Jenis kelamin : untuk memfokuskan pemeriksaan genetalia (Handayani & Mulyati, 2017).

Umur : digunakan untuk mengetahui usia bayi.

Alamat : digunakan untuk memudahkan kunjungan rumah.

2) Keluhan Utama

Permasalahan bayi yang sering muncul yaitu bayi rewel, tidak mau menyusu, dan muncul bercak putih pada bayi.

3) Riwayat Kehamilan dan Persalinan

Untuk mengetahui apakah ibu pernah mengalami komplikasi saat mengandung bayinya, sehingga dapat dilakukan skrining test dengan tepat. Selain itu, pengkajian riwayat persalinan untuk menentukan tindakan segera jika terdapat komplikasi. Pada keadaan normal ibu tidak mengalami komplikasi pada kehamilannya.

Contoh:

P2A0, usia kehamilan aterm, anak hidup dua, tidak pernah mengalami komplikasi selama kehamilan hingga persalinan.

b. Data Objektif

1) Pemeriksaan umum

Keadaan Umum : baik

Tanda-tanda Vital

Pernapasan : Pernapasan normal adalah antara 30- 50 kali per menit, dihitung ketika bayi dalam posisi tenang dan tidak ada tanda-tanda distress pernapasan (Handayani & Mulyati, 2017).

Suhu : Angka normal pada pengukuran suhu bayi secara aksila adalah 36,5- 37,5° C (Handayani & Mulyati, 2017).

Denyut jantung : Bayi baru lahir memiliki frekuensi denyut jantung 110- 160 denyut per menit dengan rata-rata kira-kira 130 denyut per menit (Handayani & Mulyati, 2017).

Antropometri : Kisaran berat badan bayi baru lahir adalah 2500-4000 gram, panjang badan sekitar 48-52 cm, lingkar kepala sekitar 32-37 cm, kira-kira 2 cm lebih besar dari lingkar dada (30-35 cm). Bayi biasanya mengalami penurunan berat badan dalam beberapa hari pertama yang harus kembali normal pada hari ke-10. Sebaiknya bayi dilakukan penimbangan pada

hari ke-3 atau ke-4 dan hari ke-10 untuk memastikan berat badan lahir telah kembali (Handayani & Mulyati, 2017).

Apgar Score : Apgar merupakan alat untuk mengkaji kondisi bayi sesaat setelah lahir dalam hubungannya dengan 5 variabel. Penilaian ini dilakukan pada menit pertama, menit ke-5 dan menit ke-10. Nilai 7-10 pada menit pertama menunjukkan bahwa bayi berada dalam keadaan baik (Handayani & Mulyati, 2017).

2) Pemeriksaan Fisik

a) 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. Bila bayi tampak pucat atau sianosis dengan atau tanpa tanda-tanda distress pernapasan harus segera dilaporkan pada dokter anak karena dapat mengindikasikan adanya penyakit. Selain itu, kulit bayi juga harus bersih dari ruam, bercak, memar, tanda-tanda infeksi dan trauma (Handayani & Mulyati, 2017).

b) Kepala

Fontanel anterior harus teraba datar. Bila cembung, dapat terjadi akibat peningkatan tekanan intracranial sedangkan fontanel yang cekung dapat mengindikasikan adanya dehidrasi. *Moulding* harus sudah menghilang dalam 24 jam kelahiran. *Sefalhematoma* pertama kali muncul pada 12 sampai 36 jam setelah kelahiran dan cenderung semakin besar ukurannya, diperlukan waktu sampai 6 minggu untuk dapat hilang. Adanya memar atau trauma sejak lahir harus diperiksa untuk memastikan bahwa proses penyembuhan sedang terjadi dan tidak ada tanda-tanda infeksi (Handayani & Mulyati, 2017).

