

## **LAPORAN TUGAS AKHIR**

### **ASUHAN KEBIDANAN BERKELANJUTAN PADA NY. M.E.F DI PUSKESMAS WATUNESO KABUPATEN ENDE PERIODE 24 APRIL SAMPAI DENGAN 25 JUNI 2019**

Sebagai Laporan Tugas Akhir Yang Diajukan Untuk Memenuhi Salah Satu Syarat Dalam Menyelesaikan Pendidikan DIII Kebidanan Pada Program Studi DIII Kebidanan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang



Oleh

**MARIA MARSELINA TAI**  
**NIM.PO.5303240181394**

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA  
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG  
PROGRAM STUDI DIII KEBIDANAN KUPANG  
2019**

HALAMAN PERSETUJUAN

LAPORAN TUGAS AKHIR  
ASUHAN KEBIDANAN BERKELANJUTAN PADA NY. M.E.F  
DI PUSKESMAS WATUNESO KABUPATEN ENDE PERIODE  
24 APRIL SAMPAI DENGAN 25 JUNI 2019

Oleh :

MARIA MARSELINA TAI  
NIM.PO.5303240181394

Telah Disetujui untuk diperiksa dan dipertahankan dihadapan Tim Penguji  
Laporan Tugas Akhir Prodi DIII Kebidanan Politeknik KesehatanKemenkes  
Kupang

Pada tanggal : 8 Juli 2019

Pembimbing



LORIANA L. MANALOR, SST., M.Kes  
NIP. 19810429 200912 2 001

Mengetahui

Ketua Jurusan Kebidanan Kupang



Dr. MARETA B. BAKOIL, SST., M.PH  
NIP. 19760310 200012 2 001

HALAMAN PENGESAHAN

LAPORAN TUGAS AKHIR

ASUHAN KEBIDANAN BERKELANJUTAN PADA NY M.E.F  
DI PUSKESMAS WATUNESO KABUPATEN ENDE PERIODE  
24 APRIL SAMPAI DENGAN 25 JUNI 2019

Oleh :

MARIA MARSELINA TAI  
NIM.PO.5303240181394

Telah dipertahankan dihadapan Tim Penguji

Pada tanggal : 10 Juli 2019

Penguji I



MELINDA R. WARIYAKA, SST., M.Keb  
NIP. 19840516 200812 2 003

Penguji II



LORIANA L. MANALOR, SST., M.Kes  
NIP. 19810429 200912 2 001

Mengetahui

Ketua Jurusan Kebidanan Kupang



DR. MARETA B BAKOIL, SST., M.PH  
NIP.19760310200012200

## SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan dibawah ini, saya:

Nama : Maria Marselina Tai

NIM : PO.5303240181394

Jurusan : Kebidanan

Angkatan : II (Kedua)

Jenjang : Diploma III

Menyatakan bahwa saya tidak melakukan plagiat dalam penulisan Laporan Tugas

Akhir saya yang berjudul:

“ASUHAN KEBIDANAN BERKELANJUTAN PADA NY. M.E.F

DI PUSKESMAS WATUNESO KECAMATAN LIO TIMUR PERIODE 24

APRIL SAMPAI DENGAN 25 JUNI 2019”

Apabila suatu saat nanti saya terbukti melakukan plagiat, maka saya akan menerima sanksi yang telah ditetapkan.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Watuneso, 24 April 2019

Penulis



Maria Marselina Tai  
NIM.PO.5303240181394

## **RIWAYAT HIDUP**

Nama : Maria Marselina Tai  
Tempat tanggal lahir : Nualolo.,30 Agustus 1974  
Agama : Katolik  
Jenis kelamin : Perempuan  
Alamat : Aepetu, Watuneso , RT 002, RW 004 , Kec.Lio Timur  
Riwayat Pendidikan : SDK Lekebai, Tahun 1987  
SMPK Pancasila Lekebai, Tahun 1990  
SPK St.Elisabeth Lela, Tahun 1993  
PPBA Ende kelas paralel Maumere, Tahun1994  
DIII Kebidanan Poltekes Kemenkes Kupang  
(Kelas RPL Ende), 2019 sampai sekarang

## KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadiran Tuhan Yang Maha Esa yang telah memberikan berbagai kemudahan, petunjuk serta karunia yang tak terhingga sehingga penulis dapat menyelesaikan Laporan Tugas Akhir yang berjudul “ASUHAN KEBIDANAN BERKELANJUTAN PADA NY. M.E.F DI PUSKESMAS WATUNESO KECAMATAN LIO TIMUR PERIODE 24 APRIL SAMPAI DENGAN 25 JUNI 2019 ” dengan baik dan tepat waktu.

Laporan Tugas Akhir ini penulis susun untuk memenuhi salah satu persyaratan memperoleh derajat Ahli Madya Kebidanan di Prodi DIII Kebidanan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang.

Dalam penyusunan Laporan Tugas Akhir ini penulis telah mendapatkan banyak bimbingan dan bantuan dari berbagai pihak. Untuk itu, pada kesempatan ini penulis ingin mengucapkan terima kasih kepada:

1. R. H. Kristina, selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kupang.
2. Dr Mareta B Bakoil, SST., M.PH, selaku Ketua Jurusan Prodi DIII Kebidanan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang.
3. Benediktus Lepe, SKM, selaku Kepala Puskesmas Watuneso beserta pegawai yang telah memberi ijin dan membantu penelitian ini.
4. Loriana L Manalor, SST., M.Keb, selaku Pembimbing yang juga telah memberikan bimbingan, arahan serta motivasi kepada penulis dalam penulisan Laporan Tugas Akhir ini.
5. Melinda R Wariyaka, SST., M.Keb, selaku penguji yang juga telah memberikan bimbingan, arahan, serta motivasi kepada penulis.
6. Suami dan anak-anak tercinta, yang telah memberikan dukungan baik moril maupun material, serta kasih sayang yang tiada terkira dalam setiap langkah kaki penulis.
7. Seluruh teman-teman mahasiswa Jurusan Kebidanan Politeknik Kesehatan

Kemenkes Kupang Kelas RPL Ende yang telah memberikan dukungan baik berupa motivasi maupun kompetisi yang sehat dalam penyusunan Laporan Tugas Akhir ini.

8. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu yang ikut andil dalam terwujudnya Karya Tulis Ilmiah ini.

Penulis menyadari bahwa dalam Laporan Tugas Akhir ini masih jauh dari kesempurnaan, hal ini karena adanya kekurangan dan keterbatasan kemampuan penulis. Oleh karena itu, segala kritik dan saran yang bersifat membangun sangat penulis harapkan demi kesempurnaan Laporan Tugas Akhir ini.

Ende, Juni 2019

Penulis

## DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL .....	
HALAMAN PERSETUJUAN .....	i
HALAMAN PENGESAHAN .....	ii
HALAMAN PERNYATAAN .....	Iv
RIWAYAT HIDUP .....	V
KATA PENGANTAR .....	Vi
DAFTAR ISI .....	V
DAFTAR SINGKATAN .....	Vi
DAFTAR TABEL .....	Vii
DAFTAR GAMBAR .....	Viii
DAFTARLAMPIRAN .....	Ix
ABSTRAK .....	X
<b>BAB I PENDAHULUAN</b>	
A. Latar Belakang .....	15
B. Rumusan Masalah .....	17
C. Tujuan Penelitian .....	17
D. Manfaat Penelitian .....	18
E. Keaslian Penelitian .....	19
<b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA</b>	
A. Teori Medis .....	20
B. Standar Asuhan Kebidanan .....	121
C. Kewenangan Bidan .....	124
D. Asuhan Kebidanan .....	127
E. Kerangka Pikir .....	127
<b>BAB III METODE PENELITIAN</b>	
A. Jenis Penelitian .....	128
B. Lokasi dan Waktu .....	128
C. Subyek Laporan Kasus .....	129
D. Teknik Pengumpulan Data.....	129
E. Penelitian .....	130
F. Instrumen .....	130
G. Etika Penelitian .....	131
<b>BAB IV TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN</b>	
A. Gambaran Lokasi Penelitian .....	133
B. Tinjauan Kasus .....	134
C. Pembahasan .....	181
<b>BAB V SIMPULAN DAN SARAN</b>	
A. Kesimpulan .....	197
B. Saran .....	198



DAFTAR PUSTAKA  
LAMPIRAN

**DAFTAR SINGKATAN**

A	: Abortus
AKB	: Angka Kematian Bayi
AKI	: Angka Kematian Ibu
ANC	: Antenatal Care
APN	: Asuhan Persalinan Normal
APGAR	: <i>Appearance, Pulse, Grimace, Activity, Respiration</i> (warna kulit, denyut jantung, respons refleks, tonus otot/keaktifan, dan pernapasan)
ASI	: Air Susu Ibu
BB	: Berat Badan
BBL	: Bayi Baru Lahir
Dinkes	: Dinas Kesehatan
DJJ	: Denyut Jantung Fetus
DTT	: Desinfeksi Tingkat Tinggi
Fe	: Zat Besi
G	: Gravida
HB	: <i>Haemoglobin</i>
HCL	: <i>Hidrogen Klorida</i>
HDK	: Hipertensi Dalam Kehamilan
HIV	: <i>Human Immunodeficiency Virus</i>
HPHT	: Hari Pertama Haid Terakhir
IM	: <i>Intra Muskular</i>
IMD	: Inisiasi Menyusui Dini
IMS	: Infeksi Menular Seksual
K1	: Kunjungan ibu hamil pertama kali
K4	: Kunjungan ibu hamil keempat kali
KB	: Keluarga Berencana
KEK	: Kekurangan Energi Kronik
Kemenkes	: Kementerian Kesehatan
KF	: Kunjungan Nifas
KH	: Kelahiran Hidup
KIA	: Kesehatan Ibu dan Anak
KMS	: Kartu Menuju Sehat
KN	: Kunjungan Neonatus
KPD	: Ketuban Pecah Dini
Lila	: Lingkar Lengan Atas
MAK III	: Manajemen Aktif Kala III
MAL	: Metode Amenorhea Laktasi
mmHg	: Mili Meter Hidrogirum
O <sub>2</sub>	: Oksigen

P	: Para
P4K	: Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi
PAP	: Pintu Atas Panggul
APD	: Alat Pelindung Diri
PX	: <i>Prosesus Xympoideus</i>
SOAP	: Subyektif, Obyektif, Analisis, Penatalaksanaan
TBC	: <i>Tuberculosis</i>
TD	: Tekanan Darah
TT	: Tetanus Toksoid
UK	: Umur Kehamilan
USG	: <i>Ultrasonografi</i>

## DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 1 Indikator Penilaian IMT.....	25
Tabel 2 Kebutuhan Nutrisi Pada Ibu Hamil .....	29
Tabel 3 Skor Poedji Rochjati .....	46
Tabel 4 TFU Menurut Penambahan Tiga Jari .....	51
Tabel 5 Rentang Waktu Pemberian Imunisasi TT.....	52
Tabel 6 Nilai APGAR .....	85
Tabel 7 Komposisi Kandungan ASI .....	91
Tabel 8 Asuhan dan Kunjungan Masa Nifas .....	100
Tabel 9 Involusi Uteri .....	104
Tabel 10 Perbedaan Masing-Masing Lochea .....	126
Tabel 11 perbedaan antara primigravida dan multigravida.....	135
Tabel 12 Lokasi dan Waktu Kegiatan .....	137
Tabel 13 Pola Kebiasaan Sehari- Hari .....	152
Tabel 14 Hasil Observasi Kala I Fase Laten .....	164
Tabel 15 Hasil Observasi Kala I Fase Aktif .....	163
Tabel 16 Hasil Observasi Ibu 2 Jam Post Partum .....	165
Tabel 17 Hasil Observasi Bayi 2 Jam Post Partum .....	166

## DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 1 Kerangka Pikir .....	127

## **DAFTAR LAMPIRAN**

Lampiran 1 KMS Ibu Hamil, Partograf

Lampiran 2 Lembaran Konsultasi

Lampiran 3 Lifle

Lampiran 4 Dokumentasi

## ABSTRAK

Kementerian Kesehatan RI  
Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang  
Jurusan Kebidanan  
Laporan Tugas Akhir  
Juni 2019

**Maria Marselina Tai**

**“Asuhan Kebidanan Berkelanjutan pada NY. M.E.F Di Puskesmas Watuneso Kecamatan Lio Timur Tanggal 24 April Sampai Dengan 25 Juni 2019”**

**Latar Belakang :** Asuhan Kebidanan Berkelanjutan adalah asuhan kebidanan yang dilakukan mulai antenatal care, intranatal care, postnatal care, dan bayi baru lahir pada pasien secara keseluruhan. SDKI mencatat AKI di Indonesia tahun 2016 mengalami penurunan dari 395 per 100.000 kelahiran hidup menjadi 305 per 100.000 kelahiran hidup. AKI di NTT pada tahun 2015 meningkat yakni sebanyak 176 kasus (133 per 100.000 KH). Di Puskesmas Watuneso tahun 2019 tidak ada kematian ibu dan kematian dan bayi.

**Tujuan umum :** Mampu menerapkan Asuhan Kebidanan Berkelanjutan pada Ny. M.E.F di Puskesmas Watuneso periode 24 April sampai 25 Juni 2019.

**Metode :** Jenis penelitian yang digunakan adalah studi penelaahan kasus dengan unit tunggal. Lokasi penelitian di Puskesmas Watuneso. subyek penelitian Ny. M.E.F umur 19 tahun, G1P0A0, usia kehamilan 37 minggu 4 hari. Metode pengumpulan data menggunakan data primer dan data sekunder.

**Hasil :** Kehamilan Normal. Melahirkan secara spontan di Puskesmas Watuneso pada tanggal 16-05-2019 jam 07.15 wita. Keadaan ibu dan bayi baik. Asuhan untuk bayi baru lahir dan ibu nifas dilakukan melalui kunjungan nifas 1-4, dan kunjungan neonatus 1-3. Keadaan ibu selama masa nifas baik. Ibu sudah mengikuti metode kontrasepsi suntik 3 bulan saat 40 hari post partum.

**Simpulan :** Setelah dilakukan Asuhan Kebidanan Berkelanjutan sejak kehamilan, persalinan, bayi baru lahir dan masa nifas, dapat disimpulkan bahwa keadaan ibu dan bayi sehat, bayi mendapat ASI eksklusif, ibu sudah menjadi akseptor suntik depoprovera.

**Kata kunci :** Kehamilan Normal, Puskesmas Watuneso.

**Kepustakaan :** 48 buku (2007 – 2016)

# BAB I

## PENDAHULUAN

### A. Latar Belakang

Asuhan kebidanan adalah proses pengambilan keputusan dan tindakan yang dilakukan oleh bidan sesuai wewenang dan ruang lingkup praktiknya berdasarkan ilmu dan kiat kebidanan (Rahmawati, 2012). Asuhan kebidanan *komprehensif* adalah asuhan kebidanan yang dilakukan mulai *Antenatal Care (ANC)*, *Intranatal Care (INC)*, *Postnatal Care (PNC)*, dan Bayi Baru Lahir (BBL) pada pasien secara keseluruhan. Tujuan asuhan kebidanan untuk mengurangi angka kejadian kematian ibu dan bayi. Upaya peningkatan kesehatan ibu dan bayi masih menghadapi berbagai tantangan (Saifudin, 2014).

Salah satu target pembangunan *Sustainable Development Goals (SDGs)* adalah mengurangi kematian ibu hingga di bawah 70 per 100.000 kelahiran hidup, angka kematian balita 25 per 1.000 kelahiran hidup, dan angka kematian neonatal 12 per 1.000 kelahiran hidup pada tahun 2030. Kesehatan ibu mencakup seluruh kesehatan wanita usia subur mulai dari prakehamilan, kehamilan, persalinan dan kelahiran serta masa *pasca partum*. Angka Kematian Ibu (AKI) menjadi salah satu *indikator* penting dalam menentukan derajat kesehatan masyarakat. Angka Kematian Ibu di Indonesia masing tergolong tinggi. kematian ibu adalah kematian perempuan pada saat hamil atau kematian dalam kurun waktu 42 hari sejak terminasi kehamilan tanpa memandang lamanya kehamilan atau tempat persalinan, yakni kematian yang disebabkan karena kehamilannya atau pengelolaannya, tetapi bukan karena sebab-sebab lain seperti terjatuh, kecelakaan/100.000 kelahiran hidup (Risksdas, 2013).aaaa

Jumlah AKI di Indonesia masih tergolong sangat tinggi di antara Negara-negara *ASEAN* lainnya. Tahun 2007, ketika AKI di Indonesia mencapai 228,

AKI di Singapura hanya 6 per 100.000 kelahiran hidup, Brunei Darusalam 33 per 100.000 kelahiran hidup, Filipina 112 per 100.000 kelahiran hidup, serta Malaysia dan Vietnam sama-sama mencapai 160 per 100.000 kelahiran hidup (Kemenkes RI, 2015).

Tahun 2016 AKI di Indonesia mengalami penurunan menjadi 305 per 100.000 kelahiran hidup (Kemenkes RI, 2015).

*Konfersi* AKI per 100.000 kelahiran hidup selama periode 3 tahun (tahun 2013-2015) mengalami *fluktuasi*. Jumlah kasus kematian ibu pada tahun 2012 sebesar 192 atau 200 per 100.000 kelahiran hidup. Tahun 2013 menurun menjadi 176 kasus atau 185,6 per 100.000 kelahiran hidup, selanjutnya pada tahun 2014 menurun menjadi 158 kasus atau 169 per 100.000 kelahiran hidup. Tahun 2015 meningkat menjadi 176 kematian atau 133 per 100.000 kelahiran hidup (Laporan Profil Dinas Kesehatan Kabupaten/ Kota Se-Propinsi NTT Tahun 2015).

Salah satu cara untuk menurunkan AKI di Indonesia, maupun NTT adalah dengan persalinan di tolong oleh tenaga kesehatan yang terlatih dan melakukan persalinan di fasilitas kesehatan memadai. Tenaga kesehatan terlatih yaitu dokter *spesialis* kebidanan dan kandungan (*SpOG*), dokter umum dan bidan.

Kondisi budaya di masing-masing daerah turut memberikan *kontribusi*, masih banyak daerah yang masih menggunakan dukun sebagai pertolongan persalinan, khususnya di desa-desa. Hal ini ditunjang pula dengan kondisi sosial ekonomi sebagian masyarakat yang masih berada di garis kemiskinan. Pentingnya penurunan AKI di Indonesia, sehingga diperlukan program terobosan yang memfokuskan pada kesehatan ibu, khususnya daerah-daerah terpencil, perbatasan dan kepulauan (Survei Demografi Kesehatan Indonesia, 2016).

Salah satu upaya untuk meningkatkan *kualifikasi* bidan dan menekan angka kematian ibu yaitu dengan menerapkan model asuhan yang berkelanjutan (*Continuity Of Care/ COC*). *Continuity Of Midwifery Care*



adalah pelayanan yang dicapai ketika terjalin hubungan yang terus menerus antara seorang wanita dan bidan (Rahmawati, 2012).

ibu hamil, ibu bersalin, ibu nifas untuk memeriksakan kehamilan, kunjungan Data yang diperoleh dari Puskesmas Watuneso periode Januari sampai Desember 2017, yaitu K1 260 orang, K4 94 orang, kematian ibu 0, kematian bayi 0, jumlah persalinan 180 orang (ditolong nakes 180 orang, ditolong non nakes 0 orang), kunjungan nifas III sebanyak 379 orang, kunjungan neonatus I sebanyak 180 orang kunjungan neonatus lengkap 180 orang, pasangan usia subur (PUS) 1587 PUS, cakupan KB aktif 1230 PUS. Hal ini menunjukkan masih rendahnya kesadaran nifas dan neonatus secara teratur, melakukan persalinan di fasilitas kesehatan serta masih rendahnya PUS yang mengikuti KB (Laporan PKRE Puskesmas Watuneso, 2019)

Berdasarkan uraian di atas maka penulis tertarik untuk melakukan studi kasus yang berjudul “Asuhan Kebidanan Berkelanjutan pada Ny. M.E.F Umur 19 Tahun GIP0A0 Hamil 39 Minggu 1 Hari Janin Hidup Tunggal Letak Kepala Intra Uterin Keadaan Jalan Lahir Normal Keadaan Ibu dan Janin Baik” di Puskesmas Watuneso Tanggal 24 April Sampai Dengan 25 Juni 2019”.

## B. Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian latar belakang di atas maka rumusan masalah dalam LTA ini adalah “Bagaimanakah Penerapan Manajemen Asuhan Kebidanan Berkelanjutan pada Ny. M.E.F di Puskesmas Watuneso Tanggal 24 April sampai dengan 25 Juni 2019.

## C. Tujuan Laporan Tugas Akhir

### 1. Tujuan umum

Menerapkan Asuhan Kebidanan Berkelanjutan pada Ny. M.E.F di Puskesmas Watuneso Tanggal 24 April sampai dengan 25 Juni 2019

### 2. Tujuan khusus

a. Melakukan pengumpulan data *subyektif* pada ibu hamil, ibu bersalin, bayi baru lahir, ibu nifas, dan KB pada Ny. M.E.F di Puskesmas Watuneso Tanggal 24 April sampai dengan 25 Juni 2019.

- b. Melakukan pengumpulan data *obyektif* pada ibu hamil, ibu bersalin, bayi baru lahir, ibu nifas, dan KB pada Ny. M.E.F di Puskesmas Watuneso Tanggal 24 April sampai dengan 25 Juni 2019.
- c. Melakukan *analisa* data pada ibu hamil, ibu bersalin, bayi baru lahir, ibu nifas, dan KB pada Ny. M.E.F di Puskesmas Watuneso Tanggal 24 April sampai dengan 25 Juni 2019.
- d. Melakukan penatalaksanaan asuhan kebidanan pada ibu hamil, ibu bersalin, bayi baru lahir, ibu nifas, dan KB pada Ny. M.E.F di Puskesmas Watuneso Tanggal 24 April sampai dengan 25 Juni 2019.

#### D. Manfaat Penelitian

##### 1. Teoritis

Hasil studi kasus ini dapat dijadikan sebagai pertimbangan masukan untuk menambah wawasan tentang asuhan kebidanan meliputi masa kehamilan, persalinan, bayi baru lahir, nifas, dan KB.

##### 2. Aplikatif

###### a. Puskesmas Watuneso

Hasil studi kasus ini dapat di manfaatkan sebagai masukan dalam pengembangan ilmu pengetahuan asuhan kebidanan berkelanjutan pada ibu hamil, ibu bersalin, bayi baru lahir, ibu nifas, dan KB serta dapat dijadikan acuan untuk penelitian selanjutnya.

###### b. Profesi Bidan

Hasil studi kasus ini, sebagai sumbangan teoritis maupun aplikatif bagi profesi bidan dalam upaya asuhan kebidanan berkelanjutan, sehingga dapat memberikan pelayanan kebidanan secara profesional dan sesuai dengan kode etik kebidanan.

###### c. Klien dan masyarakat.

Hasil studi kasus ini dapat meningkatkan peran serta klien dan masyarakat untuk mendeteksi dini terhadap komplikasi dalam kehamilan, persalinan, bayi baru lahir, nifas dan KB, sehingga memungkinkan segera mendapat penanganan.

E. Keaslian Laporan Kasus.

Studi kasus serupa sudah pernah dilakukan oleh mahasiswa jurusan Kebidanan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Aisyiyah Bandung atas nama Asri Nur Fitriani Hidayat pada tahun 2016 dengan judul “Asuhan Kebidanan Berkelanjutan pada Ny. Y G4P3A0 di Bidan Praktek Mandiri Bidan Hj. Imas R. Yusfar, AM. Keb”.

Perbedaan antara studi kasus yang penulis lakukan dengan studi kasus sebelumnya baik dari segi waktu, tempat, dan subjek. Studi kasus yang penulis ambil dilakukan pada tahun 2019 dengan judul “ASUHAN KEBIDANAN BERKELANJUTAN PADA NY. M.E.F DI PUSKESMAS WATUNESO TANGGAL 24 APRIL SAMPAI DENGAN 25 JUNI 2019”.

## BAB II

### TINJAUAN PUSTAKA

#### A. Teori Medis

##### 1. Konsep Dasar Kehamilan

Berdasarkan beberapa pengertian maka dapat disimpulkan, kehamilan adalah *fertilisasi* atau penyatuan *spermatozoa* dengan *ovum* dilanjutkan dengan *nidasi* dan *implantasi* yang normalnya akan berlangsung dalam waktu 280 hari atau 40 minggu dihitung dari hari pertama haid terakhir.

##### a. Tanda-tanda Pasti Kehamilan Trimester III

Menurut Marmi (2011) tanda-tanda pasti kehamilan trimester III adalah sebagai berikut:

##### 1) Terasa gerakan janin dalam rahim

Gerakan janin bermula pada usia kehamilan 12 minggu, tetapi baru dapat dirasakan oleh ibu pada usia kehamilan 16-28 minggu pada *multigravida*, karena pada usia kehamilan tersebut, ibu hamil dapat merasakan gerakan halus hingga tendangan kaki bayi, sedangkan pada *primigravida* ibu dapat merasakan gerakan janin pada usia kehamilan 18-20 minggu.

##### 2) Denyut jantung janin.

Denyut jantung janin dapat didengar pada akhir bulan kelima menggunakan *funandoskop*, tetapi denyut jantung janin dapat didengar pada akhir bulan ketiga dengan menggunakan Doppler atau *ultrasound*. Denyut jantung janin dapat diketahui tanda pasti kehamilan, janin hidup, presentasi anak, dan adanya anak kembar.

##### 3) Kontraksi *Broxton-Hicks*

Waktu palpasi atau waktu *toucher* rahim yang lunak sekonyong-konyong menjadi mengeras karena berkontraksi.

Peningkatan *aktomiosin* didalam *miometrium* juga menjadi penyebab dari meningkatnya *kontraktilitas uterus*. Kontraksi *Braxton Hicks* bersifat *nonritmik, sporadic*, tanpa disertai adanya rasa nyeri, mulai timbul sejak kehamilan enam minggu dan tidak terdeteksi melalui pemeriksaan *bimanual pelvic*.

b. Klasifikasi Usia Kehamilan

Menurut Walyani (2015) kehamilan terbagi menjadi tiga trimester. Trimester satu berlangsung dalam 12 minggu, trimester kedua 15 minggu (minggu ke 13 hingga ke 27), dan trimester ke tiga (minggu ke 28 hingga ke 40). Ditinjau dari lamanya kehamilan, kita bisa menentukan kehamilan dengan membaginya dalam tiga bagian yaitu: kehamilan triwulan I, antara 0-12 minggu, 2014, kehamilan triwulan II, antara 12-28 minggu, kehamilan triwulan II, antara 28-40 minggu.

c. Perubahan Fisiologi dan Psikologi Kehamilan Trimester III

1) Perubahan Fisiologi

Perubahan anatomi dan adaptasi fisiologi yang terjadi pada ibu hamil trimester III adalah:

a) Sistem reproduksi

(1) *Vagina* dan *vulva*

Dinding *vagina* mengalami banyak perubahan yang merupakan perubahan yang merupakan persiapan untuk mengalami peregangan pada waktu persalinan dengan meningkatnya ketebalan mukosa, mengendornya jaringan ikat, dan *hipertropi*, sel otot polos. Perubahan ini mengakibatkan bertambah panjangnya dinding vagina (Romauli, 2011).

(2) *Serviks Uteri*

Kehamilan mendekati *aterm*, terjadi penurunan lebih lanjut dari konsentrasi kolagen. Konsentrasinya menurun secara nyata dari keadaan yang relatif *dilusi* dalam

keadaan menyebar (*dispersi*). Proses perbaikan *serviks* terjadi setelah persalinan sehingga siklus kehamilan yang berikutnya akan berulang (Romaui, 2011).

(3) *Uterus*

Akhir kehamilan *uterus* akan terus membesar dalam rongga *pelvis* dan seiring perkembangannya *uterus* akan menyentuh dinding *abdomen*, mendorong usus ke samping dan ke atas, terus tumbuh hingga menyentuh hati. Pertumbuhan *uterus* akan berotasi ke arah kanan, *dekstrorotasi* ini disebabkan oleh adanya *rektosigmoid* di daerah kiri *pelvis* (Romaui, 2011).

Menurut Pantikawati, dkk (2010) Pengukuran tinggi fundus dan usia kehamilan dalam minggu pada trimester III:

- (a) 28 minggu: fundus uteri terletak kira-kira tiga jari di atas pusat atau  $\frac{1}{3}$  jarak antara pusat ke prosesus xifoideus (25 cm).
- (b) 32 minggu: fundus uteri terletak kira-kira antara  $\frac{1}{2}$  jarak pusat dan prosesus xifoideus (27 cm).
- (c) 36 minggu: fundus uteri kira-kira 1 jari di bawah prosesus xifoideus (30 cm).
- (d) 40 minggu: fundus uteri terletak kira-kira 3 jari di bawah prosesus xifoideus (33 cm).

(4) *Ovarium*

Trimester ke III *korpus luteum* sudah tidak berfungsi lagi karena telah digantikan oleh plasenta yang telah terbentuk (Romaui, 2011).

b) Sistem payudara

Trimester III kelenjar *mammae* membuat ukuran payudara semakin meningkat. Kehamilan 32 minggu warna cairan agak putih seperti air susu yang sangat encer, dari

kehamilan 32 minggu sampai anak lahir, cairan yang keluar lebih kental, berwarna kuning dan banyak mengandung lemak. Cairan ini disebut kolostrum (Romauli, 2011).

c) Sistem pernapasan

Kehamilan 32 minggu keatas karena usus-usus tertekan *uterus* yang membesar kearah *diafragma*, sehingga *diafragma* kurang leluasa bergerak mengakibatkan wanita hamil kesulitan bernafas (Romauli, 2011).

d) Sistem *Endokrin*

Kelenjar *tiroid* akan mengalami pembesaran hingga 15,0 ml pada saat persalinan akibat dari *hiperplasia* kelenjar dan peningkatan *vaskularisasi*. Pengaturan konsentrasi kalsium sangat berhubungan erat dengan magnesium, fosfat, hormon pada *tiroid*, vitamin D dan kalsium. (Romauli, 2011).

e) Sistem Perkemihan

Kehamilan trimester III kepala janin mulai turun ke pintu atas panggul keluhan sering kencing akan timbul lagi karena kandung kencing akan mulai tertekan kembali. Kehamilan tahap lanjut *pelvis* ginjal kanan dan *ureter* lebih berdilatasi dari pada *pelvis* dan *ureter* mampu menampung urin dalam volume yang lebih besar dan juga memperlambat laju aliran urin (Romauli, 2011).

f) Sistem Pencernaan

Trimester ketiga *konstipasi* karena pengaruh hormon *progesteron* yang meningkat. Selain itu perut kembung juga terjadi karena adanya tekanan *uterus* yang membesar dalam rongga perut yang mendesak organ-organ dalam perut khususnya saluran pencernaan, usus besar, kearah atas dan *lateral* (Romauli, 2011). Sistem *gastrointestinal* berpengaruh dalam beberapa hal karena kehamilan yang berkembang terus. Wanita hamil sering mengalami *heart burn* (rasa panas

di dada) dan sendawa, yang kemungkinan terjadi karena makanan lebih lama berada di dalam lambung dan karena relaksasi *sfincter* di kerongkongan bagian bawah yang memungkinkan isi lambung mengalir kembali ke kerongkongan (Sulistyawati, 2009).

g) Sistem *musculoskeletal*

*Pelvic* pada saat kehamilan sedikit bergerak. Perubahan tubuh secara bertahap dan peningkatan berat wanita hamil menyebabkan postur dan cara berjalan wanita berubah secara menyolok. Peningkatan *ditensi abdomen* yang membuat panggul miring ke depan, penurunan tonus otot dan peningkatan beban berat badan pada akhir kehamilan membutuhkan penyesuaian tulang. Pusat gravitasi wanita bergeser kedepan (Romauli, 2011).

Perubahan system *musculoskeletal* terjadi pada saat umur kehamilan semakin bertambah. Adaptasi ini mencakupi peningkatan berat badan, bergesernya pusat akibat pembesaran rahim, relaksasi dan mobilitas. Namun demikian, pada saat *post partum* sistem *muskuloskeletal* akan berangsur-angsur pulih kembali (Sulistyawati, 2009).

h) Sistem *kardiovaskuler*

Selama kehamilan jumlah *leukosit* akan meningkat yakni berkisar antara 5000-12000 dan mencapai puncaknya pada saat persalinan dan masa nifas berkisar 14000-16000. Penyebab peningkatan ini belum diketahui. Respon yang sama diketahui terjadi selama dan setelah melakukan latihan yang berat. Distribusi tipe sel juga akan mengalami perubahan. Kehamilan, terutama trimester ke-3 terjadi peningkatan jumlah *granulosit* dan *limfosit* dan secara bersamaan *limfosit* dan *monofosit* (Romauli, 2011).



i) Sistem *integument*

Kulit dinding perut akan terjadi perubahan warna menjadi kemerahan, kusam dan kadang-kadang juga akan mengenai daerah payudara dan paha perubahan ini dikenal dengan *striae gravidarum*. Wanita *multipara* selain *striae* kemerahan itu sering kali ditemukan garis berwarna perak berkilau yang merupakan sikatrik dari *striae* sebelumnya. Kebanyakan perempuan kulit di garis pertengahan perut akan berubah menjadi hitam kecoklatan yang disebut dengan *kloasma*, selain itu pada *aerola* dan daerah genitalia juga akan terlihat *pigmentasi* yang berlebihan. *Pigmentasi* yang berlebihan biasanya akan hilang setelah persalinan (Romauli, 2011).

j) Sistem *metabolisme*

*Basal Metabolic Rate (BMR)* biasanya meningkat pada ibu hamil trimester III. *BMR* meningkat hingga 15-20% yang umumnya terjadi pada trimester terakhir, akan tetapi bila dibutuhkan dipakailah lemak ibu untuk mendapatkan kalori dalam pekerjaan sehari-hari. *BMR* kembali setelah hari ke-5 atau ke-6 *pasca partum*. Peningkatan *BMR* mencerminkan kebutuhan oksigen pada janin, *plasenta*, *uterus* serta peningkatan konsumsi oksigen akibat peningkatan kerja jantung ibu, dengan terjadinya kehamilan, metabolisme tubuh mengalami perubahan yang mendasar, kebutuhan nutrisi makin tinggi untuk pertumbuhan janin dan persiapan memberikan ASI (Romauli, 2011).

k) Sistem berat badan dan indeks masa tubuh

Kenaikan berat badan 0,4-0,5 kg/minggu dan sampai akhir kehamilan 11-12 kg. Cara yang dipakai untuk menentukan berat badan menurut tinggi badan adalah dengan menggunakan Indeks Massa Tubuh (IMT) yaitu dengan rumus berat badan dibagi tinggi badan pangkat 2 (Romauli,

2011). Indikator penilaian IMT menurut Pantika dkk (2010) adalah sebagai berikut:

Tabel 1 indikator penilaian IMT

Nilai IMT	Kategori
Kurang dari 20	<i>Underweight</i> / dibawah normal
20- 24,9	<i>Desirable</i> / normal
25-29,9	<i>Moderate obesity</i> / gemuk/ lebig dari normal
Over 30	<i>Severe obesity</i> / sangat gemuk

Sumber: Pantikawati dkk, 2010

l) Sistem darah dan pembekuan darah

(1)Sistem darah

Darah adalah jaringan cair yang terdiri atas dua bagian. Bahan *interaseluler* adalah cairan yang disebut *plasma* dan didalamnya terdapat unsur-unsur padat, sel darah. Volume darah secara keseluruhan kira-kira 5 liter. Sekitar 55 persennya adalah cairan sedangkan 45 persen sisanya terdiri atas sel darah. Susunan darah terdiri dari air 91,0 persen, protein 8,0 persen dan mineral 0,9 persen.

(2) Pembekuan darah

Pembekuan darah adalah proses yang majemuk dan berbagai factor diperlukan untuk melaksanakan pembekuan darah sebagaimana telah diterangkan. *Trombin* adalah alat dalam mengubah *fibrinogen* menjadi benang *fibrin* (Romauli, 2011).

m)Sistem persyarafan

Perubahan fungsi sistem *neurologi* selama masa kehamilan, selain perubahan *neurohormonal hipotalamus hipofisis*, juga terjadi perubahan fisiolgi spesifik akibat kehamilan, dapat terjadi timbulnya gejala *neurologi* dan *neuromuscular* berikut:

- (1) Kompresi saraf panggul atau *statis vaskuler* akibat pembesaran *uterus* dapat menyebabkan perubahan sensori ditungkai bawah (Romauli, 2011).
- (2) *Lordosis dorsolumbal* dapat menyebabkan nyeri akibat tarikan pada saraf atau kompresi akar saraf (Romauli, 2011).
- (3) *Edema* yang melibatkan saraf periver dapat menyebabkan *carpal tunnel syndrome* selama trimester akhir kehamilan. *Edema* menekan saraf median bagian bawah *ligamentum karpalis* pergelangan tangan. Sindrom ini ditandai oleh parastesia (sensasi abnormal seperti rasa terbakar atau gatal akibat gangguan pada sistem saraf sensori) dan nyeri pada tangan yang menjalar ke siku (Romauli, 2011).
- (4) *Akroestesia* (gatal di tangan) yang timbul akibat posisi bahu yang membungkuk, dirasakan pada beberapa wanita selama hamil. Keadaan ini berkaitan dengan tarikan pada *segmen flektus drakialis* (Romauli, 2011).
- (5) Nyeri kepala akibat ketegangan umum timbul pada saat ibu merasa cemas dan tidak pasti tentang kehamilannya. Nyeri kepala dapat juga dihubungkan dengan gangguan pengelihat, seperti kesalahan refraksi, sinusitis atau *migrant* (Romauli, 2011).
- (6) *Hipokalsenia* dapat menyebabkan timbulnya masalah *neuromuskular*, seperti kram otot atau *tetani* (Romauli, 2011)

## 2) Perubahan psikologis kehamilan trimester III

Trimester ketiga ini sering disebut periode penantian dengan penuh kewaspadaan. Trimester III merupakan waktu persiapan yang aktif menantikan kelahiran bayinya. Hal ini membuat ibu

hamil berjaga-jaga dan menunggu tanda dan gejala persalinan (Marmi,2011).

Rasa tidak nyaman timbul kembali, merasa dirinya jelek, aneh, dan tidak menarik; merasa tidak menyenangkan ketika bayi tidak hadir tepat waktu; takut akan rasa sakit dan bahaya fisik yang timbul pada saat melahirkan, khawatir akan keselamatannya; khawatir bayi akan dilahirkan dalam keadaan tidak normal, bermimpi yang mencerminkan perhatian dan kekhawatirannya; merasa sedih akan terpisah dari bayinya; merasa kehilangan perhatian; perasaan mudah terluka (sensitif); libido menurun (Romauli, 2011).

d. Kebutuhan dasar ibu hamil trimester III

1) Nutrisi

Kebutuhan gizi ibu hamil meningkat 15% dibandingkan dengan kebutuhan wanita normal. Peningkatan gizi ini dibutuhkan untuk pertumbuhan ibu dan janin. Makanan dikonsumsi ibu hamil 40% digunakan untuk pertumbuhan janin dan sisanya (60%) digunakan untuk pertumbuhan ibunya. Secara normal kenaikan berat badan ibu hamil 11-13 kg (Marmi, 2011). Kehamilan tua rata-rata kenaikan berat badan ibu akan mencapai 12 kg (Romauli, 2011).

Trimester ketiga (sampai usia 40 minggu) nafsu makan sangat banyak tetapi jangan kelebihan, kurangi karbohidrat, tingkatkan protein, sayur-sayuran, buah-buahan, lemak harus tetap dikonsumsi, selain itu kurangi makanan terlalu manis (seperti gula) dan terlalu asin (seperti garam, ikan asin, telur asin, tauco dan kecap asin) karena makanan tersebut akan memberikan kecenderungan janin tumbuh besar dan merangsang keracunan saat kehamilan (Marmi,2011).

Tabel 2 kebutuhan nutrisi pada ibu hamil

Jenis	Tidak hamil	Hamil	Laktasi
Kalori	2500	2500	3000
Protein(gr)	60	85	100
Kalsium(gr)	0,8	1,5	2
Ferrum(mg)	12	15	15
VitaminA(satuan internasional)	5000	6000	8000
Vitamin B(mg)	1,5	1,8	2,3
Vitamin C(mg)	70	100	150
Riboflavin(mg)	2,2	2,5	3
As nicotin(mg)	15	18	23
Vitamin D(S.I)	+	400-800	400-800

Sumber: Marmi, 2011

## 2) Oksigen

Paru-paru bekerja lebih berat untuk keperluan ibu dan janin, pada hamil tua sebelum kepala masuk panggul, paru-paru terdesak ke atas sehingga menyebabkan sesak nafas, untuk mencegah hal tersebut, maka ibu hamil perlu: latihan nafas dengan senam hamil, tidur dengan bantal yang tinggi, makan tidak terlalu banyak, hentikan merokok, konsultasi ke dokter bila ada gangguan nafas seperti asma, posisi miring kiri dianjurkan untuk meningkatkan perfusi *uterus* dan oksigenasi *feto plasenta* dengan mengurangi tekanan *vena asendens* (Marmi, 2011).

## 3) *Personal hygiene*

Kebersihan harus dijaga pada masa hamil. Mandi dianjurkan sedikitnya 2 kali sehari, karena ibu hamil cenderung mengeluarkan banyak keringat, menjaga kebersihan diri terutama lipatan kulit (ketiak, bawah buah dada, daerah genitalia) dengan cara dibersihkan dengan air dan dikeringkan. Kebersihan gigi dan mulut perlu mendapat perhatian, karena seringkali muda terjadi gigi berlubang, terutama pada ibu yang kekurangan kalsium. Rasa mual selama masa hamil dapat

mengakibatkan perburukan *hygiene* mulut dan dapat menimbulkan *karies* gigi (Romauli, 2011).

#### 4) Pakaian

Beberapa hal yang perlu diperhatikan dalam pakaian ibu hamil adalah memenuhi kriteria berikut ini: pakaian harus longgar, bersih, dan tidak ada ikatan yang ketat pada daerah perut; bahan pakaian usahakan yang mudah menyerap keringat; pakailah bra yang menyokong payudara, memakai sepatu dengan hak yang rendah, pakaian dalam yang selalu bersih (Romauli, 2011).

#### 5) Eliminasi

Masalah buang air kecil tidak mengalami kesulitan, bahkan cukup lancar, untuk memperlancar dan mengurangi infeksi kandung kemih yaitu minum dan menjaga kebersihan sekitar kelamin perubahan hormonal mempengaruhi aktivitas usus halus dan besar, sehingga buang air besar mengalami *obstipasi* (sembelit). Sembelit dapat terjadi secara mekanis yang disebabkan karena menurunnya gerakan ibu hamil, untuk mengatasi sembelit dianjurkan untuk meningkatkan gerak, banyak makan makanan berserat (sayur dan buah-buahan). Sembelit dapat menambah gangguan wasir menjadi lebih besar dan berdarah (Marmi, 2011).

#### 6) Mobilisasi

Ibu hamil boleh melakukan kegiatan/aktifitas fisik biasa selama tidak terlalu melelahkan. Ibu hamil dianjurkan untuk melakukan pekerjaan rumah dengan dan secara berirama dengan menghindari gerakan menyentak, sehingga mengurangi ketegangan tubuh dan kelelahan (Romauli, 2011).

#### 7) *Body mekanik*

Secara anatomi, *ligament* sendi putar dapat meningkatkan pelebaran *uterus* pada ruang *abdomen*, sehingga ibu akan

merasakan nyeri. Hal ini merupakan salah satu ketidaknyamanan yang dialami ibu hamil. Sikap tubuh yang perlu diperhatikan adalah:

(a) Duduk

Duduk adalah posisi yang paling sering dipilih, sehingga postur tubuh yang baik dan kenyamanan penting. Ibu harus diingatkan duduk bersandar di kursi dengan benar, pastikan bahwa tulang belakangnya tersangga dengan baik (Romauli, 2011).

(b) Berdiri

Mempertahankan keseimbangan yang baik, kaki harus diregangkan dengan distribusi berat badan pada masing-masing kaki. Berdiri diam terlalu lama dapat menyebabkan kelelahan dan ketegangan. Oleh karena itu lebih baik berjalan tetapi tetap mempertahankan semua aspek dan postur tubuh harus tetap tegak (Romauli, 2011).

(c) Tidur

Sejalan dengan tuanya usia kehamilan, biasanya ibu merasa semakin sulit mengambil posisi yang nyaman, karena peningkatan ukuran tubuh dan berat badannya. Kebanyakan ibu menyukai posisi miring dengan sanggahan dua bantal di bawah kepala dan satu di bawah lutut dan *abdomen*. Nyeri pada *simpisis pubis* dan sendi dapat dikurangi bila ibu menekuk lututnya ke atas dan menambahnya bersama-sama ketika berbalik di tempat tidur (Romauli, 2011).

8) Bangun dan baring

Bangun dari tempat tidur, geser dulu tubuh ibu ke tepi tempat tidur, kemudian tekuk lutut. Angkat tubuh ibu perlahan dengan kedua tangan, putar tubuh lalu perlahan turunkan kaki ibu. Diamlah dulu dalam posisi duduk beberapa saat sebelum

berdiri. Lakukan setiap kali ibu bangun dari berbaring (Romauli, 2011).

9) Membungkuk dan mengangkat

Ketika harus mengangkat, misalnya menggendong anak balita, kaki harus diregangkan satu kaki di depan kaki yang lain, pangkal paha dan lutut menekuk dengan punggung serta otot transversus dikencangkan. Kecuali otot paha sangat kuat, otot ini menempatkan terlalu banyak regangan pada sendi lutut, bila ibu dianjurkan untuk menekuk kedua lutut seluas mungkin. Barang yang akan diangkat perlu dipegang sedekat mungkin dan ditengah tubuh, dan lengan serta tungkai digunakan untuk mengangkat. Lakukan gerakan dengan urutan terbalik ketika akan menaruh benda yang berat (Romauli, 2011).

