

LAPORAN TUGAS AKHIR

ASUHAN KEBIDANAN BERKELANJUTAN PADA IBU M.N DI POLINDES SIKKA KABUPATEN SIKKA PERIODE 21 MARET S/D 22 JUNI 2019

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



Oleh

MARIA EMILIA SOKA
NIM.PO.5303240181384

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
JURUSAN KEBIDANAN KUPANG
2019**

HALAMAN PERSETUJUAN

LAPORAN TUGAS AKHIR

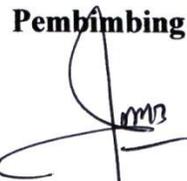
**ASUHAN KEBIDANAN BERKELANJUTAN PADA IBU M.N
DI POLINDES SIKKA KABUPATEN SIKKA
PERIODE 21 MARET S/D 22 JUNI 2019**

Oleh:

MARIA EMILIA SOKA
NIM.PO.53032401813864

Telah Disetujui Untuk Diperiksa Dan Dipertahankan Dihadapan Tim Penguji
Laporan Tugas Akhir Jurusan Kebidanan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang

Pada Tanggal : 12 Juli 2019

Pembimbing


Adriana M.S Boimau, SST.M.Kes
NIP. 19770801200501 2 003

Mengetahui
Ketua Jurusan Kebidanan Kupang



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

HALAMAN PENGESAHAN

LAPORAN TUGAS AKHIR

**ASUHAN KEBIDANAN BERKELANJUTAN PADA IBU M.N
DI POLINDES SIKKA KABUPATEN SIKKA
PERIODE 21 MARET S/D 22 JUNI 2019**

Oleh:

MARIA EMILIA SOKA
NIM.PO.5303240181384

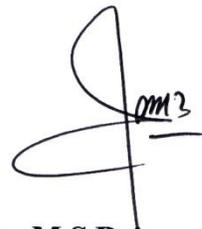
Telah Dipertahankan Di Hadapan Tim Penguji
Pada tanggal : 17 Juli 2019

Penguji I



Mariana Ng. Awang, S.Si.T.M.Kes
NIP. 19740517200012 2 006

Penguji II



Adriana M.S Boimau, SST.,M.Kes
NIP. 19770801200501 2 003

Mengetahui

Ketua Jurusan Kebidanan Kupang



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

SURAT PERNYATAAN

Yang bertandatangan dibawah ini, saya :

Nama : Maria Emilia Soka
NIM : PO.5303240181384
Jurusan : Kebidanan
Angkatan : RPL / II
Jenjang : Diploma III

Menyatakan bahwa saya tidak melakukan plagiat dalam penulisan Laporan Tugas Akhir saya yang berjudul :

**“ASUHAN KEBIDANAN BERKELANJUTAN PADA IBU M.N
DI POLINDES SIKKA KABUPATEN SIKKA
PERIODE 21 MARET S/D 22 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.

Kupang, Juli 2019
Penulis

Maria Emilia Soka
NIM.PO.5303240181384

RIWAYAT HIDUP

A. Biodata

Nama : Maria Emilia Soka
Tempat / Tanggal Lahir : Lela, 07 November 1975
Agama : Katholik
Asal : Ende
Alamat : Desa Sikka

B. Riwayat Pendidikan

1. Tamat TK tahun 1990 di TK Mula-Molo
2. Tamat SD tahun 1988
3. Tamat SMP tahun 1993
4. Tamat SPK Maumere tahun 1996
5. Tamat P2BA Ende tahun 2001
6. Tahun 2018 sampai sekarang mengikuti pendidikan Diploma III RPL Bidan Ende

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis haturkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa yang telah memberikan berbagai kemudahan, petunjuk serta karunianya yang tak terhingga sehingga penulis dapat menyelesaikan Laporan Tugas Akhir yang berjudul “Asuhan Kebidanan Berkelanjutan Ibu M.N Di Polindes Sikka Kabupaten Sikka Periode 21 Maret S/D 22 Juni 2019 dengan baik dan tepat waktu.

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

Penyusunan Laporan Tugas Akhir ini penulis telah mendapatkan banyak bimbingan dan bantuan dari berbagai pihak. Kesempatan ini penulis ingin mengucapkan terima kasih kepada :

1. R.H. Kristina, SKM.,M.Kes, selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kupang.
2. Dr. Mareta Bakale Bakoil, SST.,MPH, selaku Ketua Jurusan Kebidanan Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kupang
3. Mariana Ng. Awang S.Si.T.M.Kes, selaku Penguji I yang telah telah menguji, memberikan arahan serta motivasi kepada penulis, sehingga Laporan Tugas Akhir ini dapat terwujud.
4. Adriana M.S Boimau, SST.,M.Kes, selaku Pembimbing dan Penguji II yang telah memberikan bimbingan, arahan serta motivasi kepada penulis, sehingga Laporan Tugas Akhir ini dapat terwujud.
5. Marcelinus Gawi Amd.kep selaku Kepala Puskesmas Nangu dan selaku pembimbing, beserta bidan dan para pegawai yang telah memberi ijin dan membantu studi kasus ini.
6. Bapak Y.A dan Ibu M.N yang telah menerima dan membantu saya sebagai pasien dalam melakukan penelitian dan penyusunan Laporan Tugas Akhir ini.

7. Orang tuaku tercinta yang telah memberikan dukungan baik moril maupun materil, serta kasih sayang yang tiada terkira dalam setiap langkah kaki penulis.
8. Seluruh sahabat, tetangga, Dan semua teman jalur RPL Ende seperjuangan yang telah memberikan dukungan baik berupa motivasi dan dukungan doa.
9. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu, yang ikut andil dalam terwujudnya Laporan Tugas Akhir ini.

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

Kupang, Juli 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 | viii |
| DAFTAR TABEL | x |
| DAFTAR GAMBAR | xi |
| DAFTAR LAMPIRAN | xiii |
| DAFTAR SINGKATAN | xiv |
| ABSTRAK | xvi |
| BAB I PENDAHULUAN | |
| A. Latar Belakang | 1 |
| B. Perumusan Masalah | 4 |
| C. Tujuan Penelitian | 4 |
| D. Manfaat Penelitian | 5 |
| E. Keaslian penelitian | 6 |
| BAB II TINJAUAN PUSTAKA | |
| A. Teori Medis | 7 |
| B. Standar Asuhan Kebidanan | 99 |
| C. Kewenangan Bidan | 102 |
| D. Kerangka Pikir/Kerangka teori | 105 |

BAB III METODE PENELITIAN

| | |
|----------------------------------|-----|
| A. Jenis Penelitian..... | 106 |
| B. Lokasi dan Waktu | 106 |
| C. Subyek Laporan Kasus..... | 107 |
| D. Instrumen Laporan Kasus | 107 |
| E. Teknik Pengumpulan Data..... | 110 |
| F. Keabsahan Penelitian | 111 |
| G. Etika Penelitian | 112 |

BAB IV TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN

| | |
|-------------------------------------|-----|
| A. Gambaran Lokasi penelitian | 113 |
| B. Tinjauan Kasus..... | 114 |
| C. Pembahasan..... | 167 |

BAB V SIMPULAN DAN SARAN

| | |
|-------------------|-----|
| A. Simpulan | 179 |
| B. Saran..... | 180 |

Daftar Pustaka

Lampiran

DAFTAR TABEL

| | |
|--|----|
| Tabel 1 Anjuran makan sehari untuk ibu hamil | 16 |
| Table 2 Ketidaknyamanan Trimester III dan cara mengatasi | 19 |
| Tabel 3 TFU sesuai umur kehamilan | 28 |
| Tabel 4 Rentan waktu pemberian imunisasi TT | 28 |
| Tabel 5 Jadwal imunisasi pada bayi..... | 78 |
| Tabel 6 Asuhan dan jadwal kunjungan rumah masa nifas | 80 |
| Tabel 7 Perubahan normal pada uterus selama post partum | 82 |
| Tabel 8 Perbedaan masing-masing lokhea | 84 |
| Tabel 9 Pola penggunaan metode kontrasepsi yang rasional..... | 97 |

DAFTAR GAMBAR

| | |
|------------------------------|-----|
| Gambar 1 Leopold I | 38 |
| Gambar 2 Leopold II..... | 39 |
| Gambar 3 Leopold III..... | 39 |
| Gambar 4 Leopold IV | 39 |
| Gambar 5 Stiker P4K | 340 |
| Gambar 6 Kerangka Pikir..... | 105 |

DAFTAR LAMPIRAN

| | |
|--------------|--|
| LAMPIRAN I | Lembar Konsultasi Laporan Tugas Akhir Pembimbing |
| LAMPIRAN II | Buku KIA |
| LAMPIRAN III | Skor Poedji Rochjati |
| LAMPIRAN IV | Partograf |
| LAMPIRAN V | SAP dan Leaflet |

DAFTAR SINGKATAN

| | |
|------------|---|
| AKB | : Angka Kematian Bayi |
| AKI | : Angka Kematian Ibu |
| ANC | : Antenatal Care |
| APN | : Asuhan Persalinan Normal |
| ASI | : Air Susu Ibu |
| BB | : Berat Badan |
| BBL | : Bayi Baru Lahir |
| Dinkes | : Dinas Kesehatan |
| DJJ | : Denyut Jantung Janin |
| DTT | : Desinfeksi Tingkat Tinggi |
| Fe | : Ferrous Sulate |
| FSH | : Follicle Stimulating Hormone |
| G P P A AH | : Gravida Para, Abortus, Anak Hidup |
| HB | : Haemoglobin |
| HPHT | : Hari Pertama Haid Terakhir |
| IMD | : Inisiasi Menyusu Dini |
| K1 | : Kunjungan ibu hamil pertama kali di tenaga kesehatan pada usia kehamilan trimester I (0-12 minggu) |
| K4 | : Kunjungan ibu hamil ke empat kali di tenaga kesehatan dengan syarat minimal satu kali pada trimester I, satu kali pada trimester II, dan dua kali pada trimester III. |
| KB | : Keluarga Berencana |
| KEK | : Kekurangan Energi Kronik |
| Kemenkes | : Kementrian Kesehatan |
| KF | : Kunjungan Nifas |

| | |
|----------------|--|
| KH | : Kelahiran Hidup |
| KIA | : Kesehatan Ibu dan Anak |
| KN | : Kunjungan Neonatus |
| Lila | : Lingkar Lengan Atas |
| MAK III | : Manajemen Aktif Kala III |
| MAL | : Metode Amenorhea Laktasi |
| MmHg | : Mili Meter Hidrogirum |
| NTT | : Nusa Tenggara Timur |
| O ₂ | : Oksigen |
| P4K | : Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi |
| PAP | : Pintu Atas Panggul |
| APD | : Alat Pelindung Diri |
| PX | : Prosesus Xifoideus |
| SDKI | : Survey Demografi Kesehatan Indonesia |
| SOAP | : Subyektif, Obyektif, Analisis, Penatalaksanaan |
| TD | : Tekanan Darah |
| TT | : Tetanus Toksoid |
| UK | : Umur Kehamilan |
| USG | : Ultrasonografi |

ABSTRAK

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

Maria Emilia Soka

“Asuhan Kebidanan Berkelanjutan Pada Ibu M.N di Polindes Sikka Kabupaten Sikka Periode 21 Maret S/D 22 Juni 2019 ”

Latar Belakang : Data yang didapat dari Polindes Sikka satu tahun terakhir diketahui sasaran ibu hamil di Polindes Sikka berjumlah 25 orang, ibu hamil Resti tidak ada, ibu bersalin 24 orang, bayi 23 orang, bayi Resti 2 orang. Cakupan K1 Akses 24 %. Cakupan K1 Murni 8 % sedangkan cakupan K4 8 %. Cakupan Persalinan oleh Nakes 8,3 %. Cakupan deteksi resti dan komplikasi oleh Nakes tidak ada, Cakupan deteksi resti dan komplikasi oleh Masyarakat tidak ada, cakupan Persalinan di Faskes 8,3 % , cakupan KN1 8,7 %, cakupan KN Lengkap 23,1 %, cakupan KF3 21,4 %, cakupan PNC Berkualitas 12,3 %, cakupan Bumil Komplikasi 0 %, cakupan Kunjungan Bayi 8,7 %, cakupan kunjungan Balita 3,8 %, cakupan KB Aktif 12,3 % (PWS KIA Polindes Sikka periode Januari s/d Desember, 2018).

Tujuan : Untuk menerapkan Asuhan Kebidanan Berkelanjutan pada Ibu M.N di Polindes Sikka Kabupaten Sikka periode 21 Maret S/D 22 Juni 2019.

Metode Penelitian : Jenis studi kasus yang digunakan adalah penelaahan kasus, subyek studi kasus yaitu Ibu M.N G₁ P₀ A₀ AH₀ di Polindes Sikka Kabupaten Sikka, teknik pengumpulan data menggunakan data primer dan data sekunder.

Hasil : Setelah dilakukan asuhan kebidanan berkelanjutan pada Ibu M.N penulis mendapatkan hasil dimana kehamilan, ibu melakukan kunjungan sesuai anjuran, dan diperoleh ibu hamil normal dan saat persalinan tidak ada penyulit/komplikasi baik kala I, kala II, kala III, maupun kala IV begitu juga pada bayi Ibu M.N pada ibu nifas. Pada asuhan kebidanan Keluarga berencana ibu sudah menggunakan kontrasepsi jenis suntikan progestin.

Simpulan : Setelah dilakukan asuhan kebidanan secara berkelanjutan mulai dari kehamilan sampai pada perawatan masa nifas dan bayi baru lahir dan ibu serta suami sepakat menggunakan kontrasepsi jenis Suntik progestin.

Kata Kunci : Asuhan kebidanan berkelanjutan, kehamilan, persalinan, nifas, Bayi baru lahir, keluarga berencana.

Kepustakaan : 44 Buku (Tahun 2003-2015)

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

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. 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. Tahun 2012 hasil Survey Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) kembali mencatat kenaikan AKI yang signifikan, yakni dari 228 menjadi 359 kematian ibu per 100.000 kelahiran hidup. Tahun 2016 AKI di Indonesia mengalami penurunan menjadi 305 per 100.000 kelahiran hidup (Kemenkes RI, 2015).

Data Profil Dinas Kesehatan Kabupaten/ Kota Se-Propinsi NTT Tahun 2017, pada tahun 2010-2015 AKI yang dilaporkan dipropinsi NTT mengalami penurunan dari 328/100.000 kelahiran hidup menjadi 93/100.000 kelahiran hidup. AKI di Provinsi NTT berdasarkan laporan Profil Dinas Kesehatan Provinsi NTT tahun 2016 menunjukkan bahwa konversi AKI per 100.000 KH selama periode 3 (tiga) tahun (Tahun 2013-2015) mengalami fluktuasi. Jumlah kasus kematian ibu pada tahun 2011 sebesar 208 atau 220 per 100.000 KH, pada tahun 2012 menurun menjadi 192 atau 200 per 100.000 KH, pada tahun 2013 menurun menjadi 176

atau 185,6 per 100.000 KH, selanjutnya pada tahun 2014 menurun lagi menjadi 158 kasus atau 169 per 100.000 KH, sedangkan pada tahun 2015 meningkat menjadi 178 kematian atau 133 per 100.000 KH. Target dalam Renstra Dinas Kesehatan Provinsi NTT pada tahun 2015, jumlah kematian ibu ditargetkan menurun menjadi 150 berarti target tidak tercapai (selisih 26 kasus). Berdasarkan hasil konversi jumlah kasus kematian pada bayi mengalami fluktuasi dari tahun 2013-2015, pada tahun 2013 kasus kematian bayi menurun menjadi 1.286 kematian atau 13,5 per 1000 KH, dan selanjutnya pada tahun 2014 kematian bayi ini meningkat menjadi 1.280 kasus atau 14 per 1000 KH, dan pada tahun 2015 meningkat lagi menjadi 1.388 (11 per 1000 KH). Target dalam Renstra Dinas Kesehatan Provinsi NTT pada tahun 2015, jumlah kematian bayi ditargetkan menurun menjadi 1.305 kasus, berarti target tidak tercapai (selisih 83 kasus).

Penyebab kematian ibu adalah perdarahan (25%), partus kala II lama (17%), infeksi (13%), aborsi tidak aman (13%), eklamsia (12%), penyebab langsung lainnya (8%), dan penyebab tidak langsung (12%). Penyebab tidak langsung seperti malaria, anemia, HIV/ AIDS, dan penyakit kardiovaskuler. Berdasarkan data tersebut dapat dilihat bahwa perdarahan merupakan penyebab utama yang menyebabkan tingginya angka kematian ibu di dunia dengan menyumbang sebesar 25%, dan anemia termasuk penyebab tidak langsung dengan menyumbang angka kematian ibu sebesar 12% (Supartini, 2011). Penyebab tidak langsung kematian ibu adalah faktor-faktor yang mempereratkan keadaan ibu hamil seperti empat terlalu (terlalu muda, terlalu tua, terlalu sering melahirkan dan terlalu dekat jarak kehamilan) maupun yang mempersulit proses penanganan kegawatdaruratan kehamilan, persalinan dan nifas seperti tiga terlambat (terlambat mengenali tanda –tanda bahaya dan mengambil keputusan, terlambat mencapai fasilitas kesehatan dan terlambat dalam penanganan gawatdaruratan). Salah satu upaya untuk percepatan penurunan AKI dan AKB tersebut adalah dengan menyediakan bidan yang terampil dan profesional.

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 upaya untuk membantu percepatan penurunan AKI yang dapat dilakukan bidan adalah melaksanakan asuhan secara berkelanjutan atau *Continuity of Care*. *Continuity of Care* adalah pelayanan yang dicapai ketika terjalin hubungan yang terus menerus antara seorang wanita dan bidan. Asuhan yang berkelanjutan berkaitan dengan tenaga profesional kesehatan, pelayanan kebidanan dilakukan mulai prakonsepsi, awal kehamilan, selama semua trimester, kelahiran dan melahirkan sampai 6 minggu pertama postpartum (Pratami, 2014).

Data yang didapat dari Polindes Sikka satu tahun terakhir diketahui sasaran ibu hamil di Polindes Sikka berjumlah 25 orang, ibu hamil Resti tidak ada, ibu bersalin 24 orang, bayi 23 orang, bayi Resti 2 orang. Cakupan K1 Akses 24 %. Cakupan K1 Murni 8 % sedangkan cakupan K4 8 %. Cakupan Persalinan oleh Nakes 8,3 %. Cakupan deteksi resti dan komplikasi oleh Nakes tidak ada, Cakupan deteksi resti dan komplikasi oleh Masyarakat tidak ada, cakupan Persalinan di Faskes 8,3 % , cakupan KN1 8,7 %, cakupan KN Lengkap 23,1 %, cakupan KF3 21,4 %, cakupan PNC Berkualitas 12,3 %, cakupan Bumil Komplikasi 0 %, cakupan Kunjungan Bayi 8,7 %, cakupan kunjungan Balita 3,8 %, cakupan KB Aktif 12,3 % (PWS KIA Polindes Sikka periode Januari s/d Desember, 2018).

Uraian di atas maka penulis tertarik untuk melakukan studi kasus yang berjudul “Asuhan Kebidanan Berkelanjutan pada Ibu M.N di Polindes Sikka Kabupaten Sikka Periode 21 Maret S/D 22 Juni 2019”.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang diatas yang telah diuraikan maka perumusan masalah dalam penyusunan laporan tugas akhir ini adalah “Bagaimanakah Asuhan kebidanan berkelanjutan Pada Ibu M.N G₁P₀A₀AH₀ Usia Kehamilan 32 minggu hidup tunggal letak kepala di Polindes Sikka Kabupaten Sikka Periode 21 Maret S/D 22 Juni 2019 ?

C. Tujuan

1. Tujuan umum

Memberikan asuhan kebidanan secara berkelanjutan pada Ibu M.N berdasarkan 7 langkah varney dan pendokumentasian SOAP di Polindes Sikka Kabupaten Sikka tahun 2019.

2. Tujuan khusus

Akhir studi kasus Penulis Mampu :

- a. Melakukan asuhan kebidanan pada ibu hamil Ibu M.N di Polindes Sikka Kabupaten Sikka berdasarkan metode 7 langkah varney
- b. Melakukan asuhan kebidanan pada ibu bersalin Ibu M.N di Polindes Sikka Kabupaten Sikka dengan menggunakan metode SOAP
- c. Mampu melakukan asuhan kebidanan pada bayi Ibu M.N di Polindes Sikka Kabupaten Sikka dengan menggunakan metode 7 langkah varney
- d. Melakukan asuhan kebidanan pada ibu nifas Ibu M.N di Polindes Sikka Kabupaten Sikka dengan menggunakan metode SOAP
- e. Melakukan asuhan kebidanan keluarga berencana pada Ibu M.N di Polindes Sikka Kabupaten Sikka dengan menggunakan metode SOAP.

D. Manfaat

1. Teoritis

Hasil studi ini dapat sebagai masukan untuk pengembangan pengetahuan tentang asuhan kebidanan khususnya asuhan berkelanjutan pada masa kehamilan, persalinan, nifas, BBL, dan KB.

2. Aplikatif

a. Instansi Pendidikan Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Kupang

Hasil studi kasus ini dapat dijadikan literatur dan untuk data penelitian studi kasus.

b. Lahan Praktik Polindes Sikka

Sebagai bahan masukan agar dapat meningkatkan mutu pelayanan Kebidanan melalui pendekatan manajemen asuhan kebidanan pada ibu hamil, bersalin, nifas, BBL, serta KB secara komprehensif.

c. Ibu

Mendapat pelayanan asuhan kebidanan secara komprehensif yang sesuai dengan standar pelayanan kebidanan dan informasi penting selama kehamilan, persalinan, nifas dan KB.

d. Klien dan masyarakat

Agar klien maupun masyarakat sadar tentang pentingnya periksa hamil, yang teratur, bersalin di fasilitas kesehatan dan ditolong oleh tenaga kesehatan, melakukan kunjungan nifas di fasilitas kesehatan.

e. Pembaca

Hasil Studi Kasus ini dapat menjadi sumber pengetahuan bagi para pembaca mengenai asuhan kebidanan secara berkelanjutan

E. Keaslian Laporan Studi Kasus

Penelitian ini sudah dilakukan sebelumnya oleh Desi Agustina pada tahun 2015 dengan judul Asuhan Kebidanan Berkelanjutan pada Ny. T umur 27 tahun G2P1A0 usia kehamilan 36 minggu di RB 'D' Jatiuwung, Tangerang tujuan dari penelitian ini memberikan Asuhan Kebidanan Berkelanjutan , metodologi yang digunakan Laporan Studi Kasus dan jenis penelitian ini dilakukan secara kualitatif.

Persamaan antara penelitian yang terdahulu dan penelitian yang sekarang yang dilakukan penulis yakni melakukan Asuhan Kebidanan Komprehensif yang meliputi kehamilan, persalinan, nifas, bayi baru lahir dengan menggunakan pendekatan 7 langkah Varney. Perbedaan pada kedua penelitian yang dilakukan adalah waktu, tempat, subyek dan hasil dari Asuhan yang diberikan.

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. Konsep Dasar kasus

1. Konsep Dasar Kehamilan

a. Pengertian kehamilan

Kehamilan didefinisikan sebagai fertilitasi atau penyatuan dari spermatozoa dan ovum serta dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi. Bila dihitung dari saat fertilisasi hingga lahir bayi, kehamilan normal akan berlangsung dalam waktu 40 minggu atau 10 bulan atau 9 bulan menurut kalender internasional (Walyani, 2015).

Kehamilan merupakan masa yang dimulai dari konsepsi sampai lahirnya janin. Lamanya hamil normal adalah 280 hari (40 minggu atau 9 bulan 7 hari) dihitung dari hari pertama haid terakhir (Manuaba, 2009).

Kehamilan terjadi ketika seorang wanita melakukan hubungan seksual dengan seorang pria yang mengakibatkan bertemunya sel telur dan sel mani (sperma) yang disebut pembuahan atau fertilisasi, yang terjadi di ampulla tuba (Mandriwati, 2016).

b. Tanda – tanda kehamilan sesuai umur kehamilan

Menurut Romauli (2011) tanda pasti kehamilan sebagai berikut :

1) Denyut jantung janin

Denyut jantung janin dapat didengar dengan stetoskop Leanec pada minggu 17-18, pada orang gemuk lebih lambat. Penggunaan stetoskop ultrasonic (Doppler), DJJ dapat didengar lebih awal lagi, sekitar minggu ke-12. Melakukan auskultasi pada janin bisa juga mengidentifikasi

bunyi-bunyi yang lain, seperti bising tali pusat, bising uterus, dan nadi ibu.

2) Gerakan janin dalam rahim

Gerakan janin juga 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.

3) Tanda *Braxton-hicks*

Terjadi bila uterus dirangsang mudah berkontraksi. Tanda ini khas untuk uterus dalam masa hamil. Keadaan uterus yang membesar tapi tidak ada kehamilan misalnya pada mioma uteri maka tanda ini tidak ditemukan.

c. Kebijakan Kunjungan Antenatal

Menurut Depkes RI (2009), mengatakan kebijakan program pelayanan antenatal menetapkan frekuensi kunjungan antenatal sebaiknya minimal 4 kali selama kehamilan yaitu: minimal 1 kali pada trimester pertama (K1), minimal 1 kali pada trimester kedua, minimal 2 kali pada trimester ketiga (K4).

Menurut Sunarsih (2014) jadwal pemeriksaan antenatal sebagai berikut:

- 1) Kunjungan I (16 minggu) bertujuan untuk hal-hal seperti, penapisan dan pengobatan anemia, perencanaan persalinan, pencegahan komplikasi akibat kehamilan dan pengobatan
- 2) Kunjungan II (24-28 minggu) dan kunjungan III (32 minggu) bertujuan untuk pengenalan komplikasi akibat kehamilan dan pengobatannya, penapisan preeklamsi, gemeli, infeksi alat reproduksi dan saluran perkemihan, mengulang perencanaan persalinan

- 3) Kunjungan IV (36 minggu) sampai lahir untuk mengenali adanya kelainan letak dan presentasi, mengenali tanda-tanda persalinan, memantau merencanakan persalinan
- d. Perubahan Fisiologi Dan Psikologi Kehamilan Trimester III
- 1) Perubahan Fisiologi

Kehamilan trimester III sering disebut periode penantian dengan penuh kewaspadaan. Kehamilan trimester akhir, ibu hamil akan merasakan ketidaknyamanan fisik yang semakin kuat menjelang akhir kehamilan (Pantikawati, 2010).

Menurut Pantikawati tahun 2010 perubahan fisiologi ibu hamil trimester III sebagai berikut :

a) Uterus

Kehamilan trimester III itmus lebih nyata menjadi bagian korpus uteri dan berkembang menjadi Segmen Bawah Rahim (SBR), karena kontraksi otot-otot bagian atas uterus, SBR menjadi lebih lebar dan tipis, tampak batas yang nyata antara bagian atas yang lebih tebal dan segmen bawah rahim yang lebih tipis. Batas ini dikenal sebagai lingkaran retraksi fisiologis dinding uterus.

b) Sistem Payudara

Pertumbuhan kelenjar mammae membuat ukuran payudara semakin meningkat pada kehamilan trimester III. Usia kehamilan 32 minggu sampai anak lahir, cairan yang keluar lebih kental, berwarna kuning, dan banyak mengandung lemak. Cairan ini disebut kolostrum.

c) Sistem Traktus Urinarius

Akhir kehamilan kepala janin mulai turun ke pintu atas panggul yang menyebabkan keluhan sering kencing akan timbul lagi karena kandung kencing akan mulai tertekan kembali.

d) Sistem Pencernaan

Biasanya terjadi konstipasi karena pengaruh hormon progesteron yang meningkat. Selain itu, perut kembung juga terjadi karena adanya tekanan uterus yang membesar dalam rongga perut khususnya saluran pencernaan, usus besar, ke arah atas dan lateral.

e) Sistem Respirasi

Usia kehamilan 32 minggu ke atas karena usus-usus tertekan uterus yang membesar ke arah diafragma sehingga diafragma kurang leluasa bergerak mengakibatkan kebanyakan wanita hamil mengalami kesulitan bernafas (Romauli, 2011).

f) 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 (Romauli, 2011).

g) Sistem Integumen

Menurut Pantikawati tahun 2010, pada kehamilan trimester III 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. Kebanyakan multipara selain striae kemerahan itu sering kali ditemukan garis berwarna perak berkilau yang merupakan sikatrik dari striae sebelumnya. Kebanyakan perempuan kulit digaris pertengahan perut akan berubah menjadi hitam kecoklatan yang disebut dengan linea nigra. Kadang-kadang muncul dalam ukuran yang variasi pada wajah dan leher yang disebut dengan chloasma atau melasma gravidarum, selain itu pada areola dan daerah genitalia juga akan terlihat

pigmentasi yang berlebihan. Pigmentasi yang berlebihan biasanya akan hilang setelah persalinan.

h) Sistem muskuloskeletal

Sendi pelvik pada kehamilan sedikit bergerak. Perubahan tubuh secara bertahap dan peningkatan berat wanita hamil menyebabkan postur dan cara berjalan wanita berubah secara menyolok. Peningkatan distensi abdomen yang membuat panggul miring ke depan, penurunan tonus otot dan peningkatan beban berat badan pada akhir kehamilan membutuhkan penyesuaian ulang. Pusat gravitasi wanita bergeser ke depan. Pergerakan menjadi sulit dimana struktur ligament dan otot tulang belakang bagian tengah dan bawah mendapat tekanan berat. Wanita muda yang cukup berotot dapat mentoleransi perubahan ini tanpa keluhan. Lordosis progresif merupakan gambaran karakteristik pada kehamilan normal. Selama trimester akhir rasa pegal, mati rasa dan lemah dialami oleh anggota badan atas yang disebabkan lordosis yang besar dan fleksi anterior leher (Pantikawati, 2010).

i) Sistem Metabolisme

Menurut Pantikawati tahun 2010 perubahan metabolisme adalah metabolisme basal naik sebesar 15%-20% dari semula terutama pada trimester ke III

- (1) Keseimbangan asam basa mengalami penurunan dari 155mEq per liter menjadi 145 mEq per liter disebabkan hemodilusi darah dan kebutuhan mineral yang diperlukan janin.
- (2) Kebutuhan protein wanita hamil makin tinggi untuk pertumbuhan dan perkembangan janin, perkembangan organ kehamilan janin dan persiapan laktasi.
- (3) Kebutuhan kalori didapat dari karbohidrat, lemak dan protein.

- (4) Menurut Romauli (2011) Kebutuhan zat mineral untuk ibu hamil meliputi : Fosfor rata-rata 2 gram dalam sehari, dan Zat besi, 800 mgr atau 30-50 mgr sehari. Ibu hamil memerlukan air cukup banyak dan dapat terjadi retensi air.

j) Sistem Berat Badan dan Indeks Masa Tubuh

Menurut Saryono (2010) mengatakan kenaikan berat badan selama hamil 9- 13,5 kg yaitu pada trimester 1 kenaikan berat badan minimal 0,7 –1,4 kg , pada trimester 2 kenaikan berat badan 4,1 kg dan pada trimester 3 kenaikan berat badan 9,5 kg.