c) Mata

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

d) Telinga

Periksa telinga untuk memastikan jumlah, bentuk dan posisinya. Telinga bayi cukup bulan harus memiliki tulang rawan yang cukup agar dapat kembali ke posisi semula ketika digerakkan ke depan secara perlahan. Daun telinga harus berbentuk sempurna dengan lengkungan-lengkungan yang jelas pada bagian atas. 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. Lubang telinga harus diperiksa kepatenannya. Adanya kulit tambahan atau aurikel juga harus dicatat dan dapat berhubungan dengan abnormalitas ginjal (Handayani & Mulyati, 2017).

e) Hidung

Tidak ada kelainan bawaan atau cacat lahir (Handayani & Mulyati, 2017).

f) Mulut

Pemeriksaan pada mulut memerlukan pencahayaan yang baik dan harus terlihat bersih, lembab dan tidak ada kelainan seperti *palatoskisis* maupun *labiopalatoskisis* (Bibir sumbing) (Handayani & Mulyati, 2017).

g) 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. Adanya pembentukan selaput kulit mengindikasikan adanya abnormalitas kromosom, seperti sindrom Turner dan adanya lipatan kulit yang berlebihan di

bagian belakang leher mengindikasikan kemungkinan adanya Trisomo (Handayani & Mulyati, 2017).

h) Dada

Tidak ada *retraksi* dinding dada bawah yang dalam (Handayani & Mulyati, 2017).

i) Abdomen

Melakukan pemeriksaan pada bagian abdomen apakah ada pembengkakan, kelainan seperti *hernia* dan *omfalokel* (Handayani & Mulyati, 2017).

j) 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 (Handayani & Mulyati, 2017).

k) 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 (Handayani & Mulyati, 2017).

l) Punggung

Tanda-tanda abnormalitas pada bagian punggung yaitu *spina bifida*, adanya pembengkakan, dan lesung atau bercak kecil berambut (Handayani & Mulyati, 2017).

m) Genetalia

Pada perempuan vagina berlubang, uretra berlubang dan labia minora telah menutupi labia mayora. Sedangkan pada laki-laki, testis berada dalam skrotum dan penis berlubang pada ujungnya (Handayani & Mulyati, 2017).

n) Anus

Secara perlahan membuka lipatan bokong lalu memastikan tidak ada lesung atau sinus dan memiliki *sfincter ani* (Handayani & Mulyati, 2017).

o) Eliminasi

Keluarnya urin dan mekonium harus dicatat karena merupakan indikasi kepatenan ginjal dan saluran gastrointestinal bagian bawah (Handayani & Mulyati, 2017).

3) Pemeriksaan Refleks

a. *Morrow*

Respon bayi baru lahir akan menghentakkan tangan dan kaki lurus ke arah luar sedangkan lutut fleksi kemudian tangan akan

kembali ke arah dada seperti posisi dalam pelukan, jari-jari nampak terpisah membentuk huruf C dan bayi mungkin menangis. Refleksi ini menghilang pada umur 3-4 bulan. Refleksi yang menetap lebih dari 4 bulan menunjukkan adanya kerusakan otak. Refleksi tidak simetris menunjukkan adanya hemiparises, fraktur klavikula atau cedera fleksus brakhialis. Sedangkan tidak adanya respons.

b. *Rooting*

Setuhan pada pipi atau bibir menyebabkan kepala menoleh ke arah sentuhan. Refleksi ini menghilang pada 3-4 bulan, tetapi bisa menetap sampai umur 12 bulan khususnya selama tidur. Tidak adanya refleksi menunjukkan adanya gangguan neurologi berat (Handayani & Mulyati, 2017).

c. *Sucking*

Bayi menghisap dengan kuat dalam berespons terhadap stimulasi. Refleksi ini menetap selama masa bayi dan mungkin terjadi selama tidur tanpa stimulasi. Refleksi yang lemah menunjukkan kelambatan perkembangan atau keadaan neurologi yang abnormal (Handayani & Mulyati, 2017).

d. *Grasping*

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

Refleks ini menghilang pada 3-4 bulan. Fleksi yang tidak simetris menunjukkan adanya *paralisis*. Refleks menggenggam yang menetap menunjukkan gangguan *serebral* (Handayani & Mulyati, 2017).

e. Babinski

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

c. **Assesment**

Diagnosa : Neonatus cukup bulan sesuai masa kehamilan usia 6 – 48 jam.