10) Exercise / senam hamil

Ibu hamil perlu menjaga kesehatan tubuhnya dengan cara berjalan-jalan di pagi hari, renang, olahraga ringan, dan senam hamil (Kusmiyati, 2010).

a) Berjalan-jalan di pagi hari

Ibu dianjurkan jalan-jalan waktu pagi hari untuk ketenangan dan mendapat udara segar. Hal ini mempunyai arti penting untuk dapat menghirup udara pagi yang bersih dan segar, menguatkan otot dasar panggul, dapat mempercepat turunnya kepala bayi ke dalam posisi optimal atau normal, dan mempersiapkan mental menghadapi persalinan.

b) Senam hamil

Senam hamil dimulai pada umur kehamilan setelah 22 minggu. Senam hamil bertujuan untuk mempersiapkan dan melatih otot-otot sehingga dapat berfungsi secara optimal dalam persalinan normal serta mengimbangi perubahan titik berat badan. Senam hamil ditujukan bagi ibu hamil tanpa



kelainan atau tidak terdapat penyakit yang menyertai kehamilan, yaitu penyakit jantung, ginjal, dan penyulit dalam kehamilan (hamil dengan perdarahan, kelainan letak, dan kehamilan yang disertai dengan *anemia*) (Marmi, 2011).

Syarat senam hamil yaitu: telah dilakukan pemeriksaan kesehatan dan kehamilan oleh dokter atau bidan, latihan dilakukan setelah kehamilan 22 minggu, latihan dilakukan secara teratur dan disiplin, sebaiknya latihan dilakukan di rumah sakit atau klinik bersalin dibawah pimpinan instruktur senam hamil. Secara umum, tujuan utama persiapan fisik dari senam hamil sebagai berikut:

- (1) Mencegah terjadinya *deformitas* (cacat) kaki dan memelihara fungsi hati untuk dapat menahan berat badan yang semakin naik, nyeri kaki, varises, bengkak, dan lain-lain.
- (2) Melatih dan menguasai teknik pernapasan yang berperan penting dalam kehamilan dan proses persalinan.
- (3) Memperkuat dan mempertahankan elastisitas otot-otot dinding perut, otot-otot dasar panggul, dan lain-lain.
- (4) Membentuk sikap tubuh yang sempurna selama kehamilan.
- (5) Memperoleh relaksasi yang sempurna dengan latihan kontraksi dan relaksasi.
- (6) Mendukung ketenangan fisik (Marmi, 2011).

Beberapa persyaratan yang harus diperhatikan untuk melakukan senam hamil adalah sebagai berikut:

- (1) Kehamilan normal yang dimulai pada kehamilan umur 5 bulan (22 minggu).
- (2) Diutamakan kehamilan pertama atau pada kehamilan berikutnya yang menjalani kesakitan persalinan atau melahirkan anak premature pada persalinan sebelumnya.

- (3) Latihan harus secara teratur dalam suasana yang tenang.
- (4) Berpakaian cukup longgar.
- (5) Menggunakan kasur atau matras (Marmi, 2011).
- (7) Imunisasi

Imunisasi selama kehamilan sangat penting dilakukan untuk mencegah penyakit yang dapat menyebabkan kematian ibu dan janin. Jenis imunisasi yang diberikan adalah *Tetanus Toxoid* (TT) yang dapat mencegah penyakit tetanus. Imunisasi TT pada ibu hamil harus terlebih dahulu ditentukan status kekebalan / imunisasinya (Marmi, 2011).

- (8) *Travelling*

Wanita hamil harus berhati-hati melakukan perjalanan yang cenderung lama dan melelahkan, karena dapat menimbulkan ketidaknyamanan dan mengakibatkan gangguan *sirkulasi* serta *oedema* tungkai karena kaki tergantung jika duduk terlalu lama. Bepergian dapat menimbulkan masalah lain, seperti *konstipasi/diare* karena asupan makanan dan minuman cenderung berbeda seperti biasanya karena akibat perjalanan yang melelahkan (Marmi, 2011).

- (9) Seksuala

Selama kehamilan berjalan normal, *koitus* diperbolehkan sampai akhir kehamilan, meskipun beberapa ahli berpendapat sebaiknya tidak lagi berhubungan seks selama 14 hari menjelang kelahiran. *Koitus* tidak dibenarkan bila terdapat perdarahan *pervaginam*, riwayat *abortus* berulang, *abortus/partus prematurus imminens*, ketuban pecah sebelum waktunya (Marmi, 2011).

#### (10)Istirahat

Wanita hamil dianjurkan untuk merencanakan istirahat yang teratur khususnya seiring kemajuan kehamilannya. Jadwal istirahat dan tidur perlu diperhatikan dengan baik, karena istirahat dan tidur yang teratur dapat meningkatkan kesehatan jasmani dan rohani untuk kepentingan perkembangan dan pertumbuhan janin. Tidur pada malam hari selama kurang lebih 8 jam dan istirahat dalam keadaan rilaks pada siang hari selama 1 jam (Marmi, 2011).

#### e. Ketidaknyamanan dan masalah serta cara mengatasi ibu hamil trimester III

Proses kehamilan akan membawa dampak bagi ibu yaitu terjadinya perubahan sistem dalam tubuh yang semuanya membutuhkan suatu adaptasi, baik fisik maupun psikologis, dalam proses adaptasi tersebut tidak jarang ibu akan mengalami ketidaknyaman yang meskipun hal ini adalah fisiologis namun tetap perlu diberikan suatu pencegahan dan perawatan (Romauli, 2011).

##### 1) Sering buang air kecil

Peningkatan frekuensi berkemih pada ibu hamil trimester III paling sering dialami oleh wanita *primigravida* setelah *lightening* terjadi. *Lightening* menyebabkan bagian presentasi (terendah) janin akan menurun dan menimbulkan tekanan langsung pada kandung kemih. Menurut Marmi (2011) cara mengatasi keluhan sering buang air kecil pada ibu hamil trimester III, yaitu:

- a) Menjelaskan mengenai penyebab terjadinya *noucturia*.
- b) Segera mengosongkan kandung kemih saat terasa ingin berkemih.
- c) Perbanyak minum pada siang hari.

- d) Jangan mengurangi porsi air minum di malam hari, kecuali apabila *nocturia* mengganggu tidur, sehingga menyebabkan kelelahan.
- e) Membatasi minuman yang mengandung bahan *cafein*.
- f) Bila tidur pada malam hari posisi miring dengan kedua kaki ditinggikan untuk meningkatkan *diuresis* (Marmi, 2011).

## 2) *Insomnia*

Menurut Marmi (2011) *insomnia* disebabkan karena perasaan gelisah, khawatir, ataupun bahagia. Ketidaknyamanan fisik seperti membesarnya *uterus*, pergerakan janin, bangun ditengah malam karena *nocturia*, *dyspnea*, *heartburn*, sakit otot, stress dan cemas. Cara meringankan: gunakan teknik relaksasi, mandi air hangat, minum minuman hangat sebelum tidur, melakukan aktifitas yang tidak menstimulasi sebelum tidur. Tanda bahaya: kelelahan yang berlebihan, tanda- tanda *depresi* (Marmi, 2011).

## 3) *Haemoroid*

*Haemoroid* selalu didahului *konstipasi*, oleh sebab itu semua hal yang menyebabkan *konstipasi* berpotensi menyebabkan *haemoroid*. Progesterone juga berperan dalam menyebabkan terjadinya relaksasi dinding *vena* dan usus besar, pembesaran *uterus* juga menyebabkan peningkatan tekanan pada dinding *vena* dan usus besar (Marmi,2011). Cara mengatasi: makan makanan yang berserat, buah dan sayuran serta banyak minum air putih dan sari buah, lakukan senam hamil untuk mengatasi *hemorrhoid*, jika *hemorrhoid* menonjol keluar, oleskan *lotion witch hazel* (Romaui, 2011).

## 4) Keputihan dan *pruritus*

*Leukorea* dapat disebabkan oleh karena terjadinya peningkatan produksi kelenjar dan lendir *endoservikal* sebagai peningkatan kadar estrogen. Hal lain yang dicurigai sebagai

penyebab terjadinya *leukorea* adalah perubahan sejumlah besar *glikogen* pada *sel epitel vagina* menjadi asam laktat oleh *basil doederlein*. Cara mengatasi: memperhatikan kebersihan tubuh area genital, membersihkan area genital dari arah depan ke belakang, mengganti panty berbahan katun dengan sering, mengganti celana dalam secara rutin, tidak melakukan *douchatau* menggunakan semprot untuk menjaga area *genital* (Marmi, 2011).

5) *Konstipasi*

*Konstipasi* biasanya terjadi pada trimester II dan III, *konstipasi* diduga terjadi karena akibat penurunan peristaltik yang disebabkan oleh relaksasi otot polos pada usus besar ketika terjadi peningkatan jumlah progesteron. *Konstipasi* juga dapat terjadi akibat dari efek samping penggunaan zat besi, hal ini akan memperberat masalah pada wanita hamil (Marmi,2011).

Cara mengatasi: asupan cairan yang adekuat dengan minum air minimal 8 gelas perhari ukuran gelas minum, istirahat yang cukup, minum air hangat, makan makanan berserat dan mengandung serat alami, memiliki pola *defekasi* yang baik dan teratur, buang air besar segera setelah ada dorongan dan buang air kecil teratur, lakukan latihan secara umum, berjalan setiap hari, pertahankan postur tubuh yang baik, mekanisme tubuh yang baik, latihan kontraksi otot *abdomen* bagian bawah secara teratur. Semua kegiatan ini memfasilitasi sirkulasi *vena* sehingga mencegah *kongesti* pada usus besar, konsumsi laksatif ringan, pelunak feses, dan atau supositoria jika ada indikasi (Marmi,2011).

6) Sesak Napas (*Hiperventilasi*)

Dasar anatomis dan fisiologis adalah peningkatan kadar *progesteron* berpengaruh secara langsung pada pusat

pernapasan untuk menurunkan kadar CO<sub>2</sub> serta meningkatkan kadar O<sub>2</sub>, meningkatkan aktifitas metabolik, meningkatkan kadar CO<sub>2</sub>, *hiperventilasi* yang lebih ringan. *Uterus* membesar dan menekan pada *diagfragma*. Cara mencegah dan meringankan : latihan napas melalui senam hamil, tidur dengan bantal ditinggikan, makan tidak teralu banyak, hentikan merokok (untuk yang merokok), konsul dokter bila ada asma dan lain-lain (Marmi, 2011).

7) Nyeri *ligamentum rotundum*

Dasar anatomis dan fisiologis adalah terjadi *hipertrofi* dan peregangan *ligamentum* selama kehamilan, tekanan dari *uterus* pada *ligamentum*. Cara meringankan atau mencegah yaitu: penjelasan mengenai penyebab rasa nyeri, tekuk lutut ke arah *abdomen*, mandi air hangat, gunakan bantalan pemanas pada area yang terasa sakit hanya jika diagnosa lain tidak melarang, topang *uterus* dengan bantal di bawahnya dan sebuah bantal di antara lutut pada waktu berbaring miring (Marmi, 2011).

8) Perut kembung/*flatulen*

Terjadi pada trimester II dan III. *Motilitas gastrointestinal* menurun, menyebabkan terjadinya perlambatan waktu pengosongan menimbulkan efek peningkatan *progesteron* pada relaksasi otot polos dan penekanan *uterus* pada usus besar. Cara meringankan: hindari makanan yang mengandung gas, mengunyah makanan secara sempurna, pertahankan kebiasaan buang air besar yang teratur, posisi *kne chest* (posisi seperti sujud tapi dada ditempelkan ke lantai) hal ini dapat membantu ketidaknyamanan dari gas yang tidak keluar (Marmi, 2011).

9) Pusing/sakit kepala

Sakit kepala terjadi akibat kontraksi otot/spasme otot (leher, bahu dan penegangan pada kepala), serta kelelahan (Marmi, 2011). Cara mengatasinya: Bangun secara perlahan dari posisi

istirahat dan hindari berbaring dalam posisi terlentang (Romauli, 2011).

10) Sakit punggung bagian bawah

Terjadi pada trimester kedua dan ketiga kehamilan. Dasar anatomis dan fisiologis:

- a) *Kurvatur* dari *vertebralumbosacral* yang meningkat saat *uterus* terus membesar.
- b) *Spasme* otot karena tekanan terhadap akar syaraf.
- c) Kadar hormon yang meningkat, sehingga *cartilage* di dalam sendi-sendi besar menjadi lembek.
- d) Kelelahan.

Cara meringankan:

- a) Gunakan *body mekanik* yang baik untuk mengangkat benda.
- b) Hindari sepatu atau sandal hak tinggi.
- c) Hindari mengangkat beban yang berat.
- d) Gunakan kasur yang keras untuk tidur.
- e) Gunakan bantal waktu tidur untuk meluruskan punggung.
- f) Hindari tidur terlentang terlalu lama karena dapat menyebabkan sirkulasi darah menjadi terhambat (Marmi, 2011).

11) *Edema dependen*

Terjadi pada trimester II dan III, Peningkatan kadar sodium dikarenakan pengaruh hormonal. *Kongesti sirkulasi* pada *ekstermitas* bawah, Peningkatan kadar *permeabilitas kapiler*. Tekanan dari pembesaran *uterus* pada *vena pelvic* ketika duduk /pada *vena kava inferior* ketika berbaring. Cara meringankan atau mencegah:

- a) Hindari posisi berbaring terlentang.
- b) Hindari posisi berdiri untuk waktu lama, istirahat dengan berbaring ke kiri, dengan kaki agak ditinggikan.
- c) Angkat kaki ketika duduk/ istirahat.

d) Hindari kaos yang ketat/ tali/ pita yang ketat pada kaki.

e) Lakukan senam secara teratur.

*Oedema* muncul pada muka dan tangan dan disertai dengan *proteinuria* serta *hipertensi*, maka perlu diwaspadai adanya tanda bahaya kehamilan yaitu *preeklampsia/eklampsia* (Marmi, 2011).

#### 12) Kram pada kaki

Biasanya terjadi setelah kehamilan 24 minggu. Dasar fisiologis penyebab masih belum jelas. Dapat terjadi karena kekurangan asupan kalsium, ketidak seimbangan rasio kalsium-fosfor, pembesaran *uterus* sehingga memberikan tekanan pada pembuluh darah *pelvic* dengan demikian dapat menurunkan sirkulasi darah ke tungkai bagian bawah.

Cara meringankan: kurangi konsumsi susu (kandungan *fosfor* tinggi) dan cari yang high calcium, berlatih *dorsiflexi* pada kaki untuk meregangkan otot-otot yang terkena kram, gunakan penghangat untuk otot. Tanda bahayanya yaitu tanda-tanda *thrombophlebitis superficial/ trombosis vena* yang dalam (Marmi, 2011).

#### 13) Varises

Perubahan ini diakibatkan karena tekanan pada *vena* ekstermitas bawah. Perubahan ini diakibatkan karena *uterus* yang membesar pada *vena* panggul saat duduk/berdiri dan penekanan pada *vena cava inferior* saat berbaring (Varney et all, 2007).

Cara mengatasi: hindari menggunakan pakaian ketat, hindari berdiri lama, sediakan waktu istirahat dan kaki ditingikan, pertahankan tungkai untuk tidak menyilang saat duduk, pertahankan postur tubuh, sikap tubuh yang baik, kenakan penyokong *abdomen/korset maternal*, mandi air hangat yang menenangkan, (Varney et all, 2007).



14) Kontraksi *Braxton hicks*/kencang-kencang pada perut

Kontraksi ini dapat menciptakan ketidaknyamanan pada *multigravida* pada trimester kedua maupun ketiga. *Primigravida* biasanya tidak mengalami ketidaknyamanan ini sampai trimester akhir, saat akhir kehamilan efek perlindungan *progesterone* pada aktivitas *uterus* menurun dan kadar oksitosin meningkat, cara mengatasi : penjelasan tentang fisiologis aktivitas *uterus* (Doenges dan Moorhouse, 2001).

f. Tanda Bahaya Trimester III

1) Perdarahan Pervaginam

a) Pengertian

Perdarahan *antepartum* atau perdarahan pada kehamilan lanjut adalah perdarahan pada trimester terakhir dalam kehamilan sampai bayi dilahirkan. Perdarahan yang tidak normal pada kehamilan lanjut adalah perdarahan warna merah, banyak dan disertai rasa nyeri (Romauli, 2011).

b) Jenis-jenis perdarahan *antepartum*

(1) *Plasenta Previa*

*Plasenta previa* merupakan *plasenta* yang berimplantasi rendah sehingga menutupi sebagian atau seluruh *ostium uteri internum*. Implantasi *plasenta* yang normal adalah pada dinding depan, dinding belakang rahim, atau didaerah *fundus uteri*. Tanda dan gejala *plasenta previa* adalah perdarahan tanpa nyeri, biasanya terjadi secara tiba-tiba dan kapan saja, bagian terendah janin sangat tinggi karena *plasenta* terletak pada bagian bawah rahim sehingga bagian terendah tidak mendekati pintu atas panggul, serta pada *plasenta previa* ukuran panjang rahim berukuran maka pada *plasenta previa* lebih sering disertai kelaianan letak (Romauli, 2011).

## (2) *Solusio Plasenta*

*Solusio plasenta* merupakan terlepasnya *plasenta* sebelum waktunya. Secara normal *plasenta* terlepas setelah anak lahir. Tanda dan gejala dari *solusio plasenta* adalah dari tempat pelepasan keluar dari *serviks* dan terjadilah perdarahan tampak, dan kadang-kadang darah tidak keluar, terkumpul di belakang *plasenta* (perdarahan tersembunyi atau perdarahan ke dalam).

*Solusio plasenta* dengan perdarahan tersembunyi menimbulkan tanda yang lebih khas (rahim keras seperti papan) karena seluruh perdarahan tertahan didalam. Umumnya berbahaya karena jumlah perdarahan yang keluar tidak sesuai dengan beratnya syok. Perdarahan juga disertainyeri *abdomen* pada saat dipegang, *Palpasi* sulit dilakukan, *fundus uteri* makin lama makin naik, serta bunyi jantung biasanya tidak ada (Romauli, 2011).

Deteksi dini yang dapat dilakukan oleh bidan adalah anamnesis tanyakan pada ibu tentang karakteristik perdarahannya, kapan mulai, seberapa banyak, apa warnanya, adakah gumpalan, serta menanyakan apakah ibu merasakan nyeri atau sakit ketika mengalami perdarahan tersebut (Romauli, 2011).

## 2) Sakit Kepala yang hebat

Wanita hamil bisa mengeluh nyeri kepala yang hebat, sakit kepala seringkali merupakan ketidaknyamanan yang normal dalam kehamilan. Namun satu saat sakit kepala pada kehamilan dapat menunjukkan suatu masalah serius apabila sakit kepala itu dirasakan menetap dan tidak hilang dengan beristirahat. Kadang-kadang dengan sakit kepala yang hebat itu, ibu mungkin

menemukan bahwa penglihatannya menjadi kabur atau kondisi sakit kepala yang hebat dalam kehamilan dapat menjadi gejala dari *preklamsia*.

Rasa sakit kepala disertai dengan penglihatan kabur atau terbayang, maka tanyakan pada ibu, apakah ia mengalami *oedema* pada muka atau tangan atau gangguan visual. Selanjutnya malakukan pemeriksa tekanan darah, *protein urine*, reflex dan *edema* serta periksa suhu dan jika suhu tubuh tinggi, lakukan pemeriksa darah untuk mengetahui adanya parasit malaria (Marmi, 2011).

### 3) Penglihatan Kabur

Wanita hamil mengeluh penglihatan yang kabur. Pengaruh hormonal, ketajaman penglihatan ibu dapat berubah dalam kehamilan. Perubahan ringan (*minor*) adalah normal. Masalah visual yang mengindikasikan keadaan yang mengancam adalah perubahan visual yang mendadak, misalnya pandangan kabur dan berbayang. Perubahan penglihatan ini mungkin disertai sakit kepala yang hebat dan mungkin menjadi suatu tanda *pre-eklamsia*. Deteksi dini yang dapat dilakukan adalah dengan melakukan pemeriksaan data lengkap, pemeriksaan tekanan darah, protein urine, reflex dan *oedema* (Marmi, 2011).

### 4) Bengkak di wajah dan jari-jari tangan

Hampir dari separuh ibu hamil akan mengalami bengkak yang normal pada kaki yang biasanya muncul pada sore hari dan biasanya hilang setelah beristirahat dengan meninggikan kaki. Bengkak biasa menunjukkan adanya masalah serius jika muncul pada muka dan tangan, tidak hilang setelah beristirahat dan disertai dengan keluhan fisik yang lain. Hal ini merupakan pertanda *anemia*, gagal jantung, atau *preeklamsi* (Romauli, 2011).

5) Keluar cairan pervaginam

Keluarnya cairan berupa air-air dari *vagina* pada trimester tiga yang merupakan cairan ketuban. Ketuban dinyatakan pecah dini jika terjadi sebelum proses persalinan berlangsung. Pecahnya selaput ketuban dapat terjadi pada kehamilan *preterm* (sebelum kehamilan 37 minggu) maupun pada kehamilan *aterm*. Normalnya selaput ketuban pecah pada akhir kala satu atau pada awal kala dalam persalinan, bisa juga pecah saat mendedan (Romauli, 2011).

6) Gerakan Janin tidak terasa

Normalnya ibu mulai merasakan gerakan janinnya pada bulan ke-5 atau ke-6 kehamilan dan beberapa ibu dapat merasakan gerakan bayinya lebih awal. Gerakan bayi lebih muda terasa jika ibu berbaring atau beristirahat dan jika ibu makan dan minum dengan baik. Gerakan bayi kurang dari 3 kali dalam periode 3 jam merupakan salah satu tanda bahaya pada kehamilan usia lanjut (Romauli, 2011).

7) Nyeri Perut yang Hebat

Nyeri *abdomen* yang berhubungan dengan persalinan normal adalah normal. Nyeri *abdomen* yang mungkin menunjukkan masalah yang mengancam keselamatan jiwa adalah yang hebat, menetap dan tidak hilang setelah beristirahat. Hal ini bisa berarti *apendisitis*, kehamilan *ektopik*, *aborsi*, penyakit radang panggul, persalinan *preterm*, gastritis, penyakit atau infeksi lain (Romauli, 2011).

g. Deteksi dini faktor resiko kehamilan trimester III

1) *Skor Poedji Rochjati*.

a) Pengertian

Menurut Rochjati (2003) menjelaskan *skor Poedji Rochjati* adalah suatu cara untuk mendeteksi dini kehamilan yang memiliki risiko lebih besar dari biasanya (baik bagi ibu

maupun bayinya), akan terjadinya penyakit atau kematian sebelum maupun sesudah persalinan. Ukuran risiko dapat dituangkan dalam bentuk angka disebut *skor*. *Skor* merupakan bobot prakiraan dari berat atau ringannya risiko atau bahaya. Jumlah *skor* memberikan pengertian tingkat risiko yang dihadapi oleh ibu hamil. Berdasarkan jumlah *skor* kehamilan dibagi menjadi tiga kelompok yaitu: kehamilan Risiko Rendah (KRR) dengan jumlah skor 2, kehamilan Risiko Tinggi (KRT) dengan jumlah skor 6-10, kehamilan Risiko Sangat Tinggi (KRST) dengan jumlah skor  $\geq 12$ .

b) Tujuan Sistem Skor

Menurut Rochjati (2003) juga menjelaskan mengenai tujuan sistem skor sebagai berikut : membuat pengelompokan dari ibu hamil (KRR, KRT, KRST) agar berkembang perilaku kebutuhan tempat dan penolong persalinan sesuai dengan kondisi dari ibu hamil, melakukan pemberdayaan ibu hamil, suami, keluarga dan masyarakat agar peduli dan memberikan dukungan dan bantuan untuk kesiapan mental, biaya dan transportasi untuk melakukan rujukan terencana.

c) Fungsi Skor

Rochjati (2003) menjelaskan fungsi skor sebagai berikut:

- (1) Alat komunikasi informasi dan edukasi/KIE bagi klien. Ibu hamil, suami, keluarga dan masyarakat.
- (2) Skor digunakan sebagai sarana KIE yang mudah diterima, diingat, dimengerti sebagai ukuran kegawatan kondisi ibu hamil dan menunjukkan adanya kebutuhan pertolongan untuk rujukan. Dengan demikian berkembang perilaku untuk kesiapan mental, biaya dan transportasi ke Rumah Sakit untuk mendapatkan penanganan yang adekuat.

(3) Alat peringatan bagi petugas kesehatan, agar lebih waspada. Lebih tinggi jumlah skor dibutuhkan lebih kritis penilaian/pertimbangan klinis pada ibu risiko tinggi dan lebih intensif penanganannya.

d) Cara Pemberian Skor

Rochjati (2003) menuliskan tiap kondisi ibu hamil (umur dan paritas) dan faktor risiko diberi nilai 2,4 dan 8. Umur dan paritas pada semua ibu hamil diberi skor 2 sebagai skor awal. Tiap faktor risiko skornya 4 kecuali bekas sesar, letak sungsang, letak lintang, perdarahan *antepartum* dan *pre-eklamsi berat/eklamsi* diberi skor 8. Tiap faktor risiko dapat dilihat pada gambar yang ada pada Kartu Skor 'Poedji Rochjati' (KSPR), yang telah disusun dengan format sederhana agar mudah dicatat dan diisi.

Tabel 3 Skor Poedji Rochjati

I Kel. F.R	II No.	III Masalah/ Faktor Risiko	IV				
			Skor	Triwulan			
				I	II	I-1	I-2
		Skor Awal Ibu Hamil	2				
I	1	Terlalu muda, hamil < 16 tahun	4				
	2	a.terlalu lambat hamil I, kawin > 4 thn	4				
		b. terlalu tua, hamil I > 35 thn	4				
	3	Terlalu cepat hamil lagi (< 2 thn)	4				
	4	Terlalu lama hamil lagi (> 10 thn)	4				
	5	Terlalu banyak anak,4/ lebih	4				
	6	Terlalu tua, umur > 35 thn	4				
	7	Terlalu pendek, < 145 cm	4				
	8	Pernah gagal kehamilan	4				
9	Pernah melahirkan dengan						

		Tarikan tang/ vakum	4				
		Uri dirogoh	4				
		Diberi infus/ <i>transfusi</i>	4				
	10	Pernah operasi sesar	8				
II	11	Penyakit pada ibu hamil a. Kurang darah b. Malaria c. <i>TBC</i> paru d. payah jantung	4				
		Kencing manis ( <i>diabetes</i> )	4				
		Penyakit menular seksual	4				
	12	Bengkak pada muka/ tungkai dan tekanan darah tinggi	4				
	13	Hamil kembar 2 atau lebih	4				
	14	Hamil kembar air ( <i>hidramnion</i> )	4				
	15	Bayi mati dalam kandungan	4				
	16	Kehamilan lebih bulan	4				
	17	Letak sungsang	8				
	18	Letak lintang	8				
III	19	Perdarahan dalam kehamilan ini	8				
	20	<i>Pre-eklamsia</i> berat/ kejang-kejang	8				
		JUMLAH SKOR					

Sumber: Rochjati, 2003

## 2) Penanganan

### Penanganan Kehamilan Risiko Tinggi

#### (1) Penyuluhan dan KIE untuk kehamilan dan persalinan aman.

##### a) Kehamilan Risiko Rendah (KRR)

Tempat persalinan dapat dilakukan di rumah maupun di polindes, tetapi penolong persalinan harus bidan, dukun membantu perawatan nifas bagi ibu dan bayinya.

b) Kehamilan Risiko Tinggi (KRT)

Petugas kesehatan memberi penyuluhan agar pertolongan persalinan oleh bidan atau dokter puskesmas, di polindes atau puskesmas atau langsung dirujuk ke Rumah Sakit,

c) Kehamilan Risiko Sangat Tinggi (KRST)

Beri penyuluhan dirujuk untuk melahirkan di Rumah Sakit dengan alat lengkap dan dibawah pengawasan dokter *spesialis* (Rochjati, 2003).

(2) Pengawasan *antenatal*, memberikan manfaat dengan ditemukannya berbagai kelainan yang menyertai kehamilan secara dini, sehingga dapat diperhitungkan dan dipersiapkan langkah-langkah dalam pertolongan persalinannya.

(a) Mengenal dan menangani sedini mungkin penyulit yang terdapat saat kehamilan, saat persalinan, dan masa nifas.

(b) Mengenal dan menangani penyakit yang menyertai hamil, persalinan, dan masa nifas.

(c) Memberikan nasihat dan petunjuk yang berkaitan dengan kehamilan, persalinan, kala nifas, laktasi, dan aspek keluarga berencana.

(d) Menurunkan angka kesakitan dan kematian ibu dan perinatal(Manuaba, 2009).

(3) Prinsip rujukan kasus

Menurut Prawirohardjo (2014) batasan sistem rujukan: suatu sistem pelayanan kesehatan dimana terjadi pelimpahan tanggung jawab timbal balik atas kasus atau masalah kesehatan yang timbul secara *horisontal* maupun *vertikal*, baik untuk kegiatan pengiriman penderita, pendidikan, maupun penelitian.



Sistem rujukan paripurna terpadu merupakan suatu tatanan, di mana berbagai komponen dalam jaringan pelayanan kebidanan dapat berinteraksi dua arah timbal balik, antara bidan di desa, bidan dan dokter puskesmas di pelayanan kesehatan dasar, dengan para dokter *spesialis* di RS kabupaten untuk mencapai *rasionalisasi* penggunaan sumber daya kesehatan dalam penyelamatan ibu dan bayi baru lahir yaitu penanganan ibu resiko tinggi dengan gawat *obstetrik* atau gawat darurat *obstetrik* secara efisien, efektif, profesional, rasional, dan relevan dalam pola rujukan terencana.

Menurut Pawirohardjo (2014), prinsip rujukan dibagi menjadi:

- a) Rujukan terencana adalah menyiapkan dan merencanakan rujukan ke RS jauh- jauh hari bagi ibu resiko tinggi/ risti. Sejak awal kehamilan diberi KIE. Ada 2 macam rujukan berencana, yaitu:
  - (1) Rujukan Dini Berencana (RDB), untuk ibu dengan APGO (Ada Potensi Gawat *Obstetik*) dan AGO (Ada Gawat Darurat). Ibu risti masih sehat belum *inpartu*, belum ada komplikasi persalinan, ibu berjalan sendiri dengan suami, ke RS naik kendaraan umum dengan tenang, santai, mudah, murah, dan tidak membutuhkan alat atau obat.
  - (2) Rujukan Dalam Rahim (RDR). Di dalam RDB terdapat pengertian RDR atau rujukan *in utero* bagi janin ada masalah, janin resiko tinggi masih sehat misalnya kehamilan dengan riwayat *obstetrik* jelek pada ibu *diabetes melitus*, *partus prematurus iminens*. Bagi janin, selama pengiriman rahim ibu merupakan alat transporasi dan *incubator* alami

yang aman, nyaman, hangat, steril, murah, mudah, memberi nutrisi dan O<sub>2</sub>, tetap ada hubungan fisik dan psikis dalam lidungan ibunya.

*b)* Rujukan Tepat Waktu (RTW), untuk ibu dengan gawat darurat *obstetrik*, pada kelompok FR III AGDO perdarahan *ante partum* dan *preeklamsia* berat/ *eklamsia* dan ibu dengan komplikasi persalinan dini yang dapat terjadi pada semua ibu hamil dengan atau tanpa FR. Ibu GDO (*emergensi obstetrik*) membutuhkan RTW dalam penyelamatan ibu/bayi baru lahir. Rujukan terencana merupakan satu kegiatan *proaktif antisipatif*.

#### h. Konsep Antenatal Care Standar Pelayanan Antenatal (10 T)

Langkah-langkah dalam pelayanan antenatal (10 T)

##### 1) Pengukuran tinggi badan dan berat badan (T1)

Tinggi badan diperiksa sekali pada saat ibu hamil datang pertama kali kunjungan, dilakukan untuk mendeteksi tinggi badan ibu yang berguna untuk mengkategorikan adanya resiko apabila hasil pengukuran < 145 cm (Pantikawati dan Saryono, 2010).

Berat badan diukur setiap ibu datang atau berkunjung untuk mengetahui kenaikan berat badan atau penurunan berat badan. Tinggi badan < 145 cm, maka faktor risiko panggul sempit, kemungkinan sulit melahirkan secara normal. Berat badan ditimbang setiap ibu datang atau berkunjung untuk mengetahui kenaikan berat badan dan penurunan berat badan. kenaikan berat badan ibu hamil normal rata-ratanya 6,5 kg sampai 16 kg (Walyani, 2015).

##### 2) Pengukuran tekanan darah (T2)

Tekanan darah normal 120/80 mmHg, bila tekanan darah lebih besar atau sama dengan 140/90 mmHg, ada faktor risiko

*hipertensi* (tekanan darah tinggi) dalam kehamilan (Kemenkes RI, 2015).

3) Pengukuran Lingkar Lengan Atas (T3)

Lila <23,5 cm menunjukkan ibu hamil menderita Kurang Energi Kronis (ibu hamil KEK) dan berisiko melahirkan Bayi Berat Lahir Rendah (Kemenkes RI, 2015).

4) Pengukuran tinggi rahim (T4)

Pengukuran tinggi rahim berguna untuk melihat pertumbuhan janin apakah sesuai dengan usia kehamilan Menggunakan pita sentimeter, letakkan titik nol pada tepi atas *symphysis* dan rentangkan sampai *fundus uteri* (*fundus* tidak boleh ditekan) (Kemenkes RI, 2015).

Tabel 4 TFU Menurut Penambahan Tiga Jari

Tinggi (cm)	<i>Fundus uteri</i> (TFU)
16	Pertengahan pusat – <i>simfisis</i>
20	3 jari bawah pusat
24	Setinggi pusat
28	3 jari atas pusat
32	½ pusat – <i>proc. Xiphoides</i>
36	Sampai arcus cosrarum atau 3 jari dibawah <i>proc. Xiphoides</i>
40	Pertengahan antara <i>proc. Xiphoides</i> -pusat

Sumber: Nugrohodkk, 2014

5) Penentuan letak janin (*presentasi* janin) dan penghitungan denyut jantung janin (T5)

Kehamilan trimester III bagian bawah janin bukan kepala atau kepala belum masuk panggul, kemungkinan ada kelainan letak atau ada masalah lain. Bila denyut jantung janin kurang dari 120 kali/menit atau lebih dari 160 kali/menit menunjukkan ada tanda gawat janin, segera rujuk(Kemenkes RI, 2015).

6) Penentuan status *imunisasi tetanus toksoid* (T6)

Penentuan status *imunisasi tetanus toksoid* dilakukan oleh petugas untuk selanjutnya bilamana diperlukan mendapatkan suntikan *tetanus toksoid* sesuai anjuran petugas kesehatan untuk mencegah tetanus pada ibu dan bayi (Kemenkes RI, 2015).

Tabel 5 Rentang Waktu Pemberian Imunisasi TT

Imunisasi TT	Selang Waktu Minimal	Lama Perlindungan
TT 1		Langkah awal pembentukan kekebalan tubuh terhadap penyakit tetanus
TT 2	1 bulan setelah TT 1	3 tahun
TT 3	6 bulan setelah TT 2	5 tahun
TT 4	12 bulan setelah TT 3	10 tahun
TT 5	12 bulan setelah TT 4	>25 tahun

Sumber: Kemenkes RI, 2015

#### 7) Pemberian tablet tambah darah (T7)

Manfaat pemberian tablet tambah darah yang mengandung 250 mg sulfat ferrous dan asam folat untuk menambah zat besi dan kadar *haemoglobin* dalam darah, vitamin C 50 mg berfungsi membantu penyerapan tablet Fe, kalsium laktat 1200 mg berfungsi membantu pertumbuhan tulang dan gigi janin (Romauli, 2011).

Ibu hamil sejak awal kehamilannya minum 1 tablet tambah darah setiap hari minimal selama 90 hari. Tablet tambah darah diminum pada malam hari untuk mengurangi rasa mual (Kemenkes RI, 2015).

#### 8) Tes laboratorium (T8)

a) Tes golongan darah, untuk mempersiapkan donor darah bagi ibu hamil bila diperlukan (Kemenkes RI, 2015).

b) Tes *hemoglobin*

Pemeriksaan *Hb* dilakukan pada kunjungan ibu hamil yang pertama kali, lalu diperiksa lagi menjelang persalinan. Pemeriksaan *Hb* adalah salah satu upaya untuk mendeteksi *anemia* pada ibu hamil (Walyani, 2015).

c) Tes pemeriksaan *urine*

(1) Pemeriksaan *protein urin*

Pemeriksaan ini dilakukan untuk mengetahui adanya protein dalam urine ibu hamil. Protein urine ini untuk mendeteksi ibu hamil ke arah *preeclampsia* (Walyani, 2015).

(2) Pemeriksaan *urin reduksi*

Pemeriksaan *urinereduksi* hanya dilakukan kepada ibu dengan indikasi penyakit gula/diabetes melitus atau riwayat penyakit gula pada keluarga ibu dan suami (Walyani, 2015).

d) Pengambilan darah untuk pemeriksaan VDR

Pemeriksaan *Veneral Disease Research Laboratory (VDRL)* untuk mengetahui adanya *treponema pallidum*/penyakit menular seksual, antar lain *syphilis* (Walyani, 2015)

9) Tatalaksana kasus (T9)

Berdasarkan hasil pemeriksaan *antenatal* diatas dan hasil pemeriksaan laboratorium, setiap kelainan yang ditemukan pada ibu hamil harus ditangani sesuai dengan standar dan kewenangan tenaga kesehatan (Kemenkes RI, 2015).

10) Temu wicara termasuk P4K serta KB pasca salin (T10)

Tenaga kesehatan memberi penjelasan mengenai perawatan kehamilan, pencegahan kelainan bawaan, persalinan dan inisiasi menyusui dini (IMD), nifas, perawatan bayi baru lahir, ASI eksklusif, keluarga berencana dan imunisasi pada bayi.

Penjelasan ini diberikan secara bertahap pada saat kunjungan ibuhamil. Temuwicara atau konseling dilakukan pada setiap kunjungan *antenatal* yang meliputi kesehatan ibu, perilaku hidup bersih dan sehat, peran suami/ keluarga dalam kehamilan dan perencanaan persalinan, tanda bahaya kehamilan, persalinan dan nifas serta kesiapan menghadapi komplikasi, asupan gizi seimbang, gejala penyakit menular dan tidak menular, penawaran untuk melakukan tes *HIV* dan konseling di daerah endemis meluas dan terkonsentrasi atau ibu hamil dengan IMS dan *TBC* di daerah epidemi rendah, inisiasi menyusui dini (IMD) dan pemberian ASI eksklusif, KB paska persalinan, imunisasi, peningkatan kesehatan intelegensia pada kehamilan (Kemenkes RI, 2015).

i. Kebijakan Kunjungan Antenatal Care

Menurut Depkes (2009), mengatakan kebijakan program pelayanan antenatal menetapkan frekuensi kunjungan *antenatal* sebaiknya minimal 4 kali selama masa kehamilan, yaitu:

1) Minimal 1 kali pada trimester pertama (K1)

Trimester I: Ibu memeriksakan kehamilan minimal 1 kali pada 3 bulan pertama usia kehamilan dengan mendapatkan pelayanan (timbang berat badan, mengukur tekanan darah, mengukur tinggi *fundus uteri*, pemberian imunisasi TT, dan pemberian tablet besi) disebut juga K1 (kunjungan pertama ibu hamil).

2) Minimal 1 kali pada trimester kedua

Trimester II: Ibu memeriksakan kehamilan minimal 1 kali pada umur kehamilan 4-6 bulan dengan mendapatkan pelayanan 5T (timbang berat badan, mengukur tekanan darah, mengukur tinggi *fundus uteri*, pemberian imunisasi TT, dan pemberian tablet zat besi).

3) Minimal 2 kali pada trimester ketiga (K4)

Trimester III: Ibu memeriksakan kehamilannya minimal 2 kali pada umur kehamilan 7-9 bulan dengan mendapatkan pelayanan 5T (timbang berat badan, mengukur tekanan darah, mengukur tinggi fundus uteri, pemberian imunisasi TT dan pemberian tablet zat besi), disebut juga K4 (kunjungan ibu hamil keempat).

Menurut Walyani (2015) Jadwal pemeriksaan *antenatal* adalah sebagai berikut:

- 1) Pemeriksaan pertama. Pemeriksaan pertama dilakukan segera setelah diketahui ibu terlambat haid.
- 2) Pemeriksaan ulangan. Adapun jadwal pemeriksaan ulang sebagai berikut: setiap bulan sampai umur kehamilan 6 sampai 7 bulan, setiap 2 minggu sampai usia kehamilan berumur 8 bulan, setiap 1 minggu sejak umur kehamilan 8 bulan sampai terjadi persalinan.

2. Konsep dasar persalinan

a. Pengertian persalinan

Persalinan merupakan kejadian fisiologis yang normal. Persalinan adalah proses membuka dan menipisnya *serviks* dan janin turun ke dalam jalan lahir. Persalinan dan kelahiran normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37 – 42 minggu), lahir spontan dengan *presentasi* belakang kepala tanpa komplikasi baik ibu maupun janin (Hidayat dkk, 2010).

Persalinan adalah serangkaian kejadian yang berakhir dengan pengeluaran bayi cukup bulan atau hampir cukup bulan, disusul dengan pengeluaran *plasenta* dan selaput janin dari tubuh ibu (Erawati, 2011).

Berdasarkan pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa persalinan merupakan proses membuka dan menipisnya *serviks* sehingga janin dapat turun ke jalan lahir dan berakhir dengan pengeluaran bayi disusul dengan pengeluaran *plasenta* dan selaput janin.

a. Sebab – sebab mulainya persalinan

Menurut Rukiah dkk (2012) menjelaskan sebab yang mendasari terjadinya *partus* secara teoritis masih merupakan kumpulan teoritis yang kompleks teori yang turut memberikan andil dalam proses terjadinya persalinan antara lain:

1) Penurunan kadar *progesteron*

*Progesteron* menimbulkan relaksasi otot-otot rahim, sebaliknya *estrogen* meningkatkan kontraksi otot rahim. Selama kehamilan terdapat keseimbangan antara kadar *estrogen* dan *progesteron* di dalam darah tetapi pada akhir kehamilan kadar *progesteron* menurun sehingga timbul *his*.

2) Teori *oksitocin*

Akhir kehamilan kadar *oksitocin* bertambah. Oleh karena itu timbul kontraksi otot-otot rahim.

3) Peregangan otot

Majunya kehamilan menyebabkan makin tereganglah otot-otot rahim sehingga timbulah kontraksi untuk mengeluarkan janin.

4) Pengaruh janin

*Hipofise* dan kadar *suprarenal* rupanya memegang peranan penting, oleh karena itu pada *ancephalus* kelahiran sering lebih lama.

5) Teori *prostaglandin*

Kadar *prostaglandin* dalam kehamilan dari minggu ke-15 hingga *aterm* terutama saat persalinan yang menyebabkan kontraksi *miometrium*.

b. Tahapan persalinan ( kala I, II, III, IV)

1) Kala I

Kala I dimulai dengan *serviks* membuka sampai terjadi pembukaan 10 cm. Kala I dinamakan juga kala pembukaan. Dapat dinyatakan *partus* dimulai bila timbul *his* dan wanita



tersebut mengeluarkan lendir yang bersama darah disertai dengan pendataran (*effacement*). Lendir bersemu (*bloody show*) darah berasal dari lendir *kanalis servikalis* karena *serviks* mulai membuka dan mendatar. Darah berasal dari pembuluh-pembuluh *kapiler* yang berada disekitar *kanalis servikalis* (*kanalis servikalis* pecah karena pergeseran-pergeseran ketika *serviks* membuka). Kala I selesai apabila pembukaan *serviks uteri* telah lengkap, pada *primigravida* kala I berlangsung kira-kira 13 jam dan *multigravida* kira-kira 7 jam (Ilmiah W, 2015).

Proses membukanya *serviks* sebagai akibat his dibagi dalam 2 fase:

a) Fase *laten*

Fase *laten* yaitu fase pembukaan yang sangat lambat dari 0 sampai 3 cm yang membutuhkan waktu  $\pm$  8 jam, *his* masih lemah dengan frekuensi jarang, pembukaan terjadi sangat lambat.

b) Fase aktif

Fase aktif yaitu fase pembukaan yang lebih cepat yang terbagi lagi menjadi 3 yaitu: fase *akselerasi* (fase percepatan) dari pembukaan 3 cm sampai 4 cm yang dicapai dalam 2 jam, fase *dilatasi maksimal* dari pembukaan 4 cm sampai 9 cm yang dicapai dalam 2 jam, fase *deselerasi* (kurangnya kecepatan) dari pembukaan 9 cm sampai 10 cm selama 2 jam. *His* tiap 3 sampai 4 menit selama 40 detik fase-fase tersebut di atas dijumpai pada *primigravida*.

*Multigravida* pun terjadi demikian, akan tetapi fase *laten*, fase aktif dan fase *deselerasi* terjadi lebih pendek. Mekanisme membukanya *serviks* berbeda antara *primigravida* dan *multigravida*. *Primigravida ostium uteri internum* akan membuka lebih dahulu sehinggalah *serviks* akan mendatar dan menipis. *Multigravida ostium uterin ternum* sudah sedikit

terbuka. *Ostium uteri internum* dan *eksternum* serta penipisan dan pendataran *serviks* terjadi dalam saat yang sama (Ilmiah W, 2015).

Menurut PP IBI (2016) asuhan kala II persalinan sesuai APN antara lain:

a) Mengenali Gejala Dan Tanda Kala Dua

(1) Mendengar dan melihat tanda kala dua persalinan yaitu: ibu ingin meneran bersamaan dengan kontraksi, ibu merasakan tekanan semakin meningkat pada *rectum* dan *vagina*, perineum tampak menonjol, *vulva* dan *sfincter ani* membuka.

b) Menyiapkan Pertolongan Persalinan

(2) Memastikan kelengkapan peralatan bahan dan obat-obat esensial untuk pertolongan persalinan dan penatalaksanaan komplikasi segera pada ibu dan bayi baru lahir. Untuk asuhan bayi baru lahir atau resusitasi, siapkan: tempat datar, rata, bersih, kering dan hangat, tiga handuk/kain bersih dan kering (termasuk ganjal bahu bayi), alat pengisap lender, lampu sorot 60 watt dengan jarak 60 cm dari tubuh bayi. Persiapan untuk ibu yaitu: menggelarkain diatas perut bawah ibu, mematahkan ampul oksitosin, memasukan alat suntikan sekali pakai 2 ½ ml ke dalam wadah *partus set*.

