

BAB II

TINJAUAN TEORITIS

A. Kehamilan

1. Konsep Dasar Kehamilan

a. Pengertian Kehamilan

Kehamilan didefinisikan sebagai fertilisasi atau penyatuan dari *spermatozoa* dan *ovum* dan dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi. Bila dihitung dari saat fertilisasi hingga lahirnya bayi, kehamilan normal akan berlangsung dalam waktu 40 minggu atau 10 bulan atau 9 bulan menurut kalender internasional. Kehamilan terbagi dalam 3 trimester, dimana trimester kesatu berlangsung dalam 12 minggu, trimester kedua 15 minggu (minggu ke-13 hingga ke-27) dan trimester ketiga 13 minggu (minggu ke-28 hingga ke-40). (Walyani, 2015).

b. Fisiologi Kehamilan

Penentuan dan dugaan terhadap kehamilan sangat terkait dengan pengetahuan tentang fisiologi awal kehamilan.

1) Ovum (sel telur)

Pertumbuhan embrional oogonium yang kelak menjadi ovum terjadi di genital ridge. Urutan pertumbuhan ovum (oogenesis) adalah: oogonia, oosit pertama, primary ovarian follicle, liquor folliculi, pematangan pertama ovum dan pematangan kedua ovum pada saat sperma membuahi ovum.

2) Spermatozoa (sel mani)

Sperma bentuknya seperti kecebong terdiri atas empat bagian, yaitu kepala yang berisi inti (nukleus), leher, bagian tengah, nium membelah dan spermatosit pertama membelah dua, spermatosit kedua membelah dua dan spermatid tumbuh menjadi spermatozoon.

3) Pembuahan (Konsepsi/Fertilisasi)

Pembuahan adalah suatu peristiwa persatuan antara sel mani dan sel telur di tuba fallopi. Hanya satu sperma yang telah mengalami proses kapabilitas dapat melintasi zona pellusida masuk ke villetus ovum. Setelah itu, zona pellusida mengalami perubahan sehingga tidak dapat dilalui

sperma lain. Persatuan ini dalam prosesnya diikuti oleh persatuan pronuklei, keduanya disebut zygot yang terdiri atas acuan genetik dari wanita dan pria. Dalam beberapa jam setelah pembuahan, mulailah pembelahan zygot yang berjalan lancar dalam tiga hari sampai dalam stadium morula. Hasil konsepsi ini dengan urutan tetap bergerak ke arah rongga rahim. Hasil konsepsi sampailah dalam kavum uteri dalam peringkat blastula.

4) Nidasi (Implantasi)

Nidasi adalah masuknya atau tertanamnya hasil konsepsi dalam endometrium. Blastula diselubungi oleh simpai yang disebut trofoblas, yang mampu menghancurkan dan mencairkan jaringan. Ketika blastula mencapai rongga rahim, jaringan endometrium berada pada masa sekresi. Jaringan endometrium ini banyak mengandung sel-sel desidua, yaitu sel-sel besar yang banyak mengandung glikogen serta mudah dihancurkan oleh trofoblas.

Blastula dengan bagian yang berisi massa sel dalam (*inner-cell-mass*) akan mudah masuk ke dalam desidua hingga menyebabkan luka kecil yang kemudian sembuh dan menutup lagi. Itulah sebabnya pada saat nidasi terjadi sedikit perdarahan akibat luka desidua (tanda Hartman). Umumnya, nidasi terjadi pada dinding depan atau belakang rahim (korpus) dekat fundus uteri.

Bila nidasi telah terjadi, dimulailah diferensiasi sel-sel blastula. Sel-sel lebih kecil yang terletak dekat ruang exocoeloma membentuk entoderm dan yolk sac, sedangkan sel-sel yang lebih besar menjadi endoderm dan membentuk ruang amnion sehingga terbentuklah lempeng embrional (*embryonal plate*) diantara amnion dan yolk sac.

Sel-sel trofoblas mesodermal yang tumbuh sekitar mudigah (*embrio*) akan melapisi bagian dalam trofoblas, dengan demikian terbentuklah sekat korionik (*chorionic membrane*) yang telah menjadi korion. Sel-sel trofoblas tumbuh menjadi dua lapisan, yaitu sitotrofoblas di sebelah dalam dan sinsitiotrofoblas di sebelah luar.

Villi korionik yang berhubungan dengan desidua basalis tumbuh bercabang-cabang dan disebut korion profundus, sedangkan yang berhubungan dengan desidua kapsularis kurang mendapat makanan sehingga akhirnya menghilang dan disebut chorion leave.

5) Plasenta

Pertumbuhan dan perkembangan desidua terjadi konsepsi karena pengaruh hormon terus tumbuh sehingga makin lama makin tebal. Desidua adalah mukosa rahim pada kehamilan yang terbagi atas desidua basalis, terletak diantara hasil konsepsi dan dinding rahim, di sini plasenta terbentuk. Desidua kapsularis, meliputi hasil konsepsi ke arah rongga rahim yang lama kelamaan bersatu dengan desidua vera karena obliterasi. Desidua vera, meliputi lapisan dalam dinding rahim lainnya (Yanti, 2017).

c. Tanda dan Gejala Kehamilan

Untuk dapat menegakkan kehamilan ditetapkan dengan melakukan penilaian terhadap beberapa tanda dan gejala kehamilan.

1) Tanda Dugaan Hamil

Adapun tanda dugaan hamil adalah sebagai berikut:

a) *Amenorea* (berhentinya menstruasi)

Konsepsi dan nidasi menyebabkan tidak terjadi pembentukan *folikel de graaf* dan ovulasi sehingga menstruasi tidak terjadi. Lamanya amenorea dapat diinformasikan dengan memastikan Hari Pertama Haid Terakhir (HPHT), dan digunakan untuk memperkirakan usia kehamilan dan tafsiran persalinan. Tetapi, *amenorhea* juga dapat disebabkan oleh penyakit kronik tertentu, tumor *pituitari*, perubahan dan faktor lingkungan, malnutrisi, dan biasanya gangguan emosional seperti ketakutan akan kehamilan.

b) Mual (*nausea*) dan muntah (*emesis*)

Pengaruh *estrogen* dan *progesteron* terjadi pengeluaran asam lambung yang berlebihan dan menimbulkan mual muntah yang terjadi terutama pada pagi hari yang disebut *morning sickness*. Dalam batas tertentu hal ini masih fisiologis, tetapi bila terlampau sering dapat menyebabkan gangguan kesehatan yang disebut dengan *hiperemesis gravidarum*.

c) Ngidam (menginginkan makan tertentu)

Wanita hamil sering menginginkan makanan tertentu, keinginan yang demikian disebut ngidam. Ngidam sering terjadi pada bulan-bulanan pertama kehamilan dan akan menghilang dengan tuanya kehamilan.

d) *Syncope* (pingsan)

Terjadinya gangguan sirkulasi kedaerah kepala (sentral) menyebabkan iskemia susunan saraf pusat dan menimbulkan *syncope* atau pingsan. Hal ini sering terjadi terutama jika berada pada tempat yang ramai, biasanya akan hilang setelah 16 minggu.

e) Kelelahan

Sering terjadi pada trimester pertama, akibat dari penurunan kecepatan basal metabolisme (*Basal Metabolisme Rate-BMR*) pada kehamilan yang akan meningkat seiring pertambahan usia kehamilan akibat aktivitas metabolisme hasil konsepsi.

f) Payudara Tegang

Estrogen meningkatkan perkembangan sistem duktus pada payudara, sedangkan *progesteron* menstimulasi perkembangan sistem *alveolar* payudara. Bersama *somatomamotropin*, hormon-hormon ini menimbulkan pembesaran payudara, menimbulkan perasaan tegang dan nyeri selama dua bulan pertama kehamilan, pelebaran puting susu, serta pengeluaran kolostrum.

g) Sering miksi

Desakan rahim kedepan menyebabkan kandung kemih cepat terasa penuh dan sering miksi. Frekuensi miksi yang sering, terjadi pada triwulan pertama akibat desakan uterus ke kandung kemih. Pada triwulan kedua umumnya keluhan ini akan berkurang karena uterus yang membesar keluar dari rongga panggul. Pada akhir triwulan, gejala bisa timbul karena janin mulai masuk ke rongga panggul dan menekan kembali kandung kemih.

- h) Konstipasi atau obstipasi
Pengaruh *progesteron* dapat menghambat peristaltik usus (tonus otot menurun) sehingga kesulitan untuk BAB.
 - i) Pigmentasi kulit
Pigmentasi terjadi pada usia kehamilan lebih dari 12 minggu. Terjadi akibat pengaruh hormon *kortikosteroid* plasenta yang merangsang *melanofor* dan kulit.
 - j) *Epulis*
Hipertropi papila gingivae/gusi, sering terjadi pada triwulan pertama.
 - k) Varises
Pengaruh *estrogen* dan *progesteron* menyebabkan pelebaran pembuluh darah terutama bagi wanita yang mempunyai bakat. Varises dapat terjadi disekitar genitalia eksterna, kaki dan betis, serta payudara. Penampakan pembuluh darah ini dapat hilang setelah persalinan (Walyani, 2015).
- 2) Tanda Kemungkinan (*Probability Sign*)
- Tanda kemungkinan adalah perubahan-perubahan fisiologis yang dapat diketahui oleh pemeriksa dengan melakukan pemeriksaan fisik kepada wanita hamil. Tanda kemungkinan ini terdiri atas hal-hal berikut ini:
- a) Pembesaran perut
Terjadi akibat pembesaran uterus. Hal ini terjadi pada bulan keempat kehamilan.
 - b) *Tanda hegar*
Tanda hegar adalah pelunakan dan dapat ditekannya isthimus uteri.
 - c) *Tanda goodel*
Adalah pelunakan serviks. Pada wanita yang tidak hamil serviks seperti ujung hidung, sedangkan pada wanita hamil melunak seperti bibir.
 - d) *Tanda chadwick*
Perubahan warna menjadi keunguan pada vulva dan mukosa vagina termasuk juga porsio dan serviks.
 - e) *Tanda piscaseck*

Merupakan pembesaran uterus yang tidak simetris. Terjadi karena *ovum* berimplantasi pada daerah dekat dengan kornu sehingga daerah tersebut berkembang lebih dulu.

f) *Kontraksi braxton hicks*

Merupakan peregangan sel-sel otot uterus, akibat meningkatnya *actomysin* didalam otot uterus. Kontraksi ini tidak bermitrik, sporadis, tidak nyeri, biasanya timbul pada kehamilan delapan minggu, tetapi baru dapat diamati daeri pemeriksaan abdominal pada trimester ketiga. Kontraksi ini akan terus meningkat frekuensinya, lamanya dan kekuatannya sampai mendekati persalinan.

g) *Teraba ballotement*

Ketukan yang mendadak pada uterus menyebabkan janin bergerak dalam cairan ketuban yang dapat dirasakan oleh tangan pemeriksa. Hal iini harus ada pada pemeriksaan kehamilan karena perabaan bagian seperti bentuk janin saja tidak cukup karena dapat saja merupakan myoma uteri.

h) Pemeriksaan tes biologis kehamilan (planotest) positif

Pemeriksaan ini adalah untuk mendeteksi adanya *Human Chorionic Gonadotropin* (hCG) yang diproduksi oleh *sinsiotropoblastik* sel selama kehamilan. Hormon direkresi ini peredaran darah ibu (pada plasma darah), dan dieksresi pada urine ibu. Hormon ini dapat mulai dideteksi pada 26 hari setelah konsepsi dan meningkat dengan cepat pada hari ke 30-60. Tingkat tertinggi pada hari 60-70 usia gestasi, menurun pada hari ke 100-130 (Walyani, 2015).

3) Tanda Pasti (*Positive Sign*)

Tanda pasti adalah tanda yang menunjukkan langsung keberadaan janin, yang dapat dilihat langsung oleh pemeriksa. Tanda pasti kehamilan terdiri atas hal-hal berikut ini :

a) Gerakan janin dalam rahim

Gerakan janin ini harus dapat diraba dengan jelas oleh pemeriksa. Gerakan janin baru dapat dirasakan pada usia kehamilan sekitar 20 minggu.

b) Denyut jantung janin

Dapat didengar dengan pada usia 12 minggu dengan menggunakan alat *fetal electrocardiograf* (misalnya dopler). Dengan *stethoscope laenec*, DJJ baru dapat didengar pada usia kehamilan 18-20 minggu.

c) Bagian-bagian janin

Bagian-bagian janin yaitu bagian besar janin (kepala dan bokong) serta bagian kecil janin (lengan dan kaki) dapat diraba dengan jelas pada usia kehamilan lebih tua (trimester terakhir). Bagian janin ini dapat dilihat lebih sempurna lagi menggunakan USG.

d) Kerangka janin

Kerangka janin dapat dilihat dengan foto rontgen maupun ultrasonografi (Walyani, 2015).

d. Perubahan-Perubahan Fisiologi Dalam Kehamilan

Hampir seluruh tubuh wanita mengalami perubahan, terutama pada alat kandungan, dan juga organ lainnya.

1) Perubahan Pada Sistem Reproduksi

a) Uterus

Untuk akomodasi pertumbuhan janin, rahim membesar akibat *hipertrofi* dan *hiperplasia* otot polos rahim, serabut-serabut kolagennya menjadi *higroskopik*, *endometrium* menjadi desidua. Ukuran pada kehamilan cukup bulan: 30 x 25 x 20 cm dengan kapasitas lebih dari 4000 cc.

Tabel 2.1
Hubungan Tua Kehamilan (Bulan), Besar Uterus
Dan Tinggi Fundus Uteri

Akhir Bulan	Besar Uterus	Tinggi Fundus Uteri
1	Lebih besar dari biasa	Belum teraba
2	Telur bebek	Di belakang simfisis
3	Telur angsa	1-2 jari di atas simfisis
4	Kepala bayi	Pertengahan simfisis-pusat
5	Kepala dewasa	2-3 jari di bawah pusat
6	Kepala dewasa	Kira-kira setinggi pusat
7	Kepala dewasa	2-3 jari diatas pusat
8	Kepala dewasa	Pertengahan pusat-prosesus xypodeus
9	Kepala dewasa	3 jari dibawah Px
10	Kepala dewasa	Sama dengan kehamilan 8 bulan tetapi melebar ke samping

Sumber: Sofian, 2013

b) Indung Telur (Ovarium)

Ovulasi terhenti, masih terdapat *korpus luteum graviditas* sampai terbentuknya uri yang mengambil alih pengeluaran *estrogen* dan *progesteron*.

c) Vagina dan Vulva

Karena pengaruh *estrogen*, terjadi perubahan pada vagina dan vulva. Akibat bertambahnya *hipervaskularisasi*, vagina dan vulva terlihat lebih merah atau kebiruan.

d) Dinding Perut (*Abdominal Wall*)

Pembesaran rahim menimbulkan peregangan dan menyebabkan robeknya serabut elastik dibawah kulit sehingga timbul *striae gravidarum*.

Jika terjadi peregangan yang hebat, misalnya pada hidramnion dan kehamilan ganda, dapat terjadi *diastasi rekti*, bahkan *hernia*. Kulit perut pada linea alba bertambah pigmentasinya dan disebut *linea nigra* (Sofian, 2013).

2) Sistem Sirkulasi Darah

Volume darah total dan volume plasma darah naik pesat sejak akhir trimester pertama. Volume darah akan bertambah banyak, kira-kira 25%, dengan puncaknya pada kehamilan 32 minggu, diikuti pertambahan curah jantung yang meningkat sebanyak 30%. Gambaran protein dalam serum berubah, jumlah protein, albumin, dan gamaglobulin menurun dalam triwulan pertama dan meningkat secara bertahap pada akhir kehamilan. Sedangkan hematokrit cenderung menurun karena kenaikan relatif volume plasma darah. Konsentrasi Hb terlihat menurun, walaupun sebenarnya lebih besar dibandingkan Hb orang yang tidak hamil. Anemia fisiologis ini disebabkan oleh volume plasma darah yang meningkat.

Tekanan darah arteri cenderung menurun, terutama selama trimester kedua, kemudian akan naik lagi seperti pada pra-hamil. Tekanan vena dalam batas-batas normal pada ekstremitas atas dan bawah, cenderung naik setelah akhir trimester pertama. Nadi biasanya naik, nilai rata-ratanya 84 per menit (Sofian, 2013).

3) Sistem Pernapasan

Wanita hamil kadang-kadang mengeluh sesak dan pendek napas. Hal itu disebabkan oleh usus yang tertekan ke arah diafragma akibat pembesaran rahim. Kapasitas vital paru sedikit meningkat selama hamil. Seorang wanita hamil selalu bernapas lebih dalam. Yang lebih menonjol adalah pernapasan dada (Sofian, 2013).

4) Saluran Pencernaan (*Traktus Digestivus*)

Salivasi meningkat dan pada trimester pertama timbul keluhan mual dan muntah. Tonus otot-otot saluran pencernaan melemah sehingga motilitas dan makanan akan lebih lama berada dalam saluran makanan. Resorpsi makanan baik, tetapi akan timbul obstipasi. Gejala muntah sering terjadi, biasanya pada pagi hari, disebut *morning sickness* (Sofian, 2013)

5) Metabolisme

Umumnya kehamilan mempunyai efek pada metabolisme. Karena itu, wanita hamil perlu mendapat makanan yang bergizi dan berada dalam kondisi sehat (Sofian, 2013)

6) Payudara (*Mammae*)

Terjadi perubahan pada payudara. Selama kehamilan, payudara bertambah besar, tegang dan berat. Dapat teraba *noduli-noduli*, akibat *hipertrofi* kelenjar *alveoli*, bayangan vena-vena lebih membiru. *Hiperpigmentasi* terjadi pada puting susu dan *areola* payudara. Kalau diperas, keluar susu jolong (*kolostrum*) yang berwarna kuning (Sofian, 2013).

e. Tanda Bahaya Dalam Kehamilan

Pada setiap kunjungan antenatal bidan harus mengajarkan pada ibu bagaimana mengenal tanda-tanda bahaya, dan menganjurkan untuk datang ke klinik dengan segera jika ia mengalami tanda-tanda bahaya tersebut. Dari beberapa pengalaman akan lebih baik memberikan pendidikan kepada ibu dan anggota keluarganya, khususnya pembuat keputusan utama, sehingga si ibu akan didampingi untuk mendapatkan asuhan. Enam tanda-tanda bahaya selama periode antenatal adalah:

- 1) Perdarahan pervaginam
- 2) Sakit kepala yang hebat, menetap yang tidak hilang
- 3) Perubahan visual secara tiba-tiba (pandangan kabur, rabun senja)
- 4) Nyeri abdomen yang hebat
- 5) Bengkak pada muka atau tangan
- 6) Bayi kurang bergerak seperti biasa (Pantiawati & Saryono, 2016)

2. Asuhan Kehamilan

a. Defenisi

Asuhan *antenatal care* adalah suatu program yang terencana berupa observasi, edukasi dan penanganan medik pada ibu hamil untuk memperoleh suatu proses kehamilan dan persiapan persalinan yang aman dan memuaskan (Walyani, 2015).

b. Tujuan ANC (*Antenatal care*)

Menurut Walyani (2015), tujuan asuhan kehamilan adalah sebagai berikut:

- 1) Memantau kemajuan kehamilan untuk memastikan kesehatan ibu dan tumbuh kembang ibu dan janin.
- 2) Meningkatkan dan mempertahankan kesehatan fisik, mental dan sosial ibu dan bayi.
- 3) Mengenali secara dini ketidaknormalan atau komplikasi yang mungkin terjadi selama hamil, termasuk riwayat penyakit secara umum, kebidanan dan pembedahan.
- 4) Mempersiapkan persalinan yang cukup bulan, melahirkan dengan selamat ibu maupun bayinya dengan trauma seminimal mungkin.
- 5) Mempersiapkan ibu agar nifas berjalan normal dan pemberian ASI Eksklusif.
- 6) Mempersiapkan peran ibu dan keluarga dalam menerima kelahiran bayi agar dapat tumbuh kembang secara normal.

c. Jadwal Pemeriksaan Kehamilan

Frekuensi dari pemeriksaan antenatal adalah minimal 1 kali pada trimester I, minimal 1 kali pada trimester II dan minimal 2 kali pada trimester III. Pemeriksaan kehamilan sangat diperlukan untuk memantau keadaan ibu dan janinnya. Pada kehamilan trimester I (<14 minggu) pelaksanaan kunjungan adalah satu kali kunjungan. Pada kehamilan trimester II (14-28 minggu) satu kali kunjungan, pada kehamilan trimester III (28-36 minggu dan sesudah minggu ke-36) dua kali kunjungan. Jadwal kunjungan ulang sebaiknya sampai dengan 28 minggu adalah 1 bulan sekali. Antara 28-36 minggu usia kehamilan adalah 2 minggu sekali dan antara 36 minggu sampai kelahiran adalah satu minggu sekali (Pantiawati & Saryono, 2016).

Pelayanan antenatal terpadu adalah pelayanan antenatal komprehensif dan berkualitas yang diberikan kepada semua ibu hamil terdiri dari 17T. Tujuannya adalah untuk memenuhi hak setiap ibu hamil memperoleh pelayanan antenatal yang berkualitas sehingga mampu menjalani kehamilan dengan sehat, bersalin dengan selamat dan

melahirkan bayi yang sehat dan berkualitas. Adapun secara khusus memiliki tujuan yaitu menyediakan pelayanan antenatal terpadu, komprehensif dan berkualitas, termasuk konseling kesehatan dan gizi ibu hamil, konseling KB dan pemberian ASI. Menghilangkan “*missed opportunity*” pada ibu hamil dalam mendapatkan pelayanan antenatal terpadu, komprehensif, dan berkualitas. Mendeteksi secara dini kelainan/penyakit/gangguan yang diderita ibu hamil. Melakukan intervensi terhadap kelainan/penyakit/gangguan pada ibu hamil sedini mungkin. Melakukan rujukan kasus ke fasilitas pelayanan kesehatan sesuai dengan sistem rujukan yang ada (Kemenkes RI, 2014). Adapun pelayanan antenatal terpadu 17T adalah sebagai berikut:

1) Timbang Berat Badan dan Pengukuran Tinggi Badan

Penimbangan berat badan pada setiap kali kunjungan antenatal dilakukan untuk mendeteksi adanya gangguan pertumbuhan janin. Penambahan berat badan yang kurang dari 9 kilogram selama kehamilan atau kurang dari 1 kilogram setiap bulannya menunjukkan adanya gangguan pertumbuhan janin. Pengukuran tinggi badan pada pertama kali kunjungan dilakukan untuk menapis adanya faktor risiko pada ibu hamil. Tinggi badan ibu hamil kurang dari 145 cm meningkatkan risiko untuk terjadinya *CPD (Cephalo Pelvic Disproportion)*. (Kemenkes RI, 2014).

