

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 KONSEP DASAR TEORI

2.1.1 KEHAMILAN

1) Pengertian

Menurut WHO dalam (Nugrawati dan Amriani 2021) pengertian kehamilan adalah suatu proses natural bagi wanita, yang dimulai dari konsepsi hingga lahirnya janin dengan rentang waktu 280 hari (40 minggu/ 9 bulan 7 hari).

Lama kehamilan dimulai dari ovulasi hingga partus kira-kira 280 hari (40 minggu), tidak lebih dari 300 hari (43 minggu). Kehamilan 40 minggu disebut dengan kehamilan *mature* (cukup bulan). Bila kehamilan lebih dari 43 minggu, disebut kehamilan *post mature*. Kehamilan antara 28 sampai 36 minggu disebut kehamilan *premature*. (Haslan 2020)

2) Perubahan fisiologis dalam kehamilan trimester III

a. Sistem Reproduksi

1. Vagina vulva

Peningkatan hormon estrogen menyebabkan *hipervaskularisasi*, sehingga vagina dan vulva tampak lebih merah agak kebiru-biruan (*livide*). Tanda ini disebut dengan tanda *chadwick*. Kekenyalan (daya regang) vagina akan bertambah sebagai persiapan untuk persalinan.

2. Serviks uteri

Di bawah pengaruh hormon progesterone, sel-sel rahim mengeluarkan lendir yang menebal dan makin pekat membentuk sumbatan leher rahim yang disebut *operkulum* memberikan perlindungan yang meningkatkan resiko infeksi.

3. Uterus

Ibu hamil uterusnya tumbuh membesar akibat pertumbuhan isi konsepsi intrauterin. Hormon Estrogen menyebabkan hiperplasi jaringan, hormon progesteron berperan untuk elastisitas/kelenturan uterus. Taksiran kasar pembesaran uterus pada perabaan tinggi fundus:

- a) Tidak hamil/normal : sebesar telur ayam (30 g)
- b) Kehamilan 8 minggu : telur bebek
- c) Kehamilan 12 minggu : telur angsa
- d) Kehamilan 16 minggu : pertengahan simfisis-pusat
- e) Kehamilan 20 minggu : pinggir bawah pusat
- f) Kehamilan 24 minggu : pinggir atas pusat
- g) Kehamilan 28 minggu : sepertiga pusat-xyphoid
- h) Kehamilan 32 minggu : pertengahan pusat-xyphoid
- i) Kehamilan 36 minggu : 3 sampai 1 jari bawah xyphoid



Sumber : (Tyastuti dan Wahyuningsih 2016)

Gambar 2.1 Pembesaran uterus menurut usia kehamilan

4. Ovarium

Sejak kehamilan 16 minggu, fungsi diambil alih oleh plasenta, terutama fungsi produksi progesteron dan estrogen. Selama kehamilan ovarium

beristirahat. Tidak terjadi pembentukan serta pematangan folikel baru, tidak terjadi ovulasi, tidak terjadi siklus hormonal menstruasi.

b. Sistem Endokrin

Kelenjar tiroid akan sedikit membesar dalam kehamilan dan kelenjar hipofise lobus anterior juga membesar. Selama siklus menstruasi normal, hipofisis anterior memproduksi LH dan FSH. *Follicle stimulating hormone* (FSH) merangsang folikel de graaf untuk menjadi matang dan berpindah ke permukaan ovarium di mana ia dilepaskan. Folikel yang kosong dikenal sebagai korpus luteum dirangsang oleh LH untuk memproduksi progesteron. Progesteron dan estrogen merangsang proliferasi dari reaksi desidua (Lapisan dalam uterus) dalam upaya mempersiapkan parasit jika kehamilan terjadi. Plasenta yang terbentuk secara sempurna dan berfungsi 10 minggu setelah pembuahan terjadi akan mengambil alih tugas korpus luteum untuk memproduksi estrogen dan progesteron.

c. Sistem Perkemihan

Perubahan pada sistem perkemihan terjadi karena faktor hormon dan mekanis. Pada trimester 1 dan 3 terjadi peningkatan frekuensi BAK karena penekanan uterus yang membesar terhadap vesika urinaria sehingga kapasitasnya menurun. Terjadinya *hemodilusi* menyebabkan metabolisme air meningkat sehingga pembentukan urin meningkat.

d. Sistem Pencernaan

Selama awal kehamilan, rasa mual, dan sering muntah (*emesis gravidarum*) sering terjadi (7-14 minggu) karena peningkatan kadar estrogen dan HCG. Namun pada trimester kedua dan ketiga mual muntah berkurang sehingga nafsu makan bertambah.

e. Sistem Muskuloskeletal

Biasanya ibu hamil mengalami rasa sakit berulang di bagian punggung dan bentuk tulang belakang berubah menjadi lordosis. Selain sikap tubuh lordosis, gaya berjalan juga menjadi berbeda jika dibandingkan saat tidak hamil yang kelihatannya seperti akan jatuh dan tertatih-tatih.

f. Payudara

Pada ibu hamil payudara membesar dan tegang, terjadi hiperpigmentasi kulit serta hipertrofi kelenjar Montgomery, terutama daerah areola dan papilla akibat pengaruh melanofor, puting susu membesar dan menonjol. Puting susu akan mengeluarkan kolostrum yaitu cairan sebelum menjadi susu yang berwarna putih kekuningan pada trimester ketiga.

g. Sistem Pernafasan

Perubahan fisiologi pernafasan pada ibu hamil Trimester ketiga :

- Ibu hamil mengalami kesulitan bernapas karena pertumbuhan janin yang semakin membesar mendorong diafragma ke atas hingga bentuk dan ukuran dada berubah menjadi lebih kecil.
- Terjadi desakan diafragma karena dorongan rahim yang membesar pada usia kehamilan 32 minggu
- Dan kebutuhan oksigen yang meningkat ibu hamil akan bernapas lebih dalam sekitar 20 sampai 25% dari biasanya
- Sedangkan perubahan pada bentuk dada dan lengkungan bertambah besar sesuai usia kehamilan ini dikarenakan uterus yang mendorong ke atas
- Ibu hamil cenderung bernapas pendek hingga sering terjadi keluhan sesak nafas.

(Megasari dkk. 2014)

3) Perubahan Psikologis Kehamilan Trimester III

- a. Rasa tidak nyaman timbul kembali, merasa dirinya jelek, aneh dan tidak menarik.

- b. Merasa tidak menyenangkan ketika bayi tidak lahir tepat waktu.
- c. Takut akan rasa sakit dan bahaya fisik yang akan timbul pada saat melahirkan, khawatir akan keselamatannya.
- d. Khawatir bayi akan dilahirkan dalam keadaan tidak normal, bermimpi yang mencerminkan perhatian dan kekhawatirannya.
- e. Ibu tidak sabar menunggu kelahiran bayinya.
- f. Semakin ingin menyudahi kehamilannya.
- g. Aktif mempersiapkan kelahiran bayinya
- h. Bermimpi dan berkhayal tentang bayinya. (Yulizawati dkk. 2017)

4) Tanda Bahaya Kehamilan Trimester III

Tanda-tanda bahaya yang perlu diperhatikan dan diantisipasi dalam kehamilan lanjut, adalah:

- a. Perdarahan Pervaginam
- b. Sakit Kepala Hebat dan Menetap
- c. Penglihatan kabur
- d. Nyeri abdomen yang hebat
- e. Bengkak pada Muka dan Ekstermitas Atas
- f. Pergerakan Janin berkurang

(Haslan 2020)

5) Asuhan pada Trimeser I, II, III

Tabel 2.1 Kunjungan *Antenatal Care* yang ideal

Kunjungan	Waktu	Informasi penting
Trimester I	Sebelum minggu ke-14	<ul style="list-style-type: none"> - Membina hubungan saling percaya antara petugas kesehatan dan ibu hamil - Mendeteksi masalah dan mengatasinya - Memberitahukan hasil pemeriksaan