(3) Memakai celemek plastic atau dari bahan yang tidak tembus cairan.

(4) Memastikan lengan tidak memakai perhiasan, mencuci dengan sabun dan air mengalir. Kemudian keringkan tangan dengan tissue atau handuk pribadi kering dan bersih.

(5) Menggunakan sarung tangan DTT pada tangan kanan yang akan digunakan untuk pemeriksaan dalam.

- (6) Mengambil alat suntik sekali pakai dengan tangan yang bersarung, memasukan oksitosin kedalam tabung suntik dan letakan kembali dalam wadah *partus*(PP IBI, 2016).

c) Memastikan Pembukaan Lengkap Dan Keadaan Janin

- (7) Membersihkan *vulva* dan *perineum*, menyeka dengan hati-hati dari depan kebelakang dengan menggunakan kapas atau kassa yang dibasahi dengan air DTT. Jika *introitus vagiana*, *perineum* atau anus terkontaminasi dengan tinja, bersihkan dengan seksama dari arah depan ke belakang. Buang kapas atau kassa pembersih (terkontaminasi) dalam wadah yang tersedia. Ganti sarung tangan jika terkontaminasi (*dekontaminasi*), lepaskan dan rendam dalam larutan chlorin 0,5%. Pakai sarung tangan steril untuk melaksanakan langkah selanjutnya.
- (8) Melakukan pemeriksaan dalam pastikan pembukaan sudah lengkap. Bila selaput ketuban masih utuh saat pembukaan sudah lengkap maka lakukan *amniotomi*.
- (9) *Dekontaminasi* sarung tangan dengan cara Mencilupkan tangan yang bersarung tangan ke dalam larutan clorin 0,5% membuka sarung tangan dalam keadaan terbalik dan merendamnya dalam larutan klorin 0,5 %. Cuci tangan kembali dengan sabun dan air mengalir.
- (10) Memeriksa denyut jantung janin setelah kontraksi *uterus* selesai (pastikan denyut jantung janin dalam batas normal 120-160 x/menit). Mengambil tindakan yang sesuai jika DJJ tidak normal. Mendokumentasikan hasil pemeriksaan dalam, DJJ dan semua penilaian serta asuhan lainnya dalam *partograf*(PP IBI, 2016).

d) Menyiapkan Ibu Dan Keluarga Untuk Membantu Proses Meneran

- (11) Memberi tahu ibu bahwa pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik, membantu ibu dalam menemukan posisi yang nyaman dan sesuai dengan keinginannya. Tunggu hingga timbul rasa ingin meneran, lanjutkan pemantauan kondisi dan kenyamanan ibu dan janin (ikuti pedoman penaksanakan fase aktif) dan dokumentasikan semua temuan yang ada. Jelaskan pada anggota keluarga tentang bagaimana peran mereka untuk mendukung dan memberi semangat kepada ibu untuk meneran secara benar.
- (12) Meminta bantuan keluarga untuk membantu menyiapkan posisi meneran (pada saat *his* kuat dan rasa ingin meneran membantu ibu dalam posisi setengah duduk atau posisi lainnya yang diinginkan dan pastikan ibu merasa nyaman).
- (13) Melakukan pimpinan meneran apabila ibu ingin meneran atau timbul kontraksi yang kuat: bimbing ibu agar dapat meneran secara benar dan efektif, dukung dan beri semangat pada saat meneran dan perbaiki cara meneran apabila caranya tidak sesuai, bantu ibu mengambil posisi yang nyaman sesuai pilihannya (kecuali posisi berbaring terlentang dalam waktu yang lama), anjurkan ibu untuk beristirahat diantara waktu kontraksi, anjurkan keluarga memberi dukungan dan semangat untuk ibu, berikan cukup asupan cairan per oral (minum), menilai DJJ setiap kontraksi *uterus* selesai, segera rujuk jika bayi belum atau tidak akan segera lahir setelah pembukaan lengkap dan dipimpin meneran  $\geq$  2jam pada *primi gravida* atau  $\geq$  1jam pada *multi gravida*.
- (14) Menganjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok, atau mengambil posisi yang nyaman, jika ibu merasa belum

ada dorongan untuk meneran dalam 60 menit (PP IBI, 2016).

e) Persiapan Untuk Melahirkan Bayi

- (15) Meletakkan handuk bersih di perut bawah ibu untuk mengeringkan bayi, jika kepala bayi terlihat 5-6 cm di depan vulva.
- (16) Meletakkan kain yang dilipat 1/3 bagian dibawah bokong ibu.
- (17) Membuka tutup partus set, memperhatikan kembali alat dan bahan.
- (18) Memakai sarung tangan DTT/steril pada ke dua tangan (PP IBI, 2016).

f) Pertolongan Untuk Melahirkan Bayi

Lahirnya Kepala.

- (19) Saat kepala bayi tampak 5-6 cm membuka *vulva*, maka lindungi perineum dengan 1 tangan yang dilapisi kain bersih dan kering. Tangan yang lain menahan kepala bayi untuk menahan *defleksi* dan membantu lahirnya kepala. Anjurkan ibu untuk meneran perlahan atau bernafas cepat dan dangkal.
- (20) Memeriksa lilitan tali pusat pada leher janin dan jika ada ambil tindakan yang sesuai: jika tali pusat melilit leher secara longgar, lepaskan lewat bagian atas kepala bayi, jika tali pusat melilit leher secara kuat, klem tali pusat di dua tempat dan potong diantara kedua klem tersebut.
- (21) Menunggu hingga kepala janin selesai melakukan paksi luar secara spontan.

Lahirnya Bahu.

- (22) Setelah kepala melakukan putaran paksi luar, pegang secara *biparetal*. Anjurkan ibu untuk meneran saat kontraksi. Dengan lembut gerakan kepala kearah bawah

dan *distal* hingga bahu depan muncul dibawah *arkus pubis* dan kemudian gerakan kearah atas dan disatal untuk melahirkan bahu belakang.

Lahirnya Badan dan Tungkai.

- (23) Setelah kedua bahu lahir satu tangan menyangga kepala dan bahu belakang, tangan yang lain menelusuri dan memegang lengan dan siku bayi sebelah atas.
- (24) Setelah tubuh dan lengan lahir, penelusuran tangan atas berlanjut ke punggung, bokong, tungkai dan kaki. Pegang ke 2 mata kaki (masukan jari diantara kedua kaki dan pegang kedua kaki dengan melingkarkan ibu jari pada satu sisi dan jari jari lainnya pada sisi yang lain agar bertemu dengan jari telunjuk) (PP IBI, 2016).

g) Asuhan Bayi Baru Lahir

- (25) Lakukan Penilaian Selintas yaitu: apakah bayi cukup bulan? apakah bayi menangis kuat dan atau bernapas tanpa kesulitan? apakah bayi bergerak dengan aktif? Bila salah satu jawaban adalah “tidak” lanjut ke langkah resusitasi pada bayi baru lahir dengan asfiksia (lihat penuntun belajar resusitasi). Bila semua jawaban “ya” lanjut ke langkah 26
- (26) Keringkan tubuh bayi, Mengeringkan tubuh bayi. Keringkat mulai dari wajah, kepala, dan bagian tubuh lainnya kecuali bagian tangan tanpa membersihkan *verniks*. Ganti handuk basah dengan kering. Biarkan bayi tetap di perut ibu.
- (27) Memeriksa kembali *uterus* dan pastikan tidak ada lagi bayi dalam *uterus* (hamil tunggal).
- (28) Memberitahu ibu bahwa akan disuntik oksitosin agar *uterus* berkontraksi dengan baik.

- (29) Dalam waktu 1 menit setelah bayi lahir, suntikan oksitosin 10 IU secara IM di 1/3 paha distal lateral (lakukan *aspirasi* sebelum menyuntik oksitosin).
- (30) Setelah 2 menit pasca persalinan jepit tali pusat dengan klem kira-kira 3 cm dari pusat bayi. Mendorong isi tali pusat ke arah distal (ibu) dan jepit kembali tali pusat pada 2 cm distal dari klem pertama.
- (31) Memotong dan mengikat tali pusat. Dengan satu tangan, pegang tali pusat yang telah dijepit (lindungi perut bayi) dan lakukan pengguntingan tali pusat di antara 2 klem tersebut. Ikat tali pusat dengan benang DTT atau steril pada satu sisi kemudian melingkarkan kembali benang tersebut dan mengikatnya dengan simpul kunci pada sisi lainnya. Lepaskan klem dan memasukan kedalam wadah yang telah disediakan.
- (32) Letakan bayi tengkurap didada ibu untuk kontak kulit ibu-bayi. Luruskan bahu bayi sehingga dada bayi menempel di dada ibunya. Usahakan kepala bayi berada diantara payudara ibu, dengan posisi lebih rendah dari puting susu atau daerah *areola mammae* ibu. Menyelimuti ibu dan bayi dengan kain hangat dan pasang topi di kepala bayi. Biarkan bayi melakukan kontak kulit ke kulit di dada ibu paling sedikit 1 jam. Sebagian besar bayi akan berhasil melakukan inisiasi menyusui dini dalam waktu 30-60 menit. Menyusu untuk pertama kali akan berlangsung sekitar 10-15 menit. Bayi cukup menyusui dari 1 payudara. Biarkan bayi berada di dada ibu selama 1 jam walaupun bayi sudah berhasil menyusui (PP IBI, 2016).

## 2) Kala III

Kala *uri* (kala pengeluaran *plasenta* dan selaput ketuban). Setelah bayi lahir, *uterus* teraba keras dengan *fundus uteri* agak di atas pusat. Beberapa menit kemudian *uterus* berkontraksi lagi untuk melepaskan *plasenta* dari dindingnya. Biasanya *plasenta* lepas dalam 6 sampai 15 setelah bayi lahir dan keluar spontan atau dengan tekanan pada *fundus uteri*. Pengeluaran *plasenta* disertai dengan pengeluaran darah (Rukiah, dkk, 2012).

### h) Manajemen Aktif Kala Tiga Persalinan (MAK III)

- (33) Pindahkan klem tali pusat hingga berjarak 5 – 10 cm dari *vulva*.
- (34) Letakan 1 tangan di atas kain pada perut ibu, tepi atas *simpisis*, untuk mendeteksi, tangan lain memegang tali pusat.
- (35) Setelah *uterus* berkontraksi, tegangkan tali pusat kearah bawah sambil tangan yang lain mendorong *uterus* ke belakang (*dorso cranial*) secara hati-hati (untuk mencegah *inversio uteri*). Jika *plasenta* tidak lahir setelah 30-40 menit. Hentikan penegangan tali pusat dan tunggu hingga timbul kontraksi berikutnya dan ulangi prosedur diatas. Jika uterus tidak segera berkontraksi, minta ibu, suami, atau anggota keluarga untuk melakukan stimulasi puting susu (PP IBI, 2016).

### Mengeluarkan *Plasenta*

- (36) Bila pada penekanan pada bagian bawah dinding depan *uterus* kearah *dorso* ternyata diikuti dengan pergeseran tali pusat kearah distal, maka lanjut dorongan kearah *kranial* hingga *plasenta* dapat dilahirkan. Ibu boleh meneran tetapi tali pusat hanya ditegangkan (jangan tarik secara kuat terutama jika *uterus* tak berkontraksi) sesuai dengan sumbu jalan lahir (kearah bawah sejajar lantai



atas). Jika tali pusat bertambah panjang, pindahkan klem hingga berjarak 5-10 cm dari *vulva* dan lahirkan *plasenta*. Jika *plasenta* tidak lepas setelah 15 menit menegangkan tali pusat: beri dosis ulangan oksitosin 10 unit IM, lakukan kateterisasi (*aseptik*) jika kandung kemih penuh, minta keluarga untuk menyiapkan rujukan, ulangi tekanan *dorso kranial* dan penegangan tali pusat 15 menit berikutnya, jika *plasenta* tidak lahir dalam 30 menit setelah bayi lahir atau bila terjadi perdarahan, segera lakukan *plasenta manual*.

- (37) Setelah *plasenta* muncul di *introitus vagina*, lahirkan *plasenta* dengan kedua tangan, pegang dan putar *plasenta* hingga selaput ketuban terpilin lahirkan dan tempatkan *plasenta* pada wadah yang telah disediakan. Jika selaput ketuban robek, pakai sarung tangan DTT atau steril untuk melakukan *eksplorasi* sisa selaput kemudian gunakan jari-jari tangan atau klem DTT atau steril untuk mengeluarkan bagian selaput yang tertinggal (PP IBI, 2016).

Rangsangan Taktil (Masase) *Uterus*.

- (38) Segera setelah *plasenta* dan selaput ketuban lahir, melakukan masase *uterus*. Letakan telapak tangan di *fundus* dan lakukan masase dengan gerakan melingkar dengan lembut hingga *uterus* berkontraksi dengan baik (*fundus* teraba keras). Lakukan tindakan yang diperlukan (*kompresi bimanual interna, kompresi aorta abdominalis, tampon kondom- kateter*) jika *uterus* tidak berkontraksi dalam 15 detik setelah rangsangan taktil/masase (PP IBI, 2016).

i) Menilai Perdarahan

- (39) Periksa bagian *maternal* dan bagian *fetal plasenta*, pastikan *plasenta* dan selaput lahir lengkap dan utuh, masukan ke dalam tempat yang telah disediakan.
- (40) Evaluasi kemungkinan *laserasi* pada *vagina* dan *perineum*. Lakukan penjahitan bila terjadi *laserasi* derajat 1 dan 2 yang menimbulkan perdarahan. Bila ada robekan yang menimbulkan perdarahan aktif, segera lakukan penjahitan (PP IBI, 2016).

3) Kala IV

Kala atau fase setelah *plasenta* selaput ketuban dilahirkan sampai dengan 2 jam *post partum*. Kala IV persalinan dimulai sejak *plasenta* lahir sampai  $\pm$  2 jam setelah *plasenta* lahir (Hidayat dkk, 2010).

Menurut Marmi (2012) kala empat adalah 0 menit sampai 2 jam setelah persalinan *plasenta* berlangsung ini merupakan masa kritis bagi ibu karena kebanyakan wanita melahirkan kehabisan darah atau mengalami suatu keadaan yang menyebabkan kematian pada kala IV.

j) Asuhan *Pasca* Persalinan

- (41) Memastikan *uterus* berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahanpervaginam.
- (42) Pastikan kandung kemih kosong. Jika penuh lakukan kateterisasi (PP IBI, 2016).

Evaluasi.

- (43) Celupkan tangan yang masih memakai sarung tangan kedalam larutan klorin 0,5%, bersihkan noda darah dan cairan tubuh dan bilas di air DTT tanpa melepas sarung tangan, kemudian keringkan dengan handuk.
- (44) Ajarkan ibu/keluarga cara melakukan masase *uterus* dan menilai kontraksi.

- (45) Memeriksa nadi ibu dan pastikan keadaan umum ibu baik.
- (46) Evaluasi dan *estimasi* kehilangan darah.
- (47) Pantau keadaan bayi dan pastikan bahwa bayi bernapas dengan baik (40-60x/menit). Jika bayi sulit bernapas, merintih, atau retraksi diresusitasi dan segera merujuk ke RS. Jika bayi bernapas terlalu cepat atau sesak napas, segera rujuk ke RS rujukan. Jika kaki teraba dingin, pastikan ruangan hangat. Lakukan kembali kontak kulit ibu-bayi dan hangatkan ibu-bayi dalam satu selimut (PP IBI, 2016).

Kebersihan dan keamanan.

- (48) Tempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit). Cuci dan bilas peralatan setelah didekontaminasi.
- (49) Buang bahan-bahan yang terkontaminasi ketempat sampah yang sesuai.
- (50) Bersihkan ibu dari paparan darah dan cairan tubuh dengan menggunakan air DTT. Bersihkan cairan ketuban, lendir dan darah, di ranjang atau disekitar ibu berbaring. Bantu ibu memakai pakaian yang bersih dan kering.
- (51) Pastikan ibu merasa nyaman. Bantu ibu memberikan ASI. Anjurkan keluarga untuk memberi ibu minum dan makan yang diinginkan.
- (52) *Dekontaminasi* tempat bersalin dengan larutan klorin 0,5%.
- (53) Celupkan tangan yang masih memakai sarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5%, lepaskan sarung tangan dalam keadaan terbalik, dan rendam dalam larutan klorin 0,5 % selama 10 menit.

- (54) Cuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir kemudian keringkan tangan dengan tissue atau handuk pribadi yang bersih dan kering.
- (55) Pakai sarung tangan bersih/DTT untuk melakukan pemeriksaan fisik bayi
- (56) Lakukan pemeriksaan fisik bayi baru lahir. Pastikan kondisi bayi baik, pernapasan normal (40-60x/menit) dan temperatur tubuh normal ( $36,5^{\circ}\text{C}$  -  $37,5^{\circ}\text{C}$ ) setiap 15 menit.
- (57) Setelah 1 jam pemberian vitamin K<sub>1</sub>, berikan suntikan imunisasi Hepatitis B dipaha kanan *antero lateral*. Letakkan bayi dalam jangkauan ibu agar sewaktu-waktu bisa disusukan atau letakkan kembali bayi pada dada ibu bila bayi belum berhasil menyusui dalam 1 jam pertama dan biarkan bayi sampai berhasil menyusui
- (58) Lepaskan sarung tangan dalam keadaan terbalik dan rendam didalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit.
- (59) Cuci tangan dengan sabun dan air mengalir kemudian keringkan dengan tissue atau handuk pribadi yang bersih dan kering (PP IBI, 2016).

#### Dokumentasi

- (60) Lengkapi partograf (halaman depan dan belakang) periksa tanda-tanda vital dan asuhan kala IV (PP IBI, 2016).

#### c. Tujuan asuhan persalinan

Menurut Kuswanti dkk (2014) tujuan dari asuhan persalinan antara lain sebagai berikut:

- 1) Memberikan dukungan baik secara fisik maupun emosional kepada ibu dan keluarga selama persalinan.
- 2) Melakukan pengkajian, membuat diagnosis, mencegah, menangani komplikasi – komplikasi dengan cara pemantauan ketat dan deteksi dini selama persalinan dan kelahiran.

- 3) Melakukan rujukan pada kasus – kasus yang tidak bisa ditangani sendiri untuk mendapat asuhan *spesialis* jika perlu.
  - 4) Memberikan asuhan yang adekuat pada ibu sesuai dengan *intervensi* minimal tahap persalinannya.
  - 5) Memperkecil resiko infeksi dengan melaksanakan pencegahan infeksi yang aman.
  - 6) Selalu memberitahu kepada ibu dan keluarganya mengenai kemajuan, adanya penyulit maupun *intervensi* yang akan dilakukan dalam persalinan.
  - 7) Memberikan asuhan yang tepat untuk bayi setelah lahir.
  - 8) Membantu ibu dengan pemberian ASI dini.
- d. Tanda – tanda persalinan
- 1) Tanda – tanda persalinan sudah dekat

a) *Lightening*

Menjelang minggu 36 pada *primigravida* terjadi penurunan *fundus uteri* karena kepala bayi sudah masuk pintu atas panggul yang disebabkan oleh: kontraksi *braxton hicks*, ketegangan dinding perut, ketegangan *ligamentum rotundum* dan gaya berat janin dengan kepala ke arah bawah. Masuknya kepala bayi ke pintu atas panggul dirasakan ibu hamil sebagai terasa ringan di bagian atas, rasa sesaknya berkurang, di bagian bawah terasa sesak, terjadi kesulitan saat berjalan dan sering miksi (Lailiyana dkk, 2011).

b) *His* permulaan

Menurut Marmi (2012) makin tuanya kehamilan, pengeluaran *estrogen* dan *progesterone* makin berkurang sehingga produksi *oksitosin* meningkat, dengan demikian akan menimbulkan kontraksi yang lebih sering, *his* permulaan ini lebih sering diistilahkan sebagai *his* palsu. Sifat *his* palsu yaitu: rasa nyeri ringan dibagian bawah, datangnya tidak teratur tidak

ada perubahan pada *serviks* atau tidak ada tanda kemajuan persalinan, durasinya pendek tidak bertambah bila beraktivitas.

2) Tanda – tanda timbulnya persalinan

a) Terjadinya *his* persalinan

Menurut Marmi (2012) *his* yang menimbulkan pembukaan *serviks* dengan kecepatan tertentu disebut *his* efektif. Pengaruh *his* sehingga dapat menimbulkan : desakan daerah *uterus* (meningkat), terhadap janin (penurunan), terhadap *korpis uteri* (dinding menjadi tebal,) terhadap *istimus uteri* (teregang dan menipis), terhadap *kanalis servikalis* (*effacement* dan pembukaan). *His* persalinan memiliki ciri-ciri sebagai berikut: pinggang terasa sakit dan menjalar kedepan, sifat *his* teratur, interval semakin pendek, dan kekuatan semakin besar, terjadi perubahan pada *serviks*, jika pasien menambah aktivitasnya, misalnya dengan berjalan, maka kekuatan *his* akan bertambah.

b) Pengeluaran lendir darah (*Bloody Show*)

Keluarnya lendir bercampur darah pervaginam (*show*). Lendir berasal dari pembukaan yang menyebabkan lepasnya lendir berasal dari *kanalis servikalis*. Pengeluaran darah disebabkan robeknya pembuluh darah waktu *serviks* membuka (Lailiyana dkk, 2011).

c) Dilatasi dan *effacement*

Dilatasi adalah terbukanya *kanalis servikalis* secara berangsur-angsur akibat pengaruh *his*. *Effacement* adalah pendataran atau pemendekan *kanalis servikalis* yang semula panjang 1-2 cm menjadi hilang sama sekali, sehingga tinggal hanya *ostium* yang tipis seperti kertas (Lailiyana dkk, 2011).

d) Pengeluaran cairan ketuban

Beberapa kasus terjadi ketuban pecah yang menimbulkan pengeluaran cairan. Sebagian besar ketuban baru pecah

menjelang pembukaan lengkap. Dengan pecahnya ketuban diharapkan persalinan berlangsung 24 jam (Lailiyana dkk, 2011).

e. Faktor – faktor yang mempengaruhi persalinan

1) *Power*

*Power* adalah kekuatan atau tenaga untuk melahirkan yang terdiri dari *his* atau kontraksi *uterus* dan tenaga meneran dari ibu. *Power* merupakan tenaga *primer* atau kekuatan utama yang dihasilkan oleh adanya kontraksi dan retraksi otot-otot rahim (Ilmiah W, 2015).

Kekuatan yang mendorong janin keluar (*power*) terdiri dari:

a) *His* (kontraksi otot *uterus*).

*His* atau kontraksi *uterus* adalah kontraksi otot-otot *uterus* dalam persalinan. Kontraksi merupakan suatu sifat pokok otot polos hal ini terjadi juga pada otot polos *uterus* yaitu *miometrium*.

(1) Kontraksi *uterus/his* yang normal karena otot-otot polos rahim bekerja dengan baik dan sempurna mempunyai sifat-sifat yaitu: kontraksi simetris, *fundus* dominan, relaksasi, *involuntir* (terjadi di luar kehendak), *intermitten* (terjadi secara berkala/selang-seling), terasa sakit, terkoordinasi, kadang dapat dipengaruhi dari luar secara fisik, kimia, dan psikis (Ilmiah W, 2015).

(2) Perubahan-perubahan akibat *his*, antara lain:

Perubahan *uterus* dan *serviks* yaitu *uterus* teraba keras atau padat karena kontraksi. Tekanan *hidrostatik* air ketuban dan tekanan *intra uterin* naik serta menyebabkan *serviks* menjadi mendatar (*effacement*) dan terbuka (*dilatasi*). Ibu akan merasa nyeri karena *iskemia* rahim dan kontraksi rahim, ada kenaikan nadi dan tekanan darah. Pertukaran oksigen pada sirkulasi *utero plasenter* kurang,

maka timbul *hipoksia* janin. Denyut jantung janin melambat (*bradikardi*) dan kurang jelas didengar karena adanya *iskemia* fisiologis (Ilmiah W, 2015).

- (3) Hal-hal yang harus diperhatikan dari his saat melakukan observasi pada ibu bersalin:
  - (a) Frekuensi *his* jumlah *his* dalam waktu tertentu biasanya per menit atau persepuluh menit.
  - (b) *Intensitas his* kekuatan *his* diukur dalam *mmHg*. *Intensitas* dan frekuensi kontraksi uterus bervariasi selama persalinan, semakin meningkat waktu persalinan semakin maju. Telah diketahui bahwa aktifitas *uterus* bertambah besar jika wanita tersebut berjalan – jalan sewaktu persalinan masih dini.
  - (c) *Durasi* atau lama *his*. Lamanya setiap *his* berlangsung diukur dengan detik, dengan *durasi* 40 detik atau lebih.
  - (d) Datangnya *his* apakah datangnya sering, teratur atau tidak.
  - (e) *Interval* jarak antara *his* satu dengan *his* berikutnya, misalnya *his* datang tiap 2 sampai 3 menit.
  - (f) Aktivitas *his* Frekuensi x *amplitudo* diukur dengan unit Montevideo (Ilmiah W, 2015).
- (4) Pembagian his dan sifat – sifatnya
  - (a) His pendahuluan  
His tidak kuat, tidak teratur dan menyebabkan bloody show.
  - (b) His pembukaan (kala I)  
His yang terjadi sampai pembukaan *serviks* 10 cm, mulai kuat, teratur, terasa sakit atau nyeri.
  - (c) His pengeluaran (kala II)



Sangat kuat, teratur, simetris, terkoordinasi dan lama merupakan *his* untuk mengeluarkan janin. Koordinasi bersama antara *his* kontraksi otot perut, kontraksi diafragma dan *ligament*.

(d) His pelepasan *uri* (kala III)

Kontraksi sedang untuk melepas dan melahirkan *plasenta*.

(e) His pengiring (kala IV)

Kontraksi lemah, masih sedikit nyeri, pengecilan rahim dalam beberapa jam atau hari (Ilmiah W, 2015).

b) Kekuatan mengedan ibu

Serviks terbuka lengkap kekuatan yang sangat penting pada *ekspulsi* janin adalah yang dihasilkan oleh peningkatan tekanan *intra abdomen* yang diciptakan oleh kontraksi otot-otot *abdomen* (mengejan). Kepala sampai di dasar panggul, timbul suatu refleks yang mengakibatkan pasien menutup glotisnya, mengkontraksikan otot-otot perutnya dan menekan diafragmanya ke bawah. Tenaga mengedan ini hanya berhasil, kala I pembukaan sudah lengkap dan paling efektif sewaktu kontraksi rahim/ *uterus*. Kekuatan-kekuatan tahanan mungkin ditimbulkan oleh otot-otot dasar panggul dan aksi *ligament* (Ilmiah W, 2015).

2) Passage (Jalan Lahir)

Menurut Ilmiah W (2015) *passage* merupakan jalan lahir yang harus dilewati oleh janin terdiri dari rongga panggul, dasar panggul, *serviks* dan *vagina*. Syarat agar janin dan *plasenta* dapat melalui jalan lahir tanpa adanya rintangan, maka jalan lahir tersebut harus normal.

3) *Passenger* (janin)

Beberapa hal yang menentukan kemampuan untuk melewati jalan lahir dari faktor *passenger* adalah:

a) Janin (kepala janin dan ukuran-ukurannya).

Bagian yang paling besar dan keras dari janin adalah kepala janin. Posisi dan besar kepala dapat mempengaruhi jalan persalinan.

b) *Plasenta*

*Plasenta* juga harus melalui jalan lahir, ia juga dianggap sebagai penumpang atau *pasenger* yang menyertai janin namun *plasenta* jarang menghambat pada persalinan normal (Ilmiah W, 2015).

c) Air ketuban

*Amnion* pada kehamilan *aterm* merupakan suatu membran yang kuat dan ulet tetapi lentur. *Amnion* adalah jaringan yang menentukan hampir semua kekuatan regang membran janin dengan demikian pembentukan komponen *amnion* yang mencegah ruptur atau robekan sangatlah penting bagi keberhasilan kehamilan. Penurunan adalah gerakan bagian presentasi melewati panggul, penurunan ini terjadi atas 3 kekuatan yaitu salah satunya adalah tekanan dari cairan *amnion* dan juga disaat terjadinya *dilatasi serviks* atau pelebaran muara dan saluran *servik* yang terjadi diawal persalinan dapat juga terjadi karena tekanan yang ditimbulkan oleh cairan amnion selama ketuban masih utuh (Ilmiah W, 2015).

4) Faktor penolong

Peran dari penolong persalinan dalam hal ini bidan adalah mengantisipasi dan menangani komplikasi yang mungkin terjadi pada ibu dan janin. Proses tergantung dari kemampuan skill dan kesiapan penolong dalam menghadapi proses persalinan (Ilmiah W, 2015).

## 5) Faktor psikis (psikologis)

Perasaan positif berupa kelegaan hati, seolah-olah pada saat itulah benar-benar terjadi realitas “kewanitaan sejati” yaitu munculnya rasa bangga bisa melahirkan dan memproduksi anaknya. Mereka seolah-olah mendapatkan kepastian bahwa kehamilan yang semula dianggap sebagai suatu” keadaan yang belum pasti” sekarang menjadi hal yang nyata (Ilmiah W, 2015).

## f. Perubahan dan Adaptasi Fisiologi Psikologi Pada Ibu bersalin

### 1) Perubahan dan adaptasi fisiologi kala I

#### a) Perubahan *uterus*

Sejak kehamilan yang lanjut *uterus* terbagi menjadi 2 bagian, yaitu *segmen* atas rahim (SAR) yang dibentuk oleh *korpis uteri* dan *segmen* bawah rahim yang terbentuk oleh *istmus uteri*. SAR memegang peranan yang aktif karena berkontraksi dan dindingnya bertambah tebal dengan majunya persalinan. Sebaliknya *segmen* bawah rahim (SBR) yang memegang peranan pasif makin tipis dengan majunya persalinan karena meregang. Jadi secara singkat SAR berkontraksi, menjadi tebal dan mendorong anak keluar sedangkan SBR dan *serviks* mengadakan relaksasi dan *dilatasi* menjadi saluran yang tipis dan teregang yang akan dilalui bayi (Lailiyana, dkk 2011).

#### b) Perubahan *serviks*

Menurut Lailiyana, dkk (2011) perubahan pada *serviks* meliputi pendataran dan pembukaan. Pendataran adalah pemendekan dari *kanalis servikalis*, yang semula berupa saluran yang panjangnya beberapa millimeter sampai 3 cm, menjadi satu lubang saja dengan tepi yang tipis. Pembukaan adalah pembesaran dari *ostium eksternum* yang semula berupa suatu lubang dengan diameter beberapa millimeter menjadi

lubang yang dapat dilalui janin. *Serviks* dianggap membuka lengkap setelah mencapai diameter 10 cm

c) Perubahan *kardiovaskuler*

Denyut jantung diantara kontraksi sedikit lebih tinggi dibandingkan selama periode persalinan atau sebelum masuk persalinan. Hal ini mencerminkan kenaikan dalam metabolisme yang terjadi selama persalinan. Denyut jantung yang sedikit naik merupakan keadaan yang normal, meskipun normal perlu dikontrol secara periode untuk mengidentifikasi adanya infeksi (Kuswanti dkk, 2014).

d) Perubahan tekanan darah

Tekanan darah akan meningkat selama kontraksi disertai peningkatan *sistolik* rata – rata 10 – 20 mmHg, pada waktu – waktu diantara kontraksi tekanan darah kembali ke tingkat sebelum persalinan dengan mengubah posisi tubuh dari telentang ke posisi miring, perubahan tekanan darah selama kontraksi dapat dihindari. Nyeri, rasa takut dan kekwatiran dapat semakin meningkatkan tekanan darah (Marmi, 2012).

e) Perubahan nadi

Perubahan yang mencolok selama kontraksi disertai peningkatan selama fase peningkatan, penurunan selama titik puncak sampai frekuensi yang lebih rendah dari pada frekuensi diantara kontraksi dan peningkatan selama fase penurunan hingga mencapai frekuensi lazim diantara kontraksi. Penurunan yang mencolok selama kontraksi *uterus* tidak terjadi jika wanita berada pada posisi miring bukan telentang. Frekuensi denyut nadi diantara kontraksi sedikit lebih meningkat dibanding selama periode menjelang persalinan. Hal ini mencerminkan peningkatan metabolisme yang terjadi selama persalinan (Rukiah, dkk, 2012).

f) Perubahan suhu

Perubahan suhu sedikit meningkat selama persalinan dan tertinggi selama dan segera setelah melahirkan. Perubahan suhu dianggap normal bila peningkatan suhu yang tidak lebih dari 0,5-1°C yang mencerminkan peningkatan metabolisme selama persalinan (Rukiah, dkk, 2012).

g) Perubahan pernafasan

Peningkatan frekuensi pernapasan normal selama persalinan dan mencerminkan peningkatan metabolisme yang terjadi. *Hiperventilasi* yang menunjang adalah temuan *abnormal* dan dapat menyebabkan *alkalosis* (rasa kesemutan pada ekstremitas dan perasaan pusing) (Rukiah, dkk, 2012).

h) Perubahan metabolisme

Selama persalinan, *metabolisme* karbohidrat *aerobik* maupun *anaerobik* akan meningkat secara terus-menerus. Kenaikan ini sebagian besar disebabkan oleh kecemasan serta kegiatan otot tubuh. Kenaikan *metabolisme* tercermin dengan kenaikan suhu badan, denyut jantung, pernapasan, curah jantung, dan kehilangan cairan. Kenaikan curah jantung serta kehilangan cairan akan mempengaruhi fungsi ginjal sehingga diperlukan perhatian dan tindakan untuk mencegah terjadinya *dehidrasi* (Lailiyana, dkk, 2011).

i) Perubahan ginjal

*Poliuria* sering terjadi selama persalinan. Mungkin diakibatkan oleh curah jantung dan peningkatan *filtrasi glomerulus* serta aliran *plasma* ginjal. *Proteinuria* yang sedikit + 1 dianggap normal dalam persalinan. *Poliuria* menjadi kurang jelas pada posisi terlentang karena posisi ini membuat aliran *urin* berkurang selama persalinan (Lailiyana, dkk, 2011).

j) Perubahan pada gastrointestinal

Gerakan lambung dan penyerapan makanan padat secara *substansial* berkurang drastis selama persalinan. Selain itu pengeluaran asam lambung berkurang, menyebabkan aktivitas pencernaan hampir berhenti, dan pengosongan lambung menjadi sangat lamban. Cairan tidak berpengaruh dan meninggalkan lambung dalam tempo yang biasa. Rasa mual dan muntah biasa terjadi sampai berakhirnya kala I persalinan (Lailiyana, dkk, 2011).

k) Perubahan *hematologi*

*Haemoglobin* akan meningkat 1,2 mg/100ml selama persalinan dan kembali seperti sebelum persalinan pada hari pertama *postpartum* jika tidak ada kehilangan darah yang abnormal. Koagulasi darah akan berkurang dan terjadi peningkatan *plasma*. Sel darah putih secara *progresif* akan meningkat selama kala I persalinan sebesar 5000-15.000 saat pembukaan lengkap (Lailiyana, dkk, 2011).

2) Perubahan dan adaptasi psikologi kala I

Menurut Marmi (2012) perubahan dan adaptasi psikologi kala I yaitu:

a) Fase laten

Fase ini, wanita mengalami emosi yang bercampur aduk, wanita merasa gembira, bahagia dan bebas karena kehamilan dan penantian yang panjang akan segera berakhir, tetapi ia mempersiapkan diri sekaligus memiliki kekhawatiran apa yang akan terjadi. Secara umum ibu tidak terlalu merasa tidak nyaman dan mampu menghadapi keadaan tersebut dengan baik. Namun wanita yang tidak pernah mempersiapkan diri terhadap apa yang akan terjadi, fase laten persalinan akan menjadi waktu di mana ibu akan banyak berteriak dalam ketakutan bahkan pada kontraksi yang paling ringan sekalipun

dan tampak tidak mampu mengatasinya seiring frekuensi dan intensitas kontraksi meningkat, semakin jelas bahwa ibu akan segera bersalin.

b) Fase aktif

Fase ini kontraksi *uterus* akan meningkat secara bertahap dan ketakutan wanita pun meningkat. Kontraksi semakin kuat, lebih lama, dan terjadi lebih sering, semakin jelas baginya bahwa semua itu berada diluar kendalinya. Kenyataan ini wanita ingin seseorang mendampingi karena dia takut ditinggal sendiri dan tidak mampu mengatasi kontraksi, dia mengalami sejumlah kemampuan dan ketakutan yang tidak dapat dijelaskan.

c) Fase *transisi*

Fase ini biasanya ibu merasakan perasaan gelisah yang mencolok, rasa tidak nyaman yang menyeluruh, bingung, frustrasi, emosi akibat keparahan kontraksi, kesadaran terhadap martabat diri menurun drastis, mudah marah, takut dan menolak hal-hal yang ditawarkan padanya.

3) Perubahan fisiologi pada ibu bersalin kala II

a) Kontraksi, dorongan otot-otot dinding

Kontraksi *uterus* pada persalinan mempunyai sifat tersendiri. Kontraksi menimbulkan nyeri, merupakan satu-satunya kontraksi normal *muskulus*. Kontraksi ini dikendalikan oleh saraf *intrinsik*, tidak disadari, tidak dapat diatur oleh ibu bersalin, baik frekuensi maupun lama kontraksi.

b) Pergeseran organ dalam panggul

Setelah pembukaaan lengkap dan ketuban telah pecah terjadi perubahan, terutama pada dasar panggul yang di regangkan oleh bagian depan janin, sehingga menjadi saluran yang dinding-dindingnya tipis karena suatu regangan dan kepala sampai di *vulva*, lubang *vulva* menghadap kedepan atas dan

anus, menjadi terbuka, perineum menonjol dan tidak lama kemudian kepala janin tampak pada vulva (Rukiah, dkk, 2012).

c) *Ekspulsi* janin

Setelah putaran paksi luar bahu depan sampai dibawah simphisis dan menjadi *hypomochlion* untuk melahirkan bahu belakang. Kemudian bahu depan menyusul dan selanjutnya seluruh badan anak lahir searah dengan paksi jalan lahir mengikuti lengkung *carrus* (kurva jalan lahir) (Ilmiah W, 2015).

4) Fisiologi kala III

Kala III dimulai sejak bayi lahir sampai lahirnya *plasenta*. Selama kala III proses pemisahan dan keluarnya *plasenta* serta membran terjadi akibat faktor-faktor mekanis dan *hemostasis* yang saling mempengaruhi. Karakteristik unit otot *uterus* terletak pada kekuatan retraksinya. Selama kala II persalinan, rongga *uterus* dapat secara cepat menjadi kosong, memungkinkan proses retraksi mengalami *aselerasi* (Marmi, 2012).

Tanda-tanda pelepasan *plasenta* yaitu:

- (1) perubahan bentuk dan tinggi *fundus*, tali pusat memanjang. Setelah bayi lahir dan sebelum *miometrium* mulai berkontraksi, *uterus* berbentuk bulat penuh dan tinggi *fundus* biasanya di bawa pusat. Setelah *uterus* berkontraksi dan pelepasan terdorong ke bawah, *uterus* berbentuk segitiga atau seperti buah pear atau alpukat dan *fundus* berada diatas pusat.
- (2) Tali pusat memanjang, terlihat menjulur keluar melalui *vulva* (tanda *ahfeld*).
- (3) Semburan darah mendadak dan singkat. Darah yang terkumpul dibelakang *plasenta* akan membantu mendorong *plasenta* keluar dibantu oleh gaya gravitasi. Apabila kumpulan darah dalam ruang diantara dinding *uterus* dan permukaan



dalam *plasenta* melebihi kapasitas tampungnya maka darah tersembur keluar dari tepi *plasenta* yang terlepas (Ilmiah W, 2015).

#### 4) Fisiologi kala IV

Persalinan kala IV dimulai dengan kelahiran *plasenta* dan berakhir 2 jam kemudian. Periode ini merupakan saat paling kritis untuk mencegah kematian ibu, terutama kematian disebabkan perdarahan. Selama kala IV, bidan harus memantau ibu setiap 15 menit pada jam pertama dan 30 menit pada jam kedua setelah persalinan (Rukiah, dkk, 2012).

#### g. Deteksi/penapisan awal ibu bersalin (19 penapisan).

Menurut Marmi (2012) indikasi-indikasi untuk melakukan tindakan atau rujukan segera selama persalinan (19 penapisan awal) adalah: riwayat bedah *Caesar*, perdarahan pervaginam, persalinan kurang bulan (UK < 37 minggu), ketuban pecah dengan *mekonium* kental, ketuban pecah lama (> 24 jam), ketuban pecah pada persalinan kurang bulan (< 37 minggu), *ikterus*, *anemia* berat, tanda dan gejala infeksi, *preeklamsia* / *hepertensi* dalam kehamilan, tinggi fundus 40 cm atau lebih, *primipara* dalam fase aktif persalinan dengan palpasi kepala janin masih 5/5, presentasi bukan belakang kepala, gawat janin, *presentasimajemuk*, kehamilan gemeli, tali pusat menubung, syok, penyakit-penyakit yang menyertai ibu.

#### h. Rujukan

Rujukan dalam kondisi optimal dan tepat waktu ke fasilitas kesehatan yang memiliki sarana lebih lengkap, diharapkan mampu menyelamatkan jiwa para ibu dan bayi baru lahir. Setiap penolong persalinan harus mengetahui lokasi fasilitas rujukan yang mampu untuk menatalaksana kasus gawat darurat *obstetri* dan bayi baru lahir. Menjelaskan ada ibu saat melakukan kunjungan *antenatal*, jelaskan bahwa penolong akan selalu berupaya dan meminta kerja sama yang baik dari suami dan keluarga ibu untuk mendapat layanan

terbaik dan bermanfaat bagi kesehatan ibu dan bayinya, termasuk kemungkinannya perlunya upaya rujukan. Rujukan tepat waktu merupakan unggulan asuhan sayang ibu dalam mendukung keselamatan ibu dan bayi baru lahir (Marmi, 2012).

Singkatan BAKSOKUDA dapat digunakan untuk mengingat hal-hal penting dalam mempersiapkan rujukan untuk ibu dan bayi:

B: (Bidan) : Pastikan bahwa ibu dan atau bayi baru lahir didampingi oleh penolong persalinan yang kompeten untuk menatalaksana gawat darurat *obstetri* dan bayi baru lahir untuk dibawa ke fasilitas rujukan.

A: (Alat) : Bawa perlengkapan dan bahan-bahan untuk asuhan persalinan, masa nifas dan bayi baru lahir (tabung suntik, selang IV, alat *resusitasi*, dll) bersama ibu ke tempat rujukan. Perlengkapan dan bahan-bahan tersebut mungkin diperlukan jika ibu melahirkan dalam perjalanan menuju fasilitas rujukan.

K: (Keluarga): Beritahu ibu dan keluarga mengenai kondisi terakhir ibu dan/ atau bayi dan mengapa ibu dan/ atau bayi perlu dirujuk. Jelaskan pada mereka alasan dan tujuan merujuk ibu ke fasilitas rujukan tersebut. Suami atau anggota keluarga yang lain harus menemani ibu dan bayi baru lahir hingga ke fasilitas rujukan.

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

O: (Obat) : Bawa obat-obatan esensial pada saat mengantar ibu ke fasilitas rujukan. Obat-obatan tersebut mungkin diperlukan selama di perjalanan.

K:(Kendaraan): Siapkan kendaraan yang paling memungkinkan untuk merujuk ibu dalam kondisi cukup nyaman. Selain itu, pastikan kondisi kendaraan cukup baik untuk mencapai tujuan pada waktu yang tepat.

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

Da: (Darah dan doa):

Persiapkan darah baik dari anggota keluarga maupun kerabat sebagai persiapan jika terjadi perdarahan. Doa sebagai kekuatan spiritual dan harapan yang dapat membantu proses persalinan (Marmi, 2012).

### 3. Konsep Dasar BBL Normal

#### a. Pengertian

Menurut Wahyuni (2012) Bayi Baru Lahir (BBL) normal adalah bayi yang lahir dari kehamilan 37 minggu sampai 42 minggu dan berat badan lahir 2500 gram sampai dengan 4000 gram.

Menurut Dewi (2010) bayi baru lahir disebut juga neonatus merupakan individu yang sedang bertumbuh dan baru saja mengalami trauma kelahiran dan harus dapat melakukan penyesuaian diri dari kehidupan *intrauterin* ke kehidupan *ekstrauterin*.

Menurut Saifuddin (2014) bayi baru lahir (neonatus) adalah suatu keadaan dimana bayi baru lahir dengan umur kehamilan 37-42 minggu, lahir melalui jalan lahir dengan presentasi kepala secara spontan tanpa gangguan, menangis kuat, napas secara spontan dan teratur, berat badan

antara 2.500-4.000 gram serta harus dapat melakukan penyesuaian diri dari kehidupan *intrauterine* ke kehidupan *ekstrauterin*.

Berdasarkan ketiga pengertian diatas maka dapat disimpulkan pengertian bayi baru lahir adalah bayi yang lahir saat umur kehamilan 37-42 minggu, dengan berat lahir 2500-4000 gram dan harus dapat menyesuaikan diri dari kehidupan *intrauterine* ke kehidupan *ekstrauterine*.

b. Ciri-Ciri Bayi Baru Lahir Normal

Menurut Dewi (2010) ciri-ciri bayi baru lahir adalah sebagai berikut: lahir *aterm* antara 37-42 minggu, berat badan 2.500-4.000 gram, panjang badan 48-52 cm, lingkar dada 30-38 cm, lingkar kepala 33-35 cm, lingkar lengan 11-12 cm, frekuensi denyut jantung 120-160 x/menit, pernapasan  $\pm$  40-60 x/menit, kulit kemerah-merahan dan licin, rambut *lanugo* tidak terlihat dan rambut kepala biasanya telah sempurna, kuku agak panjang dan lemas, nilai *APGAR*>7, gerak aktif, bayi lahir langsung menangis kuat, refleks *rooting* (mencari puting susu dengan rangsangan taktil pada pipi dan daerah mulut) sudah terbentuk dengan baik.