Contoh :

Neonatus Cukup Bulan Sesuai Masa Kehamilan (NCB-SMK) Usia 8 Jam keadaan Bayi Normal.

d. **Plan**

- 1) Lakukan stabilisasi suhu tubuh bayi supaya terhindar dari hipotermi.
- 2) Rawat tali pusat (Suwanti, 2016).
- 3) Lakukan IMD supaya bayi terhindar dari kehilangan panas, segera mendapatkan sentuhan kasih sayang ibunya dan segera mendapatkan kolostrum (Suwanti, 2016).

- 4) Setelah 1 jam lakukan penimbangan/pengukuran bayi, beri tetes mata antibiotik profilaksis, dan vit K1 intramuskuler di paha kiri anterolateral (Suwanti, 2016).
- 5) Setelah 1 jam pemberian Vit K1 berikan suntikan imunisasi Hepatitis B di paha kanan anterolateral (Suwanti, 2016).
- 6) Mandikan bayi setelah beradaptasi dengan lingkungan (+ 6 jam setelah lahir) (Suwanti, 2016).

Kunjungan Neonatus Kedua (KN2) 7 hari

a. Subjektif

Keluhan Utama

Ibu mengatakan apa saja yang terjadi pada bayinya.

1) Pola Kebiasaan Sehari-Hari

(a) Pola Nutrisi

Pemenuhan nutrisi dengan ASI eksklusif, rata-rata asi yang dibutuhkan bayi cukup bulan sebanyak 30-60 ml setiap 2-3 jam selama 2 minggu pertama (Wahyuni, 2011).

(b) Pola Istirahat

Pola tidur bayi dalam 1 minggu pertama sekitar 16,5 jam dan waktu tidur dan istirahat bayi berlangsung paralel dengan saat bayi menyusui.

(c) Pola Eliminasi

Tanda bayi cukup nutrisi adalah BAK minimal 6 kali/hari dan bayi yang diberi ASI dapat BAB 2-3 kali/hari hingga 8-10 kali/hari dengan bentuk

feses lunak, berwarna kuning emas, dan tidak mengiritasi kulit bayi (Nursiah, 2014).

(d) Pola Kebersihan

Membersihkan bagian wajah, lipatan kulit, dan bagian dalam popok dapat dilakukan sebanyak 1-2 kali/hari untuk mencegah lecet dan kotoran yang menumpuk.

b. Objektif

(a) Pemeriksaan Umum

Keadaan Umum: Bayi tampak tenang dan tertidur.

(b) Pemeriksaan Antropometri

Berat badan bayi dapat mengalami kenaikan, penurunan maupun tetap. Pada usia 3-7 hari biasanya bayi mengalami penurunan berat badan, penurunan berat badan dianggap normal bila tidak lebih dari 10%.

(c) Pemeriksaan TTV

Denyut Jantung : 120-160 kali/menit

RR : 40-60 kali/menit

Suhu : 36,5°C-37,5°C

(d) Pemeriksaan Fisik

Kepala : Simetris dan tidak terdapat benjolan.

Wajah : Terkadang ada ikterus.

Mata : Sklera putih dan konjungtiva merah muda.

Mulut : Reflek menghisap +

Telinga : Tidak ada serumen

- Dada : Gerakan dada simetris saat bernapas, puting susu simetris dan terbentuk dengan baik, serta jantung berbunyi lup dup dan terdengar suara napas seperti bunyi lembut yang teredam.
- Abdomen : Tali pusat kering dan terlepas pada hari ke 7-10 dan tidak ada tanda-tanda infeksi.
- Genetalia : Tidak ada iritasi.
- Ekstremitas : Pada ekstremitas atas dan bawah tonus otot baik dan bergerak aktif.

c. Assesment

Neonatus cukup bulan dengan umur... hari dalam keadaan sehat.