		<p>dan usia kehamilan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengajari ibu cara mengatasi ketidaknyamanan - Mengajarkan dan mendorong perilaku hidup sehat - Memberikan imunisasi tetanus toxoid dan tablet besi - Memulai mendiskusikan persiapan kelahiran bayi dan kesiapan untuk menghadapi kegawatdaruratan - Menjadwalkan kunjungan berikutnya - Mendokumentasikan pemeriksaan dan asuhan
Trimester II	Sebelum minggu ke-28	<ul style="list-style-type: none"> - Sama seperti di atas, ditambah kewaspadaan khusus mengenai preeklamsia (menanyakan ibu tentang gejala-gejala preeklamsia, memantau tekanan darah, evakuasi edema, periksa untuk mengetahui proteinuria)
Trimester III	Antara minggu ke 28-36	<ul style="list-style-type: none"> - Sama seperti di atas, ditambahkan palpasi abdominal untuk mengetahui apakah ada kehamilan ganda
	Setelah 36 minggu	<ul style="list-style-type: none"> - Sama seperti di atas, ditambah deteksi letak bayi yang tidak normal atau kondisi lain yang memerlukan kelahiran di rumah sakit

Sumber : : (Fitriani, Firawati, dan Raehan 2021)

6) Ketidaknyaman pada kehamilan Trimester III

- a. Diare
- b. Keputihan
- c. Edema
- d. Mati rasa pada tangan dan kaki
- e. Varises di kaki dan vulva
- f. Pusing dan sakit kepala
- g. Sulit tidur
- h. Sering buang air kecil (BAK)
- i. Nyeri punggung

(Yuliani dkk. 2021)

7) Kunjungan ANC

Tabel 2.2 Kunjungan ANC

Trimester	Jumlah kunjungan minimal	Waktu kunjungan yang dianjurkan
I	1x	1-12 minggu
II	1x	Antara 16-24 minggu
III	2x	Antara 28-36 minggu Antara 37-40 minggu

Sumber: (Yunida dkk. 2022)

1) Kartu Skor Poedji Rochjati (KSPR)

Kartu Skor Poedji Rochjati (KSPR) merupakan kartu skor yang digunakan sebagai alat skrining antenatal berbasis keluarga untuk menemukan faktor resiko ibu hamil, yang selanjutnya mempermudah pengenalan kondisi untuk mencegah terjadi komplikasi obstetric pada saat persalinan.

Berdasarkan jumlah skor kehamilan dibagi tiga kelompok:

- a. Kehamilan resiko rendah (KRR) dengan jumlah skor 2

Kehamilan tanpa masalah/faktor resiko, fisiologis dan kemungkinan besar diikuti oleh persalinan normal dengan ibu dan bayi hidup sehat, dengan pemeriksaan kehamilan bidan, rujukan kehamilan tidak di rujuk tempat persalinan rumah ibu hamil atau polindes dan penolong bidan.

- b. Kehamilan resiko tinggi (KRT) dengan jumlah skor 6-10

Kehamilan dengan satu atau lebih faktor resiko, baik dari pihak ibu maupun janinnya yang memberi dampak kurang menguntungkan baik bagi ibu maupun janinnya,

memiliki resiko kegawatan tetapi tidak darurat, dengan periksa kehamilan bidan atau dokter, rujukan kehamilan bidan atau rujukan, tempat persalinan rumah, polindes, rumah sakit, penolong bidan.

c. Kehamilan resiko sangat tinggi (KRST) dengan jumlah skor ≥ 12

Kehamilan dengan faktor resiko:

- a. Perdarahan sebelum bayi lahir, memberi dampak gawat dan darurat bagi jiwa ibu dan bayinya, membutuhkan dirujuk tepat waktu dan tindakan segera untuk penanganan adekuat dalam upaya menyelamatkan nyawa ibu dan bayinya
- b. Ibu dengan faktor resiko dua atau lebih, tingkat resiko kegawatannya meningkat, yang membutuhkan pertolongan persalinan di rumah sakit oleh dokter spesialis
- c. Dengan periksa kehamilan ke dokter, rujukan kehamilan rumah sakit dan penolong persalinan dokter.

(Syaiful dan Fatmawat 2019)

2.1.2 BERSALIN

1) Pengertian

Persalinan normal menurut WHO dalam (Oktarina 2016) adalah persalinan yang dimulai dengan cara spontan, beresiko rendah di awal persalinan dan tetap demikian selama proses persalinan, bayi lahir secara spontan dengan presentasi belakang kepala pada usia kehamilan 37-42 minggu lengkap dan setelah persalinan ibu maupun bayi berada dalam kondisi sehat.

Persalinan menurut Wiknjastro dalam (Oktarina 2016) adalah suatu proses pengeluaran hasil konsepsi yang dapat hidup di luar uterus melalui vagina keluar ke dunia luar. Persalinan normal atau persalinan spontan adalah bila bayi lahir dengan letak

belakang kepala tanpa melalui alat-alat atau pertolongan istimewa serta tidak merubah ibu dan bayi dan umumnya berlangsung dalam waktu kurang dari 24 jam.

2) Tanda-Tanda Persalinan

d. Terjadi Lightening

Terjadinya kesulitan saat berjalan dan sering kencing (follaksuria)

e. Terjadinya His Permulaan

Makin tua kehamilan, pengeluaran estrogen dan progesteron semakin berkurang sehingga oksitosin dapat menimbulkan kontraksi yang lebih sering sebagai his palsu. Sifat antara lain: rasa nyeri ringan di bagian bawah, datangnya tidak teratur tidak ada perubahan pada servis atau pembawa, durasinya pendek.

Tanda-Tanda Timbulnya Persalinan (Inpartu):

1. Terjadinya his persalinan
2. Keluarnya lendir bercampur darah pervaginam (show)
3. Kadang-kadang ketuban pecah dengan sendirinya
4. Dilatasi dan *effacement*

(Oktarina 2016)

3) Faktor-faktor yang mempengaruhi persalinan

a. Faktor kekuatan his (power)

Adalah tenaga yang dihasilkan oleh kontraksi dan retraksi otot-otot rahim ditambah kerja otot-otot volunteer dari ibu, yaitu kontraksi otot perut dan diafragma sewaktu ibu mengejan.

b. Faktor jalan lahir (passage)

Adalah jalan lahir janin, faktor jalan lahir yang berpengaruh terhadap terjadinya komplikasi persalinan antara lain: ukuran panggul sempit, kelainan pada vulva, kelainan vagina, kelainan serviks uteri, uterus dan ovarium.

c. Faktor bayi (passenger)

Faktor bayi atau janin sangat berpengaruh terhadap proses persalinan, pada keadaan normal, bentuk bayi, berat badan, posisi dan letak dalam perkembangannya sampai pada akhir kehamilan dan siap untuk dilahirkan, bayi mempunyai kekuatan untuk mendorong dirinya keluar sehingga persalinan berjalan spontan. (Lubis 2016)

4) Teori-Teori Penyebab Persalinan

a. Teori Penurunan Kadar Hormon Progesteron

Pada akhir kehamilan terjadi penurunan kadar progesteron yang mengakibatkan peningkatan kontraksi uterus karena sintesa prostaglandin di chorioamnion.

b. Teori Rangsangan Estrogen

Estrogen menyebabkan iritability myometrium, estrogen memungkinkan sintesa prostaglandin pada desidua dan selaput ketuban sehingga menyebabkan kontraksi uterus (myometrium)

c. Teori Reseptor Oksitosin Dan Kontraksi Braxton Hicks

Kontraksi persalinan tidak terjadi secara mendadak, tetapi berlangsung lama dengan persiapan semakin meningkatnya reseptor oksitosin.