2) Pengukuran Tekanan Darah (TD)

Pengukuran tekanan darah pada setiap kali kunjungan antenatal dilakukan untuk mendeteksi adanya hipertensi (tekanan darah 140/90 mmHg) pada kehamilan dan preeklampsia (hipertensi disertai edema wajah dan atau tungkai bawah, dan atau proteinuria). Tekanan darah normal 120/80 mmHg. (Kemenkes RI, 2014).

3) Pengukuran LILA

Pengukuran LILA hanya dilakukan pada kontak pertama untuk skrining ibu hamil berisiko Kurang Energi Kronis (KEK). Kurang energi kronis di sini maksudnya ibu hamil yang mengalami kekurangan gizi dan telah berlangsung lama (beberapa bulan/tahun) dimana LILA kurang dari

23,5 cm. Ibu hamil KEK akan dapat melahirkan bayi berat lahir rendah (BBLR). (Kemenkes RI, 2014).

4) Ukur Tinggi *Fundus uteri*

Pengukuran tinggi fundus pada setiap kali kunjungan antenatal dilakukan untuk mendeteksi pertumbuhan janin sesuai atau tidak dengan umur kehamilan. Jika tinggi fundus tidak sesuai dengan umur kehamilan, kemungkinan ada gangguan pertumbuhan janin. Standar pengukuran menggunakan pita pengukur setelah kehamilan 24 minggu. (Kemenkes RI, 2014).

5) Menghitung DJJ dan Menentukan Presentasi Janin

Menentukan presentasi janin dilakukan pada akhir trimester II dan selanjutnya setiap kali kunjungan antenatal. Pemeriksaan ini dimaksudkan untuk mengetahui letak janin. Jika, pada trimester III bagian bawah janin bukan kepala, atau kepala janin belum masuk ke panggul berarti ada kelainan letak, panggul sempit atau ada masalah lain. Penilaian DJJ dilakukan pada akhir trimester I dan selanjutnya setiap kali kunjungan antenatal. DJJ lambat kurang dari 120 kali/menit atau DJJ cepat lebih dari 160 kali/menit menunjukkan adanya gawat janin (Kemenkes RI, 2014).

6) Pemberian Tablet Tambah Darah (Tablet Fe)

Untuk mencegah anemia gizi besi, setiap ibu hamil harus mendapat tablet zat besi minimal 90 tablet selama kehamilan diberikan sejak kontak pertama. Tablet tambah darah diminum pada malam hari untuk mengurangi rasa mual (Kemenkes RI, 2014).

7) Pemberian imunisasi *Tetanus Toxoid* (TT) Lengkap

Untuk mencegah terjadinya tetanus neonatorum, ibu hamil harus mendapat imunisasi TT. Pada saat kontak pertama, ibu hamil diskriminasi status imunisasi TT-nya. Pemberian imunisasi TT pada ibu hamil, disesuaikan dengan status imunisasi TT ibu saat ini. Ibu hamil minimal memiliki status imunisasi TT2 agar mendapatkan perlindungan terhadap infeksi tetanus. Ibu hamil dengan status imunisasi TT5 (*TT Long Life*) tidak perlu diberikan imunisasi TT lagi. Pemberian imunisasi TT tidak mempunyai interval

maksimal, hanya terdapat interval minimal. Interval minimal pemberian imunisasi TT dan lama perlindungannya dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 2.2
Interval Pemberian Imunisasi TT

Imunisasi	Selang Waktu Minimal Pemberian Imunisasi			Lama Perlindungan
	Langkah	awal	pembentukan	
TT1	kekebalan tubuh terhadap penyakit			
TT2	tetanus			3 tahun
TT3	1 bulan setelah TT1			5 tahun
TT4	6 bulan setelah TT2			10 tahun
TT5	12 bulan setelah TT3			≥ 25 tahun
	12 bulan setelah TT4			

Sumber : Kemenkes RI, 2014

8) 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 (Kemenkes RI, 2014).

9) Pemeriksaan Hb

Pemeriksaan kadar hemoglobin darah ibu hamil dilakukan minimal sekali pada trimester pertama dan sekali pada trimester ketiga. Pemeriksaan ini ditujukan untuk mengetahui ibu hamil tersebut menderita anemia atau tidak selama kehamilannya karena kondisi anemia dapat mempengaruhi proses tumbuh kembang janin dalam kandungan. Batas Hb normal ibu hamil adalah 11 gr%. Anemia kehamilan yaitu ibu hamil dengan kadar Hb <11 gr% pada trimester I dan III atau Hb <10,5% pada trimester II. (Kemenkes RI, 2014).

10) Pemeriksaan Protein *Urine*

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

salah satu indikator terjadinya preeklampsia pada ibu hamil (Kemenkes RI, 2014).

11) Pemeriksaan tes sifilis

Pemeriksaan tes sifilis dilakukan di daerah dengan risiko tinggi dan ibu hamil yang diduga sifilis. Pemeriksaan sifilis sebaiknya dilakukan sedini mungkin pada kehamilan (Kemenkes RI, 2014).

12) Pemeriksaan *Urine* Reduksi

Ibu hamil yang dicurigai menderita Diabetes Mellitus harus dilakukan pemeriksaan gula darah selama kehamilannya minimal sekali pada trimester pertama, sekali pada trimester kedua dan sekali pada trimester ketiga (Kemenkes RI, 2014).

13) Pemberian Obat Malaria

Semua ibu hamil di daerah endemis malaria dilakukan pemeriksaan darah malaria dalam rangka skrining pada kontak pertama. Ibu hamil di daerah non endemis malaria dilakukan pemeriksaan darah malaria apabila ada indikasi (Kemenkes RI, 2014).

14) Pemeriksaan TBC

Pemeriksaan BTA dilakukan pada ibu hamil yang dicurigai menderita tuberkulosis sebagai pencegahan agar infeksi tuberkulosis tidak mempengaruhi kesehatan janin. Selain pemeriksaan tersebut di atas, apabila diperlukan dapat dilakukan pemeriksaan penunjang lainnya di fasilitas rujukan. (Kemenkes RI, 2014).

15) Pemeriksaan serologi HIV

Di daerah epidemi HIV meluas dan terkonsentrasi, tenaga kesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan wajib menawarkan tes HIV kepada semua ibu hamil secara inklusif pada pemeriksaan laboratorium rutin lainnya saat pemeriksaan antenatal atau menjelang persalinan. Di daerah epidemi HIV rendah, penawaran tes HIV oleh tenaga kesehatan diprioritaskan pada ibu hamil dengan IMS dan TB secara inklusif pada pemeriksaan laboratorium

rutin lainnya saat pemeriksaan antenatal atau menjelang persalinan (Kemenkes RI, 2014).

16) Pemeriksaan USG (Kemenkes RI, 2014).

17) Temu Wicara (Konseling)

Menurut Kemenkes RI (2014) temu wicara (konseling) dilakukan pada setiap kunjungan antenatal yang meliputi :

a) Kesehatan ibu

Setiap ibu hamil dianjurkan untuk memeriksakan kehamilannya secara rutin ke tenaga kesehatan dan menganjurkan ibu hamil agar beristirahat yang cukup selama kehamilannya (sekitar 9-10 jam per hari) dan tidak bekerja berat.

b) Perilaku hidup bersih dan sehat

Setiap ibu hamil dianjurkan untuk menjaga kebersihan badan selama kehamilan misalnya mencuci tangan sebelum makan, mandi 2 kali sehari dengan menggunakan sabun, menggosok gigi setelah sarapan dan sebelum tidur serta melakukan olah raga ringan.

c) Peran suami/keluarga dalam kehamilan dan perencanaan persalinan

Setiap ibu hamil perlu mendapatkan dukungan dari keluarga terutama suami dalam kehamilannya. Suami, keluarga atau masyarakat perlu menyiapkan biaya persalinan, kebutuhan bayi, transportasi rujukan dan calon donor darah. Hal ini penting apabila terjadi komplikasi kehamilan, persalinan, dan nifas agar segera dibawa ke fasilitas kesehatan.

d) Tanda bahaya pada kehamilan, persalinan dan nifas serta kesiapan menghadapi komplikasi

Setiap ibu hamil diperkenalkan mengenal tanda-tanda bahaya baik selama kehamilan, persalinan, dan nifas misalnya perdarahan pada hamil muda maupun hamil tua, keluar cairan berbau pada jalan lahir saat nifas, dsb. Mengetahui tanda-tanda bahaya ini penting agar ibu hamil segera mencari pertolongan ke tenaga kesehatan.

e) Asupan gizi seimbang

Selama hamil, ibu dianjurkan untuk mendapatkan asupan makanan yang cukup dengan pola gizi yang seimbang karena hal ini penting untuk proses tumbuh kembang janin dan derajat kesehatan ibu. Misalnya ibu hamil disarankan minum tablet tambah darah secara rutin untuk mencegah anemia pada kehamilannya.

- f) Gejala penyakit menular dan tidak menular.

Setiap ibu hamil harus tahu mengenai gejala-gejala penyakit menular dan penyakit tidak menular karena dapat mempengaruhi pada kesehatan ibu dan janinnya.

- g) Penawaran untuk melakukan tes HIV dan konseling di daerah epidemi meluas dan terkonsentrasi atau ibu hamil dengan IMS dan TB di daerah epidemic rendah.

Setiap ibu hamil ditawarkan untuk dilakukan tes HIV dan segera diberikan informasi mengenai resiko penularan HIV dari ibu ke janinnya. Apabila ibu hamil tersebut HIV positif maka dilakukan konseling Pencegahan Penularan HIV dari Ibu ke Anak (PPIA). Bagi ibu hamil yang negatif diberikan penjelasan untuk menjaga tetap HIV negatif diberikan penjelasan untuk menjaga HIV negative selama hamil, menyusui dan seterusnya.

- h) Inisiasi Menyusu Dini (IMD) dan pemberian ASI eksklusif

Setiap ibu hamil dianjurkan untuk memberikan ASI kepada bayinya segera setelah bayi lahir karena ASI mengandung zat kekebalan tubuh yang penting untuk kesehatan bayi. Pemberian ASI dilanjutkan sampai bayi berusia 6 bulan.

- i) KB pasca persalinan

Ibu hamil diberikan pengarahannya tentang pentingnya ikut KB setelah persalinan untuk menjarangkan kehamilan dan agar ibu punya waktu merawat kesehatan diri sendiri, anak, dan keluarga.

- j) Imunisasi

Setiap ibu hamil harus mempunyai status imunisasi TT yang masih memberikan perlindungan untuk mencegah ibu dan bayi mengalami

tetanus neonatorum. Setiap ibu hamil minimal mempunyai status imunisasi TT2 agar terlindungi terhadap infeksi tetanus.

- k) Peningkatan kesehatan intelegensia pada kehamilan (*Brain booster*)
Untuk dapat meningkatkan intelegensia bayi yang akan dilahirkan, ibu hamil dianjurkan untuk memberikan stimulasi auditori dan pemenuhan nutrisi pengungkit otak (*brain booster*) secara bersamaan pada periode kehamilan.

d. Pemeriksaan Ibu Hamil

1) Anamnesa

Anamnesis identitas istri dan suami: nama, umur, agama, pekerjaan alamat dan sebagainya. Anamnesis umum: tentang keluhan-keluhan, nafsu makan, tidur, miksi, defekasi, perkawinan dan sebagainya. Tentang haid, kapan mendapat haid terakhir. Bila hari pertama haid terakhir diketahui, maka dapat dijabarkan taksiran tanggal persalinan memakai rumus Naegele : hari + 7, bulan – 3 dan tahun + 1. Tentang kehamilan, persalinan, keguguran, dan kehamilan ektopik atau kehamilan mola sebelumnya.

2) Inspeksi dan Pemeriksaan Fisik

a) Diagnostik

Pemeriksaan seluruh tubuh secara baik dan *legeartist* : tekanan darah, nadi, suhu, pernapasan, jantung, paru-paru dan sebagainya.

b) Perkusi

Tidak begitu banyak artinya kecuali jika ada suatu indikasi.

c) Palpasi

Ibu hamil diminta berbaring telentang, kepala dan bahu sedikit ditinggikan dengan memakai bantal. Palpasi perut untuk menentukan besar dan konsistensi rahim, bagian-bagian janin, letak, presentasi, gerakan janin dan kontraksi rahim *braxton hicks* dan his.

Leopold I, pemeriksa menghadap ke arah muka ibu hamil. Menentukan tinggi fundus uteri dan bagian janin yang terdapat dalam fundus serta konsistensi uterus.



Gambar 2.1. Leopold I

Leopold II, menentukan batas samping rahim kanan-kiri, menentukan letak punggung janin, pada letak lintang, tentukan letak kepala janin.



Gambar 2.2. Leopold II

Leopold III, menentukan bagian terbawah janin, menentukan apakah bagian terbawah tersebut sudah masuk ke pintu atas panggul atau masih dapat digerakkan.



Gambar 2.3. Leopold III

Leopold IV, pemeriksa menghadap ke arah kaki ibu hamil, dapat juga menentukan apa bagian terbawah janin dan berapa jauh sudah masuk pintu atas panggul.



Gambar 2.4. Leopold IV

d) Auskultasi

Berat badan janin secara sederhana dapat diukur dengan mempergunakan rumus diantaranya rumus Johnson Toshack. Rumus ini dihitung berdasarkan Tinggi *Fundus Uteri* (TFU) yaitu jarak dari bagian atas tulang kemaluan (*simfisis os pubis*) ke puncak rahim (*Fundus*) dalam centimeter (cm) dikurangi 11, 12 atau 13, hasilnya dikali 155 didapatkan berat badan bayi dalam gram. Rumus Johnson Toshack : $BB = (TFU - N) \times 155$.

Keterangan :

BB = Berat badan janin dalam gram

TF = Tinggi *Fundus Uteri*

N = 13 bila kepala belum melewati PAP

N = 12 bila kepala berada di atas *spina ischiadika*

N = 11 bila kepala berada di bawah *spina ischiadika*

3) Pemeriksaan Dalam

Sebenarnya, pemeriksaan dalam adalah tindakan berbahaya karena dapat menyebabkan perdarahan dan infeksi. Karena itu, pemeriksaan dalam hanya boleh dilakukan jika ada indikasi dan dikerjakan dengan cara cuci hama atau dilakukan pemeriksaan rektal. Pemeriksaan dalam untuk menilai keadaan janin dan jalan lahir hendaknya dilakukan dengan lembut. Sebaiknya, ibu diminta buang air kecil dan buang air besar terlebih dahulu. Genitalia ekstern dibersihkan dengan kapas lisol atau dettol atau disinfektan lain.

4) Pemeriksaan Rontgen

Pemeriksaan rontgen dipakai sebagai penunjang diagnostik jika terdapat keragu-raguan pada pemeriksaan obstetrik.

5) Pemeriksaan Laboratorium

Ibu hamil hendaknya diperiksa urine dan darahnya sekurang-kurangnya 2 kali selama kehamilan, sekali pada permulaan dan sekali pagi pada akhir kehamilannya.

6) Ultrasonografi

Dibandingkan dengan pemeriksaan rontgen, USG tidak berbahaya untuk janin karena memakai prinsip sonar (bunyi). Jadi boleh dipergunakan pada kehamilan muda. Pada layar, dapat dilihat letak, gerakan dan gerakan jantung janin (Sofian, 2013).

Asuhan ibu hamil dengan metode SOAP adalah sebagai berikut:

a) Subjektif

- (1) Identitas umum
- (2) Keluhan
- (3) Riwayat menarche
- (4) Riwayat perkawinan
- (5) Riwayat kehamilan dan persalinan
- (6) Riwayat KB
- (7) Riwayat penyakit keluarga, riwayat penyakit keturunan
- (8) Riwayat psikososial
- (9) Pola hidup

b) Objektif

- (1) Keadaan umum
- (2) Vital sign
- (3) Pemeriksaan fisik
- (4) Pemeriksaan dalam
- (5) Pemeriksaan laboratorium
- (6) Pemeriksaan penunjang
- (7) Pemeriksaan dengan inspeksi, palpasi, auskultasi dan perkusi

c) *Assessment*

Masalah atau diagnosa yang ditegakkan berdasarkan data atau informasi subjektif dan objektif yang dikumpulkan atau disimpulkan.

d) Penatalaksanaan

Menggambarkan pendokumentasian dari perencanaan dan evaluasi berdasarkan *assessment* (Walyani, 2015).

B. Persalinan

1. Konsep Dasar Persalinan

a. Pengertian Persalinan

Persalinan adalah suatu proses pengeluaran hasil konsepsi (janin + uri), yang dapat hidup ke dunia luar, dari rahim melalui jalan lahir atau dengan jalan lain (Sofian, 2013). Persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi yang dapat hidup dari dalam uterus melalui vagina ke dunia luar. Persalinan adalah suatu proses saat janin dan produk konsepsi dikeluarkan sebagai akibat kontraksi teratur, progresif, sering dan kuat (Walyani & Purwoastuti, 2015).

b. Fisiologi Persalinan

Apa yang menyebabkan terjadinya persalinan belum diketahui benar, yang ada hanyalah teori-teori yang kompleks. Teori-teori yang dikemukakan antara lain faktor-faktor humoral, struktur rahim, pengaruh tekanan pada saraf dan nutrisi.

1) Teori penurunan hormon

Satu sampai dua minggu sebelum partus mulai terjadi penurunan kadar hormon estrogen dan progesteron bekerja sebagai penenang otot-otot polos rahim dan akan menyebabkan kekejangan pembuluh darah sehingga timbul his bila kadar progesteron turun.

2) Teori plasenta menjadi lebih tua

Yang akan menyebabkan turunnya kadar estrogen dan progesteron sehingga menyebabkan kekejangan pembuluh darah. Hal ini akan menimbulkan kontraksi rahim.

3) Teori distensi rahim

Rahim yang menjadi besar dan meregang menyebabkan iskemia otot-otot sehingga mengganggu sirkulasi *utero placenta*.

4) Teori iritasi mekanik

Di belakang serviks terletak *ganglion servikale (Frankenhauser)*. Bila *ganglion* ini digeser dan ditekan, misalnya oleh kepala janin akan timbul kontraksi uterus.

5) Induksi partus (*Induction of labour*)

Partus dapat pula ditimbulkan dengan jalan : rangsang *laminaria*, *amniotomi*, dan *oksitosin drips* (Sofian, 2013).

c. Tanda dan Gejala Persalinan

1) Adanya kontraksi rahim

Secara umum, tanda awal bahwa ibu hamil untuk melahirkan adalah mengejangnya rahim atau dikenal dengan istilah kontraksi. Kontraksi tersebut berirama, teratur, dan involuter, umumnya kontraksi bertujuan untuk menyiapkan mulut lahir untuk membesar dan meningkatkan aliran darah di dalam plasenta. Setiap kontraksi *uterus* memiliki tiga fase yaitu *increment* dimana ketika intensitas terbentuk, *acme* yaitu puncak atau *maximum* dan *decement* yaitu ketika otot relaksasi.

Ketika merasakan kontraksi *uterus*, mulailah untuk menghitung waktunya. Catatlah lamanya waktu antara satu kontraksi dengan kontraksi berikutnya, dan lamanya kontraksi berlangsung. Jika ibu merasakan mulas yang belum teratur akan lebih baik menunggu di rumah sambil beristirahat

dan mengumpulkan energi untuk persalinan. Jika kontraksi sudah setiap 5 menit sekali atau sangat sakit dapat berangkat ke rumah sakit dengan membawa perlengkapan yang sudah dipersiapkan.

2) Keluarnya lendir bercampur darah

Lendir disekresi sebagai hasil proliferasi kelenjar lendir servik pada awal kehamilan. Lendir mulanya menyumbat leher rahim, sumbatan yang tebal pada mulut rahim terlepas, sehingga menyebabkan keluarnya lendir yang berwarna kemerahan bercampur darah dan terdorong keluar oleh kontraksi yang membuka mulut rahim yang menandakan bahwa mulut rahim menjadi lunak dan membuka. Lendir inilah yang dimaksud sebagai *bloody slim*. *Blood slim* paling sering terlihat sebagai rabas lendir bercampur darah yang lengket dan harus dibedakan dengan cermat dari perdarahan murni.

3) Keluarnya air-air (ketuban)

Proses penting menjelang persalinan adalah pecahnya air ketuban. Selama sembilan bulan masa gestasi bayi aman melayang dalam cairan amnion. Keluarnya air-air dan jumlahnya cukup banyak, berasal dari ketuban yang pecah akibat kontraksi yang makin sering terjadi. Ketuban mulai pecah sewaktu-waktu sampai pada saat persalinan. Kebocoran cairan amniotik bervariasi dari yang mengalir deras sampai yang menetes sedikit demi sedikit, sehingga dapat ditahan dengan memakai pembalut yang bersih. Tidak ada rasa sakit yang menyertai pemecahan ketuban dan alirannya tergantung pada ukuran, dan kemungkinan kepala bayi telah memasuki rongga panggul ataupun belum. Jika ketuban yang menjadi tempat perlindungan bayi sudah pecah, maka sudah saatnya bayi harus keluar.