Refleks *sucking* (isap dan menelan) sudah terbentuk dengan baik, refleks *morro* (gerakan memeluk ketika dikagetkan) sudah terbentuk dengan baik, refleks *grasping* (menggenggam) dengan baik, genitalia laki-laki kematangan ditandai dengan testis yang berada pada *skrotum* dan penis yang berlubang, genitalia perempuan kematangan ditandai dengan *vagina* dan *uretra* yang berlubang, serta adanya *labia minora* dan *mayora*, eliminasi baik yang ditandai dengan keluarnya mekonium dalam 24 jam pertama dan berwarna hitam kecoklatan.

c. Penilaian baru lahir

Segera setelah bayi lahir, letakkan bayi di atas kain bersih dan kering yang disiapkan pada perut bawah ibu. Segera lakukan penilaian awal dengan menjawab 4 pertanyaan:

- 1) Apakah bayi cukup bulan?
- 2) Apakah air ketuban jernih, tidak bercampur *mekonium*?
- 3) Apakah bayi menangis atau bernapas?
- 4) Apakah tonus otot bayi baik?

Jika bayi cukup bulan dan atau air ketuban bercampur mekonium dan atau tidak menangis atau tidak bernafas atau megap-megap dan atau tonus otot tidak baik lakukan langkah resusitasi(JNPK-KR, 2008).

Keadaan umum bayi dinilai setelah lahir dengan penggunaan nilai APGAR. Penilaian ini perlu untuk mengetahui apakah bayi menderita asfiksia atau tidak. Lima poin penilaian APGAR yaitu : *Appearance* (warna kulit), *Pulse rate* (frekuensi nadi), *Grimace* (reaksi rangsangan), *Activity* (tonus otot), *Respiratory* (pernapasan).

Setiap penilaian diberi nilai 0, 1, dan 2. Bila dalam 2 menit nilai apgar tidak mencapai 7, maka harus dilakukan tindakan resusitasi lebih lanjut, oleh karena bila bayi menderita asfiksia lebih dari 5 menit, kemungkinan terjadinya gejala-gejala neurologik lanjutan di kemudian hari lebih besar. Berhubungan dengan itu penilaian apgar selain pada umur 1 menit, juga pada umur 5 menit (JNPK-KR, 2008).

Tabel 6 Nilai APGAR

Tanda	Skor		
	0	1	2
<i>Appearance</i>	Pucat	Badan merah, ekstremitas biru	Seluruh tubuh kemerahan
<i>Pulse</i>	Tidak ada	< 100 x/menit	> 100 x/menit
<i>Grimace</i>	Tidak ada	Sedikit gerakan mimik/ menyeringai	Batuk/ bersin
<i>Activity</i>	Tidak ada	Ekstremitas dalam sedikit fleksi	Gerakan aktif
<i>Respiration</i>	Tidak ada	Lemah/tidak teratur	Baik/ menangis

Sumber: Prawirohardjo, 2014.

Hasil penilaian tersebut dapat diketahui apakah bayi tersebut normal atau asfiksia. Nilai Apgar 7-10: bayi normal, nilai Apgar 4-6: asfiksia sedang ringan, nilai Apgar 0-3: asfiksia berat (Prawirohardjo, 2014).

d. Adaptasi Fisik dan Psikologi Bayi Baru Lahir Terhadap Kehidupan di Luar *Uterus*

Adaptasi neonatal (bayi baru lahir) adalah proses penyesuaian fungsional neonatus dari kehidupan di dalam *uterus*. Kemampuan adaptasi fungsional neonatus dari kehidupan di dalam *uterus* ke kehidupan di luar *uterus*. Kemampuan adaptasi fisiologis ini di sebut juga *homeostatis*. Bayi akan sakit bila terdapat gangguan adaptasi (Marmi, 2012).

Faktor-faktor yang mempengaruhi adaptasi bayi baru lahir adalah: pengalaman ibu *antepartum* ibu dan bayi baru lahir (misalnya terpajan zat *toksik* dan sikap orang tua terhadap kehamilan dan pengasuhan anak), pengalaman *intrapartum* ibu dan bayi baru lahir (misalnya lama persalinan, tipe *analgesik* atau *anestesi intrapartum*), kapasitas fisiologis bayi baru lahir untuk melakukan *transisi* ke kehidupan *ekstrauterin*, kemampuan petugas kesehatan untuk mengkaji dan merespon masalah dengan cepat tepat pada saat terjadi (Marmi, 2012).

1) Adaptasi Fisik

a) Perubahan Sistem Pernafasan

Umur kehamilan 34-36 minggu struktur paru-paru sudah matang, artinya paru-paru sudah bias mengembangkan system alveoli. Selama dalam *uterus*, janin mendapat oksigen dari pertukaran gas melalui *plasenta*. Setelah lahir, pertukaran gas terjadi melalui paru- paru bayi, pertukaran gas terjadi dalam waktu 30 menit pertama sesudah lahir (Marmi,2012).

Keadaan yang dapat mempercepat *maturitas* paru-paru adalah *toksemia*, *hipertensi*, *diabetes* yang berat, infeksi ibu, ketuban pecah dini. Keadaan tersebut dapat mengakibatkan stress pada janin,halini dapat menimbulkan rangsangan untuk pematangan paru-paru. Keadaan yang dapat memperlambat *maturita* s paru-paru adalah *diabetes* ringan, *inkompebilitas rhesus*, *gemeli* satu

*ovum* dengan berat yang berbeda dan biasanya berat badan yang lebih kecil paru-parunya belum *matur* (Marmi, 2012).

b) Rangsangan untuk Gerak Pernafasan

Akibat persalinan yang dilakukan secara pervaginam, terjadi penekanan *toraks* yang menyebabkan janin kehilangan cairan paru  $\pm 35\%$ . Penekanan *torak* yang kuat ini menyebabkan cairan yang mengisi mulut dan trakea keluar sebagian dan udara mulai mengisi saluran trakea. Saat kepala bayi keluar dan bayi mulai menengis udara dari luar mulai mengisi jalan napas dan cairan dalam paru didorong kearah *perifer* hingga akhirnya semua *alveolus* mengembang dan terisi udara (Varney, 2007).

c) Upaya Pernafasan Bayi Pertama

Upaya pernapasan pertama seorang bayi berfungsi untuk mengeluarkan cairan dalam paru-paru dan mengembangkan jaringan *alveolus* paru-paru untuk pertama kali. Agar *alveolus* dapat berfungsi, harus terdapat *surfaktan* yang cukup dan aliran darah ke paru-paru. Produksi *surfaktan* di mulai pada 20 minggu kehamilan dan jumlahnya akan meningkat sampai paru-paru matang, sekitar usia 30-34 minggu kehamilan. Tanpa *surfaktan*, *alveoli* akan *kolaps* setiap setelah akhir setiap pernapasan, yang menyebabkan sulit bernapas. Peningkatan kebutuhan energy ini memerlukan penggunaan lebih banyak oksigen dan glukosa. Berbagai peningkatan ini menyebabkan stress pada bayi, yang sebelumnya sudah terganggu (Asrinah, dkk, 2010).

d) Perubahan system *Kardiovaskuler*

Aliran darah dari *plasenta* berhenti saat tali pusat diklem. Sirkulasi janin memiliki karakteristik berupa system yang bertekanan rendah. Karena paru-paru adalah organ tertutup dan sebagian masih terisi cairan maka ia hanya membutuhkan aliran darah yang minimal. Sebagian besar darah janin yang teroksigenasi melalui paru dan mengalir melalui lubang antara

*atrium* kanan dan kiri yang disebut *foramen ovale* lalu menuju ke otak melalui *duktus arteriosus*.

Tali pusat diklem, salah satu efek yang terjadi akibat pengkleman tersebut adalah peningkatan tahanan pembuluh darah sistemik. Peningkatan tahanan pembuluh darah sistemik ini bersamaan dengan tarikan napas pertama bayi baru lahir. Oksigen dari tarikan napas pertama itu menyebabkan system pembuluh darah paru membuka dan relaksasi menyebabkan system paru menjadi bertekanan rendah (Dewi, 2010).

Kombinasi tekanan antara dua system ini menyebabkan terjadi perubahan pada tekanan aliran darah dalam jantung. Tekanan dari peningkatan aliran darah di sisi kiri jantung menyebabkan *foramen ovale* tertutup dan *duktus arteriosus* yang mengalirkan oksigen dari ibu ke janin melalui *plasenta* tidak lagi dibutuhkan. Duktus ini akan menutup dalam 3 hari akibat penurunan kadar *prostaglandin* yang sebelumnya disuplai *plasenta*. Darah teroksigenasi ini rutin dialirkan melalui *duktus arteriosus* juga menyebabkan *duktus* itu mengecil. Akibat perubahan dalam tahanan *sistemik* dan paru serta penutupan pintuduktus *arteriosus* dan *foramen ovale* melengkapi perubahan radikal pada anatomi dan fisiologi jantung. Darah yang tidak kaya oksigen ini masuk ke jantung neonatus dan teroksigenasi sepenuhnya dalam paru dan dipompa ke seluruh tubuh lainnya melalui sirkulasi darah (Dewi, 2010).

#### e) Perubahan Sistem Thermoregulasi

Bayi baru lahir cenderung cepat mengalami stres karena perubahan suhu lingkungan. Hal ini karena selama berada di kandungan suhu *uterus berfluktuasi* sedikit sehingga janin tidak perlu mengatur suhu tubuhnya. Perubahan suhu lingkungan dalam rahim dan lingkungan luar sangat mempengaruhi bayi baru lahir kehilangan panas tubuh. Faktor yang berperan dalam kehilangan



panas tubuh bayi meliputi area permukaan tubuh bayi baru lahir yang luas, berbagai tingkat *insulasi* lemak *subkutan* dan derajat fleksi otot (Dewi, 2010).

Dewi (2010) menjelaskan empat kemungkinan mekanisme yang dapat menyebabkan bayi baru lahir kehilangan panas tubuhnya:

(1) *Konduksi*

Panas dihantarkan dari tubuh bayi ke benda sekitarnya yang kontak langsung dengan tubuh bayi.

(2) *Evaporasi*

Panas hilang melalui proses penguapan yang bergantung pada kecepatan dan kelembapan udara (perpindahan panas dengan cara mengubah cairan menjadi uap).

(3) *Konveksi*

Panas hilang dari tubuh bayi ke udara sekitarnya yang sedang bergerak (jumlah panas yang hilang bergantung pada kecepatan dan suhu udara).

(4) *Radiasi*

Panas dipancarkan dari BBL keluar tubuhnya ke lingkungan yang lebih dingin (pemindahan panas antara 2 objek yang mempunyai suhu berbeda).

f) Perubahan System Renal

Ginjal bayi baru lahir menunjukkan penurunan aliran darah ginjal dan penurunan kecepatan *filtrasi glomerulus*. Hal ini muda menyebabkan *retensi* cairan dan *intoksikasi* air. Fungsi cairan fungsi *tubulus* juga tidak *matur* sehingga dapat menyebabkan kehilangan natrium dalam jumlah besar dan ketidak seimbangan elektrolit lain. Bayi baru lahir mengekskresikan sedikit *urin* pada 48 jam pertama kehidupan, sering kali hanya 30 ml hingga 60 ml. *Debris sel* yang banyak dapat mengindikasikan adanya cedera atau iritasi di dalam system ginjal (Dewi, 2010).

g) Perubahan System *Gastrointestinal*

Dewi (2010) menjelaskan *traktus digestivus* relatif lebih berat dan lebih panjang dibandingkan dengan orang dewasa. *Traktus digestivus* pada neonatus, mengandung zat berwarna hitam kehijauan yang terdiri atas *mukopolisakarida* atau disebut dengan *mekonium* biasanya pada 10 jam pertama kehidupan dan dalam 4 hari setelah kelahiran biasanya feses berbentuk dan berwarna biasa. Enzim dalam *traktus digestivus* biasanya sudah terdapat pada neonatus, kecuali enzim *amilase pankreas*.

Menurut Marmi (2012) beberapa adaptasi pada saluran pencernaan bayi baru lahir diantaranya:

- (1) Hari ke-10 kapasitas lambung menjadi 100cc.
- (2) Enzim tersedia untuk *mengkatalisis* protein dan karbohidrat sederhana yaitu *monosakarida* dan *disakarida*.
- (3) *Difisiensi lipase* pada pankreas menyebabkan terbatasnya *absorpsi* lemak sehingga kemampuan bayi untuk mencerna lemak belum matang, maka susu formula sebaiknya tidak diberikan pada bayi baru lahir.
- (4) Kelenjar ludah berfungsi saat lahir tetapi kebanyakan tidak mengeluarkan ludah sampai usia bayi  $\pm$  2-3 bulan.

Marmi (2012) juga menjelaskan sebelum lahir, janin cukup bulan akan mulai menghisap dan menelan. Refleks muntah dan refleks batuk yang matang sudah terbentuk dengan baik saat lahir. Kemampuan bayi baru lahir cukup bulan untuk menelan dan mencerna makanan (selain susu) masih terbatas.

Kapasitas lambung sendiri sangat terbatas yaitu kurang dari 30 cc untuk seorang bayi baru lahir cukup bulan, dan kapasitas lambung ini akan bertambah secara lambat bersamaan dengan pertumbuhannya. Dengan adanya kapasitas lambung yang masih terbatas ini maka sangat

penting bagi pasien untuk mengatur pola *intake* cairan pada bayi dengan frekuensi sering tapi sedikit, contohnya memberi ASI sesuai keinginan bayi.

#### h) Perubahan Sistem Imunitas

Sistem *imunitas* bayi baru lahir masih belum matang, menyebabkan BBL rentan terhadap berbagai infeksi dan alergi. Sistem *imunitas* yang matang akan memberikan kekebalan alami maupun yang didapat. Kekebalan alami terdiri dari struktur pertahanan tubuh yang berfungsi mencegah atau meminimalkan infeksi (Marmi, 2012).

#### i) Perubahan Sistem Integumen

Menurut Lailiyana, dkk (2011) semua struktur kulit bayi sudah terbentuk saat lahir, tetapi masih belum matang. *Epidermis* dan *dermis* tidak terikat dengan baik dan sangat tipis. *Verniks kaseosa* juga berfungsi dengan *epidermis* dan berfungsi sebagai lapisan pelindung. Kulit bayi sangat sensitif dan mudah mengalami kerusakan. Bayi cukup bulan mempunyai kulit kemerahan (merah daging) beberapa setelah lahir, setelah itu warna kulit memucat menjadi warna normal. Kulit sering terlihat berbecak, terutama didaerah sekitar ekstremitas. Tangan dan kaki terlihat sedikit *sianotik*. Warna kebiruan ini, *akrosianois*, disebabkan ketidak stabilan *vasomotor*, stasis kapiler, dan kadar *hemoglobin* yang tinggi. Keadaan ini normal, bersifat sementara, dan bertahan selama 7 sampai 10 hari, terutama bila terpajan udara dingin.

#### j) Perubahan Sistem *Reproduksi*

Lailiyana dkk (2011) menjelaskan sistem *reproduksi* pada perempuan saat lahir, *ovarium* bayi berisi beribu-ribu sel *germinal primitif*. Sel-sel ini mengandung komplemen lengkap *ova* yang *matur* karena tidak terbentuk *oogonia* lagi setelah bayi cukup bulan lahir. Peningkatan kadar *estrogen* selama hamil,

yang diikuti dengan penurunan setelah bayi lahir, mengakibatkan pengeluaran suatu cairan mukoid atau, kadang-kadang pengeluaran bercak darah melalui vagina (*pseudo menstruasi*). *Genitalia eksternal* biasanya *edema* disertai *pigmentasi* yang lebih banyak. Bayi baru lahir cukup bulan, *labio mayora* dan *minora* menutupi *vestibulum*. Bayi *prematuur*, *klitoris* menonjol dan *labio mayora* kecil dan terbuka (Lailiyana, dkk, 2011).

Laki-laki *testis* turun ke dalam *skrotum* sekitar 90% pada bayi baru lahir laki-laki. Usia satu tahun, insiden *testis* tidak turun pada semua anak laki-laki berjumlah kurang dari 1%. *Spermatogenesis* tidak terjadi sampai pubertas. *Prepusium* yang ketat sering kali dijumpai pada bayi baru lahir. Muara *uretra* dapat tertutup *prepusium* dan tidak dapat ditarik kebelakang selama 3 sampai 4 tahun. Sebagai respon terhadap *estrogen* ibu ukuran *genitalia eksternal* bayi baru lahir cukup bulan dapat meningkat, begitu juga pigmentasinya. Terdapat *rugae* yang melapisi kantong *skrotum*. *Hidrokel* (penimbunan cairan disekitar *testis*) sering terjadi dan biasanya mengecil tanpa pengobatan (Lailiyana, dkk, 2011).

#### k) Perubahan Sistem *Skeletal*

Bayi baru lahir arah pertumbuhan *sefalokaudal* pada pertumbuhan tubuh terjadi secara keseluruhan. Kepala bayi cukup bulan berukuran seperempat panjang tubuh. Lengan sedikit lebih panjang daripada tungkai. Wajah relatif kecil terhadap ukuran tengkorak yang jika dibandingkan lebih besar dan berat. Ukuran dan bentuk *kranium* dapat mengalami *distorsi* akibat *molase* (pembentukan kepala janin akibat tumpang tindih tulang-tulang kepala).

#### l) Perubahan Sistem *Neuromuskulera*

Menurut Marmi (2012) sistem neurologis bayi secara anatomik dan fisiologis belum berkembang sempurna. Bayi

baru lahir menunjukkan gerakan-gerakan tidak terkoordinasi, pengaturan suhu yang labil, kontrol otot yang buruk, mudah terkejut, dan tremor pada ekstremitas pada perkembangan neonatus terjadi cepat. Refleks bayi baru lahir merupakan indikator penting perkembangan normal. Beberapa refleks pada bayi diantaranya:

(1) Refleks *Glabella*

Ketuk daerah pangkal hidung secara pelan-pelan dengan menggunakan jari telunjuk pada saat mata terbuka. Bayi akan mengedipkan mata pada 4 sampai 5 ketukan pertama.

(2) Refleks Hisap

Benda menyentuh bibir disertai refleks menelan. Tekanan pada mulut bayi pada langit bagian dalam gusi atas timbul isapan yang kuat dan cepat. Bisa dilihat saat bayi menyusu.

(3) Refleks Mencari (*rooting*)

Bayi menoleh kearah benda yang menyentuh pipi. Misalnya : mengusap pipi bayi dengan lembut : bayi menolehkan kepalanya ke arah jari kita dan membuka mulutnya.

(4) Refleks Genggam (*palmar grasp*)

Letakkan jari telunjuk pada palmar, tekanan dengan gentle, normalnya bayi akan menggenggam dengan kuat. Jika telapak tangan bayi ditekan: bayi mengepalkan.

(5) Refleks *Babinski*

Gores telapak kaki, dimulai dari tumit, gores sisi lateral telapak kaki ke arah atas kemudian gerakkan jari sepanjang telapak kaki. Bayi akan menunjukkan respon berupa semua jari kaki *hyperekstensi* dengan ibu jari *dorsifleksi*.

(6) Refleks *Moro*

Timbulnya pergerakan tangan yang simetris apabila kepala tiba-tiba digerakkan atau dikejutkan dengan cara bertepuk tangan.

(7) Refleks *Ekstrusi*

Bayi menjulurkan lidah ke luar bila ujung lidah disentuh dengan jari atau puting.

(8) Refleks *Tonik Leher “Fencing”*a

Ekstremitas pada satu sisi dimana kepala ditolehkan akan ekstensi, dan ekstremitas yang berlawanan akan fleksi bila kepala bayi ditolehkan ke satu sisi selagi istirahat.

e. Kebutuhan Fisik Bayi Baru Lahir

1) Nutrisi

Marmi (2012) menganjurkan berikan ASI sesering mungkin sesuai keinginan ibu (jika payudara penuh) dan tentu saja ini lebih berarti pada menyusui sesuai kehendak bayi atau kebutuhan bayi setiap 2-3 jam (paling sedikit setiap 4 jam), bergantian antara payudara kiri dan kanan. Seorang bayi yang menyusu sesuai permintaannya bisa menyusu sebanyak 12-15 kali dalam 24 jam. Biasanya, langsung mengosongkan payudara pertama dalam beberapa menit. Frekuensi menyusu itu dapat diatur sedemikian rupa dengan membuat jadwal rutin, sehingga bayi akan menyusu sekitar 5-10 kali dalam sehari. Pemberian ASI saja cukup. Periode usia 0-6 bulan, kebutuhan gizi bayi baik kualitas maupun kuantitas terpenuhinya dari ASI saja, tanpa harus diberikan makanan ataupun minuman lainnya. Pemberian makanan lain akan mengganggu produksi ASI dan mengurangi kemampuan bayi untuk menghisap.

2) Cairan dan Elektrolit

Menurut Marmi (2012) air merupakan *nutrien* yang berfungsi menjadi *medium* untuk *nutrien* yang lainnya. Air merupakan

kebutuhan nutrisi yang sangat penting mengingat kebutuhan air pada bayi relatif tinggi 75-80 % dari berat badan dibandingkan dengan orang dewasa yang hanya 55-60 %. Bayi baru lahir memenuhi kebutuhan cairannya melalui ASI. Kebutuhan *nutrisi* dan cairan didapat dari ASI.

### 3) *Personal Hygiene*

Memandikan bayi baru lahir merupakan tantangan tersendiri bagi ibu baru. Ajari ibu, jika ibu masih ragu untuk memandikan bayi di bak mandi karena tali pusatnya belum pupus, maka bisa memandikan bayi dengan melap seluruh badan dengan menggunakan waslap saja. Siapkan air hangat-hangat kuku dan tempatkan bayi didalam ruangan yang hangat tidak berangin. Lap wajah, terutama area mata dan sekujur tubuh dengan lembut, jika mau menggunakan sabun sebaiknya pilih sabun yang 2 in 1, bisa untuk keramas sekaligus sabun mandi. Keringkan bayi dengan cara membungkusnya dengan handuk kering (Marmi, 2012).

Menurut Sodikin (2010) prinsip perawatan tali pusat adalah: jangan membungkus pusat atau mengoleskan bahan atau ramuan apapun ke puntung tali pusat. Mengusapkan alkohol ataupun iodine povidin (Betadine) masih diperkenankan sepanjang tidak menyebabkan tali pusat basah atau lembab. Mengoleskan alkohol atau povidon yodium masih diperkenankan apabila terdapat tanda infeksi, tetapi tidak dikompreskan karena menyebabkan tali pusat basah atau lembab. Hal-hal yang perlu menjadi perhatian ibu dan keluarga yaitu: memperhatikan popok di area puntung tali pusat, jika puntung tali pusat kotor, cuci secara hati-hati dengan air matang dan sabun. Keringkan secara seksama dengan air bersih, jika pusat menjadi merah atau mengeluarkan nanah atau darah, harus segera bawa bayi tersebut ke fasilitas kesehatan.

f. Kebutuhan Psikososial

1) Kasih Sayang (*Bounding Attachment*)

*Bounding* merupakan suatu hubungan yang berawal dari saling mengikat diantara orangtua dan anak, ketika pertama kali bertemu. *Attachment* adalah suatu perasaan kasih sayang yang meningkat satu sama lain setiap waktu dan bersifat unik dan memerlukan kesabaran. Hubungan antara ibu dengan bayinya harus dibina setiap saat untuk mempercepat rasa kekeluargaan. Kontak dini antara ibu, ayah dan bayi disebut *Bounding Attachment* melalui *touch*/sentuhan (Nugroho dkk, 2014).

2) Rasa Aman

Rasa aman anak masih dipantau oleh orang tua secara *intensif* dan dengan kasih sayang yang diberikan, anak merasa aman (Marmi, 2012).

3) Harga Diri

Harga diri dipengaruhi oleh orang sekitar dimana pemberian kasih sayang dapat membentuk harga diri anak. Hal ini bergantung pada pola asuh, terutama pola asuh demokratis dan kecerdasan emosional (Marmi, 2012).

4) Rasa memiliki

Rasa memiliki didapat dari dorongan orang di sekelilingnya (Marmi, 2012).

i. Inisiasi menyusu dini

1) Langkah inisiasi menyusu dini (IMD)

- a) Bayi harus mendapat kontak kulit dengan kulit ibunya segera setelah lahir selama paling sedikit 1 jam
- b) Bayi harus dibiarkan untuk melakukan IMD dan ibu dapat mengenali bahwa bayinya siap untuk menyusu serta memberi bantuan jika diperlukan.
- c) Menunda semua prosedur lainnya yang harus dilakukan kepada BBL hingga inisiasi menyusu selesai (JNPK-KR, 2008).



2) Keuntungan inisiasi menyusui dini bagi ibu dan bayi

a) Keuntungan kontak kulit ibu dengan kulit bayi untuk bayi:

- (1) Menstabilkan pernapasan dan detak jantung
- (2) Mengendalikan temperatur tubuh bayi
- (3) Memperbaiki atau membuat pola tidur bayi lebih baik
- (4) Mendorong ketrampilan bayi untuk menyusui lebih cepat dan efektif
- (5) Meningkatkan kenaikan berat (bayi lebih cepat kembali keberat lahirnya)
- (6) Meningkatkan hubungan psikologis antara ibu dan bayi
- (7) Mengurangi tangis bayi
- (8) Mengurangi infeksi bayi dikarenakan adanya kolonisasi kuman di usus bayi akibat kontak kulit ibu dengan kulit bayi dan bayi menjilat kulit ibu
- (9) Mengeluarkan mekonium lebih cepat, sehingga menurunkan kejadian ikterus BBL
- (10) Memperbaiki kadar gula dan parameter biokimia lain selama beberapa jam pertama kehidupannya
- (11) Mengoptimalkan keadaan hormonal bayi.

b) Keuntungan IMD untuk ibu

Merangsang produksi oksitoksin dan prolaktin pada ibu. Pengaruh oksitoksin yaitu: membantu kontraksi uterus sehingga menurunkan resiko perdarahan pasca persalinan, merangsang pengeluaran kolostrum dan meningkatkan produksi ASI, membantu ibu mengatasi stres sehingga ibu merasa lebih tenang dan tidak nyeri pada saat plasenta lahir dan prosedur pasca persalinan lainnya. Pengaruh prolaktin yaitu: meningkatkan produksi ASI, menunda ovulasi (JNPK-KR, 2008).

c) Keuntungan IMD untuk bayi

Menurut JNPK-KR (2008) keuntungan IMD untuk bayi adalah: mempercepat keluarnya kolostrum yaitu makanan dengan

kualitas dan kuantitas optimal untuk kebutuhan bayi, mengurangi infeksi dengan kekebalan pasif (melalui colostrum) maupun aktif, mengurangi 22% kematian bayi berusia 28 hari ke bawah, meningkatkan kebersihan menyusui secara eksklusif dan lamanya bayi disusui membantu bayi mengkoordinasikan kemampuan isap, telan dan bernapas. Refleks mengisap awal pada bayi paling kuat dalam beberapa jam pertama setelah lahir, meningkatkan jalinan kasih sayang ibu dengan bayi, mencegah kehilangan panas.

#### 4. Konsep Dasar Masa Nifas

##### a. Pengertian masa nifas

Menurut Yanti dkk, (2014) masa nifas adalah masa dimulainya beberapa jam sesudah lahirnya *plasenta* sampai 6 minggu setelah melahirkan. Masa nifas dimulai setelah kelahiran *plasenta* dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil yang berlangsung kira-kira 6 minggu.

Masa nifas merupakan masa selama persalinan dan segera setelah kelahiran yang meliputi minggu-minggu berikutnya pada waktu saluran reproduksi kembali ke keadaan tidak hamil yang normal (Nugroho dkk, 2014).

Berdasarkan beberapa pengertian di atas, dapat disimpulkan bahwa masa nifas adalah masa dimana kembalinya alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil yang membutuhkan waktu kurang lebih 6 minggu.

##### b. Tujuan masa nifas

Menurut Ambarwati dkk (2010) tujuan asuhan masa nifas normal dibagi dua, yaitu:

- 1) Tujuan umum: membantu ibu dan pasangannya selama masa transisi awal mengasuh anak.
- 2) Tujuan khusus: menjaga kesehatan ibu dan bayi baik fisik maupun psikisnya, melaksanakan skrining yang komprehensif, mendeteksi

masalah, mengobati/ merujuk bila terjadi komplikasi pada ibu dan bayinya, memberikan pendidikan kesehatan, tentang perawatan kesehatan diri, nutrisi, KB, menyusui, pemberian imunisasi, dan perawatan bayi sehat, memberikan pelayanan keluarga berencana.

d. Tahap masa nifas

Menurut Yanti dkk (2014) masa nifas terbagi menjadi 3 tahapan, yaitu:

- 1) *Puerperium* dini, yaitu suatu masa kepulihan dimana ibu diperbolehkan untuk berdiri dan berjalan-jalan.
- 2) *Puerperium intermedial*, yaitu suatu masa dimana kepulihan dari organ-organ reproduksi selama kurang lebih 6 minggu
- 3) *Remote Puerperium*, yaitu waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat kembali dalam keadaan sempurna terutama ibu bila ibu selama hamil atau waktu persalinan mengalami komplikasi.

e. Kebijakan program nasional masa nifas

Kebijakan program nasional pada masa nifas yaitu paling sedikit empat kali melakukan kunjungan pada masa nifas, dengan tujuan:

- 1) Menilai kondisi kesehatan ibu dan bayi.
- 2) Melakukan pencegahan terhadap kemungkinan-kemungkinan adanya gangguan kesehatan ibu nifas dan bayinya.
- 3) Mendeteksi adanya komplikasi atau masalah yang terjadi pada masa nifas.
- 4) Menangani komplikasi atau masalah yang timbul dan mengganggu kesehatan ibu nifas maupun bayinya (Yanti dkk, 2014).

Tabel 8 Asuhan dan Kunjungan Masa Nifas

Kunjungan	Waktu	Asuhan
	6-8 jam <i>post partum</i>	Mencegah perdarahan masa nifas oleh karena <i>atonia uteri</i>
		Mendeteksi dan perawatan penyebab lain perdarahan serta melakukan rujukan bila perdarahan berlanjut
		Memberikan konseling pada ibu dan keluarga tentang cara mencegah perdarahan yang disebabkan <i>atonia uteri</i> .
		Memberian ASI awal.
		Mengajarkan cara mempererat hubungan antara ibu dan bayi baru lahir.
		Menjaga bayi tetap sehat melalui pencegahan <i>hipotermi</i>
		Setelah bidan melakukan pertolongan persalinan, maka bidan harus menjaga ibu dan bayi untuk 2 jam pertama setelah kelahiran atau sampai keadaan ibu dan bayi baru lahir dalam keadaan baik.
	<i>ari post partum</i>	Memastikan <i>invovusi uterus</i> berjalan dengan normal, <i>uterus</i> berkontraksi dengan baik, tinggi <i>fundus uteri</i> di bawah <i>umbilikus</i> , tidak ada perdarahan abnormal.
		Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi dan perdarahan.
		Memastikan ibu mendapat istirahat yang cukup
		Memastikan ibu mendapat makanan yang bergizi dan cukup cairan.
		Memastikan ibu menyusui dengan baik dan benar serta tidak ada tanda-tanda kesulitan menyusui.
		Memberikan konseling tentang perawatan bayi baru lahir.
	inggu <i>post partum</i>	Keluhan pada 2 minggu <i>post partum</i> sama dengan asuhan yang diberikan pada kunjungan 6 hari <i>post partum</i> .
	inggu <i>post partum</i>	Menanyakan penyulit-penyulit yang dialami ibu selama masa nifas.
		Memberikan konseling KB secara dini

Sumber: Yanti dkk, 2014

f. Perubahan fisiologis masa nifas

1) Perubahan sistem *reproduksi*

a) *Involusi uterus*

*Involusi* atau pengerutan *uterus* merupakan suatu proses di mana *uterus* kembali ke kondisi sebelum hamil dengan berat

sekitar 60 gram. Proses ini dimulai segera setelah plasenta lahir akibat kontraksi otot-otot polos *uterus*.

Proses *involution uteri* adalah sebagai berikut:

- (1) *Iskemia miometrium*. Hal ini disebabkan oleh kontraksi dan retraksi yang terus menerus dari *uterus* setelah pengeluaran *plasenta* sehingga membuat *uterus* menjadi relatif *anemi* dan menyebabkan serat otot *atrofi*.
- (2) *Atrofi jaringan*. *Atrofi jaringan* terjadi sebagai reaksi penghentian hormone *estrogen* saat pelepasan *plasenta*.
- (3) *Autolysis*. Merupakan proses penghancuran diri sendiri yang terjadi di dalam otot *uterus*. Enzim *proteolitik* akan memendekkan jaringan otot yang telah mengendur sehingga panjangnya 10 kali panjang sebelum hamil dan lebarnya 5 kali lebar sebelum hamil yang terjadi selama kehamilan. Hal ini disebabkan karena penurunan hormone *estrogen* dan *progesterone*.
- (4) Efek *oksitoksin*. Oksitosin menyebabkan terjadinya kontraksi dan retraksi otot *uterus* sehingga akan menekan pembuluh darah dan mengakibatkan berkurangnya suplai darah ke *uterus*. Proses ini membantu untuk mengurangi *situs* atau tempat *implantasi plasenta* serta mengurangi perdarahan (Yanti, dkk, 2014).

Ukuran *uterus* pada masa nifas akan mengecil seperti sebelum hamil. perubahan-perubahan normal pada *uterus* selama *post partum* adalah sebagai berikut:

Tabel 9 *Involusi Uteri*

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

Sumber: Yanti dkk, 2014

b) *Involusi tempat plasenta*

*Uterus* pada bekas *implantasi plasenta* merupakan luka yang kasar dan menonjol ke dalam *kavum uteri*. Segera setelah *placenta* lahir, dengan cepat luka mengecil, pada akhirnya minggu ke-2 hanya sebesar 3-4 cm dan pada akhir nifas 1-2 cm. Penyembuhan luka bekas *plasenta* khas sekali. Permulaan nifas bekas *plasenta* mengandung banyak pembuluh darah besar yang tersumbat oleh *thrombus*. Luka bekas *plasenta* tidak meninggalkan parut.

Hal ini disebabkan karena diikuti pertumbuhan *endometrium* baru dibawah permukaan luka. Regenerasi *endometrium* terjadi ditempat *implantasi plasenta* selama sekitar 6 minggu. Pertumbuhan kelenjar *endometrium* ini berlangsung di dalam *decidu basalis*. Pertumbuhan kelenjar ini mengikis pembuluh darah yang membeku pada tempat *implantasi plasenta* sehingga terkelupas dan tidak dipakai lagi pada pembuang lochia (Yanti dkk, 2014).

c) Perubahan ligamen

Setelah bayi lahir *ligamen* dan *diafragma pelvis* yang meregang sewaktu kehamilan dan saat melahirkan, kembali seperti sedia kala. Perubahan *ligamen* yang dapat terjadi pasca melahirkan antara lain: *ligamen rotundum* menjadi kendur yang mengakibatkan letak *uterus* menjadi retrofleksi, *ligamen fasia*,

jaringan penunjang alat genitalia menjadi agak kendur (Yanti dkk, 2014).

d) Perubahan pada *serviks*

Segera setelah melahirkan, *serviks* menjadi lembek, kendur, terkulai dan berbentuk seperti corong. Hal ini disebabkan *korpus uteri* berkontraksi, sedangkan *serviks* tidak berkontraksi, sehingga perbatasan antara *korpus* dan *serviks uteri* berbentuk cincin. Warna *serviks* merah kehitam-hitaman karena penuh pembuluh darah. Segera setelah bayi dilahirkan, tangan pemeriksa masih dapat dimasukan 2-3 jari dan setelah 1 minggu hanya 1 jari saja yang dapat masuk.

Oleh karena *hiperpalpasi* dan retraksi *serviks*, robekan *serviks* dapat sembuh. Namun demikian, selesai *involusi, ostium eksternum* tidak sama waktu sebelum hamil. Umumnya *ostium eksternum* lebih besar, tetap ada retak-retak dan robekan-robekan pada pinggirnya, terutama pada pinggir sampingnya (Yanti dkk, 2014).

e) *Lochea*

Akibat *involusi uteri*, lapisan luar *desidua* yang mengelilingi *situs plasenta* akan menjadi *nekrotik*. *Desidua* yang mati akan keluar dengan sisa cairan. Pencampuran darah dan *desidua* inilah yang dinamakan *lochea*. Pengeluaran *lochea* dapat dibagi menjadi *lochea rubra, sanguilenta, serosa*, dan *alba* (Yanti dkk, 2014).

Perbedaan masing-masing *lochea* dapat dilihat sebagai berikut:

Table 10 Perbedaan masing-masing lochea

<i>Lochea</i>	Waktu	Warna	Ciri-ciri
<i>Rubra</i>	1-3 hari	Merah kehitaman	Terdiri dari <i>sel desidua, verniks caseosa, rambut lanugo, sisa mekonium</i> dan sisa darah.

<i>anguilenta</i>	3-7 hari	Putih bercampur merah	Sisa darah dan lender
<i>Serosa</i>	7-14 hari	kuningan/keco klatan	Lebih sedikit darah dan lebih banyak serum, juga terdiri dari <i>leukosit</i> dan <i>robekanlaserasi plasenta</i>
Alba	>14 hari	Putih	Mengandung <i>leukosit</i> , <i>selaput lendir serviks</i> dan serabut jaringan yang mati

Sumber: Yanti dkk, 2014

f) *Vulva, vagina dan perineum*

Selama proses persalinan *vulva, vagina dan perineum* mengalami penekanan dan peregangan, setelah beberapa hari persalinan kedua organ ini akan kembali dalam keadaan kendor. *Rugae* timbul kembali pada minggu ketiga. *Himen* tampak sebagai tonjolan kecil dan dalam proses pembentukan berubah menjadi *karankulaemitiformis* yang khas bagi wanita *multipara*. (Yanti dkk, 2014).

2) Perubahan sistem pencernaan

Sistem *gastrointestinal* selama hamil dipengaruhi oleh beberapa hal, diantaranya tingginya kadar *progesterone* yang dapat mengganggu keseimbangan cairan tubuh, meningkatkan kolesterol darah, dan memperlambat kontraksi otot-otot polos. *Pasca* melahirkan, kadar *progesterone* juga mulai menurun. Namun demikian, faal usus memerlukan 3-4 hari untuk kembali normal (Yanti dkk, 2014).

Menurut Yanti, dkk (2014) beberapa hal yang berkaitan dengan perubahan sistem pencernaan antara lain:

a) Nafsu makan

*Pasca* melahirkan ibu biasanya merasa lapar, dan diperbolehkan untuk makan. Pemulihan nafsu makan dibutuhkan 3 sampai 4 hari sebelum faal usus kembali normal. Meskipun



kadar *progesterone* menurun setelah melahirkan, asupan makanan juga mengalami penurunan selama satu atau dua hari.

b) *Motilitas*

Secara khas, penurunan *tonus* dan *motilitas* otot *traktus* cerna menetap selama waktu yang singkat setelah bayi lahir. Kelebihan *analgesia* dan *anastesia* bisa memperlambat pengambilan tonus dan *motilitas* ke keadaan normal.

c) Pengosongan usus

*Pasca* melahirkan, ibu sering mengalami *konstipasi*. Hal ini disebabkan tonus otot usus menurun selama proses persalinan dan awal masa *pascapartum*. Diare sebelum persalinan, *enema* sebelum melahirkan, kurang makan, *dehidrasi*, *hemoroid* ataupun *laserasi* jalan lahir. System pencernaan pada masa nifas membutuhkan waktu untuk kembali normal.

3) Perubahan sistem perkemihan

Perubahan hormonal pada masa hamil yaitu kadar steroid yang berperan meningkatkan fungsi ginjal. Begitu sebaliknya, pada *pasca* melahirkan kadar steroid menurun menyebabkan penurunan fungsi ginjal. Fungsi ginjal kembali normal dalam waktu satu bulan setelah wanita melahirkan. *Urin* dalam jumlah yang besar akan dihasilkan dalam waktu 12-36 jam sesudah melahirkan (Yanti dkk, 2014).

4) Perubahan sistem *muskuloskeletal*

Perubahan sistem *muskuloskeletal* terjadi pada saat umur kehamilan semakin bertambah, adaptasinya mencakup: peningkatan berat badan, bergesernya pusat akibat pembesaran rahim, relaksasi dan mobilitas. Namun demikian, pada saat *post partum* system *muskuloskeletal* akan berangsur-angsur pulih kembali. Ambulasi dini dilakukan segera setelah melahirkan, untuk membantu mencegah komplikasi dan mempercepat *involusi uteri* (Yanti dkk, 2014).

## 5) Perubahan sistem *endokrin*

Menurut Yanti dkk (2014)selamamasa kehamilan dan persalinan terdapat perubahan pada sistem *endokrin*. Hormon-hormon yang berperan pada proses tersebut, antara lain:

### a) Hormon *plasenta*

Pengeluaran *plasenta* menyebabkan penurunan hormone yang diproduksi oleh *plasenta*. Hormone *plasenta* menurun dengan cepat *pasca* persalinan. Penurunan hormone *plasenta* (*human placenta lactogen*) menyebabkan kadar gula darah menurun pada masa nifas. *Human Chorionic Gonadotropin* (HCG) menurun dengan cepat dan menetap sampai 10% dalam 3 jam hingga hari ke 7 *post partum* dan sebagai onset pemenuhan *mamae* pada hari ke 3 *post partum*.

### b) Hormon *pituitary*

Hormon *pituitary* antara lain : hormon *prolaktin*, *FSH* dan *LH*. Hormon *prolaktin* darah meningkat dengan cepat, pada wanita tidak menyusui menurun dalam waktu 2 minggu. Hormone *prolaktin* berperan dalam pembesaran payudara untuk merangsang produksi susu. *FSH* dan *LH* meningkat pada fase konsentrasi *folikel* pada minggu ke 3 dan LH tetap rendah hingga *ovulasi* terjadi.

### c) *Hipotalamik pituitary ovarium*

*Hopotalamik pituitary ovarium* akan mempengaruhi lamanya mendapatkan *menstruasi* pada wanita yang menyusui maupun yang tidak menyusui. Wanita menyusui mendapatkan *menstruasi* pada 6 minggu *pasca* salin berkisar 16 persen, dan 45 persen setelah 12 minggu *pasca* salin. Wanita yang tidak menyusui, akan mendapatkan *menstruasi* berkisar 40 persen setelah 6 minggu *pasca* melahirkan dan 90 persen setelah 24 minggu.

d) Hormon *oksitosin*

Hormon *oksitosin* disekresikan dari kelenjar otak bagian belakang, bekerja terhadap otot *uterus* dan jaringan payudara. Selama tahap ke 3 persalinan, hormon *oksitosin* berperan dalam pelepasan *plasenta* dan mempertahankan kontraksi, sehingga mencegah perdarahan. Isapan bayi dapat merangsang produksi ASI dan *ekresi oksitosin*, sehingga dapat membantu *invulusi uteri*.

e) Hormon *estrogen* dan *progesterone*

Volume darah selama kehamilan, akan meningkat. Hormon *estrogen* yang tinggi memperbesar hormone anti *diuretic* yang dapat meningkatkan volume darah. Hormone *progesteron* mempengaruhi otot halus yang mengurangi perangsangan dan peningkatan pembuluh darah. Hal ini mempengaruhi saluran kemih, ginjal, usus, dinding vena, dasar panggul, *perineum* serta *vulva* dan *vagina*.

6) Perubahan tanda-tanda vital

Tanda-tanda vital yang harus dikaji pada masa nifas, antara lain:

a) Suhu badan

Suhu wanita *inpartu* tidak lebih dari 37,2 °c. *pasca* melahirkan, suhu tubuh dapat naik kurang dari 0,5 °c dari keadaan normal. Kenaikan suhu badan ini akibat dari kerja keras sewaktu melahirkan, kehilangan cairan maupun kelelahan. Kurang lebih pada hari ke-4 *postpartum* suhu akan naik lagi. Hal ini diakibatkan adanya pembentukan ASI, kemungkinan payudara membengkak, maupun kemungkinan infeksi pada *endometrium, mastitis, traktus genitalia* ataupun sistem lain. Apabila kenaikan suhu diatas 38 °c, waspada terhadap infeksi *post partum* (Yanti dkk, 2014).

b) Nadi

Denyut nadi normal pada orang dewasa 60 sampai 80 kali permenit. *Pasca* melahirkan denyut nadi dapat menjadi bradikardi

maupun lebih cepat. Denyut nadi yang melebihi 100k kali permenit, harus waspada kemungkinan infeksi atau perdarahan *post partum* (Yanti dkk, 2014).

c) Tekanan darah

Tekanan darah adalah tekanan yang dialami oleh pembuluh arteri ketika darah dipompa oleh jantung ke seluruh tubuh manusia. Tekanan darah normal manusia adalah *sistolik* antara 90 - 120 mmHg dan *diastolik* 60-80 mmHg. *Pasca* melahirkan pada kasus normal, tekanan darah biasanya tidak berubah. Perubahan tekanan darah lebih rendah *pasca* melahirkan bisa disebabkan oleh perdarahan. Tekanan darah tinggi pada *post partum* merupakan tanda terjadinya *pre eklampsia post partum* (Yanti dkk, 2014).

d) Pernafasan

Frekuensi pernafasan normal pada orang dewasa adalah 16 sampai 20 kali permenit. Ibu *post partum* umumnya bernafas lambat dikarenakan ibu dalam tahap pemulihan atau dalam kondisi istirahat. Keadaan bernafas selalu berhubungan dengan keadaan suhu dan denyut nadi. Suhu nadi tidak normal, pernafasan juga akan mengikutinya, kecuali apabila ada gangguan khusus pada saluran nafas. Bernapas lebih cepat pada *post partum* kemungkinan ada tanda-tanda syok (Yanti dkk, 2014).

