

## **LAPORAN TUGAS AKHIR**

### **ASUHAN KEBIDANAN BERKELANJUTAN PADA NY. H.N DI PUSKESMAS NAGI KABUPATEN FLORES TIMUR PERIODE 24 APRIL S/D 09 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 MAGDALENA BATE TOKAN**

**NIM. PO.5303240181393**

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

**HALAMAN PERSETUJUAN**

**LAPORAN TUGAS AKHIR**

**ASUHAN KEBIDANAN BERKELANJUTAN PADA NY. H.N  
DI PUSKESMAS NAGI KABUPATEN FLORES  
TIMUR PERIODE 24 APRIL SAMPAI  
DENGAN 09 JUNI 2019**

Oleh :

**Maria Magdalena Bate Tokan**  
NIM : PO. 530324018 393

Telah disetujui untuk diperiksa dan dipertahankan dihadapan  
Tim Penguji Laporan Tugas Akhir Prodi DIII Kebidanan  
Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang  
Pada Tanggal : 09 Juli 2019

Pembimbing

**Loriana L. Manalor, SST.,M.Kes**  
NIP. 19810429200912 2 001

Mengetahui

**Ketua Jurusan Kebidanan Kupang**



**Dr. Mareta B. Bakoil, SST.,MPH**  
NIP. 19760310 200012 2 001

**HALAMAN PENGESAHAN**

**ASUHAN KEBIDANAN BERKELANJUTAN PADA NY. H.N  
DI PUSKESMAS NAGI KABUPATEN FLORES  
TIMUR PERIODE 24 APRIL SAMPAI  
DENGAN 09 JUNI 2019**

Oleh :

**Maria Magdalena Bate Tokan**  
NIM : PO. 530324018 393

Telah Dipertahankan dihadapan Tim Penguji  
Pada Tanggal : 09 Juli 2019

Penguji I

**Melinda R. Warivaka, SST.,M.Keb**  
NIP. 19840516 200812 2 003

Penguji II

**Loriana L. Manalor, SST.,M.Kes**  
NIP. 19810429200912 2 001

Mengetahui  
Ketua Jurusan Kebidanan Kupang

**Dr. Mareta B. Bakoil, SST.,MPH**  
NIP. 19760310 200012 2 001

## SURAT PERNYATAAN

Yang bertandatangan di bawah ini, saya:

Nama : Maria Magdalena Bate Tokan  
NIM : PO. 530324018 393  
Jurusan : Kebidanan Poltekkes Kemenkes Kupang  
Angkatan : II (Kedua)  
Jenjang : Diploma III

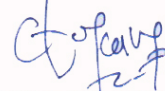
Menyatakan bahwa saya tidak melakukan plagiat dalam penulisan Laporan Tugas Akhir saya yang berjudul : "ASUHAN KEBIDANAN BERKELANJUTAN PADA NY. H.N DI PUSKESMAS NAGI KABUPATEN FLORES TIMUR PERIODE 24 APRIL SAMPAI DENGAN 09 JUNI 2019"

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

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Larantuka, 24 April 2019

Penulis



Maria Magdalena Bate Tokan  
NIM : PO. 530324016760

## **RIWAYAT HIDUP**

Nama : Maria Magdalena Bate Tokan  
Tempat tanggal lahir : Waiwadan,08 Februari 1977  
Agama : Katolik  
Jenis kelamin : Perempuan  
Alamat : Kecamatan Larantuka Kabupaten Flores Timur  
Riwayat Pendidikan : SDI Waiwadan, tahun 1990  
SMPN Oka, tahun 1993  
PPBC Ende tahun 1996  
DIII Kebidanan Poltekes Kemenkes Kupang  
(Kelas RPL Ende), 2019 sampai sekarang

## KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadirat Tuhan Yang Maha Esa yang telah memberikan berbagai kemudahan, petunjuk serta karunia yang tak terhingga sehingga penulis dapat menyelesaikan Laporan Tugas Akhir yang berjudul

**“ASUHANKEBIDANAN BERKELANJUTAN PADA NY. H.N  
DI PUSKESMAS NAGI KABUPATEN FLORES TIMURP  
PERIODE 24 APRIL S/D 09 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, S.ST., M.PH. selaku Ketua Jurusan Prodi DIII Kebidanan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang.
3. Kepala Puskesmas Nagi beserta pegawai yang telah memberi ijin dan membantu penelitian ini.
4. Lorian L Manalor., S. ST. M.Kes selaku Pembimbing yang juga telah memberikan bimbingan, arahan serta motivasi kepada penulis dalam penulisan Laporan Tugas Akhir ini.
5. Melinda R Wariyaka, SST.M.kes, 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.

Tanggal Juni 2019

Penulis

## DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL .....	I
HALAMAN PERSETUJUAN .....	Ii
HALAMAN PENGESAHAN .....	Iii
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
BAB I PENDAHULUAN .....	1
A. Latar Belakang .....	1
B. Rumusan Masalah .....	3
C. Tujuan Penelitian .....	4
D. Manfaat Penelitian .....	4
E. Keaslian Penelitian .....	5
BAB II TINJAUAN PUSTAKA .....	6
A. Teori Medis .....	6
B. Standar Asuhan Kebidanan .....	151
C. Kewenangan Bidan .....	154
D. Asuhan Kebidanan .....	157
E. Kerangka Pikir .....	228
BAB III METODE PENELITIAN .....	
A. Jenis Penelitian .....	229
B. Lokasi dan Waktu .....	229
C. Subyek Laporan Kasus .....	230
D. Teknik Pengumpulan Data.....	230



E. Penelitian .....	231
F. Instrumen .....	231
G. Etika Penelitian .....	232
<b>BAB IV TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN</b>	
A. Gambaran Lokasi Penelitian .....	234
B. Tinjauan Kasus .....	234
C. Pembahasan .....	299
<b>BAB V SIMPULAN DAN SARAN</b>	<b>315</b>
A. Kesimpulan .....	315
B. Saran .....	316
<b>DAFTAR PUSTAKA</b>	
<b>LAMPIRAN</b>	

## 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 : *Prosesus Xympoideus*  
SOAP : Subyektif, Obyektif, Analisis, Penatalaksanaan  
TBC : *Tuberculosis*  
TD : Tekanan Darah  
TT : Tetanus Toksoid  
UK : Umur Kehamilan  
USG : *Ultrasonografi*

## DAFTAR TABEL

### Halaman

Tabel 1 Indikator Penilaian IMT.....	12
Tabel 2 Kebutuhan Nutrisi Pada Ibu Hamil .....	15
Tabel 3 Skor Poedji Rochjati .....	31
Tabel 4 TFU Menurut Penambahan Tiga Jari .....	35
Tabel 5 Rentang Waktu Pemberian Imunisasi TT.....	36
Tabel 6 Nilai APGAR .....	77
Tabel 7 Komposisi Kandungan ASI .....	91
Tabel 8 Asuhan dan Kunjungan Masa Nifas .....	107
Tabel 9 Involusi Uteri .....	109
Tabel 10 Perbedaan Masing-Masing Lochea .....	111
Tabel 11 perbedaan antara primigravida dan multigravida.....	177
Tabel 12 Lokasi dan Waktu Kegiatan .....	229
Tabel 13 Pola Kebiasaan Sehari- Hari .....	238
Tabel 14 Hasil Observasi Kala I Fase Laten .....	260
Tabel 15 Hasil Observasi Kala I Fase Aktif .....	265
Tabel 16 Hasil Observasi Ibu 2 Jam Post Partum .....	276
Tabel 17 Hasil Observasi Bayi 2 Jam Post Partum .....	277

## DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 1 Kerangka Pikir .....	228

## DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 KMS Ibu Hamil, Partograf
- Lampiran 2 Surat Persetujuan Responden (*Informed Consent*)
- Lampiran 3 Lembaran Konsultasi
- Lampiran 4 Kartu Kunjungan Rumah
- Lampiran 5 Liflet dan SAP
- Lampiran 6 Dokumentasi

## ABSTRAK

**Kementerian Kesehatan RI Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang Jurusan Kebidanan 24 April s/d 09 Juni 2019 Maria Magdalena Bate Tokan “Asuhan Kebidanan Berkelanjutan pada NY. H.N Umur 25 Tahun G11P1A0AH1 Hamil 39 Minggu 1 Hari Di Puskesmas Nagi Tanggal 24 April s/d 09 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 Nagi tahun 2019 tidak ada kematian ibu dan kematian dan bayi.

**Tujuan umum:** Mampu menerapkan Asuhan Kebidanan Berkelanjutan pada Ny. H.N di Puskesmas Nagi periode 24 April sampai 09 Juni 2019.

**Metode:** Jenis penelitian yang digunakan adalah studi penelaahan kasus dengan unit tunggal. Lokasi penelitian di Puskesmas Nagi. subyek penelitian Ny. H.N umur 25 tahun, G11P1A0AHI, usia kehamilan 39 minggu 1 hari. Metode pengumpulan data menggunakan data primer dan data sekunder.

**Hasil:** Kehamilan Normal. Melahirkan secara spontan di Puskesmas Nangapanda pada tanggal 30-04-2019 jam 10.30 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 IUD.

**Kata kunci:** Kehamilan dengan normal, Puskesmas Nagi.

**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).

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 Nagi periode Januari sampai Desember 2017, yaitu K1 386 orang, K4 294 orang, kematian ibu 0, kematian bayi 0, jumlah persalinan 380 orang (ditolong nakes 380 orang, ditolong non nakes 0 Orang), kunjungan nifas III sebanyak 379 orang, kunjungan neonatus I sebanyak 379 Orang kunjungan neonatus lengkap 380 orang, pasangan usia subur (PUS) 2587 PUS, cakupan KB aktif 1845 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 Nagi, 2019)

Berdasarkan uraian di atas maka penulis tertarik untuk melakukan studi kasus yang berjudul “Asuhan Kebidanan Berkelanjutan pada Ny. H.N Umur 25 Tahun GIIP1A0AH1 Hamil 39 Minggu 1 Hari Janin Hidup Tunggal Letak Kepala Intra Uterin Keadaan Jalan Lahir Normal Keadaan Ibu dan Janin Baik” di Puskesmas Nagi Tanggal 24 April Sampai 09 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.H.N di Puskesmas Nagi Tanggal 24 April sampai 09 Juni 2019.

## C. Tujuan Laporan Tugas Akhir

### 1. Tujuan umum

Mahasiswa mampu menerapkan Asuhan Kebidanan Berkelanjutan pada Ny. H.N di Puskesmas Nagi Tanggal 24 April sampai 09 Juni 2019

### 2. Tujuan khusus

a. Melakukan pengumpulan data *subyektif* pada ibu hamil, ibu bersalin, bayi baru lahir, ibu nifas, dan KB pada Ny.H.N di Puskesmas Nagi Tanggal 24 April sampai 09 Juni 2019.

b. Melakukan pengumpulan data *obyektif* pada ibu hamil, ibu bersalin, bayi baru lahir, ibu nifas, dan KB pada Ny.H.N di Puskesmas Nagi Tanggal 24 April sampai 09 Juni 2019.

- c. Melakukan *analisa* data pada ibu hamil, ibu bersalin, bayi baru lahir, ibu nifas, dan KB pada Ny. H.N di Puskesmas Nagi Tanggal 24 April sampai 09 Juni 2019.
- d. Melakukan penatalaksanaan asuhan kebidanan pada ibu hamil, ibu bersalin, bayi baru lahir, ibu nifas, dan KB pada Ny. H.N di Puskesmas Nagia Tanggal 24 April sampai 09 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 Nagi

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.H.N DI PUSKESMAS NAGI TANGGAL 24 APRIL S/D 09 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* di dalam *miometrium* juga menjadi penyebab dari meningkatnya *kontraktilitas uterus*. Kontraksi *Braxton Hicks* bersifat *non ritmik, 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 ke atas karena usus-usus tertekan *uterus* yang membesar ke arah *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, ke arah 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 genetalia 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 *interseuler* adalah cairan yang disebut *plasma* dan di dalamnya 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 di tungkai bawah (Romauli, 2011).
- (2) *Lordosis dorsolumbal* dapat menyebabkan nyeri akibat tarikan pada saraf atau kompresi akar saraf (Romauli, 2011).
- (3) *Edema* yang melibatkan saraf perifer 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 brakialis* (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 penglihatan, seperti kesalahan refraksi, sinusitis atau *migran* (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 *fetoplasenta* 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 tersanggah 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 di tengah 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) Seksual

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 rileks 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 ketidaknyamanan yang meskipun hal ini adalah fisiologis namun tetap perlu diberikan suatu pencegahan dan perawatan (Romaui, 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 *nocturia*.
- 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 di tengah 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* (Romauli, 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 pengubahan 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 *vertebra lumbosacral* 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 *dorsifleksi* 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 *ante partum* 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 *ante partum*

(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 di daerah *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 di dalam. Umumnya berbahaya karena jumlah perdarahan yang keluar tidak sesuai dengan beratnya syok. Perdarahan juga disertai nyeri *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 mencedan (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 rujukkan. 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	IV Triwulan			
				I	II	I-1	I-2
				Skor Awal Ibu Hamil			
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 transportasi 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 <i>arcus cosrarum</i> atau 3 jari dibawah <i>proc. Xiphoides</i>
40	Pertengahan antara <i>proc. Xiphoides</i> -pusat

Sumber: Nugroho dkk, 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 *urine reduksi* 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* di atas 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

menyusu dini (IMD), nifas, perawatan bayi baru lahir, ASI eksklusif, keluarga berencana dan imunisasi pada bayi. Penjelasan ini diberikan secara bertahap pada saat kunjungan ibu hamil. 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.

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan (Permenkes) Nomor 1464/Menkes/Per/X/2010 tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Bidan. Kewenangan yang dimiliki bidan meliputi:

1. Kewenangan normal:
  - a. Pelayanan kesehatan ibu
  - b. Pelayanan kesehatan anak
  - c. Pelayanan kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana
2. Kewenangan dalam menjalankan program Pemerintah
3. Kewenangan bidan yang menjalankan praktik di daerah yang tidak memiliki dokter



Kewenangan normal adalah kewenangan yang dimiliki oleh seluruh bidan. Kewenangan ini meliputi:

a. Pelayanan kesehatan ibu

1. Ruang lingkup:

- a) Pelayanan konseling pada masa pra hamil
- b) Pelayanan antenatal pada kehamilan normal
- c) Pelayanan persalinan normal
- d) Pelayanan ibu nifas normal
- e) Pelayanan ibu menyusui
- f) Pelayanan konseling pada masa antara dua kehamilan

2. Kewenangan:

- a) Episiotomi
- b) Penjahitan luka jalan lahir tingkat I dan II
- c) Penanganan kegawat-daruratan, dilanjutkan dengan rujukan
- d) Pemberian tablet Fe pada ibu hamil
- e) Pemberian vitamin A dosis tinggi pada ibu nifas
- f) Fasilitasi/bimbingan inisiasi menyusui dini (IMD) dan promosi air susu ibu (ASI) eksklusif
- g) Pemberian uterotonika pada manajemen aktif kala tiga dan postpartum
- h) Penyuluhan dan konseling
- i) Bimbingan pada kelompok ibu hamil
- j) Pemberian surat keterangan kematian
- k) Pemberian surat keterangan cuti bersalin

b. Pelayanan kesehatan anak

1) Ruang lingkup:

- a. Pelayanan bayi baru lahir
- b. Pelayanan bayi
- c. Pelayanan anak balita
- d. Pelayanan anak pra sekolah

1) Kewenangan:

- a. Melakukan asuhan bayi baru lahir normal termasuk resusitasi, pencegahan hipotermi, inisiasi menyusui dini (IMD), injeksi vitamin K 1, perawatan bayi baru lahir pada masa neonatal (0-28 hari), dan perawatan tali pusat
  - b. Penanganan hipotermi pada bayi baru lahir dan segera merujuk
  - c. Penanganan kegawatdaruratan, dilanjutkan dengan perujukan
  - d. Pemberian imunisasi rutin sesuai program Pemerintah
  - e. Pemantauan tumbuh kembang bayi, anak balita dan anak pra sekolah
  - f. Pemberian konseling dan penyuluhan
  - g. Pemberian surat keterangan kelahiran
  - h. Pemberian surat keterangan kematian
- c. Pelayanan kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana, dengan kewenangan:
- 1) Memberikan penyuluhan dan konseling kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana
  - 2) Memberikan alat kontrasepsi oral dan kondom

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

- (1) Pemberian alat kontrasepsi suntikan, alat kontrasepsi dalam rahim, dan memberikan pelayanan alat kontrasepsi bawah kulit
- (2) Asuhan antenatal terintegrasi dengan intervensi khusus penyakit kronis tertentu (dilakukan di bawah supervisi dokter)
- (3) Penanganan bayi dan anak balita sakit sesuai pedoman yang ditetapkan

- (4) Melakukan pembinaan peran serta masyarakat di bidang kesehatan ibu dan anak, anak usia sekolah dan remaja, dan penyehatan lingkungan
- (5) Pemantauan tumbuh kembang bayi, anak balita, anak pra sekolah dan anak sekolah
- (6) Melaksanakan pelayanan kebidanan komunitas
- (7) Melaksanakan deteksi dini, merujuk dan memberikan penyuluhan terhadap Infeksi Menular Seksual (IMS) termasuk pemberian kondom, dan penyakit lainnya
- (8) Pencegahan penyalahgunaan Narkotika, Psikotropika dan Zat Adiktif lainnya (NAPZA) melalui informasi dan edukasi
- (9) Pelayanan kesehatan lain yang merupakan program Pemerintah

Khusus untuk pelayanan alat kontrasepsi bawah kulit, asuhan antenatal terintegrasi, penanganan bayi dan anak balita sakit, dan pelaksanaan deteksi dini, merujuk, dan memberikan penyuluhan terhadap Infeksi Menular Seksual (IMS) dan penyakit lainnya, serta pencegahan penyalahgunaan Narkotika, Psikotropika dan Zat Adiktif lainnya (NAPZA), hanya dapat dilakukan oleh bidan yang telah mendapat pelatihan untuk pelayanan tersebut.

Selain itu, khusus di daerah (kecamatan atau kelurahan/desa) yang belum ada dokter, bidan juga diberikan kewenangan sementara untuk memberikan pelayanan kesehatan di luar kewenangan normal, dengan syarat telah ditetapkan oleh Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota. Kewenangan bidan untuk memberikan pelayanan kesehatan di luar kewenangan normal tersebut berakhir dan tidak berlaku lagi jika di daerah tersebut sudah terdapat tenaga dokter (Anonim, 2011)

## 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 di atas 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 (*bloodyshow*) darah berasal dari lendir *kanalis servikalis* karena *serviks* mulai membuka dan mendatar. Darah berasal dari pembuluh-pembuluh *kapiler* yang berada di sekitar *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 *ultigravida* 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 sehingga *serviks* akan mendatar dan menipis. *Multigravida ostium uteri internum* sudah sedikit terbuka. *ostium uteri internum* dan *eksternum* serta penipisan dan pendataran *serviks* terjadi dalam saat yang sama (Ilmiah W, 2015).

Penggunaan Partograf

Partograf merupakan alat untuk mencatat informasi berdasarkan observasi atau riwayat dan pemeriksaan fisik pada ibu dalam persalinan dan merupakan alat penting khususnya untuk membuat keputusan klinis kala I. Partograf digunakan selama fase aktif persalinan. Kegunaan partograf adalah mengamati dan mencatat informasi kemajuan persalinan dengan memeriksa *dilatasi serviks* selama pemeriksaan dalam, menentukan persalinan berjalan normal dan mendeteksi dini persalinan lama sehingga bidan dapat membuat deteksi dini

mengenai kemungkinan persalinan lama. Kondisi ibu dan bayi juga harus dimulai dan dicatat secara seksama, yaitu: denyut jantung janin: setiap ½ jam, frekuensi dan lamanya kontraksi uterus setiap ½ jam, nadi setiap ½ jam, pembukaan serviks setiap 4 jam, penurunan kepala setiap 4 jam, tekanan darah dan temperature tubuh setiap 4 jam dan produksi urin, aseton dan protein setiap 2 sampai 4 jam (Marmi, 2012).

Pencatatan selama fase aktif persalinan antara lain: informasi tentang ibu, kondisi janin (DJJ, warna dan adanya air ketuban, penyusupan (*molase*) kepala janin), kemajuan persalinan (pembukaan *serviks*, penurunan bagian terbawah janin atau presentasi janin, garis waspada dan garis bertindak), jam dan waktu (waktu mulainya fase aktif persalinan, waktu aktual saat pemeriksaan dan penilaian), kontraksi *uterus* (frekuensi dan lamanya), obat-obatan dan cairan yang dibeikan (oksitosin dan obat-obatan lainnya dan cairan IV yang diberikan), kondisi ibu (nadi, tekanan darah dan temperature tubuh, volume urin, aseton urin atau protein urin), asuhan, pengamatan dan keputusan klinik lainnya dicatat dalam kolom yang tersedia di sisi partograf atau dicatatan kemajuan persalinan (Marmi, 2012).

Menurut Pencatatan dalam partograf

a) Pembukaan (Ø) *Serviks*

Pembukaan *servik* dinilai pada saat melakukan pemeriksaan *vagina* dan ditandai dengan huruf (X). Garis waspada merupakan sebuah garis yang dimulai pada saat pembukaan *servik* 4 cm hingga titik pembukaan penuh yang diperkirakan dengan laju 1 cm per jam (JNPK-KR, 2008).

b) Penurunan Kepala Janin

Penurunan dinilai melalui *palpasi abdominal*. Pencatatan penurunan bagian terbawah atau presentasi janin, setiap kali melakukan pemeriksaan dalam atau setiap 4 jam, atau lebih

sering jika ada tanda-tanda penyulit. Kata-kata "turunnya kepala" dan garis tidak terputus dari 0-5, tertera di sisi yang sama dengan angka pembukaan *serviks*. Berikan tanda "O" pada garis waktu yang sesuai. Hubungkan tanda "O" dari setiap pemeriksaan dengan garis tidak terputus (JNPK-KR, 2008).

c) Kontraksi *Uterus*

Periksa frekuensi dan lamanya kontraksi *uterus* setiap jam fase laten dan tiap 30 menit selama fase aktif. Nilai frekuensi dan lamanya kontraksi selama 10 menit. Catat lamanya kontraksi dalam hitungan detik dan gunakan lambang yang sesuai yaitu: kurang dari 20 detik titik-titik, antara 20 dan 40 detik diarsir dan lebih dari 40 detik diblok. Catat temuan-temuan di kotak yang bersesuaian dengan waktu penilaian (JNPK-KR, 2008).

d) Keadaan Janin

Nilai dan catat denyut jantung janin (DJJ) setiap 30 menit (lebih sering jika ada tanda-tanda gawat janin). Setiap kotak pada bagian ini menunjukkan waktu 30 menit. Skala angka di sebelah kolom paling kiri menunjukkan DJJ. Catat DJJ dengan memberi tanda titik pada garis yang sesuai dengan angka yang menunjukkan DJJ. Kemudian hubungkan titik yang satu dengan titik lainnya dengan garis tidak terputus. Kisaran normal DJJ terpapar pada partograf di antara garis tebal angka 1 dan 100. Tetapi, penolong harus sudah waspada bila DJJ di bawah 120 atau di atas 160 kali/menit (JNPK-KR, 2008).

Nilai air ketuban setiap kali dilakukan pemeriksaan dalam, dan nilai warna air ketuban jika selaput ketuban pecah. Gunakan lambang-lambang seperti **U** (ketuban utuh atau belum pecah), **J** (ketuban sudah pecah dan air ketuban jernih), **M** (ketuban sudah pecah dan air ketuban bercampur mekonium), **D** (ketuban sudah pecah dan air ketuban



bercampur darah) dan **K** (ketuban sudah pecah dan tidak ada air ketuban atau kering) (JNPK-KR, 2008).

*Molase* berguna untuk memperkirakan seberapa jauh kepala bisa menyesuaikan dengan bagian keras panggul. Kode *molase* (0) tulang-tulang kepala janin terpisah, *sutura* dengan mudah dapat dipalpasi, (1) tulang-tulang kepala janin saling bersentuhan, (2) tulang-tulang kepala janin saling tumpang tindih tapi masih bisa dipisahkan, (3) tulang-tulang kepala janin saling tumpang tindih dan tidak bisa dipisahkan (JNPK-KR, 2008).

e) Keadaan Ibu

Hal yang perlu diobservasi yaitu tekanan darah, nadi, dan suhu, urin (volume protein), obat-obatan atau cairan IV, catat banyaknya oxytocin pervolume cairan IV dalam hitungan tetes per menit bila dipakai dan catat semua obat tambahan yang diberikan (JNPK-KR, 2008).

2) Kala II

Kala II/ kala pengeluaran adalah kala atau fase yang dimulai dari pembukaan lengkap (10 cm) sampai dengan pengeluaran bayi. Setelah *serviks* membuka lengkap janin akan segera keluar. *His* 2-3 x/ menit lamanya 60-90 detik. *His* sempurna dan efektif bila koordinasi gelombang kontraksi sehingga kontraksi simetris dengan *dominasi* di *fundus*, mempunyai *amplitude* 40-60 mm air raksa berlangsung 60-90 detik dengan jangka waktu 2-4 menit dan tonus *uterus* saat relaksasi kurang dari 12 mm air raksa. Karena biasanya dalam hal ini kepala janin sudah masuk kedalam panggul, maka pada *his* dirasakan tekanan pada otot-otot dasar panggul, yang secara *reflektoris* menimbulkan rasa mencedan. Dirasakan tekanan pada rektum dan hendak buang air besar. Perinium menonjol dan menjadi lebar dengan anus membuka.

*Labia* mulai membuka dan tidak lama kemudian kepala janin tampak dalam *vulva* pada waktu *his* (Ilmiah W, 2015).

Menurut JNPK-KR (2008) umumnya fase *laten* berlangsung hampir atau hingga 8 jam. Fase aktif dari pembukaan 4 cm hingga mencapai pembukaan lengkap atau 10cm, akan terjadi dengan kecepatan rata-rata 1 cm per jam (*nulipara* atau *primigravida*) atau lebih dari 1 cm hingga 2 cm (*multipara*).

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 *sphincter 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: menggelar kain di atas 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 ke dalam 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 ke belakang 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 Mencelupkan 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 di antara 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  $\geq 2$  jam pada *primi gravida* atau  $\geq 1$  jam pada *multi gravid*.

- (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 di bawah 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 di antara 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 ke arah bawah dan *distal* hingga bahu depan muncul di bawah *arkus pubis* dan kemudian gerakan ke arah 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 ke dalam wadah yang telah disediakan.
- (32) Letakan bayi tengkurap di dada ibu untuk kontak kulit ibu-bayi. Luruskan bahu bayi sehingga dada bayi menempel di dada ibunya. Usahakan kepala bayi berada di antara payudara ibu, dengan posisi lebih rendah dari 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).

### 3) 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 ke arah 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 di atas. Jika uterus tidak segera berkontraksi, minta ibu, suami, atau anggota keluarga untuk melakukan stimulasi putting susu (PP IBI, 2016).

#### Mengeluarkan *Plasenta*

- (36) Bila pada penekanan pada bagian bawah dinding depan *uterus* ke arah *dorso* ternyata diikuti dengan pergeseran tali pusat ke arah distal, maka lanjut dorongan ke arah



*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 (ke arah 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* tida

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).

4) 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 perdarahan pervaginam.

(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 di sekitar 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  $\text{K}_1$ , berikan suntikan imunisasi Hepatitis B di paha 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.p
  - 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 di bagian 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.

a) *Passage* terdiri dari:

- (1) Bagian keras tulang-tulang panggul (rangka panggul)

- (a) *Os coxae* (tulang pangkal paha), terdiri dari 3 buah tulang yang berhubungan satu sama lain pada acetabulum yaitu tulang usus (*os illium*), tulang duduk (*os ischium*), tulang kemaluan (*os pubis*).
- (b) *Os sacrum* (tulang kelangkang). Berbentuk segi tiga, melebar di atas dan meruncing ke bawah. Terletak di sebelah belakang antara kedua pangkal paha.
- (c) *Os coccygis* (tulang tungging). Berbentuk segi tiga dan terdiri dari 3-5 ruas yang bersatu, pada persalinan ujung tulang tungging dapat ditolak sedikit ke belakang, hingga ukuran pintu bawah panggul bertambah besar (Ilmiah W, 2015).

(2) Bagian lunak: otot-otot, jaringan dan *ligamen-ligamen* pintu panggul.

- (a) Pintu atas panggul (PAP), disebut *inlet* dibatasi oleh *promontorium*, *linea inominata* dan pinggir atas *sympisis*.
- (b) Ruang tengah panggul (RTP), kira-kira pada *spina ischiadica*, disebut *midlet*.
- (c) Pintu bawah panggul (PBP), dibatasi *simpisis* dan *arkus pubis*, disebut *outlet*.
- (d) Ruang panggul yang sebenarnya (*pelvis cavity*) berada antara *inlet* dan *outlet* (Ilmiah W, 2015).

b) Bidang-bidang hodge

Bidang hodge I: dibentuk pada lingkaran PAP dengan bagian atas *simpisis* dan *promontorium*. Bidang *hodge* II: sejajar dengan *hodge* I setinggi pinggir bawah *sympisis*. Bidang *hodge* III: sejajar *hodge* I dan II setinggi *spina ischiadika* kanan dan kiri. Bidang *hodge* IV: sejajar *hodge* I, II, dan III setinggi *os coccygis* (Ilmiah W, 2015).

c) Ukuran-ukuran panggul

Menurut Ilmiah W (2015) ukuran-ukuran panggul, adalah sebagai berikut:

(1) Ukuran luar panggul

*Distansian spinarum*: jarak antara kedua *spina iliaca anterior superior*: 23-26 cm. *Distansia kristarum*: jarak antara kedua *crista illiaca* kanan dan kiri: 26-29 cm. *Konjugata externa (boudeloque)*: 18-20 cm. Lingkaran panggul: 80-90 cm. *Konjugata diagonalis* (periksa dalam) 12,2 cm. *Distansia tuberum*: 10.5 cm.

(2) Ukuran panggul dalam

*Konjugata vera*: dengan periksa dalam diperoleh *konjugata diagonalis*: 10,5- 11 cm. *Konjugata transversa*: 12-13 cm. *Konjugata oblique*: 13 cm. *Konjugata obstetrik* adalah jarak bagian tengah *simpisis* ke *promontorium*.

(3) Ruang tengah panggul

Bidang terluas ukuranya 13 x 12,5 cm. Bidang tersempit ukuranya 11,5 x 11 cm. Jarak antara *spina ischiadica* 11 cm.

(4) Pintu bawah panggul

Ukuran *anterior posterior* 10-11 cm. Ukuran melintang 10,5 cm. *Arcus pubis* membentang sudut 90 derajat lebih, pada laki-laki kurang dari 80 derajat. *Inklinasi pelvis* (miring panggul) adalah sudut yang dibentuk dengan *horison* bila wanita berdiri tegak denga *inlet* 55-60 derajat.

(5) Otot dasar panggul *ligamen-ligamen* penyangga *uterus*.

(a) *Ligamentum kardinale sinistrum* dan *dekstrum*: *ligamen* terpenting untuk mencegah *uterus* tidak turun. Jaringan ikat tebal *serviks* dan puncak vagina ke arah lateral dinding *pelvis*.

(b) *Ligamentum sacro uterina sinistrum* dan *dekstrum*: menahan *uterus* tidak banyak bergerak melengkung

dari bagian belakang *servikal* kiri dan kanan melalui dinding *rektum* ke arah *os sacrum* kiri dan kanan.

(c) *Ligamentum rotundum sinistrum* dan *dekstrum*: *ligamen* yang menahan *uterus* dalam posisi *antefleksi*, sudut *fundus uteris* kiri dan kanan ke *inguinalis* kiri dan kanan.

(d) *Ligamentum latum sinistrum* dan *dekstrum*: dari *uterus* ke arah *lateral*.

(e) *Ligamentum infundibulo pelvikum*: menahan *tuba falopi*, dari *infundibulum* ke dinding *pelvis* (Ilmiah W, 2015).

### 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.

(1) Tulang tengkorak (*cranium*).

Bagian muka dan tulang-tulang dasar tengkorak. Bagian tengkorak, terdiri dari: *os frontais*, *os perietalis*, *os temporalis*, dan *os occipitalis*. Sutura, terdiri dari *sutura frontalis*, *sutura sagitalis*, *sutura koronaria*, dan *sutura lamboidea*. Ubun-ubun (*fontanel*), terdiri dari *fontanel mayor/ bregma* dan *fontanel minor* (Ilmiah W, 2015).

(2) Ukuran-ukuran kepala janin.

Diameter *occipito frontalis* 12 cm, diameter *mento occipitalis* 13,5 cm, diameter *sub occipito bregmatika* 9,5 cm, diameter *biparietalis* 9,25 cm, diameter *ditemporalis* 8 cm. Ukuran *cirkumferensial* (keliling) terdiri dari *cirkumferensial fronto occipitalis* 34 cm, *cirkumferensia*

*mento occipitalis* 35 cm, *circumferensia sub occipito bregmatika* 32 cm (Ilmiah W, 2015).

(3) Postur janin dalam rahim.

Sikap (*habitus*), menunjukkan hubungan bagian-bagian janin dengan sumbu janin, biasanya terhadap tulang punggungnya. Janin umumnya dalam sikap fleksi, kepala, tulang punggung, dan kaki dalam keadaan fleksi, serta lengan bersilang di dada. Letak janin, adalah bagaimana sumbu panjang janin berada terhadap sumbu ibu. Misalnya letak lintang di mana sumbu janin sejajar dengan sumbu panjang ibu, ini bisa letak kepala atau letak sungsang (Ilmiah W, 2015).

Presentasi, digunakan untuk menentukan bagian janin yang ada di bagian bawah rahim yang dapat dijumpai pada palpasi atau pemeriksaan dalam. Misalnya presentasi kepala, presentasi bokong, presentasi bahu, dan lain-lain. Posisi, merupakan indikator untuk menetapkan arah bagian terbawah janin apakah sebelah kanan, kiri, depan atau belakang terhadap sumbu ibu (*maternal pelvis*). Misalnya pada letak belakang kepala (LBK) ubun-ubun kecil (UUK) kiri depan, UUK kanan belakang (Ilmiah W, 2015).

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 *korpus uteri* dan *segmen* bawah rahim yang terbentuk oleh *isthmus uteri*. SAR memegang peranan yang aktif karena berkontraksi dan dindingnya bertambah tebal dengan majunya persalinan.

Sebaiknya *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 di antara 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. Wanita yang telah banyak menderita menjelang akhir kehamilan dan pada persalinan palsu, respon emosionalnya pada *fase laten* persalinan kadang-kadang dramatis, perasaan lega, relaksasi dan peningkatan kemampuan koping tanpa memperhatikan tempat persalinan.

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. Sifat khusus :

(1) Rasa sakit dari *fundus* merata ke seluruh uterus sampai berlanjut ke punggung bawah.

(2) Penyebab rasa nyeri belum diketahui secara pasti. Beberapa penyebab antara lain: pada saat kontraksi terjadi kekurangan  $O_2$  pada *miometrium*, penekanan *ganglion* saraf di *serviks* dan *uterus* bagian bawah, peregangan *serviks* akibat dari pelebaran *serviks*, peregangan *peritonium* sebagai organ yang menyelimuti *uterus* (Kuswanti dkk, 2014).

#### 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 di bawah 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).

Awal kala III persalinan, daerah *implantasi plasenta* sudah mengecil. *Plasenta* mengalami kompresi, dan darah dalam ruangan *intervilus* dipaksa kembali ke dalam lapisan berspons *desidua*. Retraksi serat-serat otot *uterus oblik* memberi tekanan pada pembuluh darah sehingga darah tidak mengalir kembali ke dalam sistem *maternal*. Pembuluh darah selama proses ini menegang dan *terkongesti*. Kontraksi berikutnya, *vena* yang berdistensi akan pecah dan sejumlah darah kecil akan merembes di antara sekat tipis lapisan berspons dan permukaan *plasenta*, dan membuatnya terlepas dari perlekatannya. Area permukaan *plasenta* yang melekat semakin berkurang, *plasenta* yang relatif non-elastis mulai terlepas dari dinding *uterus*. Saat terjadi pemisahan, *uterus* berkontraksi dengan kuat, mendorong *plasenta* dan membran untuk menurun ke dalam *uterus* bagian bawah, dan akhirnya ke dalam *vagina*. Volume normal aliran darah yang melalui *plasenta* adalah 500-800 mL permenit. Pemisahan

*plasenta*, aliran ini harus dihentikan selama beberapa detik, jika tidak, perdarahan yang serius akan terjadi (Marmi, 2012).

Setelah bayi lahir *uterus* masih mengadakan kontraksi yang mengakibatkan penciutan permukaan *kavum uteri* tempat implantasi *plasenta*. *Uterus* teraba keras, TFU setinggi pusat, proses 15–30 menit setelah bayi lahir, rahim akan berkontraksi (terasa sakit). Rasa sakit ini biasanya menandakan lepasnya *plasenta* dari perlekatannya di rahim. Pelepasan ini biasanya disertai perdarahan baru (Kuswanti dkk, 2014).

Manajemen aktif kala III merupakan serangkaian tindakan yang dilakukan setelah bayi lahir untuk mempercepat lepasnya *plasenta* dengan syarat janin tunggal. Manajemen kala III terdiri Atas 3 langkah utama, yaitu pemberian suntikan oksitoksin dalam 1 menit pertama setelah bayi lahir, melakukan penegakan tali pusat terkendali (PTT), dan masase *fundus uteri* (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 di atas pusat.
- (2) Tali pusat memanjang, terlihat menjulur keluar melalui *vulva* (tanda *ahfeld*).
- (3) Semburan darah mendadak dan singkat. Darah yang terkumpul di belakang *plasenta* akan membantu mendorong *plasenta* keluar dibantu oleh gaya gravitasi. Apabila kumpulan darah dalam ruang di antara dinding *uterus* dan permukaan dalam *plasenta* melebihi kapasitas tampungnya maka darah tersedot keluar dari tepi *plasenta* yang terlepas (Ilmiah W, 2015).

## 5) 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).

Menurut Marmi (2012) perubahan kala IV yang terjadi sebagai berikut:

### a) *Uterus*

Setelah kelahiran *plasenta*, *uterus* dapat ditemukan di tengah-tengah *abdomen* kurang lebih dua pertiga sampai tiga seperempat antara *simfisis pubis* dan *umbilicus*. Jika *uterus* ditemukan di tengah, di atas *simfisis*, maka hal ini menandakan adanya darah di *kavum uteri* dan butuh untuk ditekan dan dikeluarkan. *Uterus* yang berada di atas *umbilicus* dan bergeser paling umum ke kanan menandakan adanya kandung kemih penuh, sehingga mengganggu kontraksi *uterus* dan memungkinkan peningkatan perdarahan. Jika pada saat ini ibu tidak dapat berkemih secara spontan, maka sebaiknya dilakukan kateterisasi untuk mencegah terjadinya perdarahan. *Uterus* yang berkontraksi normal harus terasa keras ketika disentuh atau diraba. Jika segmen atas *uterus* terasa keras saat disentuh, tetapi terjadi perdarahan, maka pengkajian *segmen* bawah *uterus* perlu dilakukan. *Uterus* yang teraba lunak, longgar, tidak berkontraksi dengan baik, *hipotonik*, dapat menjadi pertanda *atonia uteri* yang merupakan penyebab utama perdarahan *post partum*.

### b) *Servik, vagina* dan *perineum*

Segera setelah lahiran *serviks* bersifat *patulous*, terkulai dan tebal. Tepi *anterior* selama persalinan atau setiap bagian *serviks* yang terperangkap akibat penurunan kepala janin selama periode

yang memanjang, tercermin pada peningkatan *edema* dan memar pada area tersebut. *Perineum* yang menjadi kendur dan tonus *vagina* juga tampak jaringan, dipengaruhi oleh peregangan yang terjadi selama kala II persalinan. Segera setelah bayi lahir tangan bisa masuk, tetapi setelah 2 jam *introitus vagina* hanya bisa dimasuki dua atau tiga jari.

c) Tanda vital

Tekanan darah, nadi dan pernapasan harus kembali stabil pada level pra persalinan selama jam pertama *pasca partum*. Pemantauan tekanan darah dan nadi yang rutin selama interval ini merupakan satu cara mendeteksi syok akibat kehilangan darah berlebihan. Suhu tubuh ibu meningkat, tetapi biasanya dibawah 38°C. Namun jika *intake* cairan baik, suhu tubuh dapat kembali normal dalam 2 jam *pasca partum*.

d) Sistem *gastrointestinal*

Rasa mual dan muntah selama masa persalinan akan menghilang. Pertama ibu akan merasa haus dan lapar, hal ini disebabkan karena proses persalinan yang mengeluarkan atau memerlukan banyak energi.

e) Sistem *renal*

*Urin* yang tertahan menyebabkan kandung kemih lebih membesar karena trauma yang disebabkan oleh tekanan dan dorongan pada *uretra* selama persalinan. Mempertahankan kandung kemih wanita agar tetap kosong selama persalinan dapat menurunkan trauma. Setelah melahirkan, kandung kemih harus tetap kosong guna mencegah *uterus* berubah posisi dan terjadi *atonia*. *Uterus* yang berkontraksi dengan buruk meningkatkan resiko perdarahan dan keparahan nyeri, jika ibu belum bisa berkemih maka lakukan kateterisasi.

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, *presentasi majemuk*, kehamilan gemeli, tali pusat menumbung, 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 kemungkinan 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):

Persiapan 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 di atas 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, lingkaran 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 disebut 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 bisa mengembangkan sistem 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, hal ini dapat menimbulkan rangsangan untuk pematangan paru-paru. Keadaan yang dapat memperlambat *maturitas* 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 menangis udara dari luar mulai mengisi jalan napas dan cairan dalam paru didorong ke arah *perifer* hingga akhirnya semua *alveolus* mengembang dan terisi udara (Varney, 2007).

c) Upaya Pernafasan Bayi Pertama

Upaya pernafasan 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* dimulai 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 pernafasan, yang menyebabkan sulit bernapas. Peningkatan kebutuhan energi 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 pintu *duktus 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 ke luar 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 ketidakseimbangan 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 100 cc.
- (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).

Kekebalan alami disediakan pada sel darah yang membantu BBL membunuh *mikroorganisme* asing, tetapi sel darah ini belum matang artinya BBL belum mampu *melokalisasi* infeksi secara efisien. Beberapa contoh kekebalan alami seperti: perlindungan dari membran mukosa, fungsi saring saluran pernafasan, pembentukan *koloni mikroba* di kulit dan usus, perlindungan kimia oleh lingkungan asam lambung. Bayi yang baru lahir dengan kekebalan pasif mengandung banyak virus dalam tubuh ibunya. Reaksi *antibodi* terhadap, *antigen* asing masih belum bisa dilakukan sampai awal kehidupan. Tugas utama selama masa bayi dan balita adalah pembentukan system kekebalan tubuh, BBL sangat rentan terhadap infeksi. Reaksi BBL terhadap infeksi masih lemah dan tidak memadai, pencegahan terhadap *mikroba* seperti pada praktek persalinan yang aman dan menyusui . ASI dini terutama kolostrum dan deteksi dini infeksi menjadi penting (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 di daerah sekitar ekstremitas. Tangan dan kaki terlihat sedikit *sianotik*. Warna kebiruan ini, *akrosianois*, disebabkan ketidakstabilan *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.

Bayi baru lahir yang sehat dan cukup bulan tampak gemuk. Lemak *subkutan* yang berakumulasi selama trimester terakhir berfungsi menyekat bayi. Kulit mungkin agak ketat. Keadaan ini mungkin disebabkan *retensi* cairan. *Lanugo* halus dapat terlihat di wajah, bahu, dan punggung. *Edema* wajah dan *ekimosis* (memar) dapat timbul akibat presentasi muka atau kelahiran dengan *forsep*. *Petekie* dapat timbul jika daerah tersebut ditekan (Lailiyana, dkk, 2011).

*Deskuamasi* (pengelupasan kulit) pada kulit bayi tidak terjadi sampai beberapa hari setelah lahir. *Deskuamasi* saat bayi lahir merupakan indikasi *pascamaturitas*. Kelenjar keringat sudah ada saat bayi lahir, tetapi kelenjar ini tidak berespon terhadap peningkatan suhu tubuh. Terjadi sedikit hiperplasia kelenjar *sebacea* (lemak) dan *sekresi sebum* akibat pengaruh hormon kehamilan. *Verniks kaseosa*, suatu *substansi* seperti keju merupakan produk kelenjar *sebacea*. *Distensi* kelenjar *sebacea*, yang terlihat pada bayi baru lahir, terutama di daerah dagu dan hidung, dikenal dengan nama *milia*. Walaupun kelenjar *sebacea* sudah terbentuk dengan baik saat bayi lahir, tetapi kelenjar ini tidak terlalu aktif pada masa kanak-kanak. Kelenjar-kelenjar ini mulai aktif saat produksi *androgen* meningkat, yakni sesaat sebelum *pubertas* (Lailiyana, dkk, 2011).

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 (*pseudomenstruasi*).

*Genitalia eksternal* biasanya *edema* disertai *pigmentasi* yang lebih banyak. Bayi baru lahir cukup bulan, *labio mayora* dan *minora* menutupi *vestibulum*. Bayi *prematum*, *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 dari pada 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). Ada dua *kurvatura* pada *kolumna vertebralis*, yaitu *toraks* dan *sakrum*. Ketika bayi mulai dapat mengendalikan kepalanya, *kurvatura* lain terbentuk di daerah *servikal*. Bayi baru lahir lutut saling berjauhan saat kaki diluruskan dan tumit disatukan, sehingga tungkai bawah terlihat agak melengkung. Bayi baru lahir tidak terlihat lengkungan pada telapak kaki. Ekstremitas harus simetris. Harus terdapat kuku jari tangan dan

jari kaki. Garis-garis telapak tangan sudah terlihat. Terlihat juga garis pada telapak kaki bayi cukup bulan (Lailiyana dkk, 2011).

#### 1) Perubahan Sistem *Neuromuskuler*

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 ke arah 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"*

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

2) Adaptasi Psikologi

Muslihatun (2010) menjelaskan pada waktu kelahiran, tubuh bayi baru lahir mengalami sejumlah adaptasi psikologik. Bayi memerlukan pemantauan ketat untuk menentukan masa transisi kehidupannya ke kehidupan luar uterus berlangsung baik.

a) Periode *transisional*

Periode *transisional* ini dibagi menjadi tiga periode, yaitu periode pertama *reaktivitas*, fase tidur dan periode kedua *reaktivitas*, karakteristik masing-masing periode memperlihatkan kemajuan bayi baru lahir ke arah mandiri.

b) Periode pertama *reaktivitas*

Periode pertama *reaktivitas* berakhir pada 30 menit pertama setelah kelahiran. Karakteristik pada periode ini antara lain: denyut nadi *apical* berlangsung cepat dan irama

tidak teratur, frekuensi pernapasan menjadi 80 kali per menit, pernafasan cuping hidung, *ekspirasi* mendengkur dan adanya retraksi.

Periode ini, bayi membutuhkan perawatan khusus, antara lain: mengkaji dan memantau frekuensi jantung dan pernapasan setiap 30 menit pada 4 jam pertama setelah kelahiran, menjaga bayi agar tetap hangat (suhu aksila  $36,5^{\circ}\text{C} - 37,5^{\circ}\text{C}$ ).

c) Fase tidur

Fase ini merupakan interval tidak *responsif* relatif atau fase tidur yang dimulai dari 30 menit setelah periode pertama *reaktivitas* dan berakhir pada 2-4 jam. Karakteristik pada fase ini adalah frekuensi pernapasan dan denyut jantung menurun kembali ke nilai dasar, warna kulit cenderung stabil, terdapat *akrosianosis* dan bisa terdengkan bising usus.

d) Periode kedua *reaktivitas*

Periode kedua *reaktivitas* ini berakhir sekitar 4-6 jam setelah kelahiran. Karakteristik pada periode ini adalah bayi memiliki tingkat *sensitivitas* yang tinggi terhadap *stimulus internal* dan lingkungan.

e) Periode *pascatransisional*

Setelah bayi melewati periode *transisi*, bayi dipindah ke ruang bayi/rawat gabung bersama ibunya.