d. Plan

- (1) Mengevaluasi keberhasilan asuhan yang telah diberikan sebelumnya.
- (2) Memberitahukan hasil pemeriksaan bayi kepada ibu bahwa bayinya dalam keadaan sehat.
- (3) Memberikan KIE mengenai pemberian ASI eksklusif.
- (4) Menjelaskan tanda bahaya dan masalah yang biasa terjadi pada bayi, seperti ikterus, masalah pemberian ASI, diare, gumoh, dan muntah.
- (5) Mendiskusikan untuk menentukan jadwal kunjungan berikutnya.

Kunjungan Neonatus ketiga (KN3) 19 hari

a. Subjektif

1) Keluhan Utama

Ibu mengatakan bayinya sehat, tali pusat sudah lepas dan menyusu dengan kuat.

2) Pola Kebutuhan Sehari-Hari

(a) Pola Nutrisi

Memberikan ASI eksklusif untuk memenuhi nutrisi bayi.

(b) Pola Istirahat

Waktu bayi istirahat dan tidur akan berlangsung secara paralel dengan pola menyusu pada 1 tahun pertama lebih kurang 14 jam.

(c) Pola Eliminasi

Tanda bayi cukup nutrisi adalah BAK minimal 6 kali/hari dan bayi yang diberi ASI dapat BAB 2-3 kali/hari hingga 8-10 kali/hari dengan bentuk feses lunak, berwarna kuning emas, dan tidak mengiritasi kulit bayi (Nursiah, 2014).

(d) Pola Kebersihan

Membersihkan bagian wajah, lipatan kulit, dan bagian dalam popok dapat dilakukan sebanyak 1-2 kali/hari untuk mencegah lecet dan kotoran yang menumpuk.

b. Objektif

1) Pemeriksaan Umum

Keadaan Umum: Bayi tampak tenang dan tertidur.

2) Pemeriksaan Antropometri

Berat badan bayi akan kembali naik pada usia 2 minggu sebanyak 20-30 gram/hari.

3) Pemeriksaan TTV

(a) Denyut Jantung : 120-160 kali/menit

(b) RR : 40-60 kali/menit

(c) Suhu : 36,5°C-37,5°C

4) Pemeriksaan Fisik

(a) Kepala: Simetris dan tidak terdapat benjolan.

(b) Wajah: Berwarna merah muda.

(c) Mata: Sklera putih dan konjungtiva merah muda.

(d) Dada: Tidak ada retraksi pada otot dada.

(e) Abdomen: Bulat dan tidak kembung.

(f) Genetalia: Bersih dan tidak ada iritasi.

c. Assesment

Neonatus dengan umur...hari dalam keadaan sehat.

d. Plan

- 1) Mengevaluasi keberhasilan asuhan yang telah diberikan sebelumnya.
- 2) Memberitahukan hasil pemeriksaan bayi kepada ibu bahwa bayinya dalam keadaan sehat.
- 3) Mengajukan kepada ibu untuk memberikan ASI eksklusif selama 6 bulan.
- 4) Mengajarkan ibu dalam perawatan bayi sehari-hari.

- 5) Menganjurkan ibu untuk memberikan stimulus kepada bayinya.
- 6) Menganjurkan ibu untuk mempelajari buku KIA, bila ada yang kurang mengerti dapat ditanyakan kepada bidan.
- 7) Menjelaskan mengenai bayi memerlukan imunisasi dasar.
- 8) Menjelaskan pentingnya memantau pertumbuhan dan perkembangan bayi sesuai dengan umurnya.
- 9) Menganjurkan ibu untuk datang ke posyandu untuk memeriksakan bayinya.

2.3.5 Manajemen Asuhan Kebidanan Keluarga Berencana

a. Subjektif

1) Alasan datang

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 (Affandi, 2014).

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 (Affandi, 2014).