7) Perubahan Sistem *Kardiovaskuler*

Volume darah yang normal yang diperlukan *plasenta* dan pembuluh darah uterin meningkat selama kehamilan. Diuresis terjadi akibat adanya penurunan hormone *estrogen*, yang dengan cepat mengurangi volume *plasma* menjadi normal kembali. Kadar estrogen menurun selama nifas, namun kadarnya masih tetap tinggi dari pada normal. *Plasma* darah tidak banyak mengandung cairan sehingga daya *koagulasi* meningkat. Aliran ini terjadi dalam 2-4 jam

pertama setelah kelahiran bayi. Selama masa ini ibu mengeluarkan banyak sekali jumlah *urine*. Hilangnya *progesteron* membantu mengurangi *retensi* cairan yang melekat dengan meningkatnya vaskuler pada jaringan tersebut selama kehamilan bersama-sama dengan trauma selama persalinan (Yanti, dkk, 2014).

#### 8) Perubahan sistem *hematologi*

Selama minggu-minggu terakhir kehamilan, kadar *fibrinogen* dan *plasma* serta fakto-faktor pembekuan darah meningkat. Hari pertama *post partum*, kadar *fibrinogen* dan *plasma* akan sedikit menurun tetapi darah lebih mengental dengan peningkatan *viskositas* sehingga meningkatkan faktor pembekuan darah. *Leukositosis* yang meningkat di mana jumlah sel darah putih dapat mencapai 15000 selama persalinan akan tetap tinggi dalam beberapa hari pertama dari masa *post partum*. Jumlah sel darah putih tersebut masih bisa naik lagi sampai 25000 atau 30000 tanpa adanya kondisi patologis jika wanita tersebut mengalami persalinan lama (Yanti, dkk, 2014).

#### g. Proses adaptasi psikologis ibu masa nifas

##### 1) Adapasi psikologis ibu masa nifas

Masa nifas merupakan masa yang rentan dan terbuka untuk bimbingan dan pembelajaran. Perubahan peran seorang ibu memerlukan adaptasi. Tanggung jawab ibu mulai bertambah. Hal-hal yang dapat membantu ibu dalam adaptasi masa nifas adalah, fungsi menjadi orangtua, respon dan dukungan dari keluarga, riwayat dan pengalaman kehamilan serta persalinan, harapan, keinginan dan aspirasi saat hamil dan melahirkan (Yanti dkk, 2014).

Fase-fase yang akan dialami oleh ibu pada massa nifas antara lain:

##### a) Fase *taking in*

Merupakan periode ketergantungan, yang berlangsung dari hari pertama sampai hari kedua setelah melahirkan. Ibu terfokus pada dirinya sendiri sehingga cenderung pasif terhadap lingkungan. Ketidaknyamanan yang dialami antara lain rasa

mules, nyeri pada luka jahitan, kurang tidur, kelelahan. Hal yang perlu diperhatikan pada fase ini adalah istirahat cukup, komunikasi dan asupan nutrisi yang baik. Gangguan psikologis yang dapat dialami pada fase ini, antara lain: kekecewaan pada bayinya, ketidaknyamanan sebagai akibat perubahan fisik yang dialami, rasa bersalah karena belum menyusui bayinya, kritikan suami atau keluarga tentang perawatan bayi (Yanti dkk, 2014).

b) Fase *taking hold*

Fase ini berlangsung antara 3-10 hari setelah melahirkan. Ibu merasa khawatir akan ketidak mampuan dan rasa tanggung jawab dalam perawatan bayinya. Perasaan ibu lebih sensitive dan lebih cepat tersinggung. Hal yang perlu diperhatikan adalah komunikasi yang baik, dukungan dan pemberian penyuluhan atau pendidikan kesehatan tentang perawatan diri dan bayinya. Tugas bidan antar lain: mengajarkan cara perawatan bayi, cara menyusui yang benar, cara perawatan luka jahitan, senam nifas, pendidikan kesehatan gizi, istirahat, kebersihan dan lain-lain (Yanti dkk, 2014).

c) Fase *letting go*

Fase ini adalah fase menerima tanggung jawab akan peranbarunya. Fase ini berlangsung pada hari ke 10 setelah melahirkan. Ibu sudah dapat menyesuaikan diri dengan ketergantungan bayinya. Terjadi peningkatan akan perawatan diri dan bayinya. Ibu merasa percaya diri akan peran barunya, lebih mandiri dalam memenuhi kebutuhan bayi dan dirinya. Hal-hal yang harus dipenuhi selama nifas adalah sebagai berikut: fisik (istirahat, asupan gizi, lingkungan bersih), psikologi (dukungan dari keluarga sangat diperlukan), psikosocial (perhatian, rasa kasih sayang, menghibur ibu saat sedih dan menemani saat ibu merasa kesepian) (Yanti dkk, 2014).

## 2) Post partum *blues*

Menurut Widyasih dkk (2012) depresi sesudah melahirkan adalah gangguan psikologis yang dalam bahasa kedokterannya adalah *depresi post partum* atau *baby blues* atau *post partum blues*. *Post partum blues* merupakan masa transisi mood setelah melahirkan yang sering terjadi pada 50-70% wanita. *Post partum blues* sebagai suatu sindrom gangguan efek ringan yang sering tampak dalam minggu pertama setelah persalinan ditandai dengan gejala-gejala sebagai berikut: reaksi depresi/sedih/*disforia*, sering menangis, mudah tersinggung, cemas, labilitas perasaan, cenderung menyalahkan diri sendiri, gangguan tidur dan gangguan nafsu makan, kelelahan, mudah sedih, cepat marah, mood mudah berubah, perasaan terjebak (marah terhadap pasangan dan bayinya), perasaan bersalah, sangat pelupa.

## 3) *Post partum psikosis*

Menurut Yanti dkk (2014) insiden *psikosis post partum* sekitar 1-2 per 1000 kelahiran. Gejala *psikosis post partum* muncul beberapa hari sampai 4-6 minggu post partum. Faktor penyebab *psikosis post partum* antara lain, riwayat keluarga penderita psikiatri, riwayat ibu menderita psikiatri, masalah keluarga dan perkawinan. Gejalanya, gaya bicara keras, menarik diri dari pergaulan, cepat marah dan gangguan tidur. Penatalaksanaannya adalah : pemberian anti depresan, berhenti menyusui, dan perawatan di rumah sakit.

## 4) Kesedihan dan duka cita

Berduka yang paling besar adalah disebabkan karena kematian bayi meskipun kematian terjadi saat kehamilan. Bidannya harus memahani psikologis ibu dan ayah untuk membantu mereka melalui *pasca* berduka dengan cara yang sehat (Yanti dkk, 2014).

#### h. Kebutuhan dasar ibu masa nifas

##### 1) Nutrisi

Ibu nifas memerlukan nutrisi dan cairan untuk pemulihan kondisi kesehatan setelah melahirkan, cadangan tenaga serta untuk memenuhi produksi air susu. Ibu nifas dianjurkan untuk memenuhi kebutuhan akan gizi seperti makan dengan diet gizi seimbang untuk memenuhi kebutuhan karbohidrat, protein, lemak, vitamin, mineral, minum sedikitnya 3 liter setiap hari, mengonsumsi vitamin A 200.000 unit sebanyak 2 kapsul (Nugroho, dkk, 2014).

Zat-zat yang dibutuhkan ibu *pasca* persalinan antara lain:

##### a) Kalori

Kebutuhan kalori pada masa menyusui sekitar 500 kalori, makan dengan diet gizi seimbang untuk memenuhi kebutuhan karbohidrat, wanita dewasa memerlukan 1800 kalori per hari. Sebaliknya ibu nifas jangan mengurangi kebutuhan kalori, karena akan mengganggu proses metabolisme tubuh dan menyebabkan ASI rusak.

##### b) Protein

Kebutuhan protein yang dibutuhkan adalah 3 porsi perhari. Satu protein setara dengan tiga gelas susu, dua butir telur, 120 gram keju, 1  $\frac{3}{4}$  gelas yoghurt, 120-140 gram ikan/ daging/ unggas, 200-240 gram tahu atau 5-6 sendok selei kacang (Nugroho, dkk, 2014).

##### c) Kalsium dan vitamin D

Kalsium dan vitamin D berguna untuk pembentukan tulang dan gigi, kebutuhan kalsium dan vitamin D didapat dari minum susu rendah kalori atau berjamur di pagi hari. Konsumsi kalsium pada masa menyusui meningkat menjadi 5 porsi per hari, satu setara dengan 50-60 gram keju, satu cangkir susu krim, 160 gram ikan salmon, 120 gram ikan sarden, atau 280 gram tahu kalsium (Nugroho, dkk, 2014).



d) Magnesium

Magnesium dibutuhkan sel tubuh untuk membantu gerak otot, fungsi syaraf dan memperkuat tulang. Kebutuhan magnesium didapat pada gandum dan kacang-kacangan (Nugroho, dkk, 2014).

e) Sayuran hijau dan buah

Kebutuhan yang diperlukan setidaknya tiga porsi sehari. Satu porsi setara dengan 1/8 semangka, 1/4 mangga, 3/4 cangkir brokoli, 1/2 wortel, 1/4- 1/2 cangkir sayuran hijau yang telah dimasak, satu tomat (Nugroho, dkk, 2014).

f) Garam

Selama periode nifas hindari konsumsi garam berlebihan. Hindari makanan asin seperti kacang asin, keripik kentang atau acar (Nugroho, dkk, 2014).

g) Cairan

Konsumsi cairan sebanyak 8 gelas per hari. Minum sedikitnya 3 liter tiap hari. Kebutuhan akan cairan diperoleh dari air putih, sari buah, susu dan sup (Nugroho, dkk, 2014).

h) Vitamin

Kebutuhan vitamin selama menyusui sangat dibutuhkan. Vitamin yang diperlukan antara lain: vitamin A yang berguna bagi kesehatan kulit, kelenjar serta mata. Vitamin A terdapat dalam telur, hati dan keju. Jumlah yang dibutuhkan adalah 1.300 mcg. Vitamin B6 membantu penyerapan protein dan meningkatkan fungsi syaraf. Asupan vitamin B6 sebanyak 2,0 mg per hari. Vitain B6 dapat ditemui di daging, hati, padi-padian, kacang polong dan kentang. Vitamin E berfungsi sebagai antioksidan, meningkatkan stamina dan daya tahan tubuh. Terdapat dalam makanan berserat, kacang-kacangan, minyak nabati dan gandum (Nugroho, dkk, 2014).

i) *Zinc* (seng)

Berfungsi untuk kekebalan tubuh, penyembuh luka dan pertumbuhan. Kebutuhan zinc didapat dalam daging, telur dan gandum. Enzim dalam pencernaan dan metabolisme memerlukan seng. Kebutuhan seng setiap hari sekitar 12 mg. Sumber seng terdapat pada *seafood*, hati dan daging (Nugroho, dkk, 2014).

j) *DHA*

*DHA* penting untuk perkembangan daya lihat dan mental bayi. Asupan *DHA* berpengaruh langsung pada kandungan dalam ASI. Sumber *DHA* ada pada telur, otak, hati dan ikan (Nugroho, dkk, 2014).

2) Ambulasi

Setelah bersalin, ibu akan merasa lelah. Oleh karena itu, ibu harus istirahat. Mobilisasi yang akan dilakukan pada komplikasi persalinan, nifas dan sembuhan luka. Ambulasi dini (*early ambulation*) adalah mobilisasi segera setelah ibu melahirkan dengan membimbing ibu untuk bangun dari tempat tidurnya. Ibu post partum diperbolehkan bangun dari tempat tidurnya 24-48 jam setelah melahirkan.

3) Eliminasi

a) Miksi

Buang air kecil sendiri sebaiknya dilakukan secepatnya. Miksi normal bila dapat buang air kecil spontan setiap 3-4 jam.

b) Defekasi

Ibu diharapkan dapat buang air besar sekitar 3-4 hari post *partum*. Apabila mengalami kesulitan buang air besar, lakukan diet teratur, cukup cairan, konsumsi makanan berserat, olahraga, berikan obat perangsang per oral/rektal atau lakukan klisma bilamana perlu (Nugroho, dkk, 2014).

#### 4) Kebersihan diri atau perineum

Kebersihan diri berguna mengurangi infeksi dan meningkatkan perasaan nyaman. Kebersihan diri meliputi kebersihan tubuh, pakaian, tempat tidur maupun lingkungan. Beberapa hal yang dapat dilakukan ibu post partum dalam menjaga kebersihan diri, adalah sebagai berikut: mandi teratur minimal 2 kali sehari, mengganti pakaian dan alas tempat tidur, menjaga lingkungan sekitar tempat tinggal, melakukan perawatan perineum, mengganti pembalut minimal 2 kali sehari, mencuci tangan setiap membersihkan daerah genitalia (Yanti dkk, 2014).

#### 5) Istirahat

Ibu nifas memerlukan istirahat yang cukup, istirahat tidur yang dibutuhkan ibu nifas sekitar 8 jam pada malam hari dan 1 jam pada siang hari. Hal-hal yang dapat dilakukan ibu dalam memenuhi kebutuhan istirahatnya antara lain: anjurkan ibu untuk cukup istirahat, sarankan ibu untuk melakukan kegiatan rumah tangga secara perlahan, tidur siang atau istirahat saat bayi tidur. Kurang istirahat dapat menyebabkan jumlah ASI berkurang, memperlambat proses *involution uteri*, menyebabkan *deperesi* dan ketidakmampuan dalam merawat bayi (Yanti dkk, 2014).

#### 6) Seksual

Hubungan seksual aman dilakukan begitu darah berhenti dan tergantung suami istri tersebut. Selama periode nifas, hubungan seksual juga dapat berkurang. Hal yang dapat menyebabkan pola seksual selama masa nifas berkurang antara lain: gangguan atau ketidaknyamanan fisik, kelelahan, ketidakseimbangan berlebihan hormone, kecemasan berlebihan.

#### 7) Latihan atau senam nifas

Organ-organ tubuh wanita akan kembali seperti semula sekitar 6 minggu. Ibu akan berusaha memulihkan dan mengencangkan bentuk tubuhnya. Hal ini dapat dilakukan dengan cara latihan senam nifas.

Senam nifas adalah senam yang dilakukan sejak hari pertama melahirkan sampai dengan hari kesepuluh. Beberapa factor yang menentukan kesiapan ibu untuk memulai senam nifas antara lain: tingkat kebugaran tubuh ibu, riwayat persalinan, kemudahan bayi dalam pemberian asuhan, kesulitan adaptasi *post partum* (Yanti dkk, 2014).

i. Proses laktasi dan menyusui

1) Anatomi dan fisiologi payudara

a) Anatomi

Payudara (*mamae*, susu) adalah kelenjar yang terletak di bawah kulit, di atas otot dada. Fungsi dari payudara adalah memproduksi susu untuk nutrisi bayi. Manusia mempunyai sepasang kelenjar payudara, yang beratnya kurang lebih 200 gram, saat hamil 600 gram dan saat menyusui 800 gram (Yanti dkk, 2014).

b) Fisiologi Laktasi

Laktasi/menyusui mempunyai 2 pengertian yaitu:

(1) Produksi ASI atau *prolaktin*

Pembentukan payudara dimulai sejak *embrio* berusia 18-19 minggu. Hormone yang berperan adalah hormone *estrogen* dan *progesterone* yang membantu *maturasi alveoli*. Hormone *prolaktin* berfungsi untuk produksi ASI. Selama kehamilan hormon *prolaktin* dari *plasenta* meningkat tetapi ASI belum keluar karena pengaruh hormone *estrogen* yang masih tinggi. Kadar *estrogen* dan *progesterone* akan menurun pada saat hari kedua atau ketiga *pasca* persalinan, sehingga terjadi sekresi ASI (Yanti dkk, 2014).

(2) Pengeluaran Asi (*Oksitosin*)

Apabila bayi disusui, maka gerakan menghisap yang berirama akan menghasilkan rangsangan syaraf yang terdapat pada *glandula pituitaria posterior* sehingga keluar hormone

*oksitosin*. Hal ini menyebabkan sel *miopitel* disekitar *alveoli* akan berkontraksi dan mendorong ASI masuk dalam pembuluh *ampula*. Pengeluaran *oksitosin* selain dipengaruhi oleh isapan bayi juga oleh *reseptor* yang terletak pada *duktus*. Bila *duktus* melebar, maka secara *reflektoris oksitosin* dikeluarkan oleh *hipofisis* (Yanti dkk, 2014).

## 2) Dukungan bidan dalam pemberian ASI

Peran awal bidan dalam mendukung pemberian ASI adalah: meyakinkan bahwa bayi memperoleh makanan yang mencukupi dari payudara ibunya, membantu ibu sedemikian rupa sehingga ia mampu menyusui bayinya sendiri. Bidan dapat memberikan dukungan dalam pemberian ASI, dengan cara : memberi bayi bersama ibunya segera sesudah lahir selama beberapa jam pertama, mengajarkan cara merawat payudara yang sehat pada ibu untuk mencegah masalah umum yang timbul, membantu ibu pada waktu pertama kali memberi ASI, menempatkan bayi di dekat ibu pada kamar yang sama (rawat gabung), memberikan ASI pada bayi sesering mungkin, menghindari pemberian susu botol (Yanti dkk, 2014).

## 3) Manfaat pemberian ASI

### a) Manfaat pemberian ASI bagi bayi

Pemberian ASI dapat membantu bayi memulai kehidupannya dengan baik. Kolostrum atau susu pertama mengandung *antibody* yang kuat untuk mencegah infeksi dan membuat bayi menjadi kuat. ASI mengandung campuran berbagai bahan makanan yang tepat bagi bayi serta mudah dicerna (Purwanti, 2011).

### b) Manfaat pemberian ASI bagi ibu

Aspek kesehatan ibu, hisapan bayi akan merangsang terbentuknya *oksitosin* yang membantu *invulsi uteri* dan mencegah terjadinya perdarahan *pasca* persalinan, mengurangi *prevelensi anemia* dan serta menurunkan kejadian *obesitas* karena kehamilan. Aspek KB, menyusui secara *ekslusif* dapat

menjarangkan kehamilan. Hormon yang mempertahankan *laktasi* menekan *ovulasi* sehingga dapat menunda kesuburan. Aspek psikologis, perasaan bangga dan dibutuhkan sehingga tercipta hubungan atau ikatan batin antara ibu dan bayinya (Yanti dkk, 2014).

c) Manfaat pemberian ASI bagi keluarga

Aspek ekonomi, manfaat ASI dilihat dari aspek ekonomi adalah: ASI tidak perlu dibeli, mudah dan praktis, mengurangi biaya. Aspek psikologis, kebahagiaan keluarga menjadi bertambah, kelahiran jarang, kejiwaan ibu baik dan tercipta kedekatan antara ibu dan bayi dan anggota keluarga lain. Aspek kemudahan, menyusui sangat praktis, dapat diberikan kapan saja dan dimana saja (Yanti dkk, 2014).

d) Bagi negara

ASI memberikan manfaat untuk negara, yaitu: menurunkan angka kesakitan dan kematian anak, mengurangi subsidi untuk rumah sakit, mengurangi devisa dalam pembelian susu formula, dan meningkatkan kualitas generasi penerus bangsa (Yanti dkk, 2014).

4) Masalah dalam pemberian ASI

Menurut Yanti dkk, (2014) ada beberapa masalah dalam pemberian ASI, antara lain:

a) Bayi sering menangis

Tangisan bayi dapat dijadikan sebagai cara berkomunikasi antara ibu dan buah hati. Bayi menangis, maka cari sumber penyebabnya. Paling sering karena kurang ASI.

b) Bayi bingung puting (*Nipple confusion*)

Bingung puting (*Nipple confusion*) terjadi akibat pemberian susu formula dalam botol yang berganti-ganti. Hal ini akibat mekanisme menyusui pada puting susu ibu berbeda dengan mekanisme menyusui pada botol. Menyusui pada ibu memerlukan

kerja otot-otot pipi, gusi, langit-langit dan lidah. Sedangkan menyusu pada botol bersifat pasif, tergantung pada factor pemberi yaitu kemiringan botol atau tekanan gravitasi susu, besar lubang dan ketebalan karet dot.

## 5. Keluarga Berencana (KB)

### a. Suntik

#### 1) Pengertian

Suntikan *progestin* merupakan kontrasepsi suntikan yang berisi hormon *progesteron* (Mulyani, 2013).

2) Cara kerja suntikan progestin adalah menekan *ovulasi*, lendir *serviks* menjadi kental dan sedikit, sehingga merupakan barier terhadap *spermatozoa*, membuat *endometrium* menjadi kurang baik/layak untuk implantasi dari ovum yang sudah dibuahi, mungkin mempengaruhi kecepatan *transpor ovum* di dalam *tuba fallopi* (Mulyani, 2013).

#### 3) Keuntungan suntikan progestin

a) Keuntungan kontraseptif: sangat efektif (0.3 kehamilan per 1000 wanita selama tahun pertama penggunaan), cepat efektif (<24 jam) jika dimulai pada hari ke 7 dari siklus haid, metode jangka waktu menengah (*Intermediate-term*) perlindungan untuk 2 atau 3 bulan per satu kali injeksi, pemeriksaan panggul tidak diperlukan untuk memulai pemakaian, tidak mengganggu hubungan seks, tidak mempengaruhi pemberian ASI, bisa diberikan oleh petugas non-medis yang sudah terlatih, tidak mengandung *estrogen*.

b) Keuntungan non kontraseptif: mengurangi kehamilan *ektopik*, bisa mengurangi nyeri haid, bisa mengurangi perdarahan haid, bisa memperbaiki *anemi*, melindungi terhadap kanker *endometrium*, mengurangi penyakit payudara ganas, memberi perlindungan terhadap beberapa penyebab PID (Penyakit *Inflamasi Pelvik*) (Mulyani, 2013).

#### 4) Kerugian suntikan progestin

Perubahan dalam pola perdarahan haid, perdarahan/bercak tak beraturan awal pada sebagian besar wanita, penambahan berat badan (2 kg), meskipun kehamilan tidak mungkin, namun jika terjadi, lebih besar kemungkinannya berupa *ektopik* dibanding pada wanita bukan pemakai, harus kembali lagi untuk ulangan injeksi setiap 3 bulan (*DMPA*) atau 2 bulan (*NET-EN*), pemulihan kesuburan bisa tertunda selama 7-9 bulan (secara rata-rata) setelah penghentian (Mulyani, 2013).

#### 5) Efek samping dan penanganannya

##### a) *Amenorrhea*

Penanganannya: yakinkan ibu bahwa hal itu adalah biasa, bukan merupakan efek samping yang serius, evaluasi untuk mengetahui apakah ada kehamilan, terutama jika terjadi *amenorrhea* setelah masa siklus haid yang teratur, jika tidak ditemui masalah, jangan berupaya untuk merangsang perdarahan dengan kontrasepsi oral kombinasi, perdarahan hebat atau tidak teratur (Mulyani, 2013).

##### b) *Spotting* yang berkepanjangan (>8 hari) atau perdarahan sedang

Penanganannya: yakinkan dan pastikan, periksa apakah ada masalah ginekologis (misalnya *servicitis*), pengobatan jangka pendek: kontrasepsi oral kombinasi (30-50 µg EE) selama 1 siklus, ibuprofen (hingga 800 mg 3 kali sehari x 5 hari) (Mulyani, 2013).

Perdarahan yang kedua kali sebanyak atau dua kali lama perdarahan normal, penanganannya: tinjau riwayat perdarahan secara cermat dan periksa *hemoglobin* (jika ada), periksa apakah ada masalah *ginekologi*, pengobatan jangka pendek yaitu: kontrasepsi oral kombinasi (30-50 µg EE) selama 1 siklus, ibuprofen (hingga 800 mg 3 kali sehari x 5 hari) (Mulyani, 2013).  
Jika perdarahan tidak berkurang dalam 3-5 hari, berikan:



- (1) Dua (2) pil kontrasepsi oral kombinasi per hari selama sisa siklusnya kemudian 1 pil perhari dari kemasan pil yang baru
- (2) *Estrogen* dosis tinggi (50 µg EE COC, atau 1.25 mg yang disatukan dengan *estrogen*) selama 14-21 hari.
- (3) Pertambahan atau kehilangan berat badan (perubahan nafsu makan) Informasikan bahwa kenaikan/ penurunan berat badan sebanyak 1-2 kg dapat saja terjadi. Perhatikan diet klien bila perubahan berat badan terlalu mencolok. Bila berat badan berlebihan, hentikan suntikan dan anjurkan metode kontrasepsi yang lain (Mulyani, 2013).

## **B. Standar Asuhan Kebidanan**

Berikut ini adalah 6 standar asuhan kebidanan menurut Kepmenkes Nomor 938/2007 adalah sebagai berikut:

1. Standar I: Pengkajian
  - a. Pernyataan standar

Bidan mengumpulkan semua informasi yang akurat, relevan dan lengkap dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi klien.
  - b. Kriteria pengkajian
    - 1) Data tepat, akurat dan lengkap
    - 2) Terdiri dari data subyektif (hasil anamneses, biodata, keluhan utama, riwayat *obstretik*, riwayat kesehatan dan latar belakang sosial budaya)
    - 3) Data obyektif (hasil pemeriksaan fisik, psikologis, dan pemeriksaan penunjang).
2. Standar II: Perumusan diagnose atau masalah kebidanan
  - a. Pernyataan standar

Bidan menganalisis data yang diperoleh pada pengkajian menginterpretasikan secara akurat dan logis untuk menegakan diagnose dan masalah kebidanan yang tepat.
  - b. Kriteria perumusan diagnose dan atau masalah kebidanan
    - 1) Diagnose sesuai dengan nomenklatur kebidanan

- 2) Masalah dirumuskan sesuai dengan kondisi klien
- 3) Dapat diselesaikan dengan asuhan kebidanan secara mandiri, kolaborasi, dan rujukan.

### 3. Standar III: Perencanaan

#### a. Pernyataan standar

Bidan merencanakan asuhan kebidanan berdasarkan diagnose dan masalah yang ditegakkan.

#### b. Kriteria perencanaan

- 1) Rencana tindakan disusun berdasarkan prioritas masalah dan kondisi klien, tindakan segera, tindakan antisipasi, dan asuhan secara *komprehensif*.
- 2) Melibatkan pasien/klien dan atau keluarga
- 3) Mempertimbangkan kondisi psikologi, sosial budaya atau keluarga
- 4) Memiliki tindakan yang aman sesuai kondisi yang dibutuhkan klien berdasarkan *evidence based* dan memastikan bahwa asuhan yang diberikan bermanfaat untuk klien
- 5) Mempertimbangkan kebijakan dan peraturan yang berlaku, sumber daya serta fasilitas yang ada

### 4. Standar IV: Implementasi

#### a. Pernyataan standar

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

#### b. Kriteria implementasi

- 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 atau pasien
- 6) Melaksanakan prinsip pencegahan infeksi
- 7) Mengikuti perkembangan klien secara berkesinambungan.
- 8) Menggunakan sumber daya, sarana dan fasilitas yang ada dan sesuai
- 9) Melakukan tindakan sesuai standar
- 10) Mencatat semua tindakan yang dilakukan

5. Standar V: Evaluasi

a. Pernyataan standar

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

b. Kriteria evaluasi

- 1) Penilaian dilakukan segera setelah melaksanakan asuhan sesuai kondisi klien
- 2) Hasil evaluasi segera dicatat dan dikomunikasikan pada klien dan atau keluarga
- 3) Evaluasi dilakukan sesuai standar
- 4) Hasil evaluasi ditindaklanjuti sesuai dengan kondisi klien atau pasien.

6. Standar VI: Pencatatan asuhan kebidanan

a. Pernyataan standar

Melakukan pencatatan secara lengkap, akurat, singkat, dan jelas mengenai keadaan atau kejadian yang ditemukan dan dilakukan dalam memberikan asuhan kebidanan.

b. Kriteria pencatatan asuhan kebidanan

- 1) Pencatatan dilakukan segera setelah melaksanakan asuhan pada formulir yang tersedia (rekam medis/KMS/status pasien dan buku KIA.
- 2) Ditulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP
  - a) S adalah data subyektif mencatat hasil anamneses
  - b) O adalah data obyektif mencatat hasil pemeriksaan
  - c) A adalah analisa mencatat hasil analisa

- d) Padahal penatalaksanaan, mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan *komprehensif*, penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi/ *follow up* dan rujukan.

### C. Kewenangan Bidan

Sebagai seorang bidan dalam memberikan asuhan harus berdasarkan aturan atau hukum yang berlaku, sehingga penyimpangan terhadap hukum (mal praktik) dapat dihindarkan. Dalam menangani kasus seorang bidan diberi kewenangan sesuai dengan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 1464/Menkes/Per/X/2010 tentang penyelenggaraan praktik bidan, yang disebut dalam BAB III praktik kebidanan antara lain:

#### 1. Pasal 9

Bidan dalam menyelenggarakan praktik berwenang untuk memberikan pelayanan meliputi:

- a. Pelayanan kesehatan ibu
- b. Pelayanan kesehatan anak, dan
- c. Pelayanan kesehatan reproduksi perempuan dan/keluarga berencana

#### 2. Pasal 10

- a. Pelayanan kesehatan ibu sebagaimana dimaksud dalam pasal 9 no.1 diberikan pada masa *prahamil*, kehamilan, masa nifas, masa menyusui dan masa antara dua kehamilan.
- b. Pelayanan kesehatan ibu sebagaimana dimaksud dalam pasal 9 ayat (1) meliputi :
  - 1) Pelayanan konseling pada masa *prahamil*
  - 2) Pelayanan *antenatal* pada kehamilan normal
  - 3) Pelayanan persalinan normal
  - 4) Pelayanan ibu nifas normal
  - 5) Pelayanan ibu menyusui
  - 6) Pelayanan konseling pada masa antara dua kehamilan

c. Bidan dalam memberikan pelayanan sebagaimana dimaksud pada ayat

(b) berwenang untuk :

1) *Episiotomi*

2) Penjahitan luka jalan lahir tingkat 1 dan 2

3) Penanganan kegawatdaruratan, dianjurkan dengan perujukan

4) Pemberian tablet Fe pada ibu hamil

5) Pemberian vitamin A dosis tinggi pada ibu nifas

6) Fasilitas/bimbingan inisiasi menyusui dini dan promosi ASI *eksklusif*

7) Pemberian *uteronika* pada manajemen aktif kala III dan *post partum*

8) Penyuluhan dan konseling

9) Bimbingan pada kelompok ibu hamil

10) Pemberian surat keterangan kematian

11) Pemberian surat keterangan cuti bersalin.

3. Pasal 11

a. Pelayanan kesehatan anak sebagaimana dimaksud pada pasal 9 no. 2 diberikan pada bayi baru lahir, bayi, anak balita, anak pra sekolah

b. Bidan dalam memberikan pelayanan kesehatan anak sebagaimana dimaksud pada ayat (a) berwenang untuk :

1) Melakukan asuhan bayi baru lahir normal termasuk resusitasi, pencegahan *hipotermi*, inisiasi menyusui dini, injeksi vitamin K1, perawatan bayi baru lahir pada masa neonatal (0-28 hari) dan perawatan tali pusat.

2) Penanganan *hipotermi* pada bayi baru lahir dan segera merujuk

3) Penanganan kegawatdaruratan, dilanjutkan dengan perujukan

4) Pemberian imunisasi rutin sesuai program pemerintah

5) Pemantauan tumbuh kembang bayi, anak balita dan anak pra sekolah

6) Pemberian konseling dan penyuluhan

7) Pemberian surat keterangan kelahiran

8) Pemberian surat keterangan kematian

#### 4. Pasal 12

Bidan dalam memberikan pelayanan kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana sebagaimana dimaksud dalam pasal 9 huruf c, berwenang untuk:

- a. Memberikan penyuluhan dan konseling kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana
- b. Memberikan alat kontrasepsi oral dan kondom.

#### 5. Pasal 18

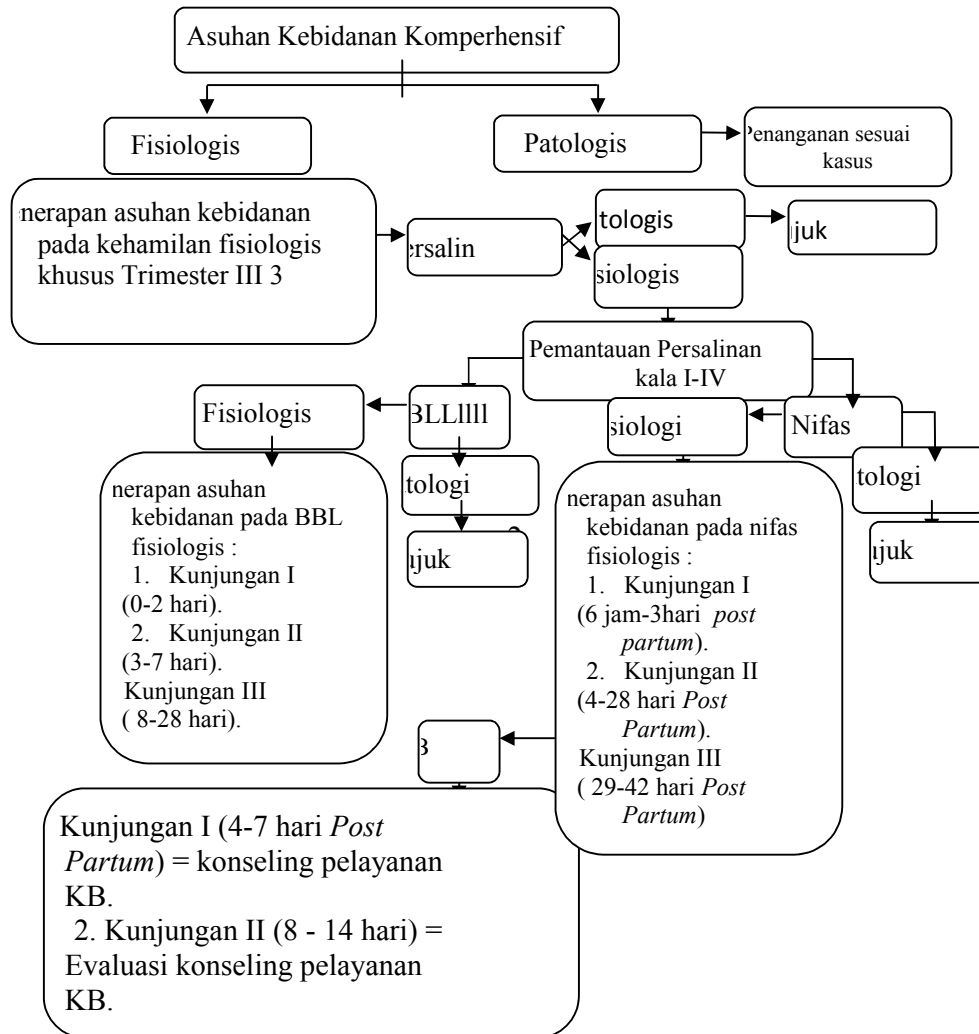
a. Dalam melaksanakan praktik/kerja, bidan berkewajiban untuk:

- 1) Menghormati hak pasien
- 2) Memberikan informasi tentang masalah kesehatan pasien dan pelayanan yang dibutuhkan
- 3) Merujuk kasus yang bukan kewenangannya atau tidak dapat ditangani dengan tepat waktu
- 4) Meminta persetujuan tindakan yang akan dilakukan
- 5) Menyimpan kerahasiaan pasien sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan
- 6) Melakukan pencatatan asuhan kebidanan dan pelayanan lainnya secara sistematis
- 7) Mematuhi standar
- 8) Melakukan pencatatan dan pelaporan penyelenggaraan praktik kebidanan termasuk pelaporan kelahiran dan kematian.

b. Bidan dalam menjalankan praktik/kerja senantiasa meningkatkan mutu pelayanan profesinya, dengan mengikuti perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi melalui pendidikan dan pelatihan sesuai dengan bidang tugasnya.

c. Bidan dalam menjalankan praktik kebidanan harus membantu program pemerintah dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat.

#### D. Kerangka Pikir/ Kerangka Pemecahan Masalah



Gambar 2.1 Kerangka Pemikiran Asuhan Komperhensif

#### E. Pernyataan Penelitian

Pada studi kasus ini membahas tentang asuhan kebidanan komperhensif sepanjang daur kehidupan reproduksi seorang wanita (Kehamilan, Persalinan, Nifas, Bayi Baru Lahir dan Keluarga Berencana), dengan menggunakan asuhan kebidanan pendokumentasian 7 langkah Varney dan SOAP.

## BAB III

### METODE PENELITIAN

#### A. Jenis Penelitian

Jenis atau metode penelitian yang digunakan adalah studi penelaah kasus (*case study*). Studi kasus dilakukan dengan cara meneliti suatu permasalahan melalui suatu kasus yang terdiri dari unit tunggal. Unit tersebut secara mendalam *dianalisis* baik dari segi yang berhubungan dengan keadaan kasus itu sendiri, faktor-faktor yang mempengaruhi, kejadian-kejadian khusus yang muncul sehubungan dengan kasus, maupun tindakan dan reaksi kasus terhadap suatu perlakuan atau pemaparan tertentu (Notoadmodjo, 2010).

Studi kasus ini penulis mengambil studi kasus dengan judul “ASUHAN KEBIDANAN BERKELANJUTAN PADA NY. M.E.F DI PUSKESMAS WATUNESO TANGGAL 24 APRIL SAMPAI DENGAN 25 JUNI 2019”.

#### B. Lokasi dan Waktu

Tabel 12 Lokasi dan Waktu Kegiatan

No	Lokasi	Waktu	Kegiatan
1	Puskesmas Watuneso	24 - 04-2019	Rencana pengambilan kasus untuk LTA
2	Puskesmas Watuneso	24 - 04-2019	Penentuan kasus untuk LTA
3	Puskesmas Watuneso dan rumah ibu hamil	24 - 04 s/d 11-06-2019	Pemberian asuhan kebidanan berkelanjutan (kehamilan, persalinan, BBL, nifas, dan KB) pada kasus LTA
4	Puskesmas Watuneso	24-04-2019 s/d 11-06-2019	Penyusunan laporan LTA



### C. Subyek Kasus

#### 1. Populasi

Dalam penulisan laporan studi kasus ini populasi studi kasus yang diambil oleh penulis adalah seluruh ibu hamil trimester III di Puskesmas Watuneso Kecamatan Lio Timur periode April sampai dengan Juni 2019.

#### 2. Sampel

Dalam penulisan studi kasus ini yang menjadi sampel adalah Ny. M.E.F umur 19 tahun GIP0A0 usia kehamilan 39 minggu 1 hari di Puskesmas Watuneso, Kecamatan Lio Timur periode April sampai dengan Juni 2019.

### D. Teknik Pengumpulan Data

Dalam penyusunan studi kasus ini yang digunakan sebagai metode untuk pengumpulan data antara lain:

#### 1. Data primer

##### a. Observasi

Metode pengumpulan data melalui suatu pengamatan dengan menggunakan panca indra maupun alat sesuai format asuhan kebidanan pada ibu hamil, bersalin, bayi baru lahir, nifas dan KB, dengan kriteria format sebagai berikut:

- 1) Pemeriksaan fisik (data obyektif) meliputi *inspeksi, palpasi, auskultasi* dan *perkusi*.
- 2) Pemeriksaan penunjang: *haemoglobin (Hb), HBsAg, dan USG*.

##### b. Wawancara

Dalam proses penelitian ini peneliti menanyakan langsung tentang identitas pasien, serta masalah-masalah yang dialami dan terjadi pada ibu menggunakan format asuhan kebidanan.

#### 2. Data sekunder

Dalam penelitian ini selain melakukan observasi dan wawancara pada pasien, peneliti juga mengambil data dari buku KIA pasien, register kohort, status pasien untuk melengkapi data yang telah diperoleh pada data-data sebelumnya.

## E. Keabsahan Penelitian

Keabsahan data dengan menggunakan *triangulasi* data, di mana *triangulasi* merupakan teknik pengumpulan data yang bersifat menggabungkan dari berbagai teknik pengumpulan data dan sumber data yang telah ada. *Triangulasi* data ada dua yaitu *triangulasi* sumber dan teknik. Kasus ini, penulis menggunakan *triangulasi* sumber dengan kriteria:

### 1. Observasi

Uji validasi data dengan pemeriksaan umum (keadaan umum, keadaan emosional, *vital sign*, berat badan, lingkaran lengan atas), *inspeksi, palpasi, auskultasi, perkusi*, pemeriksaan *hemoglobin, HBsAg* dan pemeriksaan *USG*.

### 2. Wawancara

Uji validasi dengan wawancara pasien, keluarga, dan bidan.

### 3. Studi dokumentasi

Uji validasi data dengan menggunakan catatan medik yang ada di Puskesmas Pembantu (register kohort ibu hamil, dan kartu ibu), dan buku KIA yang menjadi pegangan.

## F. Instrumen

Alat dan bahan yang digunakan dalam studi kasus ini adalah:

### 1. Alat dan bahan yang digunakan untuk melakukan observasi dan pemeriksaan fisik.

#### a. Kehamilan

Tensimeter, stetoskop, termometer, *penlight, handscoen*, jam tangan, pita lila, pita centimeter, *funduscop,refleks hamer*, timbangan dewasa, pengukur tinggi badan.

#### b. Persalinan

Tensimeter, stetoskop, termometer, jam tangan, pita centimeter, *partus set (koher 2 buah, setengah koher 1 buah, gunting tali pusat 1 buah, gunting episiotomi 1 buah, penjepit tali pusat 1 buah, kassa steril), heting set (gunting, jarum dan benang, nearfuder, pinset anatomis 1 dan pinset sirurgis 1 buah, kassa steril), handscoen.*

c. Nifas

Tensimeter, stetoskop, termometer, jam tangan, *handscoon*, kassa steril.

d. BBL

Timbangan bayi, pita centimeter, lampu sorot, kapas alkohol, kassa steril, jam tangan, termometer, stetoskop.

e. KB

Leaflet.

2. Alat dan bahan yang digunakan untuk melakukan wawancara:

Format asuhan kebidanan.

3. Alat dan bahan yang digunakan untuk melakukan studi dokumentasi:

Catatan medik atau status pasien, buku KIA.

## G. Etika Penelitian

Etika penelitian adalah peristiwa interaksi sosial dalam kehidupan sehari-hari yang berkaitan dengan filsafah moral, sopan santun, tata susila, budi pekerti. Penelitian kasus adalah penelitian yang dilaksanakan dengan metode ilmiah yang telah teruji *validitas* dan *reabilitas*. Penelitian ini akan dibenarkan secara etis apabila penelitian dilakukan seperti tiga hal di atas. Dalam menuliskan laporan kasus juga memiliki beberapa masalah etik yang harus diatasi adalah:

### 1. *Inform consent*

*Inform consent* adalah suatu proses yang menunjukkan komunikasi yang efektif antara bidan dengan pasien dan bertemunya pemikiran tentang apa yang akan dan apa yang tidak akan dilakukan terhadap pasien.

### 2. *Self determination*

Hak *self determination* memberikan otonomi kepada subyek penelitian untuk membuat keputusan secara sadar, bebas dari paksaan untuk berpartisipasi atau tidak berpartisipasi dalam penelitian ini atau untuk menarik diri dari penelitian ini.

### 3. *Anonymity*

Hak *anonymity* dan *confidentiality* didasari hak kerahasiaan. Subyek penelitian memiliki hak untuk ditulis atau tidak namanya atau *anonim* dan

memiliki hak berasumsi bahwa data yang dikumpulkan akan dijaga kerahasiaannya. Laporan kasus yang akan dilakukan, penulis menggunakan hak *inform consent*, serta hak *anonymity* dan *confidentiality* dalam penulisan studi kasus.

#### 4. *Confidentiality*

*Confidentiality* adalah pencegahan bagi mereka yang tidak berkepentingan, yang ingin mengetahui secara umum data, hak dan kerahasiaan klien. Seseorang dapat mencapai informasi secara umum apabila telah disebutkan atau telah mendapat perijinan dari pihak yang berkaitan. Manfaat *confidentiality* ini adalah menjaga kerahasiaan secara menyeluruh untuk menghargai hak-hak pasien.

## **BAB IV**

### **TINJAUAN KASUS**

#### **A. Gambaran Lokasi Penelitian**

Puskesmas Watuneso terletak di Kecamatan Lio Timur Puskesmas Watuneso merupakan salah satu Puskesmas Rawat Jalan dan Rawat Inap yang ada di Kabupaten Ende , Batas wilayah kerja Puskesmas Watuneso sebagai berikut:

1. Sebelah Timur berbatasan dengan Kabupaten Sikka
2. Sebelah Barat berbatasan dengan Kecamatan Wolowaru
3. Sebelah Utara berbatasan dengan Kecamatan Kota Baru
4. Sebelah Selatan berbatasan dengan Puskesmas Maubasa

Puskesmas Watuneso menjalankan beberapa program diantaranya Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) seperti *Ante Natal Care (ANC)*, *Intra Natal Care (INC)*, *Post Natal Care (PNC)*, Keluarga Berencana (KB), *Imunisasi*, P2M, *Poli Umum*, *Farmasi*, *Poli TBC*, *MTBS*, *Gisi*, *Kesling*, dan *VCT*. Dalam upaya pemberian pelayanan kepada masyarakat, selanjutnya dikembangkan Pos Pelayanan Terpadu (Posyandu) yang terdiri dari 2 jenis posyandu yaitu posyandu balita dan posyandu lanjut Usia.