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, ia 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.

Menurut Kristiyanasari (2011) para ahli anak di seluruh dunia telah mengadakan penelitian terhadap keunggulan ASI. Hasil penelitian menjelaskan keunggulan ASI dibanding dengan susu sapi atau susu buatan lainnya adalah sebagai berikut:

- a) ASI mengandung hampir semua zat gizi yang diperlukan oleh bayi dengan konsentrasi yang sesuai dengan kebutuhan bayi
- b) ASI mengandung kadar laktosa yang lebih tinggi, laktosa ini dalam usus akan mengalami peragian sehingga membentuk asam laktat yang bermanfaat dalam usus bayi, yaitu, menghambat pertumbuhan bakteri yang pathologis, merangsang pertumbuhan mikroorganik yang dapat menghasilkan berbagai asam *organic* dan *mensintesa* beberapa jenis vitamin dalam usus, memudahkan pengendapan *kalsium casenat* (protein susu), memudahkan penyerapan berbagai jenis mineral
- c) ASI mengandung *antibody* yang dapat melindungi bayi dari berbagai penyakit infeksi
- d) ASI lebih aman dari kontaminasi, karena diberikan langsung, sehingga kecil kemungkinan tercemar zat berbahaya
- e) Resiko alergi pada bayi kecil sekali karena tidak mengandung *betalatoglobulin*
- f) ASI dapat sebagai perantara untuk menjalin hubungan kasih sayang antara ibu dan bayi
- g) Tempertur ASI sama dengan temperature tubuh bayi



- h) ASI membantu pertumbuhan gigi lebih baik
- i) Kemungkinan tersedak pada waktu menetek ASI kecil sekali
- j) ASI mengandung *laktoferin* untuk mengikat zat besi
- k) ASI lebih ekonomis, praktis tersedia setiap waktu pada suhu yang ideal dan dalam keadaan segar
- l) Memberikan ASI kepada bayi berfungsi menjarangkan kelahiran.

Beberapa prosedur pemberian ASI yang harus diperhatikan:

- a) Tetekkan bayi segera atau selambatnya setengah jam setelah bayi lahir
- b) Biasakan mencuci tangan dengan sabun setiap kali sebelum menetekkan.
- c) Sebelum menyusui ASI dikeluarkan sedikit kemudian dioleskan pada puting susu dan *aerola* sekitarnya. Cara ini mempunyai manfaat sebagai disinfektan dan menjaga kelembaban puting susu.
- d) Bayi diletakkan menghadap perut ibu
  - (1) Ibu duduk dikursi yang rendah atau berbaring dengan santai, bila duduk lebih baik menggunakan kursi yang rendah (kaki ibu tidak bergantung) dan punggung ibu bersandar pada sandaran kursi.
  - (2) Bayi dipegang pada bahu dengan satu lengan, kepala bayi terletak pada lengkung siku ibu (kepala tidak boleh menengadah, dan bokong bayi ditahan dengan telapak tangan).
  - (3) Satu tangan bayi diletakkan pada badan ibu dan satu di depan.
  - (4) Perut bayi menempel badan ibu, kepala bayi menghadap payudara.
  - (5) Telinga dan lengan bayi terletak pada satu garis lurus.
  - (6) Ibu menatap bayi dengan kasih sayang.

- (7) Payudara dipegang dengan ibu jari di atas dan jari yang lain menopang di bawah.
- (8) Bayi diberi rangsangan untuk membuka mulut dengan cara: menyentuh pipi bayi dengan puting susu atau menyentuh sisi mulut bayi.
- (9) Setelah bayi membuka mulut dengan cepat kepala bayi diletakkan ke payudara ibu dengan puting serta areolanya dimasukkan ke mulut bayi. Usahakan sebagian besar *aerola* dapat masuk ke dalam mulut bayi sehingga puting berada di bawah langit-langit dan lidah bayi akan menekan ASI keluar. Setelah bayi mulai menghisap payudara tidak perlu dipegang atau disanggah.
- (10) Melepas isapan bayi. Setelah selesai menyusui, ASI dikeluarkan sedikit kemudian dioleskan pada puting susu dan *aerola* sekitar dan biarkan kering dengan sendirinya untuk mengurangi rasa sakit. Selanjutnya sendawakan bayi, tujuannya untuk mengeluarkan udara dari lambung supaya bayi tidak muntah (*gumoh*) setelah menyusui.
- (11) Cara menyendawakan bayi: bayi dipegang tegak dengan bersandar pada bahu ibu kemudian punggungnya ditepuk perlahan-lahan, atau bayi tidur tengkurap di pangkuan ibu, kemudian punggungnya ditepuk perlahan-lahan.
- (12) Jangan mencuci puting payudara menggunakan sabun atau alkohol karena dapat membuat puting payudara kering dan menyebabkan pengerasan yang bisa mengakibatkan terjadinya luka. Selain itu, rasa puting payudara berbeda, sehingga bayi enggan menyusui (Marmi, 2012).

Tabel 7 Komposisi Kandungan ASI

Kandungan	Kolostrum	Transisi	ASI Matur
-----------	-----------	----------	-----------

Energi (kg kla)	57,0	63,0	65,0
Laktosa (gr/100 ml)	6,5	6,7	7,0
Lemak (gr/100 ml)	2,9	3,6	3,8
Protein (gr/100 ml)	1,195	0,965	1,324
Mineral (gr/100 ml)	0,3	0,3	0,2
<i>Immunoglobulin:</i>			
<i>Ig A</i> (mg/100 ml)	335,9	-	119,6
<i>Ig G</i> (mg/100 ml)	5,9	-	2,9
<i>Ig M</i> (mg/100 ml)	17,1	-	2,9
<i>Lisosim</i> (mg/100 ml)	14,2-16,4	-	24,3-27,5
<i>Laktoferin</i>	420-520	-	250-270

Sumber: Kritiyanasari, 2011

## 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.

Tali pusat biasanya lepas dalam 1 hari setelah lahir, paling sering sekitar hari ke 10. Jika tali pusat bayi baru lahir sudah puput, bersihkan liang pusar dengan cotton bud yang telah diberi minyak telon atau minyak kayu putih. Usapkan minyak telon atau minyak kayu putih di dada dan perut bayi sambil dipijat lembut. Kulit bayi baru lahir terlihat sangat kering karena dalam transisi dari lingkungan rahim ke lingkungan berudara. Oleh karena itu, gunakan baby oil untuk melembabkan lengan dan kaki bayi. Setelah itu bedaki lipatan-lipatan paha dan tangan agar tidak terjadi iritasi. Hindari membedaki daerah wajah jika menggunakan bedak tabur karena bahan bedak tersebut berbahaya jika terhirup napas bayi. Bisa menyebabkan sesak napas atau infeksi saluran pernapasan (Marmi, 2012).

f. Kebutuhan Kesehatan Dasar

1) Pakaian

Pakaian ukuran bayi baru lahir yang berbahan katun agar mudah menyerap keringat. Sebaiknya bunda memilih pakaian berkancing depan untuk memudahkan pemasangan pakaian. Jika suhu ruangan kurang dari 25°C beri bayi pakaian dobel agar tidak kedinginan. Tubuh bayi baru lahir biasanya sering terasa dingin. Oleh karena itu usahakan suhu ruangan tempat bayi baru lahir berada di 27°C. Tapi biasanya sesudah sekitar satu minggu bayi baru lahir akan merespon terhadap suhu lingkungan sekitarnya dan mulai bisa berkeringat (Marmi, 2012).

2) Sanitasi Lingkungan

Bayi masih memerlukan bantuan orang tua dalam mengontrol kebutuhan sanitasinya seperti kebersihan air yang digunakan untuk memandikan bayi, kebersihan udara yang segar dan sehat untuk asupan oksigen yang maksimal (Marmi, 2012).

3) Perumahan

Suasana yang nyaman, aman, tenang dan rumah yang harus didapat bayi dari orang tua juga termasuk kebutuhan terpenting bagi bayi itu sendiri. Saat dingin bayi akan mendapatkan kehangatan dari rumah yang terpenuhi kebutuhannya. Kebersihan rumah juga tidak kalah terpenting. Seorang anak dapat berkembang sesuai keadaan rumah itu. Bayi harus dibiasakan dibawa keluar selama 1 atau 2 jam sehari (bila udara baik). Gunakan pakaian secukupnya tidak perlu terlalu tebal atau tipis. Bayi harus terbiasa dengan sinar matahari namun hindari dengan pancaran langsung sinar uv matahari dipandangan matanya. Keadaan rumah bisa dijadikan sebagai tempat bermain yang aman dan menyenangkan untuk anak (Marmi, 2012).

g. Kebutuhan Psikososial

1) Kasih Sayang (*Bounding Attachment*)

*Bonding* 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 *Bonding Attachment* melalui *touch*/sentuhan (Nugroho dkk, 2014).

Menurut Nugroho, dkk (2014) cara untuk melakukan *bonding attachment* ada bermacam-macam antara lain:

a) Pemberian ASI Eksklusif

Lakukan pemberian ASI secara *eksklusif* segera setelah lahir, secara langsung bayi akan mengalami kontak kulit dengan ibunya yang menjadikan ibu merasa bangga dan diperlukan, rasa yang dibutuhkan oleh semua manusia.

b) Rawat gabung

Rawat gabung merupakan salah satu cara yang dapat dilakukan agar antara ibu dan bayi terjalin proses lekat (*early infant mother bonding*) akibat sentuhan badan antara ibu dan bayinya. Hal ini sangat mempengaruhi perkembangan psikologi bayi selanjutnya, karena kehangatan tubuh ibu merupakan stimulasi mental yang mutlak dibutuhkan oleh bayi. Bayi yang merasa aman dan terlindungi merupakan dasar terbentuknya rasa percaya diri dikemudian hari.

c) Kontak mata (*eye to eye contact*)

Kesadaran untuk membuat kontak mata dilakukan dengan segera. Kontak mata mempunyai efek yang erat terhadap perkembangan yang dimulainya hubungan dan rasa percaya sebagai faktor yang penting dalam hubungan manusia pada umumnya. Bayi baru lahir dapat memusatkan perhatian kepada satu objek pada saat 1 jam

setelah kelahiran dengan jarak 20-25 cm dan dapat memusatkan pandangan sebaik orang dewasa pada usia kira-kira 4 bulan.

d) Suara (*voice*)

Respon antara ibu dan bayi dapat berupa suara masing-masing. Ibu akan menantikan tangisan pertama bayinya. Dari tangisan tersebut, ibu menjadi tenang karena merasa bayinya baik-baik saja (hidup). Bayi dapat mendengar sejak dalam rahim, jadi tidak mengherankan jika ia dapat mendengar suara-suara dan membedakan nada dan kekuatan sejak lahir, meskipun suara-suara itu terhalang selama beberapa hari oleh cairan *amniotic* dari rahim yang melekat pada telinga. Banyak penelitian yang menunjukkan bahwa bayi-bayi baru lahir bukan hanya mendengar dengan sengaja dan mereka tampaknya lebih dapat menyesuaikan diri dengan suara-suara tertentu daripada lainnya, misalnya suara detak jantung ibunya.

e) Aroma (*odor*)

Indra penciuman pada bayi baru lahir sudah berkembang dengan baik dan masih memainkan peran dalam nalurinya untuk mempertahankan hidup. Penelitian menunjukkan bahwa kegiatan seorang bayi, detak jantung, dan pola bernapasnya berubah setiap kali hadir bau yang baru, tetapi bersamaan dengan semakin dikenalnya bau itu, si bayi pun berhenti bereaksi. Akhir minggu pertama, seorang bayi dapat mengenali ibunya, bau tubuh, dan bau air susunya. Indra penciuman bayi akan sangat kuat jika seorang ibu dapat memberikan ASI-nya pada waktu tertentu.

f) Sentuhan (*Touch*)

Ibu memulai dengan sebuah ujung jarinya untuk memeriksa bagian kepala dan ekstremitas bayinya, perabaan digunakan untuk membelai tubuh dan mungkin bayi akan dipeluk oleh lengan ibunya, gerakan dilanjutkan sebagai usapan lembut untuk menenangkan bayi, bayi akan merapat pada payudara ibu,

menggenggam satu jari atau seuntai rambut dan terjadilah ikatan antara keduanya.

g) *Entrainment*

Bayi mengembangkan irama akibat kebiasaan. Bayi baru lahir bergerak-gerak sesuai dengan struktur pembicaraan orang dewasa. Mereka menggoyangkan tangan, mengangkat kepala, menendang-nendang kaki. *Entrainment* terjadi pada saat anak mulai berbicara.

h) *Bioritme*

Salah satu tugas bayi baru lahir adalah membentuk ritme personal (*bioritme*). Orang tua dapat membantu proses ini dengan memberi kasih sayang yang konsisten dan dengan memanfaatkan waktu saat bayi mengembangkan perilaku yang *responsive*.

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).

h. Asuhan Kebidanan bayi Baru Lahir

1) Pelayanan Essensial pada bayi baru lahir

a) Jaga bayi tetap hangat

Menurut Asri dan Clervo (2012) cara menjaga agar bayi tetap hangat dengan cara: mengeringkan bayi seluruhnya dengan selimut atau handuk hangat, membungkus bayi, terutama bagian kepala dengan selimut hangat dan kering, mengganti semua



handuk/ selimut basah, bayi tetap terbungkus sewaktu ditimbang, buka pembungkus bayi hanya pada daerah yang diperlukan saja untuk melakukan suatu prosedur, dan membungkusnya kembali dengan handuk dan selimut segera setelah prosedur selesai. Menyediakan lingkungan yang hangat dan kering bagi bayi tersebut. Atur suhu ruangan atas kebutuhan bayi, untuk memperoleh lingkungan yang lebih hangat. Memberikan bayi pada ibunya secepat mungkin. Meletakkan bayi di atas perut ibu, sambil menyelimuti keduanya dengan selimut kering. Tidak mandikan sedikitnya 6 jam setelah lahir.

b) Pembebasan jalan napas

Perawatan optimal jalan napas pada BBL dengan cara: membersihkan lendir darah dari wajah bayi dengan kain bersih dan kering/kasa, menjaga bayi tetap hangat, menggosok punggung bayi secara lembut, mengatur posisi bayi dengan benar yaitu letakkan bayi dalam posisi terlentang dengan leher sedikit ekstensi di perut ibu (Hidayat dan Sujiyatini, 2010)

c) Cara mempertahankan kebersihan untuk mencegah infeksi: mencuci tangan dengan air sabun, menggunakan sarung tangan, pakaian bayi harus bersih dan hangat, memakai alat dan bahan yang steril pada saat memotong tali pusat, jangan mengoleskan apapun pada bagian tali pusat, hindari pembungkusan tali pusat (Hidayat dan Sujiyatini, 2010).

d) Perawatan tali pusat

Cuci tangan sebelum dan sesudah merawat tali pusat. Jangan membungkus puntung tali pusat atau mengoleskan cairan atau bahan apapun ke puntung tali pusat. Mengoleskan alkohol atau povidon yodium masih diperkenankan apabila terdapat tanda infeksi, tetapi tidak dikompreskan karena menyebabkan tali pusat basah atau lembab. Berikan nasihat pada ibu dan keluarga sebelum meninggalkan bayi: lipat popok di bawah puntung tali

pusat, luka tali pusat harus dijaga tetap kering dan bersih, sampai sisa tali pusat mengering dan terlepas sendiri, jika puntung tali pusat kotor, bersihkan (hati-hati) dengan air DTT dan sabun dan segera keringkan secara seksama dengan menggunakan kain bersih, perhatikan tanda-tanda infeksi tali pusat: kemerahan pada kulit sekitar tali pusat, tampak nanah atau berbau. Jika terdapat tanda infeksi, nasihat ibu untuk membawa bayinya ke fasilitas kesehatan (Kemenkes RI, 2010).

e) Inisiasi Menyusu Dini

Prinsip pemberian ASI adalah dimulai sedini mungkin, eksklusif selama 6 bulan diteruskan sampai 2 tahun dengan makanan pendamping ASI sejak usia 6 bulan. Langkah IMD dalam asuhan bayi baru lahir yaitu: lahirkan, lakukan penilaian pada bayi, keringkan, lakukan kontak kulit ibu dengan kulit bayi selama paling sedikit satu jam biarkan bayi mencari dan menemukan puting ibu dan mulai menyusu (Kemenkes RI, 2010).

f) Pemberian Salep Mata

Salep atau tetes mata untuk pencegahan infeksi mata diberikan segera setelah proses IMD dan bayi setelah menyusu, sebaiknya 1 jam setelah lahir. Pencegahan infeksi mata dianjurkan menggunakan salep mata antibiotik tetrasiklin 1% (Kemenkes RI, 2010).

g) Pemberian Vitamin K

Pencegahan terjadinya perdarahan karena defisiensi vitamin K pada bayi baru lahir diberikan suntikan Vitamin K1 (Phytomenadione) sebanyak 1 mg dosis tunggal, intramuskular pada antero lateral paha kiri 1 jam setelah IMD (Kemenkes RI, 2010).

h) Pemberian Imunisasi Hb 0

Imunisasi Hepatitis B pertama (HB 0) diberikan 1-2 jam setelah pemberian Vitamin K1 secara *intramuskuler*. Imunisasi Hepatitis

B bermanfaat untuk mencegah infeksi Hepatitis B terhadap bayi, terutama jalur penularan ibu-bayi. Imunisasi Hepatitis B harus diberikan pada bayi umur 0-7 hari karena:

- (1) Sebagian ibu hamil merupakan *carrier* Hepatitis B.
- (2) Hampir separuh bayi dapat tertular Hepatitis B pada saat lahir dari ibu pembawa virus.
- (3) Penularan pada saat lahir hampir seluruhnya berlanjut menjadi Hepatitis menahun, yang kemudian dapat berlanjut menjadi sirosis hati dan kanker hati primer.
- (4) Imunisasi Hepatitis B sedini mungkin akan melindungi sekitar 75% bayi dari penularan Hepatitis B (Kemenkes RI, 2010).

## 2) Kunjungan Neonatal

Pelayanan kesehatan bayi baru lahir oleh bidan/perawat/dokter dilaksanakan minimal 3 kali, yaitu kunjungan I pada 6 jam-48 jam setelah lahir, kunjungan II pada hari ke 3-7 setelah lahir, kunjungan III pada hari ke 8-28 setelah lahir.

Jenis pelayanan yang diberikan yaitu: penimbangan berat badan, pengukuran panjang badan, pengukuran suhu tubuh, menanyakan pada ibu, bayi sakit apa?, memeriksa kemungkinan penyakit berat atau infeksi bakteri, frekuensi nafas/ menit, frekuensi denyut jantung (kali/ menit), memeriksa adanya diare, memeriksa ikterus/ bayi kuning, memeriksa kemungkinan berat badan rendah, memeriksa status pemberian Vitamin K1, memeriksa status imunisasi HB-0, memeriksa masalah/keluhan ibu (Kemenkes RI, 2015).

## 3) Tanda bahaya pada bayi baru lahir

Menurut Kemenkes RI (2015) tanda bahaya bayi baru lahir yaitu: tidak mau menyusu, kejang-kejang, lemah, sesak nafas (lebih besar atau sama dengan 60 kali/menit), tarikan dinding dada bagian bawah ke dalam, bayi merintih atau menangis terus menerus, tali pusar kemerahan sampai dinding perut, berbau atau bernanah,

demam/panas tinggi, mata bayi bernanah, diare/ buang air besar cair lebih dari 3 kali sehari, kulit dan mata bayi kuning, tinja bayi saat buang air besar berwarna pucat. Jika ditemukan 1 (satu) atau lebih tanda bahaya di atas bayi segera dibawa ke fasilitas kesehatan.

i. Inisiasi menyusui dini

1) Langkah inisiasi menyusui 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 menyusui serta memberi bantuan jika diperlukan.
- c) Menunda semua prosedur lainnya yang harus dilakukan kepada BBL hingga inisiasi menyusui selesai (JNPK-KR, 2008).

Prinsip menyusui/ pemberian ASI adalah dimulai sedini mungkin dan eksklusif. Segera setelah bayi lahir, setelah tali pusat dipotong, letakan bayi tengkurap di perut ibu dengan kulit bayi kontak ke kulit ibu. Biarkan kontak kulit ke kulit ini menetap selama setidaknya 1 jam bahkan lebih sampai bayi dapat menyusui sendiri. Bayi diberi topi dan diselimuti. Ayah atau keluarga dapat memberi dukungan dan membantu ibu selama proses ini. Ibu diberi dukungan untuk mengenali saat bayi siap untuk menyusui, menolong bayi jika diperlukan (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) Mengoptimisasi 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 JNKR-KR (2008) keuntungan IMD untuk bayi adalah: mempercepat keluarnya klostrum 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.

### 3) Faktor-faktor pendukung inisiasi menyusui dini

Kesiapan fisik dan psikologi ibu yang sudah dipersiapkan sejak awal kehamilan, informasi yang diperoleh ibu mengenai inisiasi menyusui dini, tempat bersalin dan tenaga kesehatan (Roesli, 2008).

Aspek psikologik, rasa percaya diri ibu untuk menyusui: bahwa ibu mampu menyusui dengan produksi ASI yang mencukupi untuk bayi. Menyusui dipengaruhi oleh emosi ibu dan kasih sayang terhadap bayi akan meningkatkan produksi hormon terutama oksitoksin yang pada akhirnya akan meningkatkan produksi ASI. Interaksi ibu dan bayi: pertumbuhan dan perkembangan psikologik bayi tergantung pada kesatuan ibu-bayi tersebut (Proverawati dan Asfiah, 2010).

### 4) Inisiasi menyusui dini yang kurang tepat

Saat ini, umumnya praktek inisiasi menyusui seperti berikut:

- a) Begitu lahir, bayi diletakan di perut ibu yang sudah dialasi dengan kain kering.
- b) Bayi segera dikeringkan dengan kain kering. Tali pusat dipotong, lalu diikat.
- c) Karena takut kedinginan, bayi dibungkus atau digendong dengan selimut bayi.
- d) Jika dalam keadaan digendong, bayi diletakan di dada ibu (tidak terjadi kontak dengan kulit ibu). Bayi dibiarkan di dada ibu (bonding) untuk beberapa lama 10-15 menit atau sampai tenaga kesehatan selesai menjahit perinium.
- e) Selanjutnya, diangkat dan disusukan pada ibu dengan cara memasukan puting susu ibu ke mulut bayi
- f) Setelah itu bayi dibawa ke kamar transisi atau kamar pemulihan untuk ditimbang, diukur, dicap, diberi suntikan vitamin K, dan kadang diberi tetes mata (Roesli, 2008).

### 5) Penghambat inisiasi menyusui dini

Menurut Roesli (2008) penghambat menyusui dini adalah: bayi kedinginan-tidak benar, setelah melahirkan, ibu terlalu lelah untuk segera menyusui bayinya- tidak benar, tenaga kesehatan kurang tersedia –tidak masalah, kamar bersalin atau kamar operasi sibuk-tidak masalah, ibu harus dijahit-tidak masalah, suntikan vitamin K dan tetes mata untuk mencegah penyakit gonore harus segera diberikan setelah lahir –tidak benar, bayi harus segera dibersihkan, dimandikan ditimbang dan diukur-tidak benar, bayi kurang siaga-tidak benar, kolostrum tidak keluar atau jumlah kolostrum tidak memadai sehingga diperlukan cairan lain (Roesli, 2008).

#### 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.

c. Peran dan tanggung jawab bidan masa nifas.

Bidan memiliki peranan yang sangat penting dalam pemberian asuhan *post partum*. Adapun peran dan tanggung jawab dalam masa nifas yaitu:

- 1) Memberikan dukungan secara berkesinambungan selama masa nifas sesuai dengan kebutuhan ibu untuk mengurangi ketegangan fisik dan psikologis selama masa nifas.
- 2) Sebagai promotor hubungan antara ibu dan bayi serta keluarga
- 3) Mendorong ibu untuk menyusui bayinya dengan meningkatkan rasa nyaman.
- 4) Membuat kebijakan, perencanaan program kesehatan yang berkaitan ibu dan anak dan mampu melakukan kegiatan administrasi.
- 5) Mendeteksi komplikasi dan perlunya rujukan.
- 6) Memberikan konseling untuk ibu dan keluarganya mengenai cara mencegah perdarahan, mengenal tanda-tanda bahaya, menjaga gizi yang baik, serta mempraktikkan kebersihan yang aman.
- 7) Melakukan manajemen asuhan dengan cara mengumpulkan data, menetapkan diagnosa dan rencana tindakan serta melaksanakannya untuk mempercepat proses pemulihan, mencegah komplikasi dengan memenuhi kebutuhan ibu dan bayi selama periode nifas.
- 8) Memberikan asuhan secara profesional (Yanti dkk, 2014).

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>	Pencegah 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.
	hari <i>post partum</i>	Memastikan <i>involusi 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.
	minggu <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> .
	minggu <i>post partum</i>	Menanyakan penyulit-penyulit yang dialami ibu selama masa nifas.
		Memberikan konseling KB secara dini

Sumber: Yanti dkk, 2014

Pelayanan ibu nifas dilakukan sebanyak 3 kali yaitu, kunjungan pertama 6 jam – 3 hari, kunjungan kedua 4-28 hari, dan kunjungan ketiga

29- 42 hari. Jenis pelayanan dan pemantauan yang dilakukan berupa pemeriksaan fisik, pemberian kapsul vitamin A, pelayanan kontrasepsi, penanganan resti dan komplikasi serta nasihat tentang perawatan sehari-hari (Kemenkes RI, 2015).

WHO/UNICEF merekomendasikan pemberian 2 dosis vitamin A 200.000 IU dalam selang waktu 24 jam pada ibu pasca bersalin untuk memperbaiki kadar vitamin A pada ASI dan mencegah terjadinya lecet puting susu. Suplementasi vitamin A akan meningkatkan daya tahan ibu terhadap infeksi perlukaan atau laserasi akibat proses persalinan (JNPK-KR, 2008).

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 *involusi uterus* 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 di bawah 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 pembuangan lochia (Yanti dkk, 2014).

c) Perubahan ligamen

Setelah bayi lahir *ligamen* dan *diafragma pelvis fasia* 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 *invulusi*, *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 *invulusi 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</i> , <i>verniks caseosa</i> , <i>rambut lanugo</i> , <i>sisa mekonium</i> dan <i>sisa darah</i> .
<i>Sanguilenta</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>robekan laserasi plasenta</i>
<i>Alba</i>	>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 *karankulae mitiformis* yang khas bagi wanita *multipara*. Ukuran *vagina* akan selalu lebih besar dibandingkan keadaan saat sebelum persalinan pertama. Perubahan pada *perinium pasca* melahirkan terjadi pada saat *perinium* mengalami robekan. Meskipun demikian, latihan otot *perinium* dapat mengembalikan *tonus* tersebut dan dapat mengencangkan *vagina* hingga tingkat tertentu. Hal ini dapat dilakukan pada akhir *puerperium* dengan latihan harian (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 melambatkan 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 *progesteron* 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. Beberapa cara agar ibu dapat buang air besar kembali teratur, antara lain: pemberian diet/ makanan yang mengandung serat, pemberian cairan yang cukup, pengetahuan tentang pola eliminasi, pengetahuan tentang perawatan luka jalan lahir, bila usaha di atas tidak berhasil dapat dilakukan pemberian huknah atau obat yang lain.

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 melahirka (Yanti dkk, 2014).

Hal yang berkaitan dengan fungsi sistem perkemihan, antara lain:

a) *Hemostasis internal*

Tubuh, terdiri dari air dan unsure-unsur yang larut di dalamnya, dan 70 persen dari cairan tubuh terletak di dalam sel-sel, yang disebut dengan cairan *intraseluler*. Cairan *ekstraseluler* terbagi dalam *plasma* darah, dan langsung diberikan untuk sel-sel yang disebut cairan *interstisial*. Beberapa hal yang berkaitan dengan cairan tubuh antara lain *edema* dan *dehidrasi*. *Edema* adalah tertimbunnya cairan dalam jaringan akibat gangguan keseimbangan cairan dalam tubuh. *Dehidrasi* adalah kekurangan cairan atau volume tubuh (Yanti, dkk, 2014).

b) Keseimbangan asam basa tubuh



Keasaman dalam tubuh disebut pH. Batas normal pH cairan tubuh adalah 7,35-7,40. Bila pH > 7,4 disebut *alkalosis* dan jika pH <7,35 disebut *asidosis* (Yanti, dkk, 2014).

c) Pengeluaran sisa *metabolisme* racun dan zat *toksin* ginjal.

Zat *toksin* ginjal mengekskresikan hasil akhir dari *metabolisme* protein yang mengandung *nitrogen* terutama *urea*, asam urat dan *kreatini*. Ibu *post partum* dianjurkan segera buang air kecil, agar tidak mengganggu proses *involusi uteri* dan ibu merasa nyaman. Kadar hormon *estrogen* akan menurun setelah *plasenta* dilahirkan, hilangnya peningkatan tekanan vena pada tungkai bawah, dan hilangnya peningkatan volume darah akibat kehamilan, hal ini merupakan mekanisme tubuh untuk mengatasi kelebihan cairan. Keadaan ini disebut dengan *diuresis pasca partum*. *Ureter* yang berdilatasi akan kembali normal dalam tempo 6 minggu. Kehilangan cairan melalui keringat dan peningkatan jumlah *urin* menyebabkan penurunan berat badan sekitar 2,5 kg selama masa *pasca partum*. Pengeluaran kelebihan cairan yang tertimbun selama hamil kadang-kadang disebut kebalikan *metabolisme* air pada masa hamil (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* sistem *muskuloskeletal* akan berangsur-angsur pulih kembali. Ambulasi dini dilakukan segera setelah melahirkan, untuk membantu mencegah komplikasi dan mempercepat *involusi uteri* (Yanti dkk, 2014).

Adaptasi sistem *muskuloskeletal* pada masa nifas, meliputi :

a) Dinding perut dan *peritoneum*

Dinding perut akan longgar pasca persalinan. Keadaan ini akan pulih kembali dalam 6 minggu. Wanita yang *athenis* terjadi

*diastasis* dari otot-otot *rectus abdominis*, sehingga sebagian dari dinding perut di garis tengah hanya terdiri dari *peritoneum*, *fasia* tipis dan kulit.

b) Kulit *abdomen*

Selama masa kehamilan, kulit *abdomen* akan melebar, melonggar dan mengendur hingga berbulan-bulan. Otot-otot dari dinding *abdomen* akan kembali normal kembali dalam beberapa minggu pasca melahirkan dalam latihan *post natal*

c) *Striae*

*Strie* adalah suatu perubahan warna seperti jaringan parut pada dinding *abdomen*. *Strie* pada dinding *abdomen* tidak dapat menghilang sempurna melainkan membentuk garis lurus yang samar. Tingkat *distasis musculus rektus abdominis* pada ibu *post partum* dapat di kaji melalui keadaan umum, aktivitas, *paritas* dan jarak kehamilan, sehingga dapat membantu menentukan lama pengembalian *tonus* otot menjadi normal.

d) Perubahan *ligament*

Setelah janin lahir, *ligament-ligamen*, *diafragma pelvis* dan *vasia* yang meregang sewaktu kehamilan dan partus berangsur-angsur menciut kembali seperti sedia kala.

e) *Simpisis pubis*

Pemisahan *simpisis pubis* jarang terjadi, namun demikian hal ini dapat menyebabkan *morbidity maternal*. Gejala dari pemisahan *pubis* antara lain: nyeri tekan pada *pubis* disertai peningkatan nyeri saat bergerak di tempat tidur ataupun waktu berjalan. Pemisahan *simpisis* dapat dipalpasi, gejala ini dapat menghilang dalam beberapa minggu atau bulan *pasca* melahirkan, bahkan ada yang menetap (Yanti dkk, 2014).

## 5) Perubahan sistem *endokrin*

Menurut Yanti dkk (2014) selama masa 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*

*Hipotalamik 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 *involusi 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 *post partum* 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 di atas 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).

Kehilangan darah pada persalinan pervaginam sekitar 300-400 cc sedangkan kehilangan darah dengan persalinan seksio sesar menjadi dua kali lipat. Perubahan yang terjadi terdiri dari volume darah dan *hemokonsentrasi*. *Pasca* persalinan, *shunt* akan hilang dengan tiba-tiba. Volume darah ibu relatif akan bertambah. Keadaan ini akan menimbulkan *decompensasi cordis*. Hal ini dapat diatasi dengan mekanisme kompensasi dengan timbulnya *hemokonsentrasi* sehingga volume darah kembali seperti sedia kala. Umumnya, hal ini terjadi pada hari ketiga sampai hari kelima *post partum* (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).

Jumlah *hemoglobin*, *hematokrit* dan *erytrosit* akan sangat bervariasi pada awal-awal masa *post partum* sebagai akibat dari volume darah, volume *plasenta*, dan tingkat volume darah yang berubah-ubah. Semua tingkatan ini akan dipengaruhi oleh status gizi dan *hidrasi* wanita tersebut. Kira-kira selama kelahiran dan masa *post partum* terjadi kehilangan darah sekitar 200-500 ml. Penurunan

volume dan peningkatan sel darah pada kehamilan diasosiasikan dengan peningkatan *hematokrit* dan *hemoglobin* pada hari ke-3-7 *post partum* dan akan kembali normal dalam 4-5 minggu *post partum* (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 orang tua, 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 masa 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 ketidakmampuan 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 peran barunya. 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.

Cara mengatasi *post partum blues* yaitu: komunikasikan segala permasalahan atau hal lain yang ingin diungkapkan, bicarakan rasa cemas yang dialami, bersikap tulus ikhlas dalam menerima aktivitas dan peran baru setelah melahirkan, bersikap *fleksibel* dan tidak terlalu *perfeksionis* dalam mengurus bayi atau rumah tangga, belajar tenang dengan menarik napas panjang, kebutuhan istirahat harus cukup, berolahraga ringan, bergabung dengan kelompok ibu-ibu baru, dukungan tenaga kesehatan, dukungan suami, keluarga, teman, sesama ibu. konsultasikan pada dokter, agar meminimalisasikan faktor risiko lainnya (Widyasih dkk, 2012).

### 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. Faktor-faktor yang mempengaruhi masa nifas dan menyusui.

### 1) Faktor Fisik

Kelelahan fisik karena aktivitas mengasuh bayi, menyusui, memandikan, mengganti popok, dan pekerjaan setiap hari membuat

ibu kelelahan, apalagi jika tidak ada bantuan dari suami atau anggota keluarga lain (Sulistyawati, 2009).

## 2) Faktor Psikologis

Berkurangnya perhatian keluarga, terutama suami karena semua perhatian tertuju pada anak yang baru lahir. Selesai persalinan ibu merasa kelelahan dan sakit *pasca* persalinan membuat ibu membutuhkan perhatian. Kecewa terhadap fisik bayi karena tidak sesuai dengan pengharapan juga bisa memicu *baby blue* (Sulistyawati, 2009).

## 3) Faktor Lingkungan, Sosial, Budaya dan Ekonomi

Adat istiadat yang dianut oleh lingkungan dan keluarga sedikit banyak akan memengaruhi keberhasilan ibu dalam melewati saat transisi ini. Jika ada hal yang tidak sinkron antara arahan dari tenaga kesehatan dengan budaya yang dianut. Dalam hal ini, bidan harus bijaksana dalam menyikapi, namun tidak mengurangi kualitas asuhan yang harus diberikan. Keterlibatan keluarga dari awal dalam menentukan bentuk asuhan dan perawatan yang harus diberikan pada ibu dan bayi akan memudahkan bidan dalam pemberian asuhan (Sulistyawati, 2009).

### i. 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.

Selama menyusui, kebutuhan karbohidrat kompleks diperlukan enam porsi perhari. Satu porsi setara dengan  $\frac{1}{2}$  cangkir nasi,  $\frac{1}{4}$  cangkir jagung pipi, satu porsi sereal, satu iris roti dari bijian utuh,  $\frac{1}{2}$  kue mafin dari bijian utuh, 2-6 biskuit kering atau crackers,  $\frac{1}{2}$  cangkir kacang-kacangan,  $\frac{2}{3}$  cangkir kacang koro, atau 40 gram mi/pasta dari bijian utuh. Rata-rata kebutuhan lemak orang dewasa adalah  $4\frac{1}{2}$  porsi lemak (14 gram porsi) perharinya. Satu porsi lemak sama dengan 80 gram keju, tiga sendok makan kacang tanah atau kenari, empat sendok makan krim, secangkir es krim,  $\frac{1}{2}$  buah alpukat, 2 sendok makan selai kacang, 120-140 gram daging tanpa lemak, Sembilan kentang goreng, 2 iris cake, satu sendok makan mayones atau mentega, atau 2 sendok makan salad (Nugroho, dkk, 2014).

#### 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 selai 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. Anjurkan ibu untuk memulai mobilisasi dengan miring kanan/kiri, duduk kemudian berjalan. Keuntungan ambulasi dini adalah: ibu merasa lebih sehat dan kuat, fungsi usus, sirkulasi, paru-paru dan perkemihan lebih baik, memungkinkan untuk mengajarkan perawatan bayi pada ibu, mencegah *trombosit* pada pembuluh tungkai, sesuai dengan keadaan Indonesia (sosial ekonomis) (Nugroho, dkk, 2014).

3) Eliminasi

a) Miksi

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

Kesulitan buang air kecil dapat disebabkan karena sfingter uretra tertekan oleh kepala janin dan *spasme* oleh iritasi *muskulo spingter ani* selama persalinan. Lakukan keteterisasi apabila kandung kemih penuh dan sulit berkemih (Nugroho, dkk, 2014).

#### 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 *involusi uteri*, menyebabkan *deperesi* dan ketidak mampuan 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. Program Keluarga Berencana sebaiknya dilakukan ibu setelah masa nifas selesai atau 40 hari (6 minggu), dengan tujuan menjaga kesehatan ibu. Melakukan hubungan seksual sebaiknya perhatikan waktu, penggunaan kontrasepsi, *dipareuni*, kenikmatan dan kepuasan pasangan suami istri. Beberapa cara yang dapat mengatasi kemesraan suami istri setelah periode nifas antara lain: hindari menyebut ayah dan ibu, mencari pengasuh bayi, membantu kesibukan istri, menyempatkan berkencan, meyakinkan diri, bersikap terbuka, konsultasi dengan ahlinya (Yanti dkk, 2014).

#### 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).

Tujuan senam nifas adalah sebagai berikut: membantu mempercepat pemulihan kondisi ibu, mempercepat proses *invulasi uteri*, membantu memulihkan dan mengencangkan otot panggul, perut dan *perineum*, memperlancar pengeluaran *lochea*, membantu mengurangi rasa sakit, merelaksasikan otot-otot yang menunjang

proses kehamilan dan persalinan, mengurangi kelainan dan komplikasi masa nifas (Yanti dkk, 2014).

Manfaat senam nifas antara lain: membantu memperbaiki sirkulasi darah, memperbaiki sikap tubuh dengan punggung *pasca* salin, memperbaiki dan memperkuat otot panggul, membantu ibu lebih relaks dan *segar* pasca persalinan. Senam nifas dilakukan saat ibu benar-benar pulih dan tidak ada komplikasi dan penyulit pada masa nifas atau diantara waktu makan. Sebelum melakukan senam nifas, persiapan yang dapat dilakukan adalah: mengenakan baju yang nyaman untuk olahraga, minum banyak air putih, dapat dilakukan di tempat tidur, dapat diiringi musik, perhatikan keadaan ibu (Yanti dkk, 2014).

j. Respon orang tua terhadap bayi baru lahir

1) *Bounding attachment*

a) Pengertian

Interaksi orang tua dan bayi secara nyata, baik fisik, emosi, maupun sensori pada beberapa menit dan jam pertama segera bayi setelah lahir. *Bounding* dimulainya interaksi emosi sensorik fisik antara orang tua dan bayi segera setelah lahir; *attachment* yaitu ikatan yang terjalin antara individu yang meliputi pencurahan perhatian, yaitu hubungan emosi dan fisik yang akrab. *Bounding attachment* adalah proses membangun ikatan kasih sayang antara ibu dan bayi melalui sentuhan, belaian dan dengan tepat dapat disalurkan melalui pemberian ASI eksklusif (Yanti dkk, 2014).

b) Tahap-tahap *bounding attachment*

- (1) Perkenalan (*acquaintance*), dengan melakukan kontak mata, menyentuh, berbicara dan mengeksplorasi segera setelah mengenal bayinya.
- (2) *Bounding* (keterikatan).
- (3) *Attachment*, perasaan sayang yang mengikat individu dengan individu lain (Yanti dkk, 2014).



c) Elemen-elemen *bounding attachment*

- (1) Sentuhan. Sentuhan, atau indera peraba, dipakai secara ekstensif oleh orang tua atau pengasuh lain sebagai suatu sarana untuk mengenali bayi baru lahir dengan cara mengeksplorasi tubuh bayi dengan ujung jarinya.
- (2) Kontak mata. Ketika bayi baru lahir atau secara fungsional mempertahankan kontak mata, orang tua dan bayi akan menggunakan lebih banyak waktu untuk saling memandang. Beberapa ibu mengatakan, dengan melakukan kontak mata mereka merasa lebih dekat dengan bayinya
- (3) Suara. Saling mendengar dan merespon suara antara orangtua dengan bayinya juga penting. Orangtua menunggu tangisan pertama bayinya dengan tenang.
- (4) Aroma. Ibu mengetahui bahwa setiap anak memiliki aroma yang unik.
- (5) *Entertainment*. Bayi baru lahir bergerak-gerak sesuai dengan struktur pembicaraan orang dewasa. Mereka menggoyang tangan, mengangkat kepala, menendang-nendang kaki seperti sedang berdansa mengikuti nada suara orangtuanya. *Entertainment* terjadi saat anak mulai berbicara. Irama ini berfungsi memberi umpan balik positif kepada orang tua dan menegakkan suatu pola komunikasi efektif yang positif.
- (6) *Bioritme*. Anak yang belum lahir atau baru lahir dapat dikatakan senada dengan ritme alamiah ibunya. Untuk itu, salah satu tugas bayi yang baru lahir ialah membentuk ritme personal (*bioritme*). Orangtua dapat membantu proses ini dengan memberi kasih sayang yang konsisten dan dengan memanfaatkan waktu saat bayi mengembangkan perilaku yang responsif. Hal ini meningkatkan interaksi sosial dan kesempatan bayi untuk belajar.

(7) Kontak dini. Saat ini, tidak ada bukti-bukti alamiah yang menunjukkan bahwa kontak dini setelah lahir merupakan hal yang penting untuk hubungan orang tua dan anak (Yanti, dkk, 2014).

2) Respon ayah dan keluarga.

Reaksi orang tua dan keluarga terhadap bayi yang baru lahir berbeda-beda. Hal ini dipengaruhi berbagai hal diantaranya reaksi emosi maupun pengalaman. Respon yang mereka perlihatkan pada bayi baru lahir ada yang positif dan ada juga yang negatif (Yanti dkk, 2014).

a) Respon positif

Respon positif dapat ditunjukkan dengan: ayah dan keluarga menyambut kelahiran bayinya dengan bahagia, ayah bertambah giat bekerja untuk memenuhi kebutuhan bayi dengan baik, ayah dan keluarga melibatkan diri dalam perawatan bayi, perasaan sayang terhadap ibu yang telah melahirkan bayi (Yanti dkk, 2014).

b) Respon negatif

Respon negatif dapat ditunjukkan dengan: kelahiran bayi yang tidak diinginkan keluarga karena jenis kelamin yang tidak sesuai keinginan, kurang bahagia karena kegagalan kontrasepsi, perhatian ibu pada bayi yang berlebihan yang menyebabkan ayah kurang mendapat perhatian, faktor ekonomi mempengaruhi perasaan kurang senang atau kekhawatiran dalam membina keluarga karena kecemasan dalam biaya hidupnya, rasa malu baik bagi ibu dan keluarga karena anak lahir cacat, anak yang di lahirkan merupakan hasil berbuat zina, sehingga menimbulkan rasa malu dan aib bagi keluarga (Yanti dkk, 2014).

k. 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).

Ada 3 bagian utama payudara yaitu:

(1) *Korpus* (badan), yaitu bagian yang membesar

*Korpus mamae* terdapat *alveolus* yaitu unit terkecil yang memproduksi susu. *Alveolus* terdiri dari beberapa sel aciner, jaringan lemak, sel plasma, sel otot polos dan pembuluh darah. Lobus yaitu kumpulan dari *alveolus*. Beberapa lobulus berkumpul menjadi 15-20 lobus pada tiap payudara. ASI disalurkan dari *alveolus* ke dalam saluran kecil (*duktus*), kemudian beberapa *duktulus* bergabung membentuk saluran yang lebih besar (*duktus laktiferus*) (Yanti, dkk, 2014).

(2) *Areola* yaitu bagian yang kehitaman ditengah

Letaknya mengelilingi puting susu dan berwarna kegelapan yang disebabkan oleh penipisan dan penimbunan pigmen pada kulitnya. Perubahan warna ini tergantung dari corak kulit dan adanya kehamilan. Daerah ini didapatkan kelenjar keringat, kelenjar lemak dari *montgomery* yang membentuk *tuberkel* dan akan membesar selama kehamilan. Kelenjar lemak ini akan menghasilkan suatu bahan yang melicinkan kalang payudara selama menyusui. Bagian bawah kalang payudara terdapat duktus laktiferus yang merupakan tempat penampungan air susu. Luasnya kalang payudara bisa 1/3-1/2 dari payudara (Yanti, dkk, 2014).

(3) *Papilla* atau puting yaitu bagian yang menonjol di puncak payudara.

Terletak setinggi *interkosta* IV, tetapi berhubungan dengan adanya variasi bentuk dan ukuran payudara maka letaknya pun akan bervariasi pula. Tempat ini terdapat lubang-lubang kecil yang merupakan muara duktus dari laktiferus, ujung-ujung serat saraf, pembuluh darah, pembuluh getah bening, serat-serat otot polos duktus laktiferus akan memadat dan menyebabkan puting susu ereksi sedangkan serat-serat otot yang longitudinal akan menarik kembali puting susu tersebut (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).

Proses *laktasi* terdapat dua reflex yang berperan yaitu reflex *prolaktin* dan reflex aliran (*Let down*). Reflex *prolaktin* memegang peranan penting untuk membuat *colostrum*, tetapi jumlah kolostrum terbatas karena aktivitas *prolaktin* dihambat oleh *estrogen* dan *progesterone* yang masih tinggi. Hormon ini merangsang sel-sel *alveoli* yang berfungsi untuk membuat air susu. Kadar *prolaktin* pada ibu yang menyusui akan menjadi normal 3 bulan setelah melahirkan sampai penyapihan anak dan pada saat tersebut tidak akan ada

peningkatan *prolaktin* walaupun ada isapan bayi, namun pengeluaran air susu tetap berlangsung (Yanti dkk, 2014).

Reflex *Let Down* bersamaan dengan pembentukan *prolaktin* oleh *hipofise anterior*, rangsangan yang berasal dari hisapan bayi dilanjutkan ke *hipofise posterior* yang kemudian dikeluarkan *oksitosin*. Melalui aliran darah hormone ini menuju uterus sehingga menimbulkan kontraksi. Kontraksi dari sel akan memeras air susu yang telah terbuat, keluar dari alveoli dan masuk ke sistem *duktus* yang untuk selanjut mengalir melalui *duktus laktiferus* masuk ke mulut bayi. Faktor-faktor yang meningkatkan *let down* adalah: melihat bayi, mendengar suara bayi, mencium bayi, memikirkan untuk menyusui bayi. Faktor-faktor yang menghambat refleksi *let down* adalah keadaan bingung atau pikiran kacau, takut, cemas (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* di sekitar *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).