Standar kenaikan berat selama hamil adalah sebagai berikut :

- (1) Kenaikan berat badan trimester 1 kurang lebih 1 kg. kenaikan berat badan ini hampir seluruhnya merupakan kenaikan berat badan ibu
- (2) Kenaikan berat badan trimester 2 adalah 3 kg atau 0,3 per minggu. Sebesar 60% kenaikan berat badan ini dikarenakan pertumbuhan jaringan pada ibu
- (3) Kenaikan berat badan trimester 3 adalah 6 kg atau 0,3 sampai 0,5 kg per minggu. Sekitar 60% dan kenaikan berat badan ini karena pertumbuhan jaringan pada janin. Timbunan lemak pada ibu lebih kurang 3 kg.

Menurut Saryono (2010) berat badan dilihat dari Quetet atau Body masa indek (Indek Masa Tubuh = IMT). Ibu hamil dengan berat badan dibawah normal sering dihubungkan dengan abnormalitas kehamilan, berat badan lahir rendah. Sedangkan berat badan overweight meningkatkan resiko atau komplikasi dalam kehamilan seperti hipertensi, janin besar sehingga terjadi kesulitan dalam persalinan. Penilaian indeks masa tubuh diperoleh dengan rumus : $IMT = \frac{BB \text{ sebelum hamil (kg)}}{TB^2 \text{ (meter)}}$

k) Sistem darah dan pembekuan darah

(1) Sistem darah

Darah adalah jaringan cair yang terdiri atas dua bagian. Bahan intraseluler adalah cairan yang disebut plasma dan di dalamnya terdapat unsur-unsur padat, sel darah. Volume darah secara keseluruhan kira-kira 5 liter. Sekitar 55%nya adalah cairan sedangkan 45% sisanya terdiri atas sel darah. Susunan darah terdiri dari air 91,0%, protein 8,0% dan mineral 0.9% (Walyani, 2015).

(2) Pembekuan darah

Pembekuan darah adalah proses yang majemuk dan berbagai faktor diperlukan untuk melaksanakan pembekuan darah sebagaimana setelah diterangkan. Trombin adalah alat dalam mengubah fibrinogen menjadi benang fibrin. Thrombin tidak ada dalam darah normal yang masih dalam pembuluh. Protombin yang kemudian diubah menjadi zat aktif thrombin oleh kerja trombokinase. Trombokinase atau tromboplastin adalah zat penggerak yang dilepaskan ke darah (Walyani, 2015).

l) Sistem persyarafan

Perubahan fungsi sistem neurologi selama masa hamil, selain perubahan-perubahan neurohormonal hipotalami-hipofisis. Menurut Romauli (2011) perubahan fisiologik spesifik akibat kehamilan dapat terjadi timbulnya gejala neurologi dan neuromuscular :

- (1) Kompresi saraf panggul atau statis vaskular akibat pembesaran uterus dapat menyebabkan perubahan sensori di tungkai bawah.
- (2) Lordosis dan dorsolumbal dapat menyebabkan nyeri akibat tarikan pada saraf atau kompresi akar saraf.
- (3) Hipokalsenia dapat menyebabkan timbulnya masalah neuromuscular, seperti kram otot atau tetani.

- (4) Nyeri kepala ringan, rasa ingin pingsandan bahkan pingsan (sinkop) sering terjadi awal kehamilan.
- (5) Nyeri kepala akibat ketegangan umum timbul pada saat ibu merasa cemas dan tidak pasti tentang kehamilannya.
- (6) *Akroestesia* (gatal ditangan) yang timbul akibat posisi bahu yang membungkuk, dirasakan dirasakan pada beberapa wanita selama hamil.

2) Perubahan Psikologi pada Ibu Hamil Trimester III

Trimester ketiga adalah waktu untuk mempersiapkan kelahiran dan kedudukan sebagai orang tua. Adapun perubahan psikologi antara lain: 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 karena akan terpisah dari bayinya, merasa kehilangan perhatian, perasaan mudah terluka (sensitif), libido menurun (Romauli, 2011)

e. Kebutuhan Dasar Ibu Hamil Trimester III

Menurut Walyani (2015) kebutuhan dasar ibu hamil trimester III adalah sebagai berikut :

1) Nutrisi

a) Energi/Kalori

Sumber tenaga digunakan untuk tumbuh kembang janin dan proses perubahan biologis yang terjadi dalam tubuh yang meliputi pembentukan sel baru, pemberian makan ke bayi melalui plasenta, pembentukan enzim dan hormon penunjang pertumbuhan janin, menjaga kesehatan ibu hamil, persiapan menjelang persalinan dan persiapan laktasi.

Kekurangan energi dalam asupan makan akan berakibat tidak tercapainya berat badan ideal selama hamil (11-14 kg), karena kekurangan energi akan diambil dari persediaan protein. Sumber energi dapat diperoleh dari : karbohidrat sederhana seperti (gula, madu, sirup), karbohidrat kompleks seperti (nasi, mie, kentang), lemak seperti (minyak, margarin, mentega).

b) Protein

Protein diperlukan sebagai pembentuk jaringan baru pada janin, pertumbuhan organ-organ janin, perkembangan alat kandunga ibu hamil, menjaga kesehatan, pertumbuhan plasenta, cairan amnion, dan penambah volume darah.

c) Lemak

Lemak dibutuhkan sebagai sumber kalori untuk persiapan menjelang persalinan dan untuk mendapatkan vitamin A,D,E,K.

d) Vitamin

Vitamin dibutuhkan untuk memperlancar proses biologis yang berlangsung dalam tubuh ibu hamil dan janin.

e) Mineral

Kebutuhan mineral untuk menghindari cacat bawaan dan defisiensi, menjaga kesehatan ibu selama hamil dan janin, serta menunjang pertumbuhan janin. Beberapa mineral yang penting antara lain kalsium, zat besi, fosfor, asam folat, yodium.

f) Faktor yang mempengaruhi gizi ibu hamil

Usia, berat badan ibu hamil, aktivitas, kesehatan, pendidikan dan pengetahuan, ekonomi, kebiasaan dan pandangan terhadap makanan, diit pada masa sebelum hamil dan selama hamil, lingkungan, psikologi.

g) Pengaruh status gizi terhadap kehamilan

Status gizi ibu hamil buruk, maka dapat berpengaruh pada:

- (1) Janin : kegagalan pertumbuhan, BBLR, premature, lahir mati, cacat bawaan, keguguran
- (2) Ibu hamil : anemia, produksi ASI kurang
- (3) Persalinan : SC, pendarahan, persalinan lama.

h) Menyusun menu seimbang bagi ibu hamil

Table 1 Anjuran Makan Sehari Untuk Ibu Hamil

| Bahan Makanan | Wanita Tidak Hamil | Ibu Hamil | | |
|---------------|--------------------|-------------|--------------|---------------|
| | | Trimester I | Trimester II | Trimester III |
| Makanan Pokok | 3 porsi | 4 porsi | 4 porsi | 4 porsi |
| Lauk Hewani | 1½ potong | 1½ potong | 2 potong | 2 potong |
| Lauk Nabati | 3 potong | 3 potong | 4 potong | 4 potong |
| Sayuran | 1½ mangkok | 1½ mangkok | 3 mangkok | 3 mangkok |
| Buah | 2 potong | 2 potong | 3 potong | 3 potong |
| Susu | - | 1 gelas | 1 gelas | 1 gelas |
| Air | 6-8 Gelas | 8-10 gelas | 8-10 gelas | 8-10 gelas |

Sumber Kritiyanasari 2010

2) Oksigen

Berbagai kandungan pernapasan bisa terjadi saat hamil sehingga akan mengganggu pemenuhan kebutuhan oksigen pada ibu yang akan berpengaruh pada bayi yang dikandung, untuk mencegah hal tersebut, hal-hal yang perlu dilakukan adalah latihan napas melalui senam hamil seperti tidur dengan bantal yang lebih tinggi, makan tidak terlalu banyak, kurangi atau hentikan rokok, konsul ke dokter bila ada kelainan atau gangguan pernapasan seperti asma dan lain-lain.

3) Personal hygiene

Hal kebersihan harus dijaga pada masa hamil. Menjaga kebersihan diri terutama lipatan kulit (ketiak, bawah kulit dada, daerah genitalia) dengan cara dibersihkan dengan air dan dikeringkan. Kebersihan gigi dan mulut perlu mendapat perhatian karena seringkali mudah terjadi gigi berlubang, terutama pada ibu yang kekurangan kalsium (Walyani, 2015)

4) Pakaian

Kebutuhan pakaian ibu hamil pada dasarnya pakaian apa saja bisa dipakai, pakaian hendaknya yang longgar dan mudah dipakai serta bahan yang mudah menyerap keringat. Payudara perlu didorong dengan BH yang memadai untuk mengurangi rasa tidak nyaman (Walyani, 2015).

5) Eliminasi

Keinginan BAK ibu hamil akan meningkat pada Kehamilan trimester III karena penurunan kepala ke PAP sehingga hal-hal yang perlu dilakukan untuk melancarkan dan mengurangi infeksi kandung kemih yakni dengan minum dan menjaga kebersihan sekitar alat kelamin. BAB sering obstipasi (sembelit) karena hormon progesteron meningkat sehingga untuk mengatasi keluhan ini dianjurkan meningkatkan aktifitas jasmani dan makan berserat (Walyani, 2015)

6) Mobilisasi

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

7) Body Mekanik

Secara anatomi, ligament sendi putar dapat meningkatkan pelebaran atau pembesaran rahim pada ruang abdomen. Nyeri pada ligament ini terjadi karena pelebaran dan tekanan pada ligament karen adanya

pembesaran rahim. Nyeri pada ligamen ini merupakan suatu ketidaknyamanan pada ibu hamil. Sikap tubuh yang perlu diperhatikan oleh ibu hamil yaitu sikap duduk, berdiri, berjalan, tidur, bangun dan baring, membungkuk dan mengangkat (Romauli, 2011).

8) Seksualitas

Menurut Walyani tahun 2015 hubungan seksual selama kehamilan tidak dilarang selama tidak ada riwayat penyakit seperti sering abortus dan kelahiran premature, perdarahan pervaginam, coitus harus dilakukan dengan hati-hati terutama pada minggu terakhir kehamilan, bila ketuban sudah pecah, coitus dilarang karena dapat menyebabkan infeksi janin intrauterine. Kehamilan trimester III, libido mulai mengalami penurunan. Hal ini disebabkan karena rasa tidak nyaman di punggung dan pinggul, tubuh bertambah berat dengan cepat, napas lebih sesak (karena besarnya janin mendesak dada dan lambung), dan kembali merasa mual.

9) Istirahat dan tidur

Wanita hamil dianjurkan untuk merencanakan istirahat yang teratur khususnya seiring keamjuan 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 pada siang hari selama 1 jam (Romauli, 2011).

f. Ketidaknyamanan Kehamilan Trimester III

Tabel 2 Ketidaknyamanan trimester III dan cara mengatasinya

| Ketidaknyamanan | Cara mengatasi |
|-----------------------------------|--|
| Sering buang air kecil | <ol style="list-style-type: none"> 1. kurangi asupan karbohidrat murni dan makanan yang mengandung gula. 2. Batasi minum kopi, teh, dan soda |
| <i>Hemoroid</i> | <ol style="list-style-type: none"> 1. Makan makanan yang berserat, buah dan sayuran serta banyak minum air putih dan sari buah. 2. Lakukan senam hamil untuk mengatasi hemoroid. |
| Keputihan <i>leukorhea</i> | <ol style="list-style-type: none"> 1. Tingkatkan kebersihan dengan mandi tiap hari 2. Memakai pakaian dalam dari bahan katun dan mudah menyerap 3. Tingkatkan daya tahan tubuh dengan makan buah dan sayur |
| Sembelit | <ol style="list-style-type: none"> 1. Minum 3 liter cairan setiap hari terutama air putih atau sari buah 2. Makan makanan yang kaya serat dan juga vitamin C 3. Lakukan senam hamil |
| Sesak napas | <ol style="list-style-type: none"> 1. Merentangkan tangan diatas kepala serta menarik napas panjang 2. Mendorong postur tubuh yang baik |
| Nyeri <i>ligamentum rontundum</i> | <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan penjelasan mengenai penyebab nyeri 2. Tekuk lutut kearah abdomen 3. Mandi air hangat 4. Gunakan sebuah bantal untuk menopang uterus dan bantal lainnya letakkan diantara lutut sewaktu dalam posisi berbaring miring |
| Perut kembung | <ol style="list-style-type: none"> 1. Hindari makan makanan yang mengandung gas 2. Mengunyah makanan secara teratur 3. Lakukan senam secara teratur |
| Pusing/ sakit kepala | <ol style="list-style-type: none"> 1. Bangun secara perlahan dari posisi istirahat 2. Hindari berbaring dalam posisi terlentang |
| Sakit punggung atas dan bawah | <ol style="list-style-type: none"> 1. Posisi atau sikap tubuh yang baik selama melakukan aktivitas 2. Hindari mengangkat barang yang berat 3. Gunakan bantal ketika tidur untuk meluruskan punggung |
| Varises pada kaki | <ol style="list-style-type: none"> 1. Istirahat dengan menaikan kaki setinggi mungkin untuk mengembalikan efek gravitasi 2. Jaga agar kaki tidak bersilangan 3. Hindari berdiri atau duduk terlalu lama. |

Sumber Romauli (2011)

g. Tanda Bahaya Kehamilan Trimester III

Penting bagi seorang bidan untuk mengetahui dan memeriksa tanda-tanda bahaya pada setiap kali kunjungan antenatal.

Menurut Pantikawati (2010) tanda bahaya tersebut adalah sebagai berikut :

1) Perdarahan pervaginam

Perdarahan pada kehamilan lanjut adalah perdarahan pada trimester terakhir dalam kehamilan sampai bayi dilahirkan. Perdarahan yang tidak normal adalah berwarna merah, banyak, dan kadang-kadang tidak selalu disertai dengan nyeri. Perdarahan ini bisa disebabkan oleh plasenta previa, solusio plasenta dan gangguan pembekuan darah.

2) Sakit kepala yang hebat

Sakit kepala yang menunjukkan suatu masalah serius adalah sakit kepala yang menetap, tidak hilang dengan beristirahat dan biasanya disertai dengan penglihatan kabur. Sakit kepala yang hebat dalam kehamilan adalah gejala dari preeklamsia.

3) Nyeri abdomen yang hebat

Nyeri perut yang mungkin menunjukkan masalah yang mengancam keselamatan jiwa adalah yang hebat, menetap dan tidak hilang setelah beristirahat.

4) Bengkak pada muka dan tangan

Bengkak bisa 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 dan preeklamsia.

5) Gerakan janin yang berkurang

Normalnya ibu mulai merasakan pergerakan janinnya selama bulan ke 5 atau ke 6 tetapi beberapa ibu dapat merasakan gerakan bayinya lebih awal. Normalnya bayi bergerak dalam satu hari adalah lebih dari 10 kali.

6) Keluar cairan pervaginam

Keluarnya cairan berupa air-air dari vagina pada trimester III bisa mengindikasikan ketuban pecah dini jika terjadi sebelum proses persalinan berlangsung.

h. Deteksi Dini Faktor Resiko Kehamilan Trimester III

Menurut Poedji Rochyati (2003) deteksi dini faktor resiko kehamilan trimester III dan penanganan serta prinsip rujukan kasus yaitu:

1) Menilai faktor resiko

a) Kehamilan Risiko Tinggi

Risiko adalah suatu ukuran statistik dari peluang atau kemungkinan untuk terjadinya suatu keadaan gawat-darurat yang tidak diinginkan pada masa mendatang, yaitu kemungkinan terjadi komplikasi obstetrik pada saat persalinan yang dapat menyebabkan kematian, kesakitan, kecacatan, atau ketidak puasan pada ibu atau bayi. Definisi yang erat hubungannya dengan risiko tinggi (*high risk*):

- b) Wanita risiko tinggi (*High Risk Women*) adalah wanita yang dalam lingkaran hidupnya dapat terancam kesehatan dan jiwanya oleh karena sesuatu penyakit atau oleh kehamilan, persalinan dan nifas.
- c) Ibu risiko tinggi (*High Risk Mother*) adalah faktor ibu yang dapat mempertinggi risiko kematian neonatal atau maternal.
- d) Kehamilan risiko tinggi (*High Risk Pregnancies*) adalah keadaan yang dapat mempengaruhi optimalisasi ibu maupun janin pada kehamilan yang dihadapi (Manuaba, 2010).

Risiko tinggi atau komplikasi kebidanan pada kehamilan merupakan keadaan penyimpangan dari normal, yang secara langsung menyebabkan kesakitan dan kematian ibu maupun bayi. Untuk menurunkan angka kematian ibu secara bermakna maka deteksi dini dan penanganan ibu hamil berisiko atau komplikasi

kebidanan perlu lebih ditingkatkan baik fasilitas pelayanan kesehatan ibu dan anak maupun di masyarakat (Skor Poedji Rochjati, 2003).

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 resiko dapat dituangkan dalam bentuk angka disebut skor. Skor merupakan bobot prakiraan dari berat atau ringannya risiko atau bahaya. Jumlah skor memberikan pengertian tingkat resiko yang dihadapi oleh ibu hamil.

Berdasarkan jumlah skor kehamilan dibagi menjadi tiga kelompok:

- a) Kehamilan Risiko Rendah (KRR) dengan jumlah skor 2
- b) Kehamilan Risiko Tinggi (KRT) dengan jumlah skor 6-10
- c) Kehamilan Risiko Sangat Tinggi (KRST) dengan jumlah skor ≥ 12 (Rochjati Poedji, 2003).

2) Tujuan sistem skor Poedji Rochjati

- a) Membuat pengelompokan dari ibu hamil (KRR, KRT, KRST) agar berkembang perilaku kebutuhan tempat dan penolong persalinan sesuai dengan kondisi dari ibu hamil.
- b) 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

(1) Sebagai alat komunikasi informasi dan edukasi/KIE – bagi klien/ibu hamil, suami, keluarga dan masyarakat. Skor digunakan sebagai sarana KIE yang mudah diterima, diingat, dimengerti sebagai ukuran kegawatan kondisi ibu hamil dan menunjukkan adanya kebutuhan pertolongan untuk rujukkan.

d) Cara pemberian skor

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 preeklamsia 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 (Poedji Rochjati, 2003).

Keterangan :

- (1) Ibu hamil dengan skor 6 atau lebih dianjurkan untuk bersalin ditolong oleh tenaga kesehatan.
- (2) Ibu hamil dengan skor 12 atau lebih dianjurkan bersalin di RS/DSOG

e) Pencegahan kehamilan risiko tinggi

Penyuluhan komunikasi, informasi, edukasi untuk kehamilan dan persalinan aman.

- (1) 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.
- (2) Kehamilan Risiko Tinggi (KRT), ibu PKK memberi penyuluhan agar pertolongan persalinan oleh bidan atau dokter puskesmas, di polindes atau puskesmas, atau langsung dirujuk ke Rumah Sakit, misalnya pada letak lintang dan ibu hamil pertama dengan tinggi badan rendah.
- (3) Kehamilan Risiko Sangat Tinggi (KRST), diberi penyuluhan dirujuk untuk melahirkan di Rumah Sakit dengan alat lengkap

dan dibawah pengawasan dokter spesialis (Rochjati Poedji, 2003).

- (a) Pengawasan antenatal, memberikan manfaat dengan ditemukannya berbagai kelainan yang menyertai kehamilan secara dini, sehingga dapat diperhitungkan dan dipersiapkan langkah-langkah dalam pertolongan persalinannya.
- (b) Mengenal dan menangani sedini mungkin penyulit yang terdapat saat kehamilan, saat persalinan, dan nifas.
- (c) Mengenal dan menangani penyakit yang menyertai hamil, persalinan, dan kala nifas.
- (d) Memberikan nasihat dan petunjuk yang berkaitan dengan kehamilan, persalinan, kala nifas, laktasi, dan aspek keluarga berencana.
- (e) Menurunkan angka kesakitan dan kematian ibu dan perinatal.
(Manuaba, 2010)

i. Konsep Dasar Antenatal Care dan Standar Pelayanan Antenatal

1) Pengertian

Asuhan Antenatal merupakan upaya preventif program pelayanan kesehatan obstetric untuk optimalisasi luaran maternal dan neonatal, melalui serangkaian kegiatan pemantauan rutin selama kehamilan (Prawirohardjo, 2008).

Antenatal Care merupakan pelayanan yang diberikan kepada ibu hamil secara berkala untuk menjaga kesehatan ibu dan bayinya, yang meliputi upaya koreksi terhadap penyimpangan dan intervensi dasar yang dilakukan (Pantikawati, 2010).

2) Tujuan ANC

Menurut Sunarsih (2014) tujuan dari ANC adalah :

- a) Memantau kemajuan untuk memastikan kesehatan ibu dan tumbuh kembang janin

- b) Meningkatkan dan mempertahankan kesehatan fisik, mental dan sosial budaya ibu dan bayi.
 - c) Mempersiapkan peran ibu dan keluarga dalam menerima kelahiran bayi agar dapat tumbuh kembang secara normal.
 - d) Mempromosikan dan menjaga kesehatan fisik dan mental ibu dan bayidengan pendidikan, nutrisi, kebersihan diri dan kelahiran bayi.
 - e) Mengembangkan persiapan persalinan serta persiapan menghadapi komplikasi.
 - f) Membantu menyiapkan ibu menyusui dengan sukses, menjalankan nifas normal dan merawat anak secara fisik, psikologis dan sosial.
- 3) Standar Pelayanan Antenatal (10 T)
- a. Timbang berat badan dan ukur tinggi badan (T1)

Penimbangan berat badan setiap kunjungan antenatal dilakukan untuk mendeteksi adanya gangguan pertumbuhan janin. Penambahan berat badan yang kurang dari 9 kg selama kehamilan atau kurang dari 1 kg setiap bulanya menunjukkan adanya gangguan pertumbuhan janin. Pengukuran tinggi badan pada pertama kali kunjungan dilakukan untuk menapis adanya faktor resiko pada ibu hamil. Tinggi badan ibu hamil 145 cm meningkatkan resiko untuk terjadinya CPD (Kemenkes RI, 2015).
 - b. Ukur tekanan darah (T2)

Pengukuran tekanan darah pada setiap kali kunjungan antenatal dilakukan untuk mendeteksi adanya hipertensi (tekanan darah \geq 140/90 mmHg). Kehamilan dengan preeklampsia (hipertensi disertai edem wajah dan atau tungkai bawah dan atau protein uria) (Kemenkes RI, 2015).
 - c. Nilai status gizi (ukur lingkaran atas/LILA) (T3)

Pengukuran LILA hanya dilakukan pada kontak pertama oleh tenaga kesehatan di trimester I untuk skrining ibu hamil berisiko

kurang energy kronis (KEK). Ibu hamil yang mengalami KEK di mana ukuran LILA kurang dari 23,5 cm. Ibu hamil dengan KEK akan dapat melahirkan bayi berat lahir rendah (BBLR). Ibu hamil yang mengalami obesitas di mana ukuran LILA > 28 cm (Kemenkes RI, 2015).

d. Ukur tinggi fundus uteri (T4)

Pengukuran tinggi fundus uteri dilakukan setiap kali kunjungan antenatal untuk mendeteksi pertumbuhan janin sesuai atau tidak dengan umur kehamilan. Jika tinggi fundus uteri tidak sesuai dengan umur kehamilan, kemungkinan ada gangguan pertumbuhan janin (Kemenkes RI, 2015).

Tabel 3 TFU Menurut Penambahan Tiga Jari

| Tinggi (cm) | Fundus uteri (TFU) |
|-------------|---------------------------------------|
| 16 | Pertengahan pusat – simfisis |
| 20 | Dibawa pinggir pusat |
| 24 | Pinggir pusat atas |
| 28 | 3 jari atas pusat |
| 32 | ½ pusat – <i>proc. Xiphoideus</i> |
| 36 | 1 jari dibawa <i>proc. Xiphoideus</i> |
| 40 | 3 jari dibawa <i>proc. Xiphoideus</i> |

Sumber Nugroho,dkk, 2014.

e. Pemantauan Imunisasi Tetanus Dan Pemberian Imunisasi Tetanus Tokosiod Sesuai Status Imunisasi (T5).

Tabel 4 Rentang Waktu Pemberian Immunisasi dan Lama Perlindungannya

| 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.

f. Tentukan presentase janin dan denyut jantung janin (T6)

Menentukan presentase janin dilakukan pada akhir trimester II dan selanjutnya setiap kali kunjungan antenatal. Jika pada trimester III bagian bawah janin bukan kepala, atau kepala janin belum masuk ke panggul berarti ada kelainan letak, panggul sempit atau masalah lain. Penilaian DJJ dilakukan pada akhir trimester I dan selanjutnya setiap kali kunjungan antenatal. DJJ lambat kurang dari 120 x/menit atau cepat > 160 x/menit menunjukkan adanya gawat janin (Kemenkes RI, 2015).

g. Beri tablet tambah darah (T7)

Tablet tambah darah dapat mencegah anemia gizi besi, setiap ibu hamil harus mendapat tablet tambah darah dan asam folat minimal 90 tablet selama kehamilan yang diberikan sejak kontak pertama. Tiap tablet mengandung 60 mg zat besi dan 0,25 mg asam folat (Kemenkes RI, 2015).

h. Periksa laboratorium (T8)

- a) Tes golongan darah, untuk mempersiapkan donor bagi ibu hamil bila diperlukan
- b) Tes haemoglobin. Dilakukan minimal sekali pada trimester 1 dan sekali pada trimester 3. Pemeriksaan ini bertujuan untuk mengetahui apakah ibu menderita anemia. Pemeriksaan Hb pada trimester 2 dilakukan atas indikasi.
- c) Tes pemeriksaan urin (air kencing). Dilakukan pada ibu hamil trimester kedua dan ketiga atas indikasi. Pemeriksaan ini dilakukan untuk mengetahui ada protein urin dalam air kencing ibu. ini merupakan salah satu indikator terjadinya preeklampsia pada ibu hamil.

- d) Pemeriksaan kadar gula darah dilakukan pada ibu hamil dengan indikasi diabetes melitus. Pemeriksaan ini sebaiknya dilakukan sekali setiap trimester.
- e) Tes pemeriksaan darah lainnya, sesuai indikasi seperti malaria, HIV, sifilis, dan lain-lain (Kemenkes RI, 2015).
- i. Tatalaksana atau penanganan kasus (T9)

Berdasarkan hasil pemeriksaan antenatal di atas dan hasil laboratorium, setiap kelainan yang ditemukan pada ibu hamil harus ditangani dengan standar dan kewenangan tenaga kesehatan (Kemenkes RI, 2015).
- j. Temu wicara atau konseling (T10)

Temu wicara atau konseling dilakukan pada setiap kunjungan antenatal yang meliputi : kesehatan ibu, perilaku hidup bersih dan sehat, peran suami dan keluarga dalam kehamilan dan perencanaan persalinan, tanda bahaya pada kehamilan, persalinan dan nifas serta kesiapan menghadapi komplikasi, asupan gizi seimbang, gejala penyakit menular dan tidak menular, inisiasi menyusui dini dan pemberian ASI eksklusif, KB pasca persalinan, dan imunisasi (Kemenkes RI, 2015).

J. Asuhan Kebidanan Kehamilan

1. Pengumpulan data

a) Data subyektif

1) Biodata berisikan tentang biodata ibu dan suami meliputi: Nama, umur, Agama, Pendidikan terakhir, Pekerjaan, Alamat, dan nomor HP (Romauli, 2011)

2) Keluhan utama

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

3) Riwayat keluhan utama

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

4) Riwayat menstruasi

Menstruasi dimulai antara usia 12-15 tahun dan dapat menimbulkan berbagai gejala pada remaja, diantaranya nyeri perut (kram), sakit kepala terkadang vertigo, perasaan cemas, gelisah dan konsentrasi buruk (Romauli, 2011).

Menstruasi adalah perdarahan periodik pada uterus yang dimulai sekitar 14 hari setelah ovulasi hari pertama keluarnya darah menstruasi ditetapkan sebagai hari pertama siklus endometrium, lama rata-rata menstruasi adalah 5 hari (rentang 3-6 hari) dan jumlah darah rata-rata yang hilang ialah 50 ml (rentang 20-80 ml), namun hal ini sangat bervariasi.

Menstruasi dikatakan normal apabila siklusnya 21-35 hari (rata-rata 28 hari), lamanya 2-7 hari, sebanyak 20-60 ml (2-3 pembalut per hari), tidak ada rasa nyeri, dan terjadi ovulasi (Romauli, 2011).

5) Riwayat perkawinan

Beberapa pertanyaan yang perlu ditanyakan kepada klien antara lain yaitu:

(a) Menikah

Tanyakan status klien apakah ia 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.

(b) Usia saat menikah

Tanyakan kepada klien pada usia berapa ia menikah hal ini diperlukan karena jika ia 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).

(c) Lama pernikahan

Tanyakan kepada klien sudah berapa lama ia 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).

(d) 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.

(e) Istri keberapa dengan suami sekarang

Tanyakan kepada klien istri ke berapa 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)

6) Riwayat kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu

a) Tanggal, bulan dan tahun persalinan

b) 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).

c) Jenis persalinan

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

d) Tempat persalinan, penolong persalinan, keadaan bayi

e) 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 (Suryati, 2011).

f) 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, bert lahir encerminkan bahwa bayi dengan ukuran tertentu berhasil memotong pelvis maternal (Suryati, 2011).

g) Jenis kelamin

Bidan membicarakan 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 (Suryati, 2011)

h) 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, reterdasi, pertumbuhan intrauterin, depresi pasca partum dan perdarahan pasca partum (Suryati, 2011).

7) Riwayat hamil sekarang

a) HPHT (Hari Pertama Haid Terakhir)

Bidan ingin mengetahui hari pertama dari menstruasi terakhir klien untuk memperkirakan kapan kira-kira sang bayi akan dilahirkan.

b) 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 (Romauli, 2011).

c) 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).

8) Riwayat kontrasepsi

a) Metode KB

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 menanggapi kehamilan.

b) Lama penggunaan

Tanyakan kepada klien berapa lama ia telah menggunakan alat kontrasepsi tersebut.

c) 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).

9) Riwayat kesehatan ibu

Menurut Walyani (2015) data 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:

a) 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

b) Penyakit yang sedang diderita

Tanyakan kepada klien penyakit apa yang sedang ia 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.

10) Riwayat kesehatan keluarga

a) 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 (Walyani, 2015)

b) Penyakit keturunan/genetik

Tanyakan kepada klien apakah mempunyai penyakit keturunan. Hal ini diperlukan untuk mendiagnosa apakah 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) (Walyani, 2015)

11) Riwayat psikososial

Menurut Walyani (2015) hal perlu di tanyakan yaitu: dukungan keluarga terhadap ibu dalam masa kehamilan, tempat yang diinginkan untuk bersalin, petugas yang diinginkan untuk

menolong persalinan, beban kerja dan kegiatan ibu sehari-hari, jenis kelamin yang diharapkan, pengambilan keputusan dalam keluarga, tradisi yang mempengaruhi kehamilan, kebiasaan yang merugikan ibu dan keluarga (Walyani, 2015)

12) Riwayat sosial dan kultural

Menurut Romauli (2011) hal yang perlu ditanyakan yaitu: Respon ibu terhadap kehamilan, respon keluarga terhadap kehamilan, dan kebiasaan pola makan dan minum: Jenis makanan, porsi, frekuensi, pantangan dan alasan pantang

b) Pemeriksaan fisik umum

1) Keadaan umum

Untuk mengetahui data ini bidan perlu mengamati keadaan pasien secara keseluruhan, hasil pengamatan akan bidan laporkan dengan kriteria: Baik, lemah, kesadaran, tinggi badan, berat badan, bentuk tubuh (Suryati, 2011).