d. Teori Keregangan

Rahim yang menjadi besar dan meregang menyebabkan iskemia otot-otot rahim, sehingga mengganggu sirkulasi utero plasenta

e. Teori Fetal Membrane

Meningkatnya hormon estrogen menyebabkan terjadinya esterifikasi yang menghasilkan arachnoid acid, arachnoid acid bekerja untuk pembentukan prostaglandin yang mengakibatkan kontraksi myometrium.

f. Teori Plasenta Sudah Tua

Fetus pada umur kehamilan 40 minggu mengakibatkan sirkulasi pada plasenta menurun segera terjadi degenerasi trofoblas maka akan terjadi penurunan produksi hormone.

g. Teori Tekanan Serviks

Fetus yang berpresentasi baik dapat merangsang akhiran saraf sehingga serviks menjadi lunak dan terjadi dilatasi internum yang mengakibatkan SAR (segmen atas rahim) dan SBR (segmen bawah rahim) bekerja berlawanan sehingga terjadi kontraksi dan retraksi. (Oktarina 2016)

5) Tahapan Persalinan

Tahapan persalinan dibagi menjadi 4 fase atau kala, yakni:

a. Kala I

Kala I disebut juga kala pembukaan yang berlangsung antara pembukaan 0 sampai pembukaan lengkap. Pada permulaan his, kala pembukaan berlangsung tidak begitu kuat sehingga pasien masih dapat berjalan-jalan. Proses pembukaan serviks dibagi menjadi dua fase yaitu:

1. Fase laten

Berlangsung selama 8 jam. Pembukaan terjadi sangat lambat, mulai dari 1 cm sampai mencapai ukuran diameter 3 cm

2. Fase aktif, dibagi dalam tiga fase, yakni:

a) Fase akselerasi, dalam waktu 2 jam pembukaan 3 cm menjadi 4 cm

b) Fase dilatasi maksimal, dalam waktu 2 jam pembukaan berlangsung sangat cepat dari 4 cm menjadi 9 cm

c) Fase deselerasi, pembukaan menjadi lambat sekali. Dalam waktu 2 jam pembukaan dari 9 cm menjadi lengkap

Fase-fase tersebut dijumpai pada primigravida. Pada multigravida pun terjadi demikian tetapi fase laten, fase aktif dan fase deselerasi terjadi lebih pendek. Kala I selesai apabila pembukaan serviks telah lengkap. Pada primigravida kala I berlangsung kira-kira 12 jam sedangkan pada multigravida kira-kira 7 jam.

b. Kala II

Kala 2 disebut juga dengan cara pengeluaran. Ciri utama dari kala 2 adalah

1. His semakin kuat, dengan interval 2 sampai 3 menit dengan durasi 50-100 detik
2. Menjelang akhir kala I ketuban pecah yang ditandai dengan pengeluaran cairan secara mendadak
3. Ketuban pecah pada pembukaan mendeteksi lengkap diikuti keinginan mengejan, karena tertekannya fleksus frankenhauser
4. Kedua kekuatan, his dan mengejan lebih mendorong kepala bayi sehingga terjadi: kepala membuka pintu, sinociput bertindak sebagai hipomoglin berturut-turut lahir ubun-ubun besar, dahi, hidung dan muka serta kepala seluruhnya
5. Kepala lahir seluruhnya dan diikuti oleh putar paksi luar yaitu penyesuaian kepala pada punggung
6. Setelah putar paksi luar berlangsung maka persalinan bayi ditolong dengan jalan:
 - a) Kepala dipegang pada os occiput dan dibawah dagu, ditarik curam ke bawah untuk melahirkan bahu belakang
 - b) Setelah kedua bahu lahir, ketiak dikait untuk melahirkan sisa badan bayi
 - c) Bayi lahir diikuti oleh air ketuban
7. Pada primigravida kala II berlangsung rata-rata 1,5 jam dan pada multipara rata-rata 0,5 jam (Oktarina 2016)

c. Kala III

Setelah kala II, kontraksi uterus berhenti sekitar 5 sampai 10 menit. Dengan lahirnya bayi, maka mulai pelepasan plasentanya pada lapisan Nitabusch, karena sifat retraksi otot rahim. lepasnya plasenta sudah dapat diperkirakan dengan memperhatikan tanda:

1. Terus uterus menjadi bundar
2. Uterus terdorong ke atas karena plasenta dilepas ke segmen bawah rahim
3. Tali pusat bertambah panjang
4. Terjadi perdarahan

Melahirkan plasenta dilakukan dengan dorongan ringan pada fundus uteri. Biasanya plasenta lepas dalam 6 sampai 15 menit setelah bayi lahir. (Oktarina 2016)

d. Kala IV

Kala 4 di maksudkan untuk melakukan observasi karena pendarahan postpartum paling sering terjadi pada 2 jam pertama. Observasi yang dilakukan adalah pemeriksaan tanda-tanda vital kontraksi uterus dan perdarahan. (Oktarina 2016)

8) Asuhan Ibu Bersalin Tiap Kala

Pelaksanaan asuhan kebidanan pada ibu hamil disesuaikan dengan rencana asuhan yang telah disusun dan dilakukan secara komprehensif, efektif, efisien dan aman berdasarkan evidence based kepada ibu. (Handayani dan Mulyati 2017)

a. Kala I

1. Penggunaan partograf, kondisi ibu dan bayi yang dicatat dalam partograf:
 - DJJ tiap 30 menit
 - Frekuensi dan durasi kontraksi tiap 30 menit
 - Nadi tiap 30 menit
 - Pembukaan serviks tiap 4 jam
 - Penurunan bagian terbawah janin tiap 4 jam

- Tekanan darah dan temperatur tubuh tiap 4 jam
 - Urin, aseton dan protein tiap 2-4 jam. (Yulizawati dkk. 2019)
2. Memberikan dukungan persalinan
 3. Pengurangan rasa sakit
 4. Persiapan persalinan
 5. Pemenuhan kebutuhan fisiologis dan psikologis ibu dan janin
 6. Pemenuhan kebutuhan dasar ibu selama persalinan
 - dukungan fisik dan psikologis
 - kebutuhan cairan dan nutrisi
 - kebutuhan eliminasi
 - posisi dan ambulasi
 - pengurangan rasa nyeri
 7. Tanda bahaya kala I
 - perdarahan pervaginam
 - ketuban pecah disertai dengan keluar meconium kental
 - tanda gejala infeksi $>38^{\circ}\text{C}$, mengigil, nyeri abdomen, dan cairan ketuban berbau
 - tekanan darah lebih dari 160/110 mmHg terdapat protein urine (preeklamsia)
 - DJJ kerrang dari 110 atau lebih dari 160 kali per menit
 - tanda-tanda syok seperti nadi cepat dan lemah (lebih dari 110 kali per menit)
 8. Pendokumentasian kala I (Nurhayati 2019)
- b. Kala II
1. Pemantauan ibu
 - kontraksi atau his
 - tanda-tanda kala II
 - keadaan umum

- kemajuan persalinan
2. Pemantauan janin
 - sebelum lahir (frekuensi DJJ, bagian terendah janin, penurunan bagian terendah janin)
 - saat lahir (penilaian sekilas sesaat bayi lahir, menit pertama kelahiran) (Nurhayati 2019)

c. Kala III

Melakukan pertolongan kelahiran plasenta sesuai dengan manajemen aktif kala III yang tercantum dalam asuhan persalinan normal. (Handayani dan Mulyati 2017)

Langkah utama manajemen aktif kala III ada tiga langkah yaitu:

1. Pemberian suntikan oksitosin.

Pemberian suntikan oksitosin dilakukan dalam 1 menit pertama setelah bayi lahir. Namun perlu dipastikan terlebih dahulu tidak ada bayi lain (*undiagnosed twin*) di dalam uterus. Karena Oksitosin dapat menyebabkan uterus berkontraksi yang dapat menurunkan pasokan oksigen pada bayi. Tujuan pemberian suntikan oksitosin menyebabkan uterus berkontraksi dengan kuat dan efektif sehingga mampu membantu pelepasan plasenta dan mengurangi kehilangan darah.