Jumlah tenaga kesehatan di Puskesmas Watuneso yaitu, berstatus PNS: bidan 15 orang, perawat 28 orang, dokter umum 1 orang, dokter gigi 0 orang, analis 1 orang, sanitasi 1 orang, nutrisisionis 1 orang, kesehatan masyarakat 0 orang, apoteker 0 orang, perawat gigi 0 orang, D3 pengawas obat dan makanan 0 orang, refraksionis optisi 0 orang, teknik elektronik medik 0 orang, Pekaria kesehatan 0 orang, non kesehatan 1 orang, dan berstatus tenaga sukarela : bidan 13 orang, perawat 1 orang, FKM 1 orang, perawat gigi 0 orang

## B. Tinjauan Kasus

Studi Kasus Asuhan Kebidanan Berkelanjutan pada Ny. M.E.F umur 19 tahun GIP0A0 usia kehamilan 37 minggu 4 hari Janin Hidup Tunggal Letak Kepala *Intra Uterin* Keadaan Jalan Lahir Normal Keadaan Ibu dan Janin Baik di Puskesmas Watuneso Tanggal 24 April sampai dengan 09 Juni 2019.

### “ASUHAN KEBIDANAN BERKELANJUTAN PADA NY. M.E.F DI PUSKESMAS WATUNESO TANGGAL 24 APRIL SAMPAI DENGAN 09 JUNI 2019”

Hari/ tanggal : Selasa, 24 April 2019

Pukul : 09.30 WITA

Tempat : Puskesmas Watuneso

No. CM : 01-00037-60

#### 1. Pengumpulan Data Dasar

##### a. Data Subyektif

##### 1) Biodata

Nama	: Ny. M.E.F	Nama Suami	: Tn. W
Umur	: 19 tahun	Umur	: 20 tahun
Suku/Bangsa	: Flores/Indonesia	Suku/Bangsa	: Flores/Indonesia
Agama	: Katolik	Agama	: Katolik
Pendidikan	: SMA	Pendidikan	: SMA
Pekerjaan	: IRT	Penghasilan	: < Rp.1.000.000,00
Penghasilan	: -	Alamat rumah	: Desa Aepetu,
Alamat rumah	: Desa Aepetu,	Kecamatan	: Lio Timur
	Kecamatan Lio Timur		

2) Keluhan Utama : ibu mengatakan datang untuk memeriksakan kehamilannya dan pinggang terasa sakit.

##### 3) Riwayat Haid

a) *Menarche* : 14 tahun

b) Siklus : 28 hari

- c) Lamanya haid : 5 hari
- d) Sifat darah : Cair, warnanya merah, baunya amis
- e) Nyeri haid : Tidak ada

4) Riwayat Perkawinan

Ibu mengatakan status perkawinan sudah menikah sejak umur 18 tahun  
Lamanya perkawinan 1 tahun.

5) Riwayat kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu

N O	HAMIL		PERSALINAN					NIFAS	KB
	UK	Penyulit	Jenis	Peno -long	Tem- pat	JK	BB	Penyakit	
1	Ini	GII, PI, A0, AHI							

6) Riwayat kehamilan sekarang

(1) HPHT: 04- 08- 2018

(2) ANC :

Ibu mengatakan pemeriksaan kehamilan pertama kali dilakukan pada usia kehamilan 10 minggu di Puskesmas Watuneso, pemeriksaan kehamilan sudah dilakukan sebanyak 8 kali. Pergerakan anak pertama kali dirasakan ibu saat umur kehamilan 4 bulan. Keluhan yang pernah dialami ibu saat hamil adalah merasa mual muntah yang dirasakan pada saat pemeriksaan kehamilan yang pertama yakni pada umur kehamilan 10 minggu, sekarang keluhan tersebut sudah tidak dirasakan lagi. Keluhan saat ini: Ibu mengatakan merasa perut terasa kencang sudah 2 hari yang lalu. Nasihat yang pernah diterima dari bidan diantaranya, pemeriksaan kehamilan secara teratur, minum tablet tambah darah teratur tiap malam 1 tablet, dan persiapan persalinan. Therapi yang pernah didapat adalah tablet tambah darah sebanyak 90 tablet, vitamin c 90 tablet, dosisnya 1 tablet tiap malam sesudah makan, dan kalsium laktat 60 tablet, dosisnya 1 tablet tiap siang hari. Ibu mempunyai golongan darah O.

(3) Imunisasi TT 1 dan TT 2 pada tanggal 9 Nopember 2019 dan TT 4 pada tanggal 10 Desember 2019, di Puskesmas Watuneso.

(4) Berat badan sebelum hamil: 40 kg.

7) Riwayat Kontrasepsi

Ibu mengatakan belum pernah mengikuti KB

8) Riwayat Kesehatan Ibu

Ibu mengatakan tidak pernah menderita penyakit seperti: jantung, *hipertensi*, *hepatitis*, penyakit jiwa, campak, *varicella*, malaria, IMS. Tidak pernah transfusi darah, tidak pernah menjalani operasi, tidak ada riwayat alergi obat, tidak pernah masuk RS, dan tidak pernah mengalami kecelakaan.

9) Riwayat kesehatan keluarga dan penyakit keturunan

Ibu mengatakan dalam keluarganya tidak ada yang menderita penyakit kronis seperti: jantung, ginjal, *diabetes melitus*, dan *asma*; tidak ada yang menderita penyakit menular seperti: *hepatitis*, *TBC*, IMS; tidak ada keturunan kembar dari pihak ibu maupun suaminya.

10) Keadaan Psikososial

a) Respon ibu dan keluarga terhadap kehamilan : Ibu mengatakan awalnya kehamilan ini direncanakan.

b) Dukungan dari keluarga: Ibu mengatakan keluarga dan suami mendukung kehamilan saat ini dengan memberikan suport serta selalu mendampingi ibu setiap kali melakukan pemeriksaan kehamilan.

c) Tempat dan petugas yang diinginkan untuk menolong: Ibu mengatakan berencana melakukan persalinan di Puskesmas Watuneso dan ditolong oleh Bidan/ dokter.

d) Beban kerja dan kegiatan sehari – hari: Ibu mengatakan melakukan pekerjaan rumah tangga.

e) Jenis kelamin yang diharapkan: Ibu mengatakan anak laki – laki atau perempuan sama saja asalkan diberi kesehatan buat anaknya.



f) Pengambilan keputusan dalam keluarga: Ibu mengatakan pengambilan keputusan dalam keluarga oleh suami.

g) Perilaku kesehatan:

(1) Merokok: Ibu mengatakan tidak pernah merokok, dalam keluarga tidak ada yang merokok.

(2) Miras: Ibu mengatakan tidak pernah mengonsumsi minuman seperti sopi, bir, dll.

(3) Konsumsi obat terlarang: Ibu mengatakan tidak pernah mengonsumsi obat terlarang seperti narkoba, dll.

(4) Minum kopi: Ibu mengatakan tidak mengonsumsi kopi.

#### 11) Riwayat Sosial dan Kultur

a) Kebiasaan melahirkan ditolong oleh siapa: Ibu mengatakan pengalaman dalam keluarganya selalu melahirkan di Puskesmas dan ditolong oleh bidan.

b) Pantangan makan: Ibu mengatakan tidak ada pantangan makanan sebelum hamil dan selama hamil.

c) Pola kebiasaan sehari – hari

Tabel 13 pola kebiasaan sehari-hari

	Sebelum hamil	Saat hamil
Nutrisi (pola makan )	Makan Porsi : 3 piring/hari Komposisi: nasi, sayur tempe, tahu atau ikan Minum Porsi : ± 8 - 9 gelas/hari Jenis : air putih Tidak ada kebiasaan minum Obat - obatan terlarang	Makan Porsi : 3 - 4 piring/hari, Komposisi : nasi, sayur, tempe dan tahu atau ikan, Minum Porsi : ± 9 - 10 gelas/hari, Jenis : air putih Tidak ada kebiasaan minum Obat - obatan terlarang keluhan : tidak ada
Eliminasi	BAB Frekuensi : 1x/hari Konsistensi : lembek Warna : kuning BAK Frekuensi : 4 - 5 x/hari Konsistensi : cair Warna : putih	BAB Frekuensi : 1x/hari Konsistensi : lembek Warna : kuning BAK Frekuensi : 8 - 9 x/hari Konsistensi : cair Warna: putih Keluhan : tidak ada
Seksualitas	Frekuensi : 3 - 4 x/minggu	Frekuensi: 1 x/minggu Keluhan : tidak ada

Personal hygiene	Mandi : 2x/hari Sikat gigi : 2x/hari Keramas : 2x/minggu Cara cebok : benar dari depan ke belakang Ganti pakaian dalam : 2x/hari setelah selesai mandi	Mandi : 2x/hari Sikat gigi : 2x/ hari Keramas : 3x/minggu Cara cebok : benar dri depan ke belakang Ganti pakaian Dalam : setelah selesai mandi atau terasa lembab.
Istirahat dan tidur	Tidur siang : 1 jam/ hari Tidur malam : 8 jam/hari	Tidur siang : ±30menit /hari Tidur malam : 6 - 7 jam/hari Keluhan : tidak ada
Aktivitas	Ibu melakukan kegiatan rumah tangga seperti mencuci pakaian,dan mengurus rumah tangga dan pergi ke sawah	Selama hamil ibu melakukan aktivitas yang ringan seperti menyapu halaman dan memasak.

b. Data Obyektif

1) Tafsiran Persalinan : 11 - 05 - 2019

2) Pemeriksaan Fisik Umum

- a) Keadaan umum : baik
- b) Kesadaran : *composmentis*
- c) Berat badan sekarang : 49kg
- d) Bentuk tubuh : *lordosis*
- e) Tanda-tanda vital : tekanan darah: 110/70 mmHg, nadi: 82 kali/menit, suhu : 37°C, pernapasan: 18 kali/menit
- f) Lila : 24 cm

3) Pemeriksaan Fisik *Obstetrik*

- a) Kepala: bentuk simetris, rambut berwarna hitam, kulit kepala bersih, tidak ada pembengkakan.
- b) Wajah: bentuk simetris, tidak ada pembengkakan pada daerah palpebra, tidak ada cloasma gravidarum, tidak ada oedema.
- c) Mata: simetris,*konjungtiva* pucat, *sclera* berwarna putih.
- d) Hidung: bentuk simetris, tidak ada *polip*, tidak ada peradangan.
- e) Telinga: bentuk simetris, tidak ada *serumen*, bersih.
- f) Mulut dan gigi: bibir lembab, warna merah muda, tidak ada *stomatitis*, tidak ada karies gigi, gusi tidak berdarah.

g) Leher: tidak ada pembesaran kelenjar *limfe* dan kelenjar *tiroid*, tidak ada bendungan *vena jugularis*

h) Dada: bentuk simetris, tidak ada tarikan dinding dada.

Payudara: bentuk simetris, puting susu menonjol, ada *hiperpigmentasi* pada *areola mammae*, sudah ada pengeluaran *colostrum* pada payudara kiri, payudara kanan belum ada pengeluaran *colostrum*, tidak ada benjolan, tidak ada nyeri.

i) *Abdomen*: membesar sesuai usia kehamilan, tidak ada *strie*, ada *linea nigra*, tidak ada bekas luka operasi, kandung kemih kosong.

(1) *Palpasi uterus*

(a) Leopold I: tinggi *fundus uteri (TFU)* 2 jari bawah *prosesus xipoides*, pada *fundus* teraba lunak, kurang bundar, dan kurang melenting.

(b) Leopold II: bagian kanan perut ibu teraba datar, memanjang, keras (punggung kanan). Bagian kiri perut ibu teraba bagian-bagian kecil janin.

(c) Leopold III: bagian bawah teraba bundar, keras dan melenting. Kepala sudah masuk pintu atas panggul.

(d) Leopold IV: sebagian bagian kepala janin telah memasuki pintu atas panggul (*Divergent*).

(2) *Auskultasi* bunyi jantung janin (DJJ) :

(a) Frekuensi: 12-13-12 (148 x / menit) / fundus cop

(b) Iramanya: teratur

(c) *Punctum maksimum*: 2 jari bawah pusat, pada sisi kanan perut ibu, jumlah satu.

j) *Ekstremitas*

(1) *Ekstremitas* atas: kuku tidak pucat, tidak *oedema*

(2) *Ekstremitas* bawah: tidak *oedema*, tidak ada varises, refleks *patela* kanan positif / kiri positif, fungsi gerak normal.

## II. Interpretasi Data Dasar

Diagnosa	Data Dasar
Ny. M.E.F GIPOA0 hamil 37 minggu 4 hari janin hidup tunggal letak kepala intra uterin keadaan ibu dan janin baik .	<p>DS : Ibu mengatakan hamil anak pertama hamil 9 bulan, ibu merasakan gerakan janin sejak umur kehamilan 4 bulan. Hari pertama haid terakhir : 04-08-2018</p> <p>DO :</p> <p>Tafsiran persalinan : 11 – 05 – 2019</p> <p>Keadaan umum : baik</p> <p>Tanda-tanda vital : tekanan darah: 110/70 mmHg, nadi:84 kali/menit, suhu: 37°C, pernapasan: 18 kali/menit.</p> <p>Bentuk tubuh : <i>lordosis</i></p> <p>Lila : 24 cm</p> <p>Berat badan sekarang : 49 kg.</p> <p>Wajah : tidak ada <i>oedema</i>.</p> <p>Mata : <i>konjungtiva</i> sedikit pucat, <i>sclera</i> berwarna putih.</p> <p>Payudara : bentuk simetris, puting susu menonjol,</p> <p><i>Abdomen</i> : membesar sesuai usia kehamilan, tidak ada <i>striae</i>, ada <i>linea nigra</i>, tidak ada bekas luka operasi, kandung kemih kosong.</p> <p>a ) <i>Palpasi uterus</i>:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) <i>Leopold I</i> : TFU 2 jari bawah <i>prosesus xipoides</i> pada <i>fundus</i> teraba lunak, kurang bundar, dan kurang melenting.</li> <li>(2) <i>Leopold II</i>: bagian kanan perut ibu teraba datar, memanjang, keras (punggung kanan). Bagian kiri perut ibu teraba bagian-bagian kecil janin.</li> <li>(3) <i>Leopold III</i>: bagian bawah teraba bundar, keras dan melenting. Kepala sudah masuk pintu atas panggul.</li> <li>(4) <i>Leopold IV</i>: sebagian bagian kepala janin telah memasuki pintu atas panggul (<i>Divergent</i>).</li> </ol> <p>b ) <i>Auskultasi</i> bunyi jantung janin (DJJ) :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) Frekuensi: 12-13-12 (140 x/ menit ) / funandus cop</li> <li>(2) Iramanya: teratur</li> <li>(3) <i>Punctum maksimum</i> : 2 jari bawah pusat ibu, pada sisi perut bagian kanan, jumlah satu.</li> </ol>

### III. Antisipasi Masalah Potensial

Tidak ada

### IV. Tindakan Segera

Tidak ada

### V. Perencanaan.

Tanggal : 24 April 2019      Pukul : 09.50 Wita

Diagnosa : Ny. M. E. F. G1P0A0AH0, UK 37 minggu 4 hari janin hidup tunggal letak kepala intra uterin keadaan ibu janin baik

1. Informasikan pada ibu tentang hasil pemeriksaan  
R/ Informasi yang tepat dan benar tentang kondisi dan keadaan yang sedang dialami ibu merupakan hak pasien yang harus diketahui ibu dan keluarga agar lebih kooperatif dalam tindakan atau asuhan yang diberikan.
2. Jelaskan kepada ibu tentang kebutuhan dasar ibu hamil trimester III  
Yaitu :  
kebutuhan oksigen, nutrisi, personal hygiene, Eliminasi, istirahat dan tidur, pakaian,seksualitas dan senam hamil.  
R/ Perubahan fisiologi dan psikologi ibu selama kehamilan mempengaruhi pertumbuhan janin dalam kandungan dan kesehatan ibu.  
Terpenuhnya kebutuhan dasar ibu hamil trimester III Janin dan ibu pun semakin sehat.
3. Bersama ibu merencanakan persalinan (P4k)  
R/Informasi yang tepat dan benar tentang rencana persalinan yaitu: tempat di Puskesmas Watuneso, penolong Bidan Maria Marselina Tai, calon pendonor keuarga pasien, kendaraan ambulans Puskesmas, Biaya ada kartu BPJS.
4. Anjurkan ibu untuk mengkonsumsi makanan seimbang seperti nasi 1 piring, setiap hari (ikan, telur dan daging) 1 potong, tempe tahu 1 potong, sayuran, berwarna hijau (sawi, bayam, kangkung, daun kelor

setengah mangkuk upayakan tetap mengkonsumsi sayuran dan buah setiap hari.

R/ Makanan yang bergizi seimbang sangat penting untuk kesehatan ibu, mencukupi kebutuhan energi ibu, memperlancar metabolisme tubuh dan berguna bagi pertumbuhan janin dalam kandungan.

5. Lanjutkan meminum obat secara teratur yaitu tablet tambah darah 2 x 1 tablet setelah makan, vitamin c diminum 2x1 tab setelah makan bersamaan dengan kalk diminum 1 x 1 pada pagi hari setelah makan, menggunakan air putih

R/ tablet Fe mengandung 250 mg sulfat ferosus dan 50 mg asam folat berfungsi untuk menambah zat besi dalam tubuh dan meningkatkan kadar haemoglobin, vitamin C 50 mg membantu proses penyerapan sulfat ferosus, Kalk 500 mg dapat membantu proses pertumbuhan tulang dan gigi janin.

6. Jelaskan kepada ibu tentang ketidaknyamanan umum ibu hamil trimester III.

R/ Pada ibu hamil trimester III ketidaknyamanan yang biasa terjadi yaitu sering kencing, sesak nafas, sakit pinggang, agar mengurangi kecemasan ibu dan ibu mampu beradaptasi dengan perubahan tersebut.

7. Beritahu ibu tanda bahaya kehamilan pada Trimester III serta menganjurkan

ibu untuk segera datang ketempat pelayanan kesehatan apabila mengalami

salah satu tanda tersebut.

R/ Tanda bahaya sejak dini diketahui ibu dapat membantu ibu untuk lebih menjaga kesehatannya dan agar ibu lebih cepat mendapatkan penanganan segera oleh pelayanan kesehatan. Adapun tanda bahaya dalam kehamilan tersebut adalah: perdarahan pada jalan lahir, sakit kepala yang hebat, bengkak pada wajah dan tangan, gangguan

penglihatan, pucat dan pusing, nyeri abdomen, demam lebih dari 2 hari, gerakan janin berkurang, sering merasa letih dan lelah, kejang-kejang.

8. Motivasi ibu untuk kontrol ulang dan jadwalkan kunjungan rumah.

R/ Pada ibu hamil trimester III kunjungan ulang dilakukan setiap minggu sehingga mampu memantau masalah yang mungkin saja terjadi pada janin

9. Pendokumentasian semua hasil pemeriksaan ibu di status pasien, buku KIA dan buku register.

#### IV. Pelaksanaan

Tanggal : 24 April 2019      Pukul : 09.55 Wita

Diagnosa : Ny. M. E. F. G1P0A0AH0, UK 37 minggu 4 hari janin hidup tunggal letak kepala intra uterin keadaan ibu janin baik

1. Menginformasikan ibu hasil pemeriksaan bahwa tekanan darah : 110/70 mmHg normal, tafsiran persalinan tanggal 11 Mei 2019, usia kehamilannya sekarang 36 minggu 2 hari letak bayi normal/ letak kepala, kepala sudah masuk panggul, keadaan janin normal ditandai dengan DJJ 142 x/menit.
2. Menginformasikan kepada ibu kebutuhan dasar ibu hamil trimester III yaitu ; harus selalu berada di lingkungan yang sirkulasi udaranya bersih, mandi 2 kali sehari, baju dan pakaian alas diganti 2 kali sehari, sikat gigi 2 x sehari, keramas 4 kali seminggu, minum air putih 8 gelas setiap hari, memilih posisi yang sesuai pada saat duduk dan berdiri, tidur siang 1 jam, tidur malam 8 sampai 9 jam. seksualitas dikurangi selama kehamilan hindari pekerjaan yang terlalu berat.
3. Menganjurkan ibu untuk mengkonsumsi makanan seimbang seperti nasi 1 piring, lauk (ikan, telur, dan daging ) 2 potong, tempe tahu 2 potong, sayuran berwarna hijau (sawi, bayam, kangkung daun katuk, sawi) satu mangkok, upayakan tetap mengkonsumsi sayuran dan buah setiap hari.

4. Melanjutkan minum obat secara teratur berdasarkan dosis pemberiannya yaitu SF diminum 1x1 pada malam hari setelah makan untuk mencegah pusing pada ibu. Vitamin C diminum 1x1 bersamaan dengan SF fungsinya membantu proses penyerapan SF. Dan Kalk diminum 1x1 untuk membantu pertumbuhan tulang dan gigi. Obat diminum tidak menggunakan teh, kopi, dan susu. tetapi menggunakan air putih.
5. Menjelaskan kepada ibu tentang ketidaknyamanan umum ibu hamil trimester III seperti nyeri ulu hati yang tidak disertai pusing atau penglihatan kabur, haemoroid, susah tidur, sesak nafas, kram otot atau betis, sering buang air kecil, dan nyeri punggung. Hal ini adalah fisiologis sebagai adaptasi tubuh ibu dengan perubahan yang terjadi pada kehamilan lanjut. Namun jika ketidak nyamanan sudah sangat meresahkan ibu agar ibu segera datang ke fasilitas kesehatan untuk diidentifikasi lebih lanjut.
6. Memberitahu pada ibu tanda-tanda bahaya kehamilan trimester III yaitu perdarahan pervaginam, bengkak pada tangan, wajah, pusing dan dan dapat diikuti kejang, pandangan kabur, gerakan janin berkurang atau tidak ada, kelainan letak janin dalam rahim dan ketuban pecah sebelum waktunya. Dan bahaya anemia adalah dapat terjadi perdarah, hambatan tumbuh kembang janin dalam rahim, mudah terjadi infeksi BBLR, Serta menganjurkan ibu untuk segera datang ke tempat pelayanan kesehatan kesehatan apabila mengalami salah satu tanda bahaya tersebut.
7. Memotivasi ibu untuk kontrol ulang pada tanggal 9 april 2019 sesuai jadwal.
8. Pendokumentasian semua hasil pemeriksaan di status pasien, buku KIA dan register.



## V. Evaluasi

Tanggal : 24 April 2019      Pukul : 10.00 Wita

Diagnosa : Ny. M. E. F. G1P0A0AH0, UK 37 minggu 4 hari janin hidup tunggal letak kepala intra uterin keadaan ibu janin baik

- a. Ibu mampu mengulangi penjelasan mengenai usia kehamilannya 36 minggu 2 hari, tafsiran persalinan 19 april 2019, serta keadaan ibu dan janinya sehat.
- b. Ibu dapat mengulang kembali apa yang telah disampaikan dan menjawab tidur malam 8 jam, mandi 2 kali sehari, mengganti baju dan pakaian alas 2 kali sehari, berhubungan suami istri 1 kali seminggu, ruangan rumah harus slalu buka jendela dan pintu.
- c. Ibu merespon dengan cara mengganggu untuk makan-makanan bergizi : nasi, sayuran hijau, ikan, tempe, telur, buah.
- d. Ibu mampu mengulangi cara minum obat yaitu tablet SF 1x1 pada malam hari Vit C 1x1 bersamaan dengan SF, dan Kalk 1x1 pada pagi hari setelah makan menggunakan air putih.
- e. Ibu menjawab “iya” akan segera ke fasilitas kesehatan bila mengalami salah satu tanda ketidak nyamanan yang disebutkan untuk mendapatkan penanganannya.
- f. Ibu mampu mengingat penjelasan tentang tanda bahaya ibu hamil trimester III yang telah diberikan.
- g. Ibu menjawab “iya” untuk kontrol ulang pada tanggal 09 Mei 2019
- h. Semua hasil pemeriksaan sudah di catat di status pasien, buku KIA dan Register.

## CATATAN PERKEMBANGAN KEHAMILAN II

Hari/ tanggal : Jumat, 09- 05- 2019      Pukul: 09.15 WITA.

Tempat        : Rumah Ibu

S:

Ibu mengatakan sakit pinggang dan perut sesekali.

O:

1. Keadaan umum ibu baik
2. Kesadaran komposmentis
3. Tanda vital: tekanan darah: 110 / 70 mmhg, nadi: 82 kali / menit, suhu 36,8<sup>0</sup>C, pernapasan: 18 x/ menit.
4. Muka: tidak *oedema*
5. Mata : *conjungtiva* merah muda, *sklera* putih
6. *Ekstremitas* atas: tidak pucat, tidak *oedema*
7. *Ekstremitas* bawah: tidak *oedema*, fungsi gerak normal
8. Hasil pemeriksaan laboratorium:

*Haeoglobin* : 10,6 gram %

*HBsAg*: negatif

1. *Palpasi*:

*Leopold I*: TFU 2 jari bawah *prosesus xipoides* , *fundus* teraba lunak, kurang bundar, dan kurang melenting

*Leopold II*: bagian kanan perut ibu teraba datar, memanjang, dan keras seperti papan (punggung kanan). Bagian kiri perut ibu teraba bagian-bagian kecil janin.

*Leopold III*: bagian bawah teraba bundar, keras, dan melenting. Kepala sudah masuk pintu atas panggul.

*Leopold IV*: Kepala janin telah memasuki pintu atas panggul (Divergent).

2. *Auskultasi* bunyi jantung janin (DJJ):

Frekuensi: 12-12-12 (145 x/ menit)/ fundus kop

Iramanya: teratur,

A:

: Ny. M.E.F umur 19 tahun G1P0A0 hamil 39 minggu 5 hari janin hidup tunggal letak kepala *intra uterin* keadaan jalan lahir normal ibu dan janin baik.

P:

1. Menginformasikan hasil pemeriksaan kepada ibu bahwa keadaan ibu dan janinnya baik, tanda vital normal yaitu tekanan darah: 110/70 mmhg, suhu: 36,8 °C, nadi: 82 x/menit, pernapasan: 20 x/menit, pemeriksaan fisik normal, hasil pemeriksaan darah *Hb* 11,6 gram%, HBsAg negatif, usia kehamilan 39 minggu 5 hari.

Ibu menerima informasi yang diberikan dan tampak tenang.

2. Mengingatkan ibu untuk melahirkan di fasilitas kesehatan memadai seperti di Puskesmas Watuneso, dan tidak boleh melahirkan di rumah karena bisa membahayakan ibu maupun janinnya.

Ibu mengatakan bersedia untuk melahirkan di Puskesmas Watuneso.

3. Mengingatkan ibu agar segera ke Puskesmas Watuneso bila sudah ada tanda awal melahirkan.

Ibu mengerti dan bersedia segera ke Puskesmas Watuneso bila sudah ada tanda awal melahirkan.

4. Menginformasikan pada ibu beberapa metode kontrasepsi yang bisa digunakan ibu pada masa menyusui seperti: AKDR/ coper T, *implant*/ susuk, suntikan 3 bulan, MAL (metode amenore laktasi), dan kondom.

Ibu mengatakan ia dan suaminya berencana akan mengikuti kontrasepsi suntikan 3 bulan saat 40 hari *post partum*.

5. Melakukan pendokumentasian asuhan yang telah diberikan dalam buku KIA, kartu ibu, dan catatan asuhan kebidanan dalam bentuk SOAP.

Semua asuhan telah didokumentasikan dalam buku KIA, kartu ibu dan catatan asuhan kebidanan.

### CATATAN PERKEMBANGAN KEHAMILAN III

Hari/ tanggal : Kamis, 15- 05 2019                      Pukul : 18.45 WITA

Tempat        : Ruang bersalin Puskesmas Watuneso

S :

Ibu mengatakan sakit pada pinggang menjalar ke perut bagian bawah hilang timbul serta keluar tanda berupa lendir darah lewat jalan lahir sejak pukul 18.00 WITA, belum keluar air-air banyak dari jalan lahir.

O :

1. Pemeriksaan umum
    - a. Keadaan umum: baik
    - b. Kesadaran: *composmentis*
    - c. Tanda-tanda vital: tekanan darah: 110/70mmhg, suhu: 36,6<sup>0</sup>C, pernapasan 20x/ menit, nadi 80x/ menit
    - d. Berat badan terakhir (saat ANC): 49 kg
  2. Pemeriksaan fisik:
    - a. Wajah : tidak *oedema*, tidak ada *cloasma gravidarum*
    - b. Mata : *konjungtiva* merah muda, *sklera* putih.
    - c. Perut:
      - 1) Inspeksi: membesar sesuai usia kehamilan, tidak ada bekas luka operasi
      - 2) *Palpasi uterus*:
        - Leopold 1*: TFU 3 jari bawah *prosesus xipioideus*, *fundus* teraba lunak, kurang bundar, dan kurang melenting.
        - Leopold II*: Bagian kanan perut ibu teraba datar, keras dan memanjang seperti papan (punggung kanan) dan sisi perut ibu bagian kiri teraba bagian – bagian kecil janin
        - Leopold III*: Bagian bawah perut ibu teraba keras, bundar dan melenting (kepala). Kepala janin sudah masuk pintu atas panggul.
        - Leopold IV*: *Divergent*
- TBBJ: TFU (menurut Mc. Donald) – 11 x 155
- $$32 - 11 \times 155 = 3255 \text{ gram}$$

3) Kontraksi uterus : jam 19.00 WITA, his lamanya 30 detik

Jam 20.00 WITA, his lamanya 30 detik

4) *Auskultasi* denyut jantung janin:

Frekuensi: 130 x/ menit (dopler)

Iramanya teratur

*Punctum maksimum*: 2 jari bawah pusat sebelah kanan perut ibu, jumlah satu.

d. Ektremitas bawah: bentuk normal, tidak ada varises, tidak ada *oedema*, fungsi gerak normal.

e. Pemeriksaan dalam oleh bidan, Pukul:18.50 WITA:

*Vulva vagina*: ada pengeluaran lendir campur darah, tidak ada varises, tidak ada *kondiloma, portio* tebal lunak, pembukaan 3 cm, selaput ketuban utuh, bagian terendah kepala, penurunan kepala *hodge I*.

A :

: Ny. M.E.F umur 19 tahun GIP0AO hamil 40 minggu 4 hari janin hidup tunggal letak kepala *intra uterin* keadaan jalan lahir normal keadaan ibu dan janin baik inpartu *kala I fase laten*.

P :

1. Menginformasikan pada ibu dan keluarga bahwa keadaan ibu baik tanda vital normal: tekanan darah 110/70 MmHg, pernapasan: 20 x/menit, nadi: 80 x/menit, suhu: 36,6<sup>0</sup> C, dan keadaan bayinya juga baik yang ditandai oleh denyut jantung janin dalam batas normal yaitu 130 x/menit dan gerakannya juga aktif, hasil pemeriksaan dalam: sudah ada tanda melahirkan yaitu sudah ada pengeluaran lendir darah, pembukaan jalan lahir 3 cm, ketuban masih utuh, letak kepala, sudah masuk pintu atas panggul.

Ibu dan keluarga merasa senang mendengar informasi tersebut.

2. Menganjurkan ibu untuk jalan-jalan karena dengan gaya grafitasi bumi membantu mempercepat penurunan kepala janin dan terjadi kontraksi *uterus* yang teratur, jika ibu lelah ibu boleh tidur dengan posisi miring ke kiri.

Ibu bersedia untuk tidur miring kiri di Puskesmas Watuneso.

3. Mengajarkan ibu teknik relaksasi yaitu menarik nafas panjang lewat hidung dan mengeluarkannya perlahan lewat mulut pada saat kontraksi.  
Ibu melakukan teknik relaksasi tiap kali merasa sakit pada perut dan pinggangnya.
4. Menganjurkan ibu untuk berkemih jika ibu menginginkannya atau tiap 2 jam agar penurunan kepala janin tidak terhambat oleh kandung kemih yang penuh.  
Ibu mengerti penjelasan yang diberikan, ibu buang air kecil spontan: jam 20.15 WITA: volume  $\pm$  100 cc, jam 21.00 WITA: volume  $\pm$  100 cc, jam 22.00 WITA: volume  $\pm$  50 cc.
5. Memberitahu ibu untuk tidak meneran dulu sebelum pembukaan lengkap.  
Ibu mengerti dengan informasi yang diberikan, yang ditandai tidak meneran saat ada *his*.
6. Menganjurkan ibu untuk tetap makan dan minum agar tidak kehilangan tenaga sewaktu ingin melahirkan.  
Ibu mengerti dan melakukannya yakni makan roti dan teh , air putih, porsi makan malam dihabiskan, makan apel 1 buah.
7. Mengobservasi *his*, DJJ, nadi setiap 1 jam, dan mengobservasi pembukaan *serviks*, tekanan darah tiap 4 jam, dan *temperature* tubuh setiap 2 jam.

### CATATAN PERKEMBANGAN KEHAMILAN III

Hari/ tanggal : Jumat, 16- 05 2019                      Pukul: 03.00 WITA

Tempat        : Ruang bersalin Puskesmas Watuneso

S :

Ibu mengatakan sakit perut pinggang semakin sering dan lama.

O:

1. Pemeriksaan umum
  - a. Keadaan umum : baik
  - b. Kesadaran        : *composmentis*
  - c. Tanda-tanda vital : tekanan darah: 110/70mmhg, suhu:36,6<sup>0</sup>C, pernapasan 20x/ menit, nadi 80x/ menit
  - d. Berat badan terakhir (saat ANC): 49 kg
2. Pemeriksaan fisik:
  - a. Wajah : tidak *oedema*, tidak ada *cloasma gravidarum*
  - b. Mata : *konjungtiva* merah muda, *sklera* putih.
  - c. Perut :
    - a) Inspeksi: membesar sesuai usia kehamilan, tidak ada bekas luka operasi
    - b) *Palpasi uterus*:
      - (a) *Leopold* I: *TFU* 3 jari bawah *prosesus xipoides* (32 cm), *fundus* teraba lunak, kurang bundar, dan kurang melenting.
      - (b) *Leopold* II: Bagian kanan perut ibu teraba datar, keras dan memanjang seperti papan (punggung kanan) dan sisi perut ibu bagian kiri teraba bagian – bagian kecil janin.
      - (c) *Leopold* III: Bagian bawah perut ibu teraba keras, bundar dan melenting (kepala). Kepala janin sudah masuk pintu atas panggul.
      - (d) *Leopold* IV: sebagian (1/5) bagian kepala janin telah memasuki pintu atas panggul (*convergent*).
    - b) TBBJ: *TFU* (menurut Mc. Donald) – 11 x 155  
32 – 11 x 155 = 3255 gram

- c) *Auskultasi* denyut jantung janin:  
Frekuensi: 130 x/ menit (dopler)  
Iramanya teratur  
*Punctum maksimum*: 2 jari bawah pusat sebelah kanan perut ibu, jumlah satu.
- d. Ektremitas bawah: bentuk normal, tidak ada varises, tidak ada *oedema*, fungsi gerak normal.
- e. Pemeriksaan dalam oleh bidan, Pukul:03.00 WITA:  
*Vulva vagina*: ada pengeluaran lendir campur darah, tidak ada varises, tidak ada *kondiloma, portio* tebal lunak, pembukaan 6 cm, selaput ketuban utuh, bagian terendah kepala, penurunan kepala *hodge II*.

A:

Ny. M.E.F umur 19 tahun GIP0AO hamil 40 minggu 4 hari janin hidup tunggal letak kepala *intra uterin* keadaan jalan lahir normal keadaan ibu dan janin baik inpartu *kala I fase laten*.

P:

8. Menginformasikan pada ibu dan keluarga bahwa keadaan ibu baik tanda vital normal: tekanan darah 110/70 MmHg, pernapasan: 20 x/menit, nadi: 80 x/menit, suhu: 36,6<sup>0</sup> C, dan keadaan bayinya juga baik yang ditandai oleh denyut jantung janin dalam batas normal yaitu 130 x/menit dan gerakannya juga aktif, hasil pemeriksaan dalam: sudah ada tanda melahirkan yaitu sudah ada pengeluaran lendir darah, pembukaan jalan lahir 6 cm, ketuban masih utuh, letak kepala, sudah masuk pintu atas panggul.  
Ibu dan keluarga merasa senang mendengar informasi tersebut.
9. Menganjurkan ibu untuk jalan-jalan karena dengan gaya grafitasi bumi membantu mempercepat penurunan kepala janin dan terjadi kontraksi *uterus* yang teratur, jika ibu lelah ibu boleh tidur dengan posisi miring ke kiri.  
Ibu bersedia untuk tidur miring kiri di Puskesmas Watuneso.
10. Mengajarkan ibu teknik relaksasi yaitu menarik nafas panjang lewat hidung dan mengeluarkannya perlahan lewat mulut pada saat kontraksi.



Ibu melakukan teknik relaksasi tiap kali merasa sakit pada perut dan pinggangnya.

11. Memberitahu ibu untuk tidak meneran dulu sebelum pembukaan lengkap.  
Ibu mengerti dengan informasi yang diberikan, yang ditandai tidak meneran saat ada *his*.
12. Menganjurkan ibu untuk tetap makan dan minum agar tidak kehilangan tenaga sewaktu ingin melahirkan.  
Ibu mengerti dan melakukannya yakni makan roti dan teh , air putih, porsi makan malam dihabiskan, makan apel 1 buah.
13. Mengobservasi *his*, DJJ, nadi setiap 30 menit, dan mengobservasi pembukaan *serviks*, tekanan darah tiap 4 jam, dan *temperature* tubuh setiap 2 jam.

Tabel 14 Hasil Observasi Kala I Fase Aktif, tanggal 16 Mei 2019

Waktu (WITA)	DJJ (x/m)	Kontraksi	nadi(x/m)	Suhu ( $^{\circ}$ C)	tekanan Darah (mmhg)
03:15	145	His lamanya 40 – 45 detik.	80	-	-
03.45	145	His lamanya 40 – 45 detik.	80	-	-
04.15	132	His lamanya 40 – 45 detik.	80	-	-
04.45	132	His lamanya 40 – 45 detik.	80	-	-
05.15	132	His lamanya 40 – 45 detik.	80	-	36,8
05.45	132	His lamanya 40 – 45 detik.	80	-	-
06.15	145	His lamanya 40 – 45 detik.	80	-	-

06.45	145	His lamanya 40 – 45 detik.	82	-	-
-------	-----	----------------------------	----	---	---

14. Mendokumentasikan semua asuhan kebidanan dan hasil pemeriksaan dalam bentuk SOAP.

*KALA I FASE AKTIF*

S :Ibu mengatakan sakit perut pinggang semakin sering dan lama.

O :

1. Keadaan umum baik, kesadaran komposmentis.
2. Ibu tampak kesakitan.
3. Tanda vital: nadi 82 x/ menit, pernapasan 20x/ menit, suhu 36,8 °C, tekanan darah: 110/ 60 mmhg.
4. DJJ 145 x/ menit (dopler).
5. Kandung kemih kosong.
6. Genitalia: ada pengeluaran lendir darah, perinium belum menonjol, anus belum terbuka.

A : Ny.M.E.F umur 19 tahun GIP0AO hamil 40 minggu 4 hari janin hidup tunggal letak kepala *intrauterin* keadaan jalan lahir normalkeadaan ibu dan janin baik kala I *fase aktif*.

P:

1. Menginformasikan pada ibu dan keluarga bahwa keadaan ibu baik dan janin baik yang ditandai tanda vital ibu normal, DJJ normal 142 x/ menit, pembukaan 6 cm, ketuban masih utuh, kontraksi *uterus* sudah mulai meningkat yakni 4 x/ 10 menit lamanya 40 detik. Ibu dan keluarga mengerti dan merasa senang.
2. Menjelaskan pada ibu bahwa rasa sakit pada perut yang dialaminya merupakan hal yang normal pada proses persalinan, hal itu disebabkan oleh peregangan jalan lahir akibat kontraksi *uterus* yang membantu turunnya janin. Semakin dekat persalinan kontraksi *uterus* akan semakin sering dan

lama. Ibu mengerti dengan penjelasan yang diberikan dan ibu dapat di ajak untuk kerja sama.

3. Memberikan ibu suport seperti mendengar keluhannya serta menganjurkan keluarga (ibu kandungnya) untuk mendampingi ibu sehingga ibu merasa tenang menghadapi proses persalinannya. Ibu sudah didampingi oleh ibu kandungnya.
4. Menganjurkan ibu untuk jalan-jalan atau berdiri jika ibu sanggup, karena membantu mempercepat penurunan kepala janin dan kontraksi *uterus* atau tidur miring ke arah kiri. Ibu jalan-jalan lagi dalam ruangan bersalin, dan tidur miring ke kiri jika tidak sanggup lagi berjalan-jalan.
5. Menganjurkan pada ibu untuk melakukan teknik relaksasi pada saat kontraksi yaitu menarik nafas panjang lewat hidung lalu keluaran lewat mulut. Ibu mengerti dan telah melakukannya.

6. Bidan menyiapkan peralatan untuk menolong persalinan yaitu:

*Partus set*, hecing set dan peralatan serta obat-obatan emergensi yang diperlukan untuk menolong persalinan.

*Partus set* terdiri dari (2 pasang *handscoen*, 2 buah *klem koher*, 1 buah  $\frac{1}{2}$  *koher*, 1 gunting *Episiotomi*, 1 buah gunting tali pusat, kain kasa secukupnya dan pengikat tali pusat); *Heacing set* terdiri dari (1 pasang *handscoen*, 1 *pinset anatomi*, 1 *pinset sirurgik*, 1 gunting benang, *nailfoeder* dengan jarum otot dan jarum kulit, kassa secukupnya); benang *catgut*, 1 *kateter nelaton*, bengkok 2 buah, dan larutan khlorin 0,5 %, air DTT, tempat pakaian kotor, tempat sampah infeksius, tempat sampah non infeksius, dan tempat jarum; APD terdiri dari celemek, masker, dan sepatu boot; obat-obatan emergensi: oksitocin 4 ampul, metergin 1 ampul, vitamin K (neo K) 1 ampul, salep mata oksitetraciklin 1% 1 tube, cairan infus RL, D5%, Nacl masing- masing 1 flas, abocet no 20 dan 18 masing-masing 1 buah, disposable 3 cc 2 buah, dispo 1 cc 1 buah.

7. Melakukan observasi DJJ, *his* dan nadi tiap 30 menit, penurunan kepala, pembukaan *serviks*, tekanan darah tiap 4 jam dan mencatat hasilnya dalam partograf.

8. Menyiapkan perlengkapan pakaian bayi dan juga ibu untuk proses persalinan seperti, 3 buah kain bayi, baju bayi, loyong, topi, selimut bayi, kaos kaki dan kaos tangan, pakaian ibu seperti 1 buah kain, baju, celana dalam dan pembalut, waslap.
9. Melakukan pendokumentasian semua asuhan yang telah diberikan dalam lembaran observasi dan partograf.  
Semua asuhan telah didokumentasikan.

Pukul : 07.00 WITA

## KALA II

S: Ibu mengatakan sakit perut dan pinggang semakin sering dan lama dan keluar air dari jalan lahir, rasa ingin buang air besar tiap kali perut terasa kencang.

O:

1. Keadaan umum ibu baik, kesadaran komposmentis,
2. Ibu tampak kesakitan dan tampak ada dorongan meneran
3. Nadi 88x/ menit
4. DJJ: 140x/ menit.
5. Kandung kemih kosong
6. Genitalia: pengeluaran lendir darah semakin banyak, perinium tampak menonjol, *vulva* dan anus tampak membuka.
7. Tanggal 16-05-2019, Pukul : 07.00 WITA kolaborasi dengan bidan untuk melakukan pemeriksaan dalam, hasilnya:

*Vulva vagina*: ketuban pecah spontan warna jernih, ada pengeluaran lendir darah bertambah banyak, tidak ada luka parut, tidak ada varises, tidak ada *kondiloma*, tidak ada *oedema*. *Porsio* tidak teraba, pembukaan 10 cm, penipisan 100 %. Letak kepala, posisi UUK depan, teraba *sutura sagtalis* berjauhan (*molase*0), tidak teraba bagian kecil janin dan tali pusat di samping kepala. Selaput ketuban utuh. Penurunan kepala *hodge* IV

A : Ny.M.E.F umur 19 tahun GIP0AO hamil 40 minggu 4 janin hidup tunggal letak kepala *intrauterin* keadaan jalan lahir normal keadaan ibu dan janin baik inpartu kala II.

P:

1. Menginformasikan hasil pemeriksaan pada ibu dan keluarga bahwa DJJ normal, pembukaan sudah lengkap, ketuban masih utuh, dan akan dilakukan tindakan memecahkan selaput ketuban serta proses persalinan segera berlangsung. Ibu dan keluarga mengerti dan dapat diajak kerja sama.
2. Membantu ibu memilih posisi meneran yang nyaman menurut ibu seperti setengah duduk, jongkok atau berdiri, merangkak, atau miring ke kiri. Ibu memilih posisi setengah duduk.
3. Mengajarkan pada ibu cara meneran yakni: posisi ibu setengah duduk, tarik lutut ke arah dada, dan dagu ditempelkan ke dada. Saat ada kontraksi ibu boleh meneran sesuai dengan dorongan yang ibu rasakan tidak menahan napas saat meneran, bila tidak ada kontraksi ibu berhenti meneran dan beristirahat/ rileks serta minum. Ibu mengerti dan bersedia melakukannya.
4. Memberi ibu suport bahwa ibu pasti bisa melewati proses persalinan ini. Ibu mengerti dan dapat diajak kerja sama.
5. Kolaborasi dengan bidan untuk melakukan pertolongan persalinan sesuai dengan 58 langkah APN :
  1. Mendengar, melihat, memastikan tanda dan gejala kala II
    - a. Ibu mengatakan ingin meneran
    - b. Ibu mengatakan tekanan pada anus
    - c. Perinium menonjol
    - d. Anus dan *vulva* membuka.
  2. Memastikan peralatan siap pakai, siap diri, dan siap keluarga, mematahkan oksitosin 10 IU, dan disposable 3cc dalam *partus set*. Semua peralatan dan keluarga sudah dipersiapkan, disposable 3 cc disimpan dalam *partus set*.
  3. Memakai celemek dan masker. Melindungi diri dan mencegah infeksi silang antara ibu dan bidan. APD sudah dipakai.
  4. Melepaskan semua perhiasan, mencuci tangan 6 langkah menggunakan sabun dan air mengalir, mengeringkan dengan handuk. Tangan merupakan media masuknya mikroorganisme ke dalam tubuh sehingga

mencegah infeksi silang antara penolong, ibu dan alat. Tangan sudah di cuci.