Proses laktasi tidak terlepas dari pengaruh hormon. Hormon-hormon yang berperan adalah: progesteron, estrogen, *Follicle stimulating hormone (FSH)*, *Luteinizing hormone (LH)*, *Prolaktin*, *Oksitoksin*, *Human placental lactogen (HPL)*, (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 *invulasi uteri* dan mencegah terjadinya perdarahan *pasca* persalinan, mengurangi *prevelensi anemia* dan serta menurunkan kejadian *obesitas* karena kehamilan. Aspek KB, menyusui secara *eksklusif* 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) Tanda bayi cukup ASI

Menurut Yanti dkk (2014) bahwa bayi usia 0-6 bulan, dapat dinilai mendapat kecukupan ASI bila mencapai keadaan sebagai berikut:

- a) Bayi minum ASI tiap 2-3 jam atau dalam 24 jam minimal mendapatkan ASI 8 kali pada 2-3 minggu pertama.
- b) Kotoran berwarna kuning dengan dengan frekuensi sering, dan warna menjadi lebih muda pada hari kelima setelah lahir.
- c) Bayi akan buang air kecil paling tidak 6-8 kali/sehari.
- d) Ibu dapat mendengarkan pada saat bayi menelan ASI.
- e) Payudara terasa lebih lembek, yang menandakan ASI telah habis.
- f) Warna bayi merah (tidak kuning) dan kulit terasa kenyal.
- g) Pertumbuhan berat badan bayi dan tinggi badan bayi sesuai dengan grafik pertumbuhan.
- h) Perkembangan motorik bayi baik (bayi aktif dan motoriknya sesuai sesuai rentang usianya).
- i) Bayi kelihatan puas, sewaktu-sewaktu saat lapar bangun dan tidur dengan cukup.

j) Bayi menyusu dengan kuat (rakus), kemudian melemah dan tertidur pulas.

5) ASI eksklusif

Menurut Yanti dkk (2014) ASI eksklusif dikatakan sebagai pemberian ASI secara eksklusif saja, tanpa tambahan cairan seperti susu formula, jeruk, madu, air teh, air putih dan tanpa tambahan makanan padat seperti pisang, papaya, bubur susu, biskuit, bubur nasi tim. ASI eksklusif adalah pemberian ASI saja pada bayi sampai usia 6 bulan dianjurkan oleh tanpa tambahan cairan ataupun makanan lain. ASI dapat diberikan sampai bayi berusia 2 tahun.

6) Cara merawat payudara

a) Menjaga payudara tetap bersih dan kering, terutama bagian puting.

b) Menggunakan bra yang menyokong payudara.

c) Apabila puting lecet oleskan kolostrum atau ASI yang keluar di sekitar puting setiap kali selesai menyusui. Menyusui tetap dilakukan dimulai dari puting yang tidak lecet.

d) Apabila lecet sangat berat dapat diistirahatkan selama 24 jam. ASI dikeluarkan dan diminumkan menggunakan sendok.

e) Untuk menghilangkan nyeri, ibu dapat minum parasetamol satu tablet setiap 4 – 6 jam.

f) Apabila payudara bengkak akibat pembendungan ASI maka ibu dapat melakukan pengompresan payudara dengan menggunakan kain basah hangat selama lima menit, urut payudara dari pangkal ke puting susu, keluarkan ASI sebagian dari bagian depan payudara sehingga puting susu menjadi lunak, susukan bayi setiap 2-3 jam, letakan kain dingin pada payudara setelah menyusui (Purwanti, 2011).

7) Cara menyusui yang baik dan benar



- a) Sebelum menyusui, ASI dikeluarkan sedikit kemudian dioleskan pada puting susu dan *areola* sekitarnya, yang bermanfaat sebagai desinfektan dan menjaga kelembaban puting susu.
- b) Bayi diletakan menghadap perut ibu/ payudara.
- c) Ibu duduk atau berbaring santai. Bila duduk lebih baik menggunakan kursi yang rendah agar kaki ibu tidak bergantung dan punggung ibu bersandar pada sandaran kursi.
- d) Bayi dipegang dengan satu lengan, kepala bayi terletak pada lengkung siku ibu dan bokong bayi terletak pada lengan. Kepala bayi tidak boleh tertengadah dan bokong bayi ditahan dengan telapak tangan ibu.
- e) Satu tangan bayi diletakan di belakang badan ibu dan yang satu di depan.
- f) Perut bayi menempel badan ibu, kepala bayi menghadap payudara.
- g) Telinga dan lengan bayi terletak pada satu garis lurus.
- h) Ibu menatap bayi dengan kasih sayang.
- i) Payudara dipegang dengan ibu jari di atas dan jari yang lain menopang di bawah. Jangan menekan puting susu dan *areolanya* saja.
- j) Bayi diberi rangsangan untuk membuka mulut dengan cara menyentuh pipi dengan puting susu.
- k) Setelah bayi membuka mulut, dengan cepat kepala bayi didekatkan ke payudara ibu dengan puting serta *areola* dimasukan ke mulut bayi.
- l) Usahakan sebagian besar *areola* dapat masuk ke dalam mulut bayi, sehingga puting susu berada di bawah langit-langit dan lidah bayi akan menekan ASI keluar dari tempat penampungan ASI yang terletak di bawah *areola*.
- m) Setelah bayi mulai menghisap, payudara tidak perlu dipegang atau disangah lagi. Setelah memberikan ASI dianjurkan ibu untuk

menyendawakan bayi. Tujuan menyendawakan adalah mengeluarkan udara lambung supaya bayi tidak muntah setelah menyusui. Adapun cara menyendawakan adalah: bayi digendong tegak dengan bersandar pada bahu ibu kemudian punggung ditepuk perlahan-lahan, bayi tidur tengkurap dipangkuan ibu, kemudian punggung ditepuk perlahan-lahan (Yanti dkk, 2014).

#### 8) 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 menyusu pada puting susu ibu berbeda dengan mekanisme menyusu pada botol. Menyusu 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.

Tanda bayi bingung puting antara lain: bayi menolak menyusu, isapan bayi terputus-putus dan sebentar-bentar, bayi mengisap puting seperti mengisap dot. Hal yang diperhatikan agar bayi tidak bingung dengan puting susu adalah: berikan susu formula menggunakan sendok ataupun cangkir, berikan susu formula dengan indikasi yang kuat (Yanti dkk, 2014).

##### c) Bayi dengan BBLR dan bayi prematur

Bayi dengan berat badan lahir rendah, bayi prematur maupun bayi kecil mempunyai masalah menyusui karena refleks menghisapnya

lemah. Oleh karena itu, harus segera dilatih untuk menyusu (Yanti dkk, 2014).

d) Bayi dengan *ikterus*

*Ikterik* pada bayi sering terjadi pada bayi yang kurang mendapatkan ASI. *Ikterik* dini terjadi pada bayi usia 2-10 hari yang disebabkan oleh kadar *bilirubin* dalam darah tinggi. Untuk mengatasi agar tidak terjadi *hiperbilirubinemia* pada bayi maka: segeralah menyusui bayi baru lahir, menyusui bayi, sesering mungkin tanpa jadwal dan *on demand*.

Oleh karena itu, menyusui dini sangat penting karena bayi akan mendapat kolustrum. Kolustrum membantu bayi mengeluarkan *mekonium*, *bilirubin* dapat dikeluarkan melalui feses sehingga mencegah bayi tidak kuning (Yanti dkk, 2014).

e) Bayi dengan bibir sumbing

Bayi dengan bibir sumbing tetap masih bisa menyusu. Pada bayi dengan bibir sumbing *pallatum molle* (langit-langit lunak) dan *pallatum durum* (langit-langit keras), dengan posisi tertentu masih dapat menyusu tanpa kesulitan. Meskipun bayi terdapat kelainan, ibu harus tetap menyusui karena dengan menyusui dapat melatih kekuatan otot rahang dan lidah. Anjurkan menyusui pada keadaan ini dengan cara: posisi bayi duduk, saat menyusui, putting dan *areola* dipegang, ibu jari digunakan sebagai penyumbat celah di bibir bayi., ASI perah diberikan pada bayi dengan *labiopalatoskisis* (sumbing pada bibir dan langit-langit) (Yanti dkk, 2014).

f) Bayi kembar

Posisi yang dapat digunakan pada saat menyusui bayi kembar adalah dengan posisi memegang bola (*football position*). Pada saat menyusui secara bersamaan, bayi menyusu secara bergantian. Susuilah bayi sesering mungkin. Apabila bayi ada yang dirawat di

rumah sakit, berikanlah ASI peras dan susuilah bayi yang ada di rumah (Yanti dkk, 2014).

g) Bayi sakit

Bayi sakit dengan indikasi khusus tidak diperbolehkan mendapatkan makanan per oral, tetapi saat kondisi bayi sudah memungkinkan maka berikan ASI. Menyusui bukan kontra indikasi pada bayi sakit dengan muntah-muntahan ataupun diare. Posisi menyusui yang tepat untuk mencegah terjadinya muntah, antara lain dengan posisi duduk. Berikan ASI sedikit tapi sering kemudian sendawakan. Bayi ditidurkan dengan posisi tengkurap atau miring kanan untuk mengurangi bayi tersendak karena *regurgitasi* (Yanti dkk, 2014).

h) Bayi dengan lidah pendek (*lingual frenulum*)

Bayi dengan lidah pendek atau *lingual frenulum* (jaringan ikat penghubung lidah dan dasar mulut) yang pendek dan tebal serta kaku tak elastic, sehingga membatasi gerak lidah dan bayi tidak mendapat menjulurkan lidahnya untuk mengurut puting dengan optimal. Akibatnya lidah bayi tidak sanggup memegang puting dan *areola* dengan baik, maka proses *laktasi* tidak berjalan dengan sempurna. Oleh karena itu, ibu dapat membantu dengan menahan kedua bibir bayi segera setelah bayi dapat menangkap puting dan *areola* dengan benar. Kemudian posisi kedua bibir bayi dipertahankan agar tidak berubah-ubah (Yanti dkk, 2014).

i) Bayi yang memerlukan perawatan

Pada saat bayi sakit memerlukan perawatan, padahal bayi masih menyusui, sebaiknya ibu tetap merawat dan memberikan ASI. Apabila tidak terdapat fasilitas, maka ibu dapat pemerah ASI dan menyimpannya. Cara menyimpan ASI perah pun juga perlu diperhatikan, agar tidak mudah basi (Yanti dkk, 2014).

j) Menyusui dalam keadaan darurat

Masalah pada keadaan darurat misalnya: kondisi ibu yang panik sehingga produksi ASI berkurang, makanan pengganti ASI tidak terkontrol. Rekomendasi untuk mengatasi keadaan darurat tersebut antara lain: pemberian ASI harus dilindungi pada keadaan darurat, pemberian makanan pengganti ASI (PASI) dapat diberikan dalam kondisi tertentu dan hanya pada waktu dibutuhkan, bila memungkinkan pemberian PASI tidak menggunakan botol (Yanti dkk, 2014).

Masalah menyusui masa pasca persalinan lanjut:

k) Sindrom ASI kurang

Hal yang menyebabkan sindrom kekurangan ASI antara lain: faktor teknik menyusui seperti masalah frekuensi, perlekatan, penggunaan dot/botol, tidak mengosongkan payudara, faktor psikologis seperti ibu kurang percaya diri, stress, faktor fisik seperti penggunaan kontrasepsi, hamil, merokok, kurang gizi, faktor bayi seperti penyakit, *abnormalitas*, kelainan *konginetal* (Yanti dkk, 2014).

l) Ibu berkerja

Ibu berkerja bukan menjadi alasan tidak menyusui bayinya. Banyaknya cara yang dapat digunakan untuk mengatasi hal tersebut, antara lain: bawalah bayi anda jika tempat kerja ibu memungkinkan, menyusui sebelum berangkat kerja, perahlah ASI sebagai persediaan di rumah sebelum berangkat kerja, ibu dapat mengosongkan payudara setiap 3-4 jam, ASI perah dapat disimpan di lemari es atau frizer, saat ibu di rumah, susuilah bayi sesering mungkin dan rubah jadwal menyusui, minum dan makan makanan yang bergizi serta cukup istirahat selama bekerja dan menyusui (Yanti dkk, 2014).

## 5. Keluarga Berencana (KB)

Kontrasepsi pasca persalinan meliputi:

### a. Alat Kontrasepsi Dalam Rahim

#### 1) Pengertian

Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR) adalah suatu alat atau benda yang dimasukkan ke dalam rahim yang sangat efektif, reversibel dan berjangka panjang, dapat dipakai oleh semua perempuan usia produktif. AKDR atau IUD atau spiral adalah suatu alat yang dimasukkan ke dalam rahim wanita untuk tujuan kontrasepsi. AKDR adalah suatu usaha pencegahan kehamilan dengan menggulung secarik kertas, diikat dengan benang lalu dimasukkan ke dalam rongga rahim. AKDR atau IUD atau spiral adalah suatu benda kecil yang terbuat dari plastic yang lentur, mempunyai lilitan tembaga atau juga mengandung hormone yang dimasukkan ke dalam rahim melalui vagina dan mempunyai benang (Handayani, 2010).

#### 2) Cara kerja

- a) Mekanisme kerja AKDR sampai saat ini belum diketahui secara pasti, ada yang berpendapat bahwa AKDR sebagai benda asing yang menimbulkan reaksi radang setempat, dengan serbukan *lekosit* yang dapat melarutkan *blastosis* atau sperma.
- b) Sifat-sifat dari cairan *uterus* mengalami perubahan-perubahan pada pemakaian AKDR yang menyebabkan *blastokista* tidak dapat hidup dalam *uterus*.
- c) Produksi lokal *prostaglandin* yang meninggi, yang menyebabkan sering adanya kontraksi *uterus* pada pemakaian AKDR yang dapat menghalangi *nidasi*.
- d) AKDR yang mengeluarkan hormon akan mengentalkan lendir *serviks* sehingga menghalangi pergerakan sperma untuk dapat melewati *cavum uteri*.
- e) Pergerakan *ovum* yang bertahan cepat di dalam *tuba falopi*.

f) Sebagai metode biasa (yang dipasang sebelum hubungan seksual terjadi) AKDR mengubah transportasi tuba dalam rahim dan mempengaruhi sel telur dan sperma sehingga pembuahan tidak terjadi (Handayani, 2010).

### 3) Keuntungan AKDR

AKDR dapat efektif segera setelah pemasangan, metode jangka panjang (10 tahun proteksi dari CuT-380 A dan tidak perlu diganti), sangat efektif karena tidak perlu lagi mengingat-ingat, tidak mempengaruhi hubungan seksual, meningkatkan kenyamanan seksual karena tidak perlu takut untuk hamil, tidak ada efek samping hormonal dengan Cu AKDR (CuT-380 A), tidak mempengaruhi kualitas ASI, dapat dipasang segera setelah melahirkan atau sesudah abortus (apabila tidak terjadi infeksi), dapat digunakan sampai menopause (1 tahun atau lebih setelah haid terakhir), tidak ada interaksi dengan obat-obat, membantu mencegah kehamilan ektopik (Handayani, 2010).

### 4) Kerugian

Adapun kelemahan AKDR yang umumnya terjadi:

- a) Perubahan siklus haid (umumnya pada 8 bulan pertama dan akan berkurang setelah 3 bulan).
- b) Haid lebih lama dan banyak
- c) Perdarahan (*spotting*) antar menstruasi.
- d) Saat haid lebih sakit
- e) Tidak mencegah IMS termasuk HIV/AIDS
- f) Tidak baik digunakan pada perempuan dengan IMS atau perempuan yang sering berganti pasangan.
- g) Penyakit radang panggul terjadi.
- h) Prosedur medis, termasuk pemeriksaan *pelvik* diperlukan dalam pemasangan AKDR.
- i) Sedikit nyeri dan perdarahan (*spotting*) terjadi segera setelah pemasangan AKDR. Biasanya menghilang dalam 1-2 hari.

- j) Klien tidak dapat melepaskan AKDR oleh dirinya sendiri. Petugas kesehatan terlatih yang harus melakukannya.
  - k) Mungkin AKDR keluar lagi dari *uterus* tanpa diketahui (sering terjadi apabila AKDR dipasang sesudah melahirkan).
  - l) Tidak mencegah terjadinya kehamilan *ektopik* karena fungsi AKDR untuk mencegah kehamilan normal.
  - m) Perempuan harus memeriksa posisi benang dari waktu ke waktu, untuk melakukan ini perempuan harus bisa memasukkan jarinya ke dalam vagina. Sebagian perempuan ini tidak mau melakukannya (Handayani, 2010).
- 5) Efek samping dan Penanganannya
- a) Amenore  
Periksa apakah sedang hamil, apabila tidak jangan lepas AKDR, lakukan konseling dan selidiki penyebab amenorea apabila diketahui. Apabila hamil, jelaskan dan sarankan untuk melepas AKDR bila talinya terlihat dan kehamilan kurang dari 13 minggu. Apabila benang tidak terlihat, atau kehamilan lebih dari 13 minggu, AKDR jangan dilepas. Apabila klien sedang hamil dan ingin mempertahankan kehamilannya tanpa melepas AKDR jelaskan ada resiko kemungkinan terjadinya kegagalan kehamilan dan infeksi serta perkembangan kehamilan harus lebih diamati dan diperhatikan (Handayani, 2011).
  - b) Kejang  
Pastikan dan tegaskan adanya PRP dan penyebab lain dari kekejangan. Tanggulasi penyebabnya apabila ditemukan. Apabila tidak ditemukan penyebabnya beri analgetik untuk sedikit meringankan. Apabila klien mengalami kejang yang berat, lepaskan AKDR dan bantu klien menentukan metode kontrasepsi yang lain (Handayani, 2011).
  - c) Perdarahan pervaginam yang hebat dan tidak teratur



Pastikan dan tegaskan adanya infeksi pelvik dan kehamilan ektopik. Apabila tidak ada kelainan patologis, perdarahan berkelanjutan serta perdarahan hebat, lakukan konseling dan pemantauan. Beri ibuprofen (800 mg, 3 kali sehari selama 1 minggu) untuk mengurangi perdarahan dan berikan tablet besi (1 tablet setiap hari selama 1-3 bulan) (Handayani, 2011).

d) Benang yang hilang pastikan adanya kehamilan atau tidak

Tanyakan apakah AKDR terlepas. Apabila tidak hamil dan AKDR tidak terlepas, berikan kondom, periksa talinya di dalam saluran *endoserviks* dan *kavum uteri* (apabila memungkinkan adanya peralatan dan tenaga terlatih) setelah masa haid berikutnya. Apabila tidak hamil dan AKDR yang hilang tidak ditemukan, pasanglah AKDR baru atau bantulah klien menentukan metode lain (Handayani, 2011).

e) Adanya pengeluaran cairan dari vagina atau dicurigai adanya penyakit radang panggul

Pastikan pemeriksaan untuk infeksi menular seksual. Lepaskan AKDR apabila ditemukan menderita atau sangat dicurigai menderita Gonorrhea atau infeksi Clamidia, lakukan pengobatan yang memadai (Handayani, 2011).

#### *b. Implan*

1) Pengertian

Salah satu jenis alat kontrasepsi yang berupa susuk yang terbuat dari sejenis karet silastik yang berisi, dipasang pada lengan atas (Mulyani, 2013).

2) Cara kerja implan adalah menghambat *Ovulasi*, perubahan lendir *serviks* menjadi kental dan sedikit, menghambat perkembangan siklus dari *endometrium* (Mulyani, 2013)

3) Keuntungan metode kontrasepsi implan: cocok untuk wanita yang tidak boleh menggunakan obat yang mengandung *estrogen*, dapat digunakan untuk jangka waktu panjang 5 tahun dan bersifat

*reversible*, efek kontraseptif segera berakhir setelah implantnya dikeluarkan, perdarahan terjadi lebih ringan, tidak menaikkan darah, resiko terjadinya kehamilan *ektropik* lebih kecil jika dibandingkan dengan pemakaian alat kontrasepsi dalam rahim (Mulyani, 2013).

#### 4) Kerugian

Susuk/ *Implant* harus dipasang dan diangkat oleh petugas kesehatan yang terlatih, lebih mahal, sering timbul perubahan pola haid, akseptor tidak dapat menghentikan *implant* sekehendaknya sendiri, beberapa orang wanita mungkin segan untuk menggunakannya karena kurang mengenalnya (Mulyani, 2013).

#### 5) Efek samping dan penanganannya

##### a) *Amenorrhea*

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 teratur. Jika tidak ditemukan masalah, jangan berupaya untuk merangsang perdarahan dengan kontrasepsi oral kombinasi (Mulyani, 2013).

##### b) Perdarahan bercak (*spotting*) ringan.

*Spotting* sering ditemukan terutama pada tahun pertama penggunaan. Bila tidak ada masalah dan klien tidak hamil, tidak diperlukan tindakan apapun (Mulyani, 2013). Bila klien mengeluh dapat diberikan kontrasepsi oral kombinasi (30-50 µg EE) selama 1 siklus, ibuprofen (hingga 800 mg 3 kali sehari x 5 hari). Terangkan pada klien bahwa akan terjadi perdarahan setelah pil kombinasi habis. Bila terjadi perdarahan lebih banyak dari biasa, berikan 2 tablet pil kombinasi selama 3-7 hari dan dilanjutkan dengan satu siklus pil kombinasi (Mulyani, 2013).

##### c) 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).

d) *Ekspulsi*.

Cabut kapsul yang *ekspulsi*, periksa apakah kapsul yang lain masih ditempat, dan apakah terdapat tanda-tanda infeksi daerah *insersi*. Bila tidak ada infeksi dan kapsul lain masih berada pada tempatnya, pasang kapsul baru 1 buah pada tempat *insersi* yang berbeda. Bila ada infeksi cabut seluruh kapsul yang ada dan pasang kapsul baru pada lengan yang lain atau ganti cara (Mulyani, 2013).

e) Infeksi pada daerah *insersi*

Bila infeksi tanpa nanah bersihkan dengan sabun dan air atau *antiseptik*, berikan antibiotik yang sesuai untuk 7 hari. *Implant* jangan dilepas dan minta klien kontrol 1 mg lagi. Bila tidak membaik, cabut *implant* dan pasang yang baru di lengan yang lain atau ganti cara. Bila ada abses bersihkan dengan *antiseptik*, insisi dan alirkan pus keluar, cabut *implant*, lakukan perawatan luka, beri antibiotika oral 7 hari (Mulyani, 2013).

c. Pil

1) Pengertian

Pil *progestin* merupakan pil kontrasepsi yang berisi hormon sintetis *progesteron* (Mulyani, 2013).

2) Cara kerja pil progestin antara lain menghambat *ovulasi*, mencegah *implantasi*, memperlambat transport *gamet* atau *ovum*, *luteolysis*, mengentalkan lendir *serviks* (Mulyani, 2013).

3) Keuntungan

a) Keuntungan kontraseptif

Sangat efektif bila digunakan secara benar, tidak mengganggu hubungan seksual, tidak berpengaruh terhadap pemberian ASI,

segera bisa kembali ke kondisi kesuburan bila dihentikan, tidak mengandung *estrogen*

b) Keuntungan non kontraseptif

Bisa mengurangi kram haid, bisa mengurangi perdarahan haid, bisa memperbaiki kondisi *anemia*, memberi perlindungan terhadap kanker *endometrial*, mengurangi keganasan penyakit payudara, mengurangi kehamilan *ektopik*, memberi perlindungan terhadap beberapa penyebab PID (Mulyani, 2013).

4) Kerugian kontrasepsi pil progestin

Menyebabkan perubahan dalam pola perdarahan haid, sedikit penambahan atau pengurangan berat badan bisa terjadi, bergantung pada pemakai (memerlukan motivasi terus menerus dan pemakaian setiap hari), harus dimakan pada waktu yang sama setiap hari, kebiasaan lupa akan menyebabkan kegagalan metoda, berinteraksi dengan obat lain, contoh: obat-obat *epilepsi* dan *tuberculosis* (Mulyani, 2013).

5) Efek samping dan penanganannya

a) *Amenorrhea*

Singkirkan kehamilan dan jika hamil lakukan konseling. Bila tidak hamil sampaikan bahwa darah tidak terkumpul di rahim (Mulyani, 2013).

b) *Spotting*

Jelaskan merupakan hal biasa tapi juga bisa berlanjut, jika berlanjut maka anjurkan ganti cara.

c) Perubahan Berat Badan

Informasikan bahwa perubahan berat badan sebanyak 1-2 kg dapat saja terjadi. Perhatikan diet klien bila perubahan berat badan mencolok/berlebihan hentikan pil dan anjurkan metode kontrasepsi lain (Mulyani, 2013).

#### d. 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).

e. Metode *Amenorhea Laktasi*

1) Pengertian

Metode *Amenorhea Laktasi* (MAL) adalah: kontrasepsi yang mengandalkan pemberian Air Susu Ibu (ASI) secara *eksklusif*, artinya hanya diberikan ASI saja tanpa pemberian makanan tambahan atau minuman apapun (Mulyani, 2013).

2) Cara kerja

Menyusui *eksklusif* merupakan suatu metode kontrasepsi sementara yang cukup efektif, selama klien belum mendapat haid dan waktunya kurang dari 6 bulan *pasca* persalinan. Efektifnya dapat mencapai 98%. MAL efektif bila menyusui lebih dari 8 kali sehari dan bayinya mendapat cukup asupan per laktasi. Wanita *postpartum*, konsentrasi *progesteron estrogen* dan *prolaktin* yang tinggi selama kehamilan turun secara drastis. Tanpa menyusui, kadar *gonadotropin* meningkat pesat, konsentrasi *prolaktin* kembali ke normal dalam waktu sekitar 4 minggu dan pada minggu ke delapan *postpartum*, sebagian besar wanita yang memberi susu formula pada bayinya memperlihatkan tanda-tanda perkembangan *folikel* dan akan berevolusi tidak lama kemudian (Mulyani, 2013).

Sebaiknya pada wanita yang menyusui, konsentrasi *prolaktin* tetap tinggi selama pengisapan sering terjadi dan pada setiap kali menyusui terjadi peningkatan sekresi *prolaktin* secara akut. Konsentrasi *follicle stimulating hormone (FSH)* kembali ke normal dalam beberapa minggu *postpartum*, namun konsentrasi *luteinizing hormone (LH)* dalam darah tetap tertekan sepanjang periode menyusui. Pola pulsasi normal pelepasan *LH* mengalami gangguan dan inilah yang diperkirakan merupakan penyebab mendasar terjadinya penekanan fungsi normal *ovarium*. Wanita yang menyusui

bayinya secara penuh atau hampir penuh dan tetap *amenorea* memiliki kemungkinan kurang dari 2% untuk hamil selama 6 bulan pertama setelah melahirkan (Mulyani, 2013).

### 3) Keuntungan kontrasepsi MAL

a) Keuntungan kontrasepsi yaitu: segera efektif, tidak mengganggu senggaman, tidak ada efek samping secara sistemik, tidak perlu pengawasan medis, tidak perlu obat atau alat, tanpa biaya

### b) Keuntungan non-kontrasepsi

(1) Bayi mendapat kekebalan pasif (mendapatkan *antibodi* perlindungan lewat ASI), sumber asupan gisi yang terbaik dan sempurna untuk tumbuh kembang bayi yang optimal, terhindar dari keterpaparan terhadap kontaminasi dari air, susu lain atau formula atau alat minum yang dipakai.

(2) Ibu mengurangi perdarahan *pasca* persalinan, mengurangi resiko *anemia*, meningkatkan hubungan psikologi ibu dan bayi (Mulyani, 2013).

### 4) Kerugian

Perlu persiapan sejak perawatan kehamilan agar segera menyusui dalam 30 menit *pasca* persalinan (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, tindakanantisipasi, 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 *vidence 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 *vidence 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) P adalah 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. Asuhan Kebidanan**

##### 1. Konsep Teori Asuhan Kebidanan pada Kehamilan

###### a. Pengumpulan Data Dasar

###### 1) Data Subyektif

###### a) Biodata berisikan tentang biodata ibu dan suami meliputi:

###### (1) Nama

Bisa mengenal atau memanggil nama ibu dan mencegah kekeliruan bila ada nama yang sama (Romauli, 2011).

###### (2) Umur

Umur perlu diketahui guna mengetahui apakah klien dalam kehamilan yang beresiko atau tidak. Usia di bawah 16 tahun dan di atas 35 tahun merupakan umur-umur yang beresiko tinggi untuk hamil, umur yang baik untuk kehamilan maupun persalinan adalah 19-25 tahun. (Walyani, 2015).

###### (3) Agama

Hal ini berhubungan dengan perawatan penderita yang berkaitan dengan ketentuan agama. Antara lain dalam keadaan yang gawat ketika memberi pertolongan dan perawatan dapat diketahui dengan siapa harus berhubungan (Romauli, 2011).

###### (4) Pendidikan terakhir

Mengetahui tingkat intelektual, tingkat pendidikan mempengaruhi sikap perilaku kesehatan seseorang (Romauli, 2011).

###### (5) Pekerjaan

Mengetahui pekerjaan klien adalah penting untuk mengetahui apakah klien berada dalam keadaan utuh dan untuk mengkaji

potensi kelahiran, prematur dan pajanan terhadap bahaya lingkungan kerja yang dapat merusak janin (Walyani, 2015).

(6) Alamat

Mengetahui ibu tinggal dimana, menjaga kemungkinan bila ada ibu yang namanya bersamaan. Tanyakan alamatnya, agar dapat dipastikan ibu yang mana hendak ditolong itu. Alamat juga diperlukan jika mengadakan kunjungan rumah pada penderita (Romauli, 2011).

(7) No HP

Nomor HP ditanyakan bila ada, untuk memudahkan komunikasi (Romauli, 2011).

b) Keluhan utama

Keluhan utama ditanyakan untuk mengetahui alasan pasien melakukan kunjungan ke fasilitas pelayanan kesehatan (Romauli, 2011).

c) Riwayat keluhan utama

Riwayat keluhan utama ditanyakan dengan tujuan untuk mengetahui sejak kapan seorang klien merasakan keluhan tersebut (Romauli, 2011).

d) Riwayat menstruasi

(1) Menarche (usia pertama datang haid)

Usia wanita pertama haid bervariasi antara 12-16 tahun. Hal ini dipengaruhi oleh keturunan, keadaan gizi, bangsa, lingkungan, iklim dan keadaan umum (Romauli, 2011).

(2) Siklus

Siklus haid dihitung mulai pertama haid hingga hari pertama haid berikutnya, siklus haid perlu ditanyakan untuk mengetahui apakah klien mempunyai kelainan siklus haid atau tidak. Siklus normal haid adalah biasanya adalah 28 hari (Romauli, 2011).

(3) Lamanya

Lamanya haid yang normal adalah kurang lebih 7 hari. Apabila sudah mencapai 15 hari berarti sudah abnormal dan kemungkinan adanya gangguan ataupun penyakit yang mempengaruhi (Romaui, 2011).

(4) Banyaknya

Normalnya yaitu 2 kali ganti pembalut dalam sehari. Apabila darahnya terlalu berlebih itu berarti telah menunjukkan gejala kelainan banyaknya darah haid (Romaui, 2011).

(5) Dismenorea (nyeri haid)

Nyeri haid perlu ditanyakan untuk mengetahui apakah klien menderita atau tidak ditiap haidnya. Nyeri haid juga menjadi tanda bahwa kontraksi uterus klien begitu hebat sehingga menimbulkan nyeri haid (Walyani, 2015).

e) Riwayat perkawinan

Ini penting untuk dikaji karena dari data ini kita akan mendapatkan gambaran mengenai suasana rumah tangga pasien. Beberapa pertanyaan yang perlu ditanyakan kepada klien antara lain yaitu:

(1) Menikah

Tanyakan status klien apakah sekarang sudah menikah atau belum menikah. Hal ini penting untuk mengetahui status kehamilan tersebut apakah dari hasil pernikahan yang resmi atau hasil dari kehamilan yang tidak diinginkan. Status pernikahan bisa berpengaruh pada psikologi ibunya pada saat hamil (Walyani, 2015).

(2) Usia saat menikah

Tanyakan kepada klien pada usia berapa menikah hal ini diperlukan karena jika mengatakan bahwa menikah di usia muda sedangkan klien pada saat kunjungan awal ke tempat bidan tersebut sudah tak lagi muda dan kehamilannya adalah kehamilan pertama, ada kemungkinan bahwa kehamilannya saat ini adalah



kehamilan yang sangat diharapkan. Hal ini akan berpengaruh bagaimana asuhan kehamilannya (Romauli, 2011).

(3) Lama pernikahan

Tanyakan kepada klien sudah berapa lama menikah, apabila klien mengatakan bahwa telah lama menikah dan baru saja mempunyai keturunan anak kemungkinan kehamilannya saat ini adalah kehamilan yang sangat diharapkan (Romauli, 2011).

(4) Berapa lama dengan suami sekarang

Tanyakan kepada klien sudah berapa lama menikah dengan suami sekarang, apabila mereka tergolong pasangan muda maka dapat dipastikan dukungan suami akan sangat besar terhadap kehamilan (Walyani, 2015).

(5) Istri keberapa dengan suami sekarang

Tanyakan kepada klien istri keberapa dengan suami klien, apabila klien mengatakan bahwa ia adalah istri kedua dari suami sekarang maka hal itu bisa mempengaruhi psikologi klien saat hamil (Walyani, 2015).

f) Riwayat kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu:

(1) Tanggal, bulan dan tahun persalinan

(2) Usia gestasi

Usia gestasi saat bayi yang terdahulu lahir harus diketahui karena kelahiran preterm cenderung terjadi lagi dan karena beberapa wanita mengalami kesulitan mengembangkan ikatan dengan bayi yang dirawat dalam waktu yang lama (Romauli, 2011).

(3) Jenis persalinan

Catat kelahiran terdahulu apakah pervaginam, melalui bedah sesar, forcep atau vakum (Romauli, 2011).

(4) Tempat persalinan

(5) Penolong persalinan

(6) Keadaan bayi

(7) Lama persalinan

Lama persalinan merupakan faktor yang penting karena persalinan yang lama dapat mencerminkan suatu masalah dapat berulang. Kemungkinan ini semakin kuat jika persalinan yang lama merupakan pola yang berulang. Persalinan pertama yang lama jarang berulang pada persalinan berikutnya, persalinan singkat juga harus dicatat karena hal ini juga sering berulang (Romauli, 2011).

(8) Berat lahir

Berat lahir sangat penting untuk mengidentifikasi apakah bayi kecil untuk masa kehamilan atau bayi besar untuk masa kehamilan suatu kondisi yang biasanya berulang, apabila persalinan pervaginam, berat lahir mencerminkan bahwa bayi dengan ukuran tertentu berhasil memotong pelvis maternal (Romauli, 2011).

(9) Jenis kelamin

Pembicaraan jenis kelamin bayi terdahulu, klinisi memiliki kesempatan untuk menanyakan klien tentang perasaannya terhadap anak laki-laki dan perempuan serta keinginannya dan pasangannya sehubungan dengan jenis kelamin bayi yang dikandungnya saat ini (Romauli, 2011).

(10) Komplikasi

Setiap komplikasi yang terkait dengan kehamilan harus diketahui sehingga dapat dilakukan antisipasi terhadap komplikasi berulang. Kondisi lain yang cenderung berulang adalah *anomali congenital, diabetes gestasional, pre-eklampsia, keterlambatan, pertumbuhan intrauterin, depresi pasca partum* dan perdarahan *pasca partum* (Romauli, 2011).

g) Riwayat hamil sekarang:

(1) HPHT (Hari Pertama Haid Terakhir)

Bidan ingin mengetahui hari pertama dari menstruasi terakhir klien untuk memperkirakan kapan kira-kira sang bayi akan dilahirkan (Romauli, 2011).

(2) TP (Taksiran Persalinan)/ Perkiraan Kelahiran

Gambaran riwayat menstruasi klien yang akurat biasanya membantu penetapan tanggal perkiraan kelahiran (*estimated date of delivery* (EDD)) yang disebut taksiran partus (*estimated date of confinement* (EDC)) di beberapa tempat. EDD ditentukan dengan perhitungan internasional menurut hukum Naegele. Perhitungan dilakukan dengan menambahkan 9 bulan dan 7 hari pada hari pertama haid terakhir (HPHT) atau dengan mengurangi bulan dengan 3, kemudian menambahkan 7 hari dan 1 tahun (Nugroho, 2010).

(3) Kehamilan yang beberapa

Jumlah kehamilan ibu perlu ditanyakan karena terdapatnya perbedaan perawatan antara ibu yang baru pertama hamil dengan ibu yang sudah beberapa kali hamil, apabila ibu tersebut baru pertama kali hamil otomatis perlu perhatian ekstra pada kehamilannya (Romauli, 2011).

h) Riwayat kontrasepsi:

(1) Metode kontrasepsi

Tanyakan pada klien metode apa yang selama ini digunakan. Riwayat kontrasepsi diperlukan karena kontrasepsi hormonal dapat mempengaruhi *estimated date of delivery* (EDD), dan karena penggunaan metode lain dapat membantu menanggali kehamilan. Seseorang wanita yang mengalami kehamilan tanpa menstruasi spontan setelah menghentikan pil, harus menjalani sonogram untuk menentukan EDD yang akurat. Sonogram untuk penanggalan yang akurat juga diindikasikan bila kehamilan terjadi sebelum mengalami menstruasi yang diakaitkan dengan atau

setelah penggunaan metode kontrasepsi hormonal lainnya (Walyani, 2015).

Kehamilan dapat terjadi ketika IUD masih terpasang. Apabila ini terjadi, lepas talinya jika tampak. Prosedur ini dapat dilakukan oleh perawat praktik selama trimester pertama, tetapi lebih baik dirujuk ke dokter apabila kehamilan sudah berusia 13 minggu. Pelepasan IUD menurunkan resiko keguguran, sedangkan membiarkan IUD tetap terpasang meningkatkan aborsi septic pada pertengahan trimester. Riwayat penggunaan IUD terdahulu meningkat risiko kehamilan ektopik (Walyani, 2015).

(2) Lama penggunaan

Tanyakan kepada klien berapa lama ia telah menggunakan alat kontrasepsi tersebut (Walyani, 2015).

(3) Masalah

Tanyakan pada klien apakah ia mempunyai masalah saat menggunakan alat kontrasepsi tersebut. Apabila klien mengatakan bahwa kehamilannya saat ini adalah kegagalan kerja alat kontrasepsi, berikan pandangan pada klien terhadap kontrasepsi lain (Walyani, 2015).

i) Riwayat kesehatan ibu

Riwayat kesehatan ini dapat kita gunakan sebagai penanda akan adanya penyulit masa hamil. Adanya perubahan fisik dan psikologi pada masa hamil yang melibatkan seluruh sistem dalam tubuh akan mempengaruhi organ yang mengalami gangguan. Beberapa data penting tentang riwayat kesehatan pasien yang perlu diketahui antara lain:

(1) Penyakit yang pernah diderita

Tanyakan kepada klien penyakit apa yang pernah diderita klien. Apabila klien pernah menderita penyakit keturunan, maka ada kemungkinan janin yang ada dalam kandungannya tersebut beresiko menderita penyakit yang sama (Walyani, 2015).

(2) Penyakit yang sedang diderita

Tanyakan kepada klien penyakit apa yang sedang derita sekarang. Tanyakan bagaimana urutan kronologis dari tanda-tanda dan klasifikasi dari setiap tanda dari penyakit tersebut. Hal ini diperlukan untuk menentukan bagaimana asuhan berikutnya. Misalnya klien mengatakan bahwa sedang menderita penyakit DM maka bidan harus terlatih memberikan asuhan kehamilan klien dengan DM (Walyani, 2015).

(3) Apakah pernah dirawat

Tanyakan kepada klien apakah pernah dirawat di rumah sakit. Hal ini ditanyakan untuk melengkapi anamnesa (Walyani, 2015).

(4) Berapa lama dirawat

Kalau klien menjawab pernah dirawat di rumah sakit, tanyakan berapa lama ia dirawat. Hal ini ditanyakan untuk melengkapi data anamnesa (Walyani, 2015).

(5) Dengan penyakit apa dirawat

Hal ini diperlukan karena apabila klien pernah dirawat dengan penyakit itu dan dengan waktu yang lama hal itu menunjukkan bahwa klien saat itu mengalami penyakit yang sangat serius (Walyani, 2015).

j) Riwayat kesehatan keluarga:

(1) Penyakit menular

Tanyakan klien apakah mempunyai keluarga yang saat ini sedang menderita penyakit menular. Apakah klien mempunyai penyakit menular, sebaiknya bidan menyarankan kepada kliennya untuk menghindari secara langsung atau tidak langsung bersentuhan fisik atau mendekati keluarga tersebut untuk sementara waktu agar tidak menular pada ibu hamil dan janinnya. Berikan pengertian terhadap keluarga yang sedang sakit tersebut agar tidak terjadi kesalah pahaman (Walyani, 2015).

(2) Penyakit keturunan/genetik

Tanyakan kepada klien apakah mempunyai penyakit keturunan. Hal ini diperlukan untuk mendiagnosa apakah si janin berkemungkinan akan menderita penyakit tersebut atau tidak, hal ini bisa dilakukan dengan cara membuat daftar penyakit apa saja yang pernah diderita oleh keluarga klien yang dapat diturunkan (penyakit genetik, misalnya hemofili, tekanan darah tinggi, dan sebagainya). Biasanya dibuat dalam silsilah keluarga atau pohon keluarga (Walyani, 2015).

k) Riwayat psikososial:

(1) Dukungan keluarga terhadap ibu dalam masa kehamilan

Hal ini perlu ditanyakan karena keluarga selain suami juga sangat berpengaruh besar pada kehamilan klien, tanyakan bagaimana respon dan dukungan keluarga lain misalnya anak apabila sudah mempunyai anak, orangtua, serta mertua klien. Apabila ternyata keluarga lain kurang mendukung tentunya bidan harus bisa memberikan strategi bagi klien dan suami agar kehamilan klien tersebut dapat diterima dikeluarga (Walyani, 2015).

Respon keluarga akan menyambut dengan hangat kehamilan klien apabila keluarga menganggap kehamilan klien sebagai: salah satu tujuan dari perkawinan, rencana untuk menambah jumlah anggota keluarga, penerus keturunan untuk memperkuat tali perkawinan. Sebaliknya respon keluarga akan dingin terhadap kehamilan klien apabila keluarga menganggap kehamilan klien sebagai: salah satu faktor keturunan tidak baik, ekonomi kurang mendukung, karir belum tercapai, jumlah anak sudah cukup dan kegagalan kontrasespsi (Walyani, 2015).

(2) Tempat yang diinginkan untuk bersalin

Tempat yang diinginkan klien untuk bersalin perlu ditanyakan karena untuk memperkirakan layak tidaknya tempat yang diinginkan klien tersebut. Misalnya klien menginginkan

persalinan di rumah, bidan harus secara detail menanyakan kondisi rumah dan lingkungan sekitar rumah klien apakah memungkinkan atau tidak untuk melaksanakan proses persalinan. Apabila tidak memungkinkan bidan bisa menyarankan untuk memilih tempat lain misalnya rumah sakit atau klinik bersalin sebagai alternatif lain tempat persalinan. (Walyani, 2015).

(3) Petugas yang diinginkan untuk menolong persalinan

Petugas persalinan yang diinginkan klien perlu ditanyakan karena untuk memberikan pandangan kepada klien tentang perbedaan asuhan persalinan yang akan didapatkan antara dokter kandungan, bidan dan dukun beranak. Apabila ternyata klien mengatakan bahwa ia lebih memilih dukun beranak, maka tugas bidan adalah memberikan pandangan bagaimana perbedaan pertolongan persalinan antara dukun beranak dan paramedis yang sudah terlatih. Jangan memaksakan klien untuk memilih salah satu. Biarkan klien menentukan pilihannya sendiri, tentunya setelah kita beri pandangan yang jujur tentang perbedaan pertolongan persalinan tersebut. (Walyani, 2015).

(4) Beban kerja dan kegiatan ibu sehari-hari

Kita perlu mengkaji kebiasaan sehari-hari pasien karena data ini memberikan gambaran tentang seberapa berat aktifitas yang biasa dilakukan pasien di rumah, jika kegiatan pasien terlalu berat sampai dikhawatirkan dapat menimbulkan penyulit masa hamil, maka kita dapat memberi peringatan sedini mungkin kepada pasien untuk membatasi dahulu kegiatannya sampai ia sehat dan pulih kembali. Aktifitas yang terlalu berat dapat mengakibatkan abortus dan persalinan prematur (Romauli, 2011).

(5) Jenis kelamin yang diharapkan

Memiliki kesempatan untuk menanyai klien tentang perasaannya terhadap anak laki-laki dan perempuan serta keinginannya dan

pasanganya sehubungan dengan jenis kelamin bayi yang dikandungnya saat ini (Romauli, 2011).

(6) Pengambilan keputusan dalam keluarga

Pengambilan keputusan perlu ditanyakan karena untuk mengetahui siapa yang diberi kewenangan klien mengambil keputusan apabila bidan mendiagnosa adanya keadaan patologis bagi kondisi kehamilan klien yang memerlukan penanganan serius. Misalnya bidan telah mendiagnosa bahwa klien mengalami tekanan darah tinggi yang sangat serius dan berkemungkinan besar akan dapat menyebabkan eklampsia, bidan tentunya menanyakan siapa yang diberi hak klien mengambil keputusan, mengingat kondisi kehamilan dengan eklampsia sangat beresiko bagi ibu dan janinnya. Misalnya, klien mempercayakan suaminya mengambil keputusan, maka bidan harus memberikan pandangan-pandangan pada suaminya seputar kehamilan dengan eklampsia, apa resiko terbesar bagi ibu bila hamil dengan eklampsia. Biarkan suami klien berpikir sejenak untuk menentukan tindakan apa yang seharusnya mereka ambil, meneruskan atau tidak meneruskan kehamilannya (Walyani, 2015).

(7) Tradisi yang mempengaruhi kehamilan

Hal yang perlu ditanyakan karena bangsa Indonesia mempunyai beraneka ragam suku bangsa yang tentunya dari tiap suku bangsa tersebut mempunyai tradisi yang dikhususkan bagi wanita saat hamil. Tugas bidan adalah mengingatkan bahwa tradisi-tradisi semacam itu diperbolehkan saja selagi tidak merugikan kesehatan klien saat hamil (Walyani, 2015).

(8) Kebiasaan yang merugikan ibu dan keluarga

Hal ini perlu ditanyakan karena setiap orang mempunyai kebiasaan yang berbeda-beda dari bermacam-macam kebiasaan yang dimiliki manusia, tentunya ada yang mempunyai dampak positif dan negatif. Misalnya klien mempunyai kebiasaan suka



berolahraga, tentunya bidan harus pintar menganjurkan bahwa klien bisa memperbanyak olahraga terbaik bagi ibu hamil yaitu olahraga renang. Sebaliknya apabila klien mempunyai kebiasaan buruk, misalnya merokok atau kebiasaan lain yang sangat merugikan, tentunya bidan harus tegas mengingatkan bahwa kebiasaan klien tersebut sangat berbahaya bagi kehamilannya (Walyani, 2015).

1) Riwayat sosial dan cultural

(1) Seksual

Walaupun ini adalah hal yang cukup pribadi bagi pasien, namun bidan harus menggali data dari kebiasaan ini, karena terjadi beberapa kasus keluhan dalam aktifitas seksual yang cukup mengganggu pasien namun tidak tahu ke mana harus berkonsultasi, dengan teknik komunikasi yang senyaman mungkin bagi pasien bidan dapat menanyakan hal-hal yang berkaitan dengan aktifitas seksual seperti frekuensi berhubungan dalam seminggu dan gangguan atau keluhan apa yang dirasakan (Romauli, 2011).