2) Tanda-tanda vital

Menurut Suryati (2011), pengukuran tanda-tanda vital diantaranya Tekanan darah, nadi, pernapasan, suhu tubuh, dan lingkaran lengan atas.

c) Pemeriksaan fisik obstetri

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

- 2) Muka: Tampak kloasma gravidarum sebagai akibat deposit pigment yang berlebihan, tidak sembab. Bentuk simetris, bila tidak menunjukkan adanya kelumpuhan (Romauli, 2011).
- 3) 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).
- 4) Hidung: Normal tidak ada polip, kelainan bentuk, kebersihan cukup (Romauli, 2011).
- 5) Telinga: Normal tidak ada serumen yang berlebih dan tidak berbau, bentuk simetris (Romauli, 2011).
- 6) Mulut : Adakah sariawan, bagaimana kebersihannya. Kehamilan sering timbul stomatitis dan ginggivitis yang mengandung pembuluh darah dan mudah berdarah, maka perlu perawatan mulut agar selalu bersih (Romauli, 2011).
- 7) Leher : Normal tidak ada pembesaran kelenjar tyroid, tidak ada pembesaran kelenjar limfe dan tidak ditemukan bendungan vena jugularis (Romauli, 2011).
- 8) Payudara : Normal bentuk simetris, hiperpigmentasi areola, puting susu bersih dan menonjol (Romauli, 2011).
- 9) Abdomen: Bentuk, bekas luka operasi, terdapat linea nigra, striae livida, dan terdapat pembesaran abdomen.
 - (a) Palpasi (Leopold)

Palpasi adalah pemeriksaan yang dilakukan dengan cara meraba. Tujuannya untuk mengetahui adanya kelainan dan mengetahui perkembangan kehamilan. Leopold bertujuan untuk evaluasi iritabilitas, tonus, nyeri tekan, konsistensi dan kontraktibilitas uterus; evaluasi tonus otot abdomen, deteksi gerakan janin, perkiraan gerak

janin, penentuan letak, presentasi, posisi, dan variasi janin; penentuan apakah kepala sudah masuk PAP.

(1) Leopold I

Fundus teraba bagian lunak dan tidak melenting (Bokong).

Tujuan : untuk mengetahui tinggi fundus uteri dan bagian yang berada di fundus (Romauli, 2011)



Gambar 1 Leopold I

(2) Leopold II

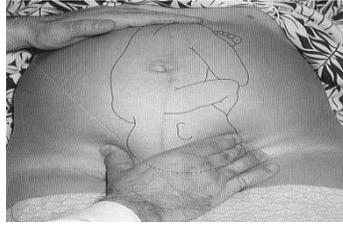
Normalnya teraba bagian panjang, keras seperti papan (punggung) pada satu sisi uterus dan pada sisi lain teraba bagian kecil. Tujuan : untuk mengetahui batas kiri/kanan pada uterus ibu, yaitu: punggung pada letak bujur dan kepala pada letak lintang (Romauli, 2011).



Gambar 2 Leopold II

(3) Leopold III

Normalnya teraba bagian yang bulat, keras dan melenting (kepala janin). Tujuan : mengetahui presentasi/ bagian terbawah janin yang ada di simpisis ibu (Romauli, 2011).



Gambar 3 Leopold III

(4) Leopold IV

Posisi tangan masih bisa bertemu, dan belum masuk PAP (konvergen), posisi tangan tidak bertemu dan sudah masuk PAP (divergen). Tujuan : untuk mengetahui seberapa jauh masuknya bagian terendah jading kedalam PAP (Romauli, 2011).



Gambar 4 Leopold IV

(b) Auskultasi

Auskultasi adalah pemeriksaan yang mendengarkan bunyi yang dihasilkan oleh tubuh melalui alat stetoskop. Auskultasi dengan menggunakan stetoskop monoaural atau doopler untuk menentukan Denyut Jantung Janin (DJJ) setelah umur kehamilan 18 minggu normalnya 120-160/menit yang meliputi frekuensi, keteraturan, dan kekuatan DJJ (Romauli, 2011).

(c) Pemeriksaan penunjang kehamilan trimester III

Menurut Walyani 2015 pemeriksaan penunjang yang harus dilakukan antara lain : Pemeriksaan darah, Pemeriksaan urine, Pemeriksaan USG.

2. Interpretasi Data Dasar

1) Primi atau multigravida

Menurut Walyani 2015 perbedaan antara primigravida dan multigravida adalah:

- a) Primigravida: Buah dada tegang, puting susu runcing, perut tegang dan menonjol kedepan, *Striae lividae*, perinium utuh, vulva tertutup, hymen perforatus, vagina sempit dan teraba rugae, porsio runcing
- b) Multigravida : Buah dada lembek, menggantung, Puting susu tumpul, perut lembek dan tergantung, *striae lividaedan striae albicans*, perinium berparut, vulva menganga, *carunculae myrtiformis*, vagina longgar, selaput lendir licin, porsio tumpul dan terbagi dalam bibir depan dan bibir belakang.

2) Tuanya kehamilan

Menurut Romauli 2011, tuanya kehamilan dapat diduga dari: Lamanya amenore, tingginya fundus uteri, besarnya anak terutama dari besarnya kepala anak misalnya diameter biparietal dapat di ukur secara tepat dengan ultrasound, saat mulainya terasa pergerakan anak, saat mulainya terdengar bunyi jantung anak, dari masuk atau tidak masuknya kepala ke dalam rongga panggul

3) Janin hidup atau mati

Menurut Romauli 2011 perbedaan janin hidup atau mati antara lain :

- a) Tanda-tanda anak mati adalah : Denyut jantung janin tidak terdengar, rahim tidak membesar dan fundus uteri turun, palpasi anak menjadi kurang jelas, tidak merasa pergerakan anak
- b) Tanda-tanda anak hidup adalah : Denyut jantung janin terdengar jelas, rahim membesar, palpasi anak menjadi jelas, merasa ada pergerakan anak

4) Janin tunggal atau kembar

Menurut Romauli (2011) perbedaan janin tunggal atau kembar yaitu:

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

5) Letak kepala

Menurut Romauli (2011) istilah letak anak dalam rahim mengandung 4 pengertian di antaranya 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

- 6) Intra uterin atau ekstra uterin
 - a) Intra uterine (kehamilan dalam rahim)

Tanda-tandanya : Palpasi uterus berkontraksi (Braxton Hicks) dan terasa ligamentum rotundum kiri kanan
 - b) Ekstra uterine (kehamilan di luar rahim)

Kehamilan di luar rahim disebut juga kehamilan ektopik, yaitu kehamilan di luar tempat yang biasa, tanda-tandanya yaitu pergerakan anak di rasakan nyeri oleh ibu, anak lebih mudah teraba, kontraksi Braxton Hicks negative, rontgen bagian terendah anak tinggi, saat persalinan tidak ada kemajuan dan pemeriksaan dalam kavum uteri kosong
 - 7) Keadaan jalan lahir

Apakah keadaan panggul luarnya dalam keadaan normal dengan tinggi kurang dari 145 cm.
 - 8) Keadaan umum penderita

Keadaan umum ibu sangat mempengaruhi proses persalinan. Ibu yang lemah atau sakit keras tentu tidak di harapkan menyelesaikan proses persalinan dengan baik. Sering dapat kita menduga bahwa adanya penyakit pada wanita hamil dari keadaan umum penderita atau dari anamnesa.
3. Identifikasi Diagnosa Atau Masalah Potensial Dan Mengantisipasi Penanganannya
- 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).

4. Menetapkan Kebutuhan Terhadap Tindakan Segera

Melakukan Konsultasi, Kolaborasi Dengan Tenaga Kesehatan Lain.

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

5. Perencanaan asuhan yang menyeluruh

Menurut Walyani 2015 Kriteria perencanaan asuhan sebagai berikut:

- a) Rencana tindakan berdasarkan prioritas masalah dan kondisi klien, tindakan segera, tindakan antisipasikan asuhan secara komprehensif.
- b) Melibatkan klien/pasien dan atau keluarga
- c) Mempertimbangkan kondisi psikologi social budaya klien/keluarga.
- d) Memilih tindakan yang aman sesuai kondisi dan kebutuhan klien berdasarkan *evidence based* dan memastikan bahwa asuhan yang diberikan bermanfaat untuk klien.
- e) 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 di rujuk 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.

6. Pelaksanaan Asuhan

Langkah ini rencana asuhan yang komprehensif yang telah dibuat dapat dilaksanakan secara efisien seluruhnya oleh bidan atau dokter atau tim kesehatan lainnya (Romauli, 2011)

7. Evaluasi

Kriteria evaluasi menurut Romauli (2011) yaitu:

- (a) Penilaian dilakukan segera setelah melaksanakan asuhan sesuai kondisi klien.
 - (b) Hasil evaluasi segera dicatat dan dikomunikasikan kepada klien/keluarga.
 - (c) Evaluasi dilakukan sesuai dengan standar
 - (d) Hasil evaluasi ditindak lanjuti sesuai dengan kondisi klien/pasien
- k. Program Puskesmas P4K (Program Perencanaan Persalinan Dan Pencegahan Komplikasi)

1) Pengertian

P4K adalah merupakan suatu kegiatan yang difasilitasi oleh bidan khususnya, dalam rangka peran aktif suami, keluarga dan masyarakat dalam merencanakan persalinan yang aman dan persiapan menghadapi komplikasi bagi ibu hamil, termasuk perencanaan penggunaan KB pasca persalinan dengan menggunakan stiker sebagai media notifikasi sasaran dalam rangka meningkatkan cakupan dan mutu pelayanan kesehatan bagi ibu dan bayi baru lahir.

Fokus dari P4K adalah pemasangan stiker pada setiap rumah yang ada ibu hamil. Diharapkan dengan adanya stiker (Gambar1) di depan rumah, semua warga masyarakat mengetahui dan juga diharapkan dapat memberi bantuannya. Di lain pihak masyarakat diharapkan dapat mengembangkan norma-norma sosial termasuk kepeduliannya untuk menyelamatkan ibu hamil dan ibu bersalin. Dianjurkan kepada ibu hamil untuk melahirkan ke fasilitas kesehatan termasuk bidan desa. Bidan diharuskan melaksanakan pelayanan kebidanan antara lain pemeriksaan kehamilan, pertolongan persalinan, asuhan masa nifas dan perawatan bayi baru lahir sehingga kelak dapat mencapai

dan mewujudkan Visi Departemen Kesehatan, yaitu "Masyarakat Mandiri untuk Hidup Sehat".

Dalam rangka meningkatkan cakupan dan mutu pelayanan kesehatan bagi ibu dan bayi baru lahir (DepKes RI, 2009).



Gambar 5 stiker P4K (Program Perencanaan Persalinan Dan Pencegahan Komplikasi)

- 2) Peran dan fungsi bidan pada ibu hamil dalam P4K, menurut Depkes (2009), yaitu:

Melakukan pemeriksaan ibu hamil (ANC) sesuai standar (minimal 4 kali selama hamil) mulai dari pemeriksaan keadaan umum, Menentukan taksiran partus (sudah dituliskan pada stiker), keadaan janin dalam kandungan, pemeriksaan laboratorium yang diperlukan, pemberian imunisasi TT (dengan melihat status imunisasinya), pemberian tablet Fe, pemberian pengobatan/ tindakan apabila ada komplikasi.

Melakukan penyuluhan dan konseling pada ibu hamil dan keluarga mengenai : tanda-tanda persalinan, tanda bahaya persalinan dan kehamilan, kebersihan pribadi dan lingkungan, kesehatan & gizi, perencanaan persalinan (bersalin di bidan, menyiapkan transportasi, menyiapkan biaya, menyiapkan calon donor darah), perlunya Inisiasi Menyusu Dini (IMD) dan ASI Eksklusif, KB pasca persalinan.

Melakukan kunjungan rumah untuk penyuluhan /konseling padakeluarga tentang perencanaan persalinan, memberikan pelayanan ANC bagi ibu hamil yang tidak datang ke bidan, motivasi persalinan

di bidan pada waktu menjelang taksiran partus, dan membangun komunikasi persuasif dan setara, dengan forum peduli KIA dan dukun untuk peningkatan partisipasi aktif unsur-unsur masyarakat dalam peningkatan kesehatan ibu dan anak.

Melakukan rujukan apabila diperlukan. Memberikan penyuluhan tanda, bahaya pada kehamilan, persalinan dan nifas. Melibatkan peran serta kader dan tokoh masyarakat, serta melakukan pencatatan pada : kartu ibu, Kohort ibu, Buku KIA.

2. Konsep Dasar Persalinan

a. Pengertian

Persalinan adalah proses membuka dan menipisnya serviks dan janin turun kedalam 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 (Prawirohardjo, 2005).

1) Persalinan berdasarkan teknik

- a) Persalinan spontan, yaitu bila persalinan berlangsung dengan tenaga ibu sendiri dan melalui jalan lahir
- b) Persalinan buatan yaitu, bila persalinan berlangsung dengan tenaga dari luar dengan ekstraksi forceps, ekstraksi vakum, dan sectio sesaria (Sarwono, 2000)
- c) Persalinan anjuran yaitu, persalinan yang paling ideal karena tidak memerlukan bantuan apapun dan mempunyai trauma persalinan yang paling ringan sehingga kualitas sumber daya manusia dapat terjamin (Manuaba, 2010)

2) Persalinan berdasarkan umur kehamilan

- a) Abortus : pengeluaran buah kehamilan sebelum kehamilan 22 minggu atau bayi dengan berat badan < 500 gram

- b) Partus immaturus : pengeluaran buah kehamilan antara 22 minggu dan 28 minggu atau bayi dengan berat badan antara 500 gram dan 999 gram.
- c) Partus prematurus : pengeluaran buah kehamilan antara 28 minggu dan 37 minggu atau bayi dengan berat badan antara 1000 gram sampai 2.499 gram.
- d) Partus matur atau aterm : pengeluaran buah kehamilan antara 37 minggu dan 42 minggu atau bayi dengan berat diatas 2.500 gram.

b. Tahapan Persalinan

Menurut Walyani (2016) tahapan persalinan dibagi menjadi :

1) Kala I

Inpartu (partus mulai) ditandai dengan lendir bercampur darah, karena serviks mulai membuka dan mendatar. Darah berasal dari pecahnya pembuluh darah kapiler sekitar *karnalis servikalis* karena pergeseran ketika serviks mendatar dan terbuka. Kala I persalinan dimulainya proses persalinan yang ditandai dengan adanya kontraksi yang teratur,adekuat,menyebabkan perubahan pada serviks hingga mencapai pembukaan lengkap. Fase kala I terdiri atas :

- a) Fase *laten* : pembukaan 0 sampai 3 cm dengan lamanya sekitar 8 jam.
- b) Fase aktif, terbagi atas :
 - (1) Fase *akselerasi* : Pembukaan yang terjadi sekitar 2 jam,dari mulai pembukaan 3 cm menjadi 4 cm.
 - (2) Fase *dilatasi maksimal* : Pembukaan berlangsung 2 jam,terjadi sangat cepat dari 4 cm menjadi 9 cm.
 - (3) Fase *deselerasi* : Pembukaan terjadi sekitar 2 jam dari pembukaan 9 cm sampai pembukaan lengkap.

Fase tersebut pada primigravida berlangsung sekitar 13 jam, sedangkan pada multigravida sekitar 7 jam. Secara klinis dimulainya kala I persalinan ditandai adanya his serta pengeluaran darah bercampur lendir/*bloody show*. Lendir berasal dari lendir kanalis

servikalis karena servik membuka dan mendatar, sedangkan darah berasal dari pembuluh darah kapiler yang berada di sekitar kanalis servikalis yang pecah karena pergeseran-pergeseran ketika servik membuka.

Pemantauan kemajuan persalinan kala I dengan partograf.

a) Pengertian Partograf

Menurut Walyani (2016) partograf merupakan alat untuk mencatat informasi berdasarkan observasi atau riwayat dan pemeriksaan fisik pada ibu dalam persalinan dan alat penting khususnya untuk membuat keputusan klinis selama kala I.

(1) Kegunaan partograf yaitu 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. (Setyorini, 2013).

(2) Pencatatan Partograf

Kemajuan persalinan :

(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 perjam (Walyani, 2016).

(b) Penurunan Kepala Janin

Menurut Walyani (2016) 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.

Penilaian penurunan kepala dilakukan dengan menghitung proporsi bagian bawah janin yang masih berada diatas tepi atas symphysis dan dapat diukur dengan lima jari tangan (per lima). Bagian diatas symphysis adalah proporsi yang belum masuk PAP.

5/5 jika bagian terbawah janin seluruhnya teraba diatas symphysis pubis.

4/5 jika sebagian (1/5) bagian terbawah janin telah memasuki PAP.

3/5 jika sebagian (2/5) bagian terbawah janin telah memasuki PAP.

2/5 jika hanya sebagian dari bagian terbawah janin yang masih berada diatas symphysis dan (3/5) bagian telah masuk PAP.

1/5 jika 1 dari 5 jari masih dapat meraba bagian terbawah janin yang berada diatas symphysis dan 4/5 bagian telah masuk PAP.

0/5 jika bagian terbawah janin sudah tidak dapat teraba dari pemeriksaan luar dan bagian terbawah janin sudah masuk ke dalam rongga panggul (Ambarwati ,2009)

(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 dikotak yang bersesuaian dengan waktu penilai.

(d) Keadaan Janin

Denyut Jantung Janin (DJJ)

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 (Walyani, 2016).

Warna dan Adanya Air Ketuban

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) (Walyani, 2016).

Molase Tulang Kepala Janin

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.

Keadaan Ibu

Yang perlu diobservasi yaitu tekanan darah, nadi, dan suhu, urin (volume,protein), obat-obatan atau cairan IV, catat banyaknya oxytocin per volume cairan IV dalam hitungan tetes per menit bila dipakai dan catat semua obat tambahan yang diberikan(Hidayat,2010).

- (e) Informasi tentang ibu : nama dan umur, GPA, nomor register, tanggal dan waktu mulai dirawat, waktu pecahnya selaput ketuban. Waktu pencatatan kondisi ibu dan bayi pada fase aktif adalah DJJ tiap 30 menit, frekuensi dan lamanya kontraksi uterus tiap 30 menit, nadi tiap 30 menit tanda dengan titik, pembukaan serviks setiap 4 jam, penurunan setiap 4 jam, tekanan darah setiap 4 jam tandai dengan panah, suhu setiap 2 jam,urin, aseton, protein tiap 2- 4 jam yang dicatat setiap kali berkemih (Hidayat,2010).

b) Memberikan Dukungan Persalinan

Asuhan yang mendukung selama persalinan merupakan ciri pertanda dari kebidanan,artinya kehadiran yang aktif dan ikut serta dalam kegiatan yang sedang berlangsung. Jika seorang bidan sibuk, maka ia harus memastikan bahwa ada seorang pendukung yang hadir dan membantu wanita yang sedang dalam persalinan. Kelima

kebutuhan seorang wanita dalam persalinan yaitu asuhan tubuh atau fisik, kehadiran seorang pendamping, keringanan dan rasa sakit, penerimaan atas sikap dan perilakunya serta informasi dan kepastian tentang hasil yang aman (Walyani, 2016).

c) Mengurangi Rasa Sakit

Pendekatan-pendekatan untuk mengurangi rasa sakit saat persalinan adalah seseorang yang dapat mendukung persalinan, pengaturan posisi, relaksasi dan latihan pernapasan, istirahat dan privasi, penjelasan mengenai proses, kemajuan dan prosedur.

d) Persiapan Persalinan

Persiapan yang perlu di perhatikan yakni ruang bersalin dan asuhan bayi baru lahir, perlengkapan dan obat esensial, rujukan (bila diperlukan), asuhan sayang ibu dalam kala 1, upaya pencegahan infeksi yang diperlukan (Walyani, 2016).

2) Kala II

Persalinana kala II adalah proses pengeluaran buah kehamilan sebagai hasil pengenalan proses dan penatalaksanaan kala pembukaan atau juga dikatakan Persalinan kala II dimulai ketika pembukaan serviks sudah lengkap (10 cm) dan berakhir dengan lahirnya bayi. Kala II juga disebut sebagai kala pengeluaran bayi (Walyani, 2016).

a) Tanda dan gejala kala II yaitu :

- (1) Ibu merasakan ingin meneran bersamaan dengan terjadinya kontraksi (dorongan meneran atau doran).
- (2) Ibu merasakan adanya peningkatan tekanan pada rektum dan atau vaginanya.
- (3) Perineum menonjol (perjol)
- (4) Vulva-vagina dan sfingter ani membuka.
- (5) Meningkatnya pengeluaran lendir bercampur darah.
- (6) Jumlah pengeluaran air ketuban meningkat

Tanda pasti kala dua ditentukan melalui periksa dalam (informasi objektif) yang hasilnya adalah pembukaan serviks telah lengkap atau terlihatnya bagian kepala bayi melalui introitus vagina.

b) Mekanisme Persalinan

Mekanisme persalinan adalah rangkaian gerakan pasif dari janin terutama yang terkait dengan bagian terendah janin . Secara singkat dapat disimpulkan bahwa selama proses persalinan janin melakukan gerakan utama yaitu turunnya kepala, fleksi, putaran paksi dalam, ekstensi, putaran paksi luar, dan ekspulsi. Dalam kenyataannya beberapa gerakan terjadi bersamaan (Walyani, 2016).

c) Posisi Meneran

Bantu ibu untuk memperoleh posisi yang paling nyaman. Ibu dapat mengubah–ubah posisi secara teratur selama kala dua karena hal ini dapat membantu kemajuan persalinan, mencari posisi meneran yang paling efektif dan menjaga sirkulasi utero-plasenter tetap baik. Posisi meneran dalam persalinan yaitu : Posisi miring, posisi jongkok, posisi merangkak, posisi semi duduk dan posisi duduk (Walyani, 2016).

d) Persiapan penolong persalinan yaitu : sarung tangan, perlengkapan pelindung pribadi, persiapan tempat persalinan, peralatan dan bahan, persiapan tempat dan lingkungan untuk kelahiran bayi, serta persiapan ibu dan keluarga.

Menurut Walyani (2016) menolong persalinan sesuai 60 APN yaitu:

(1) Mendengar dan melihat tanda dan gejala kala II:

- (a) Ibu sudah merasa adanya dorongan kuat untuk meneran.
- (b) Ibu sudah merasa adanya tekanan yang semakin meningkat pada rektum dan vagina.
- (c) Perineum tampak menonjol.
- (d) Vulva dan sfingter ani membuka.

- (2) Pastikan kelengkapan peralatan, bahan dan obat-obatan esensial untuk menolong persalinan dan menatalaksana komplikasi ibu dan bayi baru lahir.

Asuhan bayi baru lahir atau resusitasi siapkan:

- (a) Tempat datar, rata, bersih, kering, dan hangat
- (b) handuk/kain bersih dan kering (termasuk ganjal bahu bayi)
- (c) Alat penghisap lender
- (d) Lampu sorot 60 watt dengan jarak 60 cm dari tubuh bayi

Asuhan ibu

- (a) Menggelar kain di perut bawah ibu
 - (b) Menyiapkan oksitosin 10 unit
 - (c) Alat suntik steril sekali pakai di dalam partus set
 - (d) Pakai celemek plastic atan dari bahan yang tidak tembus cairan.
- (3) Melepaskan dan menyiapkan semua perhiasan yang dipakai, cuci tangan dengan sabun dan air bersih mengalir kemudian keringkan tangan dengan tissue atau handuk yang bersih dan kering.
- (4) Memakai satu sarung tangan desinfeksi tingkat tinggi (DTT) atau steril pada tangan yang akan digunakan untuk pemeriksaan dalam.
- (5) Memasukan oksitosin kedalam tabung suntik (gunakan tangan yang memakai sarung tangan DTT atau steril dan pastikan tidak terjadi kontaminasi pada alat suntik.
- (6) Membersihkan vulva dan perineum, menyekanya dengan hati-hati dari depan ke belakang dengan menggunakan kapas yang sudah dibasahi air desinfeksi tingkat tinggi (DTT).
- (a) Jika mulut vagina, perineum atau anus terkontaminasi oleh kotoran ibu, membersihkannya dengan seksama dengan cara menyeka dari depan ke belakang.
 - (b) Membuang kapas atau kasa pembersih (terkontaminasi) dalam wadah yang tersedia.

- (c) Jika terkontaminasi, lakukan dekontaminasi, lepaskan dan rendam sarung tangan tersebut dalam larutan chlorin 0,5%.
- (7) Lakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan pembukaan lengkap. Bila selaput ketuban masih utuh saat pembukaan sudah lengkap maka lakukan amniotomi.
- (8) Dekontaminasi sarung tangan (mencelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan kotor ke dalam larutan klorin 0,5%, lepaskan sarung tangan dalam keadaan terbalik, dan rendam dalam clorin 0,5% selama 10 menit). Cuci kedua tangan setelah sarung tangan dilepaskan. Tutup kembali partus set.
- (9) Periksa Denyut Jantung Janin (DJJ) setelah kontraksi berakhir untuk memastikan bahwa DJJ dalam batas normal (120-160 x/menit). Mengambil tindakan yang sesuai jika DJJ tidak normal. Mendokumentasikan hasil pemeriksaan dalam, DJJ dan semua hasil- hasil penilaian serta asuhan lain dalam partograf. Menyiapkan ibu dan keluarga untuk membantu proses pimpinan meneran.
- (10) Memberitahukan pada ibu pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik. Membantu ibu menentukan posisi yang nyaman dan sesuai dengan keinginannya.
- (a) Tunggu hingga timbul kontraksi atau rasa ingin meneran, lanjutkan pemantauan kondisi dan kenyamanan ibu dan janin (ikut pedoman penatalaksanaan fase aktif) dan dokumentasikan semua temuan yang ada.
- (b) Jelaskan pada anggota keluarga tentang peran mereka untuk mendukung dan member semangat pada ibu dan meneran secara benar
- (11) Minta keluarga membantu menyiapkan posisi meneran jika ada rasa ingin meneran atau kontraksi yang kuat. Kondisi itu, ibu di

- posisikan setengah duduk atau posisi lain yang diinginkan dan pastikan ibu merasa nyaman
- (12) Laksanakan bimbingan meneran pada saat ibu merasa ingin meneran atau timbul kontraksi yang kuat:
 - (a) Bimbing ibu agar dapat meneran secara benar dan efektif.
 - (b) Dukung dan beri semangat pada saat meneran dan perbaiki cara meneran apabila caranya tidak sesuai .
 - (c) Bantu ibu mengambil posisi yang nyaman sesuai pilihannya (kecuali posisi berbaring terlentang dalam waktu yang lama).
 - (d) Anjurkan ibu untuk beristirahat diantara kontraksi.
 - (e) Anjurkan keluarga untuk memberikan dukungan dan semangat.
 - (f) Berikan cairan peroral (minum).
 - (g) Menilai DJJ setiap kontraksi uterus selesai
 - (h) Segera rujuk jika bayi belum atau tidak akan segera lahir setelah pembukaan lengkap dan pimpin meneran ≥ 120 menit (2 jam) pada primigravida atau ≥ 60 menit (1 jam) pada multigravida
 - (13) Anjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok atau mengambil posisi yang nyaman, jika ibu belum merasa ada dorongan untuk meneran dalam selang waktu 60 menit
 - (14) Letakan kain bersih (untuk mengeringkan bayi) di perut bawah ibu, jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm.
 - (15) Letakan kain bersih yang dilipat 1/3 bagian sebagai alas bokong ibu
 - (16) Buka tutup partus set dan periksakembali kelengkapan peralatan dan bahan
 - (17) Pakai sarung tangan DTT/steril pada kedua tangan
 - (18) Setelah tampak kepala bayi dengan diameter 5-6 cm membuka vulva maka lindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi dengan kain bersih dan kering, tangan yang lain menahan belakang

kepala untuk mempertahankan posisi *refleks* dan membantu lahirnya kepala. Anjurkan ibu untuk meneran secara efektif atau bernafas cepat dan dangkal

(19) Periksa kemungkinan adanya lilitan tali pusat (ambil tindakan yang sesuai jika hal ini terjadi), segera lanjutkan proses kelahiran bayi. Perhatikan:

(a) Jika tali pusat melilit leher secara longgar, lepaskan lilitan lewat bagian atas kepala bayi

(b) Jika tali pusat melilit leher secara kuat, klem tali pusat di dua tempat dan potong tali pusat diantara dua klem tersebut

(20) Setelah kepala lahir, tunggu putaran paksi luar yang berlangsung secara spontan

(21) Setelah putaran paksi luar selesai, pegang kepala bayi secara biparental. Anjurkan ibu untuk meneran saat kontraksi. Lakukan dengan lembut gerakkan kepala ke arah bawah dan distal hingga bahu depan muncul dibawah arkus pubis dan kemudian gerakkan ke arah atas dan distal untuk melahirkan bahu belakang

(22) Setelah kedua bahu lahir, satu tangan menyangga kepala dan bahu belakang, tangan yang lain menelusuri dan memegangi lengan dan siku bayi sebelah atas

(23) Setelah tubuh dan lengan lahir, penelusuran tangan atas berlanjut ke punggung, bokong, tungkai dan kaki. Pegang kedua mata kaki (masukan telunjuk 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)

(24) Lakukan penilaian selintas:

(a) Apakah bayi cukup bulan?

(b) Apakah bayi menangis kuat dan/atau bernapas tanpa kesulitan.

(c) Apakah bayi bergerak dengan aktif?