4) Pembukaan servik

Penipisan mendahului dilatasi servik, pertama-pertama aktivitas *uterus* dimulai untuk mencapai penipisan, setelah penipisan kemudian aktivitas *uterus* menghasilkan dilatasi servik yang cepat. Membukanya leher rahim sebagai respon terhadap kontraksi yang berkembang. Tanda ini tidak

dirasakan oleh pasien tetapi dapat diketahui dengan pemeriksaan dalam. Petugas akan melakukan pemeriksaan untuk menentukan pematangan, penipisan, dan pembukaan leher rahim. Servik menjadi matang selama periode yang berbeda-beda sebelum persalinan, kematangan servik mengindikasikan kesiapannya untuk persalinan (Walyani & Purwoastuti, 2015).

d. Tahapan Persalinan (Kala I, II, III, IV)

1) Kala I (Pembukaan)

Waktu untuk pembukaan serviks sampai menjadi pembukaan lengkap (10 cm). Dalam kala pembukaan dibagi menjadi 2 fase yaitu fase laten, dimulai sejak awal kontraksi yang menyebabkan penipisan dan pembukaan serviks secara bertahap. Pembukaan kurang dari 4 cm, biasanya berlangsung kurang dari 8 jam. Dan yang kedua fase aktif, frekuensi dan lama kontraksi uterus umumnya meningkat (kontraksi adekuat/3 kali atau lebih dalam 10 menit dan berlangsung selama 40 detik atau lebih). Serviks membuka dari 4 ke 10, biasanya dengan kecepatan 1 cm/lebih perjam hingga pembukaan lengkap (10). Terjadi penurunan bagian terbawah janin. Berlangsung selama 6 jam dan dibagi atas 3 fase yaitu periode akselerasi dimana berlangsung selama 2 jam pembukaan menjadi 4 cm, periode dilatasi maksimal yaitu berlangsung selama 2 jam pembukaan berlangsung cepat dari 4 menjadi 9 cm dan periode diselerasi, berlangsung lambat dalam waktu 2 jam pembukaan 9 cm menjadi 10 cm/lengkap (Walyani & Purwoastuti, 2015). Pada primigravida kala I berlangsung kira-kira 13 jam sedangkan pada multipara berlangsung 7 jam (Ilmiah, 2015).

2) Kala II (Kala Pengeluaran Janin)

Waktu uterus dengan kekuatan his ditambah kekuatan mengejan mendorong janin hingga keluar. Pada kala II ini memiliki ciri khas :

- a) His terkoordinir, kuat, cepat dan lebih lama kira-kira 2-3 menit sekali
- b) Kepala janin telah turun masuk ruang panggul dan secara reflektoris menimbulkan rasa ingin mengejan
- c) Tekanan pada rektum, ibu merasa ingin BAB
- d) Anus membuka

Pada waktu his kepala janin mulai kelihatan, vulva membuka dan perineum meregang, dengan his dan mengejan yang dipimpin kepala akan lahir dan diikuti seluruh badan janin. Lama pada kala II ini pada primi dan multipara berbeda yaitu pada primipara berlangsung 1.5-2 jam sedangkan pada multipara berlangsung 0.5-1 jam (Walyani & Purwoastuti, 2015).

3) Kala III : Kala Uri

Yaitu waktu pelepasan dan pengeluaran uri (plasenta). Setelah bayi lahir kontraksi rahim berhenti sebentar, uterus teraba keras dengan fundus uteri setinggi pusat dan berisi plasenta yang menjadi tebal 2 kali sebelumnya. Beberapa saat kemudian timbul his pengeluaran dan pelepasan uri, dalam waktu 1-5 menit plasenta terlepas terdorong ke dalam vagina dan akan lahir spontan atau dengan sedikit dorongan (*brand androw*, seluruh proses biasanya berlangsung 5-30 menit setelah bayi lahir. Dan pada pengeluaran plasenta biasanya disertai dengan pengeluaran darah kira-kira 100-200 cc (Walyani & Purwoastuti, 2015).

Biasanya plasenta lepas dalam 6 sampai 15 menit setelah bayi lahir dan keluar spontan atau dengan tekanan pada fundus uteri. Pengeluaran plasenta disertai dengan pengeluaran darah (Ilmiah, 2015).

4) Kala IV (Tahap Pengawasan)

Tahap ini digunakan untuk melakukan pengawasan terhadap bahaya perdarahan. Pengawasan ini dilakukan selama kurang lebih dua jam. Dalam tahap ini ibu masih mengeluarkan darah dari vagina, tapi tidak banyak, yang berasal dari pembuluh darah yang ada di dinding rahim tempat terlepasnya plasenta, dan setelah beberapa hari anda akan mengeluarkan cairan sedikit darah yang disebut lokia yang berasal dari sisa-sisa jaringan. Pada beberapa keadaan, pengeluaran darah setelah proses kelahiran menjadi banyak. Ini disebabkan beberapa faktor seperti lemahnya kontraksi atau tidak berkontraksi otot-otot rahim. Oleh karena itu perlu dilakukan pengawasan sehingga jika perdarahan semakin hebat, dapat dilakukan tindakan secepatnya (Walyani & Purwoastuti, 2015).

2. Asuhan Persalinan

Tujuan asuhan persalinan normal adalah mengupayakan kelangsungan hidup dan mencapai derajat kesehatan yang tinggi bagi ibu dan bayinya melalui berbagai upaya yang terintegrasi dan lengkap serta intervensi minimal sehingga prinsip keamanan dan kualitas pelayanan dapat terjaga pada tingkat optimal. Dengan pendekatan seperti ini berarti bahwa setiap intervensi yang akan diaplikasikan dalam asuhan persalinan normal harus mempunyai alasan dan bukti ilmiah yang kuat tentang manfaat intervensi tersebut bagi kemajuan dan keberhasilan proses persalinan (Ilmiah, 2015).

a. Asuhan Persalinan Kala I

Kala I adalah suatu kala dimana dimulai dari timbulnya his sampai pembukaan lengkap. Asuhan yang dapat dilakukan pada ibu adalah:

- 1) Memberikan dukungan emosional
- 2) Pendampingan anggota keluarga selama proses persampai kelahiran bayinya.
- 3) Menghargai keinginan ibu untuk memilih pendamping selama persalinan.
- 4) Peran aktif anggota keluarga selama persalinan dengan cara mengucapkan kata-kata yang membesarkan hati dan memuji ibu. Membantu ibu bernafas dengan benar saat kontraksi. Melakukan massage pada tubuh ibu dengan lembut. Kemudian menyeka wajah ibu dengan lembut menggunakan kain dan menciptakan suasana kekeluargaan dan rasa aman.
- 5) Mengatur posisi ibu sehingga terasa nyaman.
- 6) Memberikan cairan nutrisi dan hidrasi. Memberikan kecukupan energi dan mencegah dehidrasi. Oleh karena dehidrasi menyebabkan kontraksi tidak teratur dan kurang efektif.
- 7) Memberikan keleluasaan untuk menggunakan kamar mandi secara teratur dan spontan.
- 8) Kandung kemih penuh menyebabkan gangguan kemajuan persalinan dan menghambat turunnya kepala, menyebabkan ibu tidak nyaman,

meningkatkan risiko perdarahan pasca pers, mengganggu penatalaksanaan distosia bahu, meningkatkan risiko infeksi saluran kemih pasca persalinan.

- 9) Pencegahan infeksi. Tujuan dari pencegahan infeksi adalah untuk mewujudkan persalinan yang bersih dan aman bagi ibu dan bayi, menurunkan angka morbiditas dan mortalitas ibu dan Bayi Baru Lahir (BBL) (Ilmiah, 2015).

Langkah yang dilakukan dalam memberikan asuhan persalinan kala I adalah menggunakan partograf. Partograf adalah alat bantu yang digunakan selama fase aktif persalinan. Tujuan utama dan penggunaan partograf adalah untuk mencatat hasil observasi dan kemajuan persalinan dengan menilai pembukaan serviks melalui pemeriksaan dalam. Mendeteksi apakah proses persalinan berjalan secara normal. Dengan demikian, juga dapat melakukan deteksi secara dini setiap kemungkinan terjadinya partus lama.

Jika digunakan secara tepat dan konsisten, maka 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 secara dini mengidentifikasi adanya penyulit.

Partograf harus digunakan :

- 1) Untuk semua ibu dalam fase aktif kala satu persalinan sebagai elemen penting asuhan persalinan. Partograf harus digunakan, baik tanpa ataupun ada penyulit. Partograf akan membantu penolong persalinan dalam memantau, mengevaluasi dan membuat keputusan klinik baik persalinan normal maupun yang disertai dengan penyulit.
- 2) Selama persalinan dan kelahiran di semua tempat (rumah, puskesmas, klinik bidan swasta, rumah sakit dan lain-lain).

- 3) Secara rutin oleh sernua penolong persalinan yang memberikan asuhan kepada ibu selama persalinan dan kelahiran.

Penggunaan partograf secara rutin akan memastikan para ibu dan bayinya mendapatkan asuhan yang aman dan tepat waktu. Selain itu, juga mencegah terjadinya penyulit yang dapat mengancam keselamatan jiwa mereka. Kala satu persalinan dibagi menjadi fase laten dan fase aktif yang dibatasi oleh pembukaan serviks fase laten : pembukaan serviks kurang dari 4 cm dan fase aktif : pembukaan serviks dari 4 sampai 10 cm.

Selama fase laten persalinan, semua asuhan, pengamatan dan pemeriksaan harus dicatat. Hal ini dapat direkani secara terpisah dalam catatan kemajuan persalinan atau pada Kartu Menuju Sehat (KMS) Ibu Hamil. Tanggal dan waktu harus dituliskan setiap kali membuat catatan selama fase laten persalinan. Semua asuhan dan intervensi harus dicatat. Kondisi ibu dan bayi juga harus dinilai dan dicatat secara seksama, yaitu :

- 1) Denyut jantung janin: setiap 1/2 jam
- 2) Frekuensi dan lamanya kontraksi uterus: setiap 1/2 jam
- 3) Nadi: setiap 1/2 jam
- 4) Pembukaan serviks: setiap 4 jam
- 5) Penurunan: setiap 4 jam
- 6) Tekanan darah dan temperatur tubuh: setiap 4 jam
- 7) Produksi urin, aseton dan protein: setiap 2 sampai 4 jam

Jika ditemui tanda-tanda penyulit, penilaian kondisi ibu dan bayi, harus lebih sering dilakukan. Lakukan tindakan yang sesuai apabila dalam diagnosis kerja ditetapkan adanya penyulit dalam persalinan. Jika frekuensi kontraksi berkurang dalam satu atau dua jam pertama, nilai ulang kesehatan dan kondisi aktual ibu dan bayinya. Bila tidak ada tanda-tanda kegawatan atau penyulit. Ibu dipulangkan di rumah, penolong persalinan boleh meninggalkan ibu hanya setelah dipastikan bahwa ibu dan bayinya dalam kondisi baik. Pesankan pada ibu dan keluarganya untuk memberitahu penolong persalinan jika terjadi peningkatan frekuensi kontraksi.

Halaman depan partograf mencantumkan bahwa observasi dimulai pada fase aktif persalinan dan menyediakan lajur dan kolom untuk mencatat hasil-hasil pemeriksaan selama fase aktif persalinan, termasuk informasi:

- 1) Informasi tentang ibu yaitu nama, umur, gravida, para, abortus (keguguran), nomor catatan medis/nomor puskesmas, tanggal dan waktu mulai dirawat (atau jika di rumah, tanggal dan waktu penolong persalinan mulai merawat ibu), waktu pecahnya selaput ketuban.
- 2) Kondisi janin yaitu DJJ, warna dan adanya air ketuban, penyusupan (*molase*) kepala janin.
- 3) Kemajuan persalinan: pembukaan serviks, penurunan bagian terbawah janin atau presentasi janin, garis waspada dan garis bertindak.
- 4) Jam dan waktu: waktu mulainya fase aktif persalinan dan waktu aktual saat pemeriksaan atau penilaian.
- 5) Kontraksi uterus: frekuensi dan lamanya.
- 6) Obat-obatan dan cairan yang diberikan: oksitosin dan obat-obatan lainnya dan cairan IV yang diberikan.
- 7) Kondisi ibu: nadi, tekanan darah dan temperatur tubuh; urin (volume, aseton atau protein).
- 8) Asuhan, pengamatan dan keputusan klinik lainnya (dicatat dalam kolom yang tersedia di sisi partograf atau di catatan kemajuan persalinan).

Kemudian mencatat temuan pada Partograf yang berisi tentang :

- 1) Informasi tentang ibu

Lengkapi bagian awal (atas) partograf secara teliti pada saat dimulai asuhan persalinan. Waktu kedatangan (tertulis sebagai: "jam" pada partograf) dan perhatikan kemungkinan ibu datang dalam fase laten persalinan. Catat waktu terjadinya pecah ketuban.

- 2) Kesehatan dan kenyamanan janin

Kolom, lajur dan skala angka pada partograf adalah untuk pencatatan denyut jantung janin (DJJ), air ketuban dan penyusupan (kepala janin)

- a) Denyut jantung janin : dengan menggunakan metode seperti yang diuraikan pada bagian Pemeriksaan fisik dalam bab ini, nilai dan catat

denyut jantung janin (DJJ) setiap 30 menit (lebih sering jika ada tanda-tanda gawat janin). Setiap kotak pada bagian ini menunjukkan waktu 30 menit. Skala angka di sebelah kolom paling kiri menunjukkan DJJ. Catat DJJ dengan memberi tanda titik pada garis yang sesuai dengan angka yang menunjukkan DJJ. Kemudian hubungkan titik yang satu dengan titik lainnya dengan garis tidak terputus. Kisaran normal DJJ terpapar pada partograf di antara garis tebal angka 1 dan 100. Tetapi, penolong harus sudah waspada bila DJJ di bawah 120 atau di atas 160. Catat tindakan-tindakan yang dilakukan pada ruang yang tersedia di salah satu dari kedua sisi partograf.

- b) Warna dan adanya air ketuban: nilai air ketuban setiap kali dilakukan pemeriksaan dalam, dan nilai warna air ketuban jika selaput ketuban pecah. Catat temuan-temuan dalam kotak yang sesuai di bawah lajur DJJ. Gunakan lambang-lambang berikut ini :

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")

Mekonium dalam cairan ketuban tidak selalu menunjukkan adanya gawat janin. Jika terdapat mekonium, pantau DJJ secara seksama untuk mengenali tanda-tanda gawat janin selama proses persalinan. Jika ada tanda-tanda gawat janin (denyut jantung janin <100 atau >180 kali per menit), ibu segera dirujuk ke fasilitas kesehatan yang sesuai. Tetapi jika terdapat mekonium kental, segera rujuk ibu ke tempat yang memiliki asuhan kegawatdaruratan obstetri dan bayi baru lahir.

- c) *Molase* (penyusupan kepala janin)

Penyusupan adalah indikator penting tentang seberapa jauh kepala bayi dapat menyesuaikan diri dengan bagian keras panggul ibu. Tulang kepala yang saling menyusup atau tumpang tindih, menunjukkan kemungkinan adanya disproporsi tulang panggul (CPD). Ketidakmampuan akomodasi akan benar-benar terjadi jika tulang

kepala yang saling menyusup tidak dapat dipisahkan. Apabila ada dugaan disproporsi tulang panggul, penting sekali untuk tetap memantau 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. Setiap kali melakukan pemeriksaan dalam, nilai penyusupan kepala janin. Catat temuan dikotak yang sesuai di bawah lajur air ketuban. Gunakan lambang-lambang berikut ini:

- 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

3) Kemajuan persalinan

Kolom dan lajur kedua pada partograf adalah untuk pencatatan kemajuan persalinan. Angka 0-10 yang tertera di tepi kolom paling kiri adalah besarnya dilatasi serviks. Masing-masing angka mempunyai lajur dan kotak tersendiri. Setiap angka/kotak menunjukkan besarnya pembukaan serviks. Kotak yang satu dengan kotak yang lain pada lajur di atasnya, menunjukkan penambahan dilatasi sebesar 1 cm. Skala angka 1-5 juga menunjukkan seberapa jauh penurunan janin. Masing-masing kotak di bagian ini menyatakan waktu 30 menit.

a) Pembukaan serviks

Nilai dan catat pembukaan serviks setiap 4 jam (lebih sering dilakukan jika ada tanda-tanda penyulit). Saat ibu berada dalam fase aktif persalinan, catat pada partograf hasil temuan dan setiap pemeriksaan. Tanda "X" harus ditulis di garis waktu yang sesuai dengan lajur besarnya pembukaan serviks. Beri tanda untuk temuan-temuan dan pemeriksaan dalam yang dilakukan pertama kali selama fase aktif persalinan di garis

waspada. Hubungkan tanda 'X' dan setiap pemeriksaan dengan garis utuh (tidak terputus).

b) Penurunan bagian terbawah atau presentasi janin

Setiap kali melakukan pemeriksaan dalam (setiap 4 jam), atau lebih sering jika ada tanda tanda penyulit, nilai dan catat turunnya bagian terbawah atau presentasi janin. Pada persalinan normal, kemajuan pembukaan serviks umumnya diikuti dengan turunnya bagian terbawah atau presentasi janin. Tapi kadangkala, turunnya bagian terbawah/presentasi janin baru terjadi setelah pembukaan serviks sebesar 7 cm. Kata-kata "Turunnya kepala" dan garis tidak terputus dan 0-5, tertera di sisi yang sama dengan angka pembukaan serviks. Berikan tanda "pada garis waktu yang sesuai. Sebagai contoh, jika kepala bisa dipalpasi 4/5, tuliskan tanda "S" di nomor 4. Hubungkan tanda "0" dan setiap pemeriksaan dengan garis tidak terputus.

c) Garis waspada dan garis bertindak

Garis waspada dimulai pada pembukaan serviks 4 cm dan berakhir pada titik di mana pembukaan lengkap diharapkan terjadi jika laju pembukaan 1 cm per jam. Pencatatan Selama fase aktif persalinan harus dimulai di garis waspada. Jika pembukaan serviks mengarah ke sebelah kanan garis waspada (pembukaan kurang dan 1 cm per jam), maka harus dipertimbangkan adanya penyulit (misalnya fase aktif yang memanjang, macet, dan lain-lain). Pertimbangkan pula adanya tindakan intervensi yang diperlukan, misalnya persiapan rujukan ke fasilitas kesehatan rujukan (rumah sakit atau puskesmas) yang mampu menangani penyulit dan kegawatdaruratan obstetri. Garis bertindak tertera sejajar dengan garis waspada, dipisahkan oleh 8 kotak atau 4 jalur ke sisi kanan. Jika pembukaan serviks berada di sebelah kanan garis bertindak, maka tindakan untuk menyelesaikan persalinan harus dilakukan. Ibu harus tiba di tempat rujukan sebelum garis bertindak terlampaui.

4) Jam dan waktu

a) Waktu mulainya fase aktif persalinan

Di bagian bawah partograf (pembukaan serviks dan penurunan) tertera kotak-kotak yang diberi angka 1-16. Setiap kotak menyatakan waktu satu jam sejak dimulainya fase aktif persalinan.

b) Waktu aktual saat pemeriksaan dilakukan

Di bawah lajur kotak untuk waktu mulainya fase aktif, tertera kotak-kotak untuk mencatat waktu aktual saat pemeriksaan dilakukan. Setiap kotak menyatakan satu jam penuh dan berkaitan dengan dua kotak waktu tiga puluh menit pada lajur kotak di atasnya atau lajur kontraksi di bawahnya. Saat ibu masuk dalam fase aktif persalinan, catatkan pembukaan serviks di garis waspada. Kemudian catatkan waktu aktual pemeriksaan ini di kotak waktu yang sesuai. Sebagai contoh, jika pemeriksaan dalam menunjukkan ibu mengalami pembukaan 6 cm pada pukul 15.00, tuliskan tanda di garis waspada yang sesuai dengan angka 6 yang tertera di sisi luar kolom paling kiri dan catat waktu yang sesuai pada kotak waktu di bawahnya (kotak ketiga dan kiri).

5) Kontraksi uterus

Di bawah lajur waktu partograf terdapat lima lajur kotak dengan tulisan "kontraksi per 10 menit" di sebelah luar kolom paling kiri. Setiap kotak menyatakan satu kontraksi. Setiap 30 menit, raba dan catat jumlah kontraksi dalam 10 menit dan lamanya kontraksi dalam satuan detik. Nyatakan jumlah kontraksi yang terjadi dalam waktu 10 menit dengan mengisi angka pada kotak yang sesuai. Nyatakan lamanya kontraksi dengan:



Beri titik-titik di kotak yang sesuai untuk menyatakan kontraksi yang lamanya kurang dari 20 detik.



Beri garis-garis di kotak yang sesuai untuk menyatakan kontraksi yang lamanya 20-40 detik.



Isi penuh kotak yang sesuai untuk menyatakan kontraksi yang lamanya lebih dari 40 detik.

6) Obat-obatan dan cairan yang diberikan

Di bawah lajur kotak observasi kontraksi uterus tertera lajur kotak untuk mencatat oksitosin, obat-obat lainnya dan cairan IV.

a) Oksitosin

Jika tetesan (drip) oksitosin sudah dimulai, dokumentasikan setiap 30 menit jumlah unit oksitosin yang diberikan per volume cairan IV dan dalam satuan tetesan per menit.

b) Obat-obatan lain dan cairan IV

Catat semua pemberian obat-obatan tambahan dan/atau cairan IV dalam kotak yang sesuai dengan kolom waktunya.

7) Kesehatan dan kenyamanan ibu

Bagian terakhir pada lembar depan partograf berkaitan dengan kesehatan dan kenyamanan ibu.

a) Nadi, tekanan darah dan temperatur tubuh

Angka di sebelah kiri bagian partograf ini berkaitan dengan nadi dan tekanan darah ibu.

(1) Nilai dan catat nadi ibu setiap 30 menit selama fase aktif persalinan. (lebih sering jika dicurigai adanya penyulit). Beri tanda titik pada kolom waktu yang sesuai (•).

(2) Nilai dan catat tekanan darah ibu setiap 4 jam selama fase aktif persalinan (lebih sering jika dianggap akan adanya penyulit). Beri tanda panah pada partograf pada kolom waktu yang sesuai.

(3) Nilai dan catat temperatur tubuh ibu (lebih sering jika meningkat, atau dianggap adanya infeksi) setiap 2 jam dan catat temperatur tubuh dalam kotak yang sesuai.

b) Volume urin, protein atau aseton

Ukur dan catat jumlah produksi urin ibu sedikitnya setiap 2 jam (setiap kali ibu berkemih). Jika memungkinkan setiap kali ibu berkemih, lakukan pemeriksaan adanya aseton atau protein dalam urin.