(2) Respon ibu terhadap kehamilan

Ketika mengkaji data yang ini, kita dapat menanyakan langsung kepada klien mengenai bagaimana perasaannya kepada kehamilannya. Ekspresi wajah yang mereka tampilkan dapat memberikan petunjuk kepada kita tentang bagaimana respon ibu terhadap kehamilan ini (Romauli, 2011).

(3) Respon keluarga terhadap kehamilan

Bagaimanapun juga, hal ini sangat penting untuk kenyamanan psikologi ibu adanya respon yang positif dari keluarga terhadap kehamilan, akan mempercepat proses adaptasi ibu dalam menerima perannya (Romauli, 2011).

(4) Kebiasaan pola makan dan minum

(a) Jenis makanan

Tanyakan kepada klien, apa jenis makanan yang biasa dia makan. Anjurkan klien mengkonsumsi makanan yang mengandung zat besi, asam folat, kalori, protein, vitamin, dan garam mineral (Romauli, 2011).

(b) Porsi

Tanyakan bagaimana porsi makan klien. Porsi makan yang terlalu besar kadang bisa membuat ibu hamil mual, terutama pada kehamilan muda. Anjurkan klien untuk makan dengan porsi sedikit namun sering (Romauli, 2011).

(c) Frekuensi

Tanyakan bagaimana frekuensi makan klien per hari. Anjurkan klien untuk makan dengan porsi sedikit dan dengan frekuensi sering (Romauli, 2011).

(d) Pantangan

Tanyakan apakah klien mempunyai pantangan dalam hal makanan (Romauli, 2011).

(e) Alasan pantang

Diagnosa apakah alasan pantang klien terhadap makanan tertentu itu benar atau tidak dari segi ilmu kesehatan, kalau ternyata tidak benar dan dapat mengakibatkan klien kekurangan nutrisi saat hamil bidan harus segera memberitahukan pada klien (Romauli, 2011).

2) Data Obyektif

Pemeriksaan fisik umum

a) Keadaan umum

Bidan perlu mengamati untuk mengetahui data keadaan pasien secara keseluruhan, hasil pengamatan akan bidan laporkan dengan kriteria (Romauli, 2011).

- (1) Baik, pasien dimasukkan dalam kriteria ini jika pasien memperlihatkan respon yang baik terhadap lingkungan dan orang

lain, serta fisik pasien tidak mengalami ketergantungan dalam berjalan (Romauli, 2011).

- (2) Lemah, pasien dimasukkan dalam kriteria ini jika ia kurang atau tidak memberikan respon yang baik terhadap lingkungan dan orang lain serta pasien sudah tidak mampu lagi untuk berjalan sendiri (Romauli, 2011).
- b) Kesadaran, kaji untuk mengetahui tingkat kesadaran yaitu composmentis, apatis, atau samnolen (Romauli, 2011).
  - c) Tinggi badan, ibu hamil dengan tinggi badan kurang dari 145 cm tergolong resiko tinggi (Romauli, 2011).
  - d) Berat badan, berat badan timbang tiap kali kunjungan untuk mengetahui pertumbuhan berat badan ibu. Normalnya penambahan berat badan tiap minggu adalah 0,5 kg dan penambahan berat badan ibu dari awal sampai akhir kehamilan adalah 6,5-16,5 kg (Romauli, 2011).
  - e) Bentuk tubuh, perhatikan pula bagaimana sikap tubuh, keadaan punggung, dan cara berjalan. Apakah cenderung membungkuk, terdapat lordosis, kiposs, skoliosis, atau berjalan pincang (Romauli, 2011).
  - f) Tanda-tanda vital:
    - (1) Tekanan darah, dikatakan tinggi bila lebih dari 140/90 mmHg. Tekanan darah meningkat yaitu sistolik 30 mmHg atau lebih, dan / atau diastolik 15 mmHg atau lebih kelainan ini dapat berlanjut menjadi pre-eklampsia dan eklampsia kalau tidak ditangani dengan tepat (Romauli, 2011)
    - (2) Nadi, saat santai denyut nadi sekitar 60-80 kali per menit, denyut nadi 100 kali per menit atau lebih dalam keadaan santai merupakan pertanda buruk. Jika denyut nadi ibu 100 kali per menit atau lebih mungkin mengalami salah satu atau lebih keluhan, seperti tegang, ketakutan atau cemas akibat beberapa

masalah tertentu, perdarahan berat, anemia, demam, gangguan tiroid dan gangguan jantung (Romauli, 2011)

(3) Pernapasan, mengetahui fungsi sistem pernapasan, normalnya 16-24 kali per menit (Romauli, 2011)

(4) Suhu tubuh, normal suhu tubuh adalah 36-37,5°C, lebih dari 37°C perlu diwaspadai terjadinya infeksi (Romauli, 2011).

g) LILA

Lila kurang dari 23,5 cm merupakan indikator kuat untuk status gizi ibu yang kurang atau buruk, sehingga beresiko untuk melahirkan bayi BBLR. Dengan demikian bila hal ini ditemukan sejak awal kehamilan, petugas dapat memotivasi ibu agar lebih memperhatikan kesehatannya serta jumlah dan kualitas makanannya (Romauli, 2011).

Pemeriksaan fisik obstetric:

a) Kepala

Melakukan inspeksi dan palpasi pada kepala dan kulit kepala untuk melihat kesimetrisan, rambut, ada tidaknya pembengkakan, kelembaban, lesi, edem, serta bau. pada rambut yang dikaji bersih atau kotor, pertumbuhan, mudah rontok atau tidak. Rambut yang mudah dicabut menandakan kurang gizi atau ada kelainan tertentu (Romauli, 2011).

b) Muka

Tampak *kloasma gravidarum* sebagai akibat *deposit pigment* yang berlebihan, tidak sembab. Bentuk simetris, bila tidak menunjukkan adanya kelumpuhan (Romauli, 2011).

c) Mata

Bentuk simetris, *konjungtiva* normal warna merah muda, bila pucat menandakan *anemia*. *Sklera* normal warna putih, bila kuning ibu mungkin terinfeksi hepatitis, bila merah kemungkinan ada *konjungtivitis*. Kelopak mata yang bengkak kemungkinan adanya preeklampsia (Romauli, 2011).

d) Hidung

Normal tidak ada polip, kelainan bentuk, kebersihan cukup (Romauli, 2011).

e) Telinga

Normal tidak ada serumen yang berlebih dan tidak berbau, bentuk simetris (Romauli, 2011).

f) Mulut

Bagaimana kebersihannya, adakah sariawan? dalam kehamilan sering timbul, stomatitis dan ginggivitis yang mengandung pembuluh darah dan mudah berdarah, maka perlu perawatan mulut agar selalu bersih (Romauli, 2011).

g) Leher

Normal tidak ada pembesaran kelenjar tyroid, tidak ada pembesaran kelenjar limfe dan tidak ditemukan bendungan *vena jugularis* (Romauli, 2011).

h) Dada

Normal bentuk simetris, *hiperpigmentasi areola*, puting susu bersih dan menonjol (Romauli, 2011).

i) Abdomen

Bentuk, bekas luka operasi, terdapat *linea nigra*, *strie livida*, dan terdapat pembesaran abdomen.

(1) Palpasi

Palpasi yaitu pemeriksaan kebidanan pada abdomen dengan menggunakan manuver leopold untuk mengetahui keadaan janin di dalam abdomen (Walyani, 2015).

Cara melakukan pemeriksaan palpasi ialah menurut Leopold yang terdiri atas 4 bagian:

(a) Leopold I

Mengetahui tinggi fundus uteri dan bagian yang berada pada fundus dan mengukur tinggi fundus uteri dari simpisis untuk menentukan usia kehamilan dengan menggunakan (kalau > 12 minggu) atau cara Mc. Donal dengan pita ukuran (kalau >

22 minggu) (Walyani, 2015). Normal tinggi *fundus uteri* sesuai dengan usia kehamilan. Fundus teraba bagian lunak dan tidak melenting (bokong). Tujuan: untuk mengetahui tinggi *fundus uteri* dan bagian yang ada di *fundus* (Romauli, 2011).

(b) Leopold II

Mengetahui letak janin memanjang atau melintang, dan bagian janin yang teraba di sebelah kiri atau kanan (Walyani, 2015). Normal teraba bagian panjang, keras seperti papan (punggung) pada satu sisi *uterus*, dan pada sisi lain teraba bagian kecil janin. Tujuan: untuk mengetahui batas kiri atau kanan pada *uterus* ibu, yaitu punggung pada letak bujur dan kepala pada letak lintang (Romauli, 2011).

(c) Leopold III

Menentukan bagian janin yang ada di bawah (presentasi). Menentukan apakah bagian bawah janin sudah masuk panggul atau belum (Walyani, 2015). Normal pada bagian bawah janin teraba bagian yang bulat, keras dan melenting (kepala janin). Tujuan: mengetahui *presentasi*/ bagian terbawah janin yang ada di *simpisis* ibu (Romauli, 2011).

(d) Leopold IV

Pemeriksaan menggunakan kedua tangan, ditentukan berapa masuknya bagian bawah ke dalam rongga panggul. Jika kita rapatkan kedua tangan pada permukaan dari bagian terbawah dari kepala yang masih teraba dari luar dan:

1. Kedua tangan itu convergent, hanya bagian kecil dari kepala turun ke dalam rongga.
2. Jika kedua tangan itu sejajar, maka separuh dari kepala masuk ke dalam rongga panggul.

3. Jika kedua tangan divergent, maka bagian terbesar dari kepala masuk ke dalam rongga panggul dan ukuran terbesar dari kepala sudah melewati PAP (Walyani, 2015).

Penilaian penurunan kepala janin dilakukan dengan menghitung proporsi bagian terbawah janin yang masih berada di atas tepi atas simpisis dan dapat diukur dengan 5 jari tangan pemeriksa (perlimaan). Bagian di atas simpisis adalah proporsi yang belum masuk PAP dan sisanya (tidak teraba) menunjukkan sejauh mana bagian terbawah janin telah masuk ke dalam rongga panggul ((JNPK-KR, 2008).

Penurunan bagian terbawah dengan metode lima jari (perlimaan) adalah:

1. 5/5 jika bagian terbawah janin seluruhnya teraba di atas simpisis pubis
2. 4/5 jika sebagian (1/5) bagian terbawah janin telah memasuki pintu atas panggul
3. 3/5 jika sebagian (2/5) bagian terbawah janin telah memasuki rongga panggul
4. 2/5 jika hanya sebagian dari bagian terbawah janin masih berada di atas simpisis dan (3/5) bagian telah turun melewati bidang tengah rongga panggul (tidak dapat digerakan)
5. 1/5 jika hanya 1 dari 5 jari masih dapat meraba bagian terbawah janin yang berada di atas simpisis dan 4/5 bagian telah masuk ke dalam rongga panggul
6. 0/5 jika bagian terbawah janin sudah tidak dapat diraba dari pemeriksaan luar dan seluruh bagian terbawah janin sudah masuk ke dalam rongga panggul (JNPK-KR, 2008).

(2) Auskultasi

Auskultasi dengan menggunakan *stetoskop monoaural* atau *doopler* untuk menentukan DJJ setelah umur kehamilan 18

minggu, yang meliputi frekuensi, keteraturan, dan kekuatan DJJ. DJJ normal adalah 120-160/menit. Bila DJJ <120 atau >160/menit, maka kemungkinan ada kelainan janin atau plasenta (Walyani, 2015).

Bunyi jantung anak menandakan, tanda pasti kehamilan dan anak hidup. Tempat bunyi jantung anak terdengar menunjukkan presentasi anak dan posisi anak (kedudukan punggung), sikap anak (*habitus*), adanya anak kembar. Kalau bunyi jantung terdengar di kiri atau di kanan, di bawah pusat maka presentasinya kepala, kalau terdengar di kiri kanan setinggi atau di atas pusat maka presentasinya bokong (letak *sungsang*). Kalau bunyi jantung terdengar sebelah kiri, maka punggung sebelah kiri, kalau terdengar sebelah kanan maka punggung sebelah kanan. Kalau terdengar dipihak yang berlawanan dengan bagian-bagian kecil, sikap anak *fleksi*. Kalau terdengar sepihak dengan bagian-bagian kecil sikap anak *defleksi*. Anak kembar bunyi jantung terdengar pada dua tempat dengan sama jelasnya dan dengan frekuensi yang berbeda (perbedaan lebih dari 10/menit. Sifat bunyi jantung anak. Melalui sifat bunyi jantung anak kita mengetahui keadaan anak. Anak yang dalam keadaan sehat bunyi jantungnya teratur dan frekuensinya antara 120-160/menit. Kalau bunyi jantung <120/menit atau >160/menit atau tidak teratur, maka anak dalam keadaan asfiksia atau kekurangan O<sub>2</sub> (Romauli, 2011).

Pemeriksaan penunjang kehamilan trimester III:

a) Darah

Pemeriksaan darah yang diperiksa adalah golongan darah ibu, kadar *haemoglobin* dan *HbsAg*. Pemeriksaan *haemoglobin* untuk mendeteksi faktor resiko kehamilan yang adanya *anemi*. Kadar Hb ibu kurang dari 10gr% berarti ibu dalam keadaan *anemia*, terlebih bila kadar Hb kurang dari 8gr% berarti ibu *anemia* berat. Batas terendah untuk kadar



Hb dalam kehamilan 10g%. Wanita yang mempunyai Hb < dari 10 gr/100 ml baru disebut menderita *anemi* dalam kehamilan. Hb minimal dilakukan kali selama hamil, yaitu pada trimester I dan trimester III sedangkan pemeriksaan *HbsAg* digunakan untuk mengetahui apakah ibu menderita hepatitis atau tidak (Romauli, 2011).

b) Pemeriksaan urin

Pemeriksaan yang dilakukan adalah protein dalam urine untuk mengetahui ada tidaknya protein dalam urine. Pemeriksaan dilakukan dalam kunjungan pertama dan pada setiap kunjungan pada akhir trimester II sampai trimester III kehamilan. Hasilnya negatif (-) urine tidak keruh, positif 2 (++) kekeruhan mudah dilihat dan ada endapan halus, positif 3 (+++) urine lebih keruh dan ada endapan yang lebih jelas terlihat, positif 4 (++++) urin sangat keruh dan disertai endapan menggumpal (Depkes RI, 2002). Gula dalam urine untuk memeriksa kadar gula dalam urine. Hasilnya negatif (-) warna biru sedikit kehijau-hijauan dan sedikit keruh, positif 1 (+) hijau kekuning-kuningan dan agak keruh, positif 2 (++) kuning keruh, positif 3 (+++) jingga keruh, positif 4 (++++) merah keruh (Romauli, 2011).

c) *Ultrasonografi* (USG)

Alat ini sangat penting dalam diagnosis kehamilan dan kelainan-kelainannya karena gelombang suara sampai saat ini dinyatakan tidak berbahaya (Romauli, 2011).

Indikasi pemeriksaan USG pada trimester 2 dan 3, misalnya: penentuan usia kehamilan, evaluasi pertumbuhan janin, terduga kematian janin, terduga kehamilan kembar, terduga kelainan volume cairan amnion, evaluasi kesejahteraan janin, KPD, penentuan presentasi janin, dll (Prawirohardjo, 2014).

Penentuan usia kehamilan melalui pemeriksaan USG paling akurat bila dilakukan pada kehamilan trimester I, penentuan usia kehamilan dilakukan melalui pengukuran diameter rata-rata kantung gestasi

(KG). Mulai akhir trimester 1 pertumbuhan janin sudah cukup besar dan bagian-bagian spesifik janin sudah dapat dilihat lebih jelas. Sejak saat itu pengukuran JKB tidak akurat lagi. Pengukuran diameter KG untuk menentukan usia kehamilan hanya akurat bila digunakan pada usia kehamilan 5-6,5 minggu (Prawirohardjo, 2014).

USG kehamilan trimester II dan III. Penentuan usia kehamilan pada trimester II paling akurat dilakukan sebelum kehamilan 20 minggu, misalnya melalui pengukuran kepala dan tulang panjang, dengan tingkat kesalahan  $\pm 1$  minggu. Setelah kehamilan 20 minggu variasi pertumbuhan janin semakin melebar, sehingga pengukuran biometri untuk menentukan usia kehamilan menjadi tidak akurat lagi. Pemeriksaan USG serial dengan interval sedikitnya 2 minggu dapat menambah akurasi pemeriksaan (Prawirohardjo, 2014).

b. Interpretasi Data Dasar

9 iktisar diagnosa kebidanan

1) Hamil atau tidak.

Tanda-tanda pasti:

- a) Mendengar bunyi jantung anak.
- b) Melihat, meraba atau mendengar pergerakan anak oleh pemeriksa.
- c) Melihat rangka janin dengan sinar *rontgen* atau dengan *ultrasound*. Salah satu dari tanda-tanda ini ditemukan diagnosa kehamilan dapat dibuat dengan pasti. Sayangnya sekali tanda-tanda pasti baru timbul pada kehamilan yang sudah lanjut, ialah di atas 4 bulan, tapi dengan mempergunakan *ultrasound* kantong kehamilan sudah nampak pada kehamilan 10 minggu dan bunyi jantung anak sudah dapat didengar pada kehamilan 12 minggu. Tanda-tanda pasti kehamilan adalah tanda-tanda obyektif. Semuanya didapatkan oleh pemeriksa (Romauli, 2011).

2) *Primi* atau *multigravida*

Tabel 11 Perbedaan antara *primigravida* dan *multigravida*

Primigravida	Multigravida
--------------	--------------

Buah dada tegang	Lembek, menggantung
Puting susu runcing	Puting susu tumpul
Perut tegang dan menonjol ke depan	Perut lembek dan tergantung
<i>Striae lividae</i>	<i>Striae lividae</i> dan <i>striae albicans</i>
Perinium utuh	Perinium berparut
<i>Vulva</i> tertutup	<i>Vulva</i> mengangah
<i>Himen pervoratus</i>	<i>Curunculae mirtiformis</i>
<i>Vagina</i> sempit dan teraba <i>rugae</i>	<i>Vagina</i> longgar, selaput lendir licin
<i>Portio</i> runcing, <i>ostium externum</i> tertutup	<i>Portio</i> tumpul dan terbagi dalam bibir depan dan bibir belakang

Sumber: Romauli, 2011

### 3) Tuanya kehamilan

Tuanya kehamilan dapat diduga dari: lamanya *amenore*, tingginya *fundus uteri*, besarnya anak terutama dari besarnya kepala anak misalnya *diameter biparietal* dapat diukur secara tepat dengan *ultrasound*, saat mulainya terasa pergerakan anak, saat mulainya terdengar bunyi jantung anak, masuk atau tidak masuknya kepala ke dalam rongga panggul, pemeriksaan *amniocentesis* (Romauli, 2011).

### 4) Janin hidup atau mati

a) Tanda-tanda anak mati adalah: denyut jantung janin tidak terdengar, rahim tidak membesar dan *fundus uteri* turun, palpasi anak menjadi kurang jelas, ibu tidak merasa pergerakan anak.

b) Tanda-tanda anak hidup adalah: denyut jantung janin terdengar jelas, rahim membesar, palpasi anak menjadi jelas, ibu merasa ada pergerakan anak (Romauli, 2011).

### 5) Anak/janin tunggal atau kembar

a) Tanda-tanda anak kembar adalah: perut lebih besar dari umur kehamilan, meraba 3 bagian besar/lebih (kepala dan bokong),

meraba 2 bagian besar berdampingan, mendengar denyut jantung janin pada 2 tempat, USG nampak 2 kerangka janin.

b) Tanda-tanda anak tunggal adalah: perut membesar sesuai umur kehamilan, mendengar denyut jantung janin pada 1 tempat, USG nampak 1 kerangka janin (Romauli, 2011).

#### 6) Letak janin (letak kepala)

Istilah letak anak dalam rahim mengandung 4 pengertian diantaranya adalah:

##### a) *Situs* (letak)

Letak sumbu panjang anak terhadap sumbu panjang ibu, misalnya: letak bujur, letak lintang dan letak serong.

##### b) *Habitus* (sikap)

Sikap bagian anak satu dengan yang lain, misalnya: *fleksi* (letak menekur) dan *defleksi* (letak menengadah). Sikap anak yang fisiologis adalah: badan anak dalam *kyphose*, kepala menekur, dagu dekat pada dada, lengan bersilang di depan dada, tungkai terlipat pada lipatan paha, dan lekuk lutut rapat pada badan.

##### c) Position (kedudukan)

Kedudukan salah satu bagian anak yang tertentu terhadap dinding perut ibu/jalan lahir misalnya: punggung kiri, punggung kanan.

##### d) Presentasi (bagian terendah).

Misalnya presentasi kepala, presentasi muka, presentasi dahi (Romauli, 2011).

#### 7) *Intra uterin* atau *ekstra uterin*

##### a) *Intra uterine* (kehamilan dalam rahim)

Tanda-tandanya: Palpasi uterus berkontraksi (*Braxton Hicks*), kadang-kadang teraba *ligamentum rotundum* kiri kanan.

##### b) *Ekstra uterine* (kehamilan di luar rahim)

Tanda-tanda bahwa anak (yang sudah agak besar) tumbuh di luar rahim ialah:

(1) Pergerakan anak dirasakan nyeri oleh ibu

- (2) Anak lebih mudah teraba
- (3) Kontraksi *Braxton Hicks* negative
- (4) Rontgen bagian terendah anak tinggi
- (5) Saat persalinan tidak ada kemajuan
- (6) *VT kavum uteri* kosong (Prawirohardjo, 2014).

8) Keadaan jalan lahir normal

Apakah keadaan panggul luarnya dalam keadaan normal (Rukiah dkk, 2012).

9) Keadaan umum penderita (sehat/tidak)

Keadaan umum ibu sangat mempengaruhi proses persalinan. Ibu yang lemah atau sakit keras tentu tidak diharapkan menyelesaikan proses persalinan dengan baik. Sering dapat kita menduga bahwa adanya penyakit pada wanita hamil dari keadaan umum penderita atau dari anamnesa (Prawirohardjo, 2014).

c. Mengidentifikasi Diagnosa Atau Masalah Potensial

Bidan mengidentifikasi masalah atau diagnosa potensial lain berdasarkan rangkaian masalah dan diagnosa yang sudah diidentifikasi. Langkah ini membutuhkan antisipasi, bila memungkinkan dilakukan pencegahan sambil mengamati klien bidan diharapkan dapat bersiap-siap bila diagnosa atau masalah potensial benar-benar terjadi (Walyani, 2015).

d. Mengidentifikasi dan Menetapkan Kebutuhan Yang Memerlukan Penanganan Segera

Mengantisipasi perlunya tindakan segera oleh bidan dan dokter untuk konsultasi atau ditangani bersama dengan anggota tim kesehatan lain (Walyani, 2015).

e. Merencanakan Asuhan Yang Menyeluruh

Menurut Kemenkes No. 938 tahun 2007 Kriteria perencanaan sebagai berikut:

- 1) Rencana tindakan berdasarkan prioritas masalah dan kondisi klien, tindakan segera, tindakan antisipasi dan asuhan secara *komprehensif*.
- 2) Melibatkan klien/pasien dan atau keluarga

- 3) Mempertimbangkan kondisi psikologi sosial budaya klien/keluarga.
- 4) Memilih tindakan yang aman sesuai kondisi dan kebutuhan klien berdasarkan *evidence based* dan memastikan bahwa asuhan yang diberikan bermanfaat untuk klien.
- 5) Memperuntungkan kebijakan dan peraturan yang berlaku, sumber daya serta fasilitas yang ada. Rencana yang diberikan bersifat menyeluruh tidak hanya meliputi apa yang sudah teridentifikasi dari kondisi/masalah klien, tapi juga dari kerangka pedoman antisipasi terhadap klien tersebut, apakah kebutuhan perlu konseling, penyuluhan dan apakah pasien perlu dirujuk karena ada masalah-masalah yang berkaitan dengan masalah kesehatan lain.

Langkah ini tugas bidan adalah merumuskan rencana asuhan sesuai dengan hasil pembahasan rencana bersama klien dan keluarga, kemudian membuat kesepakatan bersama sebelum melaksanakannya (Romauli, 2011).

Perencanaan dan rasional:

- 1) Lakukan pendekatan dengan memperkenalkan diri  
Rasional: Penting bagi pasangan/klien berhubungan dengan pemberi asuhan untuk meningkatkan rasa percaya sehingga terjalin kerja sama (Doenges dan Moorhouse, 2001).
- 2) Lakukan pemeriksaan kehamilan dengan standar 10 T  
Rasional: Pemeriksaan 10 T merupakan standar yang dapat mencakup dan mendeteksi secara dini adanya resiko dan komplikasi
- 3) Informasi kepada klien tentang kehamilannya  
Rasional: Informasi dapat membantu klien memahami/ menerima keadaanya/ kehamilannya (Doenges dan Moorhouse, 2001).
- 4) Kaji ketidaknyamanan yang dialami klien  
Rasional: Data dasar terbaru untuk merencanakan perawatan serta pemahaman kenormalan perubahan ini dapat menurunkan kecemasan dan membantu meningkatkan penyesuaian aktivitas perawatan diri (Doenges dan Moorhouse, 2001).

5) Kaji ketidaknyamanan yang dialami klien

Rasional: Data dasar terbaru untuk merencanakan perawatan serta pemahaman kenormalan perubahan ini dapat menurunkan kecemasan dan membantu meningkatkan penyesuaian aktivitas perawatan diri (Doenges dan Moorhouse, 2001).

a) Kaji keluhan ketegangan pada punggung/nyeri punggung dan perubahan cara jalan

Rasional: Lordosis dan regangan otot disebabkan oleh pengaruh hormon *relaksin*, progeteron pada sambungan pelvis dan perpindahan pusat gravitasi sesuai dengan pembesaran *uterus* (Doenges dan Moorhouse, 2001).

b) Perhatikan adanya kram pada kaki

Rasional: Menurunkan ketidaknyamanan berkenaan dengan perubahan kadar kalsium /ketidakseimbangannya kalsium fosfor atau karena tekanan dari pembesaran *uterus* pada syaraf yang mensuplai ekstermitas bawah (Doenges dan Moorhouse, 2001).

c) Kaji adanya frekuensi kontraksi *Braxton hick*

Rasional: Kontraksi ini dapat menciptakan pada *multigravida* trimester kedua dan ketiga. *Primigravida* biasanya tidak mengalami ketidaknyamanan ini sampai trimester akhir saat efek perlindungan progesterone mulai berkurang (Doenges dan Moorhouse, 2001).

d) Sering buang air kecil

Rasional: Pembesaran uterus trimester ketiga menurunkan kapasitas kandung kemih mengakibatkan sering berkemih. *Nokturia* pada trimester ketiga diduga memiliki dasar fisiologis. Aliran balik vena dari *ekstermitas difasilitasi* saat wanita sedang berbaring pada posisi *lateral rekumben* karena *uterus* tidak lagi menekan pembuluh darah daerah panggul dan *vena kava inferior*. Wanita yang berbaring dalam posisi ini saat tidur malam hari, akibatnya pola *diurinal* kebalikan sehingga terjadi peningkatan haluaran urine pada saat ini (Doenges dan Moorhouse, 2001).

e) Kaji adanya *haemoroid*

Rasional: *Varices rectum* sering terjadi pada *konstipasi* yang lama, mengejan, atau sebagai akibat dari peningkatan volume sirkulasi dan relaksasi hormonal pembuluh darah. Adanya *hemoroid* dapat menyebabkan nyeri saat *defekasi* serta peningkatan pemindahan posisi usus memperberat masalah eliminasi (Doenges dan Moorhouse, 2001).

f) Perhatikan adanya leukorea

Rasional: Peningkatan produksi kelenjar dan lendir *endoservikal* sebagai peningkatan kadar estrogen. Hal lain yang dicurigai sebagai penyebab terjadinya *leukorea* adalah pengubahan sejumlah besar glikogen pada sel *epitel vagina* menjadi asam laktat oleh *basil doederlein* (Marmi, 2011). Saat kadar estrogen tinggi, sekresi kelenjar *servikal* menghasilkan media asam yang mendorong *proliferasi organism* (Doenges dan Moorhouse, 2001).

g) Kaji terhadap masalah yang berhubungan dengan *diaphoresis*

Rasional: Peningkatan metabolisme dan suhu tubuh disebabkan oleh aktivitas progesterone sedangkan penambahan berat badan berlebihan dapat membuat klien merasa panas terus menerus dan dapat meningkatkan *diaphoresis* (Doenges dan Moorhouse, 2001).

h) *Insomnia*

Rasional: *Ansietas* yang berlebihan, kegembiraan, ketidaknyamanan fisik, nocturia, dan aktivitas janin dapat mempersulit tidur (Doenges dan Moorhouse, 2001).

i) *Edema dependen*

Rasional: *Edema dependen* dari ekstermitas bawah (*edema fisiologis*) sering terjadi karena stasis vena akibat *vasodilatasi* dari aktivitas progesterone, *herediter*, *retensi* kelebihan cairan dan tekanan *uterus* pada pembuluh darah *pelvis*, dapat meningkatkan *trombus vena*. *Edema* wajah dan atau ekstermitas atas dapat menandakan HAK (Doenges dan Moorhouse, 2001).



j) Varises

Rasional: Perubahan ini di akibatkan 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).

k) *Konstipasi*

Rasional: Peningkatan pemindahan posisi usus memperberat masalah eliminasi (Doenges dan Moorhouse, 2001). Penurunan paristaltik yang disebabkan oleh relaksasi otot polos pada usus besar ketika terjadi peningkatan jumlah progesterone (Marmi, 2014).

l) Napas sesak

Rasional: Penurunan kapasitas pernapasan saat *uterus* menekan *diafragma*, mengakibatkan *dyspnea* (Doenges dan Moorhouse, 2001).

m) Nyeri *ligamnetum rotundum*

Rasional: Peregangan dan kemungkinan akibat penekanan berat *uterus* yang meningkat pesat pada *ligament* mengakibatkan ketidaknyamanan (Varney et all, 2007).

n) *Flatulen*/Perut kembung

Rasional: Peningkatan progesterone yang merelaksasi otot halus dan akibat pergeseran serta tekanan pada usus halus karena pembesaran *uterus* menyebabkan penurunan *motalitas gastrointestinal* (Varney et all, 2007).

o) Pusing /*sindrom hipotensi* telentang.

Rasional: Pembesaran *uterus* mengakibatkan *vena cava inferior* tertekan oleh beratnya *uterus* sehingga aliran darah dari ekstermitas terhambat yang mengakibatkan curah jantung menurun keseluruh tubuh termasuk ke otak yang bisa membuat wanita hamil pusing bahkan sampai pingsan saat berbaring telentang (Varney et all, 2007).

6) Anjurkan pada klien agar memeriksakan kehamilan secara rutin sesuai usia kehamilan.

Rasional: Deteksi dini adanya kelainan, baik pada klien maupun janin (Doenges dan Moorhouse, 2001).

7) Jelaskan pada ibu tentang tanda-tanda persalinan.

Rasional: Membantu klien mengenali tanda – tanda persalinan, untuk menjamin tiba ke rumah sakit tepat waktu/memastikan kapan harus mendatangi unit persalinan (Doenges dan Moorhouse, 2001).

8) Anjurkan ibu untuk segera ke fasilitas kesehatan apabila menemui tanda-tanda persalinan.

Rasional: Pada proses persalinan biasanya terjadi komplikasi dan kelainan-kelainan sehingga ditangani sesegera mungkin serta memastikan kelahiran tidak akan terjadi di rumah dan dalam perjalanan menuju fasilitas kesehatan (Doenges dan Moorhouse, 2001).

9) Anjurkan tidur siang 1 sampai 2 jam setiap hari dan 8 jam setiap tidur malam.

Rasional: Istirahat untuk memenuhi kebutuhan metabolisme berkenaan dengan pertumbuhan jaringan ibu dan janin (Doenges dan Moorhouse, 2001).

10) Siapkan fisik dan mental ibu untuk menghadapi persalinan.

Rasional: Persiapan fisik dan mental merupakan modal klien untuk dapat menerima dan bekerja sama dalam mengambil keputusan (Doenges dan Moorhouse, 2001).

11) Sarankan ibu untuk aktivitas dan latihan fisik

Rasional: Latihan fisik dapat meningkatkan tonus otot untuk persiapan persalinan dan kelahiran, serta mempersingkat persalinan (Doenges dan Moorhouse, 2001).

12) Sarankan klien untuk melahirkan di sarana kesehatan yang mempunyai fasilitas yang memadai.

Rasional: Fasilitas yang memadai dapat memberikan pelayanan dan pertolongan yang efektif (Doenges dan Moorhouse, 2001).

- 13) Anjurkan pada klien agar memeriksakan kehamilan secara rutin sesuai usia kehamilan

Rasional: Deteksi dini adanya kelainan, baik pada klien maupun janin (Doenges dan Moorhouse, 2001).

- 14) Identifikasi tanda bahaya kehamilan

Rasional: Membantu klien membedakan yang normal dan abnormal sehingga membantunya dalam mencari perawatan kesehatan pada waktu yang tepat (Doenges dan Moorhouse, 2001)

- 15) Pantau kadar Hb, jelaskan peran zat besi dalam tubuh, anjurkan mengonsumsi suplemen zat besi setiap hari, sesuai indikasi

Rasional: Mengidentifikasi adanya anemia, kadar Hb rendah mengakibatkan kelelahan lebih besar karena penurunan kapasitas pembawa oksigen (Doenges dan Moorhouse, 2001).

- 16) Tambahkan suplemen kalsium setiap hari bila asupan produk susu dikurangi

Rasional: Membantu dalam memperbaiki keseimbangan kalsium/ fosfor dan menurunkan kram otot (Doenges dan Moorhouse, 2001).

- 17) Buat kesepakatan kunjungan ulangan

Rasional: Kunjungan lanjutan perlu untuk mengevaluasi lanjut serta untuk deteksi dini penyimpangan.

f. Melaksanakan Perencanaan

Langkah ini rencana asuhan yang komprehensif yang telah dibuat dapat dilaksanakan secara efisien seluruhnya oleh bidan atau dokter atau tim kesehatan lainnya atau tim kesehatan lainnya (Walyani, 2015).

g. Evaluasi

Kriteria evaluasi menurut Kepmenkes No. 938 tahun 2007:

- 1) Penilaian dilakukan segera setelah melaksanakan asuhan sesuai kondisi klien.

- 2) Hasil evaluasi segera dicatat dan dikomunikasikan kepada klien/ keluarga
- 3) Evaluasi dilakukan sesuai dengan standar
- 4) Hasil evaluasi ditindak lanjuti sesuai dengan kondisi klien/pasien.

## 2. Konsep Teori Asuhan Kebidanan Pada Persalinan

Langkah-langkah manajemen atau proses manajemen terdiri dari tujuh langkah yaitu :

### a. Pengumpulan Data Dasar

#### 1) Data Subyektif

##### a) Biodata:

##### (1) Nama Istri dan Suami

Nama pasien dan suaminya ditanyakan untuk mengenal dan memanggil, untuk mencegah kekeliruan dengan pasien lain. Nama yang jelas dan lengkap, bila perlu ditanyakan nama panggilannya sehari-hari (Marmi, 2012).

##### (2) Umur Ibu

Mengetahui ibu tergolong *primi* tua atau *primi* mudah. Menurut para ahli, kehamilan yang pertama kali yang baik antara usia 19-35 tahun dimana otot masih bersifat sangat elastis dan mudah diregang, tetapi menurut pengalaman, pasien umur 25 sampai 35 tahun masih mudah melahirkan. Melahirkan tidak saja umur 19-25 tahun, tetapi 19-35 tahun. *Primitua* dikatakan berumur 35 tahun (Marmi, 2012).

##### (3) Alamat

Alamat ditanyakan untuk mengetahui dimana ibu menetap, mencegah kekeliruan, memudahkan menghubungi keluarga dan dijadikan petunjuk pada waktu kunjungan rumah (Marmi, 2012).

##### (4) Agama

Hal ini berhubungan dengan perawatan pasien yang berkaitan dengan ketentuan agama. Agama juga ditanyakan untuk mengetahui kemungkinan pengaruhnya terhadap kebiasaan kesehatan pasien atau klien, dengan diketahuinya agama klien akan memudahkan bidan

melakukan pendekatan di dalam melakukan asuhan kebidanan (Marmi, 2012)

(5) Pekerjaan

Tanyakan pekerjaan suami dan ibu untuk mengetahui taraf hidup dan sosial ekonomi pasien agar nasihat yang diberikan sesuai, serta untuk mengetahui apakah pekerjaan ibu akan mengganggu kehamilannya atau tidak (Marmi, 2012).

(6) Pendidikan

Mengetahui tingkat intelektualnya. Tingkat pendidikan mempengaruhi sikap dan perilaku seseorang. Mengetahui tingkat pengetahuan ibu atau taraf kemampuan berfikir ibu, sehingga bidan bisa menyampaikan atau memberikan penyuluhan atau KIE pada pasien dengan lebih mudah (Marmi, 2012).

(7) Perkawinan

Mengetahui berapa lama dan berapa kali kawin, untuk menentukan bagaimana keadaan alat kelamin dalam ibu (Marmi, 2012).

(8) Nomor register

Memudahkan petugas mencari data jika ibu melakukan kunjungan ulang (Marmi, 2012).

(9) Suku atau bangsa

Mengetahui suku atau bangsa petugas dapat mendukung dan memelihara keyakinan yang meningkatkan adaptasi fisik dan emosinya terhadap persalinan (Marmi, 2012).

b) Keluhan utama:

Keluhan utama atau alasan utama wanita datang ke rumah sakit atau bidan ditentukan dalam wawancara. Hal ini bertujuan mendiagnosa persalinan tanpa menerima pasien secara resmi mengurangi atau menghindari beban biaya pada pasien. Ibu diminta untuk menjelaskan hal-hal berikut:

(1) Frekuensi dan lama kontraksi

(2) Lokasi dan karakteristik rasa tidak nyaman akibat kontraksi

- (3) Menetapkan kontraksi meskipun perubahan posisi saat ibu berjalan atau berbaring
- (4) Keberadaan dan karakter rabas atau *show* dari *vagina*.
- (5) Status *membrane amnion*.
- (6) Umumnya klien mengeluh nyeri pada daerah pinggang menjalar ke perut, adanya his yang semakin sering, teratur, keluarnya lendir darah, perasaan selalu ingin buang air kemih (Marmi, 2012).

c) Riwayat menstruasi

(1) *Menarche*

Terjadinya haid yang pertama kali. *Menarche* terjadi pada saat pubertas, yaitu 12-16 tahun (Marmi, 2012).

(2) Siklus

Siklus haid yang klasik adalah 28 hari kurang lebih dua hari, sedangkan pola haid dan lamanya perdarahan tergantung pada tipe wanita yang biasanya 3-8 hari (Marmi, 2012).

(3) Hari pertama haid terakhir

Hari pertama haid terakhir dapat dijabarkan untuk memperhitungkan tanggal tafsiran persalinan. Siklus haid kurang lebih 28 hari rumus yang dipakai adalah rumus Neagle yaitu hari +7, bulan -3, tahun +1. Perkiraan partus pada siklus haid 30 hari adalah hari +14, bulan -3, tahun +1 (Marmi, 2012).

d) Riwayat obstetric yang lalu

Bisa mengetahui riwayat persalinan yang lalu, ditolong oleh siapa, ada penyulit atau tidak, jenis persalinannya apa semua itu untuk memperkirakan ibu dapat melahirkan spontan atau tidak (Marmi, 2012).

e) Riwayat kehamilan ini.

- (1) Idealnya tiap wanita hamil mau memeriksakan kehamilannya ketika haidnya terjadi lambat sekurang-kurangnya 1 bulan (Marmi, 2012).

- (2) Trimester I biasanya ibu mengeluh mual muntah terutama pada pagi hari yang kemudian menghilang pada kehamilan 12-14 minggu (Marmi, 2012).
  - (3) Pemeriksaan sebaiknya dikerjakan tiap 4 minggu jika segala sesuatu normal sampai kehamilan 28 minggu, sesudah itu pemeriksaan dilakukan tiap minggu (Marmi, 2012).
  - (4) Umumnya gerakan janin dirasakan ibu pada kehamilan 18 minggu pada *multigravida* (Marmi, 2012).
  - (5) Imunisasi TT diberikan sekurang-kurangnya diberikan dua kali dengan interval minimal 4 minggu, kecuali bila sebelumnya ibu pernah mendapat TT 2 kali pada kehamilan yang lalu atau pada calon pengantin. Maka TT cukup diberikan satu kali saja (TT booster). Pemberian TT pada ibu hamil tidak membahayakan walaupun diberikan pada kehamilan muda (Marmi, 2012).
  - (6) Pemberian zat besi: 1 tablet sehari segera setelah rasa mual hilang minimal sebanyak 90 tablet selama kehamilan (Marmi, 2012).
  - (7) Saat memasuki kehamilan terakhir (trimester III) Diharapkan terdapat keluhan bengakak menetap pada kaki, muka, yang menandakan *taxoemia gravidarum*, sakit kepala hebat, perdarahan, keluar cairan sebelum waktunya dan lain-lain. Keluhan ini harus diingat dalam menentukan pengobatan, diagnosa persalinan (Marmi, 2012).
- f) Riwayat kesehatan keluarga dan pasien
- (1) Riwayat penyakit sekarang  
Pengkajian ditemukan ibu hamil dengan usia kehamilan antara 38-42 minggu disertai tanda-tanda menjelang persalinan yaitu nyeri pada daerah pinggang menjalar ke perut, his makin sering teratur, kuat, adanya show (pengeluaran darah campur lendir). Kadang ketuban pecah dengan sendirinya (Marmi, 2012).
  - (2) Riwayat penyakit yang lalu

Adanya penyakit jantung, hipertensi, diabetes melitus, TBC, hepatitis, penyakit kelamin, pembedahan yang pernah dialami, dapat memperberat persalinan (Marmi, 2012).

(3) Riwayat penyakit keluarga

Riwayat keluarga memberi informasi tentang keluarga dekat pasien, termasuk orang tua, saudara kandung dan anak-anak. Hal ini membantu mengidentifikasi gangguan genetic atau familial dan kondisi-kondisi yang dapat mempengaruhi status kesehatan wanita atau janin. Ibu yang mempunyai riwayat dalam keluarga penyakit menular dan kronis daya tahan tubuh ibu hamil menurun, ibu dan janinnya berisiko tertular penyakit tersebut. Misalnya TBC, hepatitis (Marmi, 2012).

Penyakit keturunan dari keluarga ibu dan suami mungkin berpengaruh terhadap janin. Misalnya penyakit jiwa, DM, hemophila,. Keluarga dari pihak ibu atau suami ada yang pernah melahirkan dengan anak kembar perlu diwaspadai karena bisa menurunkan kehamilan kembar. Adanya penyakit jantung, hipertensi, DM, hamil kembar pada klien, TBC, hepatitis, penyakit kelamin, memungkinkan penyakit tersebut ditularkan pada klien, sehingga memperberat persalinannya (Marmi, 2012).

g) Riwayat Psiko Sosial dan Budaya

Faktor-faktor situasi seperti pekerjaan wanita dan pasangannya, pendidikan, status perkawinan, latar belakang budaya dan etnik, status budaya sosial ekonomi ditetapkan dalam riwayat sosial. Faktor budaya adalah penting untuk mengetahui latar belakang etnik atau budaya wanita untuk mengantisipasi intervensi perawatan yang mungkin perlu ditambahkan atau di hilangkan dalam rencana asuhan (Marmi, 2012).

h) Pola Aktifitas Sehari-hari

(1) Pola Nutrisi

Aspek ini adalah komponen penting dalam riwayat *prenatal*. Status nutrisi seorang wanita memiliki efek langsung pada



pertemuan dan perkembangan janin. Pengkajian diet dapat mengungkapkan data praktek khusus, alergi makanan, dan perilaku makan, serta factor-faktor lain yang terkait dengan status nutrisi. Jumlah tambahan kalori yang dibutuhkan ibu hamil adalah 300 kalori dengan komposisi menu seimbang (cukup mengandung karbohidrat, protein, lemak, nutrisi, vitamin, air dan mineral) (Marmi, 2012).

(2) Pola Eliminasi

Pola eliminasi meliputi buang air kecil dan buang air besar. Dalam hal ini perlu dikaji terakhir kali ibu buang air kecil dan buang air besar. Kandung kemih yang penuh akan menghambat penurunan bagian terendah janin sehingga diharapkan ibu dapat sesering mungkin buang air kecil. Apabila ibu belum buang air besar kemungkinan akan dikeluarkan saat persalinan, yang dapat mengganggu bila bersamaan dengan keluarnya kepala bayi. Akhir trimester III dapat terjadi konstipasi (Marmi, 2012).

(3) Pola Personal Hygiene

Kebersihan tubuh senantiasa dijaga kebersihannya. baju hendaknya yang longgar dan mudah dipakai, sepatu atau alas kaki dengan tumit tinggi agar tidak dipakai lagi (Marmi, 2012).

(4) Pola fisik dan istirahat

Klien dapat melakukan aktifitas biasa terbatas aktifitas ringan, membutuhkan tenaga banyak, tidak membuat klien cepat lelah, cape, lesu. Kala I apabila kepala janin masuk sebagian ke dalam PAP serta ketuban pecah, klien dianjurkan untuk duduk dan berjalan-jalan di sekitar ruangan atau kamar bersalin. Pada kala II kepala janin sudah masuk rongga PAP klien dalam posisi miring, ke kanan atau ke kiri. Klien dapat tidur terlentang, miring kiri atau ke kanan tergantung pada letak punggung anak, klien sulit tidur pada kala I – kala IV (Marmi, 2012).

(5) Pola aktifitas seksual

Kebanyakan budaya, aktifitas seksual tidak dilarang sampai akhir kehamilan. Sampai saat ini belum membuktikan dengan pasti bahwa koitus dengan organisme dikontraindikasikan selama masa hamil, untuk wanita yang sehat secara medis dan memiliki kondisi *obstetrik* yang prima (Marmi, 2012).

(6) Pola kebiasaan lain

Minuman beralkohol, asap rokok dan substansi lain sampai saat ini belum ada standar penggunaan yang aman untuk ibu hamil. Walaupun minum alkohol sesekali tidak berbahaya, baik bagi ibu maupun perkembangan embrio maupun janinnya, sangat dianjurkan untuk tidak minum alkohol sama sekali. Merokok atau terus menerus menghirup asap rokok dikaitkan dengan pertumbuhan dengan perkembangan janin, peningkatan mortalitas dan morbiditas bayi dan *perinatal*. Kesalahan subklinis tertentu atau defisiensi pada mekanisme *intermediet* pada janin mengubah obat yang sebenarnya tidak berbahaya menjadi berbahaya. Bahaya terbesar yang menyebabkan efek pada perkembangan janin akibat penggunaan obat-obatan dapat muncul sejak *fertilisasi* sampai sepanjang pemeriksaan trimester pertama (Marmi, 2012).