Bila salah satu jawaban adalah “TIDAK” lanjut ke langkah resusitasi pada bayi baru lahir dengan asfiksia

Bila semua jawabanya adalah “YA” lanjut kelangkah 26

(25)Keringkan tubuh bayi mulai dari muka, kepala dan bagian tubuh lainnya (kecuali kedua tangan) tanpa membersihkan verniks. Ganti handuk basah dengan handuk/kain yang kering dan bersih. Pastikan bayi dalam posisi dan kondisi aman di peurt bagian bawah ibu

(26)Periksa kembali uterus untuk memastikan hanya satu bayi yang lahir (hamil tunggal) dan bukan kehamilan ganda (gemeli)

(27)Beritahu ibu bahwa ia akan disuntik oksitosin agar uterus berkontraksi baik

(28)waktu satu menit setelah bayi lahir, suntikan oksitosin 10 unit (intramuskuler) di 1/3 distal lateral paha (lakukan aspirasi sebelum menyuntikan oksitosin)

(29)Kurun waktu 2 menit setelah bayi lahir, jepit tali pusat dengan klem kira-kira 2-3 cm dari pusat bayi. Gunakan jari telunjuk dan jari tengah tangan yang lain untuk mendorong isi tali pusat kearah ibu, dan klem tali pusat pada sekitar 2 cm distal dari klem pertama

(30)Pemotongan dan pengikat tali pusat

(a) Gunakan satu tangan, pegang tali pusat yang telah di jepit (lindungi perut), dan lakukan pengguntingan tali pusat di antara 2 klem tersebut

(b) Ikat tali pusat dengan benang DTT/steril pada satu sisi kemudian lingkarkan lagi benang tersebut dan ikat tali pusat denagn simpul kunci pada sisi lainnya

(c) Lepaskan klem dan masukan dalam wadah yang telah disediakan

- (31) Letakan bayi tengkurap di dada ibu untuk kontak kulit ibu dengan 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 aerola mammae ibu
- (a) Selimuti ibu dan bayi dengan kain yang kering, bersih dan hangat, pasang topi di kepala bayi
 - (b) Biarkan bayi melakukan kontak kulit ke kulit di dada ibu paling sedikit 1 jam
 - (c) 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 satu payudara
 - (d) Biarkan bayi berada di dada ibu selama 1 jam walaupun bayi sudah berhasil menyusui
- (32) Pindahkan klem tali pusat hingga berjarak 5-10 cm dari vulva
- (33) Letakkan satu tangan di atas kain pada perut bawah ibu (di atas simfisis), untuk mendeteksi kontraksi. Tangan lain memegang klem untuk menegangkan tali pusat
- (34) Setelah uterus berkontraksi, tegangkan tali pusat ke arah bawah sambil tangan yang lain mendorong uterus ke arah atas (dorsokranial) secara hati-hati (untuk mencegah inversion uteri). Jika plasenta tidak lahir setelah 30-40 detik, hentikan penegangan tali pusat dan tunggu hingga timbul kontraksi berikutnya dan ulangi kembali prosedur di atas
- (35) Jika uterus tidak segera berkontraksi, minta ibu, suami atau anggota keluarga untuk melakukan stimulasi puting susu
- (36) Bila pada penekanan bagian bawah dinding di depan uterus ke arah dorsal ternyata diikuti dengan pergeseran tali pusat ke arah distal

maka lanjutkan dorongan ke arah cranial hingga plasenta dapat dilahirkan

- (a) Ibu boleh meneran tetapi tali pusat hanya di tegangkan (jangan di tarik secara kuat terutama jika uterus tak berkontraksi) sesuai dengan sumbu jalan lahir (kearah bawah-sejajar lantai-atas)
- (b) Jika tali pusat bertambah panjang, pindahkan klem hingga berjarak sekitar 5-10 cm dari vulva dan lahirkan plasenta
- (c) Jika plasenta tidak lepas setelah 15 menit menegangkan tali pusat:
 - i. Ulangi pemberian oksitosin ke dua 10 unit IM
 - ii. Lakukan katerisasi (gunakan teknik aseptik) jika kandung kemih penuh
 - iii. Minta keluarga untuk meyiapkan rujukan
 - iv. Ulangi tekanan dorsol-kranial dan penegangan tali pusat 15 menit berikutnya
 - v. Jika plasenta tak lahir dalam 30 menit sejak bayi lahir atau terjadi perdarahan maka segera lakukan tindakan plasenta manual

(37) Saat plasenta muncul di introitus vagina, lahirkan plasenta dengan kedua tangan. Pegang dan putar plasenta hingga selaput ketuban terpinl kemudian lahirkan dan tempatkan plasenta pada wadah yang telah di sediakan. Jika selaput ketuban robek, pakai sarung tangan DTT atau steril untuk melakukan eksplorasi sisa selaput kemudian gunakan jari-jari tangan atau klem ovum DTT/steril untuk mengeluarkan selaput yang tertinggal

(38) Segera setelah plasenta lahir dan selaput ketuban lahir, lakukan masase uterus, letakkan telapak tangan di fundus dan lakukan masase dengan gerakan melingkar dengan lembut hingga uterus

- berkontraksi (fundus teraba keras) lakukan tindakan yang diperlukan (kompresi bimanual internal, kompresi aorta abdominalis, tampon kondom-kateter) jika uterus tidak berkontraksi dalam 15 detik setelah rangsangan taktil/masase
- (39) Menilai perdarahan periksa kedua sisi plasenta (maternal-fetal) pastikan plasenta telah dilahirkan lengkap. Masukkan plasenta kedalam kantung plastic atau tempat khusus
 - (40) Evaluasi kemungkinan laserasi pada vagina dan perineum. Lakukan penjahitan bila terjadi laserasi derajat 1 dan 2 yang menimbulkan perdarahan
 - (41) Pastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan pervaginam
 - (42) Pastikan kandung kemih kosong. Jika penuh lakukan katerisasi
 - (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) Anjurkan kepada ibu/keluarga cara melakukan masase uterus dan menilai kontraksi
 - (45) Memeriksa nadi ibu dan pastikan keadaan umum ibu baik
 - (46) Evaluasi dan estimasi jumlah kehilangan darah
 - (47) Pantau keadaan bayi dan pastikan bahwa bayi bernapsa dengan baik (40-6 kali/menit)
 - (48) Tempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit). Cuci dan bilas peralatan setelah di dekontaminasi
 - (49) Buang bahan-bahan yang terkontaminasi ke tempat sampah yang sesuai

- (50) Bersihkan ibu dari paparan darah dan cairan tubuh dengan menggunakan air DTT. Bersihkan cairan ketuban, lender dan darah di ranjang atau di sekitar ibu berbaring. Bantu ibu memakai pakain yang bersih dan kering
- (51) Pastikan ibu merasa nyaman. Bantu ibu memberikan ASI. Anjurkan keluarga untuk memberi ibu minum dan makanan yang diinginkannya
- (52) Dekontaminasi termpat bersalin dengan larutan clorin
- (53) Celupkan tangan yang masih memakai sarung tangan kedalam 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 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 (40-60 kali/menit) dan temperature tubuh normal (36-,5 °C -37,5° C) setiap 15 menit
- (57) Setelah 1 jam pemberian vitamin K1,berikan suntikan hepatitis B dipaha kanan bawah lateral. Letakkan bayi dalam di dalam jangkauan ibu agar sewaktu-waktu dapat disusukan.
- (58) Lepaskan sarung tangan dalam keadaan terbalik dan rendam didalam larutan clorin 0,5% selama 10 menit
- (59) Cuci kedua tangan engan sabun dan air mengalir kemudian keringkan dengan tissue atau handuk yang bersih dan kerig
- (60) Lengkapi patograf (halaman depan dan belakang), periksa tanda vital dan asuhan kala IV Persalinan

3) Kala III

Menurut Walyani (2016) kala III dimulai dari bayi lahir sampai dengan plasenta lahir. Setelah bayi lahir uterus teraba keras dengan fundus uteri agak di atas pusat. Beberapa menit kemudian uterus berkontraksi lagi untuk melepaskan placenta dari dindingnya. Biasanya placenta lepas dalam waktu 6-15 menit setelah bayi lahir secara spontan maupun dengan tekanan pada fundus uteri. Pengeluaran plasenta terjadi disertai dengan pengeluaran darah. Tanda pelepasan plasenta adalah uterus menjadi bundar, darah keluar secara tiba-tiba, tali pusat semakin panjang. Manajemen aktif kala III menurut Hidayat (2010) : Jepit dan gunting tali pusat, memberi oksitosin, lakukan PTT dan masase fundus

4) Kala IV

Pemantauan kala IV ditetapkan sebagai waktu 2 jam setelah plasenta lahir lengkap, hal ini dimaksudkan agar dokter, bidan atau penolong persalinan masih mendampingi wanita setelah persalinan selama 2 jam (2 jam post partum). Cara ini kejadian-kejadian yang tidak diinginkan karena perdarahan post partum dapat dihindarkan (Hidayat, 2010).

b. Tanda Tanda Persalinan

Menurut Lailiyana (2011) tanda-tanda persalinan yaitu :

1) Tanda-Tanda Timbulnya Persalinan (Inpartu)

a) Terjadinya His Persalinan

His merupakan kontraksi rahim yang dapat diraba menimbulkan rasa nyeri diperut serta dapat menimbulkan pembukaan servik. Kontraksi rahim dimulai pada 2 *face maker* yang letaknya didekat *cornuuteri*. His yang menimbulkan pembukaan serviks dengan kecepatan tertentu disebut his efektif.

His efektif mempunyai sifat : adanya dominan kontraksi uterus pada fundus uteri (*fundal dominance*), kondisi berlangsung secara *syncron* dan harmonis, adanya intensitas kontraksi yang

maksimal diantara dua kontraksi, irama teratur dan frekuensi yang kian sering, lama his berkisar 45-60 detik. Pengaruh his sehingga dapat menimbulkan : terhadap desakan daerah uterus (meningkat), terhadap janin (penurunan), terhadap korpus uteri (dinding menjadi tebal), terhadap itsmus uterus (teregang dan menipis), terhadap kanalis servikalis (*effacement* dan pembukaan). His persalinan memiliki ciri-ciri sebagai berikut :

a) Pinggangnya terasa sakit dan menjalar ke depan.

(1) Sifat his teratur, interval semakin pendek, dan kekuatan semakin besar.

(2) Terjadi perubahan pada serviks.

(3) Jika pasien menambah aktivitasnya, misalnya dengan berjalan, maka kekuatan hisnya akan bertambah.

(4) Keluarnya lendir bercampur darah pervaginam (show).

Lendir berasal dari pembukaan yang menyebabkan lepasnya lendir dari kanalis servikalis. Sedangkan pengeluaran darah disebabkan robeknya pembuluh darah waktu serviks membuka

b) Kadang-kadang ketuban pecah dengan sendirinya.

Sebagian ibu hamil mengeluarkan air ketuban akibat pecahnya selaput ketuban. Jika ketuban sudah pecah, maka ditargetkan persalinan dapat berlangsung dalam 24 jam. Namun apabila tidak tercapai, maka persalinan harus diakhiri dengan tindakan tertentu, misalnya ekstaksi vakum dan *sectio caesarea*.

c) Dilatasi dan Effacement

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

c. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Persalinan

Menurut Walyani (2016) faktor-faktor yang mempengaruhi persalinan:

1) *Power*/tenaga yang mendorong anak

a) His adalah kontraksi otot-otot rahim pada persalinan.

His persalinan menyebabkan pendataran dan pembukaan serviks.

Terdiri dari his pembukaan, his pengeluaran dan his pelepasan uri.

b) Tenaga mengejan

(1) Kontraksi otot-otot dinding perut.

(2) Kepala di dasar panggul merangsang mengejan.

(3) Paling efektif saat kontraksi/his (Hidayat,2010).

1) *Passage* (jalan lahir)

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 ada rintangan, maka jalan lahir tersebut harus normal.

Menurut Ilmiah (2015) *passage* terdiri dari :

a) Bagian keras tulang-tulang panggul (rangka panggul) yaitu *os coxae (os illium, os ischium, os pubis), os Sacrum (promontorium) dan os. Coccygis.*

b) Bagian lunak : otot-otot, jaringan dan ligamen- ligamenpintu panggul:

(1) Pintu atas panggul (PAP) = disebut *Inlet* dibatasi oleh *promontorium, linea inominata* dan *pinggir atas symphisis.*

(2) Ruang tengah panggul (RTP) kira-kira pada *spina ischiadica*, disebut *midlet.*

(3) Pintu Bawah Panggul (PBP) dibatasi *simfisis* dan *arkus pubis*, disebut *outlet.*

(4) Ruang panggul yang sebenarnya (*pelvis cavity*) berada antara *inlet* dan *outlet.*

c) Sumbu Panggul

Sumbu panggul adalah garis yang menghubungkan titik-titik tengah ruang panggul yang melengkung ke depan (sumbu Carus).

d) Bidang-bidang Hodge

(1) Bidang Hodge I : Terbentuk pada lingkaran PAP dengan bagian atas *symphysis* dan *promontorium*.

(2) Bidang Hodge II : sejajar dengan Hodge I setinggi pinggir bawah *symphysis*.

(3) Bidang Hodge III : sejajar Hodge I dan II setinggi *spina ischiadica* kanan dan kiri.

(4) Bidang Hodge IV : sejajar Hodge I, II dan III setinggi *os coccygis*

e) Stasion bagian presentasi atau derajat penurunan yaitu stasion 0 sejajar *spina ischiadica*, 1 cm di atas *spina ischiadica* disebut Stasion 1 dan seterusnya sampai Stasion 5, 1 cm di bawah *spina ischiadica* disebut stasion -1 dan seterusnya sampai Stasion -5.

2) Passanger

Hal yang menentukan kemampuan untuk melewati jalan lahir dari faktor passager adalah :

a) Presentase janin dan janin yang terletak pada bagian depan jalan lahir, seperti presentase kepala (muka, dahi), presentasi bokong (letak lutut atau letak kaki), dan presentase bahu (letak lintang).

b) Sikap janin

Hubungan bagian janin (kepala) dengan bagian janin lainnya (badan), misalnya *fleksi*, *defleksi*.

c) Posisi janin

Hubungan bagian atau point penentu dari bagian terendah janin dengan panggul ibu, dibagi dalam 3 unsur :

(1) Sisi panggul ibu : kiri, kanan dan melintang.

(2) Bagian terendah janin, *oksiput*, *sacrum*, dagu dan *scapula*.

(3) Bagian panggul ibu : depan, belakang.

d) Bentuk atau ukuran kepala janin menentukan kemampuan kepala untuk melewati jalan lahir (Hidayat,2010).

e) Plasenta

Plasenta terbentuk bundar atau oval, ukuran diameter 15 – 20 cm tebal 2 – 3 cm, berat 500 – 600 gram.

f) Air Ketuban

Sebagai cairan pelindung dalam pertumbuhan dan perkembangan janin, air ketuban berfungsi sebagai “bantalan” untuk melindungi janin terhadap trauma dari luar, dan juga berfungsi melindungi janin dari infeksi, menstabilkan perubahahn suhu, dan menjadi sasaran yang memungkinkan janin bergerak bebas (Walyani, 2016).

d. Deteksi / Penapisan Awal Ibu Bersalin

Menurut Walyani (2016) Penapisan awal ibu bersalin yaitu:

- 1) Riwayat bedah Caesar
- 2) Perdarahan pervaginam
- 3) Persalinan kurang bulan (UK < 37 minggu)
- 4) Ketuban pecah dengan mekonium kental
- 5) Ketuban pecah lama (> 24 jam)
- 6) Ketuban pecah pada persalinan kurang bulan (< 37 minggu)
- 7) Ikterus
- 8) Anemia berat
- 9) Tanda dan gejala infeksi
- 10) Preeklamsia / hipertensi dalam kehamilan
- 11) Tinggi fundus 40 cm atau lebih
- 12) Primipara dalam fase aktif persalinan dengan palpasi kepala janin masih 5/5
- 13) Presentasi bukan belakang kepala

- 14) Gawat janin
- 15) Presentasi majemuk
- 16) Kehamilan gemeli
- 17) Tali pusat menubung
- 18) Syok
- 19) Penyakit-penyakit yang menyertai ibu.

e. Rujukan

Menurut Walyani (2016) jika ditemukan suatu masalah dalam persalinan, sering kali sulit untuk melakukan upaya rujukan dengan cepat, hal ini karena banyak faktor yang mempengaruhi. Penundaan dalam membuat keputusan dan pengiriman ibu ke tempat rujukan akan menyebabkan tertundanya ibu mendapatkan penatalaksanaan yang memadai, sehingga akhirnya dapat menyebabkan tingginya angka kematian ibu. Rujukan tepat waktu merupakan bagian dari asuhan sayang ibu dan menunjang terwujudnya program Safe Motherhood.

Singkatan BAKSOKUDOPN dapat digunakan untuk mengingat hal-hal penting dalam mempersiapkan rujukan untuk ibu dan bayi.

B (Bidan) : Pastikan bahwa ibu dan bayi baru lahir didampingi oleh penolong persalinan yang kompeten untuk penatalaksanaan gawat darurat obstetri dan BBL untuk dibawahkefasilitas rujukan.

A (Alat) : Bawah perlengkapan dan bahan-bahan untuk asuhan persalinan, masa nifas dan BBL (tabung suntik, selang IV, alat resusitasi, dan lain-lain) bersama ibu ke tempat rujukan. Perlengkapan dan bahan-bahan tersebut mungkin diperlukan jika ibu melahirkan dalam perjalanan ke fasilitas rujukan.

- K (Keluarga) :** beritahu ibu dan keluarga mengenai kondisi terakhir ibu dan bayi dan mengapa ibu dan bayi perlu dirujuk. Jelaskan pada mereka alasan dan tujuan merujuk ibu ke fasilitas rujukan tersebut. Suami atau anggota keluarga yang lain harus menemani ibu hingga ke fasilitas rujukan.
- S (Surat) :** Berikan surat ke tempat rujukan. Surat ini harus memberikan identifikasi mengenai ibu dan BBL, cantumkan alasan rujukan dan uraikan hasil penyakit, asuhan atau obat-obatan yang diterima ibu. 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 di perjalanan.
- K(Kendaraan) :** Siapkan kendaraan yang paling memungkinkan untuk merujuk ibu dalam kondisi cukup nyaman.
- U (Uang) :** Ingatkan keluarga agar membawa uang dalam jumlah yang cukup untuk membeli obat-obatan yang diperlukan dan bahan-bahan kesehatan lain yang diperlukan selama ibu dan bayi baru lahir tinggal di fasilitas rujukan.
- Do (Donor) :** persiapkan darah baik dari anggota keluarga maupun kerabat sebagai persiapan jika terjadi perdarahan. Doa sebagai kekuatan spiritual dan harapan yang dapat membantu proses persalinan .
- P (Posisi) :** Perhatikan posisi ibu hamil saat menuju tempat rujukan.
- N (Nutrisi) :** Pastikan nutrisi ibu tetap terpenuhi selama dalam perjalanan

3. Konsep Dasar Bayi Baru Lahir

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.

b. Ciri-Ciri Bayi Baru Lahir Normal

Menurut Dewi (2010) ciri-ciri bayi baru lahir adalah sebagai berikut: Lahir aterm antara 37-42 minggu, berat badan 2.500-4.000 gram, panjang badan 48-52 cm, lingkar dada 30-38 cm, lingkar kepala 33-35 cm, lingkar lengan 11-12 cm, frekuensi denyut jantung 120-160 x/menit, pernapasan \pm 40-60 x/menit, kulit kemerah-merahan dan licin karena jaringan subkutan yang cukup, rambut lanugo tidak terlihat dan rambut kepala biasanya telah sempurna. Kuku agak panjang dan lemas, nilai APGAR >7 , pergerakan aktif, bayi lahir langsung menangis kuat dan refleksnya baik. Organ genitalia pada laki-laki ditandai dengan testis yang berada pada skrotum dan penis yang berlubang sedangkan pada perempuan ditandai dengan vagina dan uretra yang berlubang, serta adanya labia minora dan mayora.

c. Adaptasi Bayi Baru Lahir Terhadap Kehidupan Di Luar Uterus

a. Perubahan Pada Sistem Pernapasan

Menurut Lailiyana (2011) dalam bukunya menjelaskan penyesuaian paling kritis yang harus dialami bayi baru lahir ialah penyesuaian sistem pernapasan. Paru bayi cukup bulan mengandung sekitar 20 ml cairan/Kg. Udara harus diganti dengan cairan yang mengisi traktus respiratorius sampai alveoli. Bayi lahir pervaginam, sejumlah cairan keluar dari trakea dan paru bayi. Sistem limfatik paru secara kontinu mengeluarkan cairan jumlah besar dalam satu jam pertama kehidupan bayi. Pengeluaran cairan ini juga diakibatkan perbedaan tekanan dari alveoli sampai jaringan interstitial dan sampai kapiler pembuluh darah.

Menurut Dewi (2010) selama dalam uterus janin mendapat oksigen dari pertukaran gas melalui plasenta dan setelah bayi lahir pertukaran gas harus melalui paru-paru bayi. Rangsangan gerakan pertama terjadi karena beberapa hal berikut:

- a) Tekanan mekanik dari torak sewaktu melalui jalan lahir (stimulasi mekanik).
- b) Penurunan PaO_2 dan peningkatan PaCO_2 merangsang kemoreseptor yang terletak di sinus karotikus (stimulasi kimiawi).
- c) Rangsangan dingin di daerah muka dan perubahan suhu di dalam uterus (stimulasi sensorik).
- d) Refleks deflasi Hering Breur

Usaha bayi pertama kali untuk mempertahankan tekanan alveoli, selain karena adanya surfaktan, juga karena adanya tarikan napas dan pengeluaran napas dengan merintih sehingga udara bisa tertahan di dalam. Apabila surfaktan berkurang maka alveoli akan kolaps dan paru-paru kaku, sehingga terjadi atelektasis. Kondisi seperti ini (anoksia), neonatus masih dapat mempertahankan hidupnya karena adanya kelanjutan metabolisme anaerobik.

b. Perubahan Sistem Kardiovaskuler

Menurut Dewi (2010) menjelaskan pada masa fetus, peredaran darah dimulai dari plasenta melalui vena umbilikalis lalu sebagian ke hati dan sebagian lainnya langsung ke serambi kiri jantung. Kemudian ke bilik kiri jantung. Darah dari bilik kiri dipompa melalui aorta ke seluruh tubuh, sedangkan yang dari bilik kanan darah dipompa sebagian ke paru dan sebagian melalui duktus arteriosus ke aorta.

Setelah bayi lahir, paru akan berkembang yang akan mengakibatkan tekanan arteriol dalam paru menurun yang diikuti dengan menurunnya tekanan pada jantung kanan. Kondisi ini menyebabkan tekanan jantung kiri lebih besar dibandingkan dengan

tekanan jantung kanan, dan hal tersebutlah yang membuat foramen ovale secara fungsional menutup. Hal ini terjadi pada jam-jam pertama setelah kelahiran, oleh karena tekanan pada paru turun dan tekanan dalam aorta desenden naik dan juga karena rangsangan biokimia (PaO_2 yang naik) serta duktus arteriosus yang berobliterasi (Dewi, 2010)

c. Perubahan Pada Sistem Thermoregulasi

Sudarti dan Fauziah (2012) menjelaskan ketika bayi baru lahir, bayi merasa pada suhu lingkungan yang > rendah dari suhu di dalam rahim. Apabila bayi dibiarkan dalam suhu kamar maka akan kehilangan panas melalui konveksi. Sedangkan produksi yang dihasilkan tubuh bayi hanya 1/100 nya, keadaan ini menyebabkan penurunan suhu tubuh bayi sebanyak 2°C dalam waktu 15 menit.

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

- a) Konduksi: Panas dihantarkan dari tubuh bayi ke benda sekitarnya yang kontak langsung dengan tubuh bayi.
- b) Evaporasi: Panas hilang melalui proses penguapan yang bergantung pada kecepatan dan kelembapan udara (perpindahan panas dengan cara mengubah cairan menjadi uap).
- c) Konveksi: Panas hilang dari tubuh bayi ke udara sekitarnya yang sedang bergerak (jumlah panas yang hilang bergantung pada kecepatan dan suhu udara).
- d) Radiasi: Panas dipancarkan dari BBL keluar tubuhnya ke lingkungan yang lebih dingin (pemindahan panas antara 2 objek yang mempunyai suhu berbeda).

d. Perubahan Pada Sistem metabolisme

Selama jam-jam pertama kehidupan, energi didapatkan dari perubahan karbohidrat. Hari kedua energi berasal dari pembakaran lemak. Setelah mendapatkan susu, sekitar di hari keenam energi diperoleh dari lemak dan karbohidrat yang masing-masing sebesar 60 dan 40% (Dewi, 2010).

e. Perubahan Pada Sistem Renal

Dewi (2010) menjelaskan tubuh BBL mengandung relatif banyak air. Kadar natrium juga relatif besar dibandingkan dengan kalium karena ruangan ekstraseluler yang luas. Fungsi ginjal belum sempurna karena: Jumlah nefron masih belum sebanyak orang dewasa, ketidakseimbangan luas permukaan glomerulus dan volume tuulus proksimal, *renal blood flow* relatif kurang bila dibandingkan dengan orang dewasa

f. Perubahan Pada Sistem Traktus Digestivus

Menurut Dewi (2010) traktus digestivus relatif lebih berat dan lebih panjang dibandingkan dengan orang dewasa. *Traktus digestivus* 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.

g. Perubahan Pada Sistem Immunoglobulin

Dewi (2010) menjelaskan bayi baru lahir tidak memiliki sel plasma pada sumsum tulang juga tidak memiliki lamina propia ileum dan apendiks. Plasenta merupakan sawar, sehingga fetus bebas dari antigen dan stress imunologis. Bayi Baru Lahir ada juga hanya terdapat gamaglobulin G, sehingga imunologi dari ibu dapat berpindah melalui

plasenta karena berat molekulnya kecil. Akan tetapi, bila ada infeksi yang dapat melalui plasenta (lues, toksoplasma, herpes simpleks, dan lain-lain) reaksi imunologis dapat terjadi dengan pembentukan sel plasma serta antibodi gamma A, G, dan M.

h. Perubahan Sistem Integumen

Menurut Lailiyana (2012) menjelaskan bahwa 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.

i. Perubahan Pada Sistem Reproduksi

Lailiyana (2012) 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, dan bayi prematur, klitoris menonjol dan labio mayora kecil dan terbuka.

Kematangan pada laki-laki testis turun ke dalam skrotum sekitar 90% pada bayi baru lahir laki-laki. Bayi 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, 2012)

j. Perubahan Pada Sistem Skeletal

Lailiyana (2012) menjelaskan pada bayi baru lahir arah pertumbuhan sefalokaudal pada pertumbuhan tubuh terjadi secara keseluruhan. Kepala bayi cukup bulan berukuran seperempat panjang tubuh. Lengan sedikit lebih panjang daripada tungkai. Wajah relatif kecil terhadap ukuran tengkorak yang jika dibandingkan lebih besar dan berat. Ukuran dan bentuk kranium dapat mengalami distorsi akibat molase (pembentukan kepala janin akibat tumpang tindih tulang-tulang kepala). Terdapat dua kurvatura pada columna 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. Saat 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.

k. Perubahan Pada Sistem Neuromuskuler

Menurut Ilmiah (2015), sistem neurologis bayi secara anatomik atau 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 ekstermitas. Perkemihan neonatus terjadi cepat. Sewaktu bayi bertumbuh, perilaku yang lebih kompleks (misalkan kontrol kepala, tersenyum, dan meraih dengan tujuan) akan berkembang. Bayi baru lahir normal memiliki banyak refleks neurologis yang primitif.

Menurut Ilmiah (2015), ada atau tidaknya refleks tersebut menunjukkan kematangan perkembangan sistem saraf yang baik yaitu:

a) Refleks hisap (*sucking*)

Refleks ini dinilai dengan memberi tekanan pada mulut bayi di bagian dalam antara gusi atas yang akan menimbulkan isapan yang kuat dan cepat. Refleks juga dapat dilihat pada saat bayi melakukan kegiatan menyusu.

b) Refleks mencari (*rooting*).

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

c) Refleks Genggam (*grapsing*)

Refleks ini dinilai dengan mendekatkan jari telunjuk pemeriksa pada telapak tangan bayi, tekanan dengan perlahan, normalnya bayi akan menggenggam dengan kuat, jika telapak bayi ditekan, bayi akan mengepalkan tinjunya.

d) Refleks *babinsky*

Pemeriksaan refleks ini dengan memberikan goresan telapak kaki dimulai dari tumit. Gores sisi lateral telapak kaki kearah atas kemudian

gerakkan kaki sepanjang telapak kaki, maka bayi akan menunjukkan respons berupa semua jari hiperekstensi dengan ibu jari dorsofleksi.

e) Refleks moro

Refleks ini ditunjukkan dengan timbulnya pergerakan tangan yang simetris apabila kepala tiba-tiba digerakkan atau dikejutkan dengan cara bertepuk tangan.

f) Refleks melangkah

Bayi menggerakkan tungkainya dalam suatu gerakan berjalan atau melangkah, jika kita memegang lengannya sedangkan kakinya dibiarkan menyentuh permukaan yang datar yang keras.

d. Tahapan Bayi Baru Lahir

Menurut Dewi (2010) tahapan-tahapan pada bayi baru lahir diantaranya:

- 1) Tahap I terjadi setelah lahir, selama menit-menit pertama kelahiran. Tahap ini digunakan sistem *scoring apgar* untuk fisik.
- 2) Tahap II disebut tahap transisional reaktivitas. Tahap II dilakukan pengkajian selama 24 jam pertama terhadap adanya perubahan perilaku.
- 3) Tahap III disebut tahap periodik, pengkajian dilakukan setelah 24 jam pertama yang meliputi pemeriksaan seluruh tubuh.

e. Penilaian Awal Pada Bayi Baru Lahir

Lailiyana (2012) menyebutkan penilaian awal yang dilakukan pada bayi baru lahir adalah sebagai berikut: menangis kuat atau bernapas tanpa kesulitan, warna kulit bayi (merah muda, pucat, atau kebiruan), gerakan, posisi ekstremitas, atau tonus otot bayi, aterm (cukup bulan) atau tidak dan mekonium pada air ketuban

f. Pelayanan Essensial Pada Bayi baru Lahir

Menurut Lailiyana (2012) pelayanan essensial pada bayi baru lahir adalah : Jaga bayi tetap hangat, pembebasan jalan napas, cara mempertahankan kebersihan untuk mencegah infeksi, perawatan tali pusat,

Inisiasi Menyusui Dini (IMD), pemberian salep mata, pemberian vitamin K dan pemberian imunisasi Hb 0.

Tabel 5 Jadwal Imunisasi Pada bayi

| Umur | Jenis Imunisasi | |
|----------|----------------------|-------------------------------------|
| | Lahir Di Rumah | Lahir Di Sarana Pelayanan Kesehatan |
| 0-7 hari | HB-0 | HB-0, BCG, Polio 1 |
| 1 bulan | BCG | ----- |
| 2 bulan | DPT-HB 1 dan Polio 1 | DPT-HB 1 dan Polio 2 |
| 3 bulan | DPT –HB-HIB | DPT –HB-HIB |
| 4 bulan | Polio 2 DPT –HB-HIB | Polio 2 DPT –HB-HIB |
| 6 bulan | Polio 3 | Polio 3 |
| 9 bulan | Campak | Campak |

Sumber Dwi 2010

g. Kunjungan ulang BBL

Buku Kesehatan Ibu dan Anak dituliskan pelayanan kesehatan bayi baru lahir oleh bidan/perawat/dokter dilaksanakan minimal 3 kali, yaitu pertama pada 6 jam-48 jam setelah lahir, kedua pada hari ke 3-7 setelah lahir, ketiga pada hari ke 8-28 setelah lahir.

4. Konsep Dasar Masa Nifas

a. Pengertian

Menurut Yanti dan Sundawati (2011) masa nifas adalah masa dimulainya beberapa jam sesudah lahirnya plasenta sampai 6 minggu setelah melahirkan.

Masa nifas (*puerperium*) adalah masa yang dimulai setelah kelahiran plasenta dan berakhir ketika alat- alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil dan berlangsung selama 6 minggu (Risneni, 2016).

b. Tujuan masa nifas

Menurut Ambarwati (2010) asuhan yang diberikan kepada ibunifas bertujuan untuk : Meningkatkan kesejahteraan fisik dan psikologis

ibu dan bayi, pencegahan, diagnosa dini, dan pengobatan komplikasi. Segera merujuk ibu ke asuhan tenaga bila mana perlu, mendukung dan mendampingi ibu dalam menjalankan peran barunya, mencegah ibu terkena tetanus, dan memberi bimbingan dan dorongan tentang pemberian makan anak secara sehat serta peningkatan pengembangan hubungan yang baik antara ibu dan anak.

c. Tahap masa nifas

Menurut Yanti dan Sundawati (2011) masa nifas terbagi menjadi 3 tahap yaitu :

1) *Puerperium Dini*

Suatu masa kepulihan dimana ibu diperbolehkan untuk berdiri dan berjalan-jalan.

2) *Puerperium Intermedial*

Suatu masa dimana kepulihan dari organ-organ reproduksi selama kurang lebih 6 minggu.