8) Asuhan, pengamatan dan keputusan klinik lainnya

Catat semua asuhan lain, hasil pengamatan dan keputusan klinik di sisi luar kolom partograf atau buat catatan terpisah tentang kemajuan persalinan. Cantumkan juga tanggal dan waktu saat membuat catatan persalinan. Asuhan, pengamatan dan/atau keputusan klinik mencakup :

a) Jumlah cairan per oral yang diberikan

- b) Keluhan sakit kepala atau pengelihatan (pandangan) kabur
- c) Konsul dengan penolong persalinan lainnya (Obgin, bidan, dokter umum)
- d) Persiapan sebelum melakukan rujukan
- e) Upaya rujukan

Perlu diingat bahwa :

- a) Fase laten persalinan didefinisikan sebagai pembukaan serviks kurang dan 4 cm. Biasanya fase laten berlangsung tidak lebih dan 8 jam
- b) Dokumentasikan asuhan, pengamatan dan pemeriksaan selama fase laten persalinan pada catatan kemajuan persalinan yang dibuat secara terpisah atau pada kartu KMS.
- c) Fase aktif persalinan didefinisikan sebagai pembukaan serviks dari 4 sampai 10 cm. Biasanya, selama fase aktif, terjadi pembukaan serviks sedikitnya 1 cm/jam
- d) Saat persalinan maju dan fase laten ke fase aktif, dimulailah pencatatan pada garis waspada di patrograf
- e) Jika ibu datang pada saat fase aktif persalinan pencatatan kemajuan pembukaan serviks dilakukan pada garis waspada
- f) Pada persalinan tanpa penyulit, catatan pembukaan serviks umumnya tidak akan melewati garis waspada.

Halaman belakang partograf merupakan bagian untuk mencatat hal-hal yang terjadi selama proses persalinan dan kelahiran, serta tindakan-tindakan yang dilakukan sejak persalinan kala I hingga kala IV (termasuk bayi baru lahir). Itulah sebabnya bagian ini disebut sebagai Catatan Persalinan. Nilai dan catatkan asuhan yang diberikan pada ibu dalam masa nifas terutama selama persalinan kala empat untuk memungkinkan penolong persalinan mencegah terjadinya penyulit dan membuat keputusan klinik yang sesuai. Dokumentasi ini sangat penting untuk membuat keputusan klinik, terutama pada pemantauan kala IV (Ilmiah, 2015).

PARTOGRAF

No. Register Nama Ibu : _____ Umur : _____ G. _____ P. _____ A. _____
 No. Puskesmas Tanggal : _____ Jam : _____ Alamat : _____
 Ketuban pecah Sejak jam _____ mules sejak jam _____

Denyut Jantung Janin (/menit)	200 190 180 170 160 150 140 130 120 110 100 90 80	
Air ketuban Penyusupan		<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"></table>
Pembukaan serviks (cm) beri tanda x Turunnya kepala beri tanda o	10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0	Waktu (jam) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16
Kontraksi tiap 0 Menit	< 20 4 20-40 3 > 40 2 (dok) 1	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"></table>
Oksitosin U/L tetes/menit		<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"></table>
Obat dan Cairan IV		<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"></table>
• Nadi Tekanan darah	180 170 160 150 140 130 120 110 100 90 80 70 60	<table border="1" style="width: 100%; height: 100px;"></table>
Suhu °C		<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"></table>
Urin	Protein Aseton Volume	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"></table>

Gambar 2.5 Partograf Bagian Depan (Ilmiah, 2015)

CATATAN PERSALINAN

1. Tanggal :
2. Nama bidan :
3. Tempat Persalinan :
☐ Rumah Ibu ☐ Puskesmas
☐ Polindes ☐ Rumah Sakit
☐ Klinik Swasta ☐ Lainnya :
4. Alamat tempat persalinan :
5. Catatan : ☐ rujuk, kala : I / II / III / IV
6. Alasan merujuk :
7. Tempat rujukan :
8. Pendamping pada saat merujuk :
☐ Bidan ☐ Teman
☐ Suami ☐ Dukun
☐ Keluarga ☐ Tidak ada

KALA I

9. Partogram melewati garis waspada : Y / T
10. Masalah lain, sebutkan :
11. Penatalaksanaan masalah Tsb :
12. Hasilnya :

KALA II

13. Episiotomi :
☐ Ya, Indikasi
☐ Tidak
14. Pendamping pada saat persalinan
☐ Suami ☐ Teman ☐ Tidak ada
☐ Keluarga ☐ Dukun
15. Gawat Janin :
☐ Ya, tindakan yang dilakukan
a.
b.
c.
☐ Tidak
16. Distosia bahu :
☐ Ya, tindakan yang dilakukan
a.
b.
c.
☐ Tidak
17. Masalah lain, sebutkan :
18. Penatalaksanaan masalah tersebut :
19. Hasilnya :

KALA III

20. Lama kala III :menit
21. Pemberian Oksitosin 10 U im ?
☐ Ya, waktu : menit sesudah persalinan
☐ Tidak, alasan
22. Pemberian ulang Oksitosin (2x) ?
☐ Ya, alasan
☐ Tidak
23. Penegangan tali pusat terkendali ?
☐ Ya,
☐ Tidak, alasan

24. Masase fundus uteri ?
☐ Ya.
☐ Tidak, alasan
25. Plasenta lahir lengkap (*intact*) Ya / Tidak
Jika tidak lengkap, tindakan yang dilakukan :
a.
b.
26. Plasenta tidak lahir > 30 menit : Ya / Tidak
☐ Ya, tindakan :
a.
b.
c.
27. Laserasi :
☐ Ya, dimana
☐ Tidak.
28. Jika laserasi perineum, derajat : 1 / 2 / 3 / 4
Tindakan :
☐ Penjahitan, dengan / tanpa anestesi
☐ Tidak dijahit, alasan
29. Atoni uteri :
☐ Ya, tindakan
a.
b.
c.
☐ Tidak
30. Jumlah perdarahan : ml
31. Masalah lain, sebutkan
32. Penatalaksanaan masalah tersebut :
33. Hasilnya :

BAYI BARU LAHIR :

Temp

- Berat badangram
35. Panjang cm
36. Jenis kelamin : L / P
37. Penilaian bayi baru lahir : baik / ada penyulit
38. Bayi lahir :
☐ Normal, tindakan :
☐ mengeringkan
☐ menghangatkan
☐ rangsang taktil
☐ bungkus bayi dan tempatkan di sisi ibu
☐ Asfiksia ringan/pucat/biru/lemas/tindakan :
☐ mengeringkan ☐ bebaskan jalan napas
☐ rangsang taktil ☐ menghangatkan
☐ bungkus bayi dan tempatkan di sisi ibu
☐ lain - lain sebutkan
- ☐ Cacat bawaan, sebutkan :
- ☐ Hipotermi, tindakan :
a.
b.
c.
39. Pemberian ASI
☐ Ya, waktu :jam setelah bayi lahir
☐ Tidak, alasan
40. Masalah lain,sebutkan :
- Hasilnya :

PEMANTAUAN PERSALINAN KALA IV

Jam Ke	Waktu	Tekanan darah	Nadi	Tinggi Fundus Uteri	Kontraksi Uterus	Kandung Kemih	Perdarahan
1							
2							

Masalah kala IV :

Penatalaksanaan masalah tersebut :

Hasilnya :

Gambar 2.6 Portogram Bagian Belakang (Ilmiah, 2015)

b. Asuhan Ibu Bersalin II

Kala II persalinan disebut juga kala pengeluaran yang merupakan peristiwa terpenting dalam proses persalinan karena objek dikeluarkan adalah objek utama yaitu bayi. Tanda dan gejala kala II adalah :

- 1) Adanya pembukaan lengkap (tidak teraba lagi bibir porsio), ini terjadi karena adanya dorongan bagian terbawah janin yang masuk ke dalam dasar panggul karena kontraksi uterus yang kuat sehingga porsio membuka secara perlahan.
- 2) His yang lebih sering dan kuat ($\pm 2-3$ menit 1 kali) dan timbul rasa mencedan, karena biasanya dalam hal ini bagian terbawah janin masuk ke dasar panggul sehingga terjadi tekanan pada otot-otot dasar panggul, yang secara reflektoris menimbulkan rasa mencedan.
- 3) Ada pengeluaran darah bercampur lendir, disebabkan oleh adanya robekan dari serviks yang meregang.
- 4) Pecahnya kantung ketuban, karena kontraksi yang menyebabkan terjadinya perbedaan tekanan yang besar antara tekanan di dalam uterus dan di luar uterus sehingga kantung ketuban tidak dapat menahan tekanan isi uterus akhirnya kantung ketuban pecah.
- 5) Anus terbuka, karena bagian terbawah janin masuk dasar panggul sehingga menekan rektum dan rasa buang air besar, hal inilah yang menyebabkan anus terbuka.
- 6) Vulva terbuka, perineum menonjol, karena bagian terbawah janin yang sudah masuk PBP dan ditambah pula dengan adanya his serta kekuatan mencedan menyebabkan vulva terbuka dan perineum menonjol karena perineum bersifat elastis.
- 7) Bagian terdepan anak kelihatan pada vulva, karena labia membuka, perineum menonjol menyebabkan bagian terbawah janin terlihat di vulva, karena ada his dan tenaga mencedan menyebabkan bagian terbawah janin dapat dilahirkan.

Diagnosis kala II persalinan dapat ditegakkan atas dasar hasil pemeriksaan yang menunjukkan bahwa pembukaan serviks telah lengkap dan terlihat bagian kepala bayi pada vulva. Waktu yang diperlukan untuk

pengeluaran bayi pada kala II persalinan adalah pada primigravida 1,5 jam dan pada multigravida 0,5 jam (Ilmiah, 2015).

Kala II persalinan dimulai saat pembukaan serviks lengkap dan berakhir dengan lahirnya seluruh tubuh janin. Langkah-langkah pertolongan persalinan sesuai dengan asuhan persalinan normal (APN) dirumuskan dalam 60 langkah asuhan persalinan normal sebagai berikut:

- 1) Mengamati tanda dan gejala persalinan kala dua.
- 2) Memastikan perlengkapan, bahan dan obat-obatan esensial siap digunakan. Mematahkan ampul oksitosin 10 unit dan menempatkan tabung suntik steril sekali pakai di dalam partus set.
- 3) Mengenakan baju penutup atau celemek plastik yang bersih.
- 4) Melepaskan semua perhiasan yang dipakai di bawah siku, mencuci kedua tangan dengan sabun dan air bersih yang mengalir dan mengeringkan tangan dengan handuk satu kali pakai/pribadi yang bersih.
- 5) Memakai satu sarung dengan DTT atau steril untuk semua pemeriksaan dalam.
- 6) Mengisap oksitosin 10 unit ke dalam tabung suntik (dengan memakai sarung tangan disinfeksi tingkat tinggi atau steril) dan meletakkan kembali di partus set/wadah disinfeksi tingkat tinggi atau steril tanpa mengkontaminasi tabung suntik).
- 7) Membersihkan vulva dan perineum, menyekanya dengan hati-hati dari depan ke belakang dengan menggunakan kapas atau kasa yang sudah dibasahi air disinfeksi tingkat tinggi.
- 8) Dengan menggunakan teknik aseptik, melakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan bahwa pembukaan serviks sudah lengkap.
- 9) Mendekontaminasi sarung tangan dengan cara mencelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan kotor ke dalam larutan klorin 0,5% dan kemudian melepaskannya dalam keadaan terbalik serta merendamnya di dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit. Mencuci kedua tangan (seperti di atas).

- 10) Memeriksa Denyut Jantung Janin (DJJ) setelah kontraksi berakhir untuk memastikan bahwa DJJ dalam batas normal (100 – 180 kali / menit).
- 11) Memberitahu ibu pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik. Membantu ibu berada dalam posisi yang nyaman sesuai keinginannya.
- 12) Meminta bantuan keluarga untuk menyiapkan posisi ibu untuk meneran. (Pada saat ada his, bantu ibu dalam posisi setengah duduk dan pastikan ia merasa nyaman).
- 13) Melakukan pimpinan meneran saat Ibu mempunyai dorongan yang kuat untuk meneran.
- 14) Jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm, meletakkan handuk bersih di atas perut ibu untuk mengeringkan bayi.
- 15) Meletakkan kain yang bersih dilipat 1/3 bagian, di bawah bokong ibu.
- 16) Membuka partus set.
- 17) Memakai sarung tangan DTT atau steril pada kedua tangan.
- 18) Saat kepala bayi membuka vulva dengan diameter 5-6 cm, lindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi kain tadi, letakkan tangan yang lain di kelapa bayi dan lakukan tekanan yang lembut dan tidak menghambat pada kepala bayi, membiarkan kepala keluar perlahan-lahan. Menganjurkan ibu untuk meneran perlahan-lahan atau bernapas cepat saat kepala lahir.
- 19) Dengan lembut menyeka muka, mulut dan hidung bayi dengan kain atau kasa yang bersih.
- 20) Memeriksa lilitan tali pusat dan mengambil tindakan yang sesuai jika hal itu terjadi, dan kemudian meneruskan segera proses kelahiran bayi.
- 21) Menunggu hingga kepala bayi melakukan putaran paksi luar secara spontan. Lahir bahu
- 22) Setelah kepala melakukan putaran paksi luar, tempatkan kedua tangan di masing-masing sisi muka bayi. Menganjurkan ibu untuk meneran saat kontraksi berikutnya. Dengan lembut menariknya ke arah bawah dan kearah keluar hingga bahu anterior muncul di bawah arkus pubis

dan kemudian dengan lembut menarik ke arah atas dan ke arah luar untuk melahirkan bahu posterior. Lahir badan dan tungkai.

- 23) Setelah kedua bahu dilahirkan, menelusurkan tangan mulai kepala bayi yang berada di bagian bawah ke arah perineum tangan, membiarkan bahu dan lengan posterior lahir ke tangan tersebut. Mengendalikan kelahiran siku dan tangan bayi saat melewati perineum, gunakan lengan bagian bawah untuk menyangga tubuh bayi saat dilahirkan. Menggunakan tangan anterior (bagian atas) untuk mengendalikan siku dan tangan anterior bayi saat keduanya lahir.
- 24) Setelah tubuh dari lengan lahir, menelusurkan tangan yang ada di atas (anterior) dari punggung ke arah kaki bayi untuk menyangganya saat punggung dari kaki lahir. Memegang kedua mata kaki bayi dengan hati-hati membantu kelahiran kaki.
- 25) Menilai bayi dengan cepat, kemudian meletakkan bayi di atas perut ibu dengan posisi kepala bayi sedikit lebih rendah dari tubuhnya (bila tali pusat terlalu pendek, meletakkan bayi di tempat yang memungkinkan).
- 26) Segera mengeringkan bayi, membungkus kepala dan badan bayi kecuali bagian pusat.
- 27) Menjepit tali pusat menggunakan klem kira-kira 3 cm dari pusat bayi. Melakukan urutan pada tali pusat mulai dari klem ke arah ibu dan memasang klem kedua 2 cm dari klem pertama (ke arah ibu).
- 28) Memegang tali pusat dengan satu tangan, melindungi bayi dari gunting dan memotong tali pusat di antara dua klem tersebut.
- 29) Mengganti handuk yang basah dan menyelimuti bayi dengan kain atau selimut yang bersih dan kering, menutupi bagian kepala, membiarkan tali pusat terbuka. Jika bayi mengalami kesulitan bernapas, mengambil tindakan yang sesuai.
- 30) Memberikan bayi kepada ibunya dan menganjurkan ibu untuk memeluk bayinya dan memulai pemberian ASI jika ibu menghendaknya.
- 31) Meletakkan kain yang bersih dan kering. Melakukan palpasi abdomen untuk menghilangkan kemungkinan adanya bayi kedua.
- 32) Memberi tahu kepada ibu bahwa ia akan disuntik.

- 33) Dalam waktu 2 menit setelah kelahiran bayi, memberikan suntikan oksitosin 10 unit IM di 1/3 paha kanan atas ibu bagian luar, setelah mengaspirasinya terlebih dahulu. Penegangan tali pusat terkendali
- 34) Memindahkan klem pada tali pusat
- 35) Meletakkan satu tangan diatas kain yang ada di perut ibu, tepat di atas tulang pubis, dan menggunakan tangan ini untuk melakukan palpasi kontraksi dan menstabilkan uterus. Memegang tali pusat dan klem dengan tangan yang lain.
- 36) Menunggu uterus berkontraksi dan kemudian melakukan penegangan ke arah bawah pada tali pusat dengan lembut. Lakukan tekanan yang berlawanan arah pada bagian bawah uterus dengan cara menekan uterus ke arah atas dan belakang (dorso kranial) dengan hati-hati untuk membantu mencegah terjadinya inversio uteri. Jika plasenta tidak lahir setelah 30 – 40 detik, menghentikan penegangan tali pusat dan menunggu hingga kontraksi berikut mulai.
- 37) Setelah plasenta terlepas, meminta ibu untuk meneran sambil menarik tali pusat ke arah bawah dan kemudian ke arah atas, mengikuti kurve jalan lahir sambil meneruskan tekanan berlawanan arah pada uterus.
- 38) Jika plasenta terlihat di introitus vagina, melanjutkan kelahiran plasenta dengan menggunakan kedua tangan. Memegang plasenta dengan dua tangan dan dengan hati-hati memutar plasenta hingga selaput ketuban terpilin.
- 39) 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 menjadi keras).
- 40) Memeriksa kedua sisi plasenta baik yang menempel ke ibu maupun janin dan selaput ketuban untuk memastikan bahwa selaput ketuban lengkap dan utuh.
- 41) Mengevaluasi adanya laserasi pada vagina dan perineum dan segera menjahit laserasi yang mengalami perdarahan aktif.

- 42) Menilai ulang uterus dan memastikannya berkontraksi dengan baik. Mengevaluasi perdarahan persalinan vagina.
- 43) Mencelupkan kedua tangan yang memakai sarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5 %, membilas kedua tangan yang masih bersarung tangan tersebut dengan air disinfeksi tingkat tinggi dan mengeringkannya dengan kain yang bersih dan kering.
- 44) Menempatkan klem tali pusat disinfeksi tingkat tinggi atau steril atau mengikat tali disinfeksi tingkat tinggi dengan simpul mati sekeliling tali pusat sekitar 1 cm dari pusat.
- 45) Mengikat satu lagi simpul mati dibagian pusat yang berseberangan dengan simpul mati yang pertama.
- 46) Melepaskan klem bedah dan meletakkannya ke dalam larutan klorin 0,5 %.
- 47) Menyelimuti kembali bayi dan menutupi bagian kepalanya. Memastikan handuk atau kainnya bersih atau kering.
- 48) Menganjurkan ibu untuk memulai pemberian ASI.
- 49) Melanjutkan pemantauan kontraksi uterus dan perdarahan pervaginam.
- 50) Mengajarkan pada ibu/keluarga bagaimana melakukan masase uterus dan memeriksa kontraksi uterus.
- 51) Mengevaluasi kehilangan darah.
- 52) Memeriksa tekanan darah, nadi dan keadaan kandung kemih setiap 15 menit selama satu jam pertama pasca persalinan dan setiap 30 menit selama jam kedua pasca persalinan.
- 53) Menempatkan semua peralatan di dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit). Mencuci dan membilas peralatan setelah dekontaminasi
- 54) Membuang bahan-bahan yang terkontaminasi ke dalam tempat sampah yang sesuai.
- 55) Membersihkan ibu dengan menggunakan air disinfeksi tingkat tinggi. Membersihkan cairan ketuban, lendir dan darah. Membantu ibu memakai pakaian yang bersih dan kering.

- 56) Memastikan bahwa ibu nyaman. Membantu ibu memberikan ASI. Menganjurkan keluarga untuk memberikan ibu minuman dan makanan yang diinginkan.
- 57) Mendekontaminasi daerah yang digunakan untuk melahirkan dengan larutan klorin 0,5% dan membilas dengan air bersih.
- 58) Mencelupkan sarung tangan kotor ke dalam larutan klorin 0,5%, membalikkan bagian dalam ke luar dan merendamnya dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit.
- 59) Mencuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir.
- 60) Melengkapi partograf (Prawirohardjo, 2014).

Yang harus diperhatikan pada saat pengeluaran bayi adalah posisi ibu saat melahirkan bayi, cegah terjadinya laserasi atau trauma, proses melahirkan kepala, memeriksa lilitan tali pusat pada leher bayi, proses melahirkan bahu, proses melahirkan tubuh bayi, mengusap muka, mengeringkan dan rangsang taktil pada bayi dan memotong tali pusat (Ilmiah, 2015).

c. Asuhan Ibu Bersalin Kala III

Kala III merupakan tahap ketiga persalinan yang berlangsung sejak bayi lahir sampai plasenta lahir. Persalinan kala tiga dimulai setelah lahirnya bayi dan berakhir dengan lahirnya plasenta dan selaput ketuban. Penyebab terpisahnya plasenta dari dinding uterus adalah kontraksi uterus (spontan atau dengan stimulus) setelah kala dua selesai. Berat plasenta mempermudah terlepasnya selaput ketuban, yang terkelupas dan dikeluarkan. Tempat perlekatan plasenta menentukan kecepatan pemisahan dan metode ekspulsi plasenta. Selaput ketuban dikeluarkan dengan penonjolan bagian ibu atau bagian janin.

Pada kala III, otot uterus (miometrium) berkontraksi mengikuti penyusutan volume rongga uterus setelah lahirnya bayi. Penyusutan ukuran ini menyebabkan berkurangnya ukuran tempat perlekatan plasenta. Karena tempat perlekatan menjadi semakin kecil, sedangkan ukuran plasenta tidak berubah maka plasenta akan terlipat, menebal dan kemudian

lepas dari dinding uterus. Setelah lepas, plasenta akan turun ke bagian bawah uterus ke dalam vagina.

Setelah janin lahir, uterus mengadakan kontraksi yang mengakibatkan penciutan permukaan kavum uteri, tempat implantasi plasenta. Akibatnya, plasenta akan lepas dari tempat implantasinya (Ilmiah, 2015).