2) Data Obyektif

Menurut Marmi (2012), hasil yang diperoleh dari hasil pemeriksaan fisik secara inspeksi, palpasi, perkusi, pemeriksaan penunjang.

a) Pemeriksaan umum:

Kesadaran, tekanan darah untuk mengetahui kemungkinan *preeklamsia* yaitu bila tekanan darahnya lebih dari 140/90 MmHg. Denyut nadi untuk mengetahui fungsi jantung ibu, normalnya 80-90 x/menit, pernapasan untuk mengetahui fungsi sistem pernapasan, normalnya 16-20x/menit, suhu tubuh normal 36-37,5<sup>0</sup>C, LILA untuk mengetahui status gizi ibu, normalnya 23,5 Cm, penimbangan berat badan, dilakukan tiap kali ibu datang untuk control kandungannya,

tinggi badan, pengukuran cukup dilakukan satu kali yaitu saat ibu melakukan pemeriksaan kehamilan pertama kali (Marmi, 2012).

b) Pemeriksaan fisik obstetric

- (1) Muka: apakah *oedema* atau tidak, *sianosis* atau tidak
- (2) Mata: *konjungtiva*: normalnya berwarna merah muda, *sclera*: normalnya berwarna putih
- (3) Hidung: bersih atau tidak, ada luka atau tidak, ada caries atau tidak
- (4) Leher: ada pembesaran kelenjar tiroid dan kelenjar limfe atau tidak
- (5) Dada: payudara simetris atau tidak, puting bersih dan menonjol atau tidak, *hiperpigmentasi aerola* atau tidak, *colostrum* sudah keluar atau tidak.
- (6) *Abdomen*: ada luka bekas SC atau tidak, ada *linea* atau tidak, *striae albicans* atau *lividae*
  - (a) Leopold I: tinggi *fundus uteri* sesuai dengan usia kehamilan atau tidak, di *fundus* normalnya teraba bagian lunak dan tidak melenting (bokong).
  - (b) Leopold II: normalnya teraba bagian panjang, keras seperti papan (punggung), pada satu sisi *uterus* dan pada sisi lainnya teraba bagian kecil
  - (c) Leopold III: normalnya teraba bagian yang bulat keras dan melenting pada bagian bawah *uterus* ibu (*simfisis*) apakah sudah masuk PAP atau belum
  - (d) Leopold IV: dilakukan jika pada Leopold III teraba bagian janin sudah masuk PAP. Dilakukan dengan menggunakan patokan dari penolong dan *simpisis* ibu, berfungsi untuk mengetahui penurunan presentasi.

Denyut Jantung Janin(DJJ): terdengar denyut jantung di bawah pusat ibu (baik di bagian kiri atau kanan). Normalnya 120-160 x/menit.

(7) Genitalia: *vulva* dan *vagina* bersih atau tidak, *oedema* atau tidak, ada *flour albus* atau tidak, ada pembesaran kelenjar *skene* dan kelenjar *bartolini* atau tidak ada *kandiloma akuminata* atau tidak, ada kemerahan atau tidak. Bagian perineum ada luka episiotomi atau tidak. Bagian anus ada benjolan atau tidak, keluar darah atau tidak.

(8) Ekstremitas atas dan bawah: simetris atau tidak, *oedema* atau tidak, *varises* atau tidak. Ekstremitas terdapat gerakan refleks pada kaki, baik pada kaki kiri maupun kaki kanan (Marmi, 2012).

c) Pemeriksaan khusus

*Vaginal toucher* sebaiknya dilakukan setiap 4 jam selama kala I persalinan dan setelah selaput ketuban pecah, catat pada jam berapa diperiksa, oleh siapa dan sudah pembukaan berapa, dengan VT dapat diketahui juga *effacement*, konsistensi, keadaan ketuban, presentasi, *denominator*, dan *hodge*. Pemeriksaan dalam dilakukan atas indikasi ketuban pecah sedangkan bagian depan masih tinggi, apabila kita mengharapkan pembukaan lengkap, dan untuk menyelesaikan persalinan (Marmi, 2012).

b. Interpretasi Data Dasar

Langkah ini dilakukan identifikasi terhadap diagnosa atau masalah dan kebutuhan klien berdasarkan interpretasi yang benar atas data dasar yang dikumpulkan. Diagnosa kebidanan adalah ditegakan bidan dalam lingkup praktek kebidanan dan memenuhi standar nomenklatur (tata nama) diagnosa kebidanan dan dirumuskan secara spesifik. Masalah psikologi berkaitan dengan hal-hal yang sedang dialami wanita tersebut (Marmi 2012).

c. Mengidentifikasi Diagnosa Atau Masalah Potensial

Langkah ini kita mengidentifikasikan masalah atau diagnosa potensial lain berdasarkan rangkaian masalah atau potensial lain. Berdasarkan rangkaian masalah dan diagnosa yang sudah diidentifikasi. Langkah ini

membutuhkan antisipasi, bila dimungkinkan melakukan pencegahan (Marmi, 2012).

d. Mengidentifikasi dan Menetapkan Kebutuhan Yang Memerlukan Penanganan Segera

Langkah ini mencerminkan kesinambungan dari proses manajemen kebidanan jika beberapa data menunjukkan situasi emergensi, dimana bidan perlu bertindak segera demi keselamatan ibu dan bayi, yang juga memerlukan tim kesehatan yang lain (Marmi, 2012).

e. Merencanakan Asuhan Yang Menyeluruh

Langkah ini dilakukan asuhan secara menyeluruh ditentukan oleh langka sebelumnya. Langkah ini merupakan kelanjutan manajemen terhadap diagnosa atau masalah yang telah diidentifikasi. Rencana asuhan harus sama-sama disetujui oleh bidan maupun pasien agar efektif, karena pada akhirnya wanita yang akan melaksanakan rencana itu atau tidak (Marmi, 2012).

Rencana asuhan persalinan kala I:

- 1) Mengevaluasi kesejahteraan ibu, termasuk diantaranya: mengukur tekanan darah, suhu, pernapasan setiap 2-4 jam. Mengevaluasi kandung kemih minimal tiap 2 jam. Apabila diperlukan melakukan pemeriksaan urine terhadap protein, keton. Mengevaluasi hidrasi dan turgor kulit. Mengevaluasi kondisi umum.
- 2) Mengevaluasi kesejahteraan janin, termasuk diantaranya: letak janin, presentasi, gerak, dan posisi. Adaptasi janin terhadap panggul, apakah DKP. Mengukur DJJ, dapat dievaluasi setiap 30 menit pada fase laten.
- 3) Mengevaluasi kemajuan persalinan, termasuk observasi penipisan, pembukaan, turunnya bagian terendah, pola kontraksi, perubahan perilaku ibu, tanda dan gejala dari masa transisi dan mulailah persalinan kala II, serta posisi dari *punctum maximum*.
- 4) Melakukan perawatan perawatan fisik ibu: menjaga kebersihan dan kenyamanan ibu, perawatan kulit.

- 5) Memberikan dukungan pada ibu dan keluarga, seperti: beri dukungan dan yakinkan dirinya, beri informasi mengenai proses dan kemajuan persalinan, dengarkan keluhannya dan cobalah lebih sensitif terhadap perasaannya, lakukan perubahan posisi sesuai keinginan ibu, sarankan ibu untuk berjalan, ajaklah orang yang menemaninya untuk memijit punggung atau membasuh muka diantara kontraksi, ajaklah sebentar kemudian dilepaskan dengan cara meniup udara keluar sewaktu terasa kontraksi.
- 6) Penolong tetap menjaga hak privasi dalam persalinan.
- 7) Menjelaskan kemajuan persalinan dan perubahannya yang terjadi serta prosedur yang akan dilaksanakan dan hasil-hasil pemeriksaannya (Marmi, 2012).

Rencana asuhan persalinan kala II yaitu manajemen pada kala II termasuk bertanggung jawab terhadap persiapan untuk persalinan, manajemen persalinan, membuat manajemen keputusan untuk persalinan kala II. Menentukan manajemen keputusan untuk persalinan kala II termasuk hal-hal berikut: frekuensi untuk memeriksa tanda-tanda vital, frekuensi dari pemeriksaan DJJ, kapan ibu dipimpin meneran, kapan melakukan persiapan persalinan, posisi ibu bersalin, kapan ibu perlu kateter, kapan menyokong perinium, apakah perlu dilakukan episiotomi, tipe dari episiotomi, kapan melahirkan kepala bayi, saat kontraksi atau diantara kontraksi, kapan mengklem dan memotong tali pusat, apakah perlu dikonsultasikan atau kolaborasi dengan dokter ahli, melanjutkan evaluasi janin: evaluasi presentasi, dan gerakan bayi; adaptasi bayi terhadap panggul; DJJ dan polanya, melanjutkan evaluasi ibu: melanjutkan skrining tanda dan gejala komplikasi *obstetric* dan *fetal distres* (Marmi, 2012).

Rencana asuhan persalinan kala III yaitu melanjutkan evaluasi setiap tanda-tanda yang ditemukan, melanjutkan evaluasi kemajuan dari persalinan, melanjutkan evaluasi ibu termasuk mengukur tekanan darah,

nadi, suhu, pernapasan, dan aktifitas gastrointestinal, Memperhatikan tanda dan gejala perdarahan (Marmi, 2012).

Rencana asuhan pada persalinan kala IV yaitu melakukan evaluasi terhadap uterus, inspeksi dan evaluasi serviks, vagina, dan perinium, inspeksi dan evaluasi terhadap plasenta, selaput plasenta dan tali pusat, Menjahit luka jalan lahir akibat episiotami atau laserasi (Marmi, 2012).

f. Melaksanakan Perencanaan

Melaksanakan asuhan menyeluruh yang telah direncanakan secara efektif dan aman. Berkolaborasi dengan dokter bila perlu misalnya karena adanya komplikasi (Marmi, 2012).

g. Evaluasi

Langkah ini dievaluasi keefektifan asuhan yang telah diberikan, apakah telah memenuhi kebutuhan asuhan yang telah teridentifikasi dalam diagnosis maupun masalah (Marmi, 2012).

3. Konsep Dasar Asuhan Kebidanan Bayi Baru Lahir

a. Pengumpulan Data Dasar

1) Data Subyektif

Data subyektif didapatkan dari hasil wawancara atau anamnesa dengan orang tua bayi, keluarga atau petugas kesehatan. Menurut Wahyuni (2012), data subyektif yang perlu dikaji antara lain:

a) Menanyakan identitas neonatus yang meliputi: nama bayi ditulis dengan nama ibu, misal bayi Ny. Nina, tanggal dan jam lahir, serta jenis kelamin bayi.

b) Identitas orangtua yang meliputi :

(1) Nama ibu dan nama ayah

Mengetahui nama klien dan suami berguna untuk memperlancar komunikasi dalam asuhan sehingga tidak terlihat kaku dan lebih akrab.

(2) Umur ibu dan ayah

Umur perlu diketahui guna mengetahui apakah klien dalam kehamilan yang berisiko atau tidak. Usia di bawah 16 tahun

dan di atas 35 tahun merupakan umur-umur yang berisiko tinggi untuk hamil dan persiapan untuk menjadi orang tua. Umur yang baik untuk kehamilan maupun persalinan dan kesiapan menjadi orang tua adalah 19 tahun-25 tahun.

(3) Agama ibu dan ayah

Tanyakan pilihan agama klien dan berbagai praktik terkait agama yang harus diobservasi.

(4) Suku ibu dan ayah

Ras, etnis, dan keturunan harus diidentifikasi dalam rangka memberikan perawatan yang peka budaya kepada klien.

(5) Pendidikan ibu dan ayah

Tanyakan pendidikan tertinggi yang klien tamatkan juga minat, hobi, dan tujuan jangka panjang. Informasi ini membantu klinisi memahami klien sebagai individu dan memberi gambaran kemampuan baca tulisnya.

(6) Pekerjaan ibu dan ayah

Mengetahui pekerjaan klien adalah penting untuk mengetahui apakah klien berada dalam keadaan utuh dan untuk mengkaji potensi kelahiran, prematur dan pajanan terhadap bahaya lingkungan kerja yang dapat mengganggu pertumbuhan dan perkembangan bayi baru lahir.

(7) Alamat ibu dan ayah

Alamat rumah klien perlu diketahui bidan untuk lebih memudahkan dan untuk mengetahui jarak rumah dengan tempat rujukan.

c) Menanyakan riwayat kehamilan sekarang

Menanyakan riwayat kehamilan, persalinan dan nifas sekarang yang meliputi: Apakah selama kehamilan ibu mengkonsumsi obat-obatan selain dari tenaga kesehatan? Apakah ibu mengkonsumsi jamu? Menanyakan keluhan ibu selama kehamilan? Apakah persalinannya spontan? Apakah persalinan dengan tindakan atau operasi? Apakah



mengalami perdarahan atau kelainan selama persalinan? Apakah saat ini ibu mengalami kelainan nifas? Apakah terjadi perdarahan?

d) Menanyakan riwayat *intranatal*

Menanyakan riwayat *intranatal* yang meliputi: Apakah bayi mengalami gawat janin? Apakah dapat bernapas spontan segera setelah bayi lahir?

2) Data Objektif

Data obyektif diperoleh dari hasil observasi, pengukuran, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang (laboratorium, radiologi, dll). Menurut Wahyuni (2012), data obyektif yang perlu dikaji antara lain:

a) Periksa keadaan umum

Ukuran secara keseluruhan (perbandingan tubuh bayi proporsional/tidak), kepala, badan, dan ekstremitas, tonus otot, tingkat aktivitas (gerakan bayi aktif atau tidak), warna kulit dan bibir (kemerahan/kebiruan), tangis bayi.

b) Periksa tanda vital

(1) Periksa laju napas dihitung selama 1 menit penuh dengan mengamati naik turun dinding dada dan abdomen secara bersamaan. Laju napas normal 40-60 x/menit.

(2) Periksa laju jantung menggunakan stetoskop dapat didengar dengan jelas. Dihitung selama 1 menit. Laju jantung normal 120-160 x/menit.

(3) Suhu tubuh bayi baru lahir normalnya 36,5-37,5 ° C diukur dengan termometer di daerah aksila bayi.

c) Lakukan penimbangan. Letakkan kain dan atur skala timbangan ke titik nol sebelum penimbangan. Hasil timbangan dikurangi dengan berat alas dan pembungkus bayi.

d) Lakukan pengukuran panjang badan. Letakkan bayi di tempat datar. Ukur panjang badan bayi menggunakan alat pengukur panjang badan dari kepala sampai tumit dengan kaki/badan bayi diluruskan.

- e) Ukur lingkaran kepala. Pengukuran dilakukan dari dahi kemudian melingkari kepala kembali ke dahi
- f) Periksa kepala. Periksa ubun-ubun, sutura/ molase pembengkakan/ daerah yang mencekung.
- g) Ukur lingkaran lengan atas. Pengukuran dilakukan pada pertengahan lengan bayi.
- h) Periksa telinga. Periksa hubungan letak mata dan kepala. Tatap wajahnya, bayangkan sebuah garis melintas kedua matanya. Bunyikan bel/suara, apabila terjadi refleks terkejut maka pendengaran baik, apabila tidak terjadi refleks kemungkinan mengalami gangguan pendengaran.
- i) Periksa mata. Bersihkan kedua mata bayi dengan kapas. Buka mata bayi dan lihat apakah ada tanda infeksi/pus serta kelainan pada mata.
- j) Periksa hidung dan mulut. Apakah bayi dapat bernapas dengan mudah melalui hidung/ada hambatan. Lakukan pemeriksaan pada bibir dan langit, refleks isap dinilai dengan mengamati pada saat bayi menyusui. Perhatikan adanya kelainan *kongenital*.
- k) Periksa leher. Amati apakah ada pembengkakan atau benjolan serta amati juga pergerakan leher.
- l) Periksa dada. Periksa bentuk dada, puting, bunyi napas, dan bunyi jantung. Ukur lingkaran dada dari daerah dada ke punggung kembali ke dada (pengukuran dilakukan melalui kedua puting susu).
- m) Periksa bahu, lengan dan tangan. Sentuh telapak tangan bayi dengan jari anda dan hitung jumlah jari tangan bayi. Bayi akan menggenggam tangan anda kuat-kuat sehingga tubuhnya terangkat naik.
- n) Periksa sistem saraf, adanya refleks *morro*. Pemeriksa bertepuk tangan, jika terkejut bayi akan membuka telapak tangannya seperti akan mengambil sesuatu.
- o) Periksa perut bayi. Perhatikan bentuk, penonjolan sekitar tali pusat, perdarahan tali pusat, dan benjolan di perut bayi.

- p) Periksa alat kelamin. Untuk laki-laki, periksa apakah kedua testis sudah berada dalam skrotum dan penis berlubang diujungnya. Untuk bayi perempuan periksa labia mayora dan minora, apakah vagina dan uretra berlubang.
- q) Periksa tungkai dan kaki. Perhatikan bentuk, gerakan, dan jumlah jari.
- r) Periksa punggung dan anus bayi. Letakkan bayi dalam posisi telungkup, raba sepanjang tulang belakang untuk mencari ada tidaknya kelainan. Periksa juga lubang anus.
- s) Periksa kulit bayi. Perhatikan *vernix caseosa* (tidak perlu dibersihkan karena menjaga kehangatan tubuh), warna kulit, pembengkakan, bercak hitam dan tanda lahir.

b. Interpretasi Data Dasar

Dikembangkan dari data dasar: interpretasi dari data ke masalah atau diagnosa khusus yang teridentifikasi. Kedua kata masalah maupun diagnosa dipakai, karena beberapa masalah tidak dapat didefinisikan sebagai diagnosa tetapi tetap perlu dipertimbangkan untuk membuat wacana yang menyeluruh untuk pasien.

Diagnosa: Bayi umur (sebutkan gestasinya).

(Diagnosa: Neonatus Cukup Bulan Sesuai Masa Kehamilan Usia 1 hari)

Masalah: disesuaikan dengan kondisi (rewel, kurang minum) (Wahyuni, 2012).

c. Mengidentifikasi Diagnosa Atau Masalah Potensial

Mengidentifikasi masalah atau diagnosa potensial lainnya berdasarkan masalah yang sudah ada adalah suatu bentuk antisipasi, pencegahan apabila perlu menunggu dengan waspada dan persiapan untuk suatu pengakhiran apapun. Langkah ini sangat vital untuk asuhan yang aman (Wahyuni, 2012).

Menjaga kehangatan tubuh bayi dengan tidak mandikan sedikitnya 6 jam setelah lahir (Asri dan Clervo, 2012). Epidermis dan dermis tidak terikat dengan baik dan sangat tipis (Lailiyana dkk, 2012). Apabila bayi

dibiarkan dalam suhu kamar maka akan kehilangan panas melalui konveksi (Sudarti dan Fauziah, 2012).

d. Mengidentifikasi dan Menetapkan Kebutuhan Yang Memerlukan Penanganan Segera

Mengidentifikasi perlunya penanganan segera oleh bidan atau dokter atau untuk dikonsultasikan atau ditangani bersama dengan anggota tim kesehatan yang lain sesuai dengan kondisi klien (Wahyuni, 2012).

Menurut Asri dan Clervo (2012) jika bayi mengalami *hipotermia* tindakan yang dilakukan adalah menjaga kehangatan tubuh bayi. Hangatkan kembali bayi dengan menggunakan alat pemancar panas, gunakan inkubator dan runagan hangat bila perlu (Sudarti dan Fauziah, 2012). Menurut Dompas (2011) bayi yang mengalami *ikterus* bila derajat *ikterus* meningkat, ukur bilirubin serum dan beri foto terapi sesuai prosedur.

e. Merencanakan Asuhan Yang Menyeluruh

Rencana asuhan harus sama-sama disetujui oleh bidan atau wanita itu agar efektif, karena pada akhirnya wanita itulah yang akan melaksanakan rencana itu atau tidak, oleh karena itu, tugas dalam langkah ini termasuk membuat dan mendiskusikan rencana dengan wanita itu begitu juga termasuk penegasannya akan persetujuannya (Wahyuni, 2011).

Adapun perencanaan yang dilakukan segera kepada bayi baru lahir 6-24 jam setelah lahir:

1) Kaji catatan *pranatal*, persalinan dan kelahiran, durasi persalinan, jenis kelahiran, penggunaan instrumen, gawat janin selama persalinan, demam maternal, durasi dari pecah ketuban hingga kelahiran, dan pemberian obat.

Rasional: Catatan pranatal memberi informasi tentang masalah dalam riwayat keluarga atau selama kehamilan yang dapat menimbulkan masalah setelah kelahiran sedangkan catatan persalinan akan menjelaskan masalah pada persalinan dan kelahiran yang dapat menyebabkan komplikasi pada bayi (Doenges dan Moorhouse, 2001).

2) Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan bayi.

Rasional: Menyingkirkan patogen dan mencegah perpindahan ke bayi baru lahir. Pencucian ujung jari hingga siku meliputi bagian tangan dan lengan yang kontak dengan bayi baru lahir. Pembersihan dengan air membantu menyingkirkan patogen (Doenges dan Moorhouse, 2001).

3) Gunakan sarung tangan dalam menangani bayi yang belum dimandikan.

Rasional: Seksresi tubuh bayi merupakan patogen yang dapat berpindah ke bayi. Bayi baru lahir memiliki darah dan cairan amnion ditubuhnya segera setelah kelahiran hingga mandi pertama. Memandikan dan mengganti popok memerlukan sarung tangan. Sarung tangan mungkin kurang protektif seiring waktu dan penggunaan. Mencuci tangan setelah pelepasan. Menyingkirkan patogen, yang dapat ditularkan melalui objek (Doenges dan Moorhouse, 2001).

4) Lakukan pengkajian fisik bayi baru lahir.

Rasional: Membantu mendeteksi abnormalitas dan defek neurologis, menentukan usia gestasi dan mengidentifikasi kebutuhan terhadap pemantauan ketat dan perawatan lebih intensif (Doenges dan Moorhouse, 2001).

5) Timbang berat badan, ukur panjang badan, lingkaran kepala, dan lingkaran perut bayi.

Rasional: Menetapkan kebutuhan kalori dan cairan sesuai dengan berat badan dasar, secara normal menurun sebanyak 5%-10% dalam 3 sampai hari pertama dari kehidupan karena keterbatasan masukan oral dan kehilangan kelebihan cairan ekstraseluler (Doenges dan Moorhouse, 2001).

6) Beri vitamin K 1 mg secara IM.

Rasional: Karena saluran usus bayi baru lahir steril pada saat lahir dan karena pemberian makan ditunda, bayi tidak mempunyai flora usus

yang diperlukan untuk meningkatkan koagulasi melalui aktivasi faktor-faktor II, VII, IX dan X (Doenges dan Moorhouse, 2001).

7) Berikan profilaksis salf mata oksitetrasiklin 1 %.

Rasional: Menghilangkan baik organisme gonorea dan klamidia (Doenges dan Moorhouse, 2001).

8) Beri imunisasi Hb0.

Rasional: Penularan Hepatitis pada bayi baru lahir dapat terjadi secara vertikal (penularan ibu ke bayinya pada waktu persalinan) dan horisontal (penularan dari orang lain) (Doenges dan Moorhouse, 2001).

9) Perhatikan adanya pernapasan cuping hidung, retraksi dada, pernapasan mendengkur, krekels atau ronki.

Rasional: Tanda-tanda ini normal dan sementara pada periode reaktivitas pertama, tetapi dapat menandakan distress pernapasan bila ini menetap. Krekels/ ronki dapat terdengar sampai cairan direabsorpsi dari paru-paru. Ronki menandakan aspirasi sekresi oral (Doenges dan Moorhouse, 2001).

10) Pakaikan penutup kepala, bungkus dengan selimut hangat dan tempatkan pada lingkungan yang hangat atau pada lengan orang tua

Rasional: Mengurangi kehilangan panas akibat evaporasi dan konduksi, melindungi kelembaban bayi dari aliran udara atau pendingin udara dan membatasi stress akibat perpindahan lingkungan dari uterus yang hangat ke lingkungan yang lebih dingin (Doenges dan Moorhouse, 2001).

11) Perhatikan nadi apical

Rasional: Frekuensi jantung kurang dari 100 kali/menit menandakan asfiksia berat dan kebutuhan terhadap resusitasi segera. Takikardia frekuensi jantung lebih dari 160 kali/menit dapat menandakan asfiksia baru atau respon normal berkenaan dengan periode pertama reaktivitas (Doenges dan Moorhouse, 2001).

12) Observasi warna kulit

Rasional: *Akrosianosis*, menunjukkan lambatnya sirkulasi perifer, terjadi normalnya pada 85% bayi baru lahir selama jam pertama; namun *sinosis* umum dan *flaksiditas* menunjukkan ketidak adekuatan oksigenasi jaringan (Doenges dan Moorhouse, 2001).

13) Anjurkan menyusui dini/beri ASI awal

Rasional: Kolostrum dan ASI mengandung sekretorius IgA dalam jumlah tinggi, yang memberikan imunitas bentuk pasif serta makrofag dan limfosit yang membantu mengembangkan respon inflamasi lokal serta pemberian ASI dini dapat mencegah tubuh bayi kehilangan cairan. Serta dengan menyusui dapat membuat ibu lebih dekat dan dapat berkomunikasi dengan bayinya sehingga lebih mempererat ikatan batin/ kasih sayang antara ibu dan bayi (Doenges dan Moorhouse, 2001).

14) Instruksikan orangtua berkenaan dengan posisi bayi baru lahir setelah menyusui, perhatikan reflex gag bayi.

Rasional: Kelemahan reflex gag membuat bayi baru lahir cenderung untuk aspirasi. Memberi posisi bayi baru lahir pada abdomen atau miring dengan gulungan handuk di punggung memungkinkan drainase eksternal mucus atau muntahan, menurunkan risiko aspirasi. Bila bayi ditempatkan pada punggung di kursi gendongan kursi atau keranjang, kepala harus dinaikan 30-45 derajat (Doenges dan Moorhouse, 2001).

15) Instruksikan orangtua mengenai perawatan khusus popok, pengenalan ruam dan tindakan yang tepat.

Rasional: Mencegah ruam karena popok (Doenges dan Moorhouse, 2001).

16) Tunda mandi pertama sampai 6 jam atau suhu stabil dan mencapai  $36,5^{\circ}\text{C}$  -  $37,5^{\circ}\text{C}$ , segera mengganti pakaian yang basah.

Rasional: Membantu mencegah bayi kehilangan panas (Doenges dan Moorhouse, 2001).

17) Demonstrasikan dan awasi aktivitas perawatan bayi berhubungan dengan menyusui dan menggendong, mandi, memasang popok,

pakaian, perawatan pusing umbilical. Berikan informasi tertulis untuk orang tua yang menjadi rujukan setelah pulang.

Rasional: Meningkatkan pemahaman tentang prinsip-prinsip dan teknik perawatan bayi baru lahir, membantu mengembangkan ketrampilan orang tua sebagai pemberi perawatan (Doenges dan Moorhouse, 2001).

- 18) Diskusikan perilaku bayi baru lahir setelah periode pertama dan selama periode reaktivitas kedua

Rasional: Meningkatkan pemahaman tentang perilaku bayi. Setelah periode reaktivitas pertama bayi biasanya jauh tertidur lelap diikuti dengan periode kedua reaktivitas yang meliputi terbangun, regurgitasi mucus, gag, dan sering mengeluarkan feces mekonium pertama (Doenges dan Moorhouse, 2001).

- 19) Bantu orang tua dalam mempelajari tanda-tanda bahaya/distress pada bayi baru lahir/neonatus misalnya ngorok, retraksi, pernapasan cuping hidung, atau takipnea, menangis merintih, letargis, tidak mau menyusu, demam, bengkak pada tali pusat, kemerahan, ada keluar nanah), perhatikan bila mereka harus menghubungi pemberi layanan kesehatan.

Rasional: Menurunkan ansietas dan memberikan bimbingan untuk orang tua sehingga mereka tahu waktu yang tepat mencari bantuan (Doenges dan Moorhouse, 2001).

- 20) Timbang berat badan bayi. Bandingkan berat badan sekarang dengan berat badan saat pulang

Rasional: Kebutuhan nutrien berdasarkan berat badan atau penurunan berat badan menandakan keadeguan masukan (Doenges dan Moorhouse, 2001).

- 21) Instruksikan orang tua untuk cuci tangan sebelum memegang bayi.

Rasional: Meminimalkan introduksi bakteri dan penyebaran infeksi (Doenges dan Moorhouse, 2001).

- 22) Demonstrasikan cara perawatan tali pusat



Rasional: Meningkatkan pengetahuan ibu tentang perawatan tali pusat, menurunkan kemungkinan infeksi, meningkatkan pengeringan. Tali pusat harus lepas pada minggu kedua kehidupan (Doenges dan Moorhouse, 2001).

23) Mengajarkan ibu teknik menyusui yang baik dan benar

Rasional: Posisi menyusui dan pelekatan yang tidak tepat sangat berpengaruh terhadap proses menyusui (Doenges dan Moorhouse, 2001).

24) Anjurkan menghindari kontak dengan anggota keluarga atau pengunjung yang mengalami infeksi atau baru terpajan pada proses infeksi

Rasional: Neonatus lebih rentan bila dipajankan pada beberapa infeksi (Doenges dan Moorhouse, 2001).

Asuhan pada 1 minggu setelah pulang:

25) Timbang berat badan bayi dan bandingkan dengan berat badan lahir.

Rasional: Pertumbuhan bersifat individual tetapi kebanyakan bayi cukup bulan menambah berat badan dalam 10 – 14 hari sesudah lahir, penambahan yang tidak cukup menandakan risiko nutrisi (Doenges dan Moorhouse, 2001).

26) Jelaskan pentingnya menimbang berat badan bayi menyusui pada usia 2 minggu

Rasional: Evaluasi pada usia 2 minggu penting untuk mendeteksi kemungkinan kegagalan untuk bertumbuh atau penambahan berat badan lambat (Doenges dan Moorhouse, 2001).

27) Tinjau ulang pengetahuan orang tua tentang kebutuhan pemberian makan bayi. Observasi pemberian ASI, evaluasi teknik menyusui/posisi dan lama menyusui.

Rasional: Menyusui memerlukan waktu 20-30 menit, posisi yang tidak tepat saat menyusui dapat mempengaruhi proses menyusui yang bisa menyebabkan udara masuk ke saluran pencernaan dan menimbulkan masalah menyusui (Doenges dan Moorhouse, 2001).

- 28) Perhatikan frekuensi dan jumlah pemberian ASI/menyusui  
Rasional: Bayi menyusui tiap 2-3 jam dan ASI dapat dicerna dengan baik sehingga kebutuhan nutrisi serta cairan bayi terpenuhi (Doenges dan Moorhouse, 2001).
- 29) Kaji suhu dan nadi  
Rasional: Deteksi dini adanya penyimpangan (Doenges dan Moorhouse, 2001).
- 30) Anjurkan ibu untuk memberikan ASI saja sampai usia bayi 6 bulan tanpa makanan/minuman apapun, berikan ASI tiap 2-3 jam atau 8-12 kali sehari.  
Rasional: Penambahan makanan padat yang terlalu dini memperberat terjadinya kebiasaan makan yang buruk, kelebihan konsumsi makanan dan kegemukan bayi (Doenges dan Moorhouse, 2001).
- 31) Kaji tanda bahaya pada bayi baru lahir.  
Rasional: Tanda bahaya pada bayi baru lahir/neonatus dapat terjadi kapan saja dan dapat mengancam jiwa (Doenges dan Moorhouse, 2001).
- 32) Anjurkan untuk aktif ke posyandu setiap bulan  
Rasional: Membantu mendeteksi adanya penyimpangan dari pertumbuhan normal dan perkembangan serta menjamin intervensi dini bila ada penyimpangan (Doenges dan Moorhouse, 2001).

f. Melaksanakan Perencanaan

Melaksanakan perencanaan asuhan menyeluruh, perencanaan ini bisa dilakukan seluruhnya oleh bidan atau sebagian oleh wanita tersebut. Jika bidan tidak melakukan sendiri, ia tetap memikul tanggung jawab untuk mengarahkan pelaksanaannya (memastikan langkah - langkah benar – benar terlaksana). Bidan berkolaborasi dengan dokter dan keterlibatannya dalam manajemen asuhan bagi pasien yang mengalami komplikasi, bidan juga bertanggung jawab terhadap pelaksanaannya rencana asuhan bersama yang menyeluruh tersebut. Manajemen yang efisiensi akan

menyingkat waktu dan biaya serta meningkatkan mutu dari asuhan pasien (Sudarti, 2010).

g. Evaluasi

Langkah terakhir ini sebenarnya adalah merupakan pengecekan apakah rencana asuhan tersebut, yang meliputi pemenuhan kebutuhan akan bantuan, benar-benar telah diidentifikasi di dalam masalah dan diagnosa. Rencana tersebut dapat dianggap efektif dalam pelaksanaannya dan dianggap tidak efektif jika tidak efektif. Ada kemungkinan bahwa sebagian rencana tersebut telah efektif sedang sebagian tidak (Sudarti, 2010).

4. Konsep Dasar Asuhan Kebidanan Nifas

a. Pengumpulan Data Dasar

1) Data Subyektif

a) Biodata

Mengetahui biodata pasien, bidan dapat menanyakan nama isteri dan suami, umur isteri dan suami, agama isteri dan suami, pendidikan isteri dan suami, pekerjaan isteri dan suami, suku/ras suami dan isteri, alamat suami dan isteri (Sulistyawati, 2009).

b) Riwayat pasien

(1) Keluhan utama

Keluhan utama ditanyakan untuk mengetahui alasan pasien datang ke fasilitas pelayanan kesehatan, misalnya: ibu post partum normal ingin memeriksakan kesehatannya setelah persalinan (Sulistyawati.2009).

(2) Riwayat kebidanan

Data ini penting untuk diketahui oleh tenaga kesehatan sebagai data acuan jika pasien mengalami kesulitan post partum

(a) Menstruasi

Data ini memang tidak secara langsung berhubungan dengan masa nifas, namun dari data yang bidan peroleh bidan akan mempunyai gambaran tentang keadaan dasar dari organ

reproduksinya. Beberapa data yang harus bidan peroleh dari riwayat menstruasi, antara lain:

1. Menarche

Menarche adalah usia pertama mengalami menstruasi. Wanita Indonesia, umumnya sekitar 12-16 tahun (Sulistyawati, 2009).

2. Siklus

Siklus menstruasi adalah jarak antara menstruasi yang dialami dengan menstruasi berikutnya dalam hitungan hari. Biasanya sekitar 23-32 hari (Sulistyawati, 2009).

3. Volume

Data ini menjelaskan seberapa banyak darah menstruasi yang dikeluarkan. Kadang bidan akan kesulitan untuk mendapatkan data yang valid. Sebagai acuan, biasanya bidan menggunakan kriteria banyak, sedang dan sedikit. Jawaban yang diberikan oleh pasien biasanya bersifat subyektif, namun bidan dapat menggali informasi lebih dalam lagi dengan beberapa pertanyaan pendukung, misalnya sampai berapa kali ganti pembalut dalam sehari (Sulistyawati, 2009).

4. Keluhan

Beberapa wanita menyampaikan keluhan yang dirasakan ketika mengalami menstruasi, misalnya sakit yang sangat pening sampai pingsan, atau jumlah darah yang banyak, ada beberapa keluhan yang disampaikan oleh pasien dapat menunjuk kepada diagnosa tertentu (Sulistyawati, 2009).

(b) Gangguan kesehatan alat reproduksi

Data ini sangat penting untuk bidan gali karena dapat memberikan petunjuk kepada bidan tentang organ reproduksinya. Beberapa penyakit organ reproduksi yang berkaitan erat dengan personal higiene pasien atau kebiasaan lain yang tidak mendukung kesehatan reproduksinya. Jika

didapatkan adanya salah satu atau beberapa riwayat gangguan kesehatan alat reproduksi maka bidan harus waspada akan adanya kemungkinan gangguan kesehatan alat reproduksi pada masa post partum. Data yang perlu bidan gali dari pasien, yaitu apakah pasien pernah mengalami gangguan seperti keputihan, infeksi, gatal karena jamur atau tumor (Sulistyawati, 2009).

(c) Riwayat kehamilan, persalinan, nifas yang lalu

Mengetahui apa adanya riwayat obstetri yang jelek atau tidak dapat mencegaah adanya bahaya potensial yang mungkin terjadi pada kehamilan, persalinan, dan nifas sekarang (Sulistyawati, 2009).

(d) Riwayat persalinan sekarang

Pernyataan ibu mengenai proses persalinannya meliputi kala I sampai kala IV. Adakah penyulit yang menyertai lamanya proses persalinan, keadaan bayi saat lahir:

1. Jenis persalinan: Spontan / buatan/anjuran.
2. Penolong dan tempat persalinan: Memudahkan petugas untuk melakukan pengkajian apabila terjadi komplikasi pada masa nifas.
3. Penyulit pada ibu dan bayi: Mengetahui hal – hal yang membuat tidak nyaman dan dilakukan tindakan segera bila hasil pengawasan ibu ternyata ada kelainan.
4. Riwayat kelahiran bayi: berat badan waktu lahir, kelainan bawaan bayi, jenis kelamin.
5. Perineum luka: ruptur perineum termasuk yang perlu diawasi untuk menentukan pertolongan selanjutnya (Sulistyawati, 2009).

(3) Riwayat KB meliputi penggunaan alat kontrasepsi dan lamanya pemakaian (Sulistyawati, 2009).

(4) Riwayat kesehatan

Data penting tentang riwayat kesehatan pasien yang perlu bidan ketahui, yaitu apakah pasien pernah atau sedang menderita penyakit, seperti penyakit jantung, DM, Ginjal, Hipertensi /hipotensi atau hepatitis (Sulistyawati, 2009).

(5) Status perkawinan

Hal ini penting untuk bidan kaji karena dari data inilah bidan akan mendapatkan gambaran mengenai suasana rumah tangga pasangan. Beberapa pertanyaan yang dapat diajukan antara lain usia nikah pertama kali, status pernikahan syah atau tidak, lama pernikahan, ini adalah suami keberapa (Sulistyawati, 2009).

(6) Pola / data fungsional

(a) Nutrisi

Ibu nifas harus banyak mengkonsumsi makanan yang banyak mengandung protein, mineral dan vitamin karena penting untuk memulihkan dan meningkatkan kesehatan serta produksi ASI, porsi makan ibu nifas 2 kali lebih banyak dari pada porsi makan ibu sebelum hamil, makanan terdiri dari nasi, sayur, lauk pauk, serta dapat ditambah buah dan susu. Minum sedikitnya 2-3 liter air setiap hari (Sulistyawati, 2009).

(b) Istirahat

Setelah melahirkan klien membutuhkan istirahat dan tidur cukup untuk memulihkan kondisi setelah persalinan dan juga untuk kebutuhan persiapan menyusui dan perawatan bayi. Kebutuhan istirahat/tidur bagi ibu nifas  $\pm$  6-8 jam sehari (Sulistyawati, 2009).

(c) Aktivitas

Persalinan normal setelah 2 jam boleh melakukan pergerakan miring kanan dan kiri. Mobilitas dilakukan sesuai dengan keadaan ibu/ komplikasi yang terjadi (Sulistyawati, 2009).

(d) Eliminasi

Hari pertama dan kedua biasanya ibu akan sering buang air kecil, buang air besar akan terjadi kesulitan dalam 24 jam pertama setelah melahirkan. Bila buang air besar sulit anjurkan ibu mengkonsumsi makanan tinggi serta banyak minum, jika selama 3-4 hari masih bisa buang air besar dapat diberikan obat laksans rectal atau huknah (Sulistyawati, 2009).

(e) Kebersihan diri

Data ini harus perlu digali karena hal tersebut akan mempengaruhi kesehatan pasien dan bayinya. Jika pasien mempunyai kebiasaan yang kurang baik dalam perawatan kebersihan dirinya maka bidan harus dapat memberikan bimbingan cara perawatan kebersihan diri dan bayinya sedini mungkin. Beberapa kebiasaan yang dilakukan dalam perawatan kebersihan diri antara lain mandi, keramas, ganti baju dan celana dalam, kebersihan kuku (Sulistyawati, 2009).

(f) Seksual

Walaupun hal ini merupakan hal yang cukup privasi bagi pasien, namun bidan harus menggali data dari kebiasaan ini karena pernah terjadi beberapa kasus keluhan dalam aktivitas seksual yang cukup mengganggu pasien, namun ia tidak tahu harus berkonsultasi ke mana, dengan teknik komunikasi yang senyaman mungkin bagi pasien, bidan menanyakan hal – hal yang berkaitan dengan aktivitas seksual, misalnya frekuensi dan gangguan (Sulistyawati, 2009).

(7) Riwayat psikosial budaya

(a) Respon ibu dan keluarga terhadap kelahiran bayi

(b) Kesiapan ibu dan keluarga terhadap perawatan bayi

(c) Dukungan keluarga

(d) Hubungan ibu dan keluarga

(e) Bagaimana keadaan rumah tangganya harmonis/tidak, ada/tidak budaya pantang makan-makanan tertentu (Sulistyawati, 2009).

## 2) Pengkajian Data Obyektif

### a) Keadaan umum

Mengetahui data bidan perlu mengamati keadaan pasien secara keseluruhan. Hasil pengamatan akan bidan laporkan dengan kriteria:

#### (1) Baik

Pasien dimasukkan dalam kriteria ini jika pasien memperlihatkan respon yang baik terhadap lingkungan dan orang lain, serta secara fisik pasien tidak mengalami ketergantungan dalam berjalan (Sulistyawati, 2009).

#### (2) Lemah

Pasien dimasukkan dalam kriteria ini jika kurang atau tidak memberikan respon yang baik terhadap lingkungan dan orang lain, serta pasien sudah tidak mampu lagi untuk berjalan sendiri (Sulistyawati, 2009).

### b) Kesadaran

Mendapatkan gambaran tentang kesadaran pasien, bidan dapat melakukan pengkajian derajat kesadaran pasien dari keadaan composmentis (kesadaran maksimal) sampai dengan coma (pasien tidak dalam keadaan sadar) (Sulistyawati, 2009).

### c) Tanda vital normalnya: tekanan darah: 100/60 -130/60 mmHg, nadi: 70 – 90 x/menit, suhu: 36 – 37 °c, nafasan: 16-24 x/menit (Sulistyawati, 2009).

### d) Pemeriksaan fisik

(1) Kepala meliputi warna rambut, kebersihan, rambut mudah rontok atau tidak

(2) Telinga meliputi kebersihan telinga, gangguan pendengar

(3) Mata meliputi *konjungtiva*, *sklera*, kebersihan mata, kelainan mata, dan gangguan penglihatan

(4) Hidung meliputi kebersihan, *polip* dan alergi debu



- (5) Mulut meliputi warna bibir, integritas jaringan (lembab, kering atau pecah - pecah), warna lidah, kebersihan lidah, kebersihan gigi dan karies gigi serta gangguan pada mulut (bau mulut)
- (6) Leher meliputi pembesaran kalenjar limfe, tidak ada pembendungan *vena jugularis*
- (7) Dada meliputi bentuk dada, simetris / tidak
- (8) Payudara meliputi bentuk, gangguan, ASI, keadaan puting, kebersihan
- (9) Perut meliputi bentuk, *striae*, *kontraksi uterus* dan TFU
- (10) Ekstremitas terdiri dari ekstremitas atas gangguan/ kelainan, dan bentuk, ekstremitas bawah meliputi bentuk, *oedema*, varises.
- (11) Genital meliputi kebersihan, pengeluaran pervaginam, keadaan luka jahitan, tanda –tanda infeksi vagina
- (12) Anus meliputi *haemoroid* dan kebersihan anus
- (13) Data penunjang meliputi kadar Hb, Hmt (haematokrit), kadar leukosit, dan golongan darah (Sulistyawati, 2009).

b. Interpretasi Data Dasar

- 1) Langkah ini diagnosa yang ditegakkan oleh bidan dalam lingkup praktek kebidanan dan memenuhi standar nomenklatur diagnosa kebidanan.
- 2) Masalah meliputi payudara tegang, terasa keras dan terasa nyeri, ada nyeri luka perineum, puting susu lecet
- 3) Kebutuhan meliputi kegiatan yang mencakup tujuan dan langkah-langkah yang akan dilakukan bidan dalam melakukan intervensi untuk memecahkan masalah pasien/klien (Sulistyawati 2009).

c. Mengidentifikasi Diagnosa Atau Masalah Potensial

Langkah ini, bidan mengidentifikasi masalah atau diagnosa potensial lain berdasarkan rangkaian masalah yang lain juga. Langkah ini membutuhkan antisipasi dan bila memungkinkan akan dilakukan pencegahan. Sambil mengamati pasien, bidan diharapkan dapat bersiap-siap bila diagnosa atau masalah potensial benar-benar terjadi (Sulistyawati, 2009).

d. Mengidentifikasi dan Menetapkan Kebutuhan Yang Memerlukan Penanganan Segera

Pelaksanaannya bidan kadang dihadapkan pada beberapa situasi yang darurat, yang menurut bidan harus segera melakukan tindakan penyelamatan terhadap pasien. Kadang bidan dihadapkan pada situasi pasien yang memerlukan tindakan segera padahal sedang menunggu instruksi dokter, bahkan mungkin juga situasi pasien yang memerlukan konsultasi dengan tim kesehatan lainnya (Sulistyawati, 2009).

e. Merencanakan Asuhan Yang Menyeluruh

Langkah ini direncanakan asuhan yang menyeluruh berdasarkan langkah sebelumnya. Semua perencanaan yang dibuat harus berdasarkan pertimbangan yang tepat, meliputi pengetahuan, teori up to date, serta divalidasikan dengan asumsi mengenai apa yang diinginkan dan tidak diinginkan oleh pasien. Dalam menyusun perencanaan, sebaiknya pasien dilibatkan karena pada akhirnya pengambilan keputusan dilaksanakannya suatu rencana asuhan ditentukan oleh pasien sendiri (Sulistyawati, 2009).

1) Kaji tekanan darah dan nadi

Rasional: Risiko *hemoragi pascapartum* menetap sampai 28 hari setelah kelahiran, kemungkinan penyebab *hemoragi* meliputi ketidak adekuatan kontraksi *miometrium (atonia uterus)*, retensi jaringan *plasenta*, dan laserasi jalan lahir. *Hipotensi* dan *takikardia* dapat menunjukkan *hipovolemia* (Doenges dan Moorhouse, 2001).

2) Diskusikan perubahan *involsi* normal dan tanda *subinvolsi*

Rasional: Klien harus mampu mengidentifikasi tanda *hemoragi* dan melakukan intervensi yang tepat bila terjadi perdarahan berlebihan (Doenges dan Moorhouse, 2001).

3) Kaji sifat nyeri tekan *uterus*/derajat ketidaknyamanan

Rasional: Selama 12 jam pertama *pascapartum* kontraksi uterus kuat dan regular, dan ini berlanjut selama 2-3 hari selanjutnya, meskipun frekuensi dan intensitasnya berkurang. Membantu mengidentifikasi factor-faktor

yang memperberat ketidaknyamanan/nyeri (Doenges dan Moorhouse, 2001).

4) Anjurkan ibu untuk mobilisasi dini

Rasional: Meningkatkan sirkulasi, meningkatkan kerja usus, mempercepat pemulihan dan ibu merasa lebih sehat serta kuat (Doenges dan Moorhouse, 2001).

5) Perhatikan TFU

Rasional: Kegagalan fundus untuk *involsi* sebagaimana mestinya, (harus berada pada *simpisis*) dihubungkan dengan peningkatan aliran melalui *vagina* (Doenges dan Moorhouse, 2001).

6) Anjurkan penggunaan teknik pernapasan/relaksasi

Rasional: Meningkatkan rasa control dan dapat dan dapat menurunkan beratnya ketidaknyamanan berkenaan dengan kontraksi dan *masase fundus* (Doenges dan Moorhouse, 2001).

7) Anjurkan ibu untuk menyusui awal

Rasional: Proses menyusui dapat membantu rahim berkontraksi untuk mengurangi pengeluaran darah (Doenges dan Moorhouse, 2001).

8) Ajarkan ibu cara merawat payudara

Rasional: Masalah menyusui dapat terjadi karena kurangnya perawatan payudara pada masa nifas (Doenges dan Moorhouse, 2001).

9) Gunakan bra penyokong

Rasional: Menyokong dan mengangkat payudara.

10) Tinjau ulang kadar *hemoglobin* (Hb) darah pada waktu melahirkan. Catat tanda-tanda *anemia* (Misalnya: kelelahan, pusing, pucat) (Doenges dan Moorhouse, 2001).

11) Berikan informasi tentang makanan pilihan tinggi protein, vitamin c, dan zat besi. Anjurkan klien untuk minum lebih kurang 3 liter sehari.