3) *Remote Puerperium*

Waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat kembali dalam keadaan sempurna terutama ibu bila ibu selama hamil atau waktu persalinan mengalami komplikasi.

d. Kebijakan Program Nasional Masa Nifas

Menurut Saifudin (2014) Pemerintah memberikan kebijakan yakni paling sedikit ada 4 kali kunjungan pada masa nifas

Tujuan :

1. Menilai kesehatan ibu dan bayi baru lahir
2. Pencegahan terhadap kemungkinan adanya gangguan kesehatan ibu nifas dan bayinya
3. Mendeteksi adanya kejadian-kejadian masa nifas
4. Menangani berbagai masalah yang timbul dan mengganggu kesehatan ibu maupun bayi pada masa nifas

Menurut Saifuddin kunjungan nifas dilakukan paling sedikit 4 kali kunjungan yang dilakukan untuk menilai status ibu dan bayi baru lahir, dan untuk mencegah, mendeteksi dan menangani masalah-masalah yang terjadi.

Tabel 6 Asuhan dan Jadwal Kunjungan Rumah Masa Nifas

| No | Waktu | Asuhan |
|----|-------------|--|
| 1 | 6 jam–8 Jam | <ul style="list-style-type: none"> a. Mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri b. Mendeteksi dan merawat penyebab lain pada perdarahan, rujuk bila perdarahan c. Memberikan konseling pada ibu atau salah satu anggota keluarga bagaimana cara mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri. d. Pemberian ASI awal e. Melakukan hubungan antara ibu dan bayi (Bouding Attachment) f. Menjaga bayi tetap sehat dengan mencegah hipotermia. |
| 2 | 6 Hari | <ul style="list-style-type: none"> a. Memastikan involusi uterus berjalannormal : uterus berkontraksi fundus dibawah umbilicus, tidak ada perdarahan abnormal b. Menilai adanya tanda-tandademam, infeksi atau perdarahanabnormal c. Memastikan ibu mendapatkancukup makanan, cairan dan istirahat d. Memastikan ibu menyusui denganbaik dan tidak memperlihatkan tanda-tanda penyulit e. Memberikan konseling pada ibu mengenai asuhan pada bayi,perawatan tali pusat, menjaga bayitetap hangat dan merawat bayi sehari-hari |
| 3 | 2 Minggu | Sama seperti kunjungan ke 2 (6 hari setelah persalinan) |
| 4 | 6 Minggu | <ul style="list-style-type: none"> a. Menanyakan ibu tentang penyulit-penyulit yang ia atau bayi alami b. Memberikan konseling untuk KB secara dini |

Sumber : Saifudin (2014)

e. Perubahan Fisiologis Masa Nifas

1) Perubahan sistem reproduksi

a) Invulsi uterus

Menurut Yanti dan Sundawati (2011) involusi uterus atau pengerutan uterus merupakan suatu proses dimana uterus kembali ke kondisi sebelum hamil.

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 relative 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 oksitosin. 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.

Tabel 7 Perubahan-Perubahan Normal Pada Uterus Selama Postpartum

| Involusi Uteri | TFU | Berat Uterus | Diameter Uterus |
|--------------------|--------------------------------|--------------|-----------------|
| Plasenta lahir | Setinggi pusat | 1000 gram | 12,5 cm |
| 7 hari (minggu 1) | Pertengahan pusat dan simpisis | 500 gram | 7,5 cm |
| 14 hari (minggu 2) | Tidak teraba | 350 gram | 5 cm |
| 6 minggu | Normal | 60 gram | 2,5 cm |

Sumber : Yanti dan Sundawati, 2011.

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, yaitu pada permulaan nifas bekas plasenta mengandung banyak pembuluh darah besar yang tersumbat oleh thrombus. Luka bekas plasenta tidak meninggalkan parut. Hal ini disebabkan karena diikuti pertumbuhan endometrium baru dibawah permukaan luka. Regenerasi endometrium terjadi di tempat implantasi plasenta selama sekitar 6 minggu. Pertumbuhan kelenjar endometrium ini berlangsung di dalam decidu basalis. Pertumbuhan kelenjar ini mengikis pembuluh darah yang membeku pada tempat implantasi plasenta sehingga terkelupas dan tidak dipakai lagi pada pembuang lochea (Yanti dan Sundawati, 2011)

c) Perubahan ligament

Setelah bayi lahir, ligament dan difragma pelvis fasia yang meregang sewaktu kehamilan dan saat melahirkan, kembali seperti sedia kala. Perubahan ligament yang dapat terjadi pasca melahirkan antara lain : ligamentum rotundum menjadi kendur yang mengakibatkan letak uterus menjadi retrofleksi, ligamen fasia, jaringan penunjang alat genetalia menjadi agak kendur (Yanti dan Sundawati, 2011).

d) Perubahan serviks

Segera setelah melahirkan, serviks menjadi lembek, kendur, terkulasi dan berbentuk seperti corong. Hal ini disebabkan korpus uteri berkontraksi, sedangkan serviks tidak berkontraksi, sehingga perbatasan antara korpus dan serviks uteri berbentuk cincin. Warna serviks merah kehitam-hitaman karena penuh pembuluh darah. Segera setelah bayi dilahirkan, tangan pemeriksa masih dapat dimasukan 2-3 jari dan setelah 1 minggu hanya 1 jari saja yang dapat masuk, oleh karena *hiperpalpasi* dan retraksi serviks, robekan serviks dapat sembuh. Namun demikian, selesai involusi, ostium eksternum tidak sama waktu sebelum hamil (Yanti dan Sundawati, 2011)

e) Perubahan 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 kendur. *Rugae* timbul kembali pada minggu ketiga. Ukuran vagina akan selalu lebih besar dibandingkan keadaan saat sebelum persalinan pertama. Perubahan pada perineum terjadi pada saat perineum mengalami robekan (Saifudin, 2014).

f) Lochea

Akibat involusi uteri, lapisan luar desidua yang mengelilingi situs plasenta akan menjadi nekrotik. Desidua yang mati akan keluar bersama dengan sisa-sisa cairan. Pencampuran antara darah dan desidua inilah yang dinamakan lochia. Reaksi basa/alkalis yang membuat organisme berkembang lebih cepat dari pada kondisi asam yang ada pada vagina normal. Lochea mempunyai bau yang amis (anyir) meskipun tidak terlalu menyengat dan volumenya berbeda-beda setiap wanita (Saifudin, 2014).

Table 8 Perbedaan Masing-masing Lokhea

| Lokhea | Waktu | Warna | Ciri-ciri |
|-------------|-----------|------------------------|--|
| Rubra | 1-3 hari | Merah kehitaman | Terdiri dari sel desidua, verniks caseosa, rambut lanugo, sisa mekonium dan sisa darah. |
| Sanguilenta | 3-7 hari | Putih bercampur merah | Sisa darah dan lender |
| Serosa | 7-14 hari | Kekuningan/ kecoklatan | Lebih sedikit darah dan lebih banyak serum, juga terdiri dari leukosit dan robekan laserasi plasenta |
| Alba | >14 hari | Putih | Mengandung leukosit, selaput lender serviks dan serabut yang mati |

Sumber : Yanti dan Sundawati, 2011

2) Perubahan sistem pencernaan

Sistem gastrotinal 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.

Menurut Yanti dan sundawati (2011) beberapa hal yang berkaitan dengan perubahan sistem pencernaan yaitu nafsu makan, *motilitas*, dan pengosongan usus.

3) Perubahan sistem perkemihan

Selama masa hamil, perubahan hormonal yaitu kadar steroid yang berperan meningkatkan fungsi ginjal. Begitu sebaliknya, pada pasca melahirkan kadar steroid menurun sehingga menyebabkan penurunan fungsi ginjal. Fungsi ginjal kembali normal dalam waktu satu bulan setelah wanita melahirkan. Urine dalam jumlah yang besar akan dihasilkan dalam waktu 12-36 jam sesudah melahirkan.

Yanti dan Sundawati (2011) hal yang berkaitan dengan fungsi sistem perkemihan, antara lain *Hemostasis internal*, keseimbangan asam basa tubuh dan pengeluaran sisa metabolisme racun dan zat toksin ginjal

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 dan Sundawati, 2011).

5) Perubahan ligament

Setelah janin lahir, ligament-ligamen, diafragma pelvis dan vasia yang meregang sewaktu kehamilan dan partus berangsur-angsur menciut kembali seperti sedia kala (Saifudin, 2014).

6) Perubahan Sistem Endokrin

Yanti dan Sundawati (2011) menjelaskan 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. Hormon 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 sehingga 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. Hormon 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. Sedangkan pada 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, berkerja 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 eskresi oksitosin, sehingga dapat memantau involusi uteri.

e) Hormon *estrogen dan progesteron*

Volume darah selama kehamilan, akan meningkat. Hormone estrogen yang tinggi memperbesar hormone anti diuretic yang dapat meningkatkan volume darah. Sedangkan hormone progesterone 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.

7) Perubahan tanda-tanda vital

Menurut Yanti dan Sundawati (2011) Pada masa nifas, tanda-tanda vital yang harus dikaji 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.
- b) Nadi : Denyut nadi normal pada orang dewasa 60 sampai 80 kali permenit. Pasca melahirkan denyut nadi dapat menjadi brikardi maupun lebih cepat. Denyut nadi yang melebihi 100 kali permenit, harus waspada kemungkinan infeksi atau perdarahan post partum.
- 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 sitolik antara 90 -120 mmHg dan distolik 60-80 mmHg. Pasca melahirkan pada kasus normal, tekanan darah biasanya tidak berubah.
- d) Pernafasan : Frekuensi pernafasan normal pada orang dewasa adalah 16 samapi 20 kali permenit. Ibu post partum umumnya bernafas lambat dikarenakan ibu dalam tahap pemulihan atau dalam kondisi istirahat.

8) Perubahan Fisiologis Pada Sistem Kardiovaskuler

Menurut Maritalia (2014) setelah janin dilahirkan, hubungan sirkulasi darah tersebut akan terputus sehingga volume darah ibu relatif akan meningkat. Keadaan ini terjadi secara cepat dan mengakibatkan beban kerja jantung sedikit meningkat, namun hal tersebut segera diatasi oleh sistem homeostatis tubuh dengan mekanisme kompensasi berupa timbulnya

hemokonsentrasi sehingga volume darah akan kembali normal. Biasanya ini terjadi sekitar 1 sampai 2 minggu setelah melahirkan.

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. Persalinan pervaginam, hemokonsentrasi cenderung naik dan pada persalinan *sectio sesaria*, hemokonsentrasi cenderung stabil dan kembali normal setelah 4-6 minggu (Yanti dan Sundawati, 2011).

Menurut Maritalia (2014) Estimasi visual jumlah kehilangan darah yaitu dengan menggunakan:

- a) Satu pembalut standar dapat menampung 100 ml darah
- b) Tumpahan darah di lantai: tumpahan darah dengan diameter 50 Cm, 75 Cm, 100 Cm secara berurutan mewakili kurang darah 500 ml, 1000 ml, dan 1.500 ml
- c) *Nierbeken* atau ginjal hidangan mampu menampung 500 ml darah
- d) *Underpad* : dengan ukuran 75 Cm × 57 Cm, mampu menyerap 250 ml darah
- e) Kasa standar ukuran 10 Cm × 10 Cm, mampu menyerap 60 ml darah sedangkan kasa ukuran 45 Cm × 45 Cm, mampu menyerap 350 ml darah.

9) Perubahan Sistem *Hematologi*

Menurut Nugroho,dkk (2014) pada hari pertama postpartum, kadar fibrinogen dan plasma akan sedikit menurun tetapi darah lebih mengental dengan peningkatan viskositas sehingga meningkatkan faktor pembekuan darah. Jumlah leukosit akan tetap tinggi selama beberapa hari pertama post partum. Jumlah sel darah putih akan tetap bisa naik lagi sampai 25.000 hingga 30.000 tanpa adanya kondisi patologis jika wanita tersebut mengalami persalinan lama.

Awal post partum, jumlah hemoglobin, hematokrit dan eritrosit sangat bervariasi. Hal ini disebabkan volume darah, volume plasenta dan tingkat volume darah yang berubah-ubah. Jumlah kehilangan darah selama masa persalinan kurang lebih 200-500 ml, minggu pertama post partum berkisar 500-800 ml dan selama sisa nifas berkisar 500 ml.

f. Proses Adaptasi Psikologis Ibu Masa Nifas

Periode ini kecemasan wanita dapat bertambah. Pengalaman yang unik dialami oleh ibu setelah persalinan. Masa nifas merupakan masa yang rentan dan terbuka untuk bimbingan dan pembelajaran.

Menurut Yanti dan Sundawati (2011) Fase-fase yang akan dialami oleh ibu pada masa nifas antara lain:

a) Fase *taking in*

Fase ini merupakan periode ketergantungan, yang berlangsung dari hari pertama sampai hari kedua setelah melahirkan. Ibu terfokus pada dirinya sendiri, sehingga cenderung pasif terhadap lingkungannya.

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.

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 peratan diri dan bayinya. Ibu merasa percaya diri akan peran barunya, lebih mandiri dalam memenuhi kebutuhan bayi dan dirinya.

g. Kebutuhan Dasar Ibu Masa Nifas

Menurut Yanti dan Sundawati (2011) kebutuhan ibu nifas meliputi:

1) Nutrisi

Ibu nifas memerlukan nutrisi dan cairan untuk pemulihan kondisi kesehatan setelah melahirkan, cadangan tenaga serta untuk memenuhi produksi air susu. Zat-zat yang dibutuhkan ibu pasca persalinan antara lain :

- a) Kalori : Kebutuhan kalori pada masa menyusui sekitar 400 -500 kalori. Wanita dewasa memerlukan 1800 kalori per hari. Sebaliknya ibu nifas jangan mengurangi kebutuhan kalori, karena akan mengganggu proses metabolisme tubuh dan menyebabkan ASI rusak.
- b) Kalsium dan vitaminD : Berguna untuk pembentukan tulang dan gigi, kebutuhan kalsium dan vitamin D di dapat 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 tahukalsium.
- c) Magnesium: Membantu gerak otot, fungsi syaraf dan memperkuat tulang. Kebutuhan magnesium didapat pada gandum dan kacang-kacangan.
- d) 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.
- e) Karbohidrat: Selama menyusui, kebutuhan karbohidrat kompleks diperlukan enam porsi perhari. Satu porsi setara dengan 1/2 cangkir nasi, 1/4 cangkir jagung pipi, satu porsi sereal atau oat, satu iris roti dari bijian utuh, 1/2 kue maffin dari bijian utuh, 2-6 biskuit kering atau crackers, 1/2 cangkir kacang-kacangan, 2/3 cangkir kacang koro, atau 40 gram mi/pasta dari bijian utuh.

- f) Lemak : Rata-rata kebutuhan lemak orang dewasa adalah 41/2 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, ½ 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.
- 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.
- 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 didaging, 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.
- i) *Zinc (seng)*: Berfungsi untuk kekebalan tubuh, penyembuh luka dan pertumbuhan. Kebutuhan zinc di dapat dalam daging, telur dan gandum. Enzim dalam pencernaan ddan metabolisme memerlukan seng. Kebutuhan seng setiap hari sekitar 12 mg. sumber seng terdapat pada seafood, hati dan daging.
- 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.

2) Ambulasi

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 (Nugroho dkk, 2014)

3) Eliminasi

a) Miksi : Miksi normal bila dapat BAK spontan setiap 3-4 jam. Kesulitan BAK dapat disebabkan karena sfingter uretra tertekan oleh kepala janin dan spesmen oleh iritasi muskulo spingter ani selama persalinan. Lakukan keteterisasi apabila kandung kemih penuh dan sulit berkemih.

b) Defekasi: Ibu diharapkan dapat BAB sekitar 3-4 hari post partum. Apabila mengalami kesulitan BAB, lakukan diet teratur; cukup cairan, konsumsi makanan berserat, olahraga, berikan obat perangsang per oral/rectal atau lakukan klisma bilamana perlu.

4) Kebersihan diri

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 (Nugroho 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.

6) Seksual

Hubungan seksual aman dilakukan begitu darah berhenti, namun pada saat 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 (Nugroho dkk,2014)

h. Proses laktasi dan menyusui

Payudara 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 grm (Risneni, 2016).

Laktasi/menyusui mempunyai 2 pengertian yaitu produksi dan pengeluaran ASI. Pengeluaran ASI merupakan suatu intraksi yang sangat kompleks antara rangsangan mekanik, saraf dan bermacam-macam hormon (Risneni, 2016)

Menurut Risneni (2016) refleks yang berperan sebagai pembentukan dan pengeluaran air susu yaitu :

- 1) Refleks prolaktin: Hormone ini merangsang sel-sel alveoli yang berungsi 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.
- 2) Refleks letdown: Refleks ini mengakibatkan memancarnya ASI keluar, isapan bayi akan merangsang puting susu dan areola yang dikirim lobus posterior melalui nervus vagus, dari glandula pituitary posterior dikeluarkan hormon oxytosin ke dalam peredaran darah yang menyebabkan

adanya kontraksi otot-otot myoepitel dari saluran air susu, karena adanya kontraksi ini maka ASI akan terperas kearah ampulla.

1) Manfaat pemberian ASI

Menurut Risneni (2016) adapun beberapa manfaat pemberian ASI yaitu :

- a) Bagi bayi : Komposisi sesuai kebutuhan, mengandung zat pelindung, kalori dari ASI memenuhi kebutuhan bayi sampai usia enam bulan, perkembangan psikomotorik lebih cepat, menunjang perkembangan penglihatan, mempunyai efek psikologis yang menguntungkan, dasar untuk perkembangan kepribadian yang percaya diri dan memperkuat ikatan batin antara ibu dan anak.
- b) Bagi ibu: Isapan bayi pada payudara akan merangsang terbentuknya oksitosin oleh kelenjar hypofisis. Oksitosin membantu involusi uterus dan mencegah terjadinya perdarahan pasca persalinan. Menyusui secara murni (esklusif) dapat menjarangkan kehamilan. Hormon yang mempertahankan laktasi berkerja menekan hormon ovulasi, sehingga dapat menunda kembalinya kesuburan.

2) Tanda bayi cukup ASI

Menurut Risneni (2016) bahwa bayi usia 0-6 bulan, dapat dinilai mendapat kecukupan ASI bila mencapai keadaan sebagai berikut :Bayi minum ASI tiap 2-3 jam atau dalam 24 jam minimal mendapatkan ASI 8 kali pada 2-3 minggu pertama, kotoran berwarna kuning dengan dengan frekuensi sering, dan warna menjadi lebih muda pada hari kelima setelah lahir, buang air kecil (BAK) paling tidak 6-8 kali/sehari, dapat mendengarkan pada saat bayi menelan ASI, payudara terasa lebih lembek, yang menandakan ASI telah habis, warna kulit bayi merah (tidak kuning) dan kulit terasa kenyal.

Pertumbuhan berat badan (BB) bayi dan tinggi badan (TB) bayi sesuai dengan grafik pertumbuhan dan perkembangan motorik bayi baik (bayi aktif dan motoriknya sesuai sesuai rentang usianya), bayi kelihatan puas, sewaktu-waktu saat lapar bangun dan tidur dengan cukup, bayi menyusu dengan kuat (rakus), kemudian melemah dan tertidur pulas.

3) Cara menyusui yang baik dan benar

Menurut Risneni (2016) adapun cara menyusui yang benar adalah :

- a) Cuci tangan yang bersih menggunakan sabun dan air yang mengalir. Perah sedikit ASI oleskan disekitar puting, duduk dan berbaring dengan santai.
- b) Bayi diletakkan menghadap ke ibu dengan posisi sanggah seluruh tubuh bayi, jangan hanya leher dan bahunya saja, kepala dan tubuh bayi lurus, hadapkan bayi ke dada ibu, sehingga hidung bayi berhadapan dengan puting susu, dekatkan badan bayi ke badan ibu, menyentuh bibir bayi ke puting susunya dan menunggu mulut bayi terbuka lebar. Segera dekatkan bayi ke payudara sedemikian rupa sehingga bibir bawah bayi terletak di bawah puting susu.
- c) Cara meletakkan mulut bayi dengan benar yaitu dagu menempel pada payudara ibu, mulut bayi terbuka dan bibir bawah bayi membuka lebar.
- d) Setelah memberikan ASI dianjurkan ibu untuk menyendawakan bayi. Tujuan menyendawakan adalah mengeluarkan udara lambung supaya bayi tidak muntah setelah menyusui. Cara menyendawakan adalah:
 - (1) Bayi digendong tegak dengan bersandar pada bahu ibu kemudian punggung di tepuk perlahan-lahan.
 - (2) Bayi tidur tengkurap dipangkuan ibu, kemudian punggung di tepuk perlahan-lahan.

5. Konsep Dasar Keluarga Berencana (KB)

a. Pengertian Kontrasepsi /Keluarga Berencana

Kontrasepsi berasal dari kata kontra berarti ‘mencegah’ atau ‘melawan’ dan konsepsi yang berarti pertemuan antara sel telur yang matang dan sperma yang mengakibatkan kehamilan. Maksud dari kontrasepsi adalah menghindari/mencegah terjadinya kehamilan sebagai akibat pertemuan antara sel telur yang matang dengan sperma (Husada, 2008).

b. Tujuan Kontrasepsi

Menurut Hartanto (2003) pelayanan kontrasepsi diupayakan untuk menurunkan angka kelahiran yang bermakna. Guna mencapai tujuan tersebut maka ditempuh kebijaksanaan mengkategorikan tiga fase untuk mencapai sasaran, yaitu:

- 1) Fase menunda kehamilan bagi PUS dengan usia istri kurang dari 20 tahun dengan menggunakan kontrasepsi pil oral, kondom, IUD mini.
- 2) Fase menjarangkan kehamilan bagi PUS dengan usia istri antara 20–30 / 35 tahun merupakan periode usia paling baik untuk melahirkan, dengan jumlah anak 2 orang dan jarak antara kelahiran adalah 2–4 tahun, dengan menggunakan kontrasepsi IUD sebagai pilihan utama.
- 3) Fase menghentikan / mengakhiri kehamilan / kesuburan periode umur di atas 20–35 tahun, sebaiknya mengakhiri kesuburan setelah mempunyai 2 orang anak pilihan utama adalah kontrasepsi mantap.

c. Pola Perencanaan Keluarga Berencana

Menurut Hartanto (2003) pola perencanaan keluarga adalah mengenai penentuan besarnya jumlah keluarga yang menyangkut waktu yang tepat untuk mengakhiri kesuburan. Perencanaan keluarga harus diketahui kapan kurun waktu reproduksi sehat, berapa sebaiknya jumlah anak sesuai kondisi, berapa perbedaan jarak umur antara anak.

Menurut Mulyani dan Rinawati (2013) menjelaskan seorang wanita secara biologik memasuki usia reproduksinya beberapa tahun sebelum mencapai umur dimana kehamilan dan persalinan dapat berlangsung dengan aman dan kesuburan ini akan berlangsung terus-menerus sampai 10-15 tahun, sesudah kurun waktu dimana kehamilan dan persalinan itu berlangsung dengan aman. Kurun waktu yang paling aman adalah umur 20-35 tahun dengan pengaturan:

- 1) Anak pertama lahir sesudah ibunya berumur 20 tahun
- 2) Anak kedua lahir sebelum ibunya berumur 30 tahun
- 3) Jarak antara anak pertama dan kedua sekurang-kurangnya 2 tahun atau diusahakan jangan ada 2 anak balita dalam kesempatan yang sama. Kemudian menyelesaikan besarnya keluarga sewaktu istri berusia 30-35 tahun dengan kontrasepsi mantap.

Tabel 9 Pola penggunaan metode kontrasepsi yang rasional.

| Menunda | Menjarangkan | Mengakhiri |
|---|--|---|
| Usia < 20 tahun pada masa ini alat kontrasepsi yang cocok untuk digunakan adalah cara sederhana seperti pil, kondom, dan pantang berkala | Usia 20-35 tahun Alat kontrasepsi yang cocok untuk digunakan adalah IUD, implan, dan suntikan | Usia > 35 tahun Masa ini alat kontrasepsi yang paling cocok adalah kontrasepsi mantap (MOW dan MOP, disusuli AKDR dan implan) |

Sumber: Handayani, 2011

d. Suntikan Progestin

1) Pengertian

Menurut Handayani (2011) Suntikan progestin merupakan kontrasepsi suntikan yang berisi hormon progesteron. Tersedia 2 jenis kontrasepsi suntikan yang hanya mengandung progestin yaitu :

- a) *Depo Medroksiprogesteron Asetat* (Depoprovera) mengandung 150 mg DMPA yang diberikan setiap 3 bulan dengan cara disuntik intramuscular.
- b) *Depo Noretisteron Enntat* (Depo Noristerat) yang mengandung 200 mg Noretindron Enantat, diberikan setiap 2 bulan dengan cara disuntik intramuscular.

2) Cara Kerja

Menurut Handayani (2011) cara kerja suntikan progestin yaitu : Menghambat ovulasi, mengentalkan lendir serviks sehingga menurunkan kemampuan penetresi sperma, menjadikan selaput lendir rahim tipis dan *artrofi* dan menghambat transportasi gamet oleh tuba.

3) Keuntungan

Menurut Handayani (2011) keuntungan suntikan progestin yaitu : Pencegahan kehamilan jangka panjang, tidak berpengaruh terhadap hubungan suami istri, tidak mengandung estrogen sehingga tidak berdampak serius terhadap penyakit jantung dan gangguan pembekuan darah, tidak memiliki pengaruh terhadap ASI, tidak perlu menyimpan obat suntik, dapat digunakan oleh perempuan usia > 35 tahun sampai primenopause.

4) Keterbatasan

Menurut Handayani (2011) keterbatasan suntikan progestin yaitu sering ditemukan gangguan haid, seperti siklus haid yang memendek atau memanjang, perdarahan yang banyak atau sedikit, perdarahan tidak teratur atau perdarahan bercak (spotting), tidak haid sama sekali, klien sangat bergantung pada tempat sarana pelayanan kesehatan (harus kembali untuk suntik), tidak dapat dihentikan sewaktu – waktu sebelum suntikan berikut, tidak menjamin perlindungan terhadap penularan infeksi menular seksual, hepatitis B virus atau infeksi Virus HIV terlambat kembali kesuburan setelah penghentian pemakaian, pada penggunaan jangka panjang dapat

menimbulkan kekeringan pada vagina menurunkan *libido*, gangguan emosi (jarang), sakit kepala, jerawat.

5) Efek Samping

Menurut Handayani (2011) efek samping suntikan progestin yaitu :*Amenorrhea*, perdarahan hebat atau tidak teratur, penambahan atau kehilangan berat badan (perubahan nafsu makan).

Menurut Mulyani dan Rinawati (2013) penanganan efek samping suntikan progestin yaitu bila tidak hamil, pengobatan apapun tidak perlu, bila telah terjadi kehamilan, rujuk klien, hentikan penyuntikan. Apabila terjadi kehamilan ektopik, rujuk klien segera, jangan berikan terapi hormonal, tunggu 3–6bulan kemudian, bila tidak terjadi perdarahan juga, rujuk ke klinik. Informasikan bahwa perdarahan ringan sering di jumpai, tetapi hal ini bukanlah masalah serius, dan biasanya tidak memerlukan pengobatan, serta nformasikan bahwa kenaikan/penurunan berat dan sebanyak 1-2 kg dapat saja terjadi. Perhatikanlah diet klien bila perubahan berat badan terlalu mencolok, bila berat badan berlebihan,hentikan suntikan dan anjurkan metode kontrasepsi lain.

B. Standar Asuhan Kebidanan

Standar asuhan kebidanan adalah acuan proses pengambilan keputusan dan tindakan yang dilakukan oleh bidan sesuai dengan wewenang dan ruang lingkup praktiknya berdasarkan ilmu dan kiat kebidanan, perumusan diagnosa dan atau masalah kebidanan, perencanaan, implementasi, evaluasi, dan pencatatan asuhan kebidanan (Permenkes 938, 2007)

1. Standar I : Pengkajian

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

Kriteria pengakajian : Data tepat, akurat dan lengkap, terdiri dari data subyektif (hasil anamnesa; biodata,keluhan utama, riwayat obstetrik, riwayat

kesehatan dan latar belakang social budaya) dan data obyektif (hasil pemeriksaan fisik, psikologi dan pemeriksaan penunjang).

2. Standar II : perumusan diagnosa dan atau masalah kebidanan

Pernyataan standar : Bidan menganalisa data yang diperoleh pada pengkajian, menginterpretasikan secara akurat dan logis untuk menegakkan diagnosa dan masalah kebidanan yang tepat.

Kriteria perumusan diagnose dan atau masalah kebidanan:Diagnosa sesuai dengan nomenklatur kebidanan, masalah dirumuskan sesuai dengan kondisi klien, dapat diselesaikan dengan asuhan kebidanan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan.

3. Standar III : perencanaan

Pernyataan standar : Bidan merencanakan asuhan kebidanan berdasarkan diagnosa dan masalah yang ditegakan.

Kriteria perencanaan :

- a. Rencana tindakan disusun berdasarkan prioritas masalah dan kondisi klien, tindakan segera, tindakan antisipasi dan asuhan secara komprehensif.
- b. Melibatkan klien/pasien dan atau keluarga
- c. Mempertimbangan kondisi psikologi social budaya klien/keluarga
- d. Memilih tindakan yang aman sesuai kondisi dan kebutuhan klien berdasarkan evidence based dan memastikan bahwa asuhan yang diberikan bermanfaat untuk klien.
- e. Mempertimbangkan kebijakan dan peraturan yang berlaku, sumber daya serta fasilitas yang ada.

4. Standar IV : implementasi

Pernyataan standar : Bidan melaksanakan rencana asuhan kebidanan secara komprehensif, efektif, efisien dan aman berdasarkan evidence based kepada klien/pasien, dalam bentuk upaya promotif, preventif kuratif dan rehabilitatif. Dilaksanakan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan.

Kriteria Implementasi :

Memperhatikan klien sebagai makhluk bio-psiko-sosio-kultural, setiap tindakan atau asuhan harus mendapatkan persetujuan klien atau keluarganya (*informed consent*), melaksanakan tindakan asuhan berdasarkan *evidence based*, melibatkan klien/pasien dalam setiap tindakan, menjaga privasi klien/pasien, melaksanakan prinsip pencegahan infeksi, mengikuti perkembangan kondisi klien secara berkesinambungan, menggunakan sumber daya, sarana, dan fasilitas yang ada dan sesuai, melakukan tindakan sesuai standar dan mencatat semua tindakan yang dilakukan

5. Standar V : Evaluasi

Pernyataan standar : bidan melakukan evaluasi secara sistematis dan berkesinambungan untuk melihat keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan, sesuai perkembangan kondisi klien.

Kriteria evaluasi : Penilaian dilakukan segera setelah melaksanakan asuhan sesuai kondisi klien, hasil evaluasi segera di catat dan dikomunikasikan kepada klien/ keluarga, evaluasi dilakukan sesuai dengan standar dan hasil evaluasi ditindak lanjuti sesuai dengan kondisi klien/pasien.

6. Standar VI : Pencatatan asuhan kebidanan

Pernyataan standar : Bidan melakukan pencatatan secara lengkap, akurat singkat dan jelas mengenai keadaan/kejadian yang ditemukan dan dilakukan dalam memberikan asuhan kebidanan.