Tanda-tanda lepasnya plasenta mencakup beberapa atau semua hal di bawah ini:

- 1) Perubahan bentuk dan tinggi fundus. Setelah bayi lahir dan sebelum miometrium mulai berkontraksi, uterus berbentuk bulat dan tinggi fundus berada 3 jari di bawah pusat. Setelah uterus berkontraksi dan plasenta terdorong ke bawah, uterus berbentuk segitiga atau seperti buah alpukat dan fundus setinggi pusat (sering kali mengarah ke sisi kanan)
- 2) Tali pusat memanjang. Tali pusat terlihat menjulur keluar melalui vulva.
- 3) Semburan darah mendadak dan singkat. Darah yang terkumpul di retroplasenter (diantara tempat implantasi dan permukaan maternal plasenta) akan melepas plasenta (dengan gaya gravitasi) dari tempat perlekatannya di dinding uterus. Jika kumpulan darah (*retroplasenter pooling*) dalam ruang antara dinding uterus dan plasenta telah melebihi kapasitas tampungnya maka darah tersembur keluar dari tepi plasenta yang terlepas. Tanda ini kadang-kadang terlihat dalam waktu satu menit setelah bayi lahir dan biasanya dalam 5 menit (Ilmiah, 2015).

Manajemen Aktif Kala III

- 1) Pindahkan klem pada tali pusat hingga berjarak 5-10 cm dari vulva
- 2) Letakkan satu tangan di atas kain yang ada di perut ibu, tepat di tepi atas simfisis dan tegangkan tali pusat dan klem dengan tangan yang lain.
- 3) Setelah uterus berkontraksi, tegangkan tali pusat ke arah bawah sambil tangan yang lain mendorong uterus ke arah dorso-kranial secara hati-hati, untuk mencegah terjadinya inversio uteri. Jika plasenta tidak lahir dalam 30-40 detik, hentikan penegangan tali pusat dan tunggu hingga

timbul kontraksi berikutnya dan ulangi prosedur di atas. Jika uterus tidak segera berkontraksi, minta ibu, suami atau anggota keluarga untuk menstimulasi puting susu.

- 4) Melakukan peregangan tali pusat terkendali. Lakukan penegangan dan dorongan dorso-kraniol hingga plasenta terlepas, lalu minta ibu meneran sambil menarik tali pusat dengan arah sejajar lantai dan kemudian ke arah atas, mengikuti poros jalan lahir dengan tetap melakukan tekanan dorso-kraniol. Jika tali pusat bertambah panjang, pindahkan klem hingga berjarak sekitar 5-10 cm dari vulva dan lahirkan plasenta. Jika plasenta tidak lepas setelah 15 menit menegangkan tali pusat:
 - a) Beri dosis ulangan oksitosin 10 unitIM
 - b) Lakukan kateterisasi (aseptik) jika kandung kemih penuh
 - c) Minta keluarga untuk menyiapkan rujukan
 - d) Ulangi penegangan tali pusat 15 menit berikutnya
 - e) Segera rujuk jika plasenta tidak lahir dalam 30 menit setelah bayi lahir
 - f) Bila terjadi perdarahan, lakukan plasenta manual.
- 5) Saat plasenta terlihat di introitus vagina, lanjutkan kelahiran plasenta dengan menggunakan kedua tangan. Pegang dan putar plasenta hingga selaput ketuban terpinil dan kemudian lahirkan dan tempatkan plasenta pada wadah yang tersedia. Jika selaput ketuban robek, pakai sarung tangan DTT atau steril untuk melakukan eksplorasi sisa selaput kemudian gunakan jarijari tangan atau klem DTT atau steril untuk mengeluarkan bagian selaput yang tertinggal.
- 6) Segera setelah plasenta dan selaput ketuban lahir, lakukan masase uterus dengan meletakkan telapak tangan di fundus dan lakukan masase dengan gerakan melingkar secara lembut hingga uterus berkontraksi (fundus teraba keras). Jika uterus tidak berkontraksi setelah 15 detik melakukan rangsangan taktil/masase (Ilmiah, 2015).

d. Asuhan Ibu Bersalin Kala IV

Yang dimaksud dengan kala IV adalah 1-2 jam setelah pengeluaran uri. Kala IV adalah kala pengawasan 1-2 jam setelah bayi dan plasenta lahir untuk memantau kondisi ibu. Setelah kelahiran plasenta, periksa kelengkapan dari plasenta dan selaput ketuban. Jika masih ada sisa plasenta dan selaput ketuban yang tertinggal dalam uterus akan mengganggu kontraksi uterus sehingga menyebabkan perdarahan.

Jika dalam waktu 15 menit uterus tidak berkontraksi dengan baik, maka akan terjadi atonia uteri. Oleh karena itu, diperlukan tindakan rangsangan taktil (*massase*) fundus uteri dan bila perlu dilakukan Kompresi Bimanual.

1) Pemeriksaan Servik, Vagina dan Perineum

Untuk mengetahui apakah ada tidaknya robekan jalan lahir, maka periksa daerah perineum, vagina dan vulva. Setelah bayi lahir, vagina akan mengalami peregangan, oleh kemungkinan edema dan lecet. Introitus vagina juga akan tampak terkulai dan terbuka. Sedangkan vulva bisa berwarna merah, bengkak dan mengalami lecet-lecet.

Segera setelah kelahiran bayi, serviks dan vagina harus diperiksa secara menyeluruh untuk mencari ada tidaknya laserasi dan dilakukan perbaikan lewat pembedahan kalau diperlukan. Servik, vagina dan perineum dapat diperiksa lebih mudah sebelum pelepasan plasenta karena tidak ada perdarahan rahim yang mengaburkan pandangan ketika itu.

Untuk mengetahui ada tidaknya trauma atau hemoroid yang keluar, maka periksa anus dengan rectal toucher. Laserasi dapat dikategorikan dalam :

- a) Derajat pertama: laserasi mengenai mukosa dan kulit perineum, tidak perlu dijahit.
- b) Derajat kedua: laserasi mengenai mukosa vagina, kulit dan jaringan perineum (perlu dijahit).
- c) Derajat ketiga: laserasi mengenai mukosa vagina, kulit, jaringan perineum dan spinkter ani.

- d) Derajat empat: laserasi mengenai mukosa vagina, kulit, jaringan perineum dan spinkter ani yang meluas hingga ke rektum. Rujuk segera.

Teknik yang digunakan biasanya adalah teknik jelujur. Adapun keuntungannya adalah : mudah dipelajari, tidak nyeri dan sedikit jahitan. Cairan yang digunakan adalah lidocain 1 %. Tidak dianjurkan penggunaan lidocain 2 % (konsentrasinya terlalu tinggi dan menimbulkan nekrosis jaringan). Lidocain dengan epinephrine (memperlambat penyerapan lidocain dan memperpanjang efek kerjanya). Jarum yang disiapkan adalah jarum yang batangnya bulat, tidak pipih dan benang. Gunakan benang kromik 2-0 atau 3-0. Benang kromik bersifat lentur, kuat, tahan lama dan paling sedikit menimbulkan reaksi jaringan. Namun untuk penjahitan episiotomi, penting menggunakan benang yang dapat diserap untuk menutup robekan. Benang poliglikolik lebih dipilih dibandingkan catgut kromik karena kekuatan regangannya, bersifat non alergenik, kemungkinan komplikasi infeksi dan kerusakan episiotominya lebih rendah. Catgut kromik dapat digunakan sebagai alternatif, tetapi bukan benang yang ideal (Ilmiah, 2015).

2) Pemantauan Kala IV

Saat yang paling kritis pada ibu pasca melahirkan adalah pada masa post partum. Pemantauan ini dilakukan untuk mencegah adanya kematian ibu akibat perdarahan. Kematian ibu pasca persalinan biasanya terjadi dalam 6 jam post partum. Hal ini disebabkan oleh infeksi, perdarahan dan eklampsia post partum. Selama kala IV, pemantauan dilakukan 15 menit pertama setelah plasenta lahir dan 30 menit kedua setelah persalinan. Setelah plasenta lahir, berikan asuhan yang berupa :

- a) Rangsangan taktil (massase) uterus untuk merangsang kontraksi uterus.
- b) Evaluasi tinggi fundus uteri – Caranya : letakkan jari tangan Anda secara melintang antara pusat dan fundus uteri. Fundus uteri harus sejajar dengan pusat atau dibawah pusat.
- c) Perkirakan darah yang hilang secara keseluruhan.

- d) Pemeriksaan perineum dari perdarahan aktif (apakah dari laserasi atau luka episiotomi).
 - e) Evaluasi kondisi umum ibu dan bayi.
 - f) Pendokumentasian.
- 3) Penilaian Klinik Kala IV

Tabel 2.3
Penilaian Klinik Kala IV

No	Penilaian	Keterangan
1	Fundus dan kontraksi uterus	Rangsangan taktil uterus dilakukan untuk merangsang terjadinya kontraksi uterus yang baik. Dalam hal ini sangat penting diperhatikan tingginya fundus uteri dan kontraksi uterus.
2	Pengeluaran pervaginam	Pendarahan: Untuk mengetahui apakah jumlah pendarahan yang terjadi normal atau tidak. Batas normal pendarahan adalah 100-300 ml. Lokhea: Jika kontraksi uterus kuat, maka lokea tidak lebih dari saat haid
3	Plasenta dan selaput ketuban	Periksa kelengkapannya untuk memastikan ada tidaknya bagian yang tersisa dalam uterus.
4	Kandung kencing	Yakinkan bahwa kandung kencing kosong. Hal ini untuk membantu involusio uteri
5	Perineum	Periksa ada tidaknya luka / robekan pada perineum dan vagina.
6	Kondisi ibu	Periksa vital sign, asupan makan dan minum.
7	Kondisi bayi baru lahir	Apakah bernafas dengan baik? Apakah bayi merasa hangat? Bagaimana pemberian ASI?

Sumber : Ilmiah, 2015

4) Diagnosis Kala IV

Tabel 2.4
Diagnosis Dalam Kala IV

No	Kategori	Keterangan
1	Involusi normal	Tonus – uterus tetap berkontraksi. Posisi – TFU sejajar atau dibawah pusat. Perdarahan – dalam batas normal (100-300ml). Cairan – tidak berbau.
2	Kala IV dengan penyulit	Sub involusi – kontraksi uterus lemah, TFU diatas pusat. Perdarahan – atonia, laserasi, sisa plasenta / selaput ketuban.

Sumber : Ilmiah, 2015 Bentuk Tindakan Dalam Kala IV

Tindakan yang sebaiknya dilakukan adalah :

- a) Mengikat tali pusat;
- b) Memeriksa tinggi fundus uteri;
- c) Menganjurkan ibu untuk cukup nutrisi dan hidrasi;
- d) Membersihkan ibu dari kotoran;
- e) Memberikan cukup istirahat;
- f) Menyusui segera;
- g) Membantu ibu ke kamar mandi;
- h) Mengajari ibu dan keluarga tentang pemeriksaan fundus dan tanda bahaya baik bagi ibu maupun bayi (Ilmiah, 2015).

5) Pemantauan Lanjut Kala IV

Hal yang harus diperhatikan dalam pemantauan lanjut selama kala IV adalah :

- a) Vital sign. Tekanan darah normal <140/90 mmHg; Bila TD <90/ 60 mmHg, N >100 x/ menit (terjadi masalah); Masalah yang timbul kemungkinan adalah demam atau perdarahan.
- b) Suhu. S >38°C (identifikasi masalah); Kemungkinan terjadi dehidrasi ataupun infeksi.

- c) Nadi
- d) Pernafasan
- e) Tonus uterus dan tinggi fundus uteri. Kontraksi tidak baik maka uterus terasa lembek; TFU normal, sejajar dengan pusat atau dibawah pusat; Uterus lembek (lakukan massase uterus, bila perlu berikan injeksi oksitosin atau methergin).
- f) Perdarahan. Perdarahan normal selama 6 jam pertama yaitu satu pembalut atau seperti darah haid yang banyak. Jika lebih dari normal identifikasi penyebab (dari jalan lahir, kontraksi atau kandung kencing).
- g) Kandung kencing. Bila kandung kencing penuh, uterus berkontraksi tidak baik (Ilmiah, 2015).

Manajemen kebidanan adalah metode dan pendekatan pemecahan masalah kesehatan ibu dan anak yang khusus dilakukan oleh bidan dalam memberikan asuhan kebidanan kepada individu, keluarga dan masyarakat. Tujuan manajemen kebidanan adalah memberikan asuhan kebidanan yang adekuat, komprehensif dan terstandart pada ibu intranatal dengan memperhatikan riwayat ibu selama kehamilan dan respon ibu serta mengantisipasi risiko-risiko yang terjadi selama proses persalinan. Pendokumentasian SOAP pada asuhan persalinan adalah sebagai berikut:

Subjektif

Yang menggambarkan hasil pendokumentasian anamnesis yaitu:

- 1) Identitas ibu dan suami
- 2) Keluhan utama
- 3) Riwayat menstruasi
- 4) Riwayat perkawinan
- 5) Riwayat kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu
- 6) Riwayat alergi obat-obatan tertentu
- 7) Bio psiko sosial spritual

Objektif

Menggambarkan pendokumentasian hasil dari:

- 1) Pemeriksaan fisik klien: menentukan tinggi fundus uteri, memantau kontraksi uterus, memantau denyut jantung janin, memantau presentasi dan memantau penurunan bagian terbawah janin.
- 2) Pemeriksaan dalam : menilai cairan vagina, menilai penurunan janin, menilai penyusupan tulang kepala, menilai kepala janin apakah sesuai dengan diameter jalan lahir, jangan melakukan pemeriksaan dalam jika ada perdarahan pervaginam.
- 3) Pemeriksaan laboratorium
- 4) Tes diagnostik

Assesment

Dengan melakukan tindakan identifikasi terhadap diagnosa atau masalah berdasarkan interpretasi atas data-data yang telah dikumpulkan. Berdasarkan temuan data yang ada, maka bidan dapat mengambil keputusan apakah ibu sudah masuk ke dalam persalinan sesungguhnya atau belum, jika sudah masuk dalam persalinan yang sesungguhnya maka dalam kala berapa ibu sekarang. Kemudian bidan dituntut untuk mampu mengidentifikasi masalah potensial serta merumuskan tindakan antisipasi masalah potensial atau diagnosis potensial. Kemudian mengidentifikasi dan menetapkan kebutuhan segera untuk melakukan konsultasi, kolaborasi dengan tenaga kesehatan lain berdasarkan kondisi klien.

Penatalaksanaan

Menggambarkan pendokumentasian dari perencanaan, pelaksanaan tindakan dan evaluasi berdasarkan asuhan yang diberikan. Pelaksanaan asuhan dapat dilakukan dengan efisien dan aman. Evaluasi keefektifan dari asuhan yang telah dilakukan apakah telah terpenuhi sesuai kebutuhan sebagaimana telah diidentifikasi dalam diagnosa dan masalah (Ilmiah, 2015).

C. Nifas

1. Konsep Dasar Nifas

a. Pengertian Nifas

Masa nifas (*puerperium*) adalah masa setelah keluarnya plasenta sampai alat-alat reproduksi pulih seperti sebelum hamil dan secara normal masa nifas berlangsung selama 6 minggu atau 40 hari. Masa nifas adalah masa sesudah persalinan, masa perubahan, pemulihan, penyembuhan dan pengembalian alat-alat kandungan (Walyani & Purwoastuti, 2015).

Kelahiran bayi merupakan suatu peristiwa yang menyenangkan dan ditunggu-tunggu karena telah berakhir masa kehamilan, tetapi dapat juga menimbulkan masalah bagi kesehatan ibu. Oleh karena itu dalam masa nifas perlu dilakukan pengawasan yang secara umum bertujuan untuk:

- 1) Menjaga kesehatan ibu dan bayinya, baik secara fisik maupun psikologis.
- 2) Melaksanakan *screening* yang komprehensif, mendeteksi adanya masalah, megobati atau merujuk bila terjadi komplikasi pada ibu maupun bayinya.
- 3) Memberikan pendidikan kesehatan tentang perawatan kesehatan diri, nutrisi, KB, menyusui ataupun pemberian imunisasi bagi bayi dan perawatan bayi sehat.
- 4) Memberikan pelayanan keluarga berencana (Astutik, 2015).

b. Fisiologis Masa Nifas

Ibu dalam masa nifas mengalami perubahan fisiologis. Setelah keluarnya plasenta, kadar sirkulasi hormon HCG (*Human Chorionic Gonadotropin*), *human plasental lactogen*, *estrogen* dan *progesterone* menurun. *Human plasental lactogen* akan menghilang dari peredaran darah ibu dalam 2 hari dan HCG dalam 2 minggu setelah melahirkan. Kadar *estrogen* dan *progesteron* hampir sama dengan kadar yang ditemukan pada fase *folikuler* dari siklus menstruasi berturut-turut sekitar 3 dan 7 hari. Penarikan polipeptida dan hormon steroid ini mengubah fungsi seluruh sistem sehingga efek kehamilan berbalik dan wanita dianggap sedang tidak hamil. Perubahan-perubahan yang terjadi yaitu:

1) Sistem Kardiovaskular

Denyut jantung, volume dan curah jantung meningkat segera setelah melahirkan karena terhentinya aliran darah ke plasenta yang mengakibatkan beban jantung meningkat yang dapat diatasi dengan haemokonsentrasi sampai volume darah kembali normal, dan pembuluh darah kembali ke ukuran semula.

a) Volume Darah

Perubahan pada volume darah tergantung pada beberapa variabel. Contohnya kehilangan darah selama persalinan, mobilisasi dan pengeluaran cairan ekstrasvaskular. Kehilangan darah mengakibatkan perubahan volume darah tetapi hanya terbatas pada volume darah total. Kemudian, perubahan cairan tubuh normal mengakibatkan suatu penurunan yang lambat pada volume darah. Dalam 2 sampai 3 minggu, setelah persalinan volume darah seringkali menurun sampai pada nilai sebelum kehamilan.

b) *Cardiac Output*

Cardiac Output terus meningkat selama kala I dan kala II persalinan. Puncaknya selama masa nifas dengan tidak memperhatikan tipe persalinan dan penggunaan anastesi. *Cardiac output* tetap tinggi dalam beberapa waktu sampai 48 jam *postpartum*, ini umumnya mungkin diikuti dengan peningkatan stroke volume akibat dari peningkatan *venous return*, *bradycardi* terlihat selama waktu ini. *Cardiac output* akan kembali pada keadaan semula seperti sebelum hamil dalam 2-3 minggu (Walyani & Purwoastuti, 2015).

2) Sistem Haematologi

Pada hari pertama *postpartum*, kadar fibrinogen dan plasma akan sedikit menurun tetapi darah lebih mengental dengan peningkatan viskositas sehingga meningkatkan faktor pembekuan darah. Haematokrit dan haemoglobin pada hari ke 3-7 setelah persalinan. Masa nifas bukan masa penghancuran sel darah merah tetapi tambahan-tambahan akan menghilang secara perlahan sesuai dengan waktu hidup sel darah merah. Pada keadaan tidak ada komplikasi, keadaan haematokrit dan haemaglobin

akan kembali pada keadaan normal seperti sebelum hamil dalam 4-5 minggu *postpartum*.

Leukositosis yang meningkat dimana jumlah sel darah putih dapat mencapai 15000 selama persalinan akan tetap tinggi dalam beberapa hari pertama dari masa *postpartum*. Sel darah putih, bersama dengan peningkatan normal pada kadar sedimen eritrosit, mungkin sulit diinterpretasikan jika terjadi infeksi akut pada waktu ini.

Faktor pembekuan, yakni suatu aktivasi faktor pembekuan darah terjadi setelah persalinan. Aktivasi ini, bersamaan dengan tidak adanya pergerakan, trauma atau sepsis, yang mendorong terjadinya tromboemboli. Keadaan produksi tertinggi dari pemecahan fibrin mungkin akibat pengeluaran dari tempat plasenta.

Kaki ibu diperiksa setiap hari untuk mengetahui adanya tanda-tanda trombosis (nyeri, hangat dan lemas, vena bengkak kemerahan yang dirasakan keras atau padat ketika disentuh). Mungkin positif terdapat tanda-tanda human's (doso fleksi kaki dimana menyebabkan otot-otot mengompresi vena tibia dan ada nyeri jika trombosis). Penting untuk diingat bahwa trombosis vena-vena dalam mungkin tidak terlihat namun itu tidak menyebabkan nyeri. Varises pada kaki dan sekitar anus (haemoroid) adalah umum pada kehamilan. Varises pada vulva umumnya kurang dan akan segera kembali setelah persalinan (Walyani dan Purwoastuti, 2015).

3) Sistem Reproduksi

a) *Uterus*

Uterus secara berangsur-angsur menjadi kecil (*involuti*) sehingga akhirnya kembali seperti sebelum hamil. Secara rinci proses *involuti uterus* dapat dilihat pada tabel di bawah ini.