2. Penegangan tali pusat terkendali.

Klem pada tali pusat diletakkan sekitar 5-10 cm dari vulva dikarenakan dengan memegang tali pusat lebih dekat ke vulva akan mencegah evulsi tali pusat. Meletakkan satu tangan di atas *simpisis pubis* dan tangan yang satu memegang klem di dekat vulva, agar bisa merasakan uterus berkontraksi saat plasenta lepas. Segera setelah tanda-tanda pelepasan plasenta terlihat dan uterus mulai berkontraksi tegangkan tali pusat dengan satu tangan dan tangan yang lain (pada dinding abdomen) menekan uterus ke arah lumbal dan kepala ibu (dorso-kranial). Lakukan

secara hati-hati untuk mencegah terjadinya inversio uteri. Lahirkan plasenta dengan peregangan yang lembut mengikuti kurva alamiah panggul (*posterior* kemudian *anterior*). Ketika plasenta tampak di introitus vagina, lahirkan plasenta dengan mengangkat pusat ke atas dan menopang plasenta dengan tangan lainnya. Putar plasenta secara lembut hingga selaput ketuban terpelin menjadi satu.

3. Masase fundus uteri.

Masase fundus uteri segera setelah plasenta lahir, lakukan masase fundus uteri dengan tangan kiri sedangkan tangan kanan memastikan bahwa kotiledon dan selaput plasenta dalam keadaan lengkap. Periksa sisi maternal dan fetal. Periksa kembali uterus setelah satu hingga dua menit untuk memastikan uterus berkontraksi. Evaluasi kontraksi uterus setiap 15 menit selama satu jam pertama pasca persalinan dan setiap 30 menit selama satu jam kedua pasca persalinan. (Yulizawati dkk. 2019)

d. Kala IV

1. Melakukan penjahitan luka jika ada luka pada jalan lahir.
2. Memfasilitasi ibu untuk memperoleh kebersihan diri, istirahat dan nutrisi.
3. Melakukan observasi kala IV sesuai dengan standar asuhan persalinan normal. (Handayani dan Mulyati 2017). Hal-hal yang perlu dipantau selama dua jam pertama pasca persalinan.
 - Pantau tekanan darah, nadi, tinggi fundus, kandung kemih, dan perdarahan setiap 15 menit dalam satu jam pertama dan setiap 30 menit dalam satu jam kedua pada kala IV.
 - Pemijatan uterus untuk memastikan uterus menjadi keras, setiap 15 menit dalam satu jam pertama dan setiap 30 menit dalam jam kedua kala IV.
 - Pantau suhu ibu satu kali dalam jam pertama dan satu kali pada jam kedua pascapersalinan.

- Nilai perdarahan, periksa perineum dan vagina setiap 15 menit dalam satu jam pertama dan setiap 30 menit pada jam kedua.
- Ajarkan ibu dan keluarganya bagaimana menilai tonus dan perdarahan uterus, juga bagaimana melakukan pemijatan jika uterus menjadi lembek. (Yulizawati dkk. 2019)

2.1.3 MASA NIFAS

1) Pengertian

Masa nifas menurut Ambarwati dalam (Mansyur dan Dahlan 2014) adalah masa setelah keluarnya plasenta sampai alat-alat reproduksi pulih seperti sebelum hamil dan secara normal masa nifas berlangsung selama 6 minggu atau 40 hari.

Jadi, Masa Nifas (puerperium) adalah masa setelah keluarnya plasenta sampai pemulihan kembali alat-alat reproduksi seperti keadaan semula sebelum hamil yang berlangsung 6 minggu (40 hari). (Mansyur dan Dahlan 2014)

2) Tahapan masa nifas

a. Puerperium dini (*immediate post partum periode*)

Masa segera setelah plasenta lahir sampai dengan 24 jam, yang dalam hal ini ibu telah diperbolehkan berdiri dan berjalan-jalan. Masa ini sering terdapat banyak masalah misalnya perdarahan karena atonia uteri oleh karena itu bidan dengan teratur harus melakukan pemeriksaan kontraksi uterus, pengeluaran lochia, tekanan darah dan suhu.

b. Puerperium intermedial (*Early post partum periode*)

Masa 24 jam setelah melahirkan sampai dengan 7 hari (1 minggu). Periode ini bidan memastikan bahwa involusio uterus berjalan normal, tidak ada perdarahan abnormal dan lochia tidak terlalu busuk, ibu tidak demam, ibu mendapat cukup

makanan dan cairan, menyusui dengan baik, melakukan perawatan ibu dan bayinya sehari-hari.

c. Remote Puerperium (*Late post partum periode*)

Masa 1 minggu sampai 6 minggu sesudah melahirkan. Periode ini bidan tetap melanjutkan pemeriksaan dan perawatan sehari-hari serta memberikan konseling KB.

(Mansyur dan Dahlan 2014)

3) Kunjungan Masa Nifas

Tabel 2.3 Kunjungan masa nifas

Kunjungan	Waktu	Tujuan
I	6 - 48 jam persalinan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri. 2. Mendeteksi dan merawat penyebab lain perdarahan, serta melakukan rujukan bila perdarahan berlanjut. 3. Memberikan konseling pada ibu dan keluarga mengenai cara mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri. 4. Pemberian ASI awal 5. Mengajarkan cara mempererat hubungan antara ibu dan bayi baru lahir 6. Menjaga bayi tetap sehat melalui pencegahan hipotermi. 7. setelah bidan melakukan pertolongan persalinan, maka bidan harus menjaga ibu dan bayi selama 2 jam pertama setelah kelahiran atau sampai keadaan ibu dan bayi baru lahir dalam keadaan baik.
II	3 - 7 hari setelah persalinan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memastikan involusi uterus berjalan normal:uterus berkontraksi, fundus dibawah umbilicus, tidak ada perdarahan abnormal, tidak ada bau. 2. Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi, perdarahan. 3. Memastikan ibu mendapat istirahat yang cukup. Memastikan ibu mendapat makanan yang bergizi dan cukup cairan 4. Memastikan ibu menyusui dengan

		baik dan benar serta tidak ada tanda-tanda kesulitan menyusui. Memberikan konseling tentang perawatan bayi baru lahir.
III	8 - 28 hari setelah persalinan	Asuhan 8-28 hari sama dengan asuhan pada kunjungan 3-7 hari post partum.
IV	29 - 42 hari setelah persalinan	1. Menanyakan pada ibu tentang kesulitan-kesulitan yang ia atau bayi alami 2. Memberikan konseling untuk KB secara dini.

Sumber : (Juliaستی dkk. 2021)

4) Tanda Bahaya Nifas

a. Perdarahan Postpartum

Perdarahan postpartum dapat dibedakan menjadi sebagai berikut.

1. Perdarahan postpartum primer (Early Postpartum Hemorrhage)
2. Perdarahan postpartum sekunder (Late Postpartum Hemorrhage)

b. Infeksi pada masa postpartum

Gejala umum infeksi berupa suhu badan panas, malaise, denyut nadi cepat. Gejala lokal dapat berupa uterus lembek, kemerahan dan rasa nyeri pada payudara atau adanya disuria.

c. Lochea yang berbau busuk (bau dari vagina)

Lochea dibagi dalam beberapa jenis, antara lain sebagai berikut (Mochtar, 2002).