Kriteria :

- a. Pencatatan dilakukan segera setelah melaksanakan asuhan pada formulir yang tersedia (rekam medis/KMS/status pasien/buku KIA).
- b. Ditulis dalam bentuk catatan pengembangan SOAP
- c. S adalah data subjektif, mencatat hasil anamnesa
- d. O adalah data Obyektif, mencatat hasil pemeriksaan
- e. A adalah hasil analisa, mencatat diagnose dan masalah kebidanan.
- f. P adalah penatalaksanaan, mencatat seluruh perencanaan dan pelaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antisipatif , tindakan segera,

tindakan secara 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.

Seorang bidan dalam menangani kasus 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: Pelayanan kesehatan ibu, Pelayanan kesehatan anak, dan, 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 rujukan
- 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 bersali

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 rujukan
 - 4) Pemberian imunisasi rutin sesuai program pemerintah
 - 5) Pemantauan tumbuh kembang bayi, anak balita dan anak pra sekolah
 - 6) Pemberian konseling dan penyuluhan, Pemberian surat keterangan kelahiran dan 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: memberikan penyuluhan dan konseling kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana dan memberikan alat kontrasepsi oral dan kondom.

5. Pasal 18

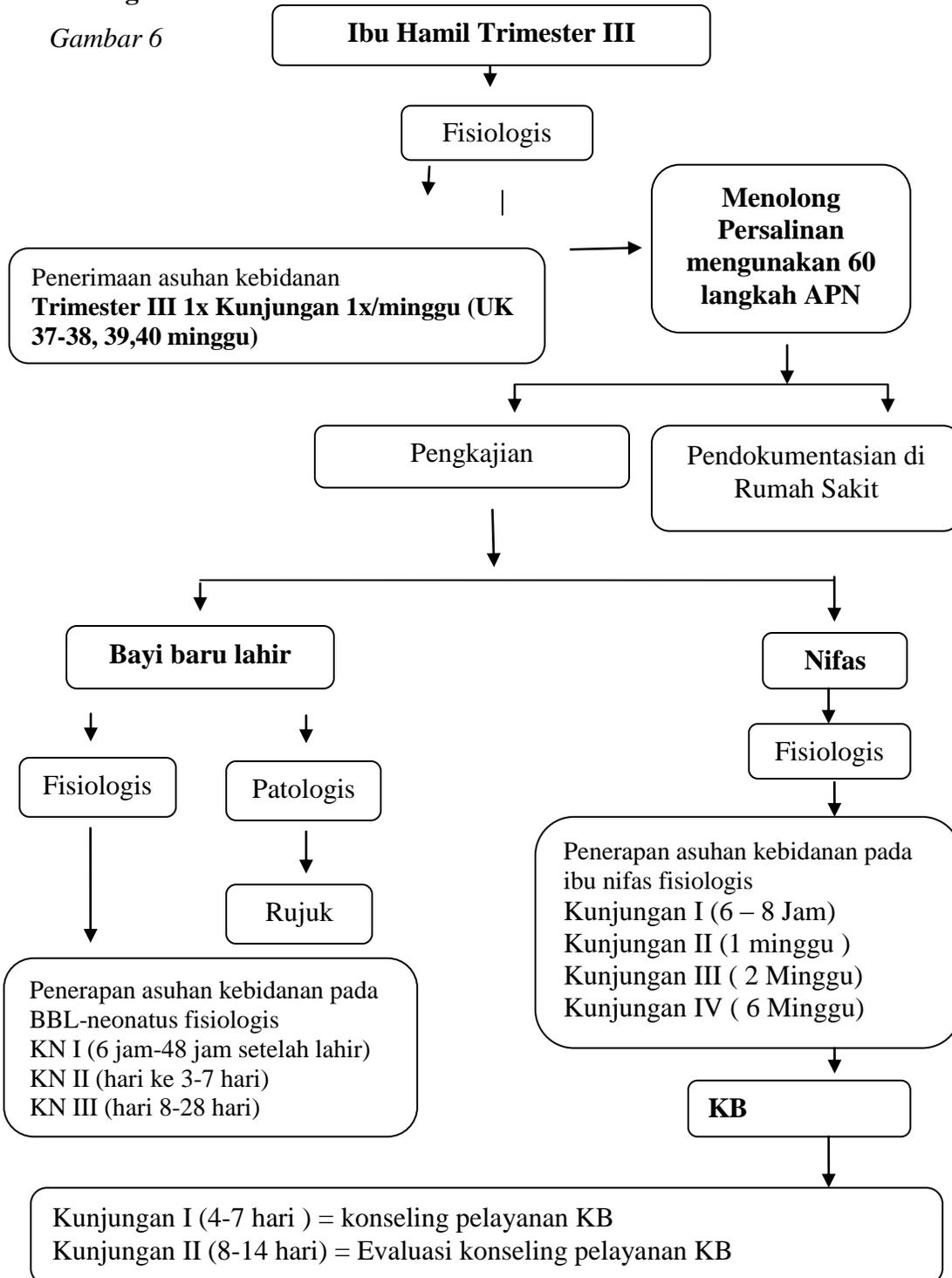
a. Pelaksanakan praktik/kerja, bidan berkewajiban untuk:

- 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 rahasia 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.

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

D. Kerangka Pemikiran



Gambar 5 Kerangka Pemikiran Asuhan Komprehensif

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Jenis Laporan 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 tunggal disini berarti satu orang. Sekelompok penduduk yang terkena suatu masalah. Unit yang dijadikan kasus tersebut secara mendalam di analisis 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 (Notoadmojo, 2010).

Meskipun didalam studi kasus ini yang diteliti hanya berbentuk unit tunggal, namun dianalisis secara mendalam dengan menggunakan metode pemecahan masalah (Notoadmojo, 2010).

B. Lokasi Dan Waktu

1. Lokasi

Pada kasus ini tempat pengambilan studi kasus dilakukan di Polindes Sikka Kabupaten Sikka.

2. Waktu

Pelaksanaan studi kasus dilakukan pada periode 21 Maret S/D 22 Juni 2019.

C. Subyek Laporan Kasus

Dalam penulisan laporan studi kasus ini subyektif merupakan orang yang dijadikan sebagai responden untuk mengambil kasus (Notoatmodjo, 2010). Subyek studi kasus ini adalah Ibu hamil trimester III.

D. Instrumen Laporan Kasus

Instrumen merupakan alat pantau fasilitas yang digunakan oleh peneliti dalam mengumpulkan data agar pekerjaannya lebih mudah dan hasilnya lebih baik dalam arti kata cermat, lengkap, dan sistematis sehingga lebih mudah diolah (Notoadmojo, 2012)

Instrumen yang digunakan adalah pedoman observasi, wawancara dan studi dokumentasi dalam bentuk format asuhan kebidanan pada ibu hamil sesuai dengan Kepmenkes Nomor 938/Menkes/SK/VIII/2007 sebagai berikut :

1. Observasi

a. Pemeriksaan fisik pada ibu hamil

- 1) Tensimeter
- 2) Stetoskop
- 3) Thermometer
- 4) Jam
- 5) Funanduskop
- 6) *Metline* (pita senti)
- 7) Pita Lila
- 8) *Refleks patella*
- 9) Timbangan
- 10) Alat pengukur Hb Sahli, kapas kering dan kapas alcohol, HCL 0,5 % dan aquades, sarung tangan, Lanset.
- 11) Format Penapisan Awal Ibu Bersalin

b. Persiapan alat dan bahan pada ibu bersalin

- 1) Bak instrumen berisi (klem tali pusat 2 buah, gunting tali pusat 1 buah, gunting episiotomi 1 buah, $\frac{1}{2}$ kocher 1 buah, handscoon 2 pasang, kassa secukupnya).
- 2) Heacting set (nealfooder 1 buah, gunting benang 1 buah, jarum otot dan kulit, handscoon 1 pasang dan kasa secukupnya).
- 3) Tempat berisi obat (oxytocin 2 ampul 10 IU, salap mata Oxythetracyclins 1%)
- 4) Betadine
- 5) Penghisap lendir deely
- 6) Larutan sanitaser 1 botol
- 7) Korentang
- 8) Air DTT
- 9) Kapas DTT
- 10) Underpad
- 11) 3 tempat berisikan (larutan Chlorin 0.5 %, air sabun dan air bersih)
- 12) Tempat sampah tajam
- 13) Tempat plasenta
- 14) Alat pelindung diri (celemek, penutup kepala, masker, kacamata, sepatu booth)
- 15) Cairan infus RL, infus set dan abocate
- 16) Pakaian ibu dan bayi

c. Nifas

- 1) Tensimeter
- 2) Stetoskop
- 3) Thermometer
- 4) Jam tangan yang ada jarum detik
- 5) Buku catatan dan alat tulis
- 6) Kapas DTT dalam kom

- 7) Handscoon
 - 8) Larutan klorin 0,5 %
 - 9) Air bersih dalam baskom
 - 10) Kain, pembalut, pakaian dalam ibu yang bersih dan kering
- d. Bayi baru lahir
- 1) Selimut bayi
 - 2) Pakaian bayi
 - 3) Timbangan bayi
 - 4) Alas dab baki
 - 5) Bengkon
 - 6) Bak instrumen
 - 7) Stetoskop
 - 8) Handscoon 1 pasang
 - 9) Midline
 - 10) Kom berisi kapas DTT
 - 11) Thermometer
 - 12) Jam tangan
 - 13) Baskom berisi klorin 0,5 %
 - 14) Lampu sorot
- e. KB
- 1) Alat Bantu Pengambilan Keputusan (Lembar Balik)
 - 2) Leaflet
 - 3) Pemeriksaan penunjang
- Alat dan bahan yang digunakan untuk pemeriksaan Haemoglobin dengan menggunakan Hb Sachli yaitu:
- a) Tabung reaksi (3 tabung)
 - b) Pipet 2
 - c) Manset
 - d) Handscoon

- e) Larutan HCL
- f) *Aquades*
- g) Tempat berisi air bersih
- h) Tempat air sabun
- i) Larutan chlorin 0,5%

2. Wawancara

Alat dan bahan yang digunakan untuk wawancara yaitu:

- a. Format asuhan kebidanan pada ibu hamil
- b. Format asuhan kebidanan pada ibu bersalin
- c. Format asuhan kebidanan pada ibu nifas
- d. Format asuhan kebidanan pada bayi baru lahir
- e. Kartu Menju Sehat
- f. Balpoint

3. Dokumentasi

Alat dan bahan yang digunakan untuk melakukan studi dokumentasi adalah catatan medik dan status pasien

E. Teknik Pengumpulan Data

1. Data primer

a. Observasi

Metode pengumpulan data melalui suatu pengamatan dengan menggunakan panca indra maupun alat sesuai format asuhan kebidanan pada ibu hamil yang data obyektif meliputi : Keadaan Umum, Tanda-Tanda Vital (Tekanan darah, Suhu, Pernapasan dan Nadi), Penimbangan Berat Badan, pengukuran tinggi badan, pengukuran Lingkar lengan atas, pemeriksaan fisik (kepala, leher, dada, posisi tulang belakang, abdomen, ekstremitas), Pemeriksaan kebidanan (palpasi uterus Leopold I-IV dan Auskultasi Denyut Jantung Janin), serta pemeriksaan penunjang (pemeriksaan proteinuria dan Hemoglobin).

b. Wawancara

Wawancara adalah suatu metode yang digunakan untuk mengumpulkan data dimana peneliti mendapat keterangan atau pendirian secara lisan dari seseorang sasaran peneliti (responden) atau bercakap-cakap berhadapan muka dengan orang tersebut (Notoatmodjo, 2010).

Wawancara dilakukan untuk mendapatkan informasi yang lengkap dan akurat melalui jawaban tentang masalah- masalah yang terjadi pada ibu hamil. Wawancara dilakukan dengan menggunakan pedoman wawancara sesuai format asuhan kebidanan pada ibu hamil yang berisi pengkajian meliputi : anamnesa identitas, keluhan utama, riwayat menstruasi, riwayat penyakit dahulu, dan riwayat psikososial.

2. Data Sekunder

Data ini diperoleh dari instansi terkait (Puskesmas Sikka) yang ada hubungan dengan masalah yang ditemukan maka penulis mengambil data dengan studi dokumentasi yaitu buku KIA, Kartu ibu, Register kohort dan pemeriksaan Laboratorium (Haemoglobin dan urine).

F. Keabsahan Penelitian

Dalam triangulasi data ini penulis mengumpulkan data dari sumber data yang berbeda- beda yaitu dengan cara :

1. Observasi

Uji validitas data dengan pemeriksaan fisik inspeksi (melihat), palpasi (meraba), auskultasi (mendengar), dan pemeriksaan penunjang.

2. Wawancara

Validitas dengan wawancara pasien, keluarga (suami) dan bidan.

3. Studi Dokumentasi

Uji validitas data dengan menggunakan dokumen bidan yang ada yaitu buku KIA, Kartu ibu, dan Register, Kohort.

G. Etika Penelitian

Dalam melaksanakan laporan kasus ini,peneliti juga mempertahankan prinsip etika dalam mengumpulkan data (Notoadmojo, 2010) yaitu :

1. Hak untuk *self determination*

Memberikan otonomi kepada subykr penelitian untuk membuat keputusan secara sadar,bebas dari paksaan untuk berpartisipasi dan tidak berpartisipasi dalam penelitian ini atau untuk menarik diri dari penelitian ini.

2. Hak *privacy* dan martabat

Memberikan kesempatan kepada subyek penelitian untuk menentukan waktu dan situasi dimana dia terlibat. Dengan hak ini pula informasi yang diperoleh dari subjek penelitian tidak boleh dikemukakan kepada umum tanpa persetujuan dari yang bersangkutan.

3. Hak terhadap *anonymity* dan *confidentiality*

Didasari atas kerahasiaan, subjek penelitian memiliki hak untuk tidak ditulis namanya atau anonym dan memiliki hak untuk berasumsi bahwa data yang dikumpulkan akan dijaga kerahasiannya.

4. Hak untuk mendapatkan penanganan yang adil

Dalam melakukan penelitian setiap orang diberlakukan sama berdasarkan moral,martabat,dan hak asasi manusia. Hak dan kewajiban penelitian maupun subyek juga harus seimbang.

5. Hak terhadap perlindungan dari ketidaknyamanan atau kerugian.

Dengan adanya informed consent maka subyek penelitian akan terlindungi dari penipuan maupun ketidak jujuran dalam penelitian tersebut. Selain itu, subyek penelitian akan terlindungi dari segala bentuk tekanan.

BAB IV

TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN

A. Gambaran Lokasi Penelitian

Puskesmas adalah satu kesatuan fungsional yang langsung memberikan pelayanan secara menyeluruh kepada masyarakat dalam satu kesatuan wilayah kerja tertentu dalam bentuk usaha-usaha kesehatan pokok.

Polindes Sikka berada di Kecamatan Lela yang merupakan salah satu Polindes di wilayah Kota Maumere yang mempunyai 17 RT dan 5 RW

Batas wilayah Polindes Sikka yaitu :

1. Sebelah Utara : Kedang
2. Sebelah Selatan : Pantai
3. Sebelah Barat : Desa Du
4. Sebelah Timur : Desa Hokor

Jumlah penduduk wilayah kerja Polindes Sikka tahun 2019 sebanyak 348 jiwa dengan jumlah kepala keluarga sebanyak 164 kepala keluarga. Polindes Sikka memiliki 4 orang tenaga kerja yang terdiri dari D-I Kebidanan 1 orang (PNS), D-III Kebidanan 1 orang (TKS) dan S1 Keperawatan 1 orang (TKS), Farmasi 1 orang.

B. Tinjauan Kasus

Tinjauan kasus akan membahas “Asuhan Kebidanan Pada Ibu M.N G₁P₀A₀AH₀ UK 32 Minggu, Janin hidup, Tunggal, Letak Kepala, Intrauterin, Keadaan Ibu dan Janin baik, Di Polindes Sikka Kabupaten Sikka Periode 21 Maret S/D 22 Juni 2019” dengan pendokumentasian menggunakan 7 Langkah Varney dan SOAP (Subjektif, Objektif, Analisis Data dan Penatalaksanaan).

**ASUHAN KEBIDANAN KEHAMILAN PADA IBU M.N UMUR 30 TAHUN
G₁P₀A₀AH₀ UMUR KEHAMILAN 33 MINGGU 5 HARI, JANIN HIDUP,
TUNGGAL, LETAK KEPALA, INTRAUTERIN DENGAN
KEADAAN IBU DAN JANIN BAIK DI
POLINDES SIKKA**

I. PENGUMPULAN DATA SUBYEKTIF DAN OBYEKTIF

Tanggal Pengkajian : 21 Maret 2019 Pukul : 09.00 WITA
Oleh : Maria Emilia Soka
Tempat : Polindes Sikka

A. Data Subjektif

1. Identitas/Biodata

| | | | |
|-------------|--------------------|-------------|--------------------|
| Nama Ibu | : Ibu M.N | Nama Suami | : Bapak Y.A |
| Umur | : 30 Tahun | Umur | : 32 tahun |
| Suku/bangsa | : Flores/Indonesia | Suku/bangsa | : Flores/Indonesia |
| Agama | : Katholik | Agama | : Katholik |
| Pendidikan | : SMP | Pendidikan | : SMA |
| Pekerjaan | : Ibu rumah tangga | Pekerjaan | : Swasta |
| Alamat | : Desa Sikka | Alamat | : Desa Sikka |

2. Alasan Kunjungan : Ibu mengatakan datang untuk memeriksa kembali kehamilannya sesuai jadwal yang ditentukan.
3. Keluhan utama : Ibu mengatakan mengeluh sering kencing pada malam hari sejak 5 hari yang lalu, sekitar 5-6 kali.
4. Riwayat Menstruasi : Ibu mengatakan pertama kali haid/menarche pada usia 15 tahun, siklus haidnya 28-30 hari, ibu menggantikan pembalut biasanya 3 kali ganti, mendapatkan haid biasanya selama 3 hari, ibu tidak merasakan sakit pada perut (dismenorhea).

5. Riwayat Perkawinan : Ibu mengatakan sudah kawin dengan suaminya, umur saat kawin 29 tahun dan suaminya 31 tahun dan lama hidup bersama ± 1 tahun.
6. Riwayat Kehamilan, Persalinan dan Nifas yang Lalu

| No | Tahun | Usia kehamilan | Jenis persalinan | Tempat persalinan | Komplikasi | | Nifas | | Riwayat AB |
|----|-------|----------------|------------------|-------------------|-----------------|------|---------|---------|------------|
| | | | | | Ibu | Bayi | Kedaaan | Laktasi | |
| 1 | | G ₁ | P ₀ | A ₀ | AH ₀ | | | | |

7. Riwayat Kehamilan ini

- a. HPHT : 18-08-2018
- b. Tafsiran Persalinan : 25-05-2019
- c. ANC

Trimester III (1 kali ANC di Polindes Sikka)

Pada tanggal 21 Maret 2019

Keluhan : Sering kencing pada malam hari, Nasihat : kurangi minum air pada malam hari dan istirahat yang cukup, Terapi : Fe x diminum 1x1, Kalak x diminum 1x1.

- d. Pergerakan anak pertama kali dirasakan : ibu mengatakan dapat merasakan gerakan janin pada usia kehamilan 4 bulan.
- e. Pergerakan anak 24 jam terakhir : Ibu mengatakan gerakan janin 24 jam terakhir adalah sekitar 14-15 kali.
- f. Imunisasi TT : Ibu mengatakan sudah mendapat imunisasi TT 1 pada tanggal 02 Februari 2019 dan TT 2 pada tanggal 18 April 2019

8. Riwayat KB

Ibu mengatakan belum pernah menggunakan alat kontrasepsi jenis apapun karna ini merupakan kehamilan yang pertama.

9. Riwayat penyakit yang lalu

Ibu mengatakan tidak pernah memiliki riwayat penyakit seperti, jantung, ginjal, asma/TBC paru, hepatitis, diabetes melitus, hipertensi, dan epilepsi. Ibu juga belum pernah melakukan operasi, ibu tidak pernah mengalami kecelakaan.

10. Riwayat penyakit yang sedang diderita

Ibu mengatakan tidak sedang menderita penyakit seperti, jantung, ginjal, asma/TBC paru, hepatitis, diabetes militus, hipertensi, dan epilepsi.

11. Riwayat penyakit keluarga

Ibu mengatakan tidak ada keluarga yang menderita penyakit sistemik seperti, jantung, ginjal, asma/TBC paru, hepatitis, diabetes militus, hipertensi, dan epilepsi.

12. Riwayat psikososial

Ibu mengatakan kehamilan ini direncanakan dan ibu merasa senang dengan kehamilannya. Orang tua dan keluarga mendukung ibu dengan menasehatkan untuk memeriksakan kehamilan di puskesmas. Pengambil keputusan dalam keluarga adalah ibu dan suami (dirundingkan bersama).

13. Pola kebiasaan sehari-hari

| | Selama Hamil |
|-----------|--|
| Nutrisi | <p>Makan</p> <p>Porsi : 3 piring/hari</p> <p>Komposisi : nasi, sayur-mayur, tahu, tempe</p> <p>Minum</p> <p>Jumlah : 8 gelas/hari 250 cc</p> <p>Jenis : air putih, kadang susu</p> |
| Eliminasi | <p>BAB</p> <p>Frekuensi : 1x/hari</p> <p>Konsistensi : lembek</p> <p>Warna : kuning</p> <p>BAK</p> <p>Frekuensi : 6-7x/hari</p> <p>Konsistensi : cair</p> <p>Warna : kuning jernih</p> <p>Keluhan : sering kencing</p> |

| | |
|---------------------|--|
| Seksualitas | Frekuensi : 1x/minggu, kadang tidak dilakukan Keluhan : tidak ada |
| Personal hygiene | Mandi : 2 kali/hari Keramas : 2 kali/minggu Sikat gigi : 2 kali/hari Cara cebok : benar (dari depan ke belakang) Ganti pakaian dalam : 2 kali/hari |
| Istirahat dan tidur | Tidur siang : \pm 2 jam/hari Tidur malam : \pm 7 jam/hari Keluhan : tidak ada |
| Aktivitas | Memasak, membersihkan rumah, mencuci pakaian. |

14. Riwayat sosial dan kultural

Ibu mengatakan kehamilan ini direncanakan ibu bersama suami, Ibu tidak pernah mengonsumsi minuman beralkohol, dan obat terlarang, tidak ada pantangan makanan.

B. Data Obyektif

1. Pemeriksaan Umum

Keadaan Umum : Baik
Kesadaran : Composmentis
Berat Badan : 57 Kg
Tinggi Badan : 156 Cm
Tanda-Tanda Vital : Tekanan Darah :110/70 mmHg,
Respirasi: 18 x/menit, Nadi: 78x/
menit, Suhu : 36,5 °C.
LILA : 24 Cm

2. Pemeriksaan Fisik

a. Inspeksi

Kepala : Simetris, warna rambut hitam,tidak ada benjolan.
Wajah : Tidak pucat dan tidak oedema
Mata : Simetris, sklera putih, konjungtiva merah muda

- Hidung : Tidak ada secret, tidak ada polip
- Telinga : Bersih, simetris, tidak ada serumen
- Mulut : Warna merah muda, bibir tidak pucat, mukosa bibir lembab, gigi bersih, tidak ada caries
- Leher : Tidak ada pembesaran kelenjar thyroid, tidak ada pembengkakan kelenjar getah bening, tidak ada pembendungan vena jugularis.
- payudara : Simetris, hyperpigmentasi pada aerola mammae, puting susu bersih dan menonjol, ada pengeluaran colostrum, tidak ada nyeri tekan pada payudara.
- Abdomen : pembesaran sesuai usia kehamilan
- Ekstremitas : Kuku tidak pucat, tidak ada varises, tidak ada oedema, refleks patella kiri dan kanan positif

b. Palpasi

- Leopold I : Tinggi Fundus pertengahan pusat-prosesus xypoideus pada fundus teraba lunak, dan tidak melenting (bokong)
- Leopold II : Perut bagian kiri teraba datar, keras, dan memanjang, seperti papan (punggung) dan pada perut bagian kanan teraba bagian kecil janin.
- Leopold III : Perut bagian bawah teraba bulat, keras, dan melenting (kepala), sudah masuk PAP
- Leopold IV : Divergen
- MC Donald : 28 cm
- TBBJ : (28-12) x 155 =2635 Gram

c. Auskultasi

Denyut Jantung Janin

Frekuensi : 140 x/menit

Irama : Teratur

Puncum Maximum : DJJ terdengar jelas di bawah kiri pusat

3. Pemeriksaan Penunjang

Hemoglobin : 13,2 gr%, HbsHg : Negatif (-), Golongan Darah : B

II. Interpretasi Data Dasar (Diagnosa Dan Masalah)

| Diagnosa | Data Dasar |
|--|---|
| Ibu M.N G ₁ P ₀ A ₀ AH ₀ umur 30 tahun, usia kehamilan 33 minggu 5 hari, janin hidup tunggal letak kepala intauterin, keadaan ibu dan janin baik. | <p>DS : Ibu bernama M.N hamil anak pertama, belum pernah melahirkan, tidak pernah keguguran, tanggal lahir 11 April 1989, hari pertama haid terakhir tanggal 18-08-2018, mengatakan merasakan pergerakan janin 14-15 kali sehari, tidak merasa nyeri saat bergerak dan merasa seperti ada dorongan di perut bagian bawah.</p> <p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tanggal periksa : 21- 03-2019 2. Taksiran persalinan : 25-05-2019 3. Inspeksi wajah tidak ada cloasma gravidarum, konjungtiva merah muda, ada hiperpigmentasi pada areola, perut tidak ada striae, tidak ada linea, membesar sesuai usia kehamilan, TFU pertengahan pusat procesus xifoideus, MC : 28 cm, teraba satu bagian besar janin, bagian kiri perut teraba datar keras dan memanjang seperti papan yaitu punggung dan terdengar denyut jantung janin pada satu |

| | |
|--|--|
| <p>Masalah : Ketidaknyamanan pada kehamilan trimester III</p> <p>Kebutuhan : KIE nutrisi seimbang dan cara mengatasi sering kencing yang dialami ibu</p> | <p>tempat dengan frekuensi 140x/menit, bagian bawah perut teraba bulat, keras dan melenting yaitu kepala dan belum masuk PAP yaitu di pinggir atas symphysis.</p> <p>4. Keadaan umum baik, kesadaran composmentis, tekanan darah 110/70 mmHg, nadi 78 x/ menit, pernapasan 20x/menit, suhu 36,5 °C, berat badan 57 kg, tinggi badan 156 cm dan lingkar lengan atas 24 cm.</p> <p>DS : Ibu mengatakan sering kencing terlebih pada malam hari 5-6 kali.</p> <p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> Tanda Tanda Vital dalam batas normal Ibu terlihat agak cemas Terjadi penurunan kepala, sehingga kepalan menekan kandung kemih yang menyebabkan ibu sering kencing |
|--|--|

III. Antisipasi Masalah Potensial

Tidak ada

IV. Tindakan Segera

Tidak Ada

V. Perencanaan

1. Informasikan pada ibu tentang hasil pemeriksaan

R/ Informasi yang tepat dan benar tentang kondisi dan keadaan yang sedang dialami ibu merupakan hak pasien yang harus diketahui ibu dan keluarga agar lebih kooperatif dalam tindakan atau asuhan yang diberikan.

2. Jelaskan penyebab sering kencing yang dirasakan ibu.

R/ pada akhir kehamilan kepala janin menekan kandung kemih sehingga menyebabkan ibu sering berkemih.

3. Lanjutkan meminum obat secara teratur yaitu tablet tambah darah diminum 2x1 setelah makan, vitamin C diminum 2x1 setelah makan bersamaan dengan Tablet tambah darah pada malam hari, Kalk diminum 1x1 pada pagi hari setelah makan, serta tidak meminum obat menggunakan teh, kopi, atau susu

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

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

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

5. Beritahu ibu tanda bahaya kehamilan pada Trimester III serta menganjurkan ibu untuk segera datang ketempat pelayanan kesehatan apabila mengalami salah satu tanda bahaya tersebut.

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

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

6. Motivasi ibu untuk kontrol ulang tanggal 18-04-2019

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

VI. Pelaksanaan

1. Menginformasikan ibu hasil pemeriksaan bahwa tekanan darah : 110/70 mmHg normal, tafsiran persalinan tanggal 25 Mei 2019, usia kehamilannya sekarang 32 minggu, letak bayi normal/ letak kepala, kepala sudah masuk panggul, keadaan janin normal ditandai dengan DJJ 140 x/menit.
2. Menjelaskan ibu tentang penyebab sering kencing yaitu pada akhir kehamilan kepala janin masuk ke dalam rongga panggul dan menekan kandung kemih sehingga mengakibatkan ibu sering kencing. Ini merupakan hal fisiologis. Ibu tidak perlu merasa cemas. Menganjurkan ibu untuk mengurangi konsumsi air pada malam hari agar tidak sering berkemih yang dapat mengganggu istirahat ibu dan sering mengkonsumsi air putih pada siang hari agar ibu tidak kekurangan cairan.
3. Melanjutkan minum obat secara teratur berdasarkan dosis pemberiannya yaitu Fe diminum 1x1 pada malam hari setelah makan untuk mencegah pusing pada ibu. Vitamin C diminum 1x1 bersamaan dengan Fe fungsinya membantu proses penyerapan Fe. Dan Kalk diminum 1x1 untuk membantu pertumbuhan tulang dan gigi. Obat diminum tidak menggunakan teh, kopi, dan susu.
4. Menjelaskan kepada ibu tentang ketidaknyamanan umum ibu hamil trimester 3 seperti nyeri ulu hati yang tidak disertai pusing atau penglihatan kabur, haemoroid, susah tidur, sesak nafas, kram otot atau betis, sering buang air kecil, dan nyeri punggung. Hal ini adalah fisiologis sebagai adaptasi tubuh

ibu dengan perubahan yang terjadi pada kehamilan lanjut. Namun jika ketidak nyamanan sudah sangat meresahkan ibu agar ibu segera datang ke fasilitas kesehatan untuk diidentifikasi lebih lanjut.

5. Memberitahu pada ibu tanda-tanda bahaya kehamilan trimester III yaitu perdarahan pervaginam, bengkak pada tangan, wajah, pusing dan dapat diikuti kejang, pandangan kabur, gerakan janin berkurang atau tidak ada, kelainan letak janin dalam rahim dan ketuban pecah sebelum waktunya. Dan bahaya anemia adalah dapat terjadi perdarah, hambatan tumbuh kembang janin dalam rahim, mudah terjadi infeksi BBLR, kelahiran dengan anemia. Serta menganjurkan ibu untuk segera datang ke tempat pelayanan kesehatan kesehatan apabila mengalami salah satu tanda bahaya tersebut.
6. Memotivasi ibu untuk kontrol ulang pada tanggal 18-04-2019 sesuai jadwal.

VII. Evaluasi

1. Ibu mampu mengulangi penjelasan mengenai usia kehamilannya, tafsiran persalinan, serta keadaan ibu dan janinya.
2. Ibu dapat mengulang kembali apa yang telah disampaikan dan menjawab ia untuk tidak minum terlalu banyak saat malam hari.
3. Ibu mampu mengulangi cara minum obat yaitu tablet Fe 1x1 pada malam hari Vit C 1x1 bersamaan dengan Fe, dan Kalk 1x1 pada pagi hari setelah makan.
4. Ibu menjawab “iya” akan segera ke fasilitas kesehatan bila mengalami salah satu tanda ketidak nyamanan yang disebutkan untuk mendapatkan penanganannya.
5. Ibu mampu mengingat penjelasan tentang tanda bahaya ibu hamil trimester III yang telah diberikan.
6. Ibu menjawab “iya” untuk kontrol ulang pada tanggal 18-04-2019.