Tabel 2.5
Tinggi Fundus Uterus dan Berat Uterus Menurut Masa *Involusi*

<i>Involusi</i>	TFU	Berat Uterus
Bayi lahir	Setinggi pusat	1000 gram
Uri lahir	2 jari di bawah pusat	750 gram
1 minggu	Pertengahan pusat-symphisis	500 gram
2 minggu	Tidak teraba di atas	350 gram
6 minggu	symphisis	50 gram
8 minggu	Bertambah kecil	30 gram
	Sebesar normal	

Sumber : Astutik, 2015

Lochea

Lochea adalah cairan/sekret yang berasal dari *cavum uteri* dan *vagina* dalam masa nifas. Macam-macam *lochea*:

- (1) *Lochea rubra (cruenta)*: berisi darah segar dan sisa selaput ketuban, sel desidua, verniks caseosa, lanugo dan *mekonium*, selama 2 hari nifas.
- (2) *Lochea sanguinolenta*: berwarna kuning berisi darah dan lendir, hari 3-7 nifas.
- (3) *Lochea serosa*: berwarna kuning cairan tidak berdarah lagi, pada hari ke 7-14 nifas.
- (4) *Lochea alba*: cairan putih, keluar setelah 2 minggu masa nifas.
- (5) *Lochea purulenta*: terjadi infeksi, keluar cairan seperti nanah berbau busuk
- (6) *Locheastatis*: *lochea* tidak lancar keluarnya.

b) Serviks

Serviks mengalami *involusi* bersama-sama *uterus*. Setelah persalinan, *ostium uteri eksterna* dapat dimasuki oleh 2 hingga 3 jari tangan, setelah 6 minggu persalinan serviks akan menutup.

c) *Vulva dan Vagina*

Vulva dan *vagina* mengalami penekanan serta peregangan yang sangat besar selama proses melahirkan bayi, dan dalam beberapa hari

pertama sesudah proses tersebut, kedua organ ini tetap berada dalam keadaan kendur. Setelah 3 minggu *vulva* dan *vagina* kembali kepada keadaan tidak hamil. Setelah 3 minggu *rugae* dalam *vagina* secara berangsur-angsur akan muncul kembali sementara *labia* menjadi lebih menonjol.

c. Tahapan Masa Nifas

Adapun tahapan-tahapan masa nifas (post partum/puerperium) adalah:

1) *Puerperium* dini

Yang dimaksud dengan *puerperium* dini adalah masa kepulihan dimana ibu telah diperbolehkan berjalan. Pada masa tidak dianggap perlu lagi menahan ibu setelah persalinan terlentang di tempat tidurnya selama 7-14 hari setelah persalinan. Ibu nifas sudah diperbolehkan bangun dari tempat tidurnya dalam 24-48 jam setelah persalinan. Keuntungan dari *puerperium* dini adalah ibu merasa lebih sehat dan kuat, faal usus dan kandung kemih lebih baik, ibu dapat segera belajar merawat bayinya.

2) *Puerperium Intermedia*

Puerperium intermedia adalah kepulihan menyeluruh alat-alat genitalia eksterna dan interna yang lamanya 6-8 minggu. Alat genitalia tersebut meliputi *uterus*, bekas *implantasi plasenta*, luka jalan lahir, serviks, *endometrium* dan *ligamen-ligamen*.

3) *Remote Puerperium*

Remote puerperium adalah waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna terutama bagi ibu selama hamil atau melahirkan mempunyai komplikasi. Waktu sehat sempurna bisa berminggu-minggu, berbulan-bulan dan tahunan (Astutik, 2015).

2. Asuhan Masa Nifas

Bidan dapat memberikan asuhan kebidanan selama masa nifas melalui kunjungan rumah, yang dapat dilakukan pada hari ketiga atau hari keenam, minggu kedua dan minggu keenam setelah persalinan, untuk membantu ibu dalam proses pemulihan ibu dan memperhatikan kondisi

bayi terutama penanganan tali pusat atau rujukan komplikasi yang mungkin terjadi pada masa nifas, serta memberikan penjelasan mengenai masalah kesehatan secara umum, kebersihan perorangan, makanan bergizi, perawatan bayi baru lahir, pemberian ASI, imunisasi dan KB. Dengan pemantauan meleat dan asuhan pada ibu dan bayi pada masa nifas dapat mencegah beberapa kematian ibu (Walyani & Purwoastuti, 2015).

Kunjungan masa nifas dilakukan paling sedikit empat kali kunjungan, dengan tujuan:

- 1) Kunjungan 1 (6-8 Jam Masa Nifas):
 - a) Mencegah terjadinya perdarahan masa nifas.
 - b) Mendeteksi dan merawat penyebab lain perdarahan dan memberi rujukan bila perdarahan berlanjut.
 - c) Memberikan konseling kepada ibu atau salah satu anggota keluarga mengenai bagaimana mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri.
 - d) Pemberian ASI pada masa awal menjadi ibu.
 - e) Mengajarkan cara mempererat hubungan antara ibu dan bayi baru lahir.
 - f) Menjaga bayi tetap sehat dengan cara mencegah hipotermia.
 - g) Jika bidan menolong persalinan, maka bidan harus menjaga ibu dan bayi untuk 2 jam pertama setelah kelahiran atau sampai keadaan ibu dan bayi dalam keadaan stabil.
- 2) Kunjungan 2 (6 Hari Masa Nifas):
 - a) Memastikan involusi *uterus* berjalan normal, *uterus* berkontraksi, fundus di bawah umbilikus, tidak ada perdarahan abnormal dan tidak ada bau.
 - b) Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi atau kelainan pasca persalinan.
 - c) Memastikan ibu mendapat cukup makanan, cairan dan istirahat.
 - d) Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak ada tanda-tanda penyulit.

- e) Memberikan konseling kepada ibu mengenai asuhan pada bayi, cara merawat tali pusat, dan bagaimana menjaga bayi agar tetap hangat.
- 3) Kunjungan 3 (2 Minggu Masa Nifas):
- a. Memastikan involusi *uterus* berjalan normal, *uterus* berkontraksi, fundus di bawah umbilikus, tidak ada perdarahan abnormal dan tidak ada bau.
 - b. Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi atau kelainan masa nifas.
 - c. Memastikan ibu mendapat cukup makanan, cairan dan istirahat.
 - d. Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak ada tanda-tanda penyulit.
 - e. Memberikan konseling kepada ibu mengenai asuhan pada bayi dan bagaimana menjaga bayi agar tetap hangat.
- 4) Kunjungan 4 (6 Minggu Masa Nifas):
- a) Menanyakan pada ibu tentang penyulit-penyulit yang dialami atau bayinya.
 - b) Memberikan konseling untuk KB secara dini (Walyani & Purwoastuti, 2015).

D. Bayi Baru Lahir

1. Konsep Dasar Bayi Baru Lahir

a. Pengertian Bayi Baru Lahir

Bayi baru lahir adalah bayi yang lahir dan umur kelahiran 37 minggu sampai 42 minggu dan Berat lahir 2.500 gram (Ilmiah, 2015). Ciri-ciri bayi baru lahir normal adalah sebagai berikut:

- 1) Berat badan 2.500-4.000 gram
- 2) Panjang badan 48-52 cm
- 3) Lingkar dada 30-38 cm
- 4) Lingkar kepala 33-35 cm
- 5) Bunyi jantung dalam menit pertama ± 180 x/menit lalu menurun ± 120 -140 x/menit.

- 6) Kulit kemerahan dan licin karena jaringan sub cutan cukup dan diliputi vernik caseosa.
- 7) Rambut lanugo tidak terlihat, rambut kepala biasanya telah sempurna.
- 8) Kuku agak panjang dan lemas
- 9) Genetalia perempuan labia mayor sudah menutupi labia minora untuk laki-laki testis sudah menurun.
- 10) Reflek hisap dan menelan sudah terbentuk dengan baik.
- 11) Gerak reflek baik, bila diletakkan suatu benda di atas tangan bayi akan menggenggam.
- 12) Reflek moro sudah baik, urin dan mekoneum akan keluar dalam 24 jam pertama, mekoneum hitam kecoklatan (Ilmiah, 2015).

b. Fisiologis Bayi Baru Lahir

Adaptasi bayi baru lahir terhadap kehidupan di luar uterus adalah sebagai berikut:

- 1) Penyesuaian sistem pernapasan
Penyesuaian yang paling kritis dan segera terjadi yang dialami bayi baru lahir adalah sistem pernapasan. Udara harus diganti oleh cairan yang mengisi saluran pernapasan sampai alveoli.
- 2) Penyesuaian sistem kardiovaskuler
Sistem sirkulasi jantung mulai berdenyut pada minggu ketiga kehamilan. Selama kehidupan janin, jantung mendistribusikan oksigen dan zat nutrisi yang disuplai melalui plasenta.
- 3) Termogenesis berarti produksi panas
Temperatur pada bayi saat lahir adalah sekitar 3 derajat lebih tinggi dari ibunya, namun pada detik kedua, terdapat penurunan yang tajam pada temperatur tubuh yang dikeluarkan melalui konveksi, evaporasi, konduksi dan radiasi.
- 4) Penyesuaian gastrointestinal
Sebelum lahir, janin cukup menghisap dan menelan air ketuban. Refleks gumoh dan batuk yang matang sudah terbentuk dengan baik pada saat lahir.

5) Penyesuaian sistem kekebalan tubuh

Pada masa awal kehidupan janin, sel-sel yang menyuplai imunitas janin sudah mulai berkembang. Namun, sel-sel ini tidak aktif selama beberapa bulan. Bayi baru lahir dilindungi oleh kekebalan pasif yang diterima dari ibunya. Namun, bayi sangat rentan terhadap mikroorganisme, oleh karena itu bayi rentan terkena infeksi.

2. Asuhan Bayi Baru Lahir

Asuhan bayi baru lahir adalah asuhan yang diberikan pada bayi baru lahir selama satu jam pertama setelah kelahiran. Sebagian besar bayi baru lahir akan menunjukkan usaha pernapasan spontan dengan sedikit bantuan/gangguan. Oleh karena itu, penting diperhatikan dalam memberikan asuhan segera, yaitu jaga bayi tetap kering dan hangat, kotak antara kulit bayi dengan kulit ibu sesegera mungkin.

- a. Membersihkan jalan nafas
- b. Sambil menilai pernapasan secara cepat, letakkan bayi dengan handuk di atas perut ibu. Bersihkan darah/lendir dari wajah bayi dengan kain bersih dan kering/kassa.
- c. Periksa ulang pernapasan (Ilmiah, 2015).

Tujuan utama perawatan bayi segera sesudah lahir, yaitu :

a. Pencegahan Infeksi

Bayi baru lahir sangat rentan terhadap infeksi yang disebabkan paparan atau kontaminasi mikroorganisme selama proses persalinan berlangsung maupun beberapa saat setelah lahir. Sebelum menangani bayi baru lahir penolong harus melakukan upaya pencegahan infeksi berikut :

- 1) Cuci tangan sebelum dan sesudah menyentuh bayi.
- 2) Memakai sarung tangan bersih pada saat menangani bayi yang belum dimandikan.
- 3) Memastikan semua peralatan dan bahan yang digunakan terutama klem, gunting, penghisap lendir De Lee dan benang tali pusat telah didesinfeksi tingkat tinggi atau steril. Gunakan bola karet yang baru dan bersih jika ingin melakukan penghisapan lendir dengan alat tersebut.

- 4) Pastikan semua pakaian, handuk, selimut dan kain yang digunakan untuk bayi, sudah dalam keadaan bersih. Demikian pula halnya timbangan, pita pengukur, thermometer, stetoskop dan benda lainnya akan bersentuhan dengan bayi juga dibersihkan.

b. Mempertahankan Suhu Tubuh Bayi

Pada waktu baru lahir, bayi belum mampu mengatur tetap suhu badannya dan membutuhkan pengaturan dari luar untuk membuatnya tetap hangat. Bayi baru lahir harus dibungkus hangat. Suhu tubuh bayi merupakan tolak ukur kebutuhan akan tempat tidur yang hangat sampai suhu tubuhnya sudah stabil. Suhu bayi harus dicatat.

c. Membersihkan jalan napas

Bayi normal akan menangis spontan setelah lahir. Apabila tidak langsung menangis, penolong segera membersihkan jalan napasnya.

d. Memotong dan merawat Tali Pusat

Tali pusat dipotong sebelum atau sesudah plasenta lahir tidak begitu menentukan dan tidak akan mempengaruhi bayi, kecuali pada bayi kurang bulan. Apabila bayi tidak menangis maka tali pusat segera dipotong untuk memudahkan melakukan tindakan resusitasi pada bayi. Tali pusat dipotong 3 cm dari dinding perut bayi dengan dibuat ikatan baru. Luka tali pusat dibalut kasa steril. Pembalut tersebut diganti setiap hari atau setiap basa atau kotor. Sebelum memotong tali pusat, dipastikan bahwa tali pusat telah diklem dengan baik untuk mencegah terjadinya perdarahan. Alat pengikat tali pusat atau klem harus selalu siap tersedia diambulans, di kamar bersalin, ruang penerima bayi dan ruang perawatan bayi. Gunting steril juga siap dan pantau kemungkinan terjadinya perdarahan dari tali pusat.

e. Penilaian Awal (APGAR SCORE)

Biasanya untuk mengevaluasi bayi baru lahir pada menit pertama dan menit kelima setelah kelahirannya menggunakan sistem APGAR. Nilai APGAR akan membantu dalam menentukan tingkat keseriusan dari depresi bayi baru lahir yang terjadi serta langkah segera yang akan diambil. Hal yang perlu dinilai antara lain warna kulit bayi, frekuensi jantung reaksi terhadap rangsangan, aktifitas tonus otot, dan pernapasan bayi masing-

masing diberi tanda 0, 1 atau 2 sesuai dengan kondisi bayi. Klasifikasi klinik :

- 1) Nilai 7-10 : bayi normal
- 2) Nilai 4-6 : bayi dengan asfiksia ringan dan sedang
- 3) Nilai 1-3 : bayi dengan asfiksia berat

Tabel 2.6
Perhitungan Nilai APGAR

Penilaian	0	1	2
A= <i>Appearance</i> (warna kulit)	Pucat	Badan merah, ekstremitas biru	Seluruh tubuh merah
P= <i>Pulse</i> (denyut nadi)	Tidak ada	<100	>100
G= <i>Grimace</i> (Reflek)	Tidak ada	Sedikit gerakan mimik	Batuk bersin
A= <i>Activity</i> (tonus otot)	Tidak ada	Ekstremitas dalam sedikit fleksi	Gerakan aktif
R= <i>Respiration</i> (usaha bernafas)	Tidak ada	Lemah tidak treatur	Baik menangis

Sumber : Ilmiah, 2016

f. Inisiasi Menyusui Dini

Yaitu kontak dini secara langsung antara ibu dan bayi setelah proses persalinan dimulai pada kala III sampai dengan postpartum. ada beberapa keuntungan fisiologis yang dapat diperoleh dari kontak dini :

- 1) Kadar oksitosin dan prolaktin meningkat.
- 2) Reflek menghisap dilakukan dini.
- 3) Pembentukan kekebalan aktif dimulai.

- 4) Mempercepat proses ikatan antara orang tua dan anak (*body warmth*) (kehangatan tubuh); waktu pemberian kasih sayang; stimulasi hormonal). (Ilmiah, 2015).

g. Pemberian ASI

Pemberian ASI pada bayi baru lahir sangat disarankan. Adanya anggapan bahwa cukup tidaknya ASI pada bayi ditentukan oleh kondisi fisik bayi, anggapan ini tidaklah benar, karena ASI tidak dapat ditakar. Hal ini dikarenakan kandungan ASI yang demikian unik dan relatif berubah-ubah seiring dengan usia dan kebutuhan bayi. Cukup tidaknya ASI pada bayi dapat dipantau dari keadaan gizi pada bayi. Ukuran yang paling sering digunakan adalah berat badan. Cara untuk mengetahui kecukupan ASI pada bayi adalah sebagai berikut:

- 1) Tiap menyusui, bayi menyusu dengan kuat tetapi kemudian melemah dan tertidur pulas minimal 8-12 kali dalam 24 jam (setiap menyusu bayi akan menghisap dengan kuat dan menelan).
- 2) Payudara akan terasa lunak setelah menyusui dibanding sebelumnya.
- 3) Bayi akan BAB dan BAK dengan normal.

Popok bayi merupakan salah satu indikator apakah bayi mendapat cukup ASI atau tidak, yaitu dengan cara melihat seberapa sering dia BAB dan BAK, dikatakan normal apabila bayi BAK paling tidak 6-8 kali sehari atau lebih (setiap kali habis menyusu) dan warna urine kekuningan. Bayi akan BAB paling tidak 2-5 kali sehari (bayi berusia kurang dari 6 minggu), frekuensi BAB nya semakin jarang.

Bayi mempunyai BB dan TB yang ideal. Selama minggu pertama kehidupan, bayi akan kehilangan 10% dari berat waktu lahir (yaitu 280-336 gram pada bayi yang lahir cukup bulan). Pada akhir minggu kedua, BB bayi harus kembali ke BB sewaktu lahir. Jika asupan ASI cukup, bayi akan mengalami kenaikan BB 20 gram sehari selama 3 bulan pertama. Oleh karena itu bayi sebaiknya ditimbang 1-2 minggu sekali (Astutik, 2015).

Pastikan bahwa pemberian ASI mulai dalam waktu 30 menit setelah bayi lahir. Anjurkan ibu untuk memeluk dan mencoba untuk menyusui bayi

setelah tali pusat diklem dan dipotong. Pemberian ASI memiliki beberapa keuntungan, antara lain:

- 1) Memulai pemberian ASI secara dini akan merangsang produksi ASI.
- 2) Memperkuat refleks menghisap (refleks menghisap awal pada
- 3) bayi paling kuat pada beberapa jam pertama setelah lahir)
- 4) Memulai pemberian ASI secara dini akan memberikan
- 5) pengaruh yang positif bagi kesehatan bayi.
- 6) Mempromosikan hubungan emosional antara ibu dan bayi.
- 7) Memberikan kekebalan pasif segera kepada bayi melalui colostrum.
- 8) Merangsang kontraksi uterus.

Pedoman Umum untuk Ibu saat Menyusui

- 1) Mulai menyusui segera setelah bayi lahir dalam 30 menit pertama.
- 2) Jangan memberikan makanan dan minuman lain kepada bayi (misalnya air, madu, larutan gula atau pengganti susu ibu kecuali pada indikasi yang jelas atas alasan-alasan mereka).
- 3) Jarang sekali para ibu cukup memiliki ASI sehingga membutuhkan asupan susu buatan tambahan.
- 4) Berikan ASI saja selama enam bulan pertama kehidupannya.
- 5) Berikan ASI kepada bayi sesuai dengan kebutuhannya, baik siang maupun malam (delapan kali atau lebih dalam 24 jam) selain bayi menginginkannya (Ilmiah, 2015).

h. Memberi Vitamin K

Kejadian perdarahan karena defisiensi vitamin K pada bayi baru lahir dilaporkan cukup tinggi berkisar antara 0,25 – 0,5 % . Untuk mencegah terjadinya perdarahan tersebut, diberi vitamin K parenteral dengan dosis 0,5-1 mg secara IM (Ilmiah, 2015).

i. Memberi Obat Tetes atau Salep Mata

Pemberian obat mata chloramphenicol 0,5 % dianjurkan untuk pencegahan penyakit mata karena klamidia (Ilmiah, 2015).

j. Identifikasi Bayi

Apabila bayi dilahirkan di tempat bersalin yang persalinannya mungkin lebih dari satu persalinan maka sebuah alat pengenalan yang efektif harus diberikan kepada setiap bayi baru lahir dan harus ditempatnya sampai waktu bayi dipulangkan (Ilmiah, 2015).

k. Pemantauan bayi lahir

Tujuan pemantauan bayi baru lahir adalah untuk mengetahui aktivitas bayi normal atau tidak dan identifikasi masalah kesehatan bayi baru lahir yang memerlukan perhatian keluarga dan penolong persalinan serta tindak lanjut petugas kesehatan. Bayi yang baru lahir harus dipantau dua jam pertama setelah lahir. Hal-hal yang dinilai waktu pemantauan bayi meliputi : kemampuan menghisap kuat atau lemah; bayi tampak aktif atau lunglai; bayi kemerahan atau biru. Penolong persalinan melakukan pemeriksaan dan penilaian terhadap ada atau tidaknya masalah kesehatan yang memerlukan tindak lanjut seperti : bayi kecil untuk masa kehamilan bayi kurang bulan; gangguan pernapasan; hipotermi; infeksi; cacat bawaan dan trauma lahir (Ilmiah, 2015).

2. Pemeriksaan Fisik Bayi Baru Lahir

a. Prinsip saat Pemeriksaan pada Bayi baru lahir

- 1) Gunakan tempat yang hangat dan bersih untuk pemeriksaan
- 2) Cuci tangan sebelum dan sesudah pemeriksaan, gunakan sarung tangan dan bertindak lanjut pada saat menangani bayi.
- 3) Lihat, dengarkan dan rasakan tiap-tiap daerah, dimulai dari kepala dan berlanjut secara sistematis menuju jari kaki.
- 4) Jika ditemukan faktor risiko atau masalah, carilah bantuan lebih lanjut yang memang diperlukan.
- 5) Rekam hasil pengamatan dan tiap tindakan jika diperlukan bantuan lebih lanjut (Ilmiah, 2015).

b. Pengukuran Rutin BBL

- 1) Berat Badan: berat badan pada bayi cukup bulan normalnya 2500-4000 gram.

- 2) Panjang badan: diukur dari puncak kepala sampai tumit pada bayi cukup bulan normalnya 48-53 cm.
 - 3) Lingkar kepala: diukur dengan meteran, mulai dari bagian kepala dan area *occipital frontalis* yang merupakan diameter terbesar. Normalnya adalah 31-35,5 cm pada bayi cukup bulan.
 - 4) Lingkar dada: pada bayi cukup bulan normalnya 30,5 - 33 cm. Pengukuran dilakukan mulai dari garis bawah dada (Ilmiah, 2015).
- c. Prosedur Pemeriksaan Fisik pada Bayi baru lahir
- 1) Pemeriksaan fisik secara umum : yang dinilai penampilan secara umum seperti tangisan bayi, ukuran tubuh bayi apakah kecil, besar, atau kurus.
 - 2) Pemeriksaan fisik khusus : tingkat pernafasan normalnya 30-60x/menit, detak jantung normalnya 120-160 x/menit, suhu tubuh normalnya 36,5-37,5°C, Kepala apakah ada molase, caput succadenum dan chepal hematoma, perdarahan dan lain-lain, telinga, mata, hidung dan mulut, leher, dada, bahu, lengan dan tangan, perut, alat kelamin, pinggul, kulit, punggung dan anus, tungkai dan kaki (Ilmiah, 2015).
- d. Imunisasi yang Diberikan pada Bayi Baru Lahir
- Setelah lahir, tubuh bayi belum punya daya tahan yang cukup untuk menangkal berbagai penyakit, selain antibodi bawaan yang diberikan ibu sejak dalam kandungan. Dengan imunisasi, tubuh bayi disiapkan mengenali beberapa penyakit tertentu yang mungkin mengancamnya. Berikut 3 jenis imunisasi awal yang diberikan di rumah sakit setelah lahir.