Rasional: Protein membantu meningkatkan penyembuhan dan regenerasi jaringan baru dan mengatasi kehilangan bayi pada waktu melahirkan. Zat besi perlu untuk sintesis *hemoglobin*, vitamin C memfasilitasi *absorpsi* besi dan perlu untuk sintesis dinding sel. Peningkatan cairan membantu

mencegah stasis urine dan masalah ginjal (Doenges dan Moorhouse, 2001).

- 12) Tingkatkan tidur dan istirahat.

Rasional: Menurunkan laju metabolisme dan memungkinkan nutrisi dan oksigen digunakan untuk proses pemulihan dari pada untuk kebutuhan energy (Doenges dan Moorhouse, 2001).

- 13) Berikan informasi mengenai hygiene dan perawatan perineal (Cuci tangan, mandi, ganti pembalut, teknik membersihkan daerah genital).

Rasional: Membantu memfasilitasi otonomi, mencegah infeksi dan membantu penyembuhan (Doenges dan Moorhouse, 2001).

- 14) Berikan antibiotika spektrum luas.

Rasional: Mencegah infeksi dari penyebaran ke jaringan sekitar atau aliran darah (Doenges dan Moorhouse, 2001).

- 15) Beri klien tablet besi dan vitamin c dengan dosis satu tablet setiap hari.

Rasional: Membantu memperbaiki kadar Hb yang diperlukan untuk transport oksigen dan meningkatkan pemulihan, membantu mengatasi defisiensi nutrisi yang memperberat perasaan kelelahan berlebihan dan ketidakadekuatan kadar energy (Doenges dan Moorhouse, 2001).

- 16) Anjurkan klien untuk berkemih 6-8 jam *pasca partum* dan setiap 4 jam setelahnya. Bila memungkinkan klien jalan sendiri ke kamar mandi.

Rasional: Kandung kemih penuh mengganggu motalitas dan *invulusi* dan meningkatkan aliran *lochea*. Distensi berlebihan kandung kemih dalam waktu lama dapat merusak dinding kandung kemih dan mengakibatkan *atoni* (Doenges dan Moorhouse, 2001).

- 17) Diskusikan memulai hubungan sexual lagi dan rencana-rencana kontrasepsi. Informasikan metode yang tersedia.

Rasional: Hubungan sexual dapat dilakukan kembali setelah darah merah berhenti, nyeri tidak dirasakan ketika satu jari dimasukan ke dalam jalan lahir serta ibu sudah nyaman dan pemulihan telah mengalami kemajuan. Pasangan mungkin perlu mengklarifikasi ketersediaan metode-metode

kontrasepsi dan kenyataan bahwa kehamilan dapat terjadi bahkan pada kunjungan 6 minggu (Doenges dan Moorhouse, 2001).

- 18) Anjurkan klien pada latihan pengencangan otot yang tepat misalnya, latihan kegel.

Rasional: Membantu menguatkan dan menegangkan otot perineum serta memperbaiki kontrol aliran urine (Doenges dan Moorhouse, 2001).

- 19) Kuatkan kunjungan lanjutan/ulangan.

Rasional: Kunjungan lanjutan perlu untuk mengevaluasi pemulihan organ reproduksi, pemulihan luka perineum, kesejahteraan umum, dan adaptasi terhadap perubahan hidup (Doenges dan Moorhouse, 2001).

f. Melaksanakan Perencanaan

Langkah ini rencana asuhan menyeluruh seperti yang telah diuraikan pada langkah kelima dilaksanakan secara efisien dan aman. Realisasi dari perencanaan dapat dilakukan oleh bidan, pasien, atau anggota keluarga yang lain. Bidan tidak melakukannya sendiri ia tetap memikul tanggung jawab atas terlaksananya seluruh perencanaan, dalam situasi ketika bidan harus berkolaborasi dengan dokter, misalnya karena pasien mengalami komplikasi, bidan masih tetap bertanggung jawab terhadap terlaksananya rencana asuhan bersama tersebut. Manajemen yang efisiensi akan menyingkat waktu, biaya, dan meningkatkan mutu asuhan, dalam pelaksanaan peran bidan termasuk dalam tindakan mandiri, kolaborasi, tindakan pengawasan pelaksanaan dan pendidikan/penyuluhan (Sulistyawati, 2009).

g. Evaluasi

Mengetahui sejauh mana keberhasilan asuhan yang bidan berikan kepada pasien, bidan mengacu pada beberapa pertimbangan antara lain :

1) Tujuan asuhan kebidanan

- a) Meningkatkan, mempertahankan, dan mengembalikan kesehatan
- b) Memfasilitasi ibu untuk merawat bayinya dengan rasa aman dan penuh percaya diri

- c) Memastikan pola menyusui yang mampu meningkatkan perkembangan bayi
- d) Menyakinkan ibu dan pasangannya untuk mengembangkan kemampuan mereka sebagai orang tua dan untuk mengembangkan kemampuan mereka sebagai orang tua dan untuk mendapatkan pengalaman berharga sebagai orang tua
- e) Membantu keluarga untuk mengidentifikasi dan memenuhi kebutuhan mereka, serta mengembangkan tanggung jawab terhadap kesehatannya sendiri (Sulistyawati, 2009).

## 2) Efektivitas tindakan untuk mengatasi masalah

Melakukan evaluasi seberapa efektif tindakan dan asuhan yang bidan berikan kepada pasien, bidan perlu mengkaji respon pasien dan peningkatan kondisi yang bidan targetkan pada saat penyusunan perencanaan. Hasil pengkajian ini akan bidan jadikan sebagai acuan dalam pelaksanaan asuhan berikutnya (Sulistyawati, 2009).

## 3) Hasil asuhan

Hasil asuhan merupakan bentuk konkrit dari perubahan kondisi pasien dan keluarga yang meliputi pemulihan kondisi pasien, peningkatan kesejahteraan emosional, peningkatan pengetahuan, kemampuan pasien mengenai perawatan diri dan bayinya, serta peningkatan kemandirian pasien dan keluarga dalam memenuhi kebutuhan kesehatannya (Sulistyawati, 2009).

## 5. Keluarga Berencana

### a. Pengumpulan Data Dasar

#### 1) Data Subyektif

##### a) Biodata pasien.

- (1) Nama: Nama jelas dan lengkap, bila berlu nama panggilan sehari-hari agak tidak keliru dalam memberikan penanganan.
- (2) Umur: Umur yang ideal (usia reproduksi sehat) adalah umur 20-35 tahun, dengan resiko yang makin meningkat bila usia di bawah 20 tahun alat-alat reproduksi belum matang, mental dan psikisnya belum

siap, sedangkan usia di atas 35 tahun rentan sekali dengan masalah kesehatan reproduksi.

- (3) Agama: Agama pasien untuk mengetahui keyakinan pasien tersebut untuk membimbing atau mengarahkan pasien dalam berdoa.
  - (4) Suku/bangsa: Suku pasien berpengaruh pada ada istiadat atau kebiasaan sehari-hari.
  - (5) Pendidikan: Pendidikan pasien berpengaruh dalam tindakan kebidanan dan untuk mengetahui sejauh mana tingkat intelektualnya, sehingga bidan dapat memberikan konseling sesuai dengan pendidikannya.
  - (6) Pekerjaan: Pekerjaan pasien berpengaruh pada kesehatan reproduksi, misalnya: Bekerja dipabrik rokok, petugas rontgen.
  - (7) Alamat: Alamat pasien dikaji untuk mempermudah kunjungan rumah bila diperlukan (Ambarwati dan Wulandari, 2009).
- b) Kunjungan saat ini: (V) Kunjungan pertama (V) Kunjungan ulang (Ambarwati dan Wulandari, 2009).
- c) Keluhan utama: Keluhan utama dikaji untuk mengetahui keluhan yang dirasakan pasien saat ini (Maryunani, 2009).
- d) Riwayat perkawinan: Perlu dikaji adalah untuk mengetahui status perkawinan syah atau tidak, sudah berapa lama pasien menikah, berapa kali menikah, berapa umur pasien dan suami saat menikah, sehingga dapat diketahui pasien masuk dalam *invertilitas sekunder* atau bukan (Ambarwati dan Wulandari, 2009).
- e) Riwayat menstruasi: Dikaji haid terakhir, *manarche* umur berapa. Siklus haid, lama haid, sifat darah haid, *disminorhoe* atau tidak, *flour albus* atau tidak (Ambarwati dan Wulandari, 2009).
- f) Riwayat kehamilan persalinan dan nifas yang lalu. Jika ibu pernah melahirkan apakah memiliki riwayat kelahiran normal atau patologis, berapa kali ibu hamil, apakah pernah abortus, jumlah anak, cara persalinan yang lalu, penolong persalinan, keadaan nifas yang lalu (Ambarwati dan Wulandari, 2009).

g) Riwayat kontrasepsi yang digunakan. Mengetahui apakah ibu sudah menjadi akseptor lain sebelum menggunakan alat kontrasepsi yang sekarang dan sudah berapa lama menjadi akseptor tersebut (Ambarwati dan Wulandari, 2009).

h) Riwayat kesehatan:

- (1) Penyakit sistemik yang pernah atau sedang diderita: untuk mengetahui apakah pasien pernah menderita penyakit yang memungkinkan tidak bisa menggunakan metode kontrasepsi tertentu.
- (2) Penyakit yang pernah atau sedang diderita keluarga: untuk mengetahui apakah keluarga pasien pernah menderita penyakit keturunan.
- (3) Riwayat penyakit ginekologi: untuk mengetahui pernah menderita penyakit yang berhubungan dengan alat reproduksi (Ambarwati dan Wulandari, 2009).

i) Pola pemenuhan kebutuhan sehari-hari

- (1) Pola nutrisi: Menggambarkan tentang pola makan dan minum, frekuensi, banyaknya, jenis makanan, dan makanan pantangan, atau terdapatnya alergi.
- (2) Pola eliminasi: Mengetahui tentang buang air kecil dan buang air besar, baik frekuensi dan pola sehari-hari.
- (3) Pola aktifitas: Menggambarkan pola aktifitas pasien sehari-hari, yang perlu dikaji pola aktifitas pasien terhadap kesehatannya.
- (4) Istirahat/tidur: Mengetahui pola tidur serta lamanya tidur.
- (5) Seksualitas: Perlu dikaji apakah ada keluhan atau gangguan dalam melakukan hubungan seksual.
- (6) *Personal hygiene*: Perlu dikaji apakah mandi berapa kali, gosok gigi, keramas, bagaimana kebersihan lingkungan apakah memenuhi syarat kesehatan (Ambarwati dan Wulandari, 2009).

j) Keadaan psiko sosial spiritual.

- (1) Psikologi: Perlu dikaji apakah keadaan psikologi ibu berhubungan dengan hubungan pasien dengan suami, keluarga, dan tetangga, dan



bagaimana pandangan suami dengan alat kontrasepsi yang dipilih, apakah mendapatkan dukungan atau tidak.

- (2) Sosial: Perlu dikaji adalah bagaimana pandangan masyarakat terhadap alat kontrasepsi.
- (3) Spiritual: Apakah agama melarang penggunaan kontrasepsi tertentu (Ambarwati dan Wulandari, 2009).

## 2) Data Obyektif

### a) Pemeriksaan fisik

- (1) Keadaan umum: Dilakukan untuk mengetahui keadaan umum kesehatan klien (Handayani, 2010).
- (2) Tanda vital
  - (a) Tekanan darah: Tenaga yang digunakan darah untuk melawan dinding pembuluh normalnya, tekanan darah 110-130 MmHg (Handayani, 2010).
  - (b) Nadi: Gelombang yang diakibatkan adanya perubahan pelebaran (*Vasodilatasi*) dan penyempitan (*Vasokonstriksi*) dari pembuluh darah arteri akibat kontraksi vertikal melawan dinding *aorta*, normalnya nadi 60-80x/menit (Handayani, 2010).
  - (c) Pernapasan: Suplai oksigen ke sel-sel tubuh dan membuang CO<sub>2</sub> keluar dari sel tubuh, normalnya 20-30x/menit (Handayani, 2010).
  - (d) Suhu: Derajat panas yang dipertahankan oleh tubuh dan diatur oleh hipotalamus (dipertahankan dalam batas normal 37,5-38<sup>0</sup>c) (Handayani, 2010).
- (3) Berat badan: Mengetahui berat badan pasien sebelum dan sesudah menggunakan alat kontrasepsi.
- (4) Kepala: Pemeriksaan dilakukan inspeksi dan palpasi, dilakukan dengan memperhatikan bentuk kepala abnormal, distribusi rambut bervariasi pada setiap orang, kulit kepala dikaji dari adanya peradangan, luka maupun tumor.

- (5) Mata: Mengetahui bentuk dan fungsi mata teknik yang digunakan inspeksi dan palpasi, mata yang diperiksa simetris apa tidak, kelopak mata cekung atau tidak, *konjungtiva anemis* atau tidak, *sklera ikterik* atau tidak.
- (6) Hidung: Diperiksa untuk mengetahui ada *polip* atau tidak.
- (7) Mulut: Mengetahui apakah ada *stomatitis* atau tidak, ada caries dentis atau tidak.
- (8) Telinga: Diperiksaa untuk mengetahui tanda infeksi ada atau tidak, seperti OMA.
- (9) Leher: Apakah ada pembesaran kelenjar limfe dan tyroid?
- (10)Ketiak: Apakah ada pembesaran kelenjar limfe ataaau tidak?
- (11)Dada: Dikaji untuk mengetahui dada simetris atau tidak, ada retraksi respirasi atau tidak. Payudara: Dikaji untuk mengetauai apakah ada kelainan pada bentuk payudara seperti benjolan abnormal atau tidak?
- (12)Abdomen: Mengkaji adanya distensi, nyeri tekan dan adanya massa, apakah ada pembesaran dan kosistensi, apakah ada bekas operasi pada daerah *abdomen* atau tidak.
- (13)Pinggang: Mengetahui adanya nyeri tekan waktu diperiksa atau tidak.
- (14)Genitalia: Dikaji apakah adanya *kandilomakuminata*, dan diraba adanya infeksi kelenjar bartolini dan skiene atau tidak.
- (15)Anus: Apakah pada saat inspeksi ada *haemoroid* atau tidak?
- (16)Ekstremitas: Diperiksa apakah varices atau tidak, ada *oedema* atau tidak.

b) Pemeriksaan penunjang: Dikaji untuk menegakan diagnosa (Handayani, 2010).

#### b. Interpretasi Data Dasar

Interpretasi dibentuk dari data dasar, dalam hal ini dapat berupa diagnosa kebidanan, masalah, dan keadaan pasien.

##### 1) Diagnosa kebidanan.

Diagnosa yang dapat ditegakkan berhubungan dengan *Para, Abortus*, Umur ibu dan kebutuhan. Dasar dari diagnosa tersebut:

- a) Pernyataan pasien mengenai identitas pasien.
- b) Pernyataan mengenai jumlah persalinan.
  - (1) Pernyataan pasien mengenai pernah atau tidak mengalami *abortus*.
  - (2) Pernyataan pasien mengenai kebutuhannya.
  - (3) Pernyataan pasien mengenai keluhan.
- c) Hasil pemeriksaan: Pemeriksaan keadaan umum pasien, status emosional pasien, pemeriksaan keadaan pasien, dan pemeriksaan tanda vital (Wahyuni, 2011).

2) Masalah

3) Kebutuhan

4) Masalah potensial

5) Kebutuhan tindakan segera berdasarkan kondisi klien

c. Mengidentifikasi Diagnosa Atau Masalah Potensial

Mengidentifikasi masalah atau diagnosa potensial lainnya berdasarkan masalah yang sudah ada adalah suatu bentuk antisipasi, pencegahan apabila perlu menunggu dengan waspada dan persiapan untuk suatu pengakhiran apapun. Langkah ini sangat vital untuk asuhan yang aman (Wahyuni, 2011).

d. Mengidentifikasi dan Menetapkan Kebutuhan Yang Memerlukan Penanganan Segera.

Mengidentifikasi perlunya penanganan segera oleh bidan atau dokter atau untuk dikonsultasikan atau ditangani bersama dengan anggota tim kesehatan yang lain sesuai dengan kondisi klien (Wahyuni, 2011).

e. Merencanakan Asuhan Yang Menyeluruh

Membuat rencana tindakan saat ini atau yang akan datang untuk mengupayakan tercapainya kondisi pasien yang mungkin atau menjaga/mempertahankan kesejahteraannya berupa perencanaan, apa yang dilakukan dan evaluasi berdasarkan diagnosa. Evaluasi rencana di dalamnya

termasuk asuhan mandiri, kolaborasi, test diagnostik/ laboratorium, konseling dan follow up (Wahyuni, 2011).

f. Melaksanakan Perencanaan

Melaksanakan perencanaan asuhan menyeluruh. Perencanaan ini bisa dilakukan seluruhnya oleh bidan atau sebagian oleh wanita tersebut. Jika bidan tidak melakukan sendiri, ia tetap memikul tanggung jawab untuk mengarahkan pelaksanaannya (memastikan langkah - langkah benar – benar terlaksana). Dalam situasi dimana bidan berkolaborasi dengan dokter dan keterlibatannya dalam manajemen asuhan bagi pasien yang mengalami komplikasi, bidan juga bertanggung jawab terhadap pelaksanaannya rencana asuhan bersama yang menyeluruh tersebut. Manajemen yang efisiensi akan menyingkat waktu dan biaya serta meningkatkan mutu dari asuhan pasien (Sudarti, 2010).

g. Evaluasi

Langkah terakhir ini sebenarnya adalah merupakan pengecekan apakah rencana asuhan tersebut, yang meliputi pemenuhan kebutuhan akan bantuan, benar-benar telah diidentifikasi di dalam masalah dan diagnosa. Rencana tersebut dapat dianggap efektif dalam pelaksanaannya dan dianggap tidak efektif jika tidak efektif. Ada kemungkinann bahwa sebagian rencana tersebut telah efektif sedang sebagian tidak (Sudarti, 2010)



## 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. H.N DI PUSKESMAS NAGI TANGGAL 24 APRIL S/D 09 JUNI 2019”.

#### B. Lokasi dan Waktu

Tabel 12 Lokasi dan Waktu Kegiatan

No	Lokasi	Waktu	Kegiatan
1	Puskesmas Nagi	24 - 04-2019	Rencana pengambilan kasus untuk LTA
2	Puskesmas Nagi	24 - 04-2019	Penentuan kasus untuk LTA
3	Puskesmas Nagi dan rumah ibu hamil	24 - 04 s/d 09 - 09-2019	Pemberian asuhan kebidanan berkelanjutan (kehamilan, persalinan, BBL, nifas, dan KB) pada kasus LTA
4	Puskesmas Nagi	24-04-2019 s/d 09 – 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 Nagi Kecamatan Larantuka Kabupaten Flores Timur periode April sampai dengan Juni 2019.

#### 2. Sampel

Dalam penulisan studi kasus ini yang menjadi sampel adalah Ny. H.N umur 25 tahun GIIP1A0AH1 usia kehamilan 39 minggu 1 hari di Puskesmas Nagi, Kecamatan Larantuka Kabupaten Flores 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 Liliba (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 surgis* 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 Nagi terletak di Kecamatan Larantuka Kabupaten Flores Timur. Puskesmas Nagi merupakan salah satu Puskesmas Rawat Jalan dan Rawat Inap yang ada di Kabupaten Flores Timur, Batas wilayah kerja Puskesmas Nagi sebagai berikut:

1. Sebelah Timur berbatasan dengan puskesmas Waimana
2. Sebelah Barat berbatasan dengan puskesmas Oke
3. Sebelah Utara berbatasan dengan Puskesmas Lewolema
4. Sebelah Selatan berbatasan dengan Laut

Puskesmas Nagi 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, PolimUmum, Farmasi, Poli TB, MTBS, Gizi, Kesling.

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 Nagi yaitu, berstatus PNS: bidan 44 orang, perawat 15 orang, dokter umum 2 orang, dokter gigi 1 orang, analis 3 orang, sanitarian 3 orang, nutrisisionis 3 orang, kesehatan masyarakat 2 orang, apoteker 3 orang, perawat gigi 2 orang, D3 pengawas obat dan makanan 0 orang, refraksionis optisi 0 orang, teknik elektronik medik 0 orang, Pekaria kesehatan 0 orang, non kesehatan 2 orang, dan berstatus tenaga sukarela: bidan 40 orang, perawat 30 orang, FKM 1 orang, perawat gigi 2

## B. Tinjauan Kasus

Studi Kasus Asuhan Kebidanan Berkelanjutan pada Ny. H.N umur 25 tahun G1P1A0AH1 usia kehamilan 38 minggu 4 hari Janin Hidup Tunggal Letak Kepala *Intra Uterin* Keadaan Jalan Lahir Normal Keadaan Ibu dan Janin Baik di Puskesmas Nagi Tanggal 24 April sampai 09 Juni 2019.

Hari/ tanggal: Selasa, 24 April 2019

Pukul : 10.30 WITA

Tempat : Puskesmas Nagi

No. CM: 011260.20

### 1. Pengumpulan Data Dasar

#### a. Data Subyektif

##### 1) Biodata

Nama: Ny. H.N

Nama Suami: Tn. S.R.

Umur : 25 tahun

Umur : 25 tahun

Suku/Bangsa: Flores/ Indonesia

Suku/Bangsa: Flores/ Indonesia

Agama : Katolik

Agama : Katolik

Pendidikan: SMP

Penidikan: SMA

Pekerjaan: IRT

Pekerjaan: Tani

Penghasilan: -

Penghasilan: ≤ Rp. 1.000.000,-

Alamat rumah: Larantuka

Alamat rumah: larantuka

2) Keluhan Utama: ibu mengatakan datang untuk memeriksakan kehamilannya yang kesepuluh sesuai jadwal pemeriksaan dengan nyeripada pinggang.

3) Riwayat keluhan utama: tidak ada

4) 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

5) Riwayat Perkawinan

Ibu mengatakan status perkawinan sudah menikah sejak umur 28 tahun

Lamanya perkawinan 3 tahun.

6) Riwayat kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu

NO	HAMIL		PERSALINAN					NIFAS	KB
	UK	Penyulit	Jenis	Penolong	Tempat	JK	BB	Penyakit	
1	9 bln	-	Normal	Bidan	Puskesmas nagi	Pr	2,900	-	-
2	Ini	GII, PI, A0, AHI							

7) Riwayat kehamilan sekarang

(1) HPHT: 29 – 07 – 2018

(2) ANC:

Ibu mengatakan pemeriksaan kehamilan pertama kali dilakukan pada usia kehamilan 12 minggu di Puskesmas Nagi, pemeriksaan kehamilan sudah dilakukan sebanyak 10 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 12 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: sudah mendapat imunisasi TT 1 pada tanggal 9 Nopember 2018 dan TT 2 pada tanggal 10 Desember 2018, di Puskesmas Nagi.

(4) Berat badan sebelum hamil: 40 kg.

#### 8) Riwayat Kontrasepsi

Ibu mengatakan pernah mengikuti kontrasepsi Implant

#### 9) 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.

#### 10) 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.

#### 11) Keadaan Psikososial

a) Respon ibu dan keluarga terhadap kehamilan: Ibu mengatakan sejak awal 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 Nagi dan ditolong oleh Bidan/ dokter.

- d) Beban kerja dan kegiatan sehari – hari: Ibu mengatakan melakukan pekerjaan rumah tangga, dan mengurus anak.
  - 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.
- 12) 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) Kepercayaan yang berhubungan dengan persalinan dan nifas: Ibu mengatakan kepercayaan dalam keluarga setelah melahirkan mandi dan cebok menggunakan air hangat.
  - d) Pola kebiasaan sehari – hari

Tabel 13 pola kebiasaan sehari-hari

	Sebelum Hamil	Selama Hamil
Pola Nutrisi	Makan: Jenis makanan pokok: nasi Porsinya: 1piring tiap kali makan.	Makan: Jenis makanan pokok: nasi. porsinya: 1,5 piring tiap kali makan.

	<p>Frekuensi: 3 x/ hari.</p> <p>Lauk pauk: sayuran (bayam, kangkung, sawi, wortel), lauk (tahu, tempe, ikan, telur).</p> <p>Minum susu: 3-4 kali seminggu (tidak rutin tiap hari)</p> <p>air putih: &gt; 10 gelas / hari.</p>	<p>Frekuensi: 3-4 x/ hari.</p> <p>lauk pauk: sayuran(kelor, bayam, kangkung, toge, s daun ubi, wortel), lauk ikan, tahu, tempe, daging).</p> <p>num susu: minum susu prenagen dan susu kedele selang-seling 1-2 gelas tiap hari sejak hamil 5 bulan.</p> <p>r putih: &gt; 10 gelas/ hari.</p>
--	---	---

	Sebelum Hamil	Selama Hamil
Pola Eliminasi	<p>Buang air besar:</p> <p>Frekuensi: 1x/ hari</p> <p>Konsistensi: lunak</p> <p>Warna: kuning</p> <p>Buang air kecil:</p> <p>Frekuensi: 4-5 x/ hari</p> <p>Warna: kuning jernih</p> <p>Keluhan: tidak ada</p>	<p>Buang air besar:</p> <p>Frekuensi: 2 hari sekali</p> <p>Konsistensi: Lunak</p> <p>Warna: Kuning</p> <p>Buang air kecil:</p> <p>Frekuensi: 6-7 x/ hari</p> <p>Warna: kuning jernih</p> <p>Keluhan: tidak ada</p>
Pola Seksual	<p>Frekuensi: 1 kali saja</p>	<p>Frekuensi: 1-2 x/ minggu</p> <p>Keluhan: tidak ada</p>
Personal Hygiene	<p>Mandi: 2x/ hari</p> <p>Keramas: 3x/ minggu</p> <p>Gosok gigi: 2x/ hari</p> <p>Ganti pakaian dalam 2x/hari</p> <p>ganti pakaian luar: 1x/ hari</p> <p>Kebersihan payudara: saat mandi dibersihkan</p>	<p>Mandi: 2x/ hari</p> <p>Keramas: 3x/ minggu</p> <p>Gosok gigi: 2x/h ari</p> <p>ganti pakaian dalam: 3x/ hari</p> <p>Ganti pakaian luar: 1x/ hari</p> <p>Kebersihan payudara: saat mandi dibersihkan menggunakan sabun mandi</p>



	menggunakan sabun mandi	
Pola Istirahat dan Tidur	Tidur siang: 1 jam/ hari Tidur malam: 8 jam/ hari	Tidur siang: 1 jam/ hari Tidur malam: 8 jam/ hari Keluhan: tidak ada
Pola Aktifitas	Melakukan pekerjaan rumah seperti memasak dan cuci pakaian dan mengurus anak.	Melakukan pekerjaan rumah seperti memasak, mengurus anak. Pekerjaan rumah dibantu oleh keluarga.

b. Data Obyektif

- 1) Tafsiran Persalinan: 05 - 05 - 2019
- 2) Pemeriksaan Fisik Umum
  - a) Keadaan umum: baik
  - b) Kesadaran: *composmentis*
  - c) Berat badan sekarang: 48 kg
  - 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* Merah muda, *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* (28 cm), 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 (1/5) bagian kepala janin telah memasuki pintu atas panggul (convergent).

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

(a) Frekuensi: 12-13-12 (148x/ 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.

4) Pemeriksaan penunjang : Tidak dilakukan

## II. Interpretasi Data Dasar

Diagnosa	Data Dasar
<p>GIIP1A0AH1 hamil</p> <p>38 minggu 4 hari</p> <p>janin hidup</p> <p>tunggal letak</p> <p>kepala intra</p> <p>uterin keadaan</p> <p>ibu dan janin</p> <p>baik</p>	<p>DS :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Ibu mengatakan hamil anak ke-2, tidak pernah keguguran, hamil 9 bulan, ibu merasakan gerakan janin sejak umur kehamilan 4 bulan.</li> <li>2) Hari pertama haid terakhir: 29-07-2019</li> <li>3) Ibu mengatakan pemeriksaan kehamilannya yang pertama kali saat umur kehamilan 12 minggu, berat badan sebelum hamil 40 kg</li> <li>4) Ibu mengatakan awalnya kehamilan ini direncanakan.</li> <li>5) Keluarga dan suami mendukung kehamilan ini dengan memberikan suport dan selalu mendampingi ibu setiap kali melakukan pemeriksaan kehamilannya.</li> </ol> <p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Data dari KMS ibu ditemukan pemeriksaan kehamilan pertama (KI) pada tanggal 24-10-2018 di Puskesmas Nagi, dengan usia kehamilan 12 minggu.</li> <li>2) Tanggal kunjungan ANC sekarang 24 April 2019</li> </ol>

	<p>3) Tafsiran persalinan: 05 – 05 – 2019</p> <p>4) Keadaan umum: baik</p> <p>5) Tanda-tanda vital: tekanan darah: 110/ 70 mmHg, nadi: 84 kali/ menit, suhu: 37°C, pernapasan: 18 kali/ menit.</p> <p>6) Bentuk tubuh: <i>lordosis</i></p> <p>7) Lila: 24 cm</p> <p>8) Berat badan sekarang: 48 kg.</p> <p>9) Wajah: tidak ada <i>oedema</i>.</p> <p>10) Mata: konjungtiva sedikit pucat, <i>sclera</i> berwarna putih.</p> <p>11) Payudara: bentuk simetris, puting susu menonjol, ada <i>hiperpigmentasi areola mammae</i>, sudah ada pengeluaran <i>colostrum</i> pada payudara kiri sedangkan payudara kanan belum, tidak ada benjolan, tidak ada rasa nyeri.</p> <p>12) <i>Abdomen</i>: membesar sesuai usia kehamilan, tidak ada <i>strie</i>, ada <i>linea nigra</i>, tidak ada bekas luka operasi, kandung kemih kosong.</p> <p>a ) <i>Palpasi uterus</i>:</p> <p>(1) <i>Leopold I</i>: TFU 2 jari bawah <i>prosesus xipioideus</i> (28 cm), pada <i>fundus</i> teraba lunak, kurang bundar, dan kurang melenting.</p> <p>(2) <i>Leopold II</i>: bagian kanan perut ibu teraba datar,</p>
--	---

	<p>memanjang, keras (punggung kanan). Bagian kiri perut ibu teraba bagian-bagian kecil janin.</p> <p>(3) <i>Leopold III</i>: bagian bawah teraba bundar, keras dan melenting. Kepala sudah masuk pintu atas panggul.</p> <p>(4) <i>Leopold IV</i>: sebagian (1/5) bagian kepala janin telah memasuki pintu atas panggul (convergent).</p> <p>b ) <i>Auskultasi</i> bunyi jantung janin (DJJ):</p> <p>(1) Frekuensi: 12-13-12 (140 x/ menit)/ funandus cop</p> <p>(2) Iramanya: teratur</p> <p>(3) <i>Punctum maksimum</i>: 2 jari bawah pusat ibu, pada sisi perut bagian kanan, jumlah satu.</p>
--	---

### III. Masalah Potensial

Tidak ada

### IV. Tindakan Segera

Tidak ada

### V. Perencanaan.

Tanggal :24-04-2019

Pukul : 10.50 WITA

Informasikan hasil pemeriksaan kepada klien

R/ informasi yang jelas tentang hasil pemeriksaan merupakan hak pasien sehingga ibu lebih kooperatif dalam menerima asuhan yang diberikan.

1. Informasikan ketidaknyamanan trimester tiga dan cara mengatasinya

R/ ibu mengetahui dan memahami serta dapat melakukan antisipasi dari ketidaknyamanan tersebut.

2. Beri suport pada ibu dan keluarga

R/Menimbulkan kesiapan dan kemampuan ibu untuk menerima kehadiran anggota keluarga baru.

3. Siapkan fisik dan mental ibu dalam menghadapi persalinan

R/ menimbulkan kesiapan dan kemampuan ibu dalam menghadapi proses persalinan dan kelahiran bayinya.

4. Jelaskan persiapan persalinan dan pencegahan komplikasi

R/ memastikan ibu dan keluarga telah merencanakan persalinan yang aman dan persiapan untuk penanganan komplikasi

5. Informasikan tanda-tanda awal persalinan

R/ membantu ibu dan keluarga mengambil keputusan segera ke fasilitas kesehatan untuk mendapat pertolongan persalinan yang aman.

6. Informasikan tanda bahaya trimester tiga

R/ mendeteksi dini kemungkinan komplikasi yang terjadi

7. Jadwal kunjungan ulang

R/ memantau kesehatan ibu dan janin serta mendeteksi dini adanya kelainan atau komplikasi

8. Lakukan dokumentasi

R/ sebagai bahan evaluasi dalam memberikan asuhan selanjutnya dan sebagai bahan tanggung jawab dan tanggung gugat.

## VI. Pelaksanaan

Tanggal: 24-04-2019,

Pukul: 10.55 WITA

1. Menginformasikan hasil pemeriksaan kepada ibu dan keluarganya bahwa keadaan ibu dan janinnya baik, tanda vital normal yaitu tekanan darah: 110/70 mmhg, suhu: 37<sup>0</sup>C, nadi: 82 x/menit, pernapasan: 18 x/menit, hasil pemeriksaan fisik dalam batas normal, *Palpasi: TFU* 2 jari bawah prosesus xifoideus (28 cm), punggung kanan, letak kepala, kepala sudah masuk PAP, DJJ 148x/ menit (normal), usia kehamilan 39 minggu 1 hari.

2. Menginformasikan ketidaknyamanan trimester tiga yang dialami ibu dan cara mengatasinya seperti:
  - a. Sakit pinggang, disebabkan oleh uterus yang membesar dan jatuh kedepan dan perubahan titik berat tubuh yang tepatnya agak ke belakang. Cara mengatasinya: posisi atau sikap tubuh yang baik selama melakukan aktifitas, hindari mengangkat barang berat, gunakan bantal ketika tidur untuk meluruskan punggung.
  - b. Kram pada kaki/ betis, bisa terjadi karena kekurangan asupan kalsium, pembesaran *uterus* sehingga memberi tekanan pada pembuluh darah *pelvik*, dengan demikian dapat menurunkan sirkulasi darah ke tungkai bagian bawah. Cara mengatasinya: latihan dorso fleksi pada kaki dengan cara menekan jari-jari kaki kearah lutut, serta minum susu.
  - c. Obstipasi, terjadi karena penurunan peristaltik usus besar karena pengaruh hormon progesteron dan efek samping penggunaan zat besi. Cara mengatasinya yaitu minum air putih minimal 8 gelas/ hari, segera buang air besar setelah ada dorongan, makan makanan berserat seperti sayuran dan buah-buahan, lakukan aktifitas jalan santai setiap pagi hari.
3. Memberi suport pada ibu dan keluarganya bahwa anak merupakan anugerah Tuhan Yang Maha Esa, sehingga harus menerima kehadirannya dengan ikhlas, dan sebagai orang tua mempunyai kewajiban untuk merawat sejak anak masih dalam kandungan dan mengasuhnya dengan penuh kasih sayang sehingga ia tumbuh menjadi anak yang mempunyai kepribadian yang baik.
4. Menyiapkan fisik dan mental ibu dalam menghadapi persalinan dengan cara jalan-jalan santai di pagi hari, istirahat cukup yaitu istirahat siang minimal 1 jam, istirahat/ tidur malam minimal 8 jam, dan menjelaskan proses persalinan.
5. Menjelaskan tentang persiapan persalinan dan pencegahan komplikasi, memberitahu ibu untuk mendiskusikan bersama keluarga tentang P4K

yaitu: tafsiran persalinan ibu tanggal 06-05-2019, siapa yang akan menolong persalinan, tempat persalinan di mana (dianjurkan harus melahirkan di fasilitas kesehatan memadai seperti puskesmas dan rumah sakit), siapa yang akan mendampingi ibu saat proses persalinan, menyiapkan transportasi (oto) untuk mengantar ibu ke fasilitas kesehatan bila sudah ada tanda persalinan, menyiapkan dana/ uang serta kartu BPJS/ KIS, menyiapkan juga calon pendonor darah minimal 2 orang yang memiliki golongan darah yang sama dengan ibu (golongan darah O).

6. Menginformasikan tanda-tanda awal persalinan seperti:
  - a. Sakit pinggang menjalar ke perut bagian bawah secara teratur dan terus menerus
  - b. Keluar lendir bercampur darah dari jalan lahir
  - c. Keluarnya air-air sekonyong-konyong atau banyak dari jalan lahir.
7. Menginformasikan tanda bahaya trimester tiga yaitu: perdarahan pervaginam, sakit kepala yang hebat, pengelihatn kabur, bengkak di wajah dan jari-jari tangan, keluar cairan pervaginam, janin dirasakan kurang bergerak dibandingkan sebelumnya. Bila mengalami salah satu tanda bahaya tersebut ibu harus segera ke fasilitas kesehatan agar mendapat penanganan segera dan tepat.
8. Menginformasikan jadwal kunjungan ulang yakni pada tanggal 28 April 2019 atau bila ada keluhan sebelum tanggal tersebut.
9. Melakukan pendokumentasian semua asuhan yang telah diberikan pada kartu ibu, buku KIA, dan register kohort ibu hamil.

## VII. Evaluasi

1. Ibu mengerti dan tampak senang mendengar informasi tersebut.
2. Ibu mengerti yang ditandai mampu mengulang kembali beberapa cara mengatasi ketidaknyamanan seperti hindari mengangkat barang berat, gunakan bantal saat tidur, minum susu, minum air putih minimal 8 gelas/ hari, makan sayur dan buah-buahan dan jalan santai.



3. Ibu dan keluarga mengatakan menerima kehamilan ini sebagai anugerah Tuhan Yang Maha Esa, dan ibu mengatakan bersedia merawat dan mengasuh anaknya dengan penuh kasih sayang.
4. Ibu mengerti dan mengatakan bersedia melakukan jalan santai setiap pagi seperti yang sudah dilakukannya selama ini, dan istirahat siang minimal 1 jam dan istirahat malam minimal 8 jam.
5. Ibu mengerti dan bersedia untuk berdiskusi dengan keluarganya di rumah.
6. Ibu mengerti yang ditandai mampu mengulang kembali tanda awal persalinan seperti sakit pinggang dan perut terus menerus dan teratur, keluar tanda berupa lendir campur darah dari jalan lahir dan keluar air-air banyak dari jalan lahir.
7. Ibu mengerti yang ditandai mampu mengulang kembali 5 dari 6 tanda bahaya yang diinformasikan seperti keluar darah dari jalan lahir, sakit kepala hebat, pandangan kabur, bengkak di tangan dan muka, anak kurang bergerak.
8. Ibu bersedia melakukan kunjungan ulang ke Puskesmas Nagi pada tanggal 28-04-2019, atau bila ada keluhan sebelum tanggal tersebut.
9. Semua asuhan yang telah diberikan sudah didokumentasikan pada kartu ibu, buku KIA, dan register kohort ibu hamil

### **CATATAN PERKEMBANGAN KUNJUNGAN II ( KEHAMILAN )**

Hari/ tanggal: Jumad, 28- 04 2019

Pukul: 09.00 WITA.

Tempat: Puskesmas Nagi

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:

Darah: *Haeoglobin (Hb)*: 10,6 gram %

*HBsAg*: negatif

1. *Palpasi*:

*Leopold I*: *TFU* 2 jari bawah *prosesus xiploideus* (28 cm), *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* cop

Iramanya: teratur,

A:

Diagnosa: Ny. H.N umur 25 tahun G11P1A0AH1 hamil 39 minggu 1 hari janin hidup tunggal letak kepala *intra uterin* keadaan jalan lahir normal ibu dan janin baik.

Masalah: tidak ada

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* 10,6 gram%, *HBsAg* negatif, usia kehamilan 39 minggu 1 hari.

Ibu menerima informasi yang diberikan dan tampak tenang.

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

Ibu mengatakan bersedia untuk melahirkan di Puskesmas Nagi.

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

Ibu mengerti dan bersedia segera ke Puskesmas Nagi 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 KUNJUNGAN III ( KEHAMILAN )

Hari/ tanggal: Kamis, 30- 04 2019

Pukul: 03.10 WITA

Tempat: Ruang bersalin Puskesmas Nagi

Oleh: Bidan, Maria Lence, Amd. Keb.

Mahasiswa: Maria Magdalena Bate Tukan

S:

ibu mengatakan sakit pada pinggang menjalar ke perut bagian bawah hilang timbul sejak jam 01.00 WITA, keluar tanda berupa lendir darah lewat jalan lahir sejak jam 03.00 WITA, belum keluar air-air banyak dari jalan lahir, pergerakan janin terakhir dirasakan sekitar jam 02.45 WITA.

O:

1. Pemeriksaan umum
  - a. Keadaan umum: baik

- b. Kesadaran: *composmentis*
- c. Tanda-tanda vital: tekanan darah: 100/60mmhg, suhu: 36 °C, pernapasan 21x/ menit, nadi 80x/ menit
- d. Berat badan terakhir (saat ANC): 48,5 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* (28 cm), *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*: sebagian (1/5) bagian kepala janin telah memasuki pintu atas panggul (convergent).

TBBJ: TFU (menurut Mc. Donald) – 11 x 155

$$28 - 11 \times 155 = 2635 \text{ gram}$$

3) Kontraksi uterus: jam 03.10 WITA, his lamanya 30 detik

Jam 03.40 WITA, his lamanya 30 detik

4) *Auskultasi* denyut jantung janin:

Frekuensi: 145 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: 03.15 WITA:

*Vulva vagina*: ada pengeluaran lendir campur darah, tidak ada varises, tidak ada *kondiloma*, *portio* tebal lunak, pembukaan 2 cm, selaput ketuban utuh, bagian terendah kepala, penurunan kepala *hodge* I.

A:

Diagnosa:

Ny. H.N umur 25 tahun GIIPIAOAHI hamil 39 minggu 2 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 100/70 MmHg, pernapasan: 21 x/menit, nadi: 80 x/menit, suhu: 36,0 °C, dan keadaan bayinya juga baik yang ditandai oleh denyut jantung janin dalam batas normal yaitu 145 x/menit dan gerakannya juga aktif, hasil pemeriksaan dalam: sudah ada tanda melahirkan yaitu sudah ada pengeluaran lendir darah, pembukaan jalan lahir 2 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 Nangapanda.
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 05.00 WITA: volume  $\pm$  100 cc, jam 06.00 WITA: volume  $\pm$  100 cc, jam 08.00 WITA: volume  $\pm$  50 cc.

- Memberitahu ibu untuk tidak meneran dulu sebelum pembukaan lengkap.

Ibu mengerti dengan informasi yang diberikan, yang ditandai tidak meneran saat ada *his*.

- 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.

- Mengobservasi *his*, DJJ, nadi setiap 1 jam, dan mengobservasi pembukaan *serviks*, tekanan darah tiap 4 jam, dan *temperature* tubuh setiap 2 jam.

Tabel 14 Hasil Observasi Kala I Fase Laten

Jam (WITA)	DJJ (x/m)	Kontraksi	nadi(x/m)	Suhu ( $^{\circ}$ C)	Tekanan Darah(mmHg)
03.30	146	Jam 04.11, his lamanya 30 detik. Jam 04.17, his lamanya 30 detik.	80	-	-
04.30	145	Jam 04.42, his lamanya 30 detik. Jam 04.47, his lamanya 30 detik.	82	-	-
05.30	140	Jam 05.11, his lamanya 35 detik. Jam 05.15, his lamanya 35 detik. Jam 05.19, his lamanya	84	36,7	-

		35 detik.			
06.30	142	Jam 05.42, his lamanya 35 detik Jam 05,46, his lamanya 35 detik. Jam.50, his lamanya 35 detik.	84	-	-

8. 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 86 x/ menit, pernapasan 20x/ menit, suhu 36,8 °C, tekanan darah: 100/ 60 mmhg.
4. DJJ 142 x/ menit (dopler).
5. Kandung kemih kosong.
6. Genitalia: ada pengeluaran lendir darah, perinium belum menonjol, anus belum terbuka.
7. Pemeriksaan dalam

Jam 07.15 WITA kolaborasi dengan bidan untuk melakukan pemeriksaan dalam, hasilnya:

*Vulva vagina:* ada pengeluaran lendir darah, tidak ada luka parut, tidak ada varises, tidak ada *kondiloma*, tidak ada *oedema*. *Porsio* tipis lunak, pembukaan 6 cm, penipisan 60 %. Letak kepala, posisi UUK kanan

melintang, teraba *sutura sagtalis* berjauhan (*molase 0*), tidak teraba bagian kecil janin dan tali pusat di samping kepala. Selaput ketuban utuh. Penurunan kepala *hodge II*.

A:

Diagnosa:

Ny. H.N umur 25 tahun GIPIAOAHI hamil 39 minggu 2 hari janin hidup tunggal letak kepala *intra uterin* keadaan jalan lahir normal keadaan 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 persalinananya. 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 keluarkan lewat mulut. Ibu mengerti dan telah melakukannya.



6. Menganjurkan ibu untuk makan makanan ringan dan minum air putih atau teh hangat agar memiliki cukup tenaga saat proses persalinan serta mencegah dehidrasi.

Jam 07.20 WITA ibu makan nasi 1 piring, ikan 1 potong, sayur sawi 1 mangkok, air putih 1 gelas. jam 09,00 minum susu hangat 1 gelas .

7. Menganjurkan ibu untuk buang air kecil bila merasakannya, karena kandung kemih yang penuh menghalangi penurunan kepala janin dan kontraksi uterus.

Ibu mengerti dan bersedia melakukannya. Jam 06.00 WITA buang air kecil spontan ± 100 cc, jam 08.00 WITA buang air kecil spontan ±100 cc.

8. 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); *Heacting 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 oxitetraciklin 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.

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

Tabel 15 Hasil Observasi Kala I Fase Aktif

m (WITA)	DJJ (x/menit)	Nadi (x/menit)	Suhu ( <sup>0</sup> C)	Tekanan Darah (mmhg)
07.20	142	84	37	100/60
07.50	144	84	-	-
08.20	142	84	-	-
08.50	140	86	-	-
09.20	145	88	-	-
09.50	146	88	-	-
10,20	146	84	-	-

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

Pukul : 10.22 WITA

## KALA II

S: Ibu mengatakan sakit perut dan pinggang semakin sering dan lama, 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 30-04-2019, Pukul : 10.00 WITA kolaborasi dengan bidan untuk melakukan pemeriksaan dalam, hasilnya:

*Vulva vagina*: 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 :

Diagnosa:

Ny. H.N umur 25 tahun GIPIAOAHI hamil 39 minggu 2 janin hidup tunggal letak kepala *intra uterin* keadaan jalan lahir normal keadaan ibu dan janin baik inpartu kala II.

Masalah: Nyeri

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 : 10.26 WITA  
Colaborasi 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. Mencekupkan 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  $\frac{1}{4}$  gelas, DJJ: 136 x/ dopler.
14. Menganjurkan ibu miring ke kiri bila tidak ada *his*. Tidak terjadi penekanan pada *vena cava interior*. 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  $\frac{1}{3}$  bagian pada bokong ibu.  
Menyokong perinium untuk mencegah *laserasi* jalan lahir. Kain  $\frac{1}{3}$  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 seponatan.
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 10.30 WITA, bayi lahir seponatan, 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 : 10.32 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: PIIAIAHII 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 *sympisis*, untuk mendeteksi, dan tangan kanan mengangkat tali pusat. *Uterus* membundar (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* terpinil kemudian melahirkan *plasenta* seluruhnya dan meletakkan pada tempat *plasenta*. Mencegah tertinggalnya *plasenta* atau *plasenta* lahir tidak lengkap.  
Jam 10.35 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 *vasokonstriksi* 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 *laserasi* pada *vagina* dan perinium, dan melakukan penjahitan. Robekkan jalan lahir, mengakibatkan perdarahan aktif. Ada robekan pada perinium derajat I dan melakukan *heating* jelujur.

Pukul : 10.50 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 10.35 WITA
4. *Palpasi*: *TFU* 2 jari di bawah pusat, kontraksi *uterus* baik, kandung kemih kosong
5. Perdarahan  $\pm$  200 cc

A: PIIA OAHII Post Partum kala 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 sejak jam 10.45-11.45 WITA.