CATATAN PERKEMBANGAN

ANC Pertama

Tempat : Polindes Sikka
 Hari/Tanggal : Kamis, 18 April 2019
 Pukul : 08:30 WITA
 Oleh : Maria Emilia Soka

S : Ibu mengatakan sudah tidak sering kencing lagi.

O : Keadaan umum : Baik Kesadaran : *Composmentis*.

Tekanan Darah : 110/80 mmHg Suhu Tubuh : 36,8 °C

Nadi : 82 kali/menit Pernafasan : 20 kali/menit

Pemeriksaan *leopold* :

1. *Leopold I* :

Tinggi fundus uterus setinggi *prosesus xifoideus*, teraba bokong di fundus.

Pemeriksaan *Mc Donald* : 29 cm

TBBJ : 2635 gram

2. *Leopold II* :

Bagian kanan perut ibu teraba bagian kecil-kecil janin (kaki dan tangan)

Bagian kiri perut ibu teraba bagian keras dan memanjang (punggung).

3. *Leopold III*

Bagian terbawah janin teraba bulat, keras, dan melenting yaitu kepala.

4. *Leopold IV*

Kepala sudah asuk PAP

Auskultasi :

DJJ : Frekuensi 146 kali/menit, irama teratur, *punctum maximum* kiri bawah pusat ibu (terdengar di satu tempat).

A : Ibu M.N G₁P₀A₀AH₀ usia kehamilan 36 minggu 5 hari janin hidup tunggal

letak

kepala intauterin, keadaan ibu dan janin baik.

Masalah : Nyeri pinggang

Kebutuhan : KIE tentang ketidak nyamanan dan cara mengatasi nyeri pinggang.

Antisipasi Masalah Potensial : Tidak Ada

Tindakan Segera : Tidak Ada

P :

1. Menginformasikan kepada ibu semua hasil pemeriksaan meliputi tanda vital yaitu tekanan darah 110/80 mmHg, suhu tubuh 36,8 °C, nadi 82 kali/menit, pernafasan 20 kali/menit. DJJ 146 kali/menit, posisi janin dalam keadaan baik yaitu kepala dibawah, kepala sudah masuk pintu panggul, usia kehamilan 36 minggu 5 hari. Hasil pemeriksaan telah diberitahukan kepada ibu, respon ibu senang dengan hasil pemeriksaan.
2. Menjelaskan ibu tentang penyebab sering kencing yaitu pada akhir kehamilan kepala janin masuk ke dalam rongga panggul dan menekan kandung kemih sehingga mengakibatkan ibu sering kencing. Ini merupakan hal fisiologis. Ibu tidak perlu merasa cemas. Menganjurkan ibu untuk mengurangi konsumsi air pada malam hari agar tidak sering berkemih yang dapat mengganggu istirahat ibu dan sering mengkonsumsi air putih pada siang hari agar ibu tidak kekurangan cairan.
3. Menjelaskan kepada ibu P4K (Program perencanaan persalinan dan komplikasi), Sudah dijelaskan.
4. Menganjurkan ibu jalan-jalan pagi dan sore selama 30 menit atau sesuai kemampuan, ibu mengatakan bersedia melakukan jalan-jalan pagi dan sore.
5. Menjelaskan pada ibu pentingnya istirahat yang cukup dan teratur serta menganjurkan ibu untuk tidur siang 1-2 jam dan tidur malam 7-8 jam.

Ibu mengatakan ia selalu tidur siang 1 jam dan malam ibu tidur jam 10 malam.

6. Menganjurkan ibu untuk sering jalan-jalan pagi dan sore, latihan fisik tersebut meningkatkan tonus otot untuk persiapan persalinan dan kelahiran, dapat mempersingkat persalinan dan mengurangi kebutuhan untuk induksi oksitosin, berjalan-jalan dapat meningkatkan aliran balik vena dengan menyebabkan otot rangkai berkontraksi dan menekan vena pada tungkai.

Ibu mengatakan ia sering jalan-jalan di pagi dan sore hari.

7. Menjelaskan pada ibu pentingnya menjaga kebersihan tubuh terlebih pada daerah genitalia, ganti celana dalam jika basah atau merasa tidak nyaman, selalu membersihkan daerah genitalia dari arah depan ke belakang selesai BAB atau BAK, kemudian keringkan dengan handuk atau tisu yang bersih.

Ibu bersedia melakukannya.

8. Mendokumentasikan hasil pemeriksaan sebagai bahan pertanggung jawaban dan evaluasi Hasil pemeriksaan telah dicatat.
9. Menganjurkan ibu untuk kontrol sesuai jadwal. Ibu mengatakan akan pergi kontrol ke Polindes Sikka sesuai dengan jadwal.

CATATAN PERKEMBANGAN
ANC Kedua

Tempat : Rumah Ibu M.N
 Hari/Tanggal : Kamis, 09 Mei 2019
 Pukul : 08:45 WITA
 Oleh : Maria Emilia Soka

S : Ibu mengatakan sakit pinggang.

O : Keadaan umum : Baik Kesadaran : Composmentis.

Tekanan Darah : 110/70 mmHg Suhu Tubuh : 36,6 °C

Nadi : 80 kali/menit Pernafasan : 20 kali/menit

Pemeriksaan *leopold* :

1. *Leopold I* :

Tinggi fundus uterus 2 jari dibawah *prosesus xifoideus*, teraba bokong di fundus.

Pemeriksaan *Mc Donald* : 30 cm

TBBJ : 2790 gram

2. *Leopold II* :

Bagian kanan perut ibu teraba bagian kecil-kecil janin (kaki dan tangan)

Bagian kiri perut ibu teraba bagian keras dan memanjang (punggung).

3. *Leopold III*

Bagian terbawah janin teraba bulat, keras, dan melenting yaitu kepala

4. *Leopold IV*

Sudah masuk PAP

Auskultasi

DJJ : Frekuensi 140 kali/menit, irama teratur, *punctum maximum* kiri bawah pusat ibu (terdengar di satu tempat).

A : Ibu M.N G₁P₀A₀AH₀ usia kehamilan 39 minggu 5 hari janin hidup tunggal letak kepala intauterin, keadaan ibu dan janin baik.
 Masalah : Sakit Pinggang
 Kebutuhan : KIE tentang ketidak nyamanan dan cara mengatasi sakit pinggang
 Antisipasi Masalah Potensial : Tidak Ada
 Tindakan Segera : Tidak Ada

P :

1. Menginformasikan kepada ibu semua hasil pemeriksaan meliputi tanda vital yaitu tekanan darah 110/70 mmHg, suhu tubuh 36,6 °C, nadi 80 kali/menit, pernafasan 20 kali/menit. DJJ 140 kali/menit, posisi janin dalam keadaan baik yaitu kepala dibawah, kepala sudah masuk pintu panggul, usia kehamilan 39 minggu 5 hari. Hasil pemeriksaan telah diberitahukan kepada ibu, respon ibu senang dengan hasil pemeriksaan.
2. Menjelaskan ibu tentang penyebab sakit pinggang merupakan keadaan yang normal timbul karena perkembangan kandungannya, sehingga ibu hamil perlu menyesuaikan postur tubuhnya ketika berdiri dan berjalan. Selain itu, akan terjadi perubahan hormone dan peregangan ligament, sebagai prose alami tubuh dalam mempersiapkan persalinan. Peregangan ini dapat menyebabkan tekanan dan rasa sakit pada punggung bawah dan pinggang. Sudah dijelaskan kepada ibu dan ibu merespon dengan menjawab “iya”.
3. Cara mengatasi ketika ibu merasakan sakit pinggang yaitu tidur dengan posisi yang tepat yaitu miring ke samping dan bukan terlentang, sebaiknya menggunakan bantal untuk menyangga pada punggung saat berbaring atau duduk dalam waktu lama, bisa juga melakukan pijatan yang lembut pada bagian pinggang yang sakit.
4. Memberitahu ibu tanda-tanda persalinan seperti perut mules secara teratur, keluar lender bercampur darah dan keluar air ketuban. Menganjurkan pada ibu dating ke rumah sakit bila tanda-tanda tersebut muncul. Ibu

mengatakan bersedia untuk segera ke rumah sakit jika ada tanda-tanda persalinan. Sudah diajarkan kepada ibu dan ibu dapat mengikuti cara yang di ajarkan.

5. Menganjurkan ibu untuk menyiapkan pakaian ibu dan bayi, biaya, transportasi, serta calon pendonor. Ibu mengatakan sudah mempersiapkannya dan sudah di bicarakan dengan suami.
6. Menjelaskan kepada ibu tentang jenis-jenis kontrasepsi dan memberikan gambaran mengenai masing-masing jenis kontrasepsi seperti metode alamia, pil, suntik, implant dan IUD, serta kelebihan dan kekurangannya. Menganjurkan ibu untuk menggunakan kontrasepsi jangka panjang. Ibu memilih kontrasepsi jenis suntik setelah melahirkan.
7. Mendokumentasikan hasil pemeriksaan sebagai bahan pertanggung jawaban dan evaluasi Hasil pemeriksaan telah dicatat.
8. Menganjurkan ibu untuk kontrol sesuai jadwal. Ibu mengatakan akan pergi kontrol ke Polindes Sikka sesuai dengan jadwal.

ASUHAN KEBIDANAN PERSALINAN PADA IBU M.N UMUR 30 TAHUN
G₁P₀A₀AH₀ USIA KEHAMILAN 40 MINGGU JANIN TUNGGAL
HIDUP LETAK KEPALA INTRAUTERIN INPARTU
KALA I FASE AKTIF

Tempat : Puskesmas Nanga
 Tanggal : 11 Mei 2019
 Jam : 05.30 WITA
 Oleh : Maria Emilia Soka

S : Ibu mengatakan nyeri perut menjalar ke pinggang sejak jam 22.00 WITA dan keluar lender bercampur darah dari jalan lahir jam 23.30, sakit semakin sering dan kuat jam 04.00 dan langsung di bawa ke Puskesmas Nanga, sampai di puskesmas jam 04.50.

O :

Kontraksi uterus baik 3x10 menit lamanya 30-35^x/mnt, Vulva : Tidak ada oedema, tidak ada varises, Vagina : Ada pengeluaran lendir dan darah, Porsio: Tipis Lunak, Pembukaan : 5 cm, Kantong ketuban : positif, Presentasi : Belakang Kepala, Denominator : Ubun-ubun kecil kanan depan, Hodge : III, Tekanan Darah : 110/80, Suhu : 36,6⁰C, Respirasi : 20^x/mnt, Nadi : 82^x/mnt, DJJ : 150^x/menit.

A :

Ibu M.N G₁ P₀ A₀ AH₀, Usia Kehamilan 40 minggu Janin Tunggal, Hidup, Letak Kepala keadaan ibu dan janin baik, presentase belakang kepala Inpartu Kala I Fase Aktif.

Masalah : Nyeri Kontraksi

Kebutuhan : Observasi His dan Djj

Antisipasi Masalah Potensial : Tidak ada

Tindakan Segera : Tidak ada

P :

1. Menginformasikan hasil pemeriksaan pada ibu dan keluarga bahwa keadaan ibu dan janin baik dengan tekanan darah :110/80 mmHg, Nadi : 82x/menit, Suhu : 36,6°C, Respirasi : 20x/menit, pembukaan 5 cm, DJJ:150x/menit.
Ibu dan keluarga mengetahui dan memahami penjelasan yang diberikan seperti tekanan darah : 110/80mmHg, Nadi: 82x/menit, Suhu: 36,6°C, Respirasi: 20x/menit, pembukaan 5 cm, DJJ: 150x/menit.
2. Menganjurkan pada ibu untuk makan dan minum saat tidak ada kontraksi.
Ibu tidak mau makan karena sakit semakin sering dan kuat, ibu hanya mau minum 2 gelas air putih.
3. Menganjurkan ibu untuk tidur miring kiri agar melancarkan oksigen pada janin dan mempercepat penurunan kepala bayi.
Ibu merespon dengan cara tidur posisi miring kiri.
4. Mengajarkan ibu bagaimana mengejan yang baik dan benar yaitu dagu ditempatkan di dada, mulut terbuka tanpa suara, dan mengejan saat HIS/ perut kencang.
Ibu mengerti dan dapat melakukan cara mengejan yang baik.
5. Memberikan dukungan emosional dan pendekatan yang berkaitan dengan terapi, dengan cara menjelaskan kebiasaan pasien untuk tenang, berdoa dalam hati, serta memberikan dukungan bahwa dengan kondisi yang tenang akan mempermudah proses persalinan.
Ibu mau mendengarkan serta mengikuti nasihat bidan
6. Mengajarkan ibu teknik relaksasi dengan menarik napas panjang dari hidung dan melepaskan dengan cara ditiup lewat mulut sewaktu kontraksi. Ibu mengerti dan mau melakukan.
7. Menganjurkan kepada untuk mengosongkan kandung kemih
Ibu mengatakan tidak ada keinginan untuk BAK

8. Menganjurkan kepada ibu untuk menggunakan kain atau baju jika diperlukan. Ibu mengatakan masih nyaman menggunakan kain di badan saat ini.
9. Menyiapkan alat dan bahan yang digunakan selama persalinan seperti partus set, hecing set, obat-obatan, tempat berisi air bersih, tempat berisi air clorin, perlengkapan ibu dan bayi.
Semua peralatan dan obat telah disiapkan.
10. Mengobservasi His, Nadi dan DJJ setiap 30 menit dan Pemeriksaan dalam setiap 4 jam. Sudah dilakukan.

Hasil Observasi

| Waktu | TTV | DJJ | HIS | Pemeriksaan Dalam |
|-------|------------------------------------|-----------|-----------------|--|
| 05.30 | TD: 110/80 mmHg N : 82 x/mnt | 150x/mnt | 3x10'=30''-35'' | Pembukaan: 6 cm Penurunan: H-II |
| 06.00 | N : 89 x/mnt | 148 x/mnt | 3x10'=35''-40'' | |
| 06.30 | N : 89 x/mnt | 148 x/mnt | 3x10'=40''-45'' | |
| 07.00 | N : 80 x/mnt | 150 x/mnt | 3x10'=45''-50'' | |
| 07.30 | N : 85 x/mnt | 152 x/mnt | 4x10'=50''-55'' | |
| 08.00 | N : 84 x/mnt | 153 x/mnt | 5x10'=50''-55'' | |
| 08.30 | TD: 110/70 mmHg N: 92 x/mnt | 150 x/mnt | 5x10'=50''-55'' | Ketuban Pecah spontan Pemeriksaan dalam: Vulva: tidak ada oedema, tidak ada varises Vagina: pengeluaran lendir dan darah bertambah Porsio: tidak teraba Pembukaan: 10 cm Kantong ketuban: pecah spontan. Presentasi : belakang kepala Denominator : ubun-ubun kecil kanan depan Penurunan: H-IV Molase : tidak ada |

CATATAN PERKEMBANGAN PERSALINAN KALA II

Tempat : Puskesmas Nanga
 Hari/Tanggal : Kamis, 11 Mei 2019
 Jam : 08:30 WITA
 Oleh : Maria Emilia Soka

S : Ibu mengatakan perus mules seperti ingin BAB dan ada dorongan meneran.

O : v/v : pengeluaran lendir darah bertambah banyak.

. Auskultasi DJJ : 140 x/menit teratur dan kuat. His : Frekuensi
 $5 \times 10'' = 40-45''$

Pemeriksaan Dalam : Vulva/Vagina tidak oedema, ada pengeluaran lendir darah, portio tidak teraba, pembukaan 10 cm, ketuban pecah spontan dan jernih, presentasi belakang kepala, turun hodge IV.

A : Diagnosa : Ibu M.N G1 P0 A0 AH0, Usia Kehamilan 40 minggu Hidup, Janin Tunggal, Presentasi Belakang Kepala, Intrauterine, Inpartu Kala II

Masalah : Nyeri Kontraksi semakin sering dan pengeluaran lender darah banyak.

Kebutuhan : Siapkan alat-alat partus

Antisipasi Masalah Potensial : Tidak ada

Tindakan Segera : Tidak ada

P :

1. Memastikan dan mengawasi tanda gejala kala II

Ibu sudah ada dorongan meneran, tekanan pada anus, perineum ibu menonjol dan vulva vagina dan sfingter ani membuka.

2. Memastikan kelengkapan peralatan, bahan dan obat-obatan untuk menolong persalinan dan penatalaksanaan komplikasi pada ibu dan bayi baru lahir.

a. *Saft I*

- 1) Partus set : $\frac{1}{2}$ koher 1 buah, gunting episiotomi, klem tali pusat 2 buah, gunting tali pusat 1 buah, klem tali pusat plastik 1 buah, *heandscoon* 2 pasang, kasa steril secukupnya.
- 2) Alat lainnya : nirbeken 2 buah, pita senti, *doppler*, korentang steril 1 buah, jam yang ada jarum detik, tensimeter dan stetoskop.
- 3) Tempat obat : *oxytosin* 2 ampul, dispo 3cc 2 buah dan 1 cc 1 buah, vitamin neo k 1 ampul, salep mata, com berisi air DTT, kapas sublimat, betadine.

Semua peralatan dan bahan sudah disiapkan sesuai yang ditentukan.

b. *Saft II*

- 1) *Heacting set* : Benang (*Catgut Chromik*), jarum otot 1 buah, jarum kulit 1 buah, gunting benang, pinset anatomis 1 buah, *heandscoon* 2 pasang, pemegang jarum (naelfooder) 1 buah, kasa secukupnya dan tampon.
- 2) Alat dan bahan lainnya : Penghisap lendir, tempat plasenta yang dialasi plastik, air klorin (0,5%), tempat sampah tajam.

Semua peralatan dan bahan sudah disiapkan sesuai yang ditentukan.

c. *Saft III*

Cairan infus dan infus set, pakaian ibu dan bayi, alat resusitasi bayi, perlengkapan Alat Pelindung Diri (APD) yang terdiri dari celemek, topi, masker, kaca mata *google*, sepatu *boot*.

Semua peralatan dan bahan sudah disiapkan tetapi kaca mata *google* dan sepatu *boot* tidak ada.

Partus set, heacting set, suction, pemancar panas dan oxytocin 10 IU telah disiapkan.

3. Mempersiapkan diri penolong. Celemek dan sepatu boot telah dipakai.
4. Melepaskan semua perhiasan, cuci tangan dengan sabun dan air mengalir kemudian keringkan dengan handuk pribadi yang bersih dan kering.

Cincin dan jam tangan telah dilepas, tangan sudah dibersihkan dan dikeringkan.

5. Memakai sarung tangan desinfeksi tingkat tinggi pada tangan kanan.
Sarung tangan DTT sudah dipakai di tangan kanan
6. Memasukkan oxytocin kedalam tabung suntik dan lakukan aspirasi
7. Membersihkan vulva dan perineum, menyeka dengan hati-hati dari depan kebelakang dengan menggunakan kapas sublimat yang dibasahi air DTT.
8. Lakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan pembukaan lengkap.
Hasilnya pembukaan lengkap (10 cm) dan portio tidak teraba.
9. Dekontaminasi sarung tangan dengan cara mencelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan ke dalam larutan clorin 0,5%, kemudian lepaskan dan rendam dalam larutan clorin 0,5% selama 10 menit.
10. Melakukan pemeriksaan DJJ setelah kontraksi atau saat relaksasi uterus untuk memastikan bahwa DJJ dalam batas normal (120-160 x/menit)
DJJ : 140 x/menit
11. Memberitahu keluarga bahwa pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik dan bantu ibu dalam menemukan posisi yang nyaman sesuai keinginan.
Keluarga telah mengetahui dan membantu memberi semangat pada ibu.
12. Memberitahu keluarga membantu menyiapkan posisi meneran.
Keluarga membantu ibu dengan posisi setengah duduk dan ibu merasa nyaman.
13. Melaksanakan bimbingan meneran pada saat ibu merasa ada dorongan meneran.
Ibu mengerti dengan bimbingan yang diajarkan.
14. Menganjurkan ibu mengambil posisi yang nyaman jika belum ada dorongan meneran.
Ibu merasa kelelahan dan beristirahat sebentar.
15. Meletakkan kain diatas perut ibu apabila kepala bayi sudah membuka vulva 5-6 cm.

Pada saat vulva membuka dengan diameter 5-6 cm, kain sudah diletakkan diatas perut ibu.

16. Meletakkan kain bersih yang dilipat 1/3 bagian dibawah bokong ibu. Kain bersih 1/3 bagian telah disiapkan.
17. Membuka tutup partus set dan memperhatikan kelengkapan alat.
Alat dan bahan sudah lengkap.
18. Memakai sarung tangan DTT pada kedua tangan
Sarung tangan DTT telah dikenakan pada kedua tangan.
19. Pada saat kepala bayi 5-6 cm membuka vulva maka lindungi perineum dengan satu tangan dilapisi kain bersih dan kering. Tangan yang lain menahan kepala untuk menahan posisi defleksi dan membantu lahirnya kepala.
Perineum sudah dilindungi dan kepala bayi sudah lahir.
20. Memeriksa kemungkinan adanya lilitan tali pusat.
Ada lilitan tali pusat, lilitannya longgar dan dikeluarkan lewat kepala bayi
21. Menunggu hingga kepala bayi melakukan putaran paksi luar secara spontan.
Putaran paksi luar sebelah kanan
22. Setelah kepala melakukan putaran paksi luar, pegang secara biparietal.
Anjurkan ibu meneran saat kontraksi. Dengan lembut gerakkan ke arah bawah dan distal hingga bahu depan muncul dibawah arkus pubis dan kemudian gerakkan arah atas dan distal untuk melahirkan bahu belakang.
Bahu telah dilahirkan.
23. Setelah kedua bahu lahir, geser tangan ke arah perineum ibu untuk menyangga kepala, lengan dan siku sebelah bawah. Gunakan tangan atas untuk menelusuri dan memegang lengan dan siku sebelah atas.
24. Setelah tubuh dan lengan lahir, penelusuran tangan atas berlanjut ke punggung, bokong, tungkai dan kaki. Pegang kedua mata kaki (masukkan kedua telunjuk diantara kaki, pegang kedua mata kaki dengan ibu jari dan jari-jari lainnya)

Hasilnya tanggal : 11-05-2019, Jam : 08.35 lahir bayi laki-laki, langsung menangis, bergerak aktif, warna kulit merah muda.

25. Lakukan penilaian apakah bayi menangis kuat dan bergerak aktif.

Bayi menangis kuat tidak ada bunyi napas dan bayi bergerak aktif

26. Mengeringkan tubuh bayi mulai dari muka, kepala dan bagian tubuh lainnya kecuali bagian tangan tanpa membersihkan verniks, ganti handuk basah dengan handuk/kain kering, membiarkan bayi diatas perut ibu.

Tubuh bayi sudah dikeringkan dan handuk basah sudah diganti dengan handuk bersih dan kering.

27. Memeriksa kembali uterus untuk memastikan tidak ada lagi bayi dalam uterus.

Uterus berkontraksi baik dan tidak ada lagi bayi kedua

28. Memberitahu ibu bahwa penolong akan menyuntik oxytocin agar uterus berkontraksi dengan baik.

Ibu mengetahui bahwa akan di suntik oxutocin agar kontraksi uterus baik.

29. Dalam waktu 1 menit setelah bayi lahir, suntik oxytocin 10 unit secara IM di 1/3 paha atas distal lateral.

Sudah disuntik oxytocin 10 unit secara IM di paha 1/3 paha atas distal lateral

30. Dalam waktu 2 menit setelah bayi lahir, dengan menggunakan penjepit tali pusat, jepit tali pusat pada sekitar 2-3 cm dari pusat bayi. Dari sisi luar penjepit tali pusat, dorong isi tali pusat ke arah distal (ibu) dan lakukan penjepitan kedua pada 2 cm distal dari klem pertama.

Tali pusat sudah diklem 3 cm dari pusat bayi dan 2 cm dari klem pertama

31. Memotong dan mengikat tali pusat, dengan satu tangan angkat tali pusat yang telah dijepit kemudian lakukan pengguntingan tali pusat (lindungi perut bayi) diantara dua klem tersebut. Menjepit tali pusat dengan penjepit tali pusat. Melepas klem dan memasukkan dalam wadah yang telah disediakan.

Tali pusat sudah dipotong dan sudah diikat

32. Meletakkan bayi agar ada kontak kulit ke kulit bayi. Meletakkan bayi tengkurap didada ibu. Luruskan bahu bayi sehingga menempel di dada/ perut ibu, mengusahkan bayi berada diantara payudara ibu dengan posisi lebih rendah dari puting ibu.

Selimuti bayi dan Ibu dengan kain kering dan hangat, pasang topi dikepala bayi.

Biarkan bayi melakukan kontak kulit ke kulit didada ibu paling sedikit 1 jam.

CATATAN PERKEMBANGAN INPARTU KALA III

Tempat : Puskesmas Nanga

Hari/Tanggal : 11 Mei 2019

Jam : 08:40 WITA

Oleh : Maria Emilia Soka

S : Ibu mengatakan merasa lemas dan mules-mules pada perutnya

O : Keadaan Umum: baik, kesadaran: composmentis, kontraksi uterus baik, TFU setinggi pusat, perut membesar, tali pusat bertambah panjang dan terlihat semburan darah dari jalan lahir.

A : Ibu M.N P₁A₀AH₁ *inpartu Kala III*

Masalah : Perut mules-mules dan perdarahan banyak

Kebutuhan : Melihat tanda-tanda pelepasan plasenta

Antisipasi Masalah Potensial : Retensio Plasenta

Tindakan Segera : MAK 3

P :

33. Memindahkan klem pada tali pusat hingga berjarak 5-10 cm dari vulva.

Klem sudah dipindahkan dengan jarak 5-10 cm dari depan vulva

34. Meletakkan satu tangan diatas kain pada perut ibu, ditepi atas simpisis, untuk mendeteksi. Tangan lain menegangkan tali pusat.

Sudah dilakukan

35. Setelah uterus berkontraksi, tegangkan tali pusat ke arah bawah sambil tangan yang lain mendorong uterus kebelakang-atas (dorso-kranial) secara hati-hati (untuk mencegah inversio uteri) jika plasenta tidak lahir setelah 30-40 detik hentikan penegangan tali pusat dan tunggu hingga timbul kontraksi berikutnya dan ulangi prosedur diatas. Jika uterus tidak segera berkontraksi, minta ibu suami/keluarga melakukan stimulasi pusting susu.

Uterus berkontraksi dengan baik, tali pusat sudah ditegangkan dan sudah dilakukan dorso-kranial.

36. Bila ada penekanan bagian bawah dinding depan uterus ke arah dorsal ternyata diikuti dengan pergeseran tali pusat ke arah distal maka lanjutkan dorongan ke arah kranial hingga plasenta dapat dilahirkan.

37. Saat plasenta muncul di introitus vagina, lahirkan plasenta dengan kedua tangan. Pegang dan putar plasenta hingga selaput ketuban terpinil kemudian lahirkan dan tempatkan plasenta pada wadah yang telah disediakan.

Plasenta lahir jam : 08.45

38. Segera setelah plasenta lahir, lakukan masase uterus, letakkan telapak tangan difundus dan lakukan masase dengan gerakan melingkar dengan lembut hingga uterus berkontraksi (fundus teraba keras)

Kontraksi uterus baik.

39. Periksa kedua sisi plasenta (maternal-fetal) pastikan plasenta telah dilahirkan lengkap. Masukkan plasenta ke dalam kantung plastik atau tempat khusus

CATATAN PERKEMBANGAN INPARTU KALA IV

Tempat : Puskesmas Nanga
 Hari/Tanggal : 11 Mei 2019
 Jam : 08:50 WITA
 Oleh : Maria Emilia Soka

S : Ibu mengatakan merasa senang karena sudah melewati proses persalinan dan perut ibu masi terasa mules.

O : Keadaan umum baik, kesadaran composmentis, kandung kemih kosong, kontraksi uterus baik, TFU 1 jari dibawah pusat, perdarahan \pm 200 cc. Tekanan darah : 110/80 mmHg, suhu : 36,6 °C, nadi : 88 x/menit, Respirasi : 22 x/menit.

A : Ibu M.N P₁ A₀ AH₁ *inpartu* Kala IV

Masalah : Perut mules

Kebutuhan : Obsevasi perdarahan

Antisipasi Masalah Potensial : Tidak ada

Tindakan Segera : Tidak ada

P :

40. Evaluasi kemungkinan laserasi pada vagina dan perineum. Lakukan penjahitan bila terjadi laserasi derajat 1 dan 2 yang menimbulkan perdarahan. Tidak ada robekan
41. Memastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahn pervaginam
42. Memastikan kandung kemih kosong. Jika penuh lakukan katerisasi
Kandung kemih kosong
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 atau keluarga cara melakukan masase uterus dan menilai kontraksi
45. Periksa nadi ibu dan pastikan keadaan umum ibu baik
Keadaan umum ibu baik, Nadi : 86 x/menit
46. Evaluasi dan estimasi jumlah kehilangan darah
Darah \pm 200 cc
47. Pantau keadaan bayi dan pastikan bahwa bayi bernafas dengan baik (40-60 kali/menit)
Hasilnya respirasi bayi 49 kali/menit
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 diranjang atau sekitar ibu berbaring. Bantu ibu memakai pakaian yang bersih dan kering
51. Pastikan ibu merasa nyaman. Bantu ibu memberikan ASI. Mengajukan keluarga untuk memberi ibu minuman dan makanan yang diinginkannya
52. Dekontaminasi tempat bersalin dengan larutan klorin 0,5 %
53. Celupkan tangan yang masih memakai sarung tangan kedalam 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 (40-60 kali/menit) dan temperatur tubuh normal (36,5 – 37,5 °C) setiap 15 menit
Hasilnya pernapasan bayi 48 kali/menit, dan suhu 36,6 °C

57. Setelah satu jam pemberian vitamin K1, berikan suntikan Hepatitis B di paha kanan bawah lateral. Letakkan bayi didalam jangkauan ibu agar sewaktu-waktu dapat disusukan. Telah di berikan
58. Lepaskan sarung tangan dalam keadaan terbalik dan rendam didalam larutan klorin 0,5 % selama 10 menit
59. Cuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir kemudian keringkan dengan tissue atau handuk pribadi yang bersih dan kering
60. Lengkapi partograf (halaman depan dan belakang), periksa tanda vital dan asuhan Kala IV Persalinan.
- Melakukan pemantauan ibu dan bayi setiap 15 menit pada jam pertama, setiap 30 menit pada jam kedua

Hasil pemantauan ibu :

| Waktu | Tensi | Nadi | Suhu | Fundus | Kontraksi | Darah | K.Kemih |
|-------|--------|------|------|-----------------------|-----------|--------|---------|
| 08.50 | 110/70 | 88 | 36,6 | 2 jari di bawah pusat | Baik | 100 cc | Kosong |
| 09.05 | 110/70 | 86 | | 2 jari di bawah pusat | Baik | 100 cc | Kosong |
| 09.20 | 120/80 | 88 | | 2 jari di bawah pusat | Baik | 50 cc | Kosong |
| 09.35 | 120/80 | 84 | | 2 jari di bawah pusat | Baik | 50 cc | Kosong |
| 10.05 | 120/80 | 84 | 37 | 2 jari di bawah pusat | Baik | 50 cc | Kosong |
| 10.35 | 120/80 | 84 | | 2 jari di bawah pusat | Baik | 100 cc | Kosong |

Hasil pemantauan bayi :

| Waktu | Napas | Suhu | Warna | Gerakan | Isapan ASI | T.Pusat | Kejang | BAB/BAK |
|-------|-------|------|-----------|---------|------------|----------------|--------|---------|
| 08.55 | 40 | 36,6 | Kemerahan | Aktif | Kuat | Tidak Berdarah | - | - |
| 09.10 | 41 | | Kemerahan | Aktif | Kuat | Tidak Berdarah | - | - |
| 09.25 | 42 | | Kemerahan | Aktif | Kuat | Tidak Berdarah | - | - |
| 09.40 | 48 | | Kemerahan | Aktif | Kuat | Tidak Berdarah | - | - |
| 10.10 | 48 | 36,9 | Kemerahan | Aktif | Kuat | Tidak Berdarah | - | - |
| 10.40 | 50 | | Kemerahan | Aktif | Kuat | Tidak Berdarah | - | - |

**ASUHAN KEBIDANAN PADA BAYI BARU LAHIR NORMAL BAYI IBU
M.N USIA 2 JAM KEADAAN BAYI SEHAT**

Tempat : Puskesmas Nanga
Hari/Tanggal : 11 Mei 2019
Jam : 15.00 WITA
Oleh : Maria Emilia Soka

S :

Ibu mengatakan melahirkan di Puskesmas Nanga, ibu melahirkan normal, tidak ada perdarahan yang banyak, bayi lahir spontan, sehat di tandai dengan bayi lahir bernapas spontan, ibu mengatakan belum tau cara menyusui bayinya.