Tabel 2.7
Jenis Imunisasi yang diberikan pada BBL

Jenis Imunisasi	Manfaat	Waktu pemberian	Lokasi pemberian	Catatan
Hepatitis B	Mencegah penyakit Hepatitis B	Segera setelah lahir diupayakan	Disuntikkan di paha	Diberikan tanpa memandang

	yang menyerang liver, berakhir menjadi sirosis dan kanker hati.	dalam jam pertama. Diberikan minimal 3 kali dalam rentang waktu 6 bulan	12	Diteteskan dimulut.	status ibu (pernah infeksi atau belum). Tidak ada obat spesifik untuk menangani penyakit ini.
Polio	Mencegah terkena polio yang menyebabkan anak lumpuh.	Menjelang pulang		Diberikan 3x dalam selang waktu 6-8 minggu.	Penyakit ini sangat menular dan tidak ada obat.
BCG	Mencegah penyakit TB (tuberculosis)	Menjelang pulang		Disuntikkan di lengan atas	Umumnya menyerang paru-paru, tetapi pada anak-anak penyakit ini dapat menjalar misalnya di otak, kelenjar dan tulang dan menimbulkan komplikasi

Sumber: Ilmiah, 2015

3. Kunjungan *Neonatus* (KN)

Kunjungan *neonatus* adalah pelayanan kesehatan *neonatus* adalah pelayanan kesehatan sesuai standart yang di berikan oleh tenaga kesehatan yang kompeten kepada *neonatus* sedikitnya 3 kali, selama periode 0 sampai 28 hari setelah lahir, baik di fasilitas maupun melalui kunjungan rumah. Kunjungan neonatal bertujuan untuk meningkatkan akses *neonatus* terhadap pelayanan kesehatan dasar dan mengetahui sedini mungkin bila terdapat kelainan atau masalah kesehatan pada *neonatus*. Pelaksanaan pelayanan kesehatan *neonatus* adalah sebagai berikut:

- a. Kunjungan Neonatal ke-1 (KN 1) dilakukan dalam kurun waktu 6-48 jam setelah bayi lahir

1. Mempertahankan suhu tubuh bayi

Hindari memandikan bayi hingga sedikitnya enam jam dan hanya setelah itu jika tidak terjadi masalah medis dan jika suhunya 36.5 Bungkus bayi dengan kain yang kering dan hangat, kepala bayi harus tertutup

5. Pemeriksaan fisik bayi

- a) Gunakan tempat tidur yang hangat dan bersih untuk pemeriksaan
- b) Cuci tangan sebelum dan sesudah pemeriksaan lakukan pemeriksaan
- c) Telinga : Periksa dalam hubungan letak dengan mata dan kepala
- d) Mata : Tanda-tanda infeksi
- e) Hidung dan mulut : Bibir dan langit-langit Periksa adanya sumbing Refleks hisap, dilihat pada saat menyusu
- f) Leher : Pembekakan, Gumpalan
- g) Dada : Bentuk, Puting, Bunyi nafas,, Bunyi jantung
- h) Bahu lengan dan tangan : Gerakan Normal, Jumlah Jari
- i) System syaraf : Adanya reflek moro

- j) Perut : Bentuk, Penonjolan sekitar tali pusat pada saat menangis, Pendarahan tali pusat ? tiga pembuluh, Lembek (pada saat tidak menangis), Tonjolan
 - k) Kelamin laki-laki : Testis berada dalam skrotum, Penis berlubang pada letak ujung lubang
 - l) Kelamin perempuan : Vagina berlubang, Uretra berlubang, Labia minor dan labia mayor
 - m) Tungkai dan kaki : Gerak normal, Tampak normal, Jumlah jari
 - n) Punggung dan Anus: Pembekakan atau cekungan, Ada anus atau lubang
 - o) Kulit : Verniks, Warna, Pembekakan atau bercak hitam, Tanda-Tanda lahir
 - p) Konseling : Jaga kehangatan, Pemberian ASI, Perawatan tali pusat, Agar ibu mengawasi tanda-tanda bahaya
 - q) Tanda-tanda bahaya yang harus dikenali oleh ibu : Pemberian ASI sulit, sulit menghisap atau lemah hisapan, Kesulitan bernafas yaitu pernafasan cepat > 60 x/m atau menggunakan otot tambahan, Letargi –bayi terus menerus tidur tanpa bangun untuk makan, Warna kulit abnormal – kulit biru (sianosis) atau kuning, Suhu-terlalu panas (febris) atau terlalu dingin (hipotermi), Tanda dan perilaku abnormal atau tidak biasa, Gangguan gastro internal misalnya tidak bertinja selama 3 hari, muntah terus-menerus, perut membengkak, tinja hijau tua dan darah berlendir, Mata bengkak atau mengeluarkan cairan
 - r) Lakukan perawatan tali pusat Pertahankan sisa tali pusat dalam keadaan terbuka agar terkena udara dan dengan kain bersih secara longgar, Lipatlah popok di bawah tali pusat ,Jika tali pusat terkena kotoran tinja, cuci dengan sabun dan air bersih dan keringkan dengan benar
- 3) Gunakan tempat yang hangat dan bersih
 - 4) Cuci tangan sebelum dan sesudah melakukan pemeriksaan
 - 5) Memberikan Imunisasi HB-0

Manajemen/asuhan segera pada bayi baru lahir normal adalah asuhan yang diberikan pada bayi pada jam pertama setelah kelahiran, dilanjutkan sampai 24 jam setelah kelahiran. Asuhan kebidanan pada bayi baru lahir bertujuan untuk memberikan asuhan yang adekuat dan terstandar pada bayi baru lahir dengan memperhatikan riwayat bayi selama kehamilan dalam persalinan dan keadaan bayi segera setelah lahir.

Langkah 1. Pengkajian Data (Subyektif dan Obyektif)

Melakukan pengkajian dengan mengumpulkan semua data yang dibutuhkan untuk mengevaluasi keadaan bayi baru lahir. Pengkajian ini bertujuan untuk mengkaji adaptasi bayi baru lahir dari kehidupan dalam *uterus* ke kehidupan luar *uterus* yaitu dengan penilaian APGAR. Data subyektif bayi baru lahir yang harus dikumpulkan antara lain riwayat kesehatan bayi baru lahir. Sedangkan data obyektif bayi baru lahir yang harus dikumpulkan antara lain pemeriksaan umum, pemeriksaan tanda-tanda vital, dan pemeriksaan fisik secara sistematis pada bayi baru lahir.

Langkah 2. Identifikasi Diagnosis (Assessment)

Melakukan identifikasi yang benar terhadap diagnosis, masalah dan kebutuhan bayi berdasarkan data yang telah dikumpulkan pada langkah 1. Mengidentifikasi diagnosis atau masalah potensial yang mungkin akan terjadi berdasarkan diagnosis atau masalah yang sudah diidentifikasi. Mengidentifikasi perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter dan/atau ada hal yang perlu dikonsultasikan atau ditangani bersama dengan anggota tim kesehatan lain sesuai kondisi bayi.

Langkah 3. Melaksanakan Perencanaan

Melaksanakan rencana asuhan secara efektif dan aman. Mengevaluasi keefektifan asuhan yang sudah diberikan (Walyani & Purwoastuti, 2015).

E. Keluarga Berencana

1. Konsep Dasar Keluarga Berencana

a. Pengertian

Keluarga Berencana (KB) adalah upaya mengatur kelahiran anak, jarak dan usia ideal melahirkan, mengatur kehamilan, melalui promosi, perlindungan, dan bantuan sesuai dengan hak reproduksi untuk mewujudkan keluarga yang berkualitas (Kemenkes RI, 2014).

b. Pengertian Kontrasepsi

Kontrasepsi yaitu pencegahan terbuahnya sel telur oleh sel *sperma* (konsepsi) atau pencegahan menempelnya sel telur yang telah dibuahi ke dinding rahim. Terdapat beberapa metode yang digunakan dalam kontrasepsi. Metode dalam kontrasepsi tidak ada satupun yang efektif secara menyeluruh. Meskipun begitu, beberapa metode dapat lebih efektif dibandingkan metode lainnya. Efektifitas metode kontrasepsi yang digunakan bergantung pada kesesuaian pengguna dengan instruksi. Perbedaan keberhasilan metode juga tergantung pada tipikal penggunaan (yang terkadang tidak konsisten) dan penggunaan sempurna (mengikuti semua instruksi dengan benar dan tepat). Perbedaan efektifitas antara penggunaan tipikal dan penggunaan sempurna menjadi sangat bervariasi antara suatu metode kontrasepsi dengan metode kontrasepsi yang lain (Mulyani & Rinawati, 2013).

c. Pemilihan Metode Kontrasepsi

Dalam menentukan metode kontrasepsi yang akan digunakan klien, perlu dilakukan perencanaan keluarga dan penapisan klien. Dalam perencanaan keluarga ada beberapa hal yang perlu diperhatikan, yaitu: seorang perempuan bisa melahirkan setelah ia mendapat haid pertama; kesuburan seorang perempuan akan terus berlangsung sampai mati haid; kehamilan yang terbaik dan risiko paling rendah risikonya adalah antara 20 – 35 tahun; persalinan pertama dan kedua paling rendah risikonya; jarak antara dua kelahiran sebaiknya 2 – 4 tahun. Dalam pelaksanaan perencanaan keluarga tersebut ada tiga fase dalam pemilihan metode kontrasepsi rasional dengan urutan sebagai berikut, yaitu:

- a. Fase mencegah kehamilan yaitu umur kurang dari 20 tahun. Pemilihan kontrasepsi yang digunakan adalah pil, IUD, suntik dan implant.

- b. Fase menjarangkan kehamilan yaitu umur 20-35 tahun. Pemilihan kontrasepsi yang digunakan adalah IUD, suntik, pil, implant.
- c. Fase tidak hamil lagi yaitu umur lebih dari 35 tahun. Pemilihan kontrasepsi yang digunakan adalah kontap, IUD, implant, suntik dan pil (Kemenkes RI, 2014).

d. Kontrasepsi pasca persalinan

Kembalinya kesuburan perempuan pada keadaan pasca persalinan tidak terduga dan kadang dapat terjadi sebelum datangnya menstruasi. Rata-rata pada ibu yang tidak menyusui, ovulasi terjadi pada 45 hari pasca persalinan atau lebih awal dan 2 dari 3 ibu yang tidak menyusui akan mengalami ovulasi sebelum datangnya menstruasi. KB Pasca Persalinan yaitu penggunaan metode kontrasepsi pada masa nifas sampai dengan 42 hari setelah melahirkan. Secara umum, hampir semua metode kontrasepsi dapat digunakan sebagai metode KB pasca persalinan. Tujuan pelayanan KB Pasca Persalinan adalah untuk mengatur jarak kelahiran, jarak kehamilan, dan menghindari kehamilan yang tidak diinginkan, sehingga setiap keluarga dapat merencanakan kehamilan yang aman dan sehat. Hal ini didukung juga oleh Hasil Kajian *Health Technology Assesment* (HTA) Indonesia, tahun 2009. KB pada periode menyusui dengan rekomendasi sebagai berikut :

- 1) Wanita pada periode menyusui direkomendasikan untuk menggunakan kontrasepsi sebelum terjadi ovulasi pertama kali sekitar 155 ± 45 hari.
- 2) Bahwa Pemberian ASI Eksklusif menunda terjadinya ovulasi.
- 3) Metode kontrasepsi progestin tidak mengganggu volume dan kandungan nutrisi Air Susu Ibu.
- 4) Kontrasepsi pil progestin (*progestin-only minipills*) dapat mulai diberikan dalam 6 minggu pertama pasca persalinan. Namun, bagi wanita yang mengalami keterbatasan akses terhadap pelayanan kesehatan, minipil dapat segera digunakan dalam beberapa hari (setelah 3 hari) pasca persalinan.

Kontrasepsi suntikan progestin/ Depo Medroxy Progesteron Acetat (DMPA) pada minggu pertama (7 hari) atau minggu keenam (42 hari) pasca

persalinan terbukti tidak menimbulkan efek negatif terhadap menyusui maupun perkembangan bayi. Penggunaan DMPA jangka panjang (>2 tahun) terbukti menurunkan densitas mineral tulang sebesar 5-10% pertahun. Namun, WHO merekomendasikan tidak adanya pembatasan lama penggunaan DMPA bagi wanita usia 18- 45 tahun. Tidak terdapat hubungan antara durasi penggunaan DMPA dengan peningkatan risiko kanker payudara. Kontrasepsi implan merupakan pilihan bagi wanita menyusui dan aman digunakan selama masa laktasi, minimal 4 minggu pasca persalinan AKDR pasca plasenta aman dan efektif, tetapi tingkat ekspulsinya lebih tinggi dibandingkan ekspulsi ≥ 4 minggu pasca persalinan. Ekspulsi dapat diturunkan dengan cara melakukan insersi AKDR dalam 10 menit setelah ekspulsi plasenta, memastikan insersi mencapai fundus uterus, dan dikerjakan oleh tenaga medis dan paramedis yang terlatih dan berpengalaman.

Jika 48 jam pasca persalinan telah lewat, insersi AKDR ditunda sampai 4 minggu atau lebih pasca persalinan. AKDR 4 minggu pasca persalinan aman dengan menggunakan AKDR copper T, sedangkan jenis *non copper* memerlukan penundaan sampai 6 minggu pasca persalinan. Penggunaan kontrasepsi kombinasi oral dalam 6 bulan pasca persalinan dapat menurunkan volume ASI pada wanita menyusui. Pada negara-negara dengan keterbatasan akses terhadap kontrasepsi, MAL dapat direkomendasikan untuk digunakan. Metode Amenorea Laktasi (MAL) efektif mencegah kehamilan pada wanita menyusui pasca persalinan yang memenuhi kriteria sebagai berikut: amenorea, pemberian ASI eksklusif, proteksi terbatas pada 6 bulan pertama. MAL dapat dipertimbangkan penggunaannya pada daerah dengan keterbatasan akses terhadap kontrasepsi (Kemenkes RI, 2014).

e. Jenis-Jenis Kontrasepsi

1) Pil Kombinasi

Monofasik: 21 tablet mengandung hormon aktif estrogen/progestin dalam dosis yang sama dan 7 tablet tanpa hormon. Bifasik: 21 tablet mengandung hormon aktif estrogen/progestin dalam dua dosis yang

berbeda dan 7 tablet tanpa hormon. Trifasik: 21 tablet mengandung hormon aktif estrogen/progestin dalam tiga dosis yang berbeda dan 7 tablet tanpa hormon. Cara kerjanya adalah menekan ovulasi; mencegah implantasi; mengentalkan lendir serviks sehingga sulit dilalui oleh sperma; pergerakan tuba terganggu sehingga transportasi telur dengan sendirinya akan terganggu. Waktu memulai: setiap saat selagi haid; setelah 6 bulan pemberian ASI eksklusif; setelah 3 bulan bagi yang tidak menyusui; segera atau dalam 7 hari pasca keguguran. Keuntungan/Manfaat: siklus haid menjadi teratur, banyaknya darah haid berkurang (mencegah anemia), tidak terjadi nyeri haid, mudah dihentikan setiap saat, reversibel (kesuburan segera kembali setelah penggunaan pil dihentikan). Keterbatasan: mahal, harus diminum setiap hari, mengurangi ASI pada perempuan menyusui (Kemenkes RI, 2014).

2) Suntik

Kontrasepsi suntik sangat efektif, aman, dapat dipakai oleh semua perempuan dalam usia reproduksi. Kembalinya kesuburan juga lebih lambat rata-rata 4 bulan. Kontrasepsi suntik cocok untuk masa laktasi karena tidak menekan produksi ASI. Tersedia 2 jenis kontrasepsi suntikan yang hanya mengandung progestin, yaitu:

- a. Depo Medroksi Progesteron Asetat (depo-provera), mengandung 150 mg DMPA, yang diberikan setiap 3 bulan dengan cara disuntik intramuskular (di daerah bokong).
- b. Depo Noretisteron Enantat (depo nositerat) yang mengandung 200 mg noretidron enantat, diberikan setiap 2 bulan dengan cara disuntik intramuskular (Arum & Sujiyatini, 2011).

Suntik KB 3 bulan merupakan metode kontrasepsi yang diberikan secara intramuscular setiap tiga bulan. Keluarga berencana suntik merupakan metode kontrasepsi efektif yaitu metode yang dalam penggunaannya mempunyai efektifitas atau tingkat kelangsungan pemakaian relatif lebih tinggi serta angka kegagalan relatif lebih rendah bila dibandingkan dengan alat kontrasepsi sederhana. Yang termasuk dalam

metode suntikan tiga bulan yaitu DMPA (*Depo Medroxy Progesterone Acetate*) yang diberikan tiap tiga bulan dengan dosis 150 miligram yang disuntik secara IM (Mulyani & Rinawati, 2013).

Mekanisme metode suntik KB tiga bulan yaitu menghalangi terjadinya *ovulasi* dengan jalan menekan pembentukan *releasing factor* dan *hipotalamus*. Leher *serviks* bertambah kental, sehingga menghambat penetrasi *sperma* melalui *serviks uteri*. Menghambat *implantasi* ovum dalam *endometrium*. Efektifitas KB suntik 3 bulan sangat tinggi, angka kegagalan kurang dari 1%. Keuntungan metode suntik 3 bulan ini adalah:

- a) Efektifitas tinggi
- b) Sederhana pemakaiannya
- c) Cukup menyenangkan bagi akseptor (injeksi hanya 4 kali dalam setahun)
- d) Cocok untuk ibu-ibu yang menyusui anak
- e) Tidak berdampak serius terhadap penyakit gangguan pembekuan darah dan jantung karena tidak mengandung hormon estrogen
- f) Dapat mencegah kanker *endometrium*, kehamilan *ektopik*, serta beberapa penyebab penyakit akibat radang panggul.
- g) Menurunkan krisis anemia bulan sabit (Mulyani & Rinawati, 2013).

Kekurangan metode kontrasepsi suntik 3 bulan adalah:

- a) Terdapat gangguan haid seperti *amenore* yaitu tidak datang haid pada setiap bulan selama menjadi akseptor KB suntik tiga bulan berturut-turut. *Spotting* yaitu bercak-bercak perdarahan di luar haid yang terjadi selama akseptor mengikuti KB suntik 3 bulan. *Metroragia* yaitu perdarahan yang berlebihan di luar masa haid. *Menoragia* yaitu datangnya darah haid yang berlebihan jumlahnya.
- b) Timbulnya jerawat di badan atau wajah dapat disertai infeksi atau tidak bila digunakan dalam waktu jangka panjang.
- c) Berat badan yang bertambah 2,3 kilogram pada tahun pertama dan meningkat 7,5 kilogram selama enam tahun.
- d) Pusing dan sakit kepala.

- e) Bisa menyebabkan warna biru dan rasa nyeri pada daerah suntikan akibat perdarahan di bawah kulit (Mulyani & Rinawati, 2013).

Yang dapat menggunakan KB suntik 3 bulan adalah:

- a) Ibu usia reproduksi (20-35 tahun)
- b) Ibu pasca persalinan
- c) Ibu pasca keguguran
- d) Ibu yang tidak dapat menggunakan kontrasepsi yang mengandung estrogen
- e) Nulipara dan yang telah mempunyai anak banyak serta belum bersedia untuk KB tubektomi
- f) Ibu yang sering lupa menggunakan KB pil
- g) Anemia defisiensi besi
- h) Ibu yang tidak memiliki riwayat darah tinggi
- i) Ibu yang sedang menyusui (Mulyani & Rinawati, 2013).

3) *Implant*

Kontrasepsi *implant* adalah alat kontrasepsi yang dipasang di bawah kulit. *Implant* efektif 5 tahun untuk *norplant*, 3 tahun untuk *jadena*, *indoplant* atau *implanon*. Selain itu, *implant* juga nyaman, dapat dipakai oleh semua ibu dalam semua usia reproduksi, namun pemasangan dan pencabutannya perlu pelatihan. Kesuburan juga akan segera kembali setelah *implant* dicabut. Efek samping utama berupa perdarahan tidak teratur, perdarahan bercak dan *amenorea*. Namun *implant* aman dipakai pada masa laktasi.

Terdapat 4 jenis *implant* yaitu *norplant*, yang terdiri dari 6 batang silastik lembut berongga dengan panjang 3,4 cm, dengan diameter 2,4 mm yang diisi dengan 36 mg levonogestrel dan lama kerjanya 5 tahun. Kemudian *implanon* terdiri dari 1 batang putih lentur dengan panjang kira-kira 40 mm dan diameter 2 mm, yang diisi dengan 68 mg 3-keto-desogestrel dan lama kerjanya 3 tahun. Yang terakhir adalah *jadena* dan *indomplant*. Terdiri dari 2 batang yang diisi dengan 75 mg levonorgestrel dengan lama kerjanya 3 tahun.

Mekanisme dari kerja *implant* adalah :

- a) Lendir serviks menjadi kental
- b) Mengganggu proses pembentukan endometrium sehingga sulit terjadi implantasi
- c) Mengurangi transformasi sperma
- d) Menekan ovulasi (Dewi, 2013).

4) IUD

Intra Uterine Device (IUD) merupakan alat kontrasepsi paling banyak digunakan, karena dianggap sangat efektif, reversible, dan berjangka panjang (dapat sampai 10 tahun yaitu CuT – 380A). Namun pemasangan dan pencabutan membutuhkan pelatihan, dapat dipakai oleh semua perempuan usia reproduksi, tidak boleh dipakai oleh perempuan yang terpapar penyakit menular seksual.

Cara kerja utama dari IUD adalah mencegah sperma bertemu sel telur serta mencegah implantasi atau tertanamnya sel telur dalam rahim. Mekanisme kerja IUD adalah sebagai berikut:

- a) Menghambat kemampuan sperma untuk masuk ke tuba falopi.
- b) Mempengaruhi fertilitas sebelum ovum mencapai kavum uteri
- c) IUD bekerja terutama mencegah sperma dan ovum bertemu, walaupun IUD membuat sperma sulit masuk ke dalam alat reproduksi perempuan dan mengurangi kemampuan sperma untuk fertilitas.
- d) Memungkinkan untuk mencegah implantasi telur dalam uterus (Dewi, 2013).