1. Lochea rubra (cruenta): berisi darah segar dan sisa-sisa selaput ketuban, sel-sel desidua, verniks kaseosa, lanugo, dan mekoneum, selama 2 hari pasca persalinan.
2. Lochea sanguinolenta: berwarna merah kuning berisi darah dan lendir hari ke 3-7 pasca persalinan.
3. Lochea serosa: berwarna kuning, cairan tidak berdarah lagi, pada hari ke 7-14 pasca persalinan.
4. Lochea alba: cairan putih, setelah 2 minggu.

5. Lochea purulenta: terjadi infeksi, keluar cairan seperti nanah berbau busuk.

6. Lochiostasis: lochea tidak lancar keluarnya.

d. Sub involusi uterus (Pengecilan uterus yang terganggu)

Involusi adalah keadaan uterus mengecil oleh kontraksi rahim. Bila pengecilan ini kurang baik atau terganggu di sebut sub involusi. Faktor penyebab sub involusi, antara lain: sisa plasenta dalam uterus, endometritis, adanya mioma uteri.

e. Nyeri pada perut dan pelvis

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

f. Pusing dan lemas yang berlebihan, sakit kepala, nyeri epigastrik, dan penglihatan kabur,

pusing bisa disebabkan oleh tekanan darah tinggi (Sistol ≥ 140 mmHg dan distolnya ≥ 90 mmHg). Pusing yang berlebihan juga perlu diwaspadai adanya keadaan preeklamsi/eklamsi postpartum, atau keadaan hipertensi esensial. Pusing dan lemas yang berlebihan dapat juga disebabkan oleh anemia bila kadar haemoglobin

g. Suhu tubuh $>38^{\circ}\text{C}$

Dalam beberapa hari setelah melahirkan suhu badan ibu sedikit meningkat antara $37,2^{\circ}\text{C}$ - $37,8^{\circ}\text{C}$ hal ini adalah peristiwa fisiologis apabila tidak disertai tanda-tanda infeksi yang lain. Namun apabila terjadi peningkatan melebihi 38°C berturut-turut selama 2 hari kemungkinan terjadi infeksi.

h. Payudara yang berubah menjadi merah, panas, dan terasa sakit.

Keadaan ini dapat disebabkan oleh payudara yang tidak disusu secara adekuat, puting susu yang lecet, BH yang terlalu ketat, ibu dengan diet yang kurang baik, kurang istirahat, serta anemia. Keadaan ini juga dapat merupakan tanda dan gejala adanya

komplikasi dan penyulit pada proses laktasi, misalnya pembengkakan payudara, bendungan ASI, mastitis dan abses payudara.

- i. Kehilangan nafsu makan dalam waktu yang lama.

Kelelahan yang amat berat setelah persalinan dapat mempengaruhi nafsu makan, sehingga terkadang ibu tidak ingin makan sampai kelelahan itu hilang.

Berikanlah makanan yang sifatnya ringan, karena alat pencernaan perlu proses guna memulihkan keadaannya kembali pada masa postpartum.

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

Pembengkakan dapat terjadi karena keadaan edema yang merupakan tanda klinis adanya preeklampsia/eklampsia.

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

Sensasi peregangan kandung kemih juga mungkin berkurang akibat rasa tidak nyaman, yang ditimbulkan oleh episiotomi yang lebar, laserasi, hematoma dinding vagina. (Wahyuni 2018)

5) Kebutuhan dasar ibu nifas

- a. Kebutuhan gizi pada ibu menyusui

- 1. Energi

Untuk menghasilkan 850 cc ASI, dibutuhkan energi 680-807 kkal (rata-rata 750 kkal) energi.

- 2. Protein

Selama menyusui, ibu membutuhkan tambahan protein diatas normal sebesar 20 gram/hari. Dasar ketentuan ini adalah tiap 100 cc ASI mengandung 1,2 gram protein. Selain nutrisi tersebut, ibu menyusui juga dianjurkan makan makanan yang mengandung asam lemak Omega, Zat besi, Vitamin C, Vitamin B-1 dan B-2. Ada

beberapa yang menurut pengalaman masyarakat dapat memperbanyak pengeluaran ASI misalnya sayur daun turi (daun katuk) dan kacang-kacangan.

b. Ambulasi dini (early ambulation)

Adalah seawal mungkin membimbing pasien keluar dari tempat tidurnya dan membimbingnya untuk berjalan. (Mansyur dan Dahlan 2014)

c. Eliminasi

1. Miksi

Miksi disebut normal bila dapat buang air kecil spontan setiap 3-4 jam.

2. Defikasi

Biasanya 2-3 hari post partum masih sulit buang air besar. Jika klien pada hari ketiga belum juga buang air besar maka diberikan laksan supositoria dan minum air hangat.

d. Kebersihan diri

Beberapa langkah penting dalam perawatan kebersihan diri ibu post partum adalah :

1. Jaga kebersihan seluruh tubuh untuk mencegah infeksi dan alergi kulit pada bayi.
2. Membersihkan daerah kelamin dengan sabun dan air..
3. Mengganti pembalut setiap kali darah sudah penuh atau minimal 2 kali dalam sehari.
4. Mencuci tangan dengan sabun dan air setiap kali ia selesai membersihkan daerah kemaluannya.
5. Jika mempunyai luka episiotomy, hindari untuk menyentuh daerah luka.

e. Istirahat

Ibu post partum sangat membutuhkan istirahat yang berkualitas untuk memulihkan kembali keadaan fisiknya. (Mansyur dan Dahlan 2014)

f. Seksual

Secara fisik, aman untuk melakukan hubungan seksual begitu darah merah berhenti dan ibu dapat memasukan satu atau dua jarinya ke dalam vagina tanpa rasa nyeri. (Mansyur dan Dahlan 2014)

g. Senam nifas

Senam kegel akan membantu penyembuhan postpartum dengan jalan membuat kontraksi dan pelepasan secara bergatian pada otot-otot dasar panggul.

2.1.4 NEONATUS

1) Pengertian

Bayi Baru lahir normal adalah bayi yang lahir dalam presentasi belakang kepala melalui vagina tanpa memakai alat, pada usia kehamilan genap 37 minggu sampai 42 minggu, dengan berat badan lahir 2500 - 4000 gram, dengan nilai apgar > 7 dan tanpa cacat bawaan.

Neonatus adalah bayi yang baru mengalami proses kelahiran dan harus menyesuaikan diri dari kehidupan intra uterin ke kehidupan ekstra uterin. Tiga faktor yang mempengaruhi perubahan fungsi dan peoses vital neonatus yaitu maturasi, adaptasi dan toleransi. Empat aspek transisi pada bayi baru lahir yang paling dramatik dan cepat berlangsung adalah pada sisem pernafasan, sirkulasi, kemampuan menghasilkan glukosa. (Jamil, Sukma, dan Hamidah 2017)

2) Ciri-ciri bayi baru lahir normal

- a. Berat badan 2.500 – 4.000 gr
- b. Panjang badan 48-52 cm
- c. Lingkar dada 30-38 cm
- d. Lingkar kepala 33-35 cm

- e. Frekuensi jantung 120-160 kali/menit
- f. Pernapasan \pm 40-60 kali/menit
- g. Kulit kemerah-merahan dan licin karena jaringan subkutan cukup
- h. Rambut lanugo tidak terlihat, rambut kepala biasanya telah sempurna
- i. Kuku agak panjang dan lemas
- j. Genitalia
 - a) Perempuan labia mayora sudah menutupi labia minora
 - b) Laki-laki testis sudah turun, skrotum sudah ada
- k. Refleks hisap dan menelan sudah terbentuk dengan baik
- l. Refleks *morrow* atau gerak memeluk bila dikagetkan sudah baik
- m. Refleks *graps* atau menggenggam sudah baik
- n. Eliminasi baik, mekonium akan keluar dalam 24 jam pertama, mekonium berwarna hitam kecoklatan. (Maternity, Anjani, dan Evrianasari 2018)