3) Riwayat Kesehatan Ibu dan Keluarga

Informasi riwayat kesehatan ibu dan keluarga dapat membantu mengidentifikasi apakah ibu memiliki riwayat atau sedang menderita penyakit menular, menurun atau menahun. Data ini di gali sebagai bahan pertimbangan dalam memutuskan metode kontrasepsi yang akan digunakan agar sesuai dengan keadaannya (Affandi, 2014).

4) Riwayat Menstruasi

Untuk mengkaji siklus haid teratur atau tidak, karena beberapa alat kontrasepsi dapat membuat siklus haid menjadi tidak teratur. Penggunaan alat kontrasepsi dapat membuat haid menjadi lebih lama dan banyak seperti implan. Mengkaji ibu mengalami dismenore atau tidak apabila sedang haid, penggunaan alat kontrasepsi AKDR juga dapat menambah rasa nyeri saat haid. Metode *Amenore Laktasi* (MAL) dapat menjadi alternatif KB alami selama pemberian ASI eksklusif sampai mendapatkan haid Kembali (Purwoastuti, 2020). Data riwayat menstruasi dapat memberikan gambaran tentang keadaan dasar dari organ reproduksi wanita. Berikut merupakan data yang perlu dikaji (Handayani & Mulyati, 2017)

- a) *Menarche* : adalah usia pertama kali mengalami menstruasi. Wanita indonesia pada umumnya mengalami menarche pada usia 12—16 tahun.
- b) *Siklus* : adalah jarak antara menstruasi yang dialami dengan menstruasi berikutnya dalam hitungan hari. Jarak antar menstruasi biasanya 23—32 hari.

- c) Volume : data ini menjelaskan seberapa banyak darah menstruasi yang dikeluarkan. Sebagai acuan untuk menentukan banyak darah yang keluar dapat menggunakan kriteria banyak, sedang dan sedikit.

5) Riwayat Perkawinan

Dikaji untuk mengetahui gambaran rumah tangga pasangan KB. Data yang dikaji meliputi berapa kali menikah, berapa tahun menikah, umur pertama menikah dan jumlah anak yang dimiliki (Affandi, 2014).

6) Riwayat Obstetri

Apabila ibu sedang menyusui dan kurang dari 6 minggu pasca persalinan maka pil kombinasi adalah metode pilihan terakhir. Namun apabila ibu telah melahirkan namun tidak menyusui dianjurkan untuk menggunakan pil kombinasi. Pada Riwayat obstetri dimana ibu nullipara dan yang telah memiliki anak, bahkan sudah memiliki banyak anak, tetapi belum menghendaki *tubektomi*, atau setelah mengalami *abortus* boleh menggunakan kontrasepsi progestin, untuk AKDR boleh digunakan dalam keadaan nulipara (Rahayu Sri, 2016).

7) Riwayat Kontrasepsi

Pemakaian kontrasepsi yang perlu dikaji adalah jenis alat kontrasepsi, lama, kapan awal pemakaian, dan pelepasan, serta komplikasi yang terjadi selama pemakaian. Pemakaian kontrasepsi sebelumnya dapat menjadi tolak ukur penggunaan kontrasepsi selanjutnya.

8) Riwayat Kesehatan

- (a) Penyakit/kelainan reproduksi seperti riwayat kehamilan ektopik dapat menggunakan kontrasepsi pil kombinasi, suntikan kombinasi, implant.
- (b) Untuk kelainan payudara jinak, penyakit radang panggul, endometriosis atau tumor ovarium jinak dapat menggunakan kontrasepsi pil kombinasi.
- (c) Untuk keganasan pada payudara tidak diperbolehkan menggunakan suntikan kombinasi, suntikan progestin, implant.
- (d) Untuk kelainan bawaan uterus yang abnormal atau tumor jinak, kanker alat genital, ukuran rongga rahim kurang dari 5 cm, menderita infeksi alat genital, perdarahan vagina yang tidak diketahui penyebabnya tidak boleh menggunakan metode AKDR.
- (e) Untuk penyakit kardiovaskuler yaitu penyakit jantung, stroke, atau dengan tekanan darah tinggi ($>180/110$ mmHg), kelainan tromboemboli, kelainan pembuluh darah yang menyebabkan sakit kepala atau migrain tidak boleh menggunakan kontrasepsi suntikan kombinasi, pil kombinasi, suntikan progestin, implant.
- (f) Untuk penyakit darah yaitu riwayat gangguan faktor pembekuan darah dan anemia bulan sabit tidak boleh menggunakan metode kontrasepsi pil kombinasi, suntikan kombinasi namun boleh menggunakan metode kontrasepsi suntikan progestin, implant.