2. Asuhan Keluarga Berencana

Asuhan keluarga berencana adalah pemberian komunikasi, informasi dan edukasi keluarga berencana yang dilaksanakan oleh pihak kesehatan termasuk dalam pelaksanaan penyuluhan kesehatan pada umumnya. Dalam melaksanakan program keluarga berencana, perlu diperhatikan bahwa bidang tanggung jawab kesehatan mencakup segi-segi pelayanan medis teknis dan pembinaan partisipasi masyarakat.

- a. Pengertian Konseling KB

Konseling merupakan aspek yang sangat penting dalam pelayanan KB dan kesehatan reproduksi. Konseling yang baik dapat membuat klien merasa puas, membantu klien dalam menggunakan kontrasepsinya lebih lama dan meningkatkan keberhasilan KB serta mempengaruhi interaksi antara tenaga kesehatan dan klien yang dapat meningkatkan hubungan dan kepercayaan yang sudah ada. Teknik konseling yang baik dan informasi yang memadai harus diterapkan dan dibicarakan secara interaktif sepanjang kunjungan klien dengan cara yang sesuai dengan budaya yang ada. Dengan adanya informasi yang lengkap dan cukup akan memberikan keleluasaan kepada klien dalam memutuskan untuk memilih kontrasepsi (*Informed Choice*) yang akan digunakannya.

c. Langkah-Langkah Dalam Konseling

Dalam memberikan asuhan, khususnya bagi calon peserta KB baru, hendaknya menerapkan enam langkah yang sudah dikenal dengan kata kunci “SATU TUJU” tersebut tidak perlu dilakukan secara berurutan karena petugas harus menyesuaikan diri dengan kebutuhan klien. Beberapa klien membutuhkan lebih banyak perhatian pada langkah yang satu dibanding dengan langkah yang lainnya.

a) SA

Salam, sambut klien secara terbuka dan sopan. Berikan perhatian sepenuhnya kepada mereka dan berbicara di tempat yang nyaman serta terjamin privasinya. Yakinkan klien untuk membangun rasa percaya diri. Tanyakan kepada klien apa yang perlu dibantu serta jelaskan pelayanan apa yang dapat diperolehnya.

b) T

Tanyakan kepada klien informasi tentang dirinya. Bantu klien untuk berbicara mengenai pengalaman Keluarga Berencana dan Kesehatan Reproduksi, tujuan, kepentingan, harapan serta keadaan kesehatan dan kehidupan keluarganya. Tanyakan kontrasepsi yang diinginkan klien. Berikan perhatian kepada klien apa yang disampaikan klien sesuai dengan kata-kata, gerak isyarat, dan caranya. Coba tempatkan diri kita di dalam hati

klien. Perhatikan bahwa kita memahami. Dengan memahami pengetahuan, kebutuhan dan keinginan klien, kita dapat membantunya.

c) U

Uraikan kepada klien mengenai pilihannya dan beri tahu apa pilihan reproduksinya yang paling mungkin, termasuk pilihan beberapa jenis kontrasepsi. Bantulah klien pada jenis kontrasepsi yang paling dia ingini, serta jelaskan pula jenis-jenis kontrasepsi lain yang ada. Juga jelaskan alternatif kontrasepsi lain yang mungkin diinginkan oleh klien.

d) TU

Bantulah klien menentukan pilihannya. Bantulah klien berpikir mengenai apa yang paling sesuai dengan keadaan dan kebutuhannya. Doronglah klien untuk menunjukkan keinginannya dan mengajukan pertanyaan. Tanggapilah secara terbuka. Petugas membantu klien mempertimbangkan kriteria dan keinginan klien terhadap setiap jenis kontrasepsi. Tanyakan juga apakah pasangannya akan memberikan dukungan dengan pilihan tersebut. Jika memungkinkan didiskusikan mengenai pilihan tersebut kepada pasangannya. Pada akhirnya yakinkan bahwa klien telah membuat suatu keputusan yang tepat. Petugas dapat menanyakan apakah anda sudah memutuskan pilihan jenis kontrasepsi? Atau apa jenis kontrasepsi terpilih yang akan digunakan?

e) J

Jelaskan secara lengkap bagaimana menggunakan kontrasepsi pilihannya. Setelah klien memilih jenis kontrasepsinya, jika diperlukan, perlihatkan alat/obat kontrasepsinya yang akan digunakan tersebut dan bagaimana cara penggunaannya. Sekali lagi doronglah klien untuk bertanya dan petugas menjawab secara jelas dan terbuka. Beri penjelasan juga tentang manfaat ganda metode kontrasepsi. Cek pengetahuan klien tentang penggunaan kontrasepsi pilihannya dan puji klien apabila dapat menjawab dengan benar.

f) U

Ulang, perlunya dilakukan kunjungan ulang. Bicarakan dan buatlah perjanjian kapan klien akan kembali untuk melakukan pemeriksaan lanjutan

atau permintaan kontrasepsi jika dibutuhkan. Perlu juga selalu mengingatkan klien untuk kembali apabila terjadi suatu masalah (Kemenkes RI, 2014).

F. Asuhan Kebidanan

1. Pengertian

Asuhan kebidanan adalah proses pengambilan keputusan dan tindakan yang dilakukan oleh bidan sesuai dengan wewenang dan ruang lingkup prakteknya berdasarkan ilmu dan kiat kebidanan. Asuhan kebidanan juga menerapkan fungsi dan kegiatan dalam memberikan pelayanan kepada klien yang mempunyai kebutuhan/masalah dalam bidan kesehatan ibu masa hamil, masa persalinan, nifas, bayi setelah lahir serta keluarga berencana (Sutanto & Fitriana, 2017). Langkah-langkah untuk memecahkan masalah berdasarkan Kompetensi Inti Bidan Indonesia, pendokumentasian dengan SOAP yang mengacu kepada Kepmenkes RI No. 938/Menkes/VIII/2007 tentang Standar Asuhan Kebidanan.

Berdasarkan Permenkes No. 938/Menkes/SK/VIII/2007, bahwa acuan dalam proses pengambilan keputusan dan tindakan yang dilakukan oleh bidan sesuai dengan wewenang dan ruang lingkup praktiknya berdasarkan ilmu dan kiat kebidanan, mulai dari pengkajian, perumusan diagnosa dan masalah kebidanan, perencanaan, implementasi, evaluasi dan pencatatan asuhan kebidanan. Bertujuan sebagai acuan dan landasan dalam melaksanakan tindakan/kegiatan dalam lingkup tanggung jawab bidan; mendukung terlaksananya asuhan kebidanan berkualitas; parameter tingkat kualitas dan keberhasilan asuhan yang diberikan bidan; dan perlindungan hukum bagi bidan dan klien/pasien.

a. Standar I : Pengkajian

Bidan mengumpulkan semua informasi yang akurat, relevan dan lengkap dari sumber yang berkaitan dengan kondisi klien. Kriteria pengkajian :

- 1) Data tepat, akurat dan lengkap.

- 2) Terdiri dari Data Subjektif (hasil anamnese: biodata, keluhan utama, riwayat obstetric, riwayat kesehatan dan latar belakang social budaya).
- 3) Data Objektif (hasil pemeriksaan fisik, psikologis dan pemeriksaan penunjang).

b. Standar II : Perumusan Diagnosa dan atau Masalah Kebidanan

Bidan menganalisa data yang diperoleh pada pengkajian, menginterpretasikannya secara akurat dan logis untu menegakkan diagnosa dan masalah kebidanan yang tepat. Kriteria perumusan diagnosa dan masalah kebidanan :

- 1) Diagnosa sesuai dengan nomenklatur kebidanan.
- 2) Masalah dirumuskan sesuai dengan kondisi pasien.
- 3) Dapat diselesaikan dengan asuhan kebidanan, baik secara mandiri, kolaborasi, dan rujukan.

c. Standar III : Perencanaan

Bidan merencanakan asuhan kebidanan berdasarkan diagnosa dan masalah yang ditegakkan. Kriteria Perencanaan:

- 1) Rencana tindakan disusun berdasarkan prioritas masalah dan kondisi klien.
- 2) Melibatkan klien/pasien dan atau keluarga.
- 3) Mempertimbangkan kondisi psikologis dan sosial budaya klien/keluarga.
- 4) Memilih tindakan yang aman sesuai kondisi dan kebutuhan klien berdasarkan *evidence based* dan memastikan bahwa asuhan yang diberikkan bermanfaat untuk klien.
- 5) Mempertimbangkan kebijakan dan peraturan yang berlaku, sumber daya serta fasilitas yang ada.

d. Standar IV : Implementasi

Bidan melaksanakan rencana asuhan kebidanan secara komprehensif, efektif, efisien, dan aman berdasarkan *evidence based* kepada klien/pasien dalam bentuk upaya promotif, preventif, kuratif, dan

rehabilitatif yang dilaksanakan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan.
Kriteria :

- 1) Memperhatikan keunikan klien sebagai makhluk bio-psiko-sosial-spiritual-kultural
- 2) Setiap tindakan asuhan harus mendapatkan persetujuan dari klien dan atau keluarganya (*inform consent*)
- 3) Melaksanakan tindakan asuhan berdasarkan evidence based
- 4) Melibatkan klien/pasien dalam setiap tindakan
- 5) Menjaga privacy klien/pasien
- 6) Melaksanakan prinsip pencegahan infeksi
- 7) Mengikuti perkembangan kondisi klien secara berkesinambungan
- 8) Menggunakan sumber daya, sarana dan fasilitas yang ada dan sesuai
- 9) Melakukan tindakan sesuai standar
- 10) Mencatat semua tindakan yang telah dilakukan

e. Standar V : Evaluasi

Bidan melakukan evaluasi secara sistematis dan berkesinambungan untuk melihat efektifitas dari asuhan yang sudah diberikan, sesuai dengan perubahan perkembangan kondisi klien. Kriteria Evaluasi :

- a. Penilaian dilakukan segera setelah selesai melaksanakan asuhan sesuai kondisi klien
- b. Hasil evaluasi segera dicatat dan dikomunikasikan pada klien dan /keluarga
- c. Evaluasi dilakukan sesuai dengan standar
- d. Hasil evaluasi ditindak lanjuti sesuai dengan kondisi klien/pasien

f. Standar VI : Pencatatan Asuhan Kebidanan

Bidan melakukan pencatatan secara lengkap, akurat, singkat, dan jelas mengenai keadaan/kejadian yang ditemukan dan dilakukan dalam pemberian asuhan kebidanan. Kriteria Pencatatan Asuhan Kebidanan :

- a. Pencatatan dilakukan segera setelah melaksanakan asuhan pada formulir yang tersedia (Rekam medis/KMS/Status Pasien/Buku KIA)
- b. Ditulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP

- c. S adalah data subjektif, mencatat hasil anamneses
- d. O adalah data objektif, mencatat hasil pemeriksaan
- e. A adalah hasil analisa, mencatat diagnosa dan masalah kebidanan
- f. P adalah penatalaksanaan, mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan secara komprehensif : penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi/*follow up* dan rujukan.

2. Pendokumentasian Manajemen Kebidanan Metode SOAP

Manajemen kebidanan adalah proses pemecahan masalah yang digunakan sebagai metode untuk mengorganisasikan pikiran dan tindakan berdasarkan teori ilmiah, penemuan-penemuan, ketrampilan dalam rangkaian tahapan logis untuk pengambilan keputusan yang berfokus pada klien. Agar diketahui orang lain apa yang telah dilakukan oleh seorang bidan melalui proses berpikir sistematis, maka didokumentasikan dalam bentuk SOAP. SOAP merupakan singkatan dari :

a. S (Data Subjektif)

- 1) Menggambarkan pendokumentasian pengumpulan data klien melalui anamnese
- 2) Tanda gejala subjektif yang diperoleh dari hasil bertanya pada klien, suami atau keluarga (identitas umum, keluhan, riwayat menarche, riwayat perkawinan, riwayat kehamilan, riwayat persalinan, riwayat KB, riwayat penyakit keluarga, riwayat penyakit keturunan, riwayat psikososial, pola hidup)
- 3) Catatan ini berhubungan dengan masalah sudut pandang klien. Ekspresi pasien mengenai kekhawatiran dan keluhannya dicatat sebagai kutipan langsung atau ringkasan yang berhubungan dengan diagnose. Pada orang yang bisu, dibagian data belakang "S" diberi tanda "O" atau "X" ini menandakan orang itu bisu. Data subjektif menguatkan diagnose yang dibuat.

b. O (Objektif)

- 1) Menggambarkan pendokumentasian hasil analisa dan fisik klien, hasil laboratorium dan tes diagnostic lain yang dirumuskan dalam data focus untuk mendukung assesment.
- 2) Tanda gejala objektif yang diperoleh dari hasil pemeriksaan (keadaan umum, vital sign, fisik, pemeriksaan dalam, laboratorium, dan pemeriksaan penunjang, pemeriksaan dengan inspeksi, palpasi, auskultasi, dan perkusi).
- 3) Data ini memberi bukti gejala klinis dan fakta yang berhubungan dengan diagnosa. Data fisilogis, hasil observasi, informasi kajian teknologi (hasil laboratorium, sinar-X, rekaman CTG, dan lain-lain) serta informasi keluarga atau orang lain dapat dimasukkan dalam kategori ini. Apa yang diobservasi oleh bidan akan menjadi komponen yang terdiri dari diagnose yang akan ditegakkan.

c. A (Assessment)

- 1) Masalah atau diagnose yang ditegakkan berdasarkan data atau informasi subjektif maupun objektif yang dikumpulkan atau disimpulkan. Karena keadaan klien terus terus berubah dan selalu ada informasi baru baik subjektif maupun objektif, maka proses pengkajian adalah suatu proses dinamik. Sering menganalisa adalah sesuatu yang penting dalam mengikuti perkembangan klien.
- 2) Menggambarkan pendokumentasian hasil analisa dan interpretasi data subjektif dan objektif dalam suatu identifikasi : diagnosa/masalah. Diagnosa adalah rumusan dari hasil pengkajian mengenai kondisi klien. Berdasarkan hasil analisa yang diperoleh. Masalah adalah segala sesuatu yang menyimpang sehingga kebutuhan klien terganggu. Kemudian dilakukan antisipasi masalah lain/diagnosa potensial.

d. P (Penatalaksanaan)

Menggambarkan pendokumentasian dari perencanaan dan evaluasi berdasarkan assesment. Untuk perencanaan, implementasi dan evaluasi dimasukkan dalam “P”.

- 1) Perencanaan

Membuat rencana tindakan saat itu atau yang akan datang. Untuk mengusahakan tercapainya kondisi klien yang sebaik mungkin. Proses ini termasuk kriteria tujuan tertentu dari kebutuhan klien yang harus dicapai dalam batas waktu tertentu, tindakan yang diambil harus membantu mencapai kemajuan dalam kesehatan dan harus sesuai dengan instruksi dokter.

2) Implementasi

Pelaksanaan rencana tindakan untuk menghilangkan dan mengurangi masalah klien. Tindakan ini harus disetujui oleh klien kecuali bila tidak dilaksanakan akan membahayakan keselamatan klien. Bila kondisi klien berubah, intervensi mungkin juga harus berubah atau disesuaikan.

3) Evaluasi

Tafsiran dari efek tindakan yang telah diambil merupakan hal penting untuk menilai keefektifan asuhan yang diberikan. Analisis dari hasil yang dicapai menjadi focus dari ketepatan nilai tindakan. Jika kriteria tujuan tidak tercapai, proses evaluasi dapat menjadi dasar untuk mengembangkan tindakan alternatif sehingga mencapai tujuan (Walyani, 2015).

BAB III

METODE ASUHAN KOMPREHENSIF (COC)

A. Jenis Asuhan

Jenis studi kasus atau asuhan ini adalah *continuity of care* yaitu salah satu model asuhan kebidanan yang memberikan pelayanan berkesinambungan selama masa kehamilan, persalinan, masa nifas, pemantauan bayi baru lahir dan pelayanan Keluarga Berencana di unit pelayanan baik Bidan Praktek Mandiri (BPM), Puskesmas ataupun Rumah Sakit.

2. Lokasi Asuhan

Lokasi asuhan adalah di Kelurahan Lubuk Baru Kota Tebing Tinggi dan asuhan persalinan dilaksanakan di BPM Sri Fatimah Kota Tebing Tinggi.

3. Subjek Asuhan

Subjek asuhan adalah NY. N umur 27 tahun yang sedang hamil anak ketiga di Kelurahan Lubuk Baru Kota Tebing Tinggi.

4. Waktu Pelaksanaan Asuhan

Waktu pelaksanaan asuhan ini adalah mulai 1 Maret – 27 Maret 2023.

5. Instrumen

Instrumen yang digunakan dalam asuhan kebidanan yang digunakan adalah dengan wawancara menggunakan format manajemen asuhan kebidanan pada ibu hamil, manajemen asuhan kebidanan pada ibu bersalin, manajemen asuhan kebidanan pada ibu nifas, manajemen asuhan kebidanan pada bayi baru lahir dan manajemen asuhan kebidanan Keluarga Berencana, dan data perkembangan dengan menggunakan SOAP. Alat dan bahan yang digunakan dalam studi kasus:

- (1) Alat dan bahan dalam pengambilan data antara lain :
 - a. Format pengkajian ibu hamil, ibu bersalin, BBL, ibu nifas dan KB.
 - b. KMS
 - c. Buku tulis
 - d. Bolpoint dan penggaris
- (2) Alat dan bahan untuk pemeriksaan fisik dan observasi.
 - a. Kehamilan :
 - a. Timbangan berat badan
 - b. Alat pengukur tinggi badan
 - c. Pita pengukur lingkar lengan atas.
 - d. Alat pengukur tanda vital : tensi meter, stetoskop, termometer, jam tangan.
 - e. Pita sentimeter atau metline
 - f. Untuk Auskultasi: doppler, jeli, tissue.
 - g. Jam tangan yang ada detik.
 - h. Leflet
 - b. Persalinan :
 - 1) Alat tulis (Pensil), lembar partograf.
 - 2) Saft 1 :
 - i. Partus Set : klem tali pusat 2 buah, gunting tali pusat 1 buah, gunting episiotomy 1 buah, $\frac{1}{2}$ kocher 1 buah, benang/penjepit tali pusat 1 buah, kasa secukupnya.
 - ii. Handscoon steril 2 pasang.
 - iii. Tempat berisi obat (oxytocin, lidoqain, aquades, vit k, salep mata)
 - iv. Com berisi air DTT dan kapas sublimat.
 - v. Corentang dalam tempatnya.
 - vi. Betadin.
 - vii. Funandoscop/dopler dan pita cm.
 - viii. Disposable 1cc, 3cc, dan 5 cc (@1 buah).
 - 3) Saft II

- a) Heacting set: nalfuder 1 buah, benang heacting, gunting benang 1 buah, pinset anatomis dan cirurgis @ 1 buah, jarum otot dan kulit, kasa secukupnya.
 - b) Handscoon 1 pasang.
 - c) Penghisap lender
 - d) Tempat plasenta
 - e) Air clorin 0,5 %
 - f) Tensi meter
 - g) Tempat sampah tajam, medis dan non medis.
- 4) Saft III
- a) Cairan infuse, infuse set, abocath, plester, kapas alkohol, gunting plester.
 - b) Pakaian ibu dan bayi
 - c) Celemek, penutup kepala, masker, kaca mata, sepatu both.
 - d) Alat resusitasi.
- c. Nifas :
- 1) Tensimeter
 - 2) Stetoskop
 - 3) Thermometer
 - 4) Jam tangan yang ada detik
 - 5) Buku catatan dan alat tulis
 - 6) Kapas DTT dalam com
 - 7) Bak instrument berisi hanscoond
 - 8) Larutan klorin 0,5 %
 - 9) Air bersih dalam baskom
 - 10) Kain, pembalut, dan pakaian dalam ibu yang bersih dan kering.
- d. Bayi Baru Lahir :
- 1) Selimut bayi
 - 2) Pakaian bayi
 - 3) Timbangan bayi
 - 4) Alas dan baki
 - 5) Bengkok

- 6) Bak instrument
- 7) Stetoskop
- 8) Handscoon 1 pasang
- 9) Midline
- 10) Kom berisi kapas DTT
- 11) Thermometer
- 12) Jam tangan
- 13) Baskom berisi klorin 0,5%
- 14) Lampu sorot.
- e. Keluarga Berencana Leaflet
- f. Leaflet

6. Jenis dan Teknik Pengumpulan Data Asuhan

Tehnik pengumpulan data yang digunakan adalah dengan menggunakan data primer dan data sekunder.

1. Data primer

Data primer adalah data yang diperoleh secara langsung dari responden

a. Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik dilakukan meliputi pemeriksaan fisik pada saat ibu masa kehamilan (untuk mendeteksi apabila ada kelainan selama masa kehamilan), pada masa persalinan memeriksa pembukaan sampai lengkap untuk menghindari penyulit pada masa kelahiran bayi. Pada masa nifas pemeriksaan fisik mengetahui perubahan fisiologi masa nifas (involusio uteri apakah normal atau tidak), pemberian ASI (keadaan payudara ibu), pada bayi cek apakah ada kelainan pada bayi dan pada pelayanan KB apakah keadaan ibu saat ini cocok untuk menggunakan kontrasepsi yang menjadi pilihan ibu.

b. Wawancara

Wawancara yang dilakukan pada responden adalah meliputi apakah ada keluhan yang dialami ibu selama masa nifas, apakah ASI ibu lancar keluar, wawancara cara perawatan tali pusat bayi dan apakah pilihan KB saat ini sudah sesuai dengan keinginan ibu sendiri.

c. Observasi

Observasi yaitu mengadakan mengamatan langsung pada responden selama melakukan kunjungan pada masa nifas, misalnya ibu mengetahui teknik pemberian ASI pada bayi, ibu tahu cara merawat payudara. Ibu tahu teknik vulva hygiene yang baik dan benar.

2. Data sekunder

Data sekunder yaitu data yang didapat dari rekam medis atau dari hasil catatan tentang keadaan responden yang berhubungan dengan kehamilan, persalinan, masa nifas, keadaan bayi dan kontrasepsi yang pernah digunakan responden (Buku KIA ibu warna pink).