3) Tanda bahaya bayi baru lahir

- a. Pernafasan sulit atau lebih dari 60 kali permenit
- b. Suhu terlalu panas ($>38^{\circ}\text{C}$ atau terlalu dingin $<36^{\circ}\text{C}$)
- c. Warna kuning (terutama 24 jam pertama), biru atau pucat
- d. Hisapan lemah, mengantuk berlebihan, sering muntah
- e. Tali pusat merah, bengkak, keluar cairan nanah dan bau busuk
- f. Tidak BAB dan BAK dalam 24 jam
- g. Lemas, lunglai, kejang-kejang, rewel dan menangis terus. (Jamil, Sukma, dan Hamidah 2017)

4) Kunjungan Neonatus

Kunjungan neonatus adalah pelayanan kesehatan kepada neonatus sedikitnya 3 kali yaitu :

- a. Kunjungan neonatus I (KN 1) pada 6 jam sampai dengan 48 jam setelah lahir. Asuhan yang diberikan adalah menjaga kehangatan tubuh bayi, memberikan ASI eksklusif, pencegahan infeksi, perawatan mata, perawatan tali pusat, injeksi vitamin K1, dan imunisasi HB0.
- b. Kunjungan neonatus II (KN 2) pada hari ke 3 sampai dengan hari ke 7 setelah kelahiran. Asuhan yang diberikan adalah menjaga kehangatan tubuh bayi, memberikan ASI eksklusif, memandikan bayi, perawatan tali pusat, dan imunisasi.
- c. Kunjungan neonatus III (KN 3) pada hari ke 8-28 setelah kelahiran. Asuhan yang diberikan kepada bayi adalah memeriksa tanda bahaya dan gejala sakit, menjaga kehangatan tubuh bayi, memberikan ASI eksklusif dan imunisasi.

(Triyanti dkk. 2022)

5) Penanganan Segera Bayi Baru Lahir

Menurut JNPK-KR/POGI, APN, asuhan segera, aman dan bersih untuk bayi baru lahir ialah :

- a. Pencegahan Infeksi
- b. Melakukan penilaian
- c. Pencegahan Kehilangan Panas
- d. Membebaskan Jalan Nafas nafas
- e. Merawat tali pusat
- f. Mempertahankan suhu tubuh bayi
- g. Pencegahan infeksi (Jamil, Sukma, dan Hamidah 2017)

2.1.5 KB/PELAYANAN KONTRASEPSI

1) Pengertian

Kesehatan reproduksi menurut WHO adalah suatu keadaan fisik, mental, dan sosial yang utuh, bukan hanya bebas dari penyakit atau kecacatan dalam segala aspek yang berhubungan dengan sistem reproduksi, fungsi, serta prosesnya. (Priyanti dan Syalfina 2017)

Kesehatan reproduksi menurut hasil ICPD 1994 dalam (Priyanti dan Syalfina 2017) adalah keadaan sempurna fisik, mental, dan kesejahteraan sosial dan tidak semata-mata ketiadaan penyakit atau kelemahan dalam segala hal yang berkaitan dengan sistem reproduksi, fungsi, dan proses.

2) Macam-macam Jenis KB

- a. AKDR/IUD
- b. KB Suntik Progestin (KB suntik 3 bulan)
- c. MAL (*Methode Amenorrhoe Lactation*)
- d. Senggama Terputus/*Coitus Interruptus*
- e. Minipil
- f. Kondom

3) KB Pasca Salin

a. Pengertian

KB pasca persalinan yaitu penggunaan metode kontrasepsi sesudah bersalin. Ada dua jenis pelayanan KB pasca salin yaitu:

1. Immediate postpartum : sesudah melahirkan sampai 48 jam
2. Early postpartum : sesudah 48 jam sampai minggu ke 6 sesudah melahirkan.

b. Tujuan

Tujuan KB pasca persalinan:

1. Menurunkan salah satu komponen 4 terlalu yakni terlalu dekat. Terlalu dekat maksudnya menjaga jarak kehamilan sehingga berkontribusi terhadap penurunan angka kematian ibu maupun bayi.
2. Berkontribusi secara tidak langsung terhadap pengendalian pertumbuhan penduduk beserta dampaknya.

c. Manfaat

1. Bagi ibu

- a) Ibu menjadi sehat dan terhindar dari faktor resiko 4T penyumbang angka kematian bayi
- b) Ibu dapat mengatur kesehatan reproduksinya
- c) Ibu dapat mengatur ekonomi dengan lebih baik
- d) Ibu dapat mencurahkan kasih sayang sepenuhnya bagi bayinya.

2. Bagi bayi/anak

- a) Dengan menyusui, bayi mendapatkan imunisasi pasif dan perlindungan terhadap berbagai penyakit infeksi lainnya.
- b) Tumbuh kembang berjalan secara normal dan bayi menjadi sehat
- c) Mengeratkan hubungan psikologis ibu dan anak

d. Metode KB pasca persalinan

1. Non hormonal

- a) Metode amenorea laktasi
- b) Kondom
- c) Alat kontrasepsi dalam rahim (AKDR)
- d) Abstinensia (kalender)
- e) Kontrasepsi mantap (tubektomi dan vasektomi)

2. Hormonal

- a) Progestin : pil, injeksi, implant.
- b) Kombinasi : pil dan injeksi

Dari seluruh metode kontrasepsi di atas yang digunakan pasca persalinan, yang paling berpotensi untuk *missed opportunity* ber-KB adalah AKDR pasca plasenta / IUD pascasalin.

e. IUD pasca salin/IUD pasca plasenta

1. Pengertian

IUD pascasalin adalah kontrasepsi dalam rahim (AKDR) yang dipasang dalam 10 menit setelah plasenta lahir (sebelum penjahitan uterus pada operasi caesar).

2. Keuntungan

- a) Segera dipasang setelah persalinan
- b) Tidak perlu persiapan khusus
- c) Kesuburan segera pulih setelah pencabutan
- d) Tidak mempengaruhi ASI
- e) Kontrasepsi efektif dan jangka panjang (hingga 12 tahun)

3. Kerugian

- a) Tidak mempunyai efek perlindungan terhadap IMS, termasuk HIV/AIDS
- b) Ada resiko perforasi
- c) Resiko ekspulsi setelah pemasangan

(Siregar dan Sihite 2021)

2.2 KONSEP DASAR ASUHAN KEBIDANAN

Tujuh Langkah Manajemen Kebidanan Menurut Varney

Terdapat 7 langkah manajemen kebidannya menurut Varney yang meliputi:

- 1) Langkah I : Pengumpulan data dasar Dilakukan pengkajian dengan pengumpulan semua data yang diperlukan untuk megevaluasi keadaan klien secara lengkap. Mengumpulkan semua informasi yang akurat dari sumber yang berkaitan dengan kondisi klien.
- 2) Langkah II: Interpretasi data dasar Dilakukan identifikasi yang benar terhadap diagnosa atau masalah klien atau kebutuhan berdasarkan interpretasi yang benar atas data-data yang telah dikumpulkan. Kata “masalah dan diagnose” keduanya digunakan karena beberapa masalah tidak dapat diselesaikan seperti diagnosa tetapi membutuhkan penanganan yang dituangkan dalam rencana asuhan kebidanan terhadap klien. Masalah bisa menyertai diagnose. Kebutuhan adalah suatu bentuk asuhan yang harus diberikan kepada klien, baik klien tahu ataupun tidak tahu.
- 3) Langkah III: mengidentifikasi diagnosa atau masalah potensial Mengidentifikasi masalah atau diagnosa potensial lain berdasarkan rangkaian masalah dan diagnosa yang sudah diidentifikasi. Membutuhkan antisipasi, bila mungkin dilakukan pencegahan. Penting untuk melakukan asuhan yang aman.
- 4) Langkah IV: Identifikasi kebutuhan yang memerlukan penanganan segera. Mengidentifikasi perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter dan atau untuk dikonsultasikan atau ditangani bersama dengan anggota tim kesehatan yang lain sesuai dengan kondisi klien.
- 5) Langkah V: Merencanakan asuhan yang menyeluruh Merencanakan asuhan yang menyeluruh, ditentukan oleh langkah-langkah sebelumnya. Rencana asuhan yang menyeluruh meliputi apa yang sudah diidentifikasi dari klien dan dari kerangka pedoman antisipasi terhadap wanita tersebut seperti apa yang diperkirakan akan terjadi berikutnya.