44. Memberitahu ibu bahwa setelah 1 jam kontak kulit (IMD), bidan akan melakukan perawatan bayi yaitu menimbang berat badan, mengukur panjang badan, lingkaran kepala, lingkaran dada, lingkaran perut, memberikan salep mata, dan injeksi vitamin K dan memakaikan pakaian bayi.  
Pada jam 11.45 WITA, hasilnya: berat badan: 2700 gram, panjang badan: 49 cm, lingkaran kepala: 33 cm, lingkaran dada: 32 cm, lingkaran perut: 32 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
11.00	100/60 mmhg	80x/mnt	36,6 <sup>0</sup> C	1jari bwh pst	Baik	50 cc	Kosong
11.15	100/60 mmhg	82x/mn	36,7 <sup>0</sup> C	1jari bwh pst	Baik	30 cc	Kosong
11.30	100/60 mmhg	84x/mn	36,7 <sup>0</sup> C	1jari bwh pst	Baik	30 cc	Kosong
11.45	100/60 mmhg	80x/mn	36,8 <sup>0</sup> C	1jari bwh pst	Baik	20 cc	Kosong
12.15	100/60 mmhg	84x/mn	36,9 <sup>0</sup> C	1jari bwh pst	Baik	20 cc	Kosong
12.45	100/70 mmhg	84x/mn	36,9 <sup>0</sup> C	1jari bwh pst	Baik	10 cc	urineren=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
11.05	52	36,7	kemerahan	Aktif	bayi sedang IMD	Tidak berdarah	Tidak	-/-
11.20	54	36,7	Kemerahan	A ktif	Bayi sedang IMD	Tidak berdarah	Tidak	-/-
11.35	52	36,8	Kemerahan	Aktif	Bayi sedang IMD	Tidak berdarah	Tidak	-/-

11.50	52	36,8	Kemera han	Aktif	isap kuat	Tidak berdarah	Tidak	-/-
12.20	56	36,9	Kemera han	Aktif	isap kuat	Tidak berdarah	Tidak	-/-
12.50	52	36,9	Kemera han	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 05.30 WITA memindahkan ibu dan bayi ke ruang nifas.

### CATATAN PERKEMBANGAN KUNJUNGAN ( NIFAS I )

#### 6 JAM *POST PARTUM*

Hari/ tanggal: senin, 30-04-2019

Pukul : 16.00 WITA

Tempat: Ruangan nifas Puskesmas Nagi

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. Genitalia: 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. H.N umur 25 tahun P1IP0AOAH1I *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. Menganjurkan 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, lingkaran kepala: 33 cm, lingkaran dada: 32 cm, lingkaran 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) Refleksi *rooting*: baik, saat diberi rangsangan pada pipi bayi, bayi langsung menoleh ke arah rangsangan
  - 3) Refleksi *sucking*: baik, saat menyusui refleksi isapnya baik
  - 4) Refleksi *Graps*: 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 senyaman 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, 03-05-2019

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 komposmentis.
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: PIIA/OA/HII *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 gerak 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. Mengajukan 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: Kamis, 05-05-2019

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: PIIA OAHII *post partum* normal hari ke- 8

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  
(*POST PARTUM* HARI KE 39 )

Hari / tanggal: Rabu / 09 – 06 - 2019

Pukul : 09.00 WITA

Tempat: Puskesmas Nagi

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: *PIIAIAHII 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 Liliba 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. H.N, umur 25 tahun, pendidikan SMA, pekerjaan Ibu Rumah Tangga, dan suaminya bernama Tn. S.R, umur 25 tahun, pendidikan SMA, pekerjaan Petani. 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 12 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 Nagi 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.

Ibu sudah mendapat imunisasi TT 2 kali yaitu TT1 diberikan tanggal 09-11-2018, dan TT 2 diberikan tanggal 10-12 2018. Menurut Kemenkes

RI (2015) imunisasi TT1 diberikan saat kunjungan ANC 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 26-04 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 sejak jam 01.00 WITA. Keluar tanda berupa lendir darah lewat jalan lahir sejak jam 03.00 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 10.00 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* terasa 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 *traktus digestivus* 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 05 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 (Romaui, 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 Romaui (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.H.N 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.

Pemeriksaan penunjang: pemeriksaan Hb dan HbsAg dilakukan saat kunjungan berikutnya pada usia kehamilan 39 minggu 5 hari. Saat melakukan pengkajian awal tanggal 24-10-2019, sudah disarankan untuk pemeriksaan Hb, HbsAg namun ibu mengatakan bersedia melakukan pemeriksaan setelah mendapat persetujuan dari keluarganya. Hasil pemeriksaan Hb 10 gram%, HbsAg negatif. Pemeriksaan penunjang seperti Hb dilakukan minimal 1 kali pada trimester pertama dan 1 kali pada trimester ketiga, yang bertujuan untuk mengetahui apakah ibu hamil menderita *anemia* (Walyani, 2015). Hasil pemeriksaan digolongkan sebagai berikut: Hb 11 gr% tidak *anemia*, Hb 9-10 gr% *anemia* ringan, Hb 7-8 gr% *anemia* sedang, < 7 gr% *anemia* berat (Romauli, 2011). Tidak ditemukan kesenjangan antara teori dan kasus karena ibu telah memeriksakan Hb dan hasilnya ibu tidak *anemia*.

b. Persalinan

Jam 03.00 WITA, ibu masuk Puskesmas Nangapanda. 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. Jam 03.15 WITA dilakukan pemeriksaan dalam oleh bidan dengan hasil *vulva vagina*: ada pengeluaran lendir campur

darah, tidak ada varises, tidak ada *kondiloma*, *portio* tebal lunak, pembukaan 2 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 10.00 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  $\pm$  100cc. *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 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 x/ menit, pernapasan 48- 50 x/ menit. Berat badan 2700 gram, panjang badan 49 cm, lingkar kepala 33 cm, lingkar dada 32 cm, lingkar perut 32 cm. *APGAR score* 8/ 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 gram – 4000 gram, panjang badan 48- 52 cm, lingkar dada 30-38 cm, lingkar kepala 33-35 cm, frekuaensi jantung 120-160 x/ menit, pernapasan 40-60 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 Nangapenda. 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 ini menunjukkan tidak ada kesenjangan antara teori dan praktek. Pemberian HB0 setelah bayi berusia 1 hari dikarenakan mengikuti prosedur tetap yang ada di Puskesmas Nagi..

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: *lochea sanguinolenta*, berwarna putih bercampur merah; hari 7-14: *lochea serosa*, 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 menegaskan diagnosa: GIPIAOAHI hamil 38 minggu 3 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: GIPIAOAHI hamil 39 minggu 2 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: GIPIAOAHI hamil 39 minggu 2 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: PIIA0AH1I *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: PIIA0AH1I *inpartu 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 A.S. Hal ini menunjukkan tidak ada kesenjangan antara teori dan kasus.

c. Nifas

Berdasarkan pengkajian data subyektif dan data obyektif maka penulis menentukan diagnosa PIIA0AH1I *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 07.15 WITA pembukaan 6 cm dan Jam 10.00 WITA pembukaan 10 cm. Menurut JnPK-KR (2008) menjelaskan dari pembukaan 4 cm hingga mencapai pembukaan lengkap atau 10 cm, akan terjadi dengan kecepatan rata-rata 1 cm per jam (*nulipara* atau *primigravida*) atau lebih dari 1 cm hingga 2 cm (*multipara*). Hal ini menunjukkan tidak ada kesenjangan antara teori dan kasus.

Jam 10.00 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 suport, melakukan colaborasi dengan bidan

untuk menolong persalinan menggunakan 60 langkah APN. Setelah 30 menit ibu dipimpin meneran . Jam 10.30 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.H.N berlangsung 30 menit dari pembukaan lengkap jam 10.00 WITA sampai bayi lahir jam 10.30 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 10.35 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 *kotiledonnya* 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.H.N berlangsung 5 menit dimulai dari bayi lahir jam 10.30 WITA sampai *plasenta* lahir jam 10.35 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. G.T, 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 nifas 3: 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 G.T 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. H.N Umur 25 Tahun G1IPIA0AHI Hamil 38 Minggu 3 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. Perumusan diagnosa nifas berdasarkan standar nomenklatur diagnosa kebidanan. Perumusan diagnosa KB ditegakan berhubungan dengan para, abrtus, umur dan kebutuhan. Masalah dirumuskan sesuai dengan kondisi klien.

##### **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 dan menjadi kontribusi bagi perkembangan ilmu pengetahuan khususnya ilmu kebidanan yang berkaitan dengan asuhan kebidanan berkelanjutan

### 2. Bagi Puskesmas Nagi

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 d

## 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.



### **BAB III**

#### **METODE PENELITIAN**

##### H. 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.H.N UMUR 25 TAHUN GIIP1A0AH1 HAMIL 39 MINGGU 1 HARI JANIN HIDUP TUNGGAL LETAK KEPALA INTRA UTERIN KEADAAN JALAN LAHIR NORMAL KEADAAN IBU DAN JANIN BAIK DENGAN KEHAMILAN ANEMIA RINGAN DI PUSKESMAS NAGI TANGGAL 24 APRIL S/D 09 JUNI 2019”.

##### I. Lokasi dan Waktu

Tabel 12 Lokasi dan Waktu Kegiatan

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

4	PUSKESMAS NAGI	24-04-2019 s/d 11-06-2019	Penyusunan laporan LTA
---	-------------------	------------------------------	------------------------

## J. 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 NAGI Kecamatan Larantuka Kabupaten Flores Timur periode April sampai dengan Juni 2019.

### 2. Sampel

Dalam penulisan studi kasus ini yang menjadi sampel adalah Ny. H.N umur 25 tahun GIIP1A0AH1 usia kehamilan 39 minggu 1 hari di PUSKESMAS NAGI, Kecamatan Larantuka Kabupaten Flores Timur periode April sampai dengan Juni 2019.

## K. Teknik Pengumpulan Data

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

### 1. Data primer

#### b. 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.

## L. 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:

### 4. 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*.

### 5. Wawancara

Uji validasi dengan wawancara pasien, keluarga, dan bidan.

### 6. Studi dokumentasi

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

## M. 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*, *pinsetanatomis* 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.

## N. 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:

### 5. *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.

### 6. *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.

#### 7. *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.

#### 8. *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**

#### C. Gambaran Lokasi Penelitian

PUSKESMAS NAGI terletak di Kelurahan Ndururea Kecamatan Nangapanda Kabupaten Ende. PUSKESMAS NAGI merupakan salah satu Puskesmas Rawat Jalan dan Rawat Inap yang ada di Kabupaten Flores Timur, Batas wilayah kerja PUSKESMAS Nagi sebagai berikut:

5. Sebelah Timur berbatasan dengan puskesmas Waimana
6. Sebelah Barat berbatasan dengan puskesmas Oko
7. Sebelah Utara berbatasan dengan Puskesmas Lewolema
8. Sebelah Selatan berbatasan dengan Laut

PUSKESMAS NAGI 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 Bedah*, *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 NAGI yaitu, berstatus PNS: bidan 44 orang, perawat 15 orang, dokter umum 2 orang, dokter gigi 1 orang, analis 3 orang, sanitarian 3 orang, nutrisisionis 3 orang, kesehatan masyarakat 2 orang, apoteker 3 orang, perawat gigi 2 orang, D3 pengawas obat dan makanan 0 orang, refraksionis optisi 0 orang, teknik elektronik medik 1 orang, Pekaria kesehatan 1 orang, non kesehatan 2 orang, dan berstatus tenaga sukarela: bidan

56 oran, perawat 33 orang,FKM 5 orang,perawat gigi 1 orang,kesling 1 orang,analis 7 orang,Rarmasi 2 orang,apoteker 1 orang,Nutrisianis 7 orang.

#### D. Tinjauan Kasus

Studi Kasus Asuhan Kebidanan Berkelanjutan pada Ny. H.N umur 25 tahun GIIP1A0AH1 usia kehamilan 39 minggu 1 hari Janin Hidup Tunggal Letak Kepala *Intra Uterin* Keadaan Jalan Lahir Normal Keadaan Ibu dan Janin Baik dengan Kehamilan Anemia Ringan di PUSKESMAS NAGI Tanggal 24 April sampai 09 Juni 2019.

Hari/ tanggal: Selasa, 24 April 2019

Jam: 10.30 WITA

Tempat: PUSKESMAS NAGI

No. CM: 011260.20

#### 2. Pengumpulan Data Dasar

##### c. Data Subyektif

##### 13) Biodata

Nama: Ny. H.N

uma Suami: Tn. S.R.

Umur: 25 tahun

nur : 25 tahun

Suku/Bangsa: Flores/Indonesia

Suku/Bangsa: Flores/Indonesia

Agama : Katolik

agama : Katolik

endidikan: SMP

endidikan: SMA

kerjaan: IRT

kerjaan: Tani

nghasilan: -

Penghasilan: ≤ Rp. 1.000.000,-

Alamat rumah: Larantuka

Alamat rumah: Larantuka

14) Keluhan Utama: ibu mengatakan datang untuk memeriksakan kehamilannya yang kesepuluh sesuai jadwal pemeriksaan, pusing, perut terasa kencang.

15) Riwayat keluhan utama: tidak ada

16) Riwayat Haid

f) *Menarche*: 14 tahun

- g) Siklus: 28 hari
- h) Lamanya haid: 5 hari
- i) Sifat darah: Cair, warnanya merah, baunya amis
- j) Nyeri haid: Tidak ada

17) Riwayat Perkawinan

Ibu mengatakan status perkawinan sudah menikah sejak umur 28 tahun

Lamanya perkawinan 3 tahun.

18) Riwayat kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu

NO	HAMIL		PERSALINAN					NIFAS	K B
	UK	Penyulit	Jenis	Penolong	Tempat	JK	BB	Penyakit	
1	9 bln	-	Normal	Bidan	Puskesmas Nagi	Pr	2,900	-	-
2	Ini								

19) Riwayat kehamilan sekarang

(5) HPHT: 29 – 07 – 2019

(6) ANC:

Ibu mengatakan pemeriksaan kehamilan pertama kali dilakukan pada usia kehamilan 12 minggu di PUSKESMAS NAGI, pemeriksaan kehamilan sudah dilakukan sebanyak 10 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 12 minggu, sekarang keluhan tersebut sudah tidak dirasakan lagi. Keluhan saat ini: Ibu mengatakan merasa pusing dan perut terasa kencang sudah 2 hari yang lalu. Nasihat yang pernah diterima dari bidan diantaranya



makan makanan bergizi, istirahat yang cukup, 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.

(7) Imunisasi TT 3 dan TT 4: sudah mendapat imunisasi TT 3 pada tanggal 9 Nopember 2019 dan TT 4 pada tanggal 10 Januari 2019, di PUSKESMAS NAGI.

(8) Berat badan sebelum hamil: 40 kg.

20) Riwayat Kontrasepsi

Ibu mengatakan belum pernah mengikuti kontrasepsi apapun.

21) 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.

22) 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.

23) Keadaan Psikososial

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

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

- j) Tempat dan petugas yang diinginkan untuk menolong: Ibu mengatakan berencana melakukan persalinan di PUSKESMAS NAGI dan ditolong oleh Bidan/ dokter.
  - k) Beban kerja dan kegiatan sehari – hari: Ibu mengatakan melakukan pekerjaan rumah tangga yang dibantu oleh keluarga, dan mengurus anak.
  - l) Jenis kelamin yang diharapkan: Ibu mengatakan anak laki – laki atau perempuan sama saja asalkan diberi kesehatan buat anaknya.
  - m) Pengambilan keputusan dalam keluarga: Ibu mengatakan pengambilan keputusan dalam keluarga oleh suami.
  - n) Perilaku kesehatan:
    - (5) Merokok: Ibu mengatakan tidak pernah merokok, dalam keluarga tidak ada yang merokok.
    - (6) Miras: Ibu mengatakan tidak pernah mengonsumsi minuman seperti sopi, bir, dll.
    - (7) Konsumsi obat terlarang: Ibu mengatakan tidak pernah mengonsumsi obat terlarang seperti narkoba, dll.
    - (8) Minum kopi: Ibu mengatakan tidak mengonsumsi kopi.
- 24) Riwayat Sosial dan Kultur
- e) Kebiasaan melahirkan ditolong oleh siapa: Ibu mengatakan pengalaman dalam keluarganya selalu melahirkan di Puskesmas dan ditolong oleh bidan.
  - f) Pantangan makan: Ibu mengatakan tidak ada pantangan makanan sebelum hamil dan selama hamil.
  - g) Kepercayaan yang berhubungan dengan persalinan dan nifas: Ibu mengatakan kepercayaan dalam keluarga setelah melahirkan mandi dan cebok menggunakan air hangat.
  - h) Pola kebiasaan sehari – hari

Tabel 13 pola kebiasaan sehari-hari

	Sebelum Hamil	Selama Hamil

Pola Nutrisi	<p>Makan:</p> <p>Jenis makanan pokok: nasi</p> <p>Porsinya: 1piring tiap kali makan.</p> <p>Frekuensi: 3 x/ hari.</p> <p>Lauk pauk: sayuran (bayam, kangkung, sawi, wortel), lauk (tahu, tempe, ikan, telur).</p> <p>Minum susu: 3-4 kali seminggu (tidak rutin tiap hari)</p> <p>air putih: &gt; 10 gelas / hari.</p>	<p>Makan:</p> <p>Jenis makanan pokok: nasi.</p> <p>porsinya: 1,5 piring tiap kali makan.</p> <p>Frekuensi: 3-4 x/ hari.</p> <p>lauk pauk: sayuran(kelor, bayam, kangkung, toge, s daun ubi, wortel), lauk ikan, tahu, tempe, daging).</p> <p>num susu: minum susu prenagen dan susu kedede selang-seling 1-2 gelas tiap hari sejak hamil 5 bulan.</p> <p>r putih: &gt; 10 gelas/ hari.</p>
--------------	--	--

	Sebelum Hamil	Selama Hamil
Pola Eliminasi	<p>Buang air besar:</p> <p>Frekuensi: 1x/ hari</p> <p>Konsistensi: lunak</p> <p>Warna: kuning</p> <p>Buang air kecil:</p> <p>Frekuensi: 4-5 x/ hari</p> <p>Warna: kuning jernih</p> <p>Keluhan: tidak ada</p>	<p>Buang air besar:</p> <p>Frekuensi: 2 hari sekali</p> <p>Konsistensi: keras</p> <p>Warna: hitam</p> <p>Buang air kecil:</p> <p>Frekuensi: 6-7 x/ hari</p> <p>Warna: kuning jernih</p> <p>Keluhan: tidak ada</p>
Pola Seksual	<p>Frekuensi: 1 kali saja</p>	<p>Frekuensi: 1-2 x/ minggu</p> <p>Keluhan: tidak ada</p>
Personal Hygiene	<p>Mandi: 2x/ hari</p> <p>Keramas: 3x/ minggu</p> <p>Gosok gigi: 2x/ hari</p> <p>Ganti pakaian dalam</p>	<p>Mandi: 2x/ hari</p> <p>Keramas: 3x/ minggu</p> <p>Gosok gigi: 2x/h hari</p> <p>ganti pakaian dalam: 3x/ hari</p>

	2x/hari ganti pakaian luar: 1x/ hari Kebersihan payudara: saat mandi dibersihkan menggunakan sabun mandi	Ganti pakaian luar: 1x/ hari Kebersihan payudara: saat mandi dibersihkan menggunakan sabun mandi
Pola Istirahat dan Tidur	Tidur siang: 1 jam/ hari Tidur malam: 8 jam/ hari	Tidur siang: 1 jam/ hari Tidur malam: 8 jam/ hari Keluhan: tidak ada
Pola Aktifitas	Melakukan pekerjaan rumah seperti memasak dan cuci pakaian dan mengurus anak.	Melakukan pekerjaan rumah seperti memasak, mengurus anak. Pekerjaan rumah dibantu oleh keluarga.

d. Data Obyektif

5) Tafsiran Persalinan: 06 - 05 - 2019

6) Pemeriksaan Fisik Umum

g) Keadaan umum: baik

h) Kesadaran: *composmentis*

i) Berat badan sekarang: 48kg

j) Tinggi badan: 149,5 cm

k) Bentuk tubuh: *lordosis*

l) Tanda-tanda vital: tekanan darah: 110/70 mmHg, nadi: 82kali/menit, suhu: 37°C, pernapasan: 18 kali/menit

m) Lila: 24 cm

7) Pemeriksaan Fisik *Obstetrik*

k) Kepala: bentuk simetris, rambut berwarna hitam, kulit kepala bersih, tidak ada pembengkakan.

l) Wajah: bentuk simetris, tidak ada pembengkakan pada daerah palpebra, tidak ada cloasma gravidarum, tidak ada oedema.

m) Mata: simetris, *konjungtiva* pucat, *sclera* berwarna putih.

- n) Hidung: bentuk simetris, tidak ada *polip*, tidak ada peradangan.
  - o) Telinga: bentuk simetris, tidak ada *serumen*, bersih.
  - p) Mulut dan gigi: bibir lembab, warna merah muda, tidak ada *stomatitis*, tidak ada karies gigi, gusi tidak berdarah.
  - q) Leher: tidak ada pembesaran kelenjar *limfe* dan kelenjar *tiroid*, tidak ada bendungan *vena jugularis*
  - r) 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.
- s) *Abdomen*: membesar sesuai usia kehamilan, tidak ada *strie*, ada *linea nigra*, tidak ada bekas luka operasi, kandung kemih kosong.

(3) *Palpasi uterus*

- (e) Leopold I: tinggi *fundus uteri (TFU)* 2 jari bawah *prosesus xiploideus* (28 cm), pada *fundus* teraba lunak, kurang bundar, dan kurang melenting.
- (f) Leopold II: bagian kanan perut ibu teraba datar, memanjang, keras (punggung kanan). Bagian kiri perut ibu teraba bagian-bagian kecil janin.
- (g) Leopold III: bagian bawah teraba bundar, keras dan melenting. Kepala sudah masuk pintu atas panggul.
- (h) Leopold IV: sebagian (1/5) bagian kepala janin telah memasuki pintu atas panggul (convergent).

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

- (d) Frekuensi: 12-13-12 (148x/ menit)/ fundus cop
- (e) Iramanya: teratur
- (f) *Punctum maksimum*: 2 jari bawah pusat, pada sisi kanan perut ibu, jumlah satu.

t) *Ekstremitas*

- (3) *Ekstremitas* atas: kuku tidak pucat, tidak *oedema*

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

8) Pemeriksaan penunjang

a) Darah

(1) *Hb*: 10 gram %

(2) *HBsAg*: negatif

b) *Urine*: tidak dilakukan

c) *USG* : tanggal 09 Januari 2019 : Janin T/H intrauteri letkep, Afi cukup. TP 7 – 05 - 2019

VIII. Interpretasi Data Dasar

a. Diagnosa

Asuhan kebidanan berkelanjutan pada ny. H.N umur 25 tahun GIIP1A0AH1 hamil 39 minggu 1 hari janin hidup tunggal letak kepala intra uterin keadaan jalan lahir normal keadaan ibu dan janin baik dengan kehamilan anemia ringan.

Data dasar:

S:

6) Ibu mengatakan hamil anak ke-2, tidak pernah keguguran, hamil 9 bulan, ibu merasakan gerakan janin sejak umur kehamilan 4 bulan.

7) Hari pertama haid terakhir: 29-07-2019

8) Ibu mengatakan pemeriksaan kehamilannya yang pertama kali saat umur kehamilan 12 minggu, berat badan sebelum hamil 40 kg

9) Ibu mengatakan awalnya kehamilan ini direncanakan.

10) Keluarga dan suami mendukung kehamilan ini dengan memberikan suport dan selalu mendampingi ibu setiap kali melakukan pemeriksaan kehamilannya.

11) Pengambil keputusan dalam keluarga: Suami.

O:

13) Data dari KMS ibu ditemukan pemeriksaan kehamilan pertama (KI) pada tanggal 24-10-2019 di Puskesmas Nangapanda, dengan usia kehamilan 12 minggu, hasil pemeriksaan: palpasi TFU

balotemen positif mendapat terapi: sulfas ferosus 15 tablet, vitamin c 15 tablet dan kalsium laktat 15 tablet dengan dosis 1x1 tablet

- 14) Tanggal kunjungan ANC sekarang 24 April 2019
- 15) Tafsiran persalinan: 06 – 05 – 2019
- 16) Keadaan umum: baik
- 17) Bentuk tubuh: *lordosis*
- 18) Tanda-tanda vital: tekanan darah: 110/70 mmHg, nadi: 84 kali/menit, suhu: 37°C, pernapasan: 18 kali/menit.
- 19) Lila: 24 cm
- 20) Berat badan sekarang: 48 kg.
- 21) Tinggi badan: 149,5 cm
- 22) Wajah: tidak ada *oedema*.
- 23) Mata: konjungtiva sedikit pucat, *sclera* berwarna putih.
- 24) Payudara: bentuk simetris, puting susu menonjol, ada *hiperpigmentasi areola mammae*, sudah ada pengeluaran *colostrum* pada payudara kiri sedangkan payudara kanan belum, tidak ada benjolan, tidak ada rasa nyeri.
- 25) *Abdomen*: membesar sesuai usia kehamilan, tidak ada *striae*, ada *linea nigra*, tidak ada bekas luka operasi, kandung kemih kosong.
  - a) *Palpasi uterus*:
    - (5) *Leopold I*: TFU 2 jari bawah *prosesus xiploideus* (28 cm), pada *fundus* teraba lunak, kurang bundar, dan kurang melenting.
    - (6) *Leopold II*: bagian kanan perut ibu teraba datar, memanjang, keras (punggung kanan). Bagian kiri perut ibu teraba bagian-bagian kecil janin.
    - (7) *Leopold III*: bagian bawah teraba bundar, keras dan melenting. Kepala sudah masuk pintu atas panggul.
    - (8) *Leopold IV*: sebagian (1/5) bagian kepala janin telah memasuki pintu atas panggul (*convergent*).

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

(4) Frekuensi: 12-13-12 (140 x/ menit)/ fundus cop

(5) Iramanya: teratur

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

b. Masalah: Gangguan pemenuhan kebutuhan nutrisi ibu dan janin serta ketidaknyamanan fisiologis.

Data dasar:

S:

1) Ibu mengatakan kehamilannya ini direncanakan, mengeluh pusing, kurang nafsu makan.

2) Pemeriksaan kehamilan yang pertama kali pada usia kehamilan 12 minggu.

3) Tablet tambah darah yang didapat 90 tablet selama pemeriksaan kehamilan.

4) Berat badan sebelum hamil: 40 kg

O:

1) Berat badan sekarang: 48 kg

2) Palpasi:

*Leopold I*: TFU 2 jari bawah *prosesus xipioideus* (28 cm), pada *fundus* teraba lunak, kurang bundar, dan kurang melenting.

*Leopold II*: bagian kanan perut ibu teraba datar, memanjang, keras (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*: sebagian (1/5) bagian kepala janin telah memasuki pintu atas panggul (convergent).

IX. Mengidentifikasi Diagnosa atau Masalah Potensial

Perdarahan Postpartum.



X. Mengidentifikasi dan Menetapkan Kebutuhan Yang Memerlukan Penanganan Segera

- a. Suport pada ibu dan keluarganya.
- b. KIE tentang makanan bergizi
- c. Pemantauan minum tablet besi

XI. Merencanakan Asuhan Yang Menyeluruh.

Tanggal :24-04-2019/ Jam 09.00 WITA

9. Informasikan hasil pemeriksaan kepada klien

R/ informasi yang jelas tentang hasil pemeriksaan merupakan hak pasien sehingga ibu lebih kooperatif dalam menerima asuhan yang diberikan.

10. Informasikan ketidaknyamanan trimester tiga dan cara mengatasinya

R/ ibu mengetahui dan memahami serta dapat melakukan antisipasi dari ketidaknyamanan tersebut.

11. Anjurkan pada ibu untuk mengkonsumsi makanan bergizi seimbang

R/Makanan yang bergizi seimbang sangat penting untuk kesehatan dan dapat mencukupi kebutuhan energi ibu, serta dapat membantu pertumbuhan janin dalam kandungan serta persiapan untuk laktasi.

12. Beri suport pada ibu dan keluarga

R/Menimbulkan kesiapan dan kemampuan ibu untuk menerima kehadiran anggota keluarga baru.

13. Siapkan fisik dan mental ibu dalam menghadapi persalinan

R/ menimbulkan kesiapan dan kemampuan ibu dalam menghadapi proses persalinan dan kelahiran bayinya.

14. Jelaskan persiapan persalinan dan pencegahan komplikasi

R/ memastikan ibu dan keluarga telah merencanakan persalinan yang aman dan persiapan untuk penanganan komplikasi

15. Informasikan tanda-tanda awal persalinan

R/ membantu ibu dan keluarga mengambil keputusan segera ke fasilitas kesehatan untuk mendapat pertolongan persalinan yang aman.

16. Informasikan tanda bahaya trimester tiga

R/ mendeteksi dini kemungkinan komplikasi yang terjadi

17. Anjurkan ibu untuk memeriksakan Hb.

R/mengidentifikasi adanya anemia. Anemia mengakibatkan kelelahan karena penurunan kapasitas pembawa O<sub>2</sub>.

18. Beri ibu tablet tambah darah, vitamin c, dan kalsium laktat

R/ tablet tambah darah untuk membantu memenuhi kebutuhan tubuh akan zat besi, vitamin c membantu penyerapan zat besi, serta kalsium laktat untuk memenuhi kebutuhan bayi dalam proses pertumbuhan tulang dan gigi.

19. Jadwal kunjungan ulang

R/ memantau kesehatan ibu dan janin serta mendeteksi dini adanya kelainan atau komplikasi

20. Lakukan dokumentasi

R/ sebagai bahan evaluasi dalam memberikan asuhan selanjutnya dan sebagai bahan tanggung jawab dan tanggung gugat.

## XII. Melaksanakan Perencanaan

Tanggal: 24-04-2019, Jam: 09.05 WITA

10. Menginformasikan hasil pemeriksaan kepada ibu dan keluarganya bahwa keadaan ibu dan janinnya baik, tanda vital normal yaitu tekanan darah: 110/70 mmhg, suhu: 37<sup>0</sup>C, nadi: 82x/menit, pernapasan: 18 x/menit, hasil pemeriksaan fisik dalam batas normal, *Palpasi: TFU* 2 jari bawah prosesus xifoideus (28 cm), punggung kanan, letak kepala, kepala sudah masuk PAP, DJJ 148x/ menit (normal), usia kehamilan 39 minggu 1 hari.

11. Menginformasikan ketidaknyamanan trimester tiga yang dialami ibu dan cara mengatasinya seperti:

d. Sakit pinggang, disebabkan oleh uterus yang membesar dan jatuh kedepan dan perubahan titik berat tubuh yang tepatnya agak ke belakang. Cara mengatasinya: posisi atau sikap tubuh yang baik

selama melakukan aktifitas, hindari mengangkat barang berat, gunakan bantal ketika tidur untuk meluruskan punggung.

- e. Kram pada kaki/ betis, bisa terjadi karena kekurangan asupan kalsium, pembesaran *uterus* sehingga memberi tekanan pada pembuluh darah *pelvik*, dengan demikian dapat menurunkan sirkulasi darah ke tungkai bagian bawah. Cara mengatasinya: latihan dorso fleksi pada kaki dengan cara menekan jari-jari kaki ke arah lutut, serta minum susu.
  - f. Obstipasi, terjadi karena penurunan peristaltik usus besar karena pengaruh hormon progesteron dan efek samping penggunaan zat besi. Cara mengatasinya yaitu minum air putih minimal 8 gelas/ hari, segera buang air besar setelah ada dorongan, makan makanan berserat seperti sayuran dan buah-buahan, lakukan aktifitas jalan santai setiap pagi hari.
12. Menganjurkan ibu untuk mengkonsumsi makanan bergizi seimbang agar kebutuhan gizi ibu dan janin terpenuhi, seperti makan makanan yang mengandung karbohidrat (nasi, ubi, roti), tinggi protein (telur, susu, daging, ikan, kacang-kacangan), sayuran hijau, buah-buahan, minum air putih minimal 8 gelas perhari. Kurangi makanan yang terlalu asin (seperti ikan kering, kecap asin, garam).
  13. Memberi suport pada ibu dan keluarganya bahwa anak merupakan anugerah Tuhan Yang Maha Esa, sehingga harus menerima kehadirannya dengan ikhlas, dan sebagai orang tua mempunyai kewajiban untuk merawat sejak anak masih dalam kandungan dan mengasuhnya dengan penuh kasih sayang sehingga ia tumbuh menjadi anak yang mempunyai kepribadian yang baik.
  14. Menyiapkan fisik dan mental ibu dalam menghadapi persalinan dengan cara jalan-jalan santai di pagi hari, istirahat cukup yaitu istirahat siang minimal 1 jam, istirahat/ tidur malam minimal 8 jam, dan menjelaskan proses persalinan.

15. Menjelaskan tentang persiapan persalinan dan pencegahan komplikasi, memberitahu ibu untuk mendiskusikan bersama keluarga tentang P4K yaitu: tafsiran persalinan ibu tanggal 06-05-2019, siapa yang akan menolong persalinan, tempat persalinan di mana (dianjurkan harus melahirkan di fasilitas kesehatan memadai seperti puskesmas dan rumah sakit), siapa yang akan mendampingi ibu saat proses persalinan, menyiapkan transportasi (oto) untuk mengantar ibu ke fasilitas kesehatan bila sudah ada tanda persalinan, menyiapkan dana/ uang serta kartu BPJS/ KIS, menyiapkan juga calon pendonor darah minimal 2 orang yang memiliki golongan darah yang sama dengan ibu (golongan darah O).
16. Menginformasikan tanda-tanda awal persalinan seperti:
- d. Sakit pinggang menjalar ke perut bagian bawah secara teratur dan terus menerus
  - e. Keluar lendir bercampur darah dari jalan lahir
  - f. Keluarnya air-air sekonyong-konyong atau banyak dari jalan lahir.
17. Menginformasikan tanda bahaya trimester tiga yaitu: perdarahan pervaginam, sakit kepala yang hebat, penglihatan kabur, bengkak di wajah dan jari-jari tangan, keluar cairan pervaginam, janin dirasakan kurang bergerak dibandingkan sebelumnya. Bila mengalami salah satu tanda bahaya tersebut ibu harus segera ke fasilitas kesehatan agar mendapat penanganan segera dan tepat.
18. Menganjurkan ibu untuk melakukan pemeriksaan Hb., di Puskesmas, Danga.
19. Memberikan ibu tablet tambah darah dan vitamin c dengan dosis 2x1 tablet sesudah makan ( tablet tiap pagi dan malam), dan kalsium laktat dengan dosis 1x1 tablet setiap siang sesudah makan. Obat diminum menggunakan air putih, tidak boleh minum bersamaan dengan kopi, teh atau susu karena menghambat penyerapan zat besi.
20. Menginformasikan jadwal kunjungan ulang yakni pada tanggal 28 April 2019 atau bila ada keluhan sebelum tanggal tersebut.

21. Melakukan pendokumentasian semua asuhan yang telah diberikan pada kartu ibu, buku KIA, dan register kohort ibu hamil.

### XIII. Evaluasi

10. Ibu mengerti dan tampak senang mendengar informasi tersebut.
11. Ibu mengerti yang ditandai mampu mengulang kembali beberapa cara mengatasi ketidaknyamanan seperti hindari mengangkat barang berat, gunakan bantal saat tidur, minum susu, minum air putih minimal 8 gelas/ hari, makan sayur dan buah-buahan dan jalan santai.
12. Ibu mengerti yang ditandai mampu mengulang kembali beberapa penjelasan tentang makan makanan bergizi seperti nasi, roti, daging, telur, minum susu, makan selalu ada sayuran, kurangi makan ikan kering, garam.
13. Ibu dan keluarga mengatakan menerima kehamilan ini sebagai anugerah Tuhan Yang Maha Esa, dan ibu mengatakan bersedia merawat dan mengasuh anaknya dengan penuh kasih sayang.
14. Ibu mengerti dan mengatakan bersedia melakukan jalan santai setiap pagi seperti yang sudah dilakukannya selama ini, dan istirahat siang minimal 1 jam dan istirahat malam minimal 8 jam.
15. Ibu mengerti dan bersedia untuk berdiskusi dengan keluarganya di rumah.
16. Ibu mengerti yang ditandai mampu mengulang kembali tanda awal persalinan seperti sakit pinggang dan perut terus menerus dan teratur, keluar tanda berupa lendir campur darah dari jalan lahir dan keluar air-air banyak dari jalan lahir.
17. Ibu mengerti yang ditandai mampu mengulang kembali 5 dari 6 tanda bahaya yang diinformasikan seperti keluar darah dari jalan lahir, sakit kepala hebat, pandangan kabur, bengkak di tangan dan muka, anak kurang bergerak.
18. Ibu mengatakan bersedia melakukan pemeriksaan Hb.

19. Ibu sudah menerima tablet tambah darah, vitamin c, dan kalsium laktat masing-masing 15 tablet, dan ibu bersedia minum secara teratur sesuai dosis yakni 2x1 tablet tiap hari.
20. Ibu bersedia melakukan kunjungan ulang ke PUSKESMAS NAGI pada tanggal 28-04-2019, atau bila ada keluhan sebelum tanggal tersebut.
21. Semua asuhan yang telah diberikan sudah didokumentasikan pada kartu ibu, buku KIA, dan register kohort ibu hamil.

#### CATATAN PERKEMBANGAN KUNJUNGAN I

Hari/tanggal: Kamis, 26-04-2019

Jam: 10.00 WITA

Tempat: Rumah ibu

S: .

1. Mengeluh sakit pada perut dan pinggang sesekali
2. Ibu mengatakan ia sudah minum obat sesuai dengan dosis yang diberikan.

O:

3. Keadaan umum baik, kesadaran komposmentis
4. Tanda vital: tekanan darah: 110/ 80 mmhg, nadi: 84 kali/ menit, suhu 36,8<sup>0</sup>C, pernapasan: 18 x/ menit.
5. Muka: tidak *oedema*
6. Mata : *conjungtiva* agak pucat, *sklera* putih
7. Leher: tidak ada pembesaran pada kelenjar *tiroid* dan kelenjar *limfe*, tidak ada bendungan pada *vena jugularis*
8. Payudara: puting susu kiri sudah ada pengeluaran kolostrum, puting susu kanan belum ada pengeluaran kolostrum.
9. *Abdomen*: tidak ada bekas luka operasi, *uterus* membesar sesuai usia kehamilan, tidak ada kontraksi *uterus*
10. *Palpasi*:

*Leopold I*:TFU 2 jari bawah *prosesus xipoides* (28 cm), *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*: sebagian (1/5) bagian kepala janin telah memasuki pintu atas panggul (convergent).

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

Frekuensi: 12-12-12 (140 x/ menit)/ fundus cop

Iramanya: teratur,

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

12. Ekstremitas atas: tidak pucat, tidak *oedema*

13. Ekstremitas bawah: tidak *oedema*, tidak ada varises, fungsi gerak normal.

A:

Diagnosa: Ny. H.N umur 25 tahun G1IP1A0AH1 hamil 39 minggu 3 hari janin hidup tunggal letak kepala *intra uterin* keadaan jalan lahir normal keadaan ibu dan janin baik dengan anemia ringan.

P:

1. Menginformasikan hasil pemeriksaan pada ibu dan keluarganya bahwa keadaan ibu dan janinnya baik, tanda vital normal yaitu tekanan darah 110/ 80 mmhg, suhu 36,8 °C, nadi 84x/ menit, pernapasan 18 x/ menit, puting susu kiri sudah ada pengeluaran ASI, sedangkan puting susu kanan belum ada pengeluaran ASI, tidak ada kontraksi *uterus*. *Palpasi*: TFU 2 jari bawah *prosesus xipoides* (28 cm), letak kepala, sudah masuk PAP, DJJ 140 x/ menit (normal), usia kehamilan 39 minggu 4 hari.

Ibu dan keluarga menerima informasi yang diberikan dan merasa lega karena keadaan ibu dan janinnya baik.

2. Menjelaskan ketidaknyamanan yang dirasakan ibu seperti sakit pinggang dan perut merupakan hal yang normal, hal ini disebabkan oleh kontraksinya otot *uterus* yang sering terjadi menjelang akhir kehamilan. Mengurangi

ketidaknyamanan tersebut dengan cara: mandi menggunakan air hangat, teknik relaksasi dengan menarik napas lewat hidung dan hembuskan lewat mulut secara perlahan-lahan, istirahat serta mengusap-usap punggung bila merasa sakit.

Ibu mengerti dan bersedia melakukan sesuai penjelasan.

3. Mengkaji ulang ibu dan keluarganya tentang persiapan persalinan dan pencegahan komplikasi.

Ibu dan keluarga mengatakan sudah sepakat untuk melahirkan di PUSKESMAS NAGI, ditolong bidan, pendamping ibu kandung, transportasi menggunakan oto milik tetangga, dana sudah ada serta kartu SKTM, calon pendonor darah sudah ada 2 orang saudara kandung yang bergolongan darah O. Pakaian ibu dan bayi serta perlengkapan lain yang dibutuhkan saat persalinan sudah disiapkan.

4. Menanyakan kembali ibu tentang tanda awal persalinan.

Ibu bisa mengulang kembali, seperti sakit perut dan pinggang semakin sering, kuat dan teratur, keluar lendir darah dari jalan lahir atau keluar cairan ketuban dari jalan lahir, bila sudah ada tanda tersebut harus segera ke PUSKESMAS NAGI.

5. Memantau ibu minum tablet Fe. seperti menanyakan pada suami dan keluarga apakah ibu minum tablet Fe secara rutin.

6. Mengajak ibu untuk melakukan pemeriksaan kadar *haemoglobin*, di PUSKESMAS NAGI.

Ibu bersedia melakukan pemeriksaan *Hb* di PUSKESMAS NAGI lusa pagi tanggal 28 April 2019..

7. Melakukan pendokumentasian pada catatan asuhan kebidanan dalam bentuk SOAP.

## **CATATAN PERKEMBANGAN KUNJUNGAN II**

Hari/ tanggal: Jumad, 28- 04 2019Jam: 09.00 WITA.

Tempat: Puskesmas Nagi



S:

1. Ibu mengatakan ingin melakukan pemeriksaan *Hb*
2. Ibu mengatakan sakit pinggang dan perut sesekali.

O:

9. Keadaan umum ibu baik
10. Kesadaran komposmentis
11. Tanda vital: tekanan darah: 110 / 70 mmhg, nadi: 82 kali / menit, suhu 36,8<sup>0</sup>C, pernapasan: 18 x/ menit.
12. Muka: tidak *oedema*
13. Mata : *conjungtiva* merah muda, *sklera* putih
14. *Ekstremitas* atas: tidak pucat, tidak *oedema*
15. *Ekstremitas* bawah: tidak *oedema*, fungsi gerak normal
16. Hasil pemeriksaan laboratorium:

Darah: *Haeoglobin (Hb)*: 10,6 gram %

*HBsAg*: negatif

A:

Diagnosa: Ny. H.N umur 25 tahun G11P1A0AH1 hamil 39 minggu 5 hari janin hidup tunggal letak kepala *intra uterin* keadaan jalan lahir normal ibu dan janin baik dengan anemia ringan

Masalah: tidak ada

P:

6. Menginformasikan hasil pemeriksaan kepada ibu bahwa keadaan ibu dan janinnya baik, tanda vital normal yaitu tekanan darah: 110/70 mmhg, suhu: 36,8<sup>0</sup>C, nadi: 82x/menit, pernapasan: 20x/menit, pemeriksaan fisik normal, hasil pemeriksaan darah *Hb* 10,6 gram%, *HBsAg* negatif, usia kehamilan 39 minggu 5 hari.

Ibu menerima informasi yang diberikan dan tampak tenang.

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

Ibu mengatakan bersedia untuk melahirkan di Puskesmas Nangapenda.

8. Mengingatkan ibu agar segera ke Puskesmas Nangapenda bila sudah ada tanda awal melahirkan.

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

9. 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*.

10. 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 KUNJUNGAN III

Hari/ tanggal: Kamis, 30- 04 2019                      Jam: 03.15 WITA

Tempat: Ruang bersalin Puskesmas Nagi

Oleh: Bidan, Yasinta Rhero, Amd. Keb.

Mahasiswa:

KALA I FASE LATEN

S:

1. Keluhan: ibu mengatakan sakit pada pinggang menjalar ke perut bagian bawah hilang timbul sejak jam 01.00 WITA, keluar tanda berupa lendir darah lewat jalan lahir sejak jam 03.00 WITA, belum keluar air-air banyak dari jalan lahir, pergerakan janin terakhir dirasakan sekitar jam 02.45 WITA.
2. Status gizi: ibu mengatakan makan terakhir jam 20.00 WITA, jenisnya: nasi 1 porsi, ikan goreng 1 potong dan sayur bayam 1 mangkok, dan air putih 1 gelas.
3. Eliminasi: buang air besar terakhir jam 06.00 dan buang air kecil terakhir jam 02.00

4. Aktivitas sehari-hari: memasak dibantu oleh ibu kandungnya, akhir bulan ibu jalan-jalan santai tiap pagi dan sore hari.
5. Kebersihan: mandi, ganti pakaian, dan sikat gigi terakhir tadi pagi jam 06.00 WITA, keramas terakhir 1 hari yang lalu.

O:

3. Tafsiran persalinan: 06-05-2019
4. Pemeriksaan umum
  - e. Keadaan umum: baik
  - f. Status emosional: stabil
  - g. Kesadaran: *composmentis*
  - h. Tanda-tanda vital: tekanan darah: 100/60mmhg, suhu: 36 °C, pernapasan 21x/ menit, nadi 80x/ menit
  - i. Berat badan terakhir (saat ANC): 48,5 kg
  - j. Tinggi badan 149 cm
  - k. Bentuk tubuh *lordosis*
5. Pemeriksaan fisik:
  - f. Wajah: tidak *oedema*, tidak ada *cloasma gravidarum*
  - g. Mata: *konjungtiva* merah muda, *sklera* putih.
  - h. Perut:
    - 5) Inspeksi: membesar sesuai usia kehamilan, tidak ada bekas luka operasi
    - 6) *Palpasi uterus*:

*Leopold 1*: TFU 3 jari bawah *prosesus xipoides* (28 cm), *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*: sebagian (1/5) bagian kepala janin telah memasuki pintu atas panggul (convergent).

TBBJ: *TFU* (menurut Mc. Donald) – 11 x 155

$$29 - 11 \times 155 = 2635 \text{ gram}$$

7) Kontraksi uterus: jam 03.10 WITA, his lamanya 30 detik  
Jam 03.40 WITA, his lamanya 30 detik

8) *Auskultasi* denyut jantung janin:

Frekuensi: 145 x/ menit (dopler)

Iramanya teratur

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

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

j. Pemeriksaan dalam oleh bidan, jam 03.15 WITA:

*Vulva vagina*: ada pengeluaran lendir campur darah, tidak ada varises, tidak ada *kondiloma, portio* tebal lunak, pembukaan 2 cm, selaput ketuban utuh, bagian terendah kepala, penurunan kepala *hodge I*.

A:

Diagnosa:

Ny. G.T umur 34 tahun GIIPIPOAOAHI hamil 40 minggu janin hidup tunggal letak kepala *intra uterin* keadaan jalan lahir normal keadaan ibu dan janin baik inpartu *kala I fase laten*.

Masalah: Nyeri

P:

9. Menginformasikan pada ibu dan keluarga bahwa keadaan ibu baik tanda vital normal: tekanan darah 100/70 MmHg, pernapasan: 21 x/menit, nadi: 80 x/menit, suhu: 36, <sup>0</sup>C, dan keadaan bayinya juga baik yang ditandai oleh denyut jantung janin dalam batas normal yaitu 145 x/menit dan gerakannya juga aktif, hasil pemeriksaan dalam: sudah ada tanda melahirkan yaitu sudah ada pengeluaran lendir darah, pembukaan jalan lahir 2 cm, ketuban masih utuh, letak kepala, sudah masuk pintu atas panggul.