5. Memakai sarung tangan steril pada tangan kanan yang akan digunakan untuk pemeriksaan dalam. Tangan merupakan media masuknya *mikroorganisme* ke dalam tubuh sehingga mencegah infeksi silang antara penolong, ibu dan alat. Tangan kanan sudah memakai sarung tangan
6. Mengambil alat suntik 3 cc dengan tangan kanan, isap oksitosin dan meletakkan kembali dalam *partus set*. Memudahkan dalam menyuntikan oksitosin pada ibu. Oksitosin sudah diisap dan disimpan dalam *partus set*, memakai sarung tangan pada tangan kiri.
7. Melakukan *vulva hygiene*. *Vulva* merupakan pintu masuknya *mikroorganisme* ke dalam tubuh. *Vulva* sudah dibersihkan.
8. Pukul : 07.00 WITA

Kolaborasi dengan bidan untuk melakukan pemeriksaan dalam. Mendeteksi sedini mungkin komplikasi yang terjadi dan menilai kemajuan persalinan.

Hasilnya: *vulva vagina* tidak ada kelainan, *portio* tidak teraba, pembukaan *serviks* 10 cm kantong ketuban utuh, persentasi belakang kepala, UUK depan, molage 0, kepala turun *hodge* IV. Melakukan *amniotomi* menggunakan setengah *koher*. Ketuban warna jernih, jumlahnya  $\pm 300$  cc.

9. Mencelupkan sarung tangan kedalam larutan klorin 0,5% membukanya secara terbalik, merendam dalam larutan khlorin 0.5%, mencuci tangan kembali dengan sabun dan air mengalir. Membunuh mikroorganisme 80%. Sarung tangan sudah direndam dan tangan sudah dicuci.
10. Memeriksa DJJ setelah kontraksi *uterus*. Saat *his*, terjadi kompresi pada tali pusat sehingga suplay oksigen ke janin berkurang sehingga menyebabkan DJJ menurun. DJJ: 136 x/ dopler, kuat dan teratur.
11. Memberitahu ibu bahwa pembukaan sudah lengkap, kepala sudah di dasar panggul. Membantu ibu posisi  $\frac{1}{2}$  duduk, mengajarkan ibu untuk

meneran bila ada *his* dan rasa ingin meneran. Mengurangi kecemasan, ibu merasa nyaman. Ibu dalam posisi setengah duduk

12. Meminta keluarga untuk berdiri di belakang ibu sehingga ibu bisa bersandar. Memudahkan ibu dalam mengedan. Ibu bersandar pada ibu kandungnya.
13. Memimpin ibu meneran bila ada *his*, memberi semangat dan pujian, bila tidak his menganjurkan ibu untuk minum dan istirahat. menilai DJJ. Ibu minum air 1/4 gelas, DJJ: 136 x/ dopler.
14. Menganjurkan ibu miring ke kiri bila tidak ada *his*. Tidak terjadi penekanan pada *vena cava inferior*. Ibu miring ke kiri.
15. Meletakkan kain bersih di atas perut ibu. Mengeringkan tubuh bayi dari darah dan air ketuban. Kain sudah diletakan di atas perut ibu.
16. Meletakkan kain yang dilipat 1/3 bagian pada bokong ibu. Menyokong perinium untuk mencegah *laserasi* jalan lahir. Kain 1/3 bagian sudah diletakan.
17. Mendekatkan *partus set* dan membukanya. Memudahkan dalam pertolongan persalinan. *Partus set* sudah didekatkan.
18. Memakai sarung tangan pada kedua tangan. Tangan merupakan media utama masuknya *mikroorganisme* ke dalam tubuh dan mencegah infeksi silang antara ibu dan bayi. Kedua tangan sudah memakai sarung tangan.
19. Setelah kepala bayi tampak dengan diameter 5-6 cm di depan *vulva*, maka tangan kanan melindungi perinium dengan kain yang dilipat 1/3 bagian. Tangan kiri menahan *defleksi* sambil menganjurkan ibu untuk meneran disaat his untuk melahirkan kepala bayi. Mencegah kepala lahir terlalu cepat dan mencegah *laserasi* jalan lahir. Tangan kanan menyokong perinium.
20. Memeriksa adanya lilitan tali pusat. Lilitan tali pusat yang erat menyebabkan penekanan pada pembuluh darah tali pusat sehingga suplai darah ke janin berkurang. Ada lilitan tali pusat 1 kali longar.

21. Menunggu kepala janin melakukan putaran paksi luar. Menghilangkan torsi pada leher bayi. Kepala janin melakukan putaran paksi luar secara spontan.
22. Memegang kepala bayi secara *biparietal*, dengan lembut menggerakkan ke bawah untuk melahirkan bahu depan, ke atas untuk melahirkan bahu belakang. Kedua bahu bayi sudah lahir.
23. Setelah kedua bahu lahir, menggeser tangan ke bawah perinium untuk menyangga kepala, lengan dan siku ke arah bawah menggunakan tangan atas untuk menelusuri dan memegang tangan dan siku sebelah atas. Membantu pengeluaran bayi seluruhnya dan mencegah robeknya perinium. Sudah dilakukan sanggah susur.
24. Setelah tubuh dan lengan lahir penelusuran tangan di atas berlanjut ke punggung, tungkai dan kaki, memegang kedua mata kaki, memasukan jari telunjuk di antar kaki dan memegang masing-masing mata kaki dengan ibu jari dan jari lainnya. Mencegah tangan menjungkit sehingga tidak terjadi ruptur. Badan bayi telah lahir seluruhnya .
25. Jam 07.15 WITA, bayi lahir spontan, melakukan penilaian bayi. Menilai keadaan bayi untuk menentukan tindakan. Menangis kuat, tonus otot baik dan gerakanya aktif. Meletakkan di atas perut ibu.
26. Mengeringkan tubuh bayi mulai kepala, muka dan tubuh bayi kecuali bagaian telapak tangan, mengganti kain yang basah dengan yang kering, membiarkan bayi di atas perut. Mencegah *hipotermia*. Seluruh badan bayi ada di atas perut ibu.
27. Memeriksa kembali *uterus* untuk memastikan tidak ada janin kembar. Oksitosin menyebabkan *uterus* berkontraksi yang dapat menurunkan oksigen ke janin. Tidak ada janin lagi.
28. Memberitahukan ibu bahwa ia akan di suntik. Ibu dapat bekerja sama dalam proses penyuntikan. Ibu sudah mengetahui bahwa ia akan disuntik.
29. Dalam waktu 1 menit menyuntikan oksitosin 10 IU secara IM. Oksitosin merangsang kontraksi *uterus* dengan kuat dan efektif sehingga



mempercepat pelepasan *plasenta* dan mencegah perdarahan. Ibu sudah disuntik oksitosin pada paha kanan .

30. Menjepit tali pusat 3 cm dari pusat bayi dan mendorong tali pusat ke arah ibu 2 cm dari klem penjepit tali pusat yang pertama. Mempercepat proses sirkulasi. Tali pusat sudah diklem.
31. Memotong dan mengikat tali pusat. Memutuskan hubungan antara ibu dan bayi. Tali pusat sudah dipotong dan diklem menggunakan jepit tali pusat.
32. Meletakkan bayi agar kontak kulit antara ibu dan bayi (IMD) menciptakan hubungan kasih sayang antara ibu dan bayi. Bayi sedang IMD.
33. Menyelimuti ibu dan bayi dengan kain hangat dan memasang topi pada kepala bayi. Kepala bayi memiliki permukaan yang luas sehingga bayi cepat kehilangan panas.

Pukul : 07.20 WITA.

KALA III

S: ibu mengatakan perutnya mules dan ibu bahagia atas kelahiran bayinya.

O:

1. Keadaan umum: baik, kesadaran: composmentis
2. Palpasi: *TFU* setinggi pusat, ada tanda-tanda pelepasan *plasenta*, *uterus* bulat keras, tali pusat bertambah panjang, ada semburan darah tiba-tiba, perdarahan pervagina  $\pm$  100 cc

A: P1IP0AIAHII Kala III

P:

34. Memindahkan klem tali pusat sehingga berjarak 5 cm dari *vulva*. Memudahkan dalam PTT. Klem 5 cm dari *vulva*.
35. Meletakkan tangan kiri di atas kain pada perut ibu di atas *symphysis*, untuk mendeteksi, dan tangan kanan mengangkat tali pusat. *Uterus* membesar (kontraksi baik), adanya semburan darah banyak dari jalan lahir, tali pusat bertambah panjang.

36. Saat *uterus* berkontraksi tangan kanan menegangkan tali pusat ke arah bawah sambil tangan kiri mendorong *uterus* ke arah belakang atas (*dorso kranial*) secara hati-hati.
37. Melakukan penegangan tali pusat dan dorongan *dorso kranial* hingga *plasenta* lepas. Meminta ibu meneran sambil penolong menarik tali pusat dengan arah sejajar lantai kemudian ke arah atas mengikuti poros jalan lahir, dan tangan kiri tetap melakukan tekanan *dorso kranial*.
38. Saat *plasenta* muncul di *introitus vagina*, melahirkan *plasenta* dengan kedua tangan. Memegang dan memutar *plasenta* hingga selaput *plasenta* terpilin kemudian melahirkan *plasenta* seluruhnya dan meletakkan pada tempat *plasenta*. Mencegah tertinggalnya *plasenta* atau *plasenta* lahir tidak lengkap.  
Jam 07.25 WITA *plasenta* lahir lengkap dan spontan
39. Melakukan masase *uterus* segera setelah *plasenta* lahir dengan meletakkan telapak tangan di *fundus* dan melakukan masase dengan gerakan melingkar dengan lembut hingga *uterus* berkontraksi. Merangsang *miometrium* berkontraksi sehingga terjadi *vasokonstraksi* pembuluh darah. *Uterus* teraba bundar dan keras (kontraksi *uterus* baik) dan kandung kemih kosong.
40. Memeriksa kedua sisi *plasenta* yakni bagian *maternal* dan bagian *fetal plasenta*. Meyakinkankan *plasenta* lahir lengkap sehingga tidak terjadi perdarahan. *Placenta* lahir lengkap, selaput utuh, *cotiledon* lengkap.
41. Melakukan pemeriksaan kemungkinan *lacerasi* pada *vagina* dan perinium, dan melakukan penjahitan. Robekkan jalan lahir, mengakibatkan perdarahan aktif. Ada robekan pada perinium derajat I dan melakukan *heating* jelujur.

Pukul : 07.30 WITA.

#### *KALA IV*

IBU

S: Ibu mengatakan sangat senang karena telah melewati proses persalinan dan mules pada perut mulai berkurang.

O:

1. Keadaan umum : baik, kesadaran: komposmentis
2. Wajah ibu tampak senang
3. *Plasenta* lahir spontan, lengkap pada jam 07.25 WITA
4. *Palpasi*: *TFU* 2 jari di bawah pusat, kontraksi *uterus* baik, kandung kemih kosong
5. Perdarahan  $\pm$  200 cc

A: P11P0A0AH11Post Partumkala IV.

P:

42. Memastikan *uterus* berkontraksi baik dan tidak terjadi perdarahan. Masase *uterus,uterus* teraba bundar dan keras (kontraksi *uterus* baik), perdarahan normal  $\pm$  10 cc
43. Memberitahu ibu bahwa bayi dibiarkan di atas perut ibu melakukan kontak kulit dengan ibu paling sedikit 1 jam .
44. Memberitahui ibu bahwa setelah 1 jam kontak kulit (IMD), bidan akan melakukan perawatan bayi yaitu menimbang berat badan, mengukur panjang badan, lingkar kepala, lingkar dada, lingkar perut, memberikan salep mata, dan injeksi vitamin K dan memakaikan pakaian bayi.

Pada jam 08.15 WITA, hasilnya: berat badan: 2800 gram, panjang badan: 50 cm, lingkar kepala: 31 cm, lingkar dada: 32 cm, lingkar perut: 31 cm. Memberikan salep mata oksitetraciklin 1% pada mata kanan dan kiri dengan arah dari dalam ke luar, dan injeksi vitamin K (*Neo K*) 0,5 ml pada paha kiri bagian luar, mengenakan pakaian, selimut dan topi bayi.

45. Memberitahu ibu bahwa bayi akan disuntik imunisasi HB 0. Imunisasi HB 0 belum diberikan dan akan diberikan besok di Poli Anak. Bayi diberikan pada ibunya untuk diberi ASI.
46. Melanjutkan pemantauan kontraksi *uterus* dan perdarahan pervagina. Kontraksi *uterus* baik, TFU 2 jari bawah pusat, perdarahan sedikit  $\pm 20$  cc.
47. Mengajarkan ibu dan keluarga cara melakukan masase *uterus* dan menilai kontraksi dengan cara meletakkan telapak tangan ibu di atas *fundus uteri*, tangan penolong diletakan di atas tangan ibu, melakukan masase atau gerakan melingkar secara lembut hingga *uterus* berkontraksi, cara menilai kontraksi *uterus*, bila teraba keras berarti *uterus* berkontraksi baik. Ibu dan keluarga memahami cara masase *uterus* dan menilai *uterus* berkontraksi baik atau tidak baik.
48. Mengevaluasi dan mengestimasi jumlah kehilangan darah. Perdarahan yang keluar sebanyak  $\pm 20$  cc.
49. Memeriksa tanda-tanda vital, kandung kemih, kontraksi *uterus*, TFU, dan perdarahan tiap 15 menit pada 1 jam pertama, dan tiap 30 menit setelah 1 jam kedua.

Tabel 16 Hasil Observasi Ibu 2 Jam *Postpartum*

Jam (wita)	Tensi	Nadi	Suhu	TFU	Kontraksi	Perdarahan	Kandung kemih
08.00	100/60 mmhg	80x/mnt	36,6 <sup>0</sup> C	1jari bwh pst	Baik	50 cc	Kosong
08.15	100/60 mmhg	82x/mn	36,7 <sup>0</sup> C	1jari bwh pst	Baik	30 cc	Kosong
08.30	100/60 mmhg	84x/mn	36,7 <sup>0</sup> C	1jari bwh pst	Baik	30 cc	Kosong
08.45	100/60 mmhg	80x/mn	36,8 <sup>0</sup> C	1jari bwh pst	Baik	20 cc	Kosong
09.15	100/60 mmhg	84x/mn	36,9 <sup>0</sup> C	1jari bwh pst	Baik	20 cc	Kosong
09.45	100/70 mmhg	84x/mn	36,9 <sup>0</sup> C	1jari bwh pst	Baik	10 cc	urineren $\pm$ 150

50. Memantau tanda-tanda vital bayi dan tanda bahaya tiap 15 menit selama 1 jam pertama dan tiap 30 menit selama 1 jam kedua.

Tabel 17 Hasil Observasi Bayi 2 Jam Post Partum

Jam (wita)	Rr(x/m)	Suhu( <sup>0</sup> C)	Warna Kulit	Gerakan	Isapan Asi	Tali Pusat	Kejang	Bak/Bab
08.15	52	36,7	Kemerahan	Aktif	bayi sedang IMD	Tidak berdarah	Tidak	-/-
08.30	54	36,7	Kemerahan	Aktif	Bayi sedang IMD	Tidak berdarah	Tidak	-/-
08.45	52	36,8	Kemerahan	Aktif	Bayi sedang IMD	Tidak berdarah	Tidak	-/-
09.00	52	36,8	Kemerahan	Aktif	isap kuat	Tidak berdarah	Tidak	-/-
09.30	56	36,9	Kemerahan	Aktif	isap kuat	Tidak berdarah	Tidak	-/-
10.00	52	36,9	Kemerahan	Aktif	isap kuat	Tidak berdarah	Tidak	

51. Menempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan chlorin 0,5% untuk mendekontaminasi selama 10 menit, mencuci dan membersihkan peralatan dengan sabun dan air bersih, kemudian melakukan DTT peralatan menggunakan sterilisator.
52. Membuang sampah dan bahan-bahan yang terkontaminasi ke tempat sampah yang sesuai. Sampah medis/ infeksius dibuang ke tempat sampah infeksius (plastik merah), sampah non infeksius/ non medis dibuang ke tempat sampah non infeksius (plastik hitam), sampah tajam dibuang ke *safety box*.

53. Membersihkan ibu menggunakan air DTT. Membersihkan sisa cairan ketuban, lendir dan darah. Pakaian ibu yang kotor dimasukkan dalam ember pakaian kotor yang dialasi plastik merah. Membantu ibu memakaikan pakaian bersih, celana dalam bersih, dan pembalut.  
Ibu sudah bersih dan merasa nyaman.
54. Mendekontaminasi tempat tidur dan celemek dengan larutan chlorin 0,5%.  
Tempat tidur dan celemek sudah bersih.
55. Memastikan ibu merasa nyaman dan membantu ibu memberikan ASI pada bayinya, menganjurkan keluarga memberikan makan dan minum pada ibu. Ibu makan nasi setengah porsi, ikan goreng 1 potong dan air putih hangat 1 gelas. Bayi sudah bisa menyusui, refleks isapnya baik.
56. Mencelupkan sarung tangan kotor ke dalam larutan chlorin 0,5%, dan membukanya secara terbalik. Sarung tangan sudah dibilas dalam larutan chlorin 0,5%, dibuka secara terbalik dan membuangnya ke tempat sampah infeksius.
57. Mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir dengan cara 6 langkah, kemudian mengeringkan dengan tisu.
58. Melakukan pendokumentasian pada status pasien, partograf halaman depan dan belakang. Melakukan pemeriksaan tanda-tanda vital: tekanan darah: 110/ 60 mmhg, nadi 80 x/ menit, suhu 36,8<sup>0</sup>C, pernapasan 16x/ menit. Jam 12.00 WITA memindahkan ibu dan bayi ke ruang nifas.

## CATATAN PERKEMBANGAN KUNJUNGAN ( NIFAS I )

### 6 JAM *POST PARTUM*

Hari/ tanggal : senin, 16-05-2019

Pukul : 13.30 WITA

Tempat : Ruangan nifas Puskesmas Watuneso

S: Ibu mengatakan sakit pada tempat jahit di jalan lahir, perut rasa mules saat bayi mengisap ASI

O:

1. Keadaan umum: baik
2. Kesadaran: komposmentis
3. Keadaan emosional: tenang / stabil
4. Tanda vital: tekanan darah 110/ 70 mmhg, nadi 82 x/ menit, suhu 37<sup>0</sup> C, pernapasan 18x/menit.
5. Pemeriksaan fisik umum:
  - a. Muka: tidak pucat, tidak *oedema*
  - b. Mata: tidak *oedema*, *konjungtiva* merah muda, *sklera* putih.
  - c. Leher: tidak ada pembesaran kelenjar *tiroid* dan kelenjar *limfe*, tidak ada bendungan pada *vena jugularis*.
  - d. Payudara: simetris, ada *hiperpigmentasi areola mammae*, puting susu menonjol, sudah ada pengeluaran *colostrum* dari kedua puting susu, tidak ada benjolan, tidak ada nyeri tekan.
  - e. Abdomen: kontraksi *uterus* baik, *TFU* 2 jari bawah pusat.
  - f. Genetalia: ada pengeluaran darah pervagina berwarna merah / *lokhea rubra*, ada bekas luka jahitan pada perinium.
  - g. *Ekstremitas* atas: kuku tidak pucat, tidak ada *oedema*.
  - h. *Ekstremitas* bawah: tidak ada *oedema*, tidak ada varises, tidak ada kemerahan pada kaki, fungsi gerak normal.
6. Pemeriksaan penunjang. Lab HB 9 grm%

A: Ny. M.E.F umur 19 tahun G1P0A0 *postpartum* normal 6 jam dengan *ruptur* perineum grade I.

P:

1. Menginformasikan hasil pemeriksaan pada ibu dan keluarga bahwa keadaan ibu baik, tanda vital normal: tekanan darah 110/ 60 mmhg, nadi 82 x/ menit, suhu 37<sup>0</sup> C, pernapasan 18 x/ menit; sudah ada pengeluaran *colostrum* dari kedua puting susu; kontraksi *uterus* baik, *TFU* 2 jari bawah pusat; ada bekas luka jahitan pada perinium. Ibu dan keluarga merasa senang dengan informasi tersebut
2. Menganjurkan ibu untuk sering mengontrol dan menilai kontraksi *uterus* seperti yang telah diajarkan. Ibu mengerti dan sudah melakukannya masase *uterus* dan kontraksi *uterus*nya baik.
3. Menganjurkan ibu untuk mobilisasi dini agar ibu merasa lebih sehat dan kuat, pengembalian fungsi usus dan kandung kemih lebih baik, memudahkan ibu untuk belajar cara merawat bayinya sehari-hari. Ibu mengerti dan sudah melakukan mobilisasi seperti ke kamar mandi sendiri, belajar menggendong bayinya
4. Menganjurkan ibu untuk berkemih bila merasakannya, karena kandung kemih yang penuh menghambat kontraksi *uterus* yang bisa menyebabkan perdarahan. Ibu mengerti dan sudah buang air kecil 2 kali.
5. Menganjurkan ibu untuk makan makanan yang mengandung zat gizi seimbang dan makanlah 2 porsi lebih banyak dari sebelum masa nifas seperti nasi, sayuran berwarna hijau seperti daun ubi, kelor, bayam, lauk seperti telur, daging, ikan, hati, kacang hijau, tahu, tempe, atau jenis kacang-kacangan, minum susu ibu menyusui, minum air putih minimal 14 gelas perhari. Makanan bergizi membantu memperbanyak ASI, memulihkan kesehatan ibu, mempercepat penyembuhan luka, serta memperlancar proses metabolisme dalam tubuh. Ibu dan keluarga mengerti dan bersedia mengkonsumsi makanan bergizi.
6. Menganjurkan ibu untuk beristirahat yang cukup dengan cara saat bayi tidur ibu harus tidur, agar mempercepat pemulihan kesehatan dan meningkatkan daya tahan tubuh ibu. Ibu mengerti dan bersedia melakukannya.



7. Mengajukan ibu untuk selalu menjaga kebersihan diri dengan cara mandi teratur 2 kali sehari, mengenakan pakaian yang bersih, mengganti pembalut minimal setiap empat jam atau dirasakan sudah basah, cara cebok yang benar: ceboklah dahulu daerah depan yaitu *simpisis pubis* sampai *vulva vagina* hingga ke luka perinium, kemudian ke daerah belakang yakni daerah anus; mencuci tangan menggunakan sabun setiap kali selesai buang air kecil/ buang air besar. Ibu mengerti dan bersedia melakukannya.
8. Menginformasikan tanda bahaya masa nifas pada ibu dan keluarganya yaitu: perdarahan banyak lewat jalan lahir, keluar cairan berbau dari jalan lahir, bengkak di wajah tangan dan kaki atau sakit kepala dan kejang-kejang, demam lebih dari 2 hari / panas tinggi, payudara merah bengkak disertai rasa sakit, dan ibu terlihat murung sedih dan menangis tanpa sebab. Jika mengalami salah satu tanda tersebut segera beritahu petugas dan atau segera ke fasilitas kesehatan untuk mendapatkan pertolongan persalinan. Ibu dan keluarga mengerti yang ditandai mampu mengulang kembali beberapa tanda bahaya, dan bersedia kembali ke fasilitas kesehatan.

#### BAYI

S: Ibu mengatakan bayinya sudah bisa menyusui dan isapnya kuat, sudah buang air besar 1 kali, buang air kecil 1 kali.

O:

1. Keadaan umum baik,
2. Kesadaran: komposmentis,
3. Tanda vital: suhu: 36,9°C, nadi: 133 x/ menit, pernapasan: 50x/ menit,
4. Antropometri: berat badan: 2700 gram, panjang badan: 49 cm, lingkar kepala: 33 cm, lingkar dada: 32 cm, lingkar perut: 32 cm.
5. *APGAR score*: 8/9/10
6. Pemeriksaan fisik:
  - a. Kepala: ubun-ubun besar belum tertutup, tidak ada *caput succedaneum*, tidak ada *cephal hematoma*, tidak ada kelainan.
  - b. Wajah: kulit wajah kemerahan, muka bentuknya simetris

- c. Mata: simetris, tidak ada nanah, kelopak mata tidak bengkak, tidak ada perdarahan pada bola mata.
- d. Telinga: kedua daun telinga simetris, letaknya normal.
- e. Hidung: tidak ada secret, tidak ada pernapasan cuping hidung, tidak ada *palatoskisis*.
- f. Mulut: tidak ada *sianosis* dan tidak ada *labiopalato skizis*
- g. Leher : tidak ada benjolan
- h. Dada: simetris, tidak ada retraksi dinding dada, bunyi jantung normal dan teratur
- i. *Abdomen*: tidak ada perdarahan tali pusat, dinding perut supel, tidak ada kelainan seperti *omfalokel*, dll.
- j. Genitalia: jenis kelamin perempuan, *labia mayora* sudah menutupi *labium minus*
- k. Anus: ada lubang anus
- l. Punggung: tidak ada *spina bifida*.
- m. *Ekstermitas*: jari tangan dan kaki lengkap, gerak aktif, tidak ada *polidaktili*, kulit kemerahan.
- n. Kulit kemerahan
- o. Reflex
  - 1) Refleksi *moro*: baik, saat diberi rangsangan kedua tangan dan kaki seakan merangkul
  - 2) Reflex *rooting*: baik, saat diberi rangsangan pada pipi bayi, bayi langsung menoleh kearah rangsangan
  - 3) Refleksi *sucking*: baik, saat menyusui refleksi isapnya baik
  - 4) Refleksi *Graphs*: baik, pada saat telapak tangan disentuh, bayi seperti menggenggam.

A: Neonatus cukup bulan sesuai masa kehamilan usia 6 jam

P:

1. Menginformasikan pada ibu bahwa keadaan bayinya baik, tanda vital dan pemeriksaan fisik dalam batas normal. Ibu tampak senang mendengar informasi yang diberikan.
2. Mengajarkan ibu untuk sering melakukan kontak dengan bayinya seperti memeluk dengan kasih sayang, sering menyusui, kontak mata, berbicara dengan bayinya, agar terciptanya ikatan kasih sayang dan memberikan kehangatan pada bayinya. Ibu mengerti dan melakukannya.
3. Mengajarkan ibu cara menyusui yang benar yaitu menyusui bayi sesering mungkin semau bayi, minimal tiap 2-3 jam, susui dari kedua payudara secara bergantian hingga kosong agar payudara tetap memproduksi ASI yang cukup. Ibu mengerti dan bersedia melakukannya.
4. Mengajarkan posisi dan perlekatan menyusui yang benar yaitu dengan cara: ibu duduk bersandar di dinding dengan sudut 90 derajat atau duduk di pinggir tempat tidur dengan kaki bersandar pada bangku, usahakan posisi nyaman mungkin. Menggunakan satu tangan menyangga badan bayi dengan posisi kepala dan badan bayi berada dalam satu garis lurus, wajah bayi menghadap payudara, hidung berhadapan dengan puting susu, sebagian besar *areola* (bagian hitam di sekitar puting) masuk ke dalam mulut bayi, mulut bayi tampak terbuka lebar, bibir bawah melengkung ke luar, dagu menyentuh payudara ibu. Ibu mengerti dan bisa mempraktekan posisi menyusui yang benar.
5. Memberikan KIE tentang ASI eksklusif yaitu bayi diberi ASI saja hingga umur 6 bulan tanpa tambahan makanan lain seperti susu formula, air putih, madu, bubur susu, biskuit, dan lain-lain. ASI merupakan makanan terbaik untuk bayi mengandung semua zat gizi yang dibutuhkan bayi hingga 6 bulan pertama, serta mengandung zat antibodi yang melindungi bayi dari kuman penyakit. Ibu mengerti dan bersedia memberikan bayinya ASI saja hingga umur 6 bulan.
6. Mengajarkan ibu dan keluarga cara menjaga kehangatan bayi baru lahir seperti memakaikan topi, sarung tangan dan kaki, membungkus bayi dengan

kain yang kering dan hangat, segera mengganti pakaian bayi jika basah atau kotor, serta menunda memandikan bayi hingga 6 jam. Ibu dan keluarga mengerti tentang cara menjaga kehangatan bayi.

7. Menginformasikan tanda-tanda bahaya yang terjadi pada bayi baru lahir seperti: bayi tidak mau menyusui, kejang-kejang, lemah, sesak napas dan ada tarikan dinding dada bagian bawah ke dalam, bayi merintih atau menangis terus-menerus, tali pusat kemerahan berbau atau bernanah, panas tinggi, kulit bayi berwarna kuning, buang air besar berwarna pucat. Bila mengalami salah satu tanda tersebut ibu harus segera membawa bayinya ke fasilitas kesehatan untuk mendapatkan penanganan. Ibu dan keluarga mengerti yang ditandai mampu mengulang kembali beberapa tanda bahaya pada BBL, serta bersedia membawa bayinya ke fasilitas kesehatan bila mengalaminya.

CATATAN PERKEMBANGAN KUNJUNGAN NIFAS II  
*POST PARTUM*HARI KETIGA

Hari/ tanggal : Selasa, 20-05-2019

Pukul : 09.00 WITA

Tempat : Rumah ibu

S: Ibu mengatakan rasa nyeri pada luka di jalan lahir, sudah buang air kecil, belum buang air besar.

O:

1. Ku : ibu baik, kesadaran *composmentis*.
2. Tanda vital: tekanan darah 110/ 70 mmhg, nadi 84x/menit, suhu 36,8°C, pernapasan 18 x/ menit,
3. Wajah : tidak pucat, tidak ada *oedema*.
4. Mata : tidak *oedema*, *konjungtiva* merah muda, *sklera* putih.
5. Leher : tidak ada bendungan pada *vena jugularis*, tidak ada pembesaran kelenjar *tiroid* dan kelenjar *limfe*.
6. Payudara: bentuk simetris, tidak ada bengkak dan kemerahan, sudah ada produksi ASI sedikit.
7. *Abdomen*: dinding perut supel, kontraksi *uterus* baik, *TFU* 2 jari bawah pusat, kandung kemih kosong.
8. Genitalia:  
*Vulva/vagina*: terdapat pengeluaran darah berwarna merah sedikit ( $\pm$  30 cc) / *lochea rubra*.  
*Perinium*: tampak ada bekas luka jahitan *perinium*, keadaan luka masih basah, tidak ada tanda infeksi (seperti merah, bengkak, pus).
9. *Ekstremitas*: tidak pucat, tidak *oedema*, tidak merah, tidak nyeri, fungsi gerak normal.

A: PIP0AO *postpartum* normal hari ketiga

P:

1. Menginformasikan hasil pemeriksaan pada ibu dan keluarganya bahwa keadaan ibu baik, tanda vital normal, luka *perinium* masih basah. Ibu dan keluarga mengerti.

2. Menjelaskan ketidaknyamanan yang dirasakan ibu yakni belum buang air besar, hal ini masih dalam batas normal yang terjadi akibat penurunan peristaltik usus, dan kurangnya asupan makanan selama ibu dalam proses persalinan. Cara mengatasinya: makan makanan yang mengandung tinggi serat seperti sayur-sayuran, dan buah-buahan, mengkonsumsi air putih minimal 14 gelas perhari selama masa nifas, serta mobilisasi dini. Ibu mengerti dan bersedia melakukan anjuran tersebut.
3. Mengingatkan ibu untuk makan makanan yang bergizi dengan porsi 2 kali lebih banyak dari sebelumnya. Ibu mengerti dan mengatakan sudah melakukan seperti anjuran yakni makan nasi, sayuran seperti bayam, kelor, dengan lauk, ikan, tahu, telur, minum air putih lebih dari 14 gelas/ hari, serta minum susu ibu menyusui tiap pagi dan malam hari.
4. Mengajarkan ibu cara merawat luka perinium yaitu dengan menjaga kebersihan daerah genitalia seperti bersihkan daerah genitalia menggunakan sabun dan air bersih setiap kali mandi, mandi 2 kali sehari; jangan menyentuh luka perinium; mencuci tangan sesudah buang air kecil/buang air besar, sebelum dan sesudah merawat luka perinium; sering ganti celana dalam dan pembalut bila sudah penuh atau minimal tiap 4 jam. Ibu mengerti dan bersedia melakukannya.
5. Mengingatkan ibu untuk istirahat yang cukup dengan cara tidur siang atau istirahatlah selama bayi tidur, serta kembali beraktivitas kegiatan rumah tangga secara perlahan-lahan jika ibu sudah merasa mampu. Istirahat yang cukup ibu mampu merawat bayinya, proses pemulihan alat kandungan berjalan lancar, tidak terjadi perdarahan, produksi ASI lancar. Ibu mengerti dan bersedia melakukannya.
6. Mengingatkan ibu untuk sering melakukan kontak dengan bayinya, agar tercipta ikatan kasih sayang dan merangsang perkembangan bayi. Ibu mengerti dan bersedia melakukannya.
7. Menganjurkan ibu minum obat yang diberikan yakni amoxicilin 500 mg 3x1, asammefenamat 500 mg 3x1, tablet tambah darah dan vitamin c 1x1 tiap malam hari, obat diminum sesudah makan menggunakan air putih agar

proses penyerapannya berjalan lancar. Ibu mengerti dan sudah minum obat secara teratur sesuai dosisnya.

8. Memberikan ibu vitamin A 200.000 IU sebanyak 2 kapsul, diminum hari pertama 1 kapsul dan kapsul kedua 1 kapsul diminum 24 jam setelah ibu minum kapsul vitamin A pertama. Ibu mengerti, jam 09.00 ibu minum kapsul vitamin A pertama 1 kapsul pada hari pertama post partum.

S: Ibu mengatakan bayinya tidak ada keluhan, sudah buang air kecil, dan buang air besar berwarna hitam.

O:

1. Keadaan umum baik, kesadaran komposmentis
2. Kulit tampak kemerahan tidak *ikterus*, gerak aktif, menangis kuat.
3. Tanda vital: suhu 37 °C, nadi 130 x/ menit, pernapasan 50 x/ menit
4. Berat badan: 2650 gram, panjang badan 49 cm.
5. Pemeriksaan fisik:
  - a. kepala: tidak ada kelainan, wajah: simetris, mata: *konjungtiva* merah muda, *sklera* putih
  - b. Dada: simetris, tidak ada tarikan dinding dada
  - c. Perut: supel, tidak ada perdarahan tali pusat, tali pusat masih basah dan layu, tidak ada kelainan.
  - d. Genitalia: tidak ada kelainan
  - e. *Ekstremitas*: kulit kemerahan, fungsi gerakanya normal.

A: Neonatus cukup bulan sesuai masa kehamilan umur 1 hari

P:

1. Menginformasikan hasil pemeriksaan pada ibu dan keluarganya bahwa keadaan bayinya baik, tanda vital normal, berat badan 2800 gram, panjang badan 48 cm. Ibu dan keluarganya senang mendengar informasi tersebut.
2. Mengajarkan ibu cara memandikan dan merawat tali pusat bayi. Ibu mengerti dan bersedia melakukannya.
3. Memastikan ibu menyusui bayinya dengan posisi yang benar. Ibu sudah bisa melakukan menyusui dengan posisi yang benar.

4. Menjelaskan kepada ibu dan suami tentang pentingnya program KB. Ibu dan suami mengerti tentang KB dan bersedia untuk mengikuti KB.
5. Colaborasi dengan dokter untuk memberikan imunisasi HB 0 pada bayi. Bayi sudah diimunisasi HB 0
6. Menjelaskan pada ibu agar jangan membiarkan bayinya menangis lama karena bisa menyebabkan bayi stres. Ibu mengerti dan bersedia melakukannya.
7. Mengingatkan ibu dan keluarga agar selalu menjaga bayinya tetap hangat. Ibu dan keluarga mengerti dan bersedia melakukannya.
8. Menganjurkan ibu untuk sering menyusui bayinya secara tidak terjadwal, minimal tiap 2-3 jam agar kebutuhan bayinya terpenuhi dan memperlancar produksi ASI.
9. Mengingatkan ibu tentang tanda bahaya pada bayi baru lahir. Ibu mengerti dengan penjelasan yang diberikan.



CATATAN PERKEMBANGAN KUNJUNGAN KE III  
(*POST PARTUM* HARI KE DELAPAN / KF II DAN KN II)

Hari/ tanggal : Senin 27-05-2019

Pukul : 10.00 WITA

Tempat : Rumah ibu

S: Ibu mengatakan sakit pada punggung, ASI sudah semakin banyak, sudah buang air besar spontan konsistensinya lunak, buang air kecil +, darah yang keluar dari jalan lahir sudah berwarna merah kecoklatan dan ada lendir.

O:

1. Ku: baik, kesadaran: komposmentis
2. Tanda vital: tekanan darah: 110/ 60 mmhg, nadi 80 x/menit, nadi 80x/menit, suhu 37 °C, pernapasan 16x/ menit.
3. Pemeriksaan fisik:
  - a. Kepala: tidak ada kelainan, ada ketombe
  - b. Muka: tidak *oedema*, tidak pucat
  - c. Mata: tidak *oedema*, *konjungtiva* merah muda, *sklera* putih
  - d. Leher: tidak ada pembesaran kelenjar *limfe* dan kelenjar *tiroid*, tidak ada bendungan pada *vena jugularis*.
  - e. Payudara: simetris, kencang dan tegang, ada pengeluaran ASI dari kedua puting susu, tidak ada benjolan.
  - f. *Abdomen*: dinding perut supel, *palpasi*: kontraksi *uterus* baik, *TFU* pertengahan pusat simpisis, kandung kemih kosong.
  - g. Genitalia:

*Vulva*: ada pengeluaran darah berwarna merah kecoklatan dan bercampur lendir. Perinium: tampak ada luka bekas jahit, sudah mulai mengering, tidak ada tanda infeksi seperti bengkak, merah, nyeri, pus.
  - h. *Ekstremitas*: tidak ada varises, tidak ada *oedema*, tidak ada tanda kemerahan dan nyeri, fungsi gerak normal.

*Pemeriksaan Penunjang Lab HB 10grm%*

A: PIAOAHl *post partum* normal hari ke- 11

P:

1. Menginformasikan hasil pemeriksaan pada ibu bahwa keadaannya baik, tekanan darah normal 110/60 mmhg, kontraksi *uterus* baik, *TFU* pertengahan pusat simpisis, pengeluaran pervagina normal, luka di jalan lahir sudah mulai mengering. Ibu mengerti dan tampak senang setelah mendengar informasi tersebut.
2. Menjelaskan pada ibu dan keluarga penyebab sakit pada punggung yang dirasakan ibu adalah hal yang normal akibat bertambah besarnya ukuran payudara dan volume ASI yang bertambah banyak, sehingga otot belakang tertarik untuk menopang beban tersebut. Cara mengatasinya kenakanlah bra yang sesuai dengan ukuran payudara agar bisa menyokong payudara ibu. Ibu dan keluarga mengerti dan bersedia mengenakan bra yang sesuai ukuran payudara ibu.
3. Melakukan perawatan luka perinium menggunakan kassa yang dibasahi betadin lalu dioleskan pada luka jahitan. Luka sudah dirawat dengan betadin.
4. Mengajarkan ibu untuk melakukan perawatan luka perinium menggunakan betadin salep yang dilakukan setiap pagi dan sore sesudah mandi. Ibu bersedia melakukan perawatan luka menggunakan betadin salep.
5. Mengingatkan ibu untuk meningkatkan kebersihan daerah genitalia, agar luka perinium segera sembuh dan tidak terjadi infeksi. Ibu bersedia melakukannya.
6. Mengajukan ibu untuk menjaga kebersihan dirinya seperti mandi 2 kali sehari, keramas 2-3 kali seminggu, sikat gigi 2 kali sehari, ganti pakaian dalam dan luar minimal 2 kali sehari setiap habis mandi. Ibu mengerti dan bersedia melakukannya.
7. Mengingatkan ibu untuk tetap meningkatkan asupan makanan yang bergizi. Karena makanan yang bergizi berguna untuk meningkatkan kesehatan ibu, penyembuhan luka perinium, serta meningkatkan produksi ASI. Ibu

mengerti dan mengatakan jam 09.00 sudah mengkonsumsi bubur kacang hijau 1 mangkok, dan minum susu ibu menyusui tiap pagi dan malam hari.

8. Mengingatkan ibu untuk istirahat yang cukup agar ibu tidak kelelahan dan untuk pemulihan kesehatan ibu, dengan cara beristirahatlah atau tidurlah disaat bayi tidur. Ibu mengerti dan mengatakan sudah melakukannya.
9. Memastikan ibu menyusui bayinya dengan benar dengan cara menyuruh ibu menyusui bayinya dan memperhatikan cara menyusui dan posisi menyusui. Ibu sudah menyusui bayinya dengan benar dan tidak ada hambatan saat menyusui.

#### BAYI

S:

1. Ibu mengatakan kulit bayinya terkelupas, bagian wajah tumbuh biji panas, bayinya sudah buang air kecil dan sudah buang air besar normal (tidak *diare*), warnanya kuning, pilek.
2. Ibu mengatakan khawatir karena ada keluar keputihan sedikit dari kelamin bayinya.

O:

1. Ku bayi baik, kesadaran komposmentis
2. Tanda vital: suhu: 36,7 °C, nadi 132x/menit, pernapasan 53x/menit
3. Panjang badan: 48 cm.
4. Pemeriksaan fisik:
  - a. Muka: tampak bintik-bintik kecil,
  - b. Mata: tidak ada sekret,
  - c. Hidung: tidak ada pernapasan cuping hidung,
  - d. Mulut: bibir lembab, warna kemerahan,
  - e. Leher: kulit terkelupas dan iritasi pada lipatan, tidak ada benjolan
  - f. Dada: tidak ada tarikan dinding dada ke bawah saat bayi tenang,
  - g. Perut: dinding perut supel, tali pusat sudah pupus, tidak ada perdarahan tali pusat, tidak ada tanda-tanda infeksi,
  - h. Genitalia: ada keputihan sedikit di *vulva*,

- i. *Ekstremitas*: gerak aktif, kulit kemerahan, iritasi pada kulit di lipatan paha.
- j. Kulit: warna kulit bayi kemerahan, tidak *cianosis*.

A: Neonatus cukup bulan sesuai masa kehamilan usia 5 hari.

P:

1. Informasikan hasil pemeriksaan pada ibu bahwa keadaan bayinya baik, tanda vital normal, ada iritasi pada lipatan leher dan lipatan paha sedikit. Ibu tampak tenang mendengar informasi tersebut.
2. Menjelaskan pada ibu keputihan yang terjadi pada bayinya merupakan hal yang normal, walaupun tidak terjadi pada semua bayi, hal ini disebabkan oleh sisa hormon dari ibunya, dan akan hilang dengan sendirinya. Ibu tidak khawatir lagi setelah mendapat informasi tersebut.
3. Melakukan perawatan kulit bayi yang terkelupas serta iritasi dan melibatkan ibu untuk melihatnya. Caranya: melap kulit bayi yang terkelupas dan iritasi menggunakan baby oil kemudian kenakan pakaian yang bersih dan selimuti bayi dan kenakan topi agar bayi tetap hangat. Menganjurkan ibu untuk merawat kulit bayinya seperti yang dilakukan. Ibu bersedia melakukan perawatan seperti yang di contohkan.
4. Memastikan ibu menyusui bayinya dengan benar dengan cara menyuruh ibu menyusui bayinya dan memperhatikan cara menyusui dan posisi menyusui. Ibu sudah menyusui bayinya dengan benar dan tidak ada hambatan saat menyusui.
5. Mengajarkan ibu cara menyendawakan bayinya yaitu dengan cara menelungkupkan atau miringkan bayi ke salah satu sisi kemudian tepuk secara perlahan bagian punggung bayi. Ibu mengerti dan bisa mempraktekkan dengan benar cara menyendawakan bayi.
6. Mengingatkan ibu untuk menjaga bayinya tetap hangat, sering menyusui minimal tiap 2-3 jam atau semau bayi, serta memberikan bayinya ASI saja hingga berumur 6 bulan. Ibu mengerti dan sudah melakukan anjuran tersebut.

7. Mengingatkan ibu untuk menjemur bayinya pada sinar matahari sebelum jam 9 pagi selama 10 menit, karena mengandung vitamin D yang berguna untuk pertumbuhan dan pembentukan tulang dan gigi serta penyerapan kalsium dalam tubuh bayi. Ibu mengerti dan mengatakan sudah menjemur bayinya tadi pagi selama 10 menit.
8. Mengingatkan ibu untuk memperhatikan tanda bahaya pada bayi dan segera ke fasilitas kesehatan bila mengalaminya. Ibu mengerti dan mengatakan selama ini bayinya tidak mengalami salah satu tanda bahaya tersebut.

CATATAN PERKEMBANGAN KUNJUNGAN NIFAS  
(*POSTPARTUM* HARI KE 40)

Hari / tanggal : Selasa , 25 -06 - 2019

Pukul : 09.00 WITA

Tempat : Puskesmas Watuneso

IBU

S:

1. Ibu mengatakan tidak ada keluhan
2. Ibu mengatakan ingin mengikuti kontrasepsi suntik tiga bulan.

O:

1. Keadan umum ibu baik, kesadaran komposmentis
2. Status emosional: stabil/ tenang
3. Tanda vital: tekanan darah: 110/ 70 mmhg, nadi 78x/ menit, pernapasan 16 kali/ menit, suhu 36, 6 °C
4. Berat badan 50 kg
5. Pemeriksaan fisik:
  - a. Mata: tidak ada *oedema*, *conjungtiva* merah muda, *sklera* putih
  - b. Leher: tidak ada pembesaran kelenjar *limfe* dan kelenjar *tiroid*, tidak ada bendungan pada *vena jugularis*.
  - c. Dada: simetris, kencang dan tegang, ada pengeluaran ASI dari kedua puting susu, tidak ada benjolan, tidak ada nyeri tekan, tidak ada kemerahan.
  - d. *Abdomen*: tidak ada bekas luka operasi, dinding perut supel, tidak ada benjolan, kandung kemih kosong.
  - e. Ekstremitas atas: bersih, tidak pucat, tidak *oedema*
  - f. Ekstremitas bawah: tidak *oedema*, tidak ada varises, tidak ada kemerahan, tidak ada nyeri, fungsi gerak normal.