- 6) Langkah VI: Melaksanakan perencanaan Melaksanakan rencana asuhan pada langkah ke lima secara efisien dan aman. Jika bidan tidak melakukannya sendiri ia tetap memikul tanggung jawab untuk mengarahkan pelaksanaannya.
- 7) Langkah VII: Evaluasi Dilakukan evaluasi keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan meliputi pemenuhan kebutuhan akan bantuan apakah benar-benar telah terpenuhi sesuai dengan kebutuhan sebagaimana telah diidentifikasi dalam masalah dan diagnosa. (Handayani dan Mulyati 2017)

Metode Pendokumentasian SOAP

1) Data Subjektif

Data subjektif berhubungan dengan masalah dari sudut pandang klien. Ekspresi klien mengenai kekhawatiran dan keluhannya yang dicatat sebagai kutipan langsung atau ringkasan yang akan berhubungan langsung dengan diagnosis. Pada klien yang menderita tuna wicara, dibagian data dibagian data dibelakang huruf "S", diberi tanda huruf "O" atau "X". Tanda ini akan menjelaskan bahwa klien adalah penderitanya tuna wicara. Data subjektif ini nantinya akan menguatkan diagnosis yang akan disusun.

2) Data Objektif

Data objektif merupakan pendokumentasian hasil observasi yang jujur, hasil pemeriksaan fisik klien, hasil pemeriksaan laboratorium. Catatan medik dan informasi dari keluarga atau orang lain dapat dimasukkan dalam data objektif ini sebagai data penunjang. Data ini akan memberikan bukti gejala klinis klien dan fakta yang berhubungan dengan diagnosis.

3) Analisis

Langkah ini merupakan pendokumentasian hasil analisis dan intepretasi (kesimpulan) dari data subjektif dan objektif. Analisis data adalah melakukan intepretasi data yang telah dikumpulkan, mencakup diagnosis, masalah kebidanan, dan kebutuhan.

4) Penatalaksanaan

Penatalaksanaan adalah mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan secara komprehensif; penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi/follow up dan rujukan. (Handayani dan Mulyati 2017)

2.2.1 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan Pada Kehamilan

Pengkajian

Pengkajian ini dilakukan dengan mengumpulkan semua informasi yang akurat, relevan dan lengkap dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi klien, yaitu meliputi data subyektif dan data obyektif.

1) Data Subyektif

a. Identitas

Meliputi (Nama, Usia, Suku/Bangsa, Agama, Pendidikan, Pekerjaan, Alamat)

b. Keluhan Utama

c. Riwayat Menstruasi

d. Riwayat Perkawinan

e. Riwayat Kehamilan, Persalinan, dan Nifas yang Lalu

f. Riwayat Hamil Sekarang

g. Riwayat Penyakit yang Lalu/Operasi

h. Riwayat Penyakit Keluarga

i. Riwayat Gynekologi

j. Riwayat Keluarga Berencana

k. Pola Pemenuhan Kebutuhan Sehari-hari

2) Data Obyektif

a. Pemeriksaan Umum

Meliputi (Keadaan Umum, Kesadaran, Keadaan Emosional, Tinggi Badan, Berat Badan [sebelum dan saat hamil], LILA, Tanda-tanda Vital [TD, suhu, nadi, RR])

b. Pemeriksaan Fisik

1. Muka (pucat, oedema)
2. Mata (konjungtivam simetris, sclera)
3. Mulut (lembab, pucat)
4. Gigi/Gusi (caries, oedema gusi)
5. Leher (pembesaran kelenjar tyroid, limfe, vena jugularis)
6. Payudara (Areola, putting menonjol/tidak, keluar kolostrum/belum)
7. Perut: Inspeksi (striae Gravidarum, Linea Gravidarum Leopold I-IV, DJJ, TBJ)
8. Genetalia (oedema, varises vagina, pengeluaran vagina)
9. Ektremitas (atas dan bawah, oedema, varises)

c. Pemeriksaan Penunjang

1. Hemoglobin (hemoglobin > 10gr/dL).
2. Golongan darah (Untuk mempersiapkan calon pendonor darah jika sewaktu-waktu diperlukan karena adanya situasi kegawatdaruratan)
3. USG (letak janin, perlekatan plasenta, lilitan tali pusat, gerakan janin, denyut jantung janin, mendeteksi tafsiran berat janin dan tafsiran tanggal persalinan serta mendeteksi adanya kelainan pada kehamilan)
4. Protein urine dan glukosa urine (Urine negative untuk protein dan glukosa.)

3) Analisis

Perumusan diagnosa kehamilan disesuaikan dengan nomenklatur kebidanan. Perumusan masalah disesuaikan dengan kondisi ibu. keluhan yang muncul pada kehamilan trimester III.

4) Penatalaksanaan

Pelaksanaan asuhan kebidanan pada ibu hamil disesuaikan dengan rencana asuhan yang telah disusun dan dilakukan secara komprehensif, efektif, efisien dan aman berdasarkan evidence based kepada ibu dalam bentuk upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif.

(Handayani dan Mulyati 2017)

2.2.2 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan Pada Masa Bersalin

Pengkajian

Pengkajian ini dilakukan dengan mengumpulkan semua informasi yang akurat, relevan, dan lengkap dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi klien, yaitu meliputi data subyektif dan data obyektif.

1) Data Subyektif

a. Identitas

Meliputi (Nama, Usia, Suku/Bangsa, Agama, Pendidikan, Pekerjaan, Alamat)

b. Keluhan Utama

c. Pola Nutrisi

d. Pola Eliminasi

e. Pola Istirahat

2) Data Obyektif

a. Pemeriksaan Umum

Meliputi (Keadaan Umum, Kesadaran, Keadaan Emosional, Berat Badan [sebelum dan saat hamil], Tanda-tanda Vital [TD, nadi, suhu, RR])

b. Pemeriksaan Fisik

1. Muka (pucat, oedema)

2. Mata (simetris, kongjungtiva, sclera)

3. Payudara (areola, puting menonjol/tidak, keluar kolostrum/belum)

4. Ekstremitas (atas dan bawah, oedema, varises, refleks patella)

c. Pemeriksaan Khusus

1. Abdomen (Striae Gravidarum, Linea Gravidarum, Leopold I-IV, DJJ, TBJ, kontraksi uterus).

2. Genetalia

a) Pengeluaran (warna, bau, jumlah)

b) Pemeriksaan dalam (vulva/uretra, portio, dilatasi, *effacement*, selaput ketuban, bagian terendah janin, caput succadneum, penurunan kepala, penunjuk, bagian menumbang, moulase)

d. Pemeriksaan Penunjang

3) Analisis

Perumusan Diagnosa dan atau Masalah Kebidanan Perumusan diagnosa persalinan disesuaikan dengan nomenklatur kebidanan. Perumusan masalah disesuaikan dengan kondisi ibu.

4) Penatalaksanaan

Pelaksanaan asuhan kebidanan pada ibu hamil disesuaikan dengan rencana asuhan yang telah disusun dan dilakukan secara komprehensif, efektif, efisien dan aman berdasarkan evidence based kepada ibu.