Ibu dan keluarga merasa senang mendengar informasi tersebut.

10. Mengajarkan 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 NANGAPANDA.

11. 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.

12. Mengajarkan 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 05.00 WITA: volume ± 100 cc, jam 06.00 WITA: volume ± 100 cc, jam 08.00 WITA: volume ± 50 cc.

13. Memberitahu ibu untuk tidak meneran dulu sebelum pembukaan lengkap.

Ibu mengerti dengan informasi yang diberikan, yang ditandai tidak meneran saat ada *his*.

14. Mengajarkan 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.

15. Mengobservasi *his*, DJJ, nadi setiap 1 jam, dan mengobservasi pembukaan *serviks*, tekanan darah tiap 4 jam, dan *temperature* tubuh setiap 2 jam.

Tabel 14 Hasil Observasi Kala I Fase Laten

Jam (WITA)	DJJ (x/m)	Kontraksi	nadi(x/m)	Suhu (°C)	Tekanan Darah(mmHg)
04.10	146	Jam 04.11, his lamanya 30 detik. Jam 04.17, his lamanya	80	-	-

		30 detik.			
04.40	145	Jam 04.42, his lamanya 30 detik. Jam 04.47, his lamanya 30 detik.	82	-	-
05.10	140	Jam 05.11, his lamanya 35 detik. Jam 05.15, his lamanya 35 detik. Jam 05.19, his lamanya 35 detik.	84	36,7	-
05.40	142	Jam 05.42, his lamanya 35 detik Jam 05,46, his lamanya 35 detik. Jam.50, his lamanya 35 detik.	84	-	-
06.10	140	Jam06.12, his lamanya 40 detik. Jam06.17, his lamanya 40 detik Jam06.20, his lamanya 40 detik.	88	36,8	-
06.40	142	Jam 06.42, his lamanya 40 detik. Jam 06.45, his lamanya 40 detik. Jam 06.48, his lamanya 40 detik. Jam 06.51 his lamanya	88		

		40 detik.			
--	--	-----------	--	--	--

Jam (WITA)	DJJ (x/ m)	Kontraksi	Nadi(x/ m)	Suhu ( <sup>0</sup> C)	Tekanan Darah(mmHg)
07.10	142	Jam 07.12, his lamanya 40 detik. Jam 07.15, his lamanya 40 detik. Jam 07.18, his lamanya 40 detik. Jam 07.21, his lamanya 40 detik.	88	36,9	100/60

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

Hari/ tanggal :senin, 30-04-2019Jam 07.00 WITA.

Tempat: Ruang bersalin Puskesmas Nangapenda

Oleh: Bidan, Maria Lence Amd,Keb

Mahasiswa: Maria Magdalena Bete Tokan

*KALA I FASE AKTIF*

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

O:

8. Keadaan umum baik, kesadaran komposmentis.
9. Ibu tampak kesakitan.
10. Tanda vital: nadi 86 x/ menit, pernapasan 20x/ menit, suhu 36,8<sup>0</sup>C, tekanan darah: 100/ 60 mmHg.
11. Jam 07.03 WITA, his lamanya 40 detik,  
Jam 07.06 WITA, his lamanya 40 detik,  
Jam 07.09 WITA, his lamanya 40 detik,

Jam 07.12 WITA, his lamanya 40 detik.

12. DJJ 142 x/ menit (dopler).
13. Kandung kemih kosong.
14. Genitalia: ada pengeluaran lendir darah, perinium belum menonjol, anus belum terbuka.
15. Pemeriksaan dalam

Jam 07.00 WITA kolaborasi dengan bidan untuk melakukan pemeriksaan dalam, hasilnya:

*Vulva vagina*: ada pengeluaran lendir darah, tidak ada luka parut, tidak ada varises, tidak ada *kondiloma*, tidak ada *oedema*. *Porsiotipis* lunak, pembukaan 6 cm, penipisan 60 %. Letak kepala, posisi UUK kanan melintang, teraba *sutura sagtalis* berjauhan (*molase 0*), tidak teraba bagian kecil janin dan tali pusat di samping kepala. Selaput ketuban utuh. Penurunan kepala *hodge II*.

A:

Diagnosa:

Ny.H.N umur 25 tahun GIPIAOAHI hamil 40 minggu janin hidup tunggal letak kepala *intrauterin* keadaan jalan lahir normal keadaan ibu dan janin baik kala I *fase aktif*.

Masalah: Nyeri

P:

12. 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.
13. 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.

14. 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.

15. Menganjurkan ibu untuk jalan-jalan atau berdiri jika ibu sanggup, karena membantu mempercepat penurunan kepala janin dan kontraksi *uterus* atau tidur miring kearah kiri. Ibu jalan-jalan lagi dalam ruangan bersalin, dan tidur miring ke kiri jika tidak sanggup lagi berjalan-jalan.

16. Menganjurkan pada ibu untuk melakukan teknik relaksasi pada saat kontraksi yaitu menarik nafas panjang lewat hidung lalu keluarkan lewat mulut. Ibu mengerti dan telah melakukannya.

17. Menganjurkan ibu untuk makan makanan ringan dan minum air putih atau teh hangat agar memiliki cukup tenaga saat proses persalinan serta mencegah dehidrasi.

Jam 07.20 WITA ibu makan nasi 1 piring, ikan 1 potong, sayur sawi 1 mangkok, air putih 1 gelas. jam 09,00 minum susu hangat 1 gelas .

18. Menganjurkan ibu untuk buang air kecil bila merasakannya, karena kandung kemih yang penuh menghalangi penurunan kepala janin dan kontraksi *uterus*.

Ibu mengerti dan bersedia melakukannya. Jam 06.00 WITA buang air kecil spontan ± 100 cc, jam 08.00 WITA buang air kecil spontan ±100 cc.

19. 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); *Heacting 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 oxitetraciklin 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.

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

Tabel 15 Hasil Observasi Kala I Fase Aktif

m (WITA)	DJJ (x/menit)	Nadi (x/menit)	Suhu ( <sup>0</sup> C)	Tekanan Darah (mmhg)
07.00	142	84	37	100/60
07.30	144	84	-	-
08.00	142	84	-	-
08.30	140	86	-	-
09.00	145	88	-	-
09.30	146	88	-	-
10,00	146	84	-	-

Observasi kontraksi uterus:

1. Observasi jam 07.00 WIT:

Jam 07.17 WITA, *his* lamanya 40 detik

Jam 07.20 WITA, *his* lamanya 40 detik

Jam 07.21 WITA, *his* lamanya 40 detik

Jam 07.24 WITA, *his* lamanya 40 detik.

2. Observasi *his* jam 07.30 WITA:

Jam 07.32 WITA, *his* lamanya 40 detik

Jam 07.35 WITA, *his* lamanya 40 detik

Jam 07.38 WITA, *his* lamanya 40 detik

Jam 07.41 WTA, his lamanya 40 detik.

3. Observasi his jam .08.00 WITA:

Jam 08.02 WITA, his lamanya 45 detik

Jam 08.05 WITA, his lamanya 45 detik

Jam 08.06 WITA, his lamanya 45 detik

Jam 08.10 WITA, his lamanya 45 detik.

4. Observasi his jam 08.30 WITA:

Jam 08.32 WITA, his lamanya 45 detik

Jam 08.35 WITA, his lamanya 45 detik

Jam 08.38 WITA, his lamanya 45 detik

Jam 08.40 WITA, his lamanya 45 detik.

5. Observasi his jam 09.00 WITA:

Jam 09.12 WITA, his lamanya 45 detik

Jam 09.15 WITA, his lamanya 45 detik

Jam 09.18 WITA, his lamanya 45 detik

Jam 09.21 WITA, his lamanya 45 detik.

6. Observasi his jam 09.30 WITA:

Jam 09.32 WITA, his lamanya 45 detik

Jam 09.35 WITA, his lamanya 45 detik

Jam 09.38 WITA, his lamanya 45 detik

Jam 09.41 WITA, his lamanya 45 detik

21. Menyiapkan perlengkapan pakaian bayi dan juga ibu untuk proses persalinan seperti, 3 buah kain bayi, baju bayi, loyos, topi, selimut bayi, kaos kaki dan kaos tangan, pakaian ibu seperti 1 buah kain, baju, celana dalam dan pembalut, waslap.

22. Melakukan pendokumentasian semua asuhan yang telah diberikan dalam lembaran observasi dan partograf.

Semua asuhan telah didokumentasikan.

Hari/ tanggal: senin, 30-04-2019

Jam: 10.00 WITA

Tempat: Ruang bersalin Puskesmas Nagi

Oleh: Bidan, Maria Lence Amd, Keb

Mahasiswa: Maria Magdalena Bete Tukan

## KALA II

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

O:

8. Keadaan umum ibu baik, kesadaran komposmentis,
9. Ibu tampak kesakitan dan tampak ada dorongan meneran
10. Nadi 88x/ menit
11. Observasi his jam 10.01 WITA:  
Jam 10.02, WITA, his lamanya 45 detik  
Jam 10.05 WITA, his lamanya 45 detik  
Jam 10.07 WITA, his lamanya 45 detik  
Jam 10.09 WITA, his lamanya 45 detik
12. DJJ: 140x/ menit.
13. Kandung kemih kosong
14. Genetalia: pengeluaran lendir darah semakin banyak, perinium tampak menonjol, *vulva* dan anus tampak membuka.
15. Tanggal 30-04-2019, jam 10.00 WITA kolaborasi dengan bidan untuk melakukan pemeriksaan dalam, hasilnya:  
*Vulva vagina*: 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:

Diagnosa:

Ny.H.N umur 25 tahun GIPIAOAHI hamil 40 minggu janin hidup tunggal letak kepala *intrauterin* keadaan jalan lahir normalkeadaan ibu dan janin baik inpartu kala II.

Masalah: Nyeri

P:

6. 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.
7. 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.
8. 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.
9. Memberi ibu suport bahwa ibu pasti bisa melewati proses persalinan ini. Ibu mengerti dan dapat diajak kerja sama.
10. Kolaborasi dengan bidan untuk melakukan pertolongan persalinan sesuai dengan 58 langkah APN :
  11. Mendengar, melihat, memastikan tanda dan gejala kala II
    - e. Ibu mengatakan ingin meneran
    - f. Ibu mengatakan tekanan pada anus
    - g. Perinium menonjol
    - h. Anus dan *vulva* membuka.
  12. 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*.
  13. Memakai celemek dan masker. Melindungi diri dan mencegah infeksi silang antara ibu dan bidan. APD sudah dipakai.
  14. 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.

15. 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
16. 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.
17. Melakukan *vulva hygiene*. *Vulva* merupakan pintu masuknya *mikroorganisme* ke dalam tubuh. *Vulva* sudah dibersihkan.
18. Jam : 10.00 WITA

Colaborasi 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.

19. Mencilupkan 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.
20. 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  $\frac{1}{4}$  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.
20. Meletakkan kain bersih di atas perut ibu. Mengeringkan tubuh bayi dari darah dan air ketuban. Kain sudah diletakan di atas perut ibu.
21. Meletakkan kain yang dilipat  $\frac{1}{3}$  bagian pada bokong ibu.  
Menyokong perinium untuk mencegah *laserasi* jalan lahir. Kain  $\frac{1}{3}$  bagian sudah diletakan.
22. Mendekatkan *partus set* dan membukanya. Memudahkan dalam pertolongan persalinan. *Partus set* sudah didekatkan.
23. Memakai sarung tangan pada kedua tangan. Tangan merupakan media utama masuknya *mikroorganisme* kedalam tubuh dan mencegah infeksi silang antara ibu dan bayi. Kedua tangan sudah memakai sarung tangan.
24. Setelah kepala bayi tampak dengan diameter 5-6 cm di depan *vulva*, maka tangan kanan melindungi perinium dengan kain yang dilipat  $\frac{1}{3}$  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.

21. 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 longgar.
21. Menunggu kepala janin melakukan putaran paksi luar. Menghilangkan torsi pada leher bayi. Kepala janin melakukan putaran paksi luar secara seponatan.
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 10.30 WITA, bayi lahir seponatan, 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 kearah 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.

Hari/ tanggal : senin, 30 April 2019      Jam : 10.32 WITA.

Tempat: Puskesmas Nagi

Oleh: Bidan, Maria Lence Amd, Keb.

Mahasiswa: Maria Magdalena Bete Tukan

KALA III

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

O:

3. Keadaan umum: baik, kesadaran: composmentis
4. 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: P11P0AIAHII inpartu Kala III

P:

59. Memindahkan klem tali pusat sehingga berjarak 5 cm dari *vulva*. Memudahkan dalam PTT. Klem 5 cm dari *vulva*.
60. Meletakkan tangan kiri di atas kain pada perut ibu di atas *sympisis*, untuk mendeteksi, dan tangan kanan mengangkat tali pusat. *Uterus* membesar (kontraksi baik), adanya semburan darah banyak dari jalan lahir, tali pusat bertambah panjang.
61. 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.
62. 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*.
63. Saat *plasenta* muncul di *introitus vagina*, melahirkan *plasenta* dengan kedua tangan. Memegang dan memutar *plasenta* hingga selaput *plasenta* terpelin kemudian melahirkan *plasenta* seluruhnya dan meletakkan pada tempat *plasenta*. Mencegah tertinggalnya *plasenta* atau *plasenta* lahir tidak lengkap.  
Jam 10.35WITA *plasenta* lahir lengkap dan spontan
64. 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 *vasokonstriksi* pembuluh darah. *Uterus* teraba bundar dan keras (kontraksi *uterus* baik) dan kandung kemih kosong.
65. Memeriksa kedua sisi *plasenta* yakni bagian *maternal* dan bagian *fetal plasenta*. Meyakinkan *plasenta* lahir lengkap sehingga tidak terjadi perdarahan. *Placenta* lahir lengkap, selaput utuh, *cotiledon* lengkap.

66. Melakukan pemeriksaan kemungkinan *laserasi* pada *vagina* dan perinium, dan melakukan penjahitan. Robekkan jalan lahir, mengakibatkan perdarahan aktif. Ada robekan pada perinium derajat I dan melakukan *heating* jelujur.

Hari/ tanggal: Senin, 30 -04-2019                      Jam : 10.50 WITA.

Tempat: Puskesmas Nagi

Oleh: Bidan, Maria Lence Amd,Keb

Mahasiswa: Maria Magdalena Bete Tukan

*KALA IV*

IBU

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

O:

6. Keadaan umum : baik, kesadaran: komposmentis
7. Wajah ibu tampak senang
8. *Plasenta* lahir spontan, lengkap pada jam 10.35 WITA
9. *Palpasi*: *TFU* 2 jari dibawah pusat, kontraksi *uterus* baik, kandung kemih kosong
10. Perdarahan  $\pm$  200 cc

A: PIIA OAHII *inpartukala IV*.

P:

67. Memastikan *uterus* berkontraksi baik dan tidak terjadi perdarahan. Masase *uterus,uterus* teraba bundar dan keras (kontraksi *uterus* baik), perdarahan normal  $\pm$  10 cc
68. Memberitahu ibu bahwa bayi dibiarkan diatas perut ibu melakukan kontak kulit dengan ibu paling sedikit 1 jam sejak jam 10.45-11.45 WITA.
69. Memberitahu ibu bahwa setelah 1 jam kontak kulit (IMD), bidan akan melakukan perawatan bayi yaitu menimbang berat badan, mengukur

panjang badan, lingkaran kepala, lingkaran dada, lingkaran perut, memberikan salep mata, dan injeksi vitamin K dan memakaikan pakaian bayi.

Pada jam 11.45 WITA, hasilnya: berat badan: 2700 gram, panjang badan: 49 cm, lingkaran kepala: 33 cm, lingkaran dada: 32 cm, lingkaran perut: 32 cm. Memberikan salep mata oksitetrasiklin 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.

70. 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.
71. Melanjutkan pemantauan kontraksi *uterus* dan perdarahan pervagina. Kontraksi *uterus* baik, TFU 2 jari bawah pusat, perdarahan sedikit  $\pm 20$  cc.
72. 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.
73. Mengevaluasi dan mengestimasi jumlah kehilangan darah. Perdarahan yang keluar sebanyak  $\pm 20$  cc.
74. 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
11.00	100/60 mmhg	80x/mnt	36,6 <sup>0</sup> C	1jari bwhpst	Baik	50 cc	Kosong

11.15	100/60 mmhg	82x/mn	36,7 <sup>0</sup> C	1jari bwh pst	Baik	30 cc	Kosong
11.30	100/60 mmhg	84x/mn	36,7 <sup>0</sup> C	1jari bwh pst	Baik	30 cc	Kosong
11.45	100/60 mmhg	80x/mn	36,8 <sup>0</sup> C	1jari bwh pst	Baik	20 cc	Kosong
12.15	100/60 mmhg	84x/mn	36,9 <sup>0</sup> C	1jari bwh pst	Baik	20 cc	Kosong
12.45	100/70 mmhg	84x/mn	36,9 <sup>0</sup> C	1jari bwh pst	Baik	10 cc	urineren=1 50

75. 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
11.05	52	36,7	kemera han	Aktif	bayi sedang IMD	Tidak berdarah	Tidak	-/-
11.20	54	36,7	Kemera han	Aktif	Bayi sedang IMD	Tidak berdarah	Tidak	-/-
11.35	52	36,8	Kemera han	Aktif	Bayi sedang IMD	Tidak berdarah	Tidak	-/-
11.50	52	36,8	Kemera han	Aktif	isap kuat	Tidak berdarah	Tidak	-/-
12.20	56	36,9	Kemera han	Aktif	isap kuat	Tidak berdarah	Tidak	-/-
12.50	52	36,9	Kemera	Aktif	isap kuat	Tidak	Tidak	

			han			berdarah		
--	--	--	-----	--	--	----------	--	--

76. 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.
77. 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*.
78. 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.
79. Mendekontaminasi tempat tidur dan celemek dengan larutan chlorin 0,5%. Tempat tidur dan celemek sudah bersih.
80. 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.
81. 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.
82. Mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir dengan cara 6 langkah, kemudian mengeringkan dengan tisu.
83. 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 05.30 WITA memindahkan ibu dan bayi ke ruang nifas.

#### CATATAN PERKEMBANGAN KUNJUNGAN IV

##### 6 JAM *POST PARTUM* (KF I DAN KN I)

Hari/ tanggal: senin, 30-04-2019      Jam: 05.30 WITA

Tempat: Ruang nifas Puskesmas Nagi

IBU

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

O:

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

A: Ny. H.N umur 25 tahun PIIA OAH I *postpartum* normal 6 jam dengan *ruptur* perineum grade I.

P:

9. 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
10. 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.
11. 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
12. 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.
13. 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.
14. 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.

15. 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* *vaginahingga* 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.
16. Menginformasikan tanda bahaya masa nifas pada ibu dan keluarganya yaitu: perdarahan banyak lewat jalan lahir, keluar cairan berbau dari jalan lahir, bengkak diwajah 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:

7. Keadaan umum baik,
8. Kesadaran: komposmentis,
9. Tanda vital: suhu: 36,9°C, nadi: 133 x/ menit, pernapasan: 50x/ menit,
10. Antropometri: berat badan: 2700 gram, panjang badan: 49cm, lingkar kepala: 33cm, lingkar dada: 32 cm, lingkar perut: 32 cm.
11. *APGAR score*: 8/9/10
12. Pemeriksaan fisik:
  - p. Kepala: ubun-ubun besar belum tertutup, tidak ada *caput succedaneum*, tidak ada *cepal hematoma*, tidak ada kelainan.

- q. Wajah: kulit wajah kemerahan, muka bentuknya simetris
- r. Mata: simetris, tidak ada nanah, kelopak mata tidak bengkak, tidak ada perdarahan pada bola mata.
- s. Telinga: kedua daun telinga simetris, letaknya normal.
- t. Hidung: tidak ada secret, tidak ada pernapasan cuping hidung, tidak ada *palatoskisis*.
- u. Mulut: tidak ada *sianosis* dan tidak ada *labiopalato skizis*
- v. Leher : tidak ada benjolan
- w. Dada: simetris, tidak ada retraksi dinding dada, bunyi jantung normal dan teratur
- x. *Abdomen*: tidak ada perdarahan tali pusat, dinding perut supel, tidak ada kelainan seperti *omfalokel*, dll.
- y. Genitalia: jenis kelamin perempuan, *labia mayora* sudah menutupi *labium minus*
- z. Anus: ada lubang anus
- aa. Punggung: tidak ada *spina bifida*.
- bb. *Ekstermitas*: jari tangan dan kaki lengkap, gerak aktif, tidak ada *polidaktili*, kulit kemerahan.
- cc. Kulit kemerahan
- dd. Reflex
  - 5) Refleksi *moro*: baik, saat diberi rangsangan kedua tangan dan kaki seakan merangkul
  - 6) Refleksi *rooting*: baik, saat diberi rangsangan pada pipi bayi, bayi langsung menoleh ke arah rangsangan
  - 7) Refleksi *sucking*: baik, saat menyusui refleksi isapnya baik
  - 8) Refleksi *Graps*: 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 senyaman 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 disekitar 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 KE V  
*POST PARTUM HARI PERTAMA*

Hari/ tanggal: selasa, 01-05-2019

Jam: 09.00 WITA

Tempat: Ruang nifas Puskesmas Nagi

IBU

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

O:

10. Ku ibu baik, kesadaran komposmentis.
11. Tanda vital: tekanan darah 110/ 70 mmhg, nadi 84x/menit, suhu 36,8°C, pernapasan 18 x/ menit,
12. Wajah: tidak pucat, tidak ada *oedema*.
13. Mata: tidak *oedema*, *konjungtiva* merah muda, *sklera* putih.
14. Leher: tidak ada bendungan pada *vena jugularis*, tidak ada pembesaran kelenjar *tiroid* dan kelenjar *limfe*.
15. Payudara: bentuk simetris, tidak ada bengkak dan kemerahan, sudah ada produksi ASI sedikit.

16. *Abdomen*: dinding perut supel, kontraksi *uterus* baik, *TFU* 2 jari bawah pusat, kandung kemih kosong.

17. *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).

18. *Ekstremitas*: tidak pucat, tidak *oedema*, tidak merah, tidak nyeri, fungsi gerak normal.

A: PIIP0AOAHII *postpartum* normal hari pertama

P:

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

10. 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.

11. 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.

12. 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.

13. 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.
14. Mengingatkan ibu untuk sering melakukan kontak dengan bayinya, agar tercipta ikatan kasih sayang dan merangsang perkembangan bayi. Ibu mengerti dan bersedia melakukannya.
15. 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.
16. 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.

#### BAYI

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

O:

6. Keadaan umum baik, kesadaran komposmentis
7. Kulit tampak kemerahan tidak *ikterus*, gerak aktif, menangis kuat.
8. Tanda vital: suhu 37 °C, nadi 130 x/ menit, pernapasan 50 x/ menit
9. Berat badan: 2650 gram, panjang badan 49 cm.
10. Pemeriksaan fisik:
  - f. kepala: tidak ada kelainan, wajah: simetris, mata: *konjungtiva* merah muda, *sklera* putih

- g. Dada: simetris, tidak ada tarikan dinding dada
- h. Perut: supel, tidak ada perdarahan tali pusat, tali pusat masih basah dan layu, tidak ada kelainan.
- i. Genitalia: tidak ada kelainan
- j. *Ekstremitas*: kulit kemerahan, fungsi gerakanya normal.

A: Neonatus cukup bulan sesuai masa kehamilan umur 1 hari

P:

10. 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.
11. Mengajarkan ibu cara memandikan dan merawat tali pusat bayi. Ibu mengerti dan bersedia melakukannya.
12. Memastikan ibu menyusui bayinya dengan posisi yang benar. Ibu sudah bisa melakukan menyusui dengan posisi yang benar.
13. Menjelaskan kepada ibu dan suami tentang pentingnya program KB. Ibu dan suami mengerti tentang KB dan bersedia untuk mengikuti KB.
14. Colaborasi dengan dokter untuk memberikan imunisasi HB 0 pada bayi. Bayi sudah diimunisasi HB 0.
15. Menjelaskan pada ibu agar jangan membiarkan bayinya menangis lama karena bisa menyebabkan bayi stres. Ibu mengerti dan bersedia melakukannya.
16. Mengingatkan ibu dan keluarga agar selalu menjaga bayinya tetap hangat. Ibu dan keluarga mengerti dan bersedia melakukannya.
17. Mengajukan ibu untuk sering menyusui bayinya secara tidak terjadwal, minimal tiap 2-3 jam agar kebutuhan bayinya terpenuhi dan memperlancar produksi ASI.
18. Mengingatkan ibu tentang tanda bahaya pada bayi baru lahir. Ibu mengerti dengan penjelasan yang diberikan.

CATATAN PERKEMBANGAN KUNJUNGAN KE VI  
(POST PARTUM HARI KE LIMA / KF II DAN KN II)

Hari/ tanggal: Kamis, 05-05-2019 Jam: 10.00 WITA

Tempat: Rumah ibu

IBU

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

O:

4. Ku: baik, kesadaran: komposmentis
5. Tanda vital: tekanan darah: 110/ 60 mmhg, nadi 80 x/menit, nadi 80x/menit, suhu 37 °C, pernapasan 16x/ menit.
6. Pemeriksaan fisik:
  - i. Kepala: tidak ada kelainan, ada ketombe
  - j. Muka: tidak *oedema*, tidak pucat
  - k. Mata: tidak *oedema*, *konjungtiva* merah muda, *sklera* putih
  - l. Leher: tidak ada pembesaran kelenjar *limfe* dan kelenjar *tiroid*, tidak ada bendungan pada *vena jugularis*.
  - m. Payudara: simetris, kencang dan tegang, ada pengeluaran ASI dari kedua puting susu, tidak ada benjolan.
  - n. *Abdomen*: dinding perut supel, *palpasi*: kontraksi *uterus* baik, *TFU* pertengahan pusat simpisis, kandung kemih kosong.
  - o. 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.
  - p. *Ekstremitas*: tidak ada varises, tidak ada *oedema*, tidak ada tanda kemerahan dan nyeri, fungsi gerak normal.

*Pemeriksaan Penunjang Lab HB 10grm%*

A: PIIA OAH III *post partum* normal hari ke- 5

P:

10. Menginformasikan hasil pemeriksaan pada ibu bahwa keadaanya 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.

11. 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.
12. Melakukan perawatan luka perinium menggunakan kassa yang dibasahi betadin lalu dioleskan pada luka jahitan. Luka sudah dirawat dengan betadin.
13. 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.
14. Mengingatkan ibu untuk meningkatkan kebersihan daerah genitalia, agar luka perinium segera sembuh dan tidak terjadi infeksi. Ibu bersedia melakukannya.
15. 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.
16. 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.
17. 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.

18. 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:

3. 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.
4. Ibu mengatakan khawatir karena ada keluar keputihan sedikit dari kelamin bayinya.

O:

5. Ku bayi baik, kesadaran komposmentis
6. Tanda vital: suhu: 36,7 °C, nadi 132x/menit, pernapasan 53x/menit
7. Panjang badan: 48 cm.
8. Pemeriksaan fisik:
  - k. Muka: tampak bintik-bintik kecil,
  - l. Mata: tidak ada sekret,
  - m. Hidung: tidak ada pernapasan cuping hidung,
  - n. Mulut: bibir lembab, warna kemerahan,
  - o. Leher: kulit terkelupas dan iritasi pada lipatan, tidak ada benjolan
  - p. Dada: tidak ada tarikan dinding dada ke bawah saat bayi tenang,
  - q. Perut: dinding perut supel, tali pusat sudah pupus, tidak ada perdarahan tali pusat, tidak ada tanda-tanda infeksi,
  - r. Genitalia: ada keputihan sedikit di *vulva*,
  - s. *Ekstremitas*: gerak aktif, kulit kemerahan, iritasi pada kulit di lipatan paha.
  - t. Kulit: warna kulit bayi kemerahan, tidak *cianosis*.

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

P:

9. 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.
10. 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.
11. 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.
12. 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.
13. 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.
14. 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.
15. 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.

16. 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 KE VII

(POST PARTUM HARI KE 29/ KF III)

Hari / tanggal: Senin/ 29-05-2019

Jam: 10.00 WITA

Tempat: Rumah ibu

IBU

S:

1. Ibu mengatakan tidak ada keluhan,
2. Nutrisi: makan minum 4-5 kali sehari, komposisi: nasi, sayuran (seperti: bayam, kelor, daun ubi, wortel), lauk (seperti: ikan, daging, telur, tahu, tempe), bubur kacang hijau, buah kadang ada pepaya atau pisang, porsi dihabiskan, minum air putih  $\pm$  14 gelas perhari,
3. Eliminasi: buang air kecil 5-6 kali/ hari, buang air besar 1-2 kali perhari, konsistensi lunak.

O:

1. Keadaan umum ibu baik, kesadaran komposmentis
2. Tanda vital: tekanan darah 110/ 60 mmhg, nadi 80x/ menit, suhu 36, 7 °C, pernapasan 16 x/ menit.
3. Pemeriksaan fisik:
  - a. Mata: tidak *oedema*, *sklera* putih, *konjungtiva* merah muda
  - b. Payudara: simetris, membesar, tidak ada nyeri dan bengkak, puting susu menonjol, keluar ASI dari kedua puting susu.
  - c. Perut: dinding perut supel, kandung kemih kosong, *fundus uteri* sudah tidak teraba.
  - d. *Ekstremitas* atas: bersih, kuku tidak pucat, kuku pendek, tidak *oedema*
  - e. *Ekstremitas* bawah: tidak *oedema*, fungsi gerak normal.

A: PIIAOAHII *post partum* normal hari ke- 29

P:

1. Menginformasikan hasil pemeriksaan pada ibu bahwa keadaan ibu baik yang ditandai oleh tanda vital dan pemeriksaan fisik normal. Ibu tampak senang.
2. 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 08.00 WITA sudah mengkonsumsi bubur kacang hijau 1 mangkok, dan minum susu ibu menyusui tiap pagi dan malam hari.
3. 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.
4. Mengingatkan ibu agar memberikan bayinya ASI saja hingga umur 6 bulan. Ibu bersedia memberikan bayinya ASI saja hingga 6 bulan.
5. 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.
6. Menjelaskan kepada ibu dan suami tentang pentingnya program KB. Ibu dan suami mengerti tentang KB dan bersedia untuk mengikuti KB.
7. Menjelaskan pada ibu kapan ibu dan suami bisa memutuskan untuk memulai berhubungan seksual yakni bila ibu memasukan 1-2 jari kedalam *vagina* dan tidak merasakan sakit, sudah tidak ada pengeluaran darah/ *vagina (lochea)*, tergantung dari ibu dan suami bila ibu sudah siap. Ibu mengerti dengan penjelasan yang diberikan.

BAYI

S:

1. Ibu mengatakan bayinya tidak ada keluhan atau masalah
2. Isap ASI kuat.

3. Buang air kecil normal warna kuning, frekuensi 6-7 kali perhari, buang air besar normal warna kuning, frekuensi 3-4 kali sehari, konsistensi lunak.

O:

1. Keadaan umum bayi baik, gerak aktif, tonus otot baik.
2. Tanda vital: suhu 36,8 °C, nadi 120x/ menit, pernapasan 48x/ menit
3. Kulit: tidak *ikterus*, tidak ada *sianosis*, *turgor* kulit baik.

A: Bayi cukup bulan sesuai masa kehamilan umur 14 hari

P:

1. Informasi pada ibu bahwa keadaan bayinya baik yang ditandai tanda vital normal yaitu suhu 36,8 °C, nadi 120x/ menit, pernapasan 48x/ menit. Ibu senang mendengar informasi tersebut.
2. Mengingatkan ibu untuk tetap memberikan bayinya ASI saja hingga umur 6 bulan, dan setelah 6 bulan bayi tetap diberi ASI dan makanan pendamping ASI, serta menyusui bayinya hingga bayi berumur 2 tahun. Ibu mengerti dan bersedia memberikan bayinya ASI saja hingga umur 6 bulan..
3. Mengingatkan ibu untuk sering memberikan bayinya ASI semau bayi atau minimal tiap 2-3 jam, serta selalu menyendawakan bayinya setiap selesai menyusui. Ibu mengerti dan bersedia melakukannya.
4. Mengingatkan ibu untuk tetap memperhatikan kebersihan bayi, pakaian maupun tempat sehingga bayinya tidak mudah sakit yang diakibatkan oleh kurang memperhatikan kebersihan. Ibu mengerti dan bersedia selalu memperhatikan kebersihan agar bayinya tidak mudah sakit.
5. Mengingatkan ibu untuk membawa bayinya ke PUSKESMAS NAGI pada tanggal 19 Mei 2019, jam 08.00 WITA untuk imunisasi BCG, dan setiap bulan ke posyandu Pisa pada tanggal 14 dalam bulan.

### CATATAN PERKEMBANGAN KUNJUNGAN KE VIII

(*POSTPARTUM* HARI KE- 21 / KN III)

Hari/ tanggal: Jumad, 21-05-2019      Jam: 09.00 WITA

Tempat: Puskesmas Nagi

BAYI

S: Ibu mengatakan anaknya tidak ada keluhan, isap ASI baik, sudah buang air kecil, sudah buang air besar warna kuning, tidak *diare*.

O:

1. Keadaan umum bayi baik, kesadaran komposmentis,
2. Tanda vital: suhu: 36,7 °C, nadi 120 x/ menit, pernapasan 48 x/ menit.
3. Berat badan: 3900 gram, panjang badan 48 cm.
4. Pemeriksaan fisik:
  - a. Kepala: tidak ada kelainan, ubun-ubun datar, tidak ada benjolan, rambut warna hitam.
  - b. Muka: bentuk simetris, tidak *ikterus*
  - c. Mata: tidak *oedema*, tidak ada sekret, *konjungtiva* merah muda, *sklera* putih.
  - d. Hidung: bentuk simetris, tidak ada pernapasan cuping hidung
  - e. Mulut: bibir lembab, berwarna merah muda, tidak ada *labiopalatoskisis*
  - f. Telinga: bentuk simetris, bersih, tidak ada kelainan
  - g. Leher: tidak ada kelainan
  - h. Dada: simetris, tidak ada tarikan dinding dada
  - i. Perut: tidak ada kelainan, tali pusat sudah lepas dan kering, dinding perut supel, turgor kulit baik
  - j. Punggung: tidak ada *spina bifida*
  - k. Genitalia: tidak ada kelainan, *labia mayor* menutupi *labio minor*.
  - l. *Ekstremitas*: bentuk normal, simetris kiri dan kanan, jari-jari tangan dan kaki bersih, kuku jari panjang, tidak ada *polidaktili*
  - m. Kulit: kemerahan, tidak *sianosis*, turgor kulit baik
  - n. Tonus otot: baik
  - o. Pergerakan: aktif
  - p. Refleks:
    - 1) Refleks *rotting*: + (saat ibu menyetuhkan puting susu di samping bibir, bayi menoleh kepalanya ke arah rangsangan tersebut dan membuka mulutnya)
    - 2) Refleks *sucking*: + (refleks mengisap ASI baik)

3) Refleksi *moro*: + (bayi dikejutkan dengan tepukan tangan, bayi spontan mengangkat kedua tangannya seperti hendak memeluk)

4) Refleksi *grasping*: + (bayi menggenggam jari tangan yang di letakan pada telapak tangannya).

A: Neonatus cukup bulan sesuai masa kehamilan usia 21 hari

P:

1. Menginformasikan hasil pemeriksaan pada ibu bahwa keadaan bayinya baik, tanda vital normal, berat badan 3500 gram, pemeriksaan fisik tidak ada kelainan. Ibu tampak senang mendengar informasi tersebut.
2. Memberikan KIE pada ibu tentang imunisasi dasar, yakni: imunisasi *hepatitis B* untuk mencegah penyakit *hepatitis B*, imunisasi *polio* untuk mencegah penyakit *polio* atau lumpuh layu, *BCG* untuk mencegah penyakit *TBC*, *DPT* untuk mencegah penyakit *difteri*, *pertusis* dan *tetanus*, dan *campak* untuk mencegah penyakit *campak*. Imunisasi dasar harus diberikan secara lengkap saat anak berusia kurang dari 1 tahun (11 bulan), dengan dosis, interval, dan jadwal sesuai ketentuan. Ibu mengerti yang ditandai mampu mengulang kembali jenis-jenis imunisasi serta manfaatnya.
3. Memberitahu ibu bahwa hari ini anaknya akan mendapat imunisasi *polio* 1 dan *BCG*. Ibu mengerti dan menyetujui anaknya untuk diberi imunisasi *polio* 1 dan *BCG*.
4. Memberikan imunisasi *polio* 1 dengan dosis 2 tetes peroral dan *BCG* dengan dosis 0,05 secara *intracutan* pada lengan kanan bagian atas. Bayi sudah diimunisasi *polio* 1 dan *BCG*.
5. Mengingatkan ibu untuk memberikan ASI saja pada bayinya hingga berumur 6 bulan. Ibu mengerti dan berjanji akan memberikan bayinya ASI saja hingga 6 bulan.
6. Menginformasikan pada ibu jadwal posyandu bulan depan pada tanggal 14 Juni 2019. Ibu sudah mengetahui jadwal posyandu bulan juni.

IBU

S: Ibu mengatakan tidak ada keluhan,

O:



1. Keadaan umum ibu baik, kesadaran komposmentis
2. Tanda vital: Tekanan darah 110/ 70 mmhg, nadi 84x/ menit, suhu 36, 5 °C, pernapasan 16 x/ menit.
3. Berat badan: 58 kg
4. Pemeriksaan fisik:
  - a. Muka: tidak pucat, tidak *oedema*
  - b. Mata: tidak oedema, *konjungtiva* merah muda, *sklera* putih
  - c. Payudara: simetris, membesar, tidak ada nyeri dan bengkak, puting susu menonjol, keluar ASI dari kedua puting susu.
  - d. Perut: dinding perut supel, *fundus uteri* sudah tidak teraba
  - e. Genital: bekas luka perinium sudah kering, tidak merah, tidak bengkak dan tidak ada pus, pengeluaran pervagina: lendir warna putih (*lochea albicans*).
  - f. *Ekstremitas* atas: bersih, kuku tidak pucat, kuku pendek, tidak *oedema*.
  - g. *Ekstremitas* bawah: tidak *oedema*, fungsi gerak normal.

A: PIIA OAH I *post partum* normal hari ke- 19

P:

1. Menginformasikan hasil pemeriksaan pada ibu bahwa keadaannya baik yang ditandai tanda vital dan pemeriksaan fisik semuanya dalam batas normal. Ibu mengerti dan senang mendengar informasi tersebut.
2. Mengajarkan ibu untuk tetap mengkonsumsi makanan bergizi dan istirahat yang cukup. Ibu mengerti dan bersedia tetap mengkonsumsi makanan bergizi dan istirahat cukup.
3. Memastikan ibu menyusui bayinya dengan benar. Posisi menyusui benar dan bayi tampak menyusui dengan tenang.

#### CATATAN PERKEMBANGAN KUNJUNGAN KE IX

(*POSTPARTUM* HARI KE 40 / KF IV)

Hari / tanggal: Sabtu/ 09-06-2019

Jam: 09.00 WITA

Tempat: Puskesmas Nagi

IBU

S:

3. Ibu mengatakan tidak ada keluhan
4. Ibu mengatakan ingin mengikuti kontrasepsi suntik tiga bulan.

O:

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

A:P11AIAH1I *post partum* normal hari ke-40 calon akseptor suntik *depoprovera*

P:

8. 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.
9. 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.

10. 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.
11. Menjelaskan pada ibu tentang beberapa alat kontrasepsi, cara kerja, keuntungan serta kerugian masing-masing kontrasepsi dengan menggunakan lembar balik yang tersedia di Pustu Liliba 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.
12. Melayani kontrasepsi suntikan tiga bulan, yakni *depoprovera* secara IM pada bokong kanan ibu. Sudah diberikan kontrasepsi suntikan pertiga bulan.
13. 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.
14. Melakukan pendokumentasian semua asuhan dalam buku register KB, dan kartu KB (K1) yang diberikan untuk ibu sebagai akseptor. Semua asuhan sudah didokumentasikan.

#### E. 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.

#### 5. Pembahasan Data Subyektif

##### f. 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. H.N, umur 25 tahun, pendidikan SMA, pekerjaan Ibu Rumah Tangga, dan suaminya bernama Tn. S.R, umur 25 tahun, pendidikan SMA, pekerjaan Petani. 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 12 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 NAGI 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.

Ibu sudah mendapat imunisasi TT 2 kali yaitu TT3 diberikan tanggal 09-11-2019, dan TT 2 diberikan tanggal 10-01 2019. Menurut Kemenkes RI (2015) imunisasi TT1 diberikan saat kunjungan ANC 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 26-04 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: Ibu hamil dengan anemia ringan. Masalah yang dialami ibu disebabkan karena ibu tidak memperhatikan gizi yang baik untuk ibu dan juga janinnya dan penyebab lainnya ibu minum fe tidak secara rutin dan tidak habis. 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.

g. Persalinan

Ibu mengeluh merasa sakit pada pinggang menjalar ke perut bagian bawah hilang timbul sejak jam 01.00 WITA. Keluar tanda berupa lendir darah lewat jalan lahir sejak jam 03.00 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 10.00 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, ibumengatakan rasa mules diperut sudah mulai berkurang. Rasa mules terjadi akibat kontraksi *uterus* sehingga tidak terjadi perdarahan post partum. Menurut Marmi (2012) *uterus* yang berkontraksi normal harus teraba keras ketika disentuh atau diraba. Tidak ditemukan kesenjangan antara teori dan kasus.

h. 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.

i. 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.

j. 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*.

## 6. Pembahasan Data Obyektif

### f. Kehamilan

Tafsiran persalinan 06 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.H.N 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.

Pemeriksaan penunjang: pemeriksaan *Hb* dan *HBsAg* dilakukan saat kunjungan berikutnya pada usia kehamilan 39 minggu 5 hari. Saat melakukan pengkajian awal tanggal 24-10-2019, sudah disarankan untuk pemeriksaan *Hb*, *HbsAg* namun ibu mengatakan bersedia melakukan



pemeriksaan setelah mendapat persetujuan dari keluarganya. Hasil pemeriksaan *Hb* 10 gram%, HBsAg negatif. Pemeriksaan penunjang seperti *Hb* di lakukan minimal 1 kali pada trimester pertama dan 1 kali pada trimester ketiga, yang bertujuan untuk mengetahui apakah ibu hamil menderita *anemia* (Walyani, 2015). Hasil pemeriksaan digolongkan sebagai berikut: *Hb* 11 gr% tidak *anemia*, *Hb* 9-10 gr% *anemia* ringan, *Hb* 7-8 gr% *anemia* sedang, < 7 gr% *anemia* berat (Romauli, 2011). Tidak ditemukan kesenjangan antara teori dan kasus karena ibu telah memeriksakan *Hb* dan hasilnya ibu tidak *anemia*.

g. Persalinan

Jam 03.00 WITA, ibu masuk Puskesmas Nagi. 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. Jam 03.15 WITA dilakukan pemeriksaan dalam oleh bidan dengan hasil *vulva vagina*: ada pengeluaran lendir campur darah, tidak ada varises, tidak ada *kondiloma*, *portio* tebal lunak, pembukaan 2 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 10.00 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 disamping

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  $\pm$  100cc. *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 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.

#### h. Bayi Baru Lahir (BBL)

Ku bayi baik, tanda vital dalam batas normal yaitu suhu bekisar antara 36,7 - 37 °c, nadi 120 -133 x/ menit, pernapasan 48- 50 x/ menit. Berat badan 2700 gram, panjang badan 49 cm, lingkar kepala 33 cm, lingkar dada 32 cm, lingkar perut 32 cm. *APGAR score* 8/ 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 gram – 4000 gram, panjang badan 48- 52 cm, lingkar dada 30-38 cm, lingkar kepala 33-35 cm, frekuensi jantung 120-160 x/ menit, pernapasan 40-60 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 Nangapenda. 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 Nangapenda..

i. 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.

j. 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.

7. Pembahasan Pada Analisa Data

b. Kehamilan

Berdasarkan data yang diperoleh pada pengkajian data subyektif dan data obyektif maka penulis menegakan diagnosa: GIPIAOAHI hamil 39 minggu I hari janin hidup tunggal letak kepala *intra uteri* keadaan jalan lahir normal keadaan ibu dan janin baik dengan anemia Ringan. 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.

e. Persalinan

Berdasarkan hasil pengkajian data subyektif dan data obyektif maka penulis menetapkan diagnosa:

Kala I: G1IPIAOAHI hamil 40 minggu 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: GIPIAOAHI hamil 40 minggu 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: P1IP0AOAH11 *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: P1IP0AOAH11 *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.

f. 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 A.S. Hal ini menunjukkan tidak ada kesenjangan antara teori dan kasus.

g. Nifas

Berdasarkan pengkajian data subyektif dan data obyektif maka penulis menentukan diagnosa PIIP0AOAH11 *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.

h. Keluarga Berencana (KB)

Berdasarkan pengkajiandata subyektif dan data obyektif maka penulis menentukan diagnosa calon akseptor suntik *depoprovera*.

8. Pembahasan Pada Penatalaksanaan

f. 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.

g. 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 07.15 WITA pembukaan 6 cm dan Jam 10.00 WITA pembukaan 10 cm. Menurut JnPK-KR (2008) menjelaskan dari pembukaan 4 cm hingga mencapai pembukaan lengkap atau 10 cm, akan terjadi dengan kecepatan rata-rata 1 cm per jam (*nulipara* atau *primigravida*) atau lebih dari 1 cm hingga 2 cm (*multipara*). Hal ini menunjukkan tidak ada kesenjangan antara teori dan kasus.

Jam 10.00 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 10.30 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.A.S berlangsung 30 menit dari pembukaan lengkap jam 10.00 WITA sampai bayi lahir jam 10.30 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 10.35 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 *kotiledonnya* 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.A.S berlangsung 5 menit dimulai dari bayi lahir jam 10.30 WITA sampai *plasenta* lahir jam 10.35 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 jeluju 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. A.S, berjalan normal dan tidak ditemukan kelainan atau komplikasi.



#### h. 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 menyusu 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.

i. 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.

j. 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 G.T sudah menjadi akseptor suntik *depoprovera*.

## **BAB V**

### **KESIMPULAN DAN SARAN**

#### C. Kesimpulan

Bab ini penulis mengambil kesimpulan dari studi kasus yang berjudul Asuhan Kebidanan Berkelanjutan pada Ny. H.N Umur 25 Tahun G1IPIA0AHIHamil 39 Minggu 1 Hari Janin Hidup Tunggal Letak Kepala *Intra Uterine* Keadaan Jalan Lahir Normal Keadaan Ibu dan Janin Baik dengan Kehamilan anemia Ringan, yaitu:

#### 5. 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.

#### 6. 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.

#### 7. 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. Perumusan diagnosa nifas berdasarkan standar nomenklatur diagnosa kebidanan. Perumusan diagnosa KB ditegakan berhubungan dengan para, abrtus, umur dan kebutuhan. Masalah dirumuskan sesuai dengan kondisi klien.

## 8. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan berdasarkan diagnosa dan masalah yang ditemukan pada setiap asuhan yang diberikan yaitu kehamilan, persalinan, bayi baru lahir, nifas dan KB.

## D. Saran

Sehubungan dengan simpulan di atas, maka penulis menyampaikan saran sebagai berikut:

### 5. Bagi Institusi Jurusan Kebidanan

Studi kasus ini dapat menjadi acuan bagi mahasiswa selanjutnya dalam menyusun asuhan kebidanan berkelanjutan dan menjadi kontribusi bagi perkembangan ilmu pengetahuan khususnya ilmu kebidanan yang berkaitan dengan asuhan kebidanan berkelanjutan

### 6. Bagi Puskesmas Nagi

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.

### 7. 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.

### 8. 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 Medik
- 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 Asfuah 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.