A: P1A1AH1 *post partum* normal hari ke-40 calon akseptor suntik *depoprovera*

P:

1. Menginformasikan pada ibu tentang hasil pemeriksaan bahwa keadaan ibu baik, tanda vitalnya normal yaitu: nadi 78x/ menit, tekanan darah 110/70 mmhg, suhu 36, 6 °C, pernapasan 16 x/ menit. Berat badan 58 kg, pemeriksaan fisik normal. Ibu tampak senang mendengar informasi tersebut.
2. Menanyakan pada ibu apakah ada penyulit yang dialami ibu selama masa nifas seperti perdarahan lewat jalan lahir, demam, kaki tampak merah, oedema pada tangan dan wajah, payudara bengkak merah dan nyeri. Ibu mengatakan selama 40 hari masa nifas ibu tidak mengalami penyulit apapun.
3. Mengingatkan ibu untuk memberikan bayinya ASI eksklusif, membawa bayinya tiap bulan ke posyandu sampai anaknya berumur 5 tahun agar terdeteksi pertumbuhan dan perkembangan anak dan mendapat pelayanan vitamin A, dan imunisasi dasar lengkap. Ibu mengerti dan bersedia memberi bayinya ASI saja hingga umur 6 bulan dan mengikuti posyandu tiap bulan.
4. Menjelaskan pada ibu tentang beberapa alat kontrasepsi, cara kerja, keuntungan serta kerugian masing-masing kontrasepsi dengan menggunakan lembar balik yang tersedia di Pustu seperti: alat kontrasepsi dalam rahim berupa coper T, *implan* atau susuk, suntikan 3 bulan, dan kondom. Ibu mengerti dan memilih untuk kontrasepsi suntik 3 bulan.
5. Melayani kontrasepsi suntikan tiga bulan, yakni *depoprovera* secara IM pada bokong kanan ibu. Sudah diberikan kontrasepsi suntikan pertiga bulan.
6. Menjadwalkan suntikan ulang pada tanggal 30 Agustus 2019. Menjelaskan pada ibu untuk mengingatkannya dengan memberi tanda merah pada kelender. Ibu mengerti dan bersedia kembali sesuai jadwal.
7. Melakukan pendokumentasian semua asuhan dalam buku register KB, dan kartu KB (K1) yang diberikan untuk ibu sebagai akseptor. Semua asuhan sudah didokumentasikan.

## B. Pembahasan

Pembahasan merupakan bagian dari laporan kasus yang membahas tentang kendala atau hambatan selama melakukan asuhan kebidanan pada klien. Kendala tersebut menyangkut kesenjangan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus. Kesenjangan tersebut dapat dilakukan pemecahan masalah untuk memperbaiki atau masukan demi meningkatkan asuhan kebidanan.

### 1. Pembahasan Data Subyektif

#### a. Kehamilan

Data yang dikaji berupa data identitas ibu dan suami, keluhan utama, riwayat haid, riwayat perkawinan, riwayat kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu, riwayat kontrasepsi, riwayat kesehatan ibu dan keluarga, keadaan psikososial, dan riwayat sosial kultur.

Data identitas: Ny. M.E.F , umur 19 tahun, pendidikan SMA, pekerjaan Ibu Rumah Tangga, dan suaminya bernama Tn. M.W, umur 20 tahun, pendidikan SMA, pekerjaan Wiraswasta. Hal ini mempengaruhi dalam pemenuhan kebutuhan hidup dan pengambilan keputusan apabila ada masalah dengan kehamilan ibu.

Data riwayat perkawinan ditemukan status pernikahan sudah menikah. Status pernikahan bisa berpengaruh pada psikologi ibu pada saat hamil (Romauli, 2011).

Keluhan ibu saat pengkajian awal ibu mengatakan sakit pinggang, pusing, dan ibu mengatakan frekuensi buang air besar 2 hari sekali. Beberapa ketidaknyamanan trimester III diantaranya sakit pinggang disebabkan oleh *kurvatura* dari *vertebra lumbosakral* yang meningkat saat *uterus* terus membesar dan *spasme* otot karena tekanan pada syaraf, kram pada kaki dapat terjadi karena kekurangan asupan kalsium, pembesaran *uterus* sehingga memberikan tekanan pada pembuluh darah *pelvik* dengan demikian dapat menurunkan sirkulasi darah ke tungkai bagian bawah. *Obstipasi* diduga terjadi akibat penurunan *peristaltik* yang disebabkan oleh relaksasi otot polos pada usus besar ketika terjadi peningkatan jumlah *progesteron*, dan juga sebagai akibat dari efek



samping penggunaan zat besi (Marmi, 2011). Hal ini merupakan ketidaknyamanan yang normal yang terjadi pada ibu hamil trimester III, artinya tidak ada kesenjangan antara teori dan kasus.

Riwayat ANC, ibu melakukan pemeriksaan kehamilan pertama kali saat usia kehamilan 10 minggu dan selama hamil pemeriksaan sebanyak 10 kali. Menurut Walyani (2015) pemeriksaan kehamilan pertama dilakukan segera setelah diketahui ibu terlambat haid, pemeriksaan ulangan setiap bulan sampai umur kehamilan 6-7 bulan, setiap 2 minggu sampai usia kehamilan 8 bulan, dan setiap minggu sejak umur kehamilan 8 bulan sampai terjadi persalinan. Hal ini berarti ada kesenjangan antara teori dan kasus yang diakibatkan karena kehamilan ini merupakan kehamilan yang tidak diinginkan sehingga mempengaruhi ibu hamil dalam menentukan kapan ia harus ke fasilitas kesehatan untuk pemeriksaan kehamilannya.

Selama pemeriksaan kehamilan di Puskesmas Watuneso ibu mendapat tablet tambah darah 60 tablet, vitamin c 60 tablet dan kalsium laktat 60 tablet. Setiap ibu hamil harus mendapat tablet tambah darah dan asam folat minimal 90 tablet selama kehamilan (Kemenkes RI, 2015). Ketidakcukupan kebutuhan tablet tambah darah diakibatkan ibu memeriksakan kehamilannya setelah usia kehamilan 8 bulan. Ini berarti ada kesenjangan antara teori dan kasus.

Menurut Kemenkes RI (2015) imunisasi TT1 diberikan saat kunjungan ANC1 pertama atau saat menjadi calon pengantin, dan TT2 diberikan 4 minggu setelah TT1 dengan masa perlindungan selama 3 tahun, dan interval pemberian imunisasi TT3 yaitu 6 bulan setelah TT2 dan masa perlindungannya 5 tahun, dan seterusnya. Pemberian imunisasi TT dan masa perlindungannya sudah sesuai teori.

Kunjungan rumah tanggal 24-04 2019, ibu mengeluh sakit perut dan pinggang sesekali dan belum ada tanda lendir darah dari jalan lahir. Akhir kehamilan sering terjadi kontraksi *uterus* yang disebut juga *his*

palsu (*broxton hicks*) (Prawirhardjo, 2014). Tidak ditemukan kesenjangan antara teori dan kasus.

Penulis menemukan 1 masalah yaitu: Penyebab seperti sakit pinggang dan kram pada kaki merupakan perubahan fisiologi yang terjadi pada kehamilan trimester III. Rasa cemas yang dialami ibu merupakan perubahan psikologis yang normal sesuai dengan pendapat Romauli (2011) merasa tidak menyenangkan ketika bayi tidak hadir tepat waktu. Hal ini menunjukkan tidak ada kesenjangan antara teori dan kasus.

b. Persalinan

Ibu mengeluh merasa sakit pada pinggang menjalar ke perut bagian bawah hilang timbul sudah keluar tanda berupa lendir darah lewat jalan lahir sejak jam 18.00 WITA, belum keluar air-air banyak dari jalan lahir. kondisi tersebut sesuai dengan pernyataan menurut Marmi (2012) bahwa tanda persalinan pada umumnya klien mengeluh nyeri pada daerah pinggang menjalar ke perut, adanya *his* yang semakin sering dan teratur, keluar lendir darah, perasaan ingin buang air kecil sedikit-sedikit.

Pukul 07.00 WITA ibu mengatakan sakit perut pinggang semakin sering dan lama, rasa ingin buang air besar tiap kali perut terasa kencang. Perubahan fisiologis secara umum yang terjadi pada persalinan kala II yaitu *his* menjadi lebih kuat dan lebih sering, timbul tenaga untuk meneran, perubahan dalam dasar panggul, lahirnya fetus (Rukiah, dkk, 2012). Hal ini berarti tidak ada kesenjangan antara teori dan kasus.

Pukul 10.45 WITA ibu mengatakan perutnya mules. Hal ini disebabkan oleh kontraksi *uterus*. Setelah bayi lahir *uterus* teraba keras dengan *fundus uteri* agak di atas pusat, beberapa menit kemudian *uterus* berkontraksi lagi untuk melepaskan *plasenta* dari dindingnya (Marmi, 2012). Setelah bayi lahir *uterus* masih mengadakan kontraksi yang mengakibatkan penciutan permukaan *kavum uteri* tempat *implantasi plasenta* (Kuswanti dkk, 2013). Dalam hal ini tidak terjadi kesenjangan antara teori dan kasus.

Kala IV, ibu mengatakan rasa mules di perut sudah mulai berkurang. Rasa mules terjadi akibat kontraksi *uterus* sehingga tidak terjadi perdarahan post partum. Menurut Marmi (2012) *uterus* yang berkontraksi normal harus terasa keras ketika disentuh atau diraba. Tidak ditemukan kesenjangan antara teori dan kasus.

c. Bayi baru lahir

Enam jam pertama, ibu mengatakan bayinya sudah bisa menyusui dan isapannya kuat, sudah buang air kecil 1x, dan buang air besar 1x warna hitam. Dewi (2010) menjelaskan pada *traktusdigestivus* mengandung zat berwarna hitam kehijauan yang terdiri atas *mukopolisakarida* atau disebut dengan *mekonial*.

Hari ke-7, ibu mengatakan ada keluar keputihan sedikit dari kelamin bayinya. Menurut Lailiyana (2012) peningkatan kadar *estrogen* selama hamil, yang diikuti dengan penurunan setelah bayi lahir mengakibatkan pengeluaran suatu cairan *mukoid* atau kadang-kadang pengeluaran bercak darah melalui *vagina* (*pseudomenstruasi*). Hal ini menunjukkan tidak ada kesenjangan antara teori dan praktek.

d. Nifas

Enam jam *post partum*, ibu mengeluh perut rasa mules saat bayi menyusui, sudah buang air kecil, belum buang air besar. Kunjungan hari ke 5 ibu mengeluh sakit pada punggung, ASI sudah semakin banyak, darah yang keluar dari jalan lahir berwarna merah kecoklatan dan ada lendir, sudah bisa buang air besar.

Oksitoksin menyebabkan terjadinya kontraksi dan retraksi otot *uterus* sehingga akan menekan pembuluh darah dan mengakibatkan berkurangnya suplai darah ke *uterus* (Ambarwati dkk, 2010). Sakit perut yang dirasakan ibu akibat kontraksi *uterus*. Hal ini berarti tidak ada kesenjangan antara teori dan kasus.

Menurut Yanti, dkk (2014) miksi normal bila dapat buang air kecil spontan setiap 3-4 jam, dan diharapkan ibu dapat buang air besar sekitar

3-4 hari *post partum*. Hal ini menunjukkan tidak ada kesenjangan antar teori dan kasus.

e. Keluarga Berencana (KB)

Ibu mengatakan tidak ada keluhan dan mengatakan ingin menggunakan kontrasepsi suntik 3 bulan. Ibu dan suami sudah sepakat untuk mengikuti kontrasepsi suntikan 3 bulan setelah 40 hari *post partum*.

2. Pembahasan Data Obyektif

a. Kehamilan

Tafsiran persalinan 11 Mei 2019, perhitungan dilakukan dengan menambah 9 bulan dan 7 hari pada HPHT, atau dengan mengurangi bulan dengan 3, kemudian menambahkan 7 hari dan 1 tahun (Romauli, 2011).

Hasil pemeriksaan keadaan umum baik, kesadaran komposmentis, tanda vital normal yaitu tekanan darah berkisar 110/ 60 sampai 110-80 mmhg, nadi 80 sampai 88 kali/ menit, suhu 36,8 sampai 37 °C, pernapasan 18 sampai 20 kali/ menit. Tinggi badan 149 cm, lila 24 cm. Tidak ada kesenjangan antara teori dan kasus.

Berat badan pada akhir kehamilan 48 kg, sebelum hamil berat badan 40 kg. Terjadi kenaikan berat badan 8 kg. Menurut Romauli (2011) normalnya penambahan berat badan ibu hamil dari awal sampai akhir kehamilan adalah 6,5 sampai 16,5 kg. Berdasarkan IMT didapatkan hasil 20, 32. Menurut Pantikawati, dkk (2012) nilai IMT ibu hamil normal berkisar antara 20-24,9. Hal ini berarti Ny.M.E.F memiliki kenaikan berat badan normal dan IMT normal. Tidak ada kesenjangan antara teori dan kasus.

Pemeriksaan fisik tidak ditemukan kesenjangan antara teori dan kasus. Pemeriksaan obstetrik, pada usia kehamilan 39-40 minggu hasil pemeriksaan palpasi leopold 1 didapat TFU 2 jari bawah prosesus xifoideus (28 cm). Menurut Pantikawati dkk (2010) TFU pada usia kehamilan 40 minggu: fundus uteri terletak kira-kira 3 jari di bawah prosesus xifoideus (33 cm). Ada kesenjangan antar teori dan kasus pada

pengukuran TFU berdasarkan cm (Mc. Donal). Hal ini menandakan adanya hubungan antara kehamilan dengan anemia pada ibu hamil.

b. Persalinan

Jam 18.45 WITA, ibu masuk Puskesmas Watuneso. Keadaan umum ibu baik, kesadaran komposmentis, tanda vital pemeriksaan fisik, pemeriksaan *obstetrik* tidak ditemukan kelainan. Tafsiran berat janin dihitung berdasarkan TFU adalah 2635 gram, kontraksi *uterus* 2x/ 10 menit lamanya 30 detik. dilakukan pemeriksaan dalam oleh bidan dengan hasil *vulva vagina*: ada pengeluaran lendir campur darah, tidak ada varises, tidak ada *kondiloma*, *portio* tebal lunak, pembukaan 3 cm, selaput ketuban utuh, bagian terendah kepala, turun *hodge* I. Menurut Ilmiah (2015) dapat dinyatakan partus dimulai bila timbul *his* dan wanita tersebut mengeluarkan lendir yang bersamaan darah disertai dengan pendataran (*effacement*). Tidak ditemukan kesenjangan antara teori dan kasus.

Jam 07.00 WITA, ibu tampak kesakitan, tampak ada dorongan untuk meneran, *his* 4x/ 10 menit lamanya 45 detik, DJJ normal 140 x/ menit. Pengeluaran lendir darah pervagina semakin banyak, perinium tampak menonjol, anus dan *vulva* tampak membuka. Pemeriksaan dalam oleh bidan, hasilnya: *vulva vagina*: ada pengeluaran lendir darah bertambah banyak, tidak ada luka parut, tidak ada varises, tidak ada *kondiloma*, tidak ada *oedema*, *portio* tidak teraba, pembukaan 10 cm, penipisan 100%, letak: kepala, posisi UUK depan teraba *sutura sagitalis* berjauhan (*molase* 0), tidak teraba bagian kecil janin dan tali pusat di samping kepala, selaput ketuban utuh, turun *hodge* IV. Tanda dan gejala persalinan *kala* II ibu merasa ingin meneran bersamaan dengan terjadinya kontraksi, ibu merasa ada peningkatan tekanan pada rektum/ *vagina*, perinium menonjol, *vulva vagina* dan *spiter ani* membuka, meningkatnya pengeluaran lendir darah (Ilmiah, 2015). Tidak ditemukan kesenjangan antara teori dan kasus.

*Kala III*, keadaan umum baik, kesadaran komposmentis, *palpasi* TFU setinggi pusat, ada tanda-tanda pelepasan *plasenta: uterus* bulat dan keras, tali pusat bertambah panjang, ada semburan darah tiba-tiba, perdarahan  $\pm 100\text{cc}$ . *Uterus* teraba keras, TFU setinggi pusat, rahim akan berkontraksi (terasa sakit), rasa sakit biasanya menandakan lepasnya *plasenta* dari perlekatannya di rahim, pelepasan ini biasanya disertai perdarahan baru. Tanda-tanda pelepasan *plasenta* yaitu perubahan bentuk uterus, semburan darah tiba-tiba, tali pusat bertambah panjang, perubahan posisi *uterus* (Kuswanti dkk, 2013). Hal ini menunjukkan tidak ada kesenjangan antara teori dan kasus.

*Kala IV*, keadaan umum ibu baik, kesadaran komposmentis, *palpasi*: TFU 2 jari bawah pusat, kontraksi *uterus* baik, kandung kemih kosong, perdarahan  $\pm 10\text{ cc}$ . Menurut Marmi (2012) setelah kelahiran *plasenta uterus* dapat ditemukan di tengah-tengah *abdomen* kurang lebih dua pertiga sampai tiga seperempat antara *simpisis pubis* dan *umbilikus, uterus* yang berkontraksi normal harus teraba keras saat disentuh, kandung kemih yang penuh mengganggu kontraksi *uterus* dan memungkinkan peningkatan perdarahan. Berdasarkan pernyataan tersebut, berarti tidak ada kesenjangan antara teori dan kasus.

c. Bayi Baru Lahir (BBL)

Ku bayi baik, tanda vital dalam batas normal yaitu suhu bekisar antara  $36,7 - 37^{\circ}\text{C}$ , nadi  $120 - 133\text{ x/ menit}$ , pernapasan  $48 - 50\text{ x/ menit}$ . Berat badan  $2800\text{ gram}$ , panjang badan  $50\text{ cm}$ , lingkar kepala  $31\text{ cm}$ , lingkar dada  $32\text{ cm}$ , lingkar perut  $31\text{ cm}$ . *APGAR score*  $9/10$ . Hasil pemeriksaan fisik semua dalam batas normal. Menurut Dewi (2010) ciri-ciri bayi baru lahir normal adalah sebagai berikut: lahir *aterm* antara  $37 - 42$  minggu, berat badan  $2500\text{ gram} - 4000\text{ gram}$ , panjang badan  $48 - 52\text{ cm}$ , lingkar dada  $30 - 38\text{ cm}$ , lingkar kepala  $33 - 35\text{ cm}$ , frekuensi jantung  $120 - 160\text{ x/ menit}$ , pernapasan  $40 - 60\text{ x/ menit}$ , kulit kemerahan dan licin, nilai *APGAR*  $> 7$ , dan seterusnya. Hal ini menunjukkan tidak ada kesenjangan antara teori dan kasus.

Imunisasi HB 0 diberikan saat bayi berusia 1 hari di Puskesmas Watuneso. Imunisasi HB 0 diberikan 1-2 jam setelah pemberian vitamin K1. Imunisasi HB 0 harus diberikan pada bayi umur 0-7 hari (Kemenkes RI, 2010). Hal ini menunjukkan tidak ada kesenjangan antara teori dan praktek. Pemberian HB0 setelah bayi berusia 1 hari dikarenakan mengikuti prosedur tetap yang ada di Puskesmas Watuneso.

d. Nifas

Enam jam *post partum*, keadaan umum ibu baik, kesadaran komposmentis, tanda vital normal. puting susu menonjol, sudah ada pengeluaran *colostrum* dari kedua puting susu, *TFU* 2 jari bawah pusat, kontraksi *uterus* baik, pengeluaran darah pervagina berwarna merah/*lochea rubra*, pemeriksaan fisik lainnya normal.

Kunjungan hari ke-5, kontraksi *uterus* baik, *TFU* pertengahan pusat simpisis, perdarahan pervagina berwarna merah kecoklatan dan bercampur lendir, pemeriksaan fisik lainnya normal.

Kunjungan hari ke 14, keadan umum ibu baik, kesadaran komposmentis, tanda vital normal, *TFU* sudah tidak teraba, tidak ada pengeluaran darah pervagina.

Menurut Yanti dkk (2011) perubahan-perubahan normal pada *uterus* selama *postpartum* plasenta lahir: *TFU* setinggi pusat, 7 hari: *TFU* pertengahan pusat *simpisis*, 14 hari: tidak teraba, 6 minggu: normal.

Proses keluar darah nifas (*lochea*) terdiri atas 4 tahapan, yaitu: hari 1-3: *lochea rubra*, berwarna merah kehitaman; hari 3-7: *locheasanguinolenta*, berwarna putih bercampur merah; hari 7-14: *locheaserosa*, berwarna kekuningan/ kecoklatan; > 14 hari: *lochea alba*, berwarna putih (Yanti dkk, 2011). Hal ini menunjukkan tidak ada perbedaan antara teori dan kasus.

e. Keluarga Berencana (KB)

Keadaan umum ibu baik, kesadaran komposmentis, status emosional stabil, berat badan 49 kg, pemeriksaan fisik lain tidak ditemukan masalah. Tujuan utama penapisan klien sebelum pemberian suatu metode

kontrasepsi (misalnya pil, suntikan, atau AKDR) adalah untuk menentukan apakah ada kehamilan, keadaan yang membutuhkan perhatian khusus, masalah (misalnya diabetes, tekanan darah tinggi) yang membutuhkan pengamatan dan pengelolaan lebih lanjut. Hal menunjukkan tidak ada kesenjangan antar teori dan prakteknya.

### 3. Pembahasan Pada Analisa Data

#### a. Kehamilan

Berdasarkan data yang diperoleh pada pengkajian data subyektif dan data obyektif maka penulis menegakan diagnosa: G1P0A0 hamil 37 minggu 4 hari janin hidup tunggal letak kepala *intra uteri* keadaan jalan lahir normal keadaan ibu dan janin baik. Perumusan diagnosa kebidanan mengacu pada 9 iktisar kebidanan, 3 digit varney, dan nomenklatur kebidanan (*WHO*, 2011). Penulis tidak menemukan kesenjangan antara teori dan praktek

Penulis menemukan 1 masalah yaitu: Ibu hamil dengan anemia ringan. Masalah yang dialami ibu disebabkan oleh kehamilan dengan anemia ringan karena ibu tidak memperhatikan gizi yang baik untuk ibu dan juga janinnya, merupakan perubahan fisiologi yang terjadi pada kehamilan trimester III. Rasa cemas yang dialami ibu merupakan perubahan psikologis yang normal sesuai dengan pendapat Romauli (2011) merasa tidak menyenangkan ketika bayi tidak hadir tepat waktu. Hal ini menunjukkan tidak ada kesenjangan antara teori dan kasus.

#### a. Persalinan

Berdasarkan hasil pengkajian data subyektif dan data obyektif maka penulis menetapkan diagnosa:

Kala I: G1P0A0 hamil 40 minggu 4 hari janin tunggal hidup letak kepala *intra uteri* keadaan jalan lahir normal keadaan ibu dan janin baik *inpartu kala I fase laten*. Ibu sudah memasuki *inpartu* dengan usia kehamilan *aterm*. Persalinan normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-



42 minggu) (Hidayat dkk, 2010). Hal ini menunjukkan tidak ada kesenjangan antara teori dan praktek.

Kala II: GIP0AH0 hamil 40 minggu 4 hari janin tunggal hidup letak kepala intra uteri keadaan jalan lahir normal keadaan ibu dan janin baik *inpartu kala II*. Masalah yang ditemukan adalah nyeri. *Kala II* dimulai dari pembukaan lengkap sampai bayi lahir. Perubahan fisiologis secara umum yang terjadi pada persalinan *kala II* adalah *his* menjadi lebih kuat dan lebih sering, timbul tenaga untuk meneran, perubahan dalam dasar panggul, lahirnya fetus. Hal ini menunjukkan tidak ada kesenjangan antara teori dan kasus.

Kala III: P1AOAH1*inpartu kala III*. *Kala III* dimulai sejak bayi lahir sampai *plasenta* lahir (Marmi, 2012). Hal ini menunjukkan diagnosa yang ditetapkan sesuai dengan teori.

Kala IV: P1AOAH1*in partu kala IV*. *Kala IV* persalinan dimulai sejak *plasenta* lahir sampai 2 jam setelah *plasenta* lahir (Rukiah, dkk, 2012). Hal ini menunjukkan tidak ada kesenjangan antara teori dengan diagnosa yang ditetapkan.

b. Bayi Baru Lahir (BBL)

Berdasarkan data subyektif dan data obyektif penulis menentukan diagnosa untuk bayi baru lahir adalah neonatus cukup bulan sesuai usia kehamilan. Terdapat semua ciri-ciri bayi baru lahir normal menurut Dewi (2010) pada bayi Ny M.E.F. Hal ini menunjukkan tidak ada kesenjangan antara teori dan kasus.

c. Nifas

Berdasarkan pengkajian data subyektif dan data obyektif maka penulis menentukan diagnosa PIAOAH1*post partum* normal. Masa nifas adalah masa dimulainya beberapa jam sesudah lahirnya *plasenta* sampai 6 minggu setelah melahirkan (Yanti dkk, 2011). Hal ini menunjukkan tidak ada kesenjangan antar teori dan kasus.

d. Keluarga Berencana (KB)

Berdasarkan pengkajiandata subyektif dan data obyektif maka penulis menentukan diagnosa calon akseptor suntik *depoprovera*.

4. Pembahasan Pada Penatalaksanaan

a. Kehamilan

Penulis telah melakukan penatalaksanaan sesuai dengan diagnosa dan masalah yang ditemukan. Penatalaksanaan yang telah dilakukan meliputi: menginformasikan hasil pemeriksaan pada ibu dan keluarganya, menjelaskan ketidaknyamanan trimester III yang dialami ibu, memberikan tablet tambah darah, vitamin c dan kalsium laktat, menginformasikan tanda awal persalinan, menjelaskan tentang persiapan persalinan dan pencegahan komplikasi, menginformasikan tanda bahaya kehamilan trimester III, menganjurkan ibu untuk olahraga ringan seperti jalan-jalan santai di pagi hari, menganjurkan ibu untuk makan makanan bergizi seimbang dan istirahat yang cukup, memberi ibu suport, menginformasikan beberapa metode kontrasepsi, menjadwalkan kunjungan ulang, mendokumentasikan semua asuhan dalam kartu ibu, buku KIA, dan register kohort.

b. Persalinan

Penatalaksanaan yang diberikan pada kala I adalah menginformasi hasil pemeriksaan pada ibu dan keluarganya, menganjurkan ibu untuk jalan-jalan karena dengan gaya grafitasi bumi membantu mempercepat penurunan kepala janin, dan jika ibu lelah tidur miring ke kiri, mengajarkan ibu untuk teknik relaksasi pada saat kontraksi, menganjurkan ibu untuk berkemih jika ibu menginginkan atau setiap 2 jam agar penurunan kepala janin tidak terhambat oleh kandung kemih yang penuh. Memberitahu ibu untuk tidak meneran sebelum pembukaan lengkap, menganjurkan ibu untuk tetap makan dan minum agar tidak kehilangan tenaga sewaktu melahirkan. Melakukan observasi *his*, DJJ, pembukaan *serviks*, tekanan darah, nadi dan suhu. Hasilnya dalam batas

normal dan tidak ditemukan kesenjangan. Bidan menyiapkan peralatan untuk menolong persalinan.

Setelah 4 jam dilakukan evaluasi, jam 03.00 WITA pembukaan 6 cm dan Jam 07.00 WITA pembukaan 10 cm. Menurut JnPK-KR (2008) menjelaskan dari pembukaan 3 cm hingga mencapai pembukaan lengkap atau 10 cm, akan terjadi dengan kecepatan rata-rata 1 cm per jam (*mulipara* atau *primigravida*) atau lebih dari 1 cm hingga 2 cm (*multipara*). Hal ini menunjukkan tidak ada kesenjangan antara teori dan kasus.

Jam 07.00 WITA, menginformasikan hasil pemeriksaan pada ibu dan keluarga bahwa pembukaan sudah lengkap, membantu ibu memilih posisi meneran yang nyaman menurut ibu, mengajarkan pada ibu cara meneran, memberikan ibu supor, melakukan kolaborasi dengan bidan untuk menolong persalinan menggunakan 60 langkah APN. Setelah 30 menit ibu dipimpin meneran. Jam 07.15 WITA bayi lahir spontan letak belakang kepala segera menangis kuat, tonus otot baik, gerakan aktif, keringkan tubuh bayi, bungkus dengan kain hangat, potong tali pusat kemudian dilakukan IMD selama 1 jam.

*Kala II* Ny.M.E.F berlangsung 30 menit dari pembukaan lengkap jam 07.00 WITA sampai bayi lahir jam 07.15 WITA. Proses persalinan *kala II* berlangsung 2 jam pada *primi* dan 1 jam pada *multi* (Hidayat dkk, 2010). Tidak ada kesenjangan antara teori dan kasus.

Memastikan tidak ada janin lagi dalam *uterus*, bidan memberikan suntikan oksitosin 10 IU secara *intra muskuler* pada paha kanan. Memindahkan klem tali pusat hingga 5-6 cm dari *vulva*. Saat *uterus* berkontraksi melakukan penegangan tali pusat terkendali (PTT) dan tangan kiri melakukan *dorso kranial* secara hati-hati. Jam 07.25 WITA *plasenta* lahir spontan lengkap. Melakukan masase *uteri* segera setelah *plasenta* lahir selama 15 detik, hasilnya kontraksi *uterus* baik. Memeriksa kedua sisi *plasenta* untuk memastikan *plasenta* lahir lengkap, hasilnya selaput ketuban utuh dan *kotiledomnya* lengkap. Manajemen aktif *kala III*

terdiri atas 3 langkah utama yaitu pemberian suntikan oksitosin dalam 1 menit pertama setelah bayi lahir, melakukan penegangan tali pusat terkendali (PTT), dan masase *fundus uteri* (Marmi, 2012). Asuhan yang diberikan pada kala III sudah sesuai dengan teori artinya tidak ada kesenjangan antara teori dan praktek.

*Kala III* Ny.M.E.F berlangsung 5 menit dimulai dari bayi lahir jam 07.15 WITA sampai *plasenta* lahir jam 07.25 WITA. Biasanya *plasenta* lepas dalam waktu 5 sampai 6 menit setelah bayi lahir secara spontan maupun dengan tekanan pada *fundus uteri* (Rukiah dkk, 2012). Hal menunjukkan tidak ada kesenjangan antara teori dan kasus.

Memastikan *uterus* berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan, mengajarkan ibu dan keluarga tentang cara masase *uterus* dan cara menilai kontraksi *uterus*. Melakukan penjahitan luka perinium derajat dua dengan cara jelujur menggunakan benang *catgut*. Melakukan pemeriksaan tanda vital, kandung kemih, *TFU*, kontraksi *uterus*, dan perdarahan tiap 15 menit dalam 1 jam pertama dan tiap 30 menit dalam 1 jam berikutnya. Hasilnya tanda vital normal, *TFU* 1 jari bawah pusat, kontraksi *uterus* baik, total perdarahan selama *kala IV*  $\pm$  100 cc, *urine*  $\pm$  150 cc. Menurut Rukiah (2012) *kala IV* merupakan masa kritis bagi ibu karena kebanyakan wanita melahirkan kehabisan darah atau mengalami suatu keadaan yang menyebabkan kematian pada *kala IV*. Selama *kala IV* bidan harus memantau ibu setiap 15 menit pada jam pertama dan 30 menit pada jam kedua setelah persalinan. *Kala IV* tidak ditemukan kesenjangan antara teori dan praktek. Kesimpulannya pada *kala IV* persalinan Ny. M.E.F, berjalan normal dan tidak ditemukan kelainan atau komplikasi.

c. Bayi baru lahir

Asuhan yang diberikan pada bayi baru lahir dalam 2 jam pertama hingga 6 jam *post partum* diantaranya menjaga bayi tetap hangat dengan melakukan IMD selama 1 jam. Menurut Hidayat dan Clervo (2012) cara menjaga bayi tetap hangat diantaranya dengan membungkus bayi terutama

bagian kepala dengan selimut hangat dan kering, meletakkan bayi diatas perut ibu sambil menyelimuti keduanya dengan selimut kering, tidak memandikan sedikitnya 6 jam setelah bayi lahir.

Pelaksanaan IMD selama 1 jam pertama, bayi tidak mencapai puting susu ibunya. Biarkan kontak kulit ke kulit ini menetap selama setidaknya 1 jam bahkan lebih sampai bayi dapat menyusui sendiri (JNPK-KR, 2008). Aspek psikologik, rasa percaya diri ibu untuk menyusui dipengaruhi oleh emosi ibu dan kasih sayang terhadap bayinya, serta interaksi ibu dan bayi (pertumbuhan dan perkembangan psikologik bayi tergantung pada kesatuan ibu bayi tersebut) (Proverawati dan Asfuah, 2009). Hal ini menunjukkan adanya hubungan ketidak berhasilan IMD pada 1 jam pertama dipengaruhi psikologi ibu karena kehamilan ini merupakan kehamilan tidak diinginkan. Mengajarkan ibu untuk memberikan bayinya ASI sejak dini dan bayi hanya diberi ASI saja hingga 6 bulan pertama. Menurut Marmi (2012) pemberian ASI saja cukup pada periode umur 0-6 bulan.

Melakukan observasi tanda vital, warna kulit, gerakan, isap ASI, perdarahan tali pusat, kejang, buang air kecil/ buang air besar, yang dilakukan tiap 15 menit pada 1 jam pertama dan tiap 30 menit pada 1 jam berikutnya. Hasilnya semuanya dalam keadaan normal.

Menganjurkan ibu untuk sering melakukan kontak dengan bayinya seperti memeluk dengan kasih sayang, menganjurkan ibu untuk sering menyusui bayinya dan mengajarkan teknik menyusui yang benar, mengajarkan ibu dan keluarga cara menjaga bayi agar tetap hangat dan menjelaskan cara perawatan tali pusat serta tanda bahaya pada bayi baru lahir. Ibu mengerti dan bersedia melakukan asuhan yang telah diberikan.

Melakukan kunjungan neonatus 1 pada saat 6 jam *post partum*, melakukan kunjungan neonatus pada 6 hari *post partum* dan kunjungan neonatus 3 pada saat bayi berumur 21 hari. Jadwal kunjungan neonatus 1: 6-48 jam, kunjungan neonatus 2: 3-7 hari, dan kunjungan neonatus 3: 8 -28 hari (Kemenkes RI, 2015). Tidak ditemukan kesenjangan antara teori dan kasus.

d. Nifas

Menganjurkan ibu untuk sering mengontrol dan menilai kontraksi *uterus*nya, menganjurkan ibu untuk mobilisasi dini, menganjurkan ibu untuk makan makanan bergizi seimbang, menganjurkan ibu untuk selalu menjaga kebersihan diri terutama daerah genitalia. Menginformasikan tanda bahaya pada nifas, menganjurkan ibu untuk istirahat cukup, menganjurkan ibu untuk minum obat secara teratur yakni tablet tambah darah 1x1 tablet (30 tablet), amoksisilin 500 mg 3x1 tablet (15 tablet), asam mefenamat 3x1 (10 tablet), vitamin A 200.000 IU 2 kapsul yang diminum hari pertama 1 kapsul dan 1 kapsulnya 24 jam kemudian, menjelaskan pada ibu perubahan pengeluaran pervagina, menjelaskan penyebab dan cara mengatasi ketidaknyamanan yang dirasakan ibu. Ibu telah melakukan semua asuhan yang telah di jelaskan.

Selama masa nifas penulis melakukan kunjungan nifas 1: 6 jam *post partum*, kunjungan nifas 2: hari ke-6 dan kunjungan nifas 3: 14 hari *post partum*, kunjungan nifas3: 40 hari *post partum*. Sudah melakukan semua asuhan sesuai dengan keadaan dan kebutuhan ibu nifas.

Menurut Yanti, dkk (2014) jadwal kunjungan nifas yaitu kunjungan nifas I: 6-3 hari post partum, kunjungan nifas II: 6 hari post *partum*, kunjungan nifas III: 2 minggu *post partum*, kunjungan nifas III: 6 minggu *post partum*. Penulis melakukan kunjungan nifas sebanyak 4 kali sesuai jadwal kunjungan nifas. Selama masa nifas tidak ditemukan masalah atau komplikasi. Hal ini menunjukkan tidak ada kesenjangan antara teori dan paraktek.

e. Keluarga berencana (KB)

Penatalaksanaan yang penulis lakukan antara lain menginformasikan hasil pemeriksaan, menjelaskan tentang beberapa alat kontrasepsi, cara kerja dan efek sampingnya, melayani kontrasepsi suntikan *depoprovera*, menginformasikan jadwal suntikan ulangan, dan melakukan pendokumentasian. Sebelum melayani kontrasepsi suntik, penulis melakukan pemeriksaan umum, pemeriksaan fisik, memberikan penjelasan

tentang alat kontrasepsi, sesuai dengan prosedur tetap. Ny M.E.F sudah menjadi akseptor suntik *depoprovera*.

## **BAB V**

### **KESIMPULAN DAN SARAN**

#### **A. Kesimpulan**

Bab ini penulis mengambil kesimpulan dari studi kasus yang berjudul Asuhan Kebidanan Berkelanjutan pada Ny. M.E.F Umur 19 Tahun G1P0A0 Hamil 37 Minggu 4 Hari Janin Hidup Tunggal Letak Kepala *Intra Uterine* Keadaan Jalan Lahir Normal Keadaan Ibu dan Janin Baik, yaitu:

##### 1. Data Subyektif

Pengumpulan data subyektif dilakukan sejak masa kehamilan, persalinan, bayi baru lahir, nifas dan KB yang meliputi data identitas (biodata), keluhan utama, riwayat keluhan utama, riwayat haid, riwayat perkawinan, riwayat kehamilan persalinan dan nifas yang lalu, riwayat kontrasepsi, riwayat kesehatan ibu, riwayat kesehatan keluarga dan penyakit keturunan, keadaan psikososial, riwayat sosial kultur.

##### 2. Data Obyektif

Pengumpulan data obyektif yang dilakukan sejak kehamilan, persalinan, bayi baru lahir, nifas, dan KB yang meliputi: pemeriksaan fisik umum, pemeriksaan fisik obstetrik, dan pemeriksaan penunjang.

##### 3. Analisa Data

Analisa data dibuat berdasarkan data subyektif dan data obyektif yang dikumpulkan saat pengkajian. Perumusan diagnosa kehamilan berdasarkan 9 iktisar kebidanan, 3 digit varney, dan nomenklatur kebidanan. Perumusan diagnosa persalinan berdasarkan standar nomenklatur diagnosa kebidanan. Perumusan diagnosa bayi baru lahir berdasarkan data atau informasi subyektif maupun obyektif.

##### 4. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan berdasarkan diagnosa dan masalah yang ditemukan pada setiap asuhan yang diberikan yaitu kehamilan, persalinan, bayi baru lahir, nifas dan KB.



## **B. Saran**

Sehubungan dengan simpulan di atas, maka penulis menyampaikan saran sebagai berikut:

### **1. Bagi Institusi Jurusan Kebidanan**

Studi kasus ini dapat menjadi acuan bagi mahasiswa selanjutnya dalam menyusun asuhan kebidanan berkelanjutan menjadi kontribusi bagi perkembangan ilmu pengetahuan khususnya ilmu kebidanan yang berkaitan dengan asuhan kebidanan berkelanjutan

### **2. Bagi Puskesmas Watuneso**

Informasi bagi pengembangan program kesehatan ibu hamil sampai nifas atau asuhan berkelanjutan, dengan lebih banyak lagi memberikan penyuluhan kepada ibu hamil sampai ibu nifas, dapat mengikuti perkembangan ilmu pengetahuan kesehatan agar dapat menerapkan setiap asuhan kebidanan sesuai dengan teori dari mulai kehamilan, persalinan, nifas dan BBL, dan KB.

### **3. Bagi Profesi**

Menerapkan asuhan kebidanan sesuai dengan standar pelayanan kebidanan yang telah ditetapkan sesuai dengan kewenangan bidan yang diberikan kepada profesi bidan, serta diharapkan dapat meningkatkan pengetahuan dan ketrampilan dalam melakukan asuhan kebidanan secara berkelanjutan pada klien.

### **4. Bagi Klien dan Masyarakat**

Memiliki kesadaran untuk selalu memeriksakan keadaan kehamilannya secara teratur sehingga akan merasa lebih yakin dan nyaman karena mendapatkan gambaran tentang pentingnya pengawasan pada saat hamil, bersalin, nifas dan bayi baru lahir dengan melakukan pemeriksaan rutin di pelayanan kesehatan dan mendapatkan asuhan secara berkelanjutan dengan baik.

## DAFTAR PUSTAKA

- Asri, Dwi dan Clervo, Christine.2012. *Asuhan Persalinan Normal*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Ambarwati, Eny Retna dan Wulandari, Diah.2010. *Asuhan Kebidanan Nifas*. Jogjakarta: Nuha Medika.
- Dinas Kesehatan NTT.2015. *Profil Kesehatan Propinsi NTT Tahun 2015*. Kupang: Dinkes NTT.
- Depkes RI.2007. *Keputusan Menteri Kesehatan No. 938/ Menkes/SK/ VIII/ 2007 Tentang Standar Asuhan Kebidanan*. Jakarta: Depkes RI.
- Dewi,V.N.Lia.2010. *Asuhan Neonatus, Bayi, Dan Anak Balita*. Yogyakarta: Salemba Medika.
- Doenges, Marlynn dan Moorhouse, Mary Franes.2001. *Rencana Perawatan Maternal/ Bayi*. Jakarta: EGC.
- Dompas, Robin.2011. *Buku Saku Asuhan Neonatus, Bayi, dan Balita*. Jakarta: EGC.
- Erawati, Ambar Dewi.2011. *Asuhan Persalinan Normal*. Jakarta: EGC.
- Hidayat, Asri dan Sujiyatini.2010. *Asuhan Kebidanan Persalinan*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Handayani, Sri.2010. *Buku Ajar Pelayanan Keluarga Berencana*. Yogyakarta: Pustaka Rihama.
- Ilmiah Widia Shofa.2015. *Buku Ajar Asuhan Persalinan Normal*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- JNPK-KR.2008. *Pelatihan Klinik Asuhan Persalinan Normal*. Jakarta: Depkes RI.
- Kristiyanasari, Weni.2011. *Asuhan Keperawatan Neonatus dan Anak*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Kemenkes RI. 2015. *Profil Kesehatan Indonesia*. Jakarta: Menkes RI.
2015. *Pedoman Pelayanan Antenatal Terpadu Edisi Kedua*. Jakarta: Direktorat Bina Kesehatan Ibu.
2015. *Buku KIA*. Jakarta: Kemenkes RI.
2010. *Buku Saku Pelayanan Kesehatan Neonatal Esensial*. Jakarta: Depkes RI.

- Lailiyana, dkk. 2011. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Persalinan*. Jakarta: EGC.
- Marmi. 2011. *Asuhan Kebidanan Pada Masa Antenatal*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
2012. *Intra Natal Care*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Marmi dan Rahardjo, Kukuh. 2012. *Asuhan Neonatus, Bayi, Balita, dan Anak Pra Sekolah*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Mulyani, Nina Siti dan Rinawati, Mega. 2013. *Keluarga Berencana Dan Alat Kontrasepsi*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Manuaba, Ida Bagus Gde Fajar. 2009. *Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan Dan Keluarga Berencana*. Jakarta: EGC.
- Menteri kesehatan RI. *Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 1464/Menkes/Per/X/2010 Tentang Izin Dan Penyelenggaraan Praktik Bidan*. Jakarta: Menkes RI.
- Maryunani, Anik. 2009. *Asuhan Pada Ibu Dalam Masa Nifas (Post Partum)*. Jakarta: Trans Info Media.
- Notoatmodjo, Soekidjo. 2010. *Metode Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Nugroho, dkk. 2014. *Asuhan Kebidanan Kehamilan*. Yogyakarta: Nuha Medika.
2014. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan 3 Nifas*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Pantika, Ika dan Saryono. 2010. *Asuhan Kebidanan I (Kehamilan)*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Poedji, Rochjati. 2003. *Skrining Antenatal Pada Ibu Hamil*. Surabaya: Airlangga University Press.
2014. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta: BPSP.
- Prawirohardjo, Sarwono. 2014. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta: BPSP.
- Purwanti, Eni. 2011. *Asuhan Kebidanan Untuk Ibu Nifas*. Yogyakarta: Cakrawala Ilmu.
- Proverawati, Atikah dan Asfuh Siti. 2010. *Buku Ajar Gizi Untuk Kebidanan*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Rahmawati, Titik. 2012. *Dasar-Dasar Kebidanan*. Jakarta: Prestasi Pustaka.
- Rukiah, Ai Yeyeh, dkk. 2012. *Asuhan Kebidanan II Persalinan*. Jakarta: Trans Info Media.

- Romauli, Suryati. 2011. *Buku Ajar Asuhan Kebidana I Konsep Dasar Asuhan Kehamilan*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Roesli, Utami. 2008. *Inisiasi Menyusu Dini*. Jakarta: Trubus Agriwidya.
- Sulistiawati, Ari. 2009. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Pada Ibu Nifas*. Yogyakarta: ANDI.
- Supartini, Yupi. 2011. *Buku Ajar Konsep Dasar Keperawatan Anak*. Jakarta: EGC.
- Sudarti dan Khoirunnisa, Endang. 2010. *Asuhan Kebidanan Neonatus, Bayi, dan Anak Balita*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Saifuddin, AB. 2014. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta: BPSP.
- Sudarti dan Fauziah, Afroh. 2010. *Buku Ajar Dokumentasi Kebidanan*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Varney, Helen. 2007. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan*. Jakarta: EGC.
- PP IBI. 2016. *Modul Midwifery Update*. Jakarta: PP IBI
- Walyani, Elisabet Siwi. 2015. *Asuhan Kebidanan Pada Kehamilan*. Yogyakarta: Pustakabarupress.
- Wahyuni, Sari. 2012. *Asuhan Neonatus, Bayi, dan Balita*. Jakarta: EGC.
- Yanti, Damai dan Sundawati, Dian. 2014. *Asuhan Kebidanan Masa Nifas*. Bandung: Refika Aditama.