- (g) Untuk penyakit endokrin yaitu diabetes mellitus tanpa komplikasi boleh menggunakan metode kontrasepsi pil kombinasi dan AKDR, diabetes mellitus > 20 tahun tidak boleh menggunakan metode kontrasepsi pil kombinasi dan suntikan kombinasi, sedangkan diabetes mellitus disertai komplikasi tidak boleh menggunakan metode suntikan progestin dan gangguan toleransi glukosa DM tidak boleh menggunakan metode implant.
- (h) Untuk penyakit saraf yaitu migrain dan gejala neurologic fokal (epilepsy/Riwayat epilepsy) tidak boleh menggunakan metode pil kombinasi.
- (i) Untuk penyakit infeksi dimana ibu menderita tuberculosis (kecuali yang menggunakan rifampisin) boleh menggunakan metode pil kombinasi, jika ibu sedang mengalami infeksi alat genital (vaginitis, servisititis) tidak boleh menggunakan alat kontrasepsi AKDR. Sedangkan Riwayat kesehatan sekarang berisi riwayat perjalanan penyakit mulai klien merasakan keluhan sampai dengan pengkajian saat ini (sebelum diberikan asuhan) (Affandi, 2014).

9) Pola Kebiasaan Sehari-hari

(a) Nutrisi

Pemenuhan nutrisi ibu dan apakah terdapat dampak apabila ibu menggunakan alat kontrasepsi tersebut (Affandi, 2014).

(b) Eliminasi

Siklus BAB dan BAK setelah ibu menggunakan alat kontrasepsi mengalami perubahan atau tidak (Affandi, 2014).

(c) Istirahat

Untuk mengetahui efek samping dalam penggunaan alat kontrasepsi dapat mengganggu pola tidur ibu atau tidak. Seperti KB suntik yang memiliki efek samping mual, pusing dan sakit kepala apakah sampai mengganggu pola istirahat ibu atau masih dalam batas wajar (Affandi, 2014).

(d) Seksual

Pada ibu yang menggunakan alat kontrasepsi AKDR apakah ada keluhan saat melakukan hubungan suami istri atau tidak dan pada pengguna alat kontrasepsi jangka panjang dapat menimbulkan kekeringan pada vagina sehingga dapat menurunkan gairah seksual. Penggunaan metode kontrasepsi kondom tidak melindungi dari penyakit menular seksual (PMS)/HIV (Affandi, 2014).

b. Objektif

1) Pemeriksaan Umum

Kedadaan Umum

Meliputi tingkat energi, keadaan emosi dan postur badan ibu selama pemeriksaan (Tyastuti Siti, 2016). Kesadaran bertujuan untuk menilai status kesadaran ibu (Hartini,2018).

2) Tanda-tanda vital

(a) Tekanan darah

Diastolik > 90 mmHg atau sistolik > 160 mmHg maka ibu tidak boleh menggunakan alat kontrasepsi pil kombinasi. Untuk tekanan darah tinggi : $< 180/110$ mmHg ibu boleh menggunakan pil dan suntikan progestin. Untuk tekanan darah tinggi boleh menggunakan metode kontrasepsi AKDR. Metode kontrasepsi non hormonal merupakan pilihan yang lebih baik (Buku panduan praktis pelayanan KB, 2014).

(b) Suhu

Suhu normal pemeriksaan axila yaitu $36,5-37,2^{\circ}\text{C}$ (Handayani & Mulyati, 2017).