(Handayani dan Mulyati 2017)

2.2.3 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan Pada Masa Nifas

Pengkajian

Pengkajian ini dilakukan dengan mengumpulkan semua informasi yang akurat, relevan dan lengkap dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi klien, yaitu meliputi data subyektif dan data obyektif.

1) Data Subyektif

a. Identitas

Meliputi (Nama, Usia, Suku/Bangsa, Agama)

b. Pendidikan

c. Pekerjaan

d. Alamat

e. Keluhan Utama

f. Pemenuhan Kebutuhan Sehari-hari

Meliputi (Pola Nutrisi, Pola Eliminasi, Personal Hygiene, Istirahat, Aktivitas, Hubungan Seksual)

g. Data Psikologis

1. Respon orangtua terhadap kehadiran bayi dan peran baru sebagai orangtua.
2. Respon anggota keluarga terhadap kehadiran bayi
3. Dukungan Keluarga

2) Data Obyektif

a. Pemeriksaan Umum

1. Keadaan Umum
2. Kesadaran
3. Keadaan Emosional
4. Tanda-tanda Vital (TD, suhu, nadi, RR)

b. Pemeriksaan Fisik

1. Payudara (areola, puting susu menojol/tidak, ASI keluar/belum)
2. Perut (linea nigra, TFU, kontraksi uterus)
3. Vulva dan Perineum (oedema, varises vagina, pengeluaran lokhea, luka perineum)
4. Ekstremitas (oedema, tanda homan, tanda thrombophlebitis femoralis)

c. Pemeriksaan Penunjang

3) Analisis

Perumusan diagnosa masa nifas disesuaikan dengan nomenklatur kebidanan.

Perumusan masalah disesuaikan dengan kondisi ibu.

4) Penatalaksanaan

Pelaksanaan asuhan kebidanan pada ibu nifas disesuaikan dengan rencana asuhan yang telah disusun dan dilakukan secara komprehensif, efektif, efisien dan aman berdasarkan evidence based kepada ibu dan atau keluarga dalam bentuk upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif.

(Handayani dan Mulyati 2017)

2.2.4 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan Pada Neonatus

Pengkajian

Pengkajian ini dilakukan dengan mengumpulkan semua informasi yang akurat, relevan dan lengkap dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi klien, yaitu meliputi data subyektif dan data obyektif.

1) Data Subyektif

a. Identitas Bayi

Meliputi (Nama, Jenis Kelamin, dan Anak ke-)

b. Identitas Orangtua

Meliputi (Nama, Usia, Suku/Bangsa, Agama, Pendidikan, Pekerjaan, Alamat)

c. Data Kesehatan

1. Riwayat Kehamilan (G..P..A, usia kehamilan, frekuensi ANC, imunisasi TT, kenaikan BB saat hamil, Riwayat komplikasi, kebiasaan waktu hamil)
2. Riwayat Persalinan (lama persalinan, warna air ketuban, jenis persalinan, penolong, jam dan tanggal lahir, jenis kelamin, caput, komplikasi persalinan)

3. Keadaan bayi baru lahir (denyut jantung, usaha nafas, tonus otot, reflek, warna kulit)

2) Data Obyektif

a. Pemeriksaan Umum

Meliputi (Keadaan Umum, Tanda-tanda Vital [nadi, suhu, RR], Antropometri [BB, PB, LK], Apgar Score)

b. Pemeriksaan Fisik Khusus

1. Kulit (tampak pucat atau sianosis)
2. Kepala (ubun-ubun, sutura, moulase, caput succedaneum, cephal hematoma, hidrocefalus)
3. Mata (bersih)
4. Telinga (jumlah, bentuk dan posisinya)
5. Hidung (Tidak ada kelainan bawaan atau cacat lahir)
6. Mulut: (bersih, palatoskisis, labiopalatoskisis, sianosis, mukosa kering/basah)
7. Leher (pembengkakan dan benjolan)
8. Klavikula (Gerakan)
9. Dada (Tidak ada retraksi dinding dada bawah yang dalam)
10. Umbilikus (perdarahan tali pusat, tanda-tanda pelepasan dan infeksi)
11. Ekstremitas (atas dan bawah, Gerakan, bentuk, jumlah)
12. Punggung (spina bifida)
13. 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)
14. Anus (tidak ada lesung atau sinus dan memiliki sfingter ani)
15. Eliminasi

c. Pemeriksaan Refleks

Meliputi (Morro, Rooting, Sucking, Grasping, Startle, Tonic Neck, Neck Righting, Babinski)

3) Analisis

Perumusan diagnosa pada bayi baru lahir disesuaikan dengan nomenklatur kebidanan, seperti Normal Cukup Bulan, Sesuai Masa Kehamilan (NCB SMK).

4) Penatalaksanaan

Pelaksanaan asuhan kebidanan pada bayi baru lahir disesuaikan dengan rencana asuhan yang telah disusun dan dilakukan secara komprehensif, efektif, efisien dan aman berdasarkan evidence based kepada bayi, meliputi membersihkan jalan napas, memotong dan merawat tali pusat, mempertahankan suhu tubuh bayi dengan cara mengeringkan bayi dengan handuk kering dan melakukan IMD, memberikan vitamin K 1 mg, melakukan pencegahan infeksi pada tali pusat, kulit dan mata serta memberikan imunisasi Hb-0.

(Handayani dan Mulyati 2017)

2.2.5 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan Pada Akseptor KB

Metode empat pendokumentasian yang disebut SOAP ini dijadikan proses pemikiran penatalaksanaan kebidanan. Digunakan untuk mendokumentasikan hasil klien dalam rekaman medis klien sebagai catatan perkembangan kemajuan yaitu:

1) Data Subjektif

a. Identitas

Meliputi (Nama, Usia, Agama, Pendidikan, Pekerjaan, Alamat)

b. Alasan klien datang periksa

c. Riwayat kesehatan sekarang dan yang lalu

d. Riwayat hamil, persalinan, dan nifas yang dulu

e. Riwayat Haid (teratur, siklus, lama, banyak, bau, warna, flour albous, keluhan)

f. Riwayat Perkawinan

g. Riwayat KB

2) Data Objektif

a. Pemeriksaan Umum

Meliputi (Kesadaran umum, Kesadaran, Tanda-tanda vital [TD, suhu, nadi, RR], BB dan TB)

b. Pemeriksaan fisik

1. Kepala (rambut normal/tidak mudah rontok)
2. Muka (ada/tidak ada flek, ada/tidak cloasma)
3. Mata (sclera kuning/tidak)
4. Leher (pembesaran kelenjar tiroid dan vena jugularis)
5. Payudara (benjolan abnormal, puting susu menonjol/tidak, ASI keluar/tidak)
6. Abdomen (bekas luka)
7. Genitalia (keputihan, varises vagina, tanda Chadwick, kelenjar Bartolini, pemeriksaan dalam)
8. Ekstermitas (odema, varises)

3) Analisis

Merupakan keputusan yang ditegakkan dari hasil perumusan masalah yang mencakup kondisi, masalah dan prediksi terhadap kondisi tersebut. Penegakan diagnosa kebidanan dijadikan sebagai dasar tindakan dalam upaya menunggulangi ancaman keselamatan pasien/klien.

4) Penatalaksanaan

- a. Konseling tentang kontrasepsi
- b. Menjelaskan tentang kontrasepsi yang dipilihnya serta dengan efek sampingnya
- c. Berikan informed consent

- d. Beritahu klien untuk melakukan kunjungan ulang
- e. Berikan kartu peserta KB dan minta klien untuk membawanya saat kunjungan ulang
- f. Lakukan pendokumentasian, sebagai bukti tindakan dan sebagai bahan pelaporan.