(c) Nadi

Denyut nadi normal pada orang dewasa $60-80$ kali per menit (Handayani & Mulyati, 2017).

3) Pemeriksaan Antropometri

Pemeriksaan berat badan dapat menjadi penentu penggunaan kontrasepsi. Pada ibu gemuk ataupun kurus boleh menggunakan metode kontrasepsi AKDR, jika berat badan mencapai 70 kg perlu dilakukan tindakan evaluasi lebih lanjut untuk menentukan penggunaan alat kontrasepsi non hormonal. Sedangkan pada pasien yang menggunakan KB suntik biasanya mengeluh kenaikan berat

badan rata-rata naik 1 – 2 kg tiap tahun tetapi kadang bisa lebih (Jitowiyono, 2018).

4) Pemeriksaan fisik

(a) Muka

Melihat apakah ada flek, jerawat, dermatitis dan hirsutisme. Pada penggunaan alat kontrasepsi hormonal yang dapat menyebabkan timbul flek-flek, jerawat pada pipi dan dahi dan hirsutisme, namun hal ini sangat jarang dijumpai (Saifuddin, 2014).

(b) Mata

Konjungtiva : Konjungtiva normal berwarna merah muda dan putih pucat jika anemia. Perdarahan merupakan salah satu efek samping yang dijumpai pada pemakaian alat kontrasepsi yang dapat menyebabkan kemungkinan terjadinya anemia (Affandi, 2014).

Sklera : menilai warna pada sklera jika normal akan berwarna putih. Jika ibu menderita hepatitis B sclera akan berwarna kuning.

Pandangan mata : pengkajian dilakukan terhadap pandangan mata klien. Kehilangan penglihatan atau pandangan kabur merupakan peringatan khusus untuk pemakai pil progestin (Affandi, 2014).

(c) Leher

Pembesaran vena jugularis menunjukkan ada permasalahan pada sistem kardiovaskular yang akan beresiko pada penggunaan metode kontrasepsi pil atau suntik 3 bulan (Affandi, 2014).

(d) Payudara

Melihat apakah terdapat kelainan pada kulit payudara, terdapat cekungan, dan teraba benjolan apabila dipalpasi yang menjadi tanda adanya kelainan pada mammae. Hal ini beresiko pada penggunaan seluruh kontrasepsi hormonal (Affandi, 2014).

(e) Abdomen

Melihat apakah terdapat nyeri tekan pada perut bagian bawah yang menjadi salah satu tanda radang panggul (*Pelvic Inflammatory Disease*) yang akan beresiko pada penggunaan metode kontrasepsi AKDR (Affandi, 2014).

(f) Genitalia

Apabila ditemukan *chadwick* sebagai tanda adanya kehamilan maka kontrasepsi tidak boleh dilakukan.

c. Assesment

P (Para) Ab (Abortus) umur...tahun dengan calon akseptor KB...

d. Plan

- 1) Menanyakan pada klien informasi tentang dirinya (pengalaman KB dan kesehatan reproduksi, tujuan, kepentingan, harapan, keadaan kesehatan dan kehidupan keluarganya) (Affandi, 2014).
- 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) (Affandi, 2014).
- 3) Memberikan jaminan kerahasiaan yang diperlukan klien (Affandi, 2014).
- 4) Memberikan bantuan kepada klien untuk menentukan pilihannya (Hartanto, 2010).
- 5) Jelaskan secara lengkap bagaimana menggunakan kontrasepsi pilihannya, dan efek samping apa yang mungkin muncul selama pemakaian metode kontrasepsi tersebut (Affandi, 2014).
- 6) Melakukan penapisan sesuai metode kontrasepsi yang dipilih oleh klien.
- 7) Meminta izin klien sebelum memberikan pelayanan pemasangan alat kontrasepsi (Affandi, 2014).
- 8) Pesankan pada klien untuk melakukan kunjungan ulang sesuai dengan tanggal kembali atau sewaktu-waktu jika ada keluhan (Affandi, 2014).