O :

Jenis kelamin laki-laki, berat badan 2900 gram, panjang badan 48 cm, lingkar kepala 32 cm, lingkar dada 30 cm, lingkar perut 28 cm. Tanda vital : Denyut jantung : 139 x/menit, Suhu: 37 °C, Respirasi : 46 x/menit

1. Pemeriksaan fisik :

- a. Kepala : Tidak ada *caput succadeneum* dan *cephal hematoma*.
- b. Wajah : Kemerahan, tidak ada oedema.
- c. Mata : Konjungtiva tidak pucat dan sklera tidak ikterik, serta tidak ada infeksi.
- d. Telinga : Simetris, tidak terdapat pengeluaran secret
- e. Hidung : Tidak ada secret, tidak ada pernapasan cuping hidung.
- f. Mulut : Tidak ada sianosis dan tidak ada *labiognatopalato skizis*.

- g. Leher : Tidak ada benjolan.
- h. Dada : Tidak ada retraksi dinding dada, bunyi jantung normal dan teratur.
- i. Abdomen : Tidak ada perdarahan tali pusat, bising usus normal, dan tidak kembung.
- j. Genitalia : Terdapat penis dan skrotum.
- k. Anus : Ada lubang anus.
- l. Ekstermitas : Jari tangan dan kaki lengkap, tidak oedema, gerak aktif, kulit kemerahan.

2. Refleks

- a. *Reflex moro* : Baik, saat diberi rangsangan kedua tangan dan kaki seakan merangkul.
- b. *Reflex rooting* : Baik, saat diberi rangsangan pada pipi bayi, bayi langsung menoleh kearah rangsangan
- c. *Reflex sucking* : Baik, karna bayi sudah dapat menelan ASI dengan baik
- d. *Reflex Grapsing* : Baik, pada saat telapak tangan disentuh, bayi seperti menggenggam.
- e. *Reflex Babinski* : Sudah terbentuk dengan baik karna saat telapak kaki bayi digores jepol kaki reflex sementara jari-jari lainnya ekstensi.

3. Eliminasi

Buang Air Kecil (BAK) : Belum ada

Buang Air Besar (BAB) : Belum ada

A : By Ibu M.N, bayi baru lahir normal usia 2 jam.

Masalah : Kurang pengetahuan tentang teknik menyusui

Kebutuhan : Konseling tentang teknik menyusui yang baik dan benar

Antisipasi Masalah Potensial : Tidak ada

Tindakan Segera : Tidak ada

P :

1. Melakukan pemantauan bayi setiap 15 menit pada jam pertama, setiap 30 menit pada jam kedua

Sudah dilakukan pemantauan dan Ibu senang dengan hasil pemeriksaan.

2. Menjaga kehangatan bayi dengan menyelimuti bayi menggunakan kain bersih dan hangat serta memakaikan topi. Sudah dilakukan.
3. Memeriksa bayi bahwa bayi bernapas dengan baik. Bayi bernapas dengan baik, tidak terlihat retraksi dinding dada dan cuping hidung.
4. Mengajarkan ibu teknik menyusui yang baik dan benar yakni Cuci tangan sebelum menyusui, Ibu duduk atau berbaring dengan santai, Sebelum menyusui ASI dikeluarkan sedikit, kemudian dioleskan pada puting dan sekitar areola payudara, Meletakkan bayi pada satu lengan, kepala bayi berada pada lengkung siku ibu dan bokong bayi berada pada lengan bawah ibu, Menempelkan perut bayi pada perut ibu dengan meletakkan satu tangan bayi di belakang badan ibu dan yang satu di depan, kepala bayi menghadap payudara, Memosisikan bayi dengan telinga dan lengan pada garis lurus, Memegang payudara dengan ibu jari diatas dan jari yang lain menopang dibawah serta jangan menekan puting susu dan areolanya, Merangsang membuka mulut bayi, Setelah bayi membuka mulut (anjurkan ibu untuk mendekatkan dengan cepat kepala bayi ke payudara ibu, kemudian memasukkan puting susu serta sebagian besar areola ke mulut bayi), Memperhatikan bayi selama menyusui, Melepas isapan bayi (jari kelingking dimasukkan ke mulut bayi melalui sudut mulut atau dagu bayi ditekan ke bawah, Setelah selesai menyusui, mengajarkan ibu untuk mengoleskan sedikit ASI pada puting susu dan areola. Biarkan kering dengan sendirinya dan juga ingatkan ibu untuk selalu menyendawakan bayi setelah menyusui.
Ibu mampu menyusui bayinya dengan baik dan benar.
5. Menjelaskan ibu tentang perawatan tali pusat seperti selalu mencuci tangan sebelum memegang bayi, menghindari pembungkusan tali pusat, jangan

mengoleskan atau membubuhkan apapun pada tali pusat, melipat popok dibawah tali pusat bayi, jika putung tali pusat kotor maka cuci secara hati-hati dengan air matang, jika tali pusat bernanah atau berdarah maka segera melapor dan bawa ke fasilitas kesehatan.

Ibu mampu melakukan perawatan tali pusat pada bayinya.

6. Mengajarkan ibu dan keluarga cara menjaga kehangatan bayi baru lahir seperti memakaikan topi, sarung tangan dan kaki, tunda memandikan hingga 6 jam, membungkus bayi dengan kain yang kering dan hangat, segera mengganti pakaian bayi jika basah. Ibu dan keluarga mampu menjaga kehangatan bayi.
7. Mengajarkan kepada ibu cara merawat bayi, meliputi :
 - a. Pemberian nutrisi : menganjurkan ibu memberikan ASI sesering mungkin dengan frekuensi menyusu setiap 2-3 jam dan pastikan bayi mendapatkan cukup colostrums selama 24 jam dan menganjurkan ibu memberikan ASI saja sampai usia 6 bulan.
 - b. Menjaga kehangatan tubuh bayi.
 - c. Mencegah terjadinya infeksi pada bayi : meminta ibu dan keluarga mencuci tangan sebelum memegang bayi atau setelah menggunakan toilet untuk BAB atau BAK, menjaga kebersihan tali pusat dengan tidak membubuhkan apapun, meminta ibu menjaga kebersihan dirinya dan payudaranya, menganjurkan ibu agar menjaga bayi dari anggota keluarga yang sedang sakit infeksi.

Ibu dan keluarga sudah memahami yang diajarkan tadi.

8. Mendokumentasikan hasil pemeriksaan sebagai bahan pertanggung jawaban dan evaluasi. Hasil pemeriksaan telah dicatat.

CATATAN PERKEMBANGAN NEONATUS 6 JAM

(KN 1)

Tempat : Puskesmas Nanga
Hari/Tanggal : 11 Mei 2019
Jam : 14:35 WITA
Oleh : Maria Emilia Soka

S : Ibu mengatakan sudah melahirkan anaknya tanggal 11-05-2019 pukul 08.35
Wita di Puskesmas Nanga keadaan bayinya saat ini sehat sudah BAK 2 kali dan
BAB 2 kali.

O : Jenis kelamin laki-laki, berat badan 3000 gram, panjang badan 48 cm,
lingkar kepala 32 cm, lingkar dada 30 cm, lingkar perut 28 cm.
Tanda vital : Suhu : 36,8⁰C, Denyut jantung : 142x/m, Respirasi : 47x/m
Eliminasi
Buang Air Kecil (BAK) : 2x
Buang Air Besar (BAB) : 2x

A : By. Ibu M.N Neonatus Cukup Bulan, Sesuai Masa Kehamilan, 6 Jam.

Masalah : Kebersihan daerah pusar

Kebutuhan : Penkes tentang kebersihan daerah pusar

Antisipasi Masalah Potensial : Tidak ada

Tindakan Segera : Tidak ada

P :

1. Menginformasikan pada ibu dan keluarga bahwa bayi baik dengan hasil pemeriksaan yaitu Denyut jantung : 142x/menit, Suhu : 36,8⁰C, Respirasi : 47x/menit.
Ibu dan keluarga mengetahui hasil pemeriksaan yang yang diberi tahu dan merasa senang.
2. Memberi bayi kehangatan dengan membungkus/menyelimuti tubuh bayi
Bayi sudah dibungkus dengan kain, sudah dipakaikan topi, sarung tangan dan kaki.
3. Menganjurkan pada ibu untuk mengganti popok bayinya bila basah untuk mencegah hipotermi pada bayi serta bayi dapat mencegah lembab popok pada pantat bayi.
Ibu sudah mengganti popok bayinya.
4. Menganjurkan ibu untuk menyusui bayinya sesering mungkin yakni 2-3 bila bayi sudah kenyang tapi payudara masih terasa penuh atau kencang perlu dikosongkan dengan diperah dengan disimpan. Karena dengan ini payudara tetap memproduksi ASI cukup
Ibu sedang menyusui bayinya.
5. Menyampaikan pada ibu untuk memberikan ASI eksklusif pada bayinya atau memberikan ASI saja pada bayi nya selama 6 bulan tanpa pemberian makanan apapun baik itu air putih, air gula, dan susu.
Ibu merespon dengan menjawab “iya” akan memberikan bayinya ASI sampai usia 6 bulan.
6. Mengajarkan tanda-tanda bahaya yang terjadi pada bayi baru lahir kepada kedua orang tua seperti pernafasan bayi yang sulit, warna kulit biru atau pucat, suhu tubuh panas >38⁰C atau bayi kedinginan < 36,5⁰C, hisapannya lemah, mengantuk berlebihan, rewel, muntah, tinja lembek, tali pusat merah.
Ibu mampu menjelaskan kembali penjelasan yang diberikan.
7. Mendokumentasikan hasil pemeriksaan sebagai bahan pertanggung jawaban dan evaluasi. Hasil pemeriksaan telah dicatat.

CATATAN PERKEMBANGAN NEONATUS 7 HARI
(KN 2)

Tempat : Rumah Ibu. M.N
Tanggal : 18 Mei 2019
Pukul : 10.30 WITA
Oleh : Maria Emilia Soka

S : Ibu mengatakan bayinya muntah setelah menyusu.

O : Keadaan umum : Baik, kesadaran : *composmentis*, tanda vital meliputi Denyut jantung : 136x/m, pernapasan: 45x/m, suhu: 36,9°C, kulit kemerahan, bayi terlihat menghisap kuat, tali pusat tidak ada perdarahan dan infeksi, eliminasi: BAB (2x), BAK (3x).

A : By. Ibu M.N Neonatus cukup bulan sesuai masa kehamilan usia 7 hari

Masalah : Bayi muntah setelah menyusu

Kebutuhan : Penkes tentang cara menyendawakan bayi

Antisipasi Masalah Potensial : Tidak ada

Tindakan Segera : Tidak ada

P :

1. Menginformasikan kepada ibu bahwa kondisi bayinya baik-baik saja, tanda vital dalam batas normal, ibu terlihat senang mendengar informasi yang diberikan.

2. Mengajarkan ibu cara menyendawakan bayi ketika selesai menyusui yaitu dengan menepuk pundak bayi hingga terdengar bayi bersendawa dan menidurkan bayi sedikit miring agar tidak terjadi aspirasi air susu ketika selesai menyusui.

Ibu mampu melakukannya.

3. Menjelaskan pada ibu dan keluarga tentang perawatan bayi, yaitu :
 - a. Memandikan bayi 2 kali sehari dengan air bersih dan bayi merasa nyaman.
 - b. Membersihkan daerah tali pusat bayi dengan kain bersih dan air hangat, dibersihkan dengan cara diusap dari pangkal ke ujung, dan membiarkan daerah pusat tanpa ditutupi atau dibubuhi apa-apa, agar tidak terjadi infeksi.
 - c. Selalu mengganti pakaian bayi apabila sudah basah, agar bayi tidak mengalami hipotermi.
 - d. Memberikan ASI 2-3 jam sekali atau kapanpun bayi mau.
 - e. Menidurkan bayi di tempat yang rata dan dialasi alas yang tidak licin, agar bayi tidak mudah jatuh. Menidurkan bayi di samping ibu atau bersamaan dengan ibu agar mempererat emosi antara ibu dan bayi.

Ibu mengerti dan bersedia melakukannya.

4. Mendokumentasikan hasil pemeriksaan sebagai bahan pertanggungjawaban dan evaluasi. Hasil pemeriksaan telah dicatat.

CATATAN PERKEMBANGAN NEONATUS 28 HARI

(KN 3)

Tempat : Rumah Ibu. M.N
Tanggal : 08 Juni 2019
Pukul : 10.25 WITA
Oleh : Maria Emilia Soka

S : Ibu mengatakan bayinya dalam keadaan baik dan bayinya sudah tidak muntah lagi, menyusui sangat kuat

O : Keadaan umum : Baik, kesadaran : *composmentis*, tanda vital meliputi Denyut jantung : 142x/m, pernapasan: 46x/m, suhu: 37°C, kulit kemerahan, bayi terlihat menghisap kuat, tali pusat tidak ada perdarahan dan infeksi, eliminasi: BAB (2x), BAK (2x).

A : By. Ibu M.N Neonatus cukup bulan sesuai masa kehamilan usia 28 hari

Masalah : Tidak ada

Kebutuhan : Tidak ada

Antisipasi Masalah Potensial : Tidak ada

Tindakan Segera : Tidak ada

P :

1. Menginformasikan kepada ibu bahwa kondisi bayinya baik-baik saja, tanda vital dalam batas normal, ibu terlihat senang mendengar informasi yang diberikan.
2. Mengajarkan ibu cara menyendawakan bayi ketika selesai menyusui yaitu dengan menepuk pundak bayi hingga terdengar bayi bersendawa dan menidurkan bayi sedikit miring agar tidak terjadi aspirasi air susu ketika selesai menyusui.
Ibu mampu melakukannya.
3. Menjelaskan pada ibu dan keluarga tentang perawatan bayi, yaitu :
 - a. Memandikan bayi 2 kali sehari dengan air bersih dan bayi merasa nyaman.
 - b. Membersihkan daerah tali pusat bayi dengan kain bersih dan air hangat, dibersihkan dengan cara diusap dari pangkal ke ujung, dan membiarkan daerah pusat tanpa ditutupi atau dibubuhi apa-apa, agar tidak terjadi infeksi.
 - c. Selalu mengganti pakaian bayi apabila sudah basah, agar bayi tidak mengalami hipotermi.

- d. Memberikan ASI 2-3 jam sekali atau kapanpun bayi mau.
- e. Menidurkan bayi di tempat yang rata dan dialasi alas yang tidak licin, agar bayi tidak mudah jatuh. Menidurkan bayi di samping ibu atau bersamaan dengan ibu agar mempererat emosi antara ibu dan bayi.

Ibu mengerti dan bersedia melakukannya.

4. Mendokumentasikan hasil pemeriksaan sebagai bahan pertanggungjawaban dan evaluasi. Hasil pemeriksaan telah dicatat.

CATATAN PERKEMBANGAN MASA NIFAS 6 JAM

(KF 1)

Tempat : Puskesmas Nanga
 Tanggal : 11 Mei 2019
 Jam : 14.40 WITA
 Oleh : Maria Emilia Soka

S : Ibu mengatakan perutnya masih mules dan nyeri luka jahitan.

O : Keadaan umum baik, kesadaran *composmentis*, TFU 1 jari di bawah pusat, kontraksi uterus baik, Tanda vital : Tekanan Darah : 110/70 MmHg,
 Nadi : 80^x/menit, Respirasi : 18^x/menit, Suhu : 36,6⁰C.

A : Ibu M.N P1A0AH1 nifas normal 6 jam

Masalah : Perut mules dan nyeri luka jahitan

Kebutuhan : Evaluasi pengeluaran pervaginam dan Penkes perawatan luka
 Perineum

Antisipasi Masalah Potensial : Infeksi Masa Nifas

Tindakan Segera : Melakukan perawatan luka perineum

P :

1. Menginformasikan kepada ibu tentang hasil pemeriksaan yaitu kondisi ibu baik, Kesadaran *composmentis*, Tekanan darah 110/70 mmHg, Nadi 80^x/menit, Pernapasan 18x/menit, Suhu 36,6⁰C, TFU 1 jari bawah pusat.
Ibu merasa senang dengan hasil pemeriksaan.
2. Menjelaskan keluhan yang dialami ibu bahwa rasa mules yang dialami adalah hal yang normal, hal ini dikarenakan proses pengembalian rahim seperti semula. Ibu memahami penjelasan yang diberikan.
3. Memastikan involusi uterus baik, memastikan kandung kemih kosong dan mengevaluasi pengeluaran pervaginam.
TFU 1 jari di bawah pusat, kandung kemih kosong dan ada pengeluaran pervaginam.
4. Menganjurkan kepada ibu untuk menjaga kebersihan diri seperti menjaga agar daerah kemaluan tetap bersih dengan mengganti pembalut sesering mungkin, apabila ibu merasa sudah tidak nyaman.
Ibu mampu melakukan anjuran yang diberikan.
5. Anjurkan ibu untuk mobilisasi dini yaitu belajar miring kiri, kanan, duduk, kemudian jalan ke kamar mandi secara perlahan-lahan untuk membantu menguatkan otot-otot perut sehingga ibu cepat pulih. Ibu sudah bisa bangun dan duduk ditempat tidur.
6. Mengajarkan ibu dan suami cara mencegah perdarahan masa nifas, yaitu dengan meletakkan telapak tangan di atas perut ibu dan melakukan gerakan melingkar searah jarum jam hingga uterus teraba keras (berkontraksi).
Ibu dan keluarga mampu melakukannya dengan baik.
7. Menganjurkan ibu untuk memberikan ASI awal (*colustrum*) dan ASI *esklusif*.
ASI awal (*colustrum*) adalah ASI yang keluar pertama kali berwarna kuning dan kental. *Colustrum* mengandung *antibody* penghambat pertumbuhan virus dan bakteri serta mengandung protein dan vitamin A yang sangat penting untuk segera diberikan pada anak ketika lahir.
Ibu merespon dengan cara mengangguk.

8. Memberikan terapi vitamin A (200.000 IU) 2 buah secara oral, pil pertama diminum setelah 2 jam post partum dan yang ke-2 diminum setelah 24 jam post partum. Sudah diberikan.
9. Mendokumentasikan hasil pemeriksaan sebagai bahan pertanggung jawaban dan evaluasi. Hasil pemeriksaan telah dicatat.

CATATAN PERKEMBANGAN NIFAS 7 HARI

(KF 2)

Tempat : Rumah Ibu. M.N
 Tanggal : 18 Mei 2019
 Pukul : 09.00 WITA
 Oleh : Maria Emilia Soka

S : Ibu mengatakan nyeri pada luka jahitannya sudah berkurang dan ibu sudah bisa mengerjakan pekerjaan rumah seperti masak, membersihkan rumah.

O : Keadaan umum : Baik, kesadaran : *composmentis*, tanda vital meliputi
 Tekanan darah: 110/80 mmHg, Nadi: 88x/m, Pernapasan: 20x/m, Suhu: 36,8°C, tidak ada oedema di wajah, tidak ada pembesaran kelenjar di leher, putting menonjol, ada produksi ASI di kedua payudara, tinggi fundus 2 jari di bawah pusat, kontraksi uterus baik, lochea rubra, pengeluaran *lochea* tidak berbau, ekstermitas simetris, tidak oedema.

A : Ibu M.N P1A0AH1 nifas normal 7 hari.

Masalah : Tidak ada

Kebutuhan : Tidak ada

Antisipasi Masalah Potensial : Tidak ada

Tindakan Segera : Tidak ada

P :

1. Menginformasikan kepada ibu bahwa keadaan umum ibu baik, tanda vital dalam batas normal, kontraksi uterus ibu baik.
Ibu merasa senang dengan hasil pemeriksaan.
2. Mengajarkan perlekatan bayi saat menyusui yang baik dan benar yaitu puting ibu dimasukan kemulut bayi sampai menutupi areola mammae agar kegiatan menyusu ibu menjadi efektif.
Ibu mampu melakukan dengan baik.
3. Jelaskan kepada ibu tentang kebutuhan istirahat pada ibu nifas yaitu memerlukan istirahat yang cukup, sekitar 8 jam pada malam hari dan 1 jam pada siang hari untuk memberitahu ibu apa bila kurang istirahat dapat menyebabkan produksi ASI berkurang, proses involusi berjalan lambat sehingga dapat menyebabkan perdarahan.
Ibu menjawab “iya” akan mengikuti anjuran yang diberikan.
4. Menjelaskan tanda bahaya masa nifas kepada ibu seperti terjadi perdarahan lewat jalan lahir, keluar cairan yang berbau dari jalan lahir, bengkak diwajah tangan dan kaki, demam lebih dari 2 hari, payudara bengkak disertai rasa sakit, agar ibu segera mengunjungi fasilitas kesehatan agar segera mendapat penanganan.
Ibu mampu mengulang kembali penjelasan yang diberikan.
5. Menganjurkan ibu untuk teratur minum obat yang diberikan dari rumah sakit di minum setelah makan. Obat-obat tersebut tidak diminum bersamaan dengan teh, susu atau kopi karena dapat mengganggu penyerapan obat dalam tubuh.
Ibu merespon dengan mengangguk.
6. Mendokumentasikan hasil pemeriksaan sebagai bahan pertanggung jawaban dan evaluasi. Hasil pemeriksaan telah dicatat.

CATATAN PERKEMBANGAN NIFAS 28 HARI

(KF 3)

Tempat : Rumah Ibu. M.N
 Tanggal : 08 Juni 2019
 Pukul : 10.25 WITA
 Oleh : Maria Emilia Soka

S : Ibu mengatakan kondisinya sekarang mulai membaik, dan pola makan ibu selalu teratur dan BAB 1x, BAK 2x.

O : Keadaan umum baik, kesadaran composmentis, Tekanan Darah : 110/70 mmHg, Nadi : 88 x/menit, Suhu : 36,7°C, Respirasi : 20 x menit, Berat Badan : 75 Kg, Tinggi fundus uteri tidak teraba lagi, perdarahan pervaginam normal, pengeluaran lochea alba, pengeluaran ASI lancar.

A : Diagnosa : Ibu M.N P₁ A₀ AH₁ nifas normal 28 hari.

Masalah : Tidak ada

Kebutuhan : Tidak ada

Antisipasi Masalah Potensial : Tidak ada

Tindakan Segera : Tidak ada

P :

1. Menginformasikan pada ibu hasil pemeriksaan seperti : tanda vital : Tekanan Darah : 110/70 mmHg, Nadi : 88 x/menit, Respirasi : 20 x/menit, Suhu : 36,7 °C, kontraksi uterus baik, perdarahan pervaginam normal, pengeluaran lochea alba, pengeluaran ASI lancar.
 Ibu merasa senang dengan hasil pemeriksaan karena semua dalam keadaan normal.
2. Menganjurkan ibu untuk tetap mengkonsumsi tablet tambah darah dengan dosis 1x1 pada malam hari bersamaan dengan vitamin C diminum pada malam hari dan diminum menggunakan air putih. Ibu mengerti dan mengatakan sudah meminum obat sesuai yang dianjurkan.
3. Mengingatkan pada ibu untuk menjaga kebersihan diri khususnya sesudah BAB dan BAK dengan cara membasuh vagina dari arah depan kebelakang,

lalu mengeringkan vagina dan sersering mungkin mengganti pembalut. Ibu mengerti dan akan menjaga kebersihan dirinya.

4. Mengajarkan pada ibu untuk mengkonsumsi nutrisi seimbang seperti ikan, daging, telur, sayur-sayuran dan buah-buahan yang mengandung zat besi. Ibu mengerti dan mau untuk mengkonsumsi nutrisi seimbang seperti ikan, daging, telur, sayur-sayuran dan buah-buahan, yang mengandung zat besi.
5. Mengajarkan ibu tentang perawatan payudara yaitu mencuci tangan sebelum melakukan kegiatan perawatan, menyiapkan handuk, kapas, baby oil dan baskom berisi air hangat, kompres puting susu menggunakan kapas yang telah diberi baby oil untuk mengangkat epitel yang menumpuk. Kemudian bersihkan dan ketuk-ketuk puting susu dengan ujung jari. Lakukan pengurutan dengan menuangkan baby oil ketelapak tangan lakukan gerakan kecil mulai dari pangkal payudara dengan gerakan memutar dan berakhir pada puting. Pengurutan berikut dengan mengurut dari tengah keatas sambil mengangkat payudara dan meletakkannya dengan pelan. Kemudian payudara dikompres dengan air hangat dan dingin secara bergantian selama 5 menit. Keringkan dengan handuk dan kenakan kembali bra yang menopang payudara
6. Mendokumentasikan hasil pemeriksaan sebagai bahan pertanggung jawaban dan evaluasi. Hasil pemeriksaan telah dicatat.

CATATAN PERKEMBANGAN NIFAS 42 HARI

(KF 4)

Tempat : Polindes Sikka
 Tanggal : 24 Juni 2019
 Pukul : 10.20 WITA
 Oleh : Maria Emilia Soka

S : Ibu mengatakan sekarang sudah semakin sehat, pengeluaran dari jalan lahir

sedikit, dan ibu cemas karna belum menggunakan KB takut hamil lagi.

O : Keadaan umum baik, kesadaran composmentis, Tekanan Darah : 110/70 mmHg, Nadi : 88 x/menit, Suhu : 36,7°C, Respirasi : 20 x menit, Tinggi fundus uteri 3 jari di bawah pusat, perdarahan pervaginam normal, ada pengeluaran lochea, pengeluaran ASI lancar.

A : Diagnosa : Ibu M.N P₁ A₀ AH₁ nifas normal 42 hari.

Masalah : Belum berKB

Kebutuhan : Penkes tentang KB

Antisipasi Masalah Potensial : Tidak ada

Tindakan Segera : Tidak ada

P :

1. Menginformasikan pada ibu hasil pemeriksaan seperti : tanda vital : Tekanan Darah : 110/70 mmHg, Nad : 88 x/menit, Respirasi : 20 x/menit, Suhu : 36,8 °C, kontraksi uterus baik, perdarahan pervaginam normal, ada pengeluaran lochea, pengeluaran ASI lancar.
Ibu merasa senang dengan hasil pemeriksaan karena semua dalam keadaan normal.
2. Memastikan involusi uterus berjalan normal dan hasilnya TFU 3 jari di bawah usat dan tidak ada perdarahan abnormal dari jalan lahir
3. Menganjurkan pada ibu untuk tetap memberikan ASI eksklusif selama 6 bulan tanpa makanan pendamping ASI, serta mengajarkan pada ibu teknik menyusui yang benar. Ibu mengatakan akan memberikan ASI saja selama 6 bulan, ibu melakukan teknik menyusui dengan baik dan benar.
4. Menasehati ibu bahwa hubungan seksual dapat dilakukan setelah darah telah berhenti, tentunya dengan memperhatikan aspek keselamatan ibu. Apabila hubungan seksual saat ini belum diinginkan karena ketidaknyamanan ibu, kelelahan dan kecemasan berlebih maka tidak perlu dilakukan. Pada saat melakukan hubungan seksual maka diharapkan ibu dan suami melihat waktu,

| | |
|-------------|---|
| Kepala | : Rambut Bersih, tidak ada benjolan, pada muka ada cloasma, tidak pucat |
| Mata | : simetris, konjungtiva tidak pucat, sklera tidak kuning |
| Hidung | : Bersih, tidak ada polip |
| Mulut | : Bibir lembab, warna merah muda, tidak ada stomatitis, tidak ada caries dan tidak berlubang |
| Telinga | : Simetris, tidak ada benda asing |
| Leher | : tidak ada pembesaran kelenjar tyroid, tidak ada pembesaran kelenjar limfe |
| Dada | : Simetris, tidak ada pembengkakan, dan tidak ada retraksi dinding dada |
| Payudara | : Simetris, tidak ada pembengkakan dan tidak ada benjolan |
| Abdomen | : tidak ada benjolan, tidak ada nyeri saat ditekan, dan tidak ada bekas luka operasi |
| Ekstremitas | : Atas : Tidak pucat dan tidak oedema Bawah : Tidak pucat, tidak ada varices, dan tidak oedema |

A : Ibu M.N umur 30 tahun calon akseptor jenis Suntikan Depo Progestin.

Masalah : Belum menggunakan kontrasepsi

Kebutuhan : Penkes macam-macam alat kontrasepsi

Antisipasi Masalah Potensial : Tidak ada

Tindakan Segera : Tidak ada

P :

1. Menginformasikan hasil pemeriksaan pada ibu yaitu Tekanan Darah : 120/70 mmHg, Suhu: 36,5°C, Pernafasan : 20 x/menit, Nadi : 80 x/menit
Ibu senang mendengar hasil pemeriksaan bahwa keadaan ibu normal

2. Memberikan Konseling KB pada ibu dengan menjelaskan 3 fase yang ditempuh dalam pemilihan kontrasepsi yaitu apakah ibu memilih fase menunda, mejarangkan atau hendak menghentikan kehamilan.
Ibu mendengar dan sudah memahami serta ibu memilih untuk menunda kehamilan, karna ibu masi ingin punya anak lagi.
3. Menjelaskan pada ibu macam-macam alat kontrasepsi yang dapat dipilih oleh ibu untuk menjarangkan kehamilan yaitu Metode Alamiah, Kondom, Pil, Suntikan, AKBK, AKDR.
Ibu mengatakan akan menggunakan metode suntik.
4. Memberikan penjelasan tentang manfaat efek samping, keuntungan, dan kerugian dari suntik. Setelah dilakukan konseling ibu mengerti dan memilih setelah 40 hari ibu akan menggunakan metode suntik.
5. Mendokumentasikan hasil pemeriksaan
Hasil sudah didokumentasikan untuk dijadikan bahan pertanggung jawaban dan asuhan selanjutnya.

**ASUHAN KEBIDANAN KELUARGA BERENCANA PADA NY. M.N
AKSEPTOR JENIS SUNTIK DEPO PROGESTIN**

Tempat : Polindes Sikka
 Tanggal : 22 Juni 2019
 Pukul : 10.30 WITA
 Oleh : Maria Emilia Soka

S :

1. Ibu mengatakan usianya saat ini 30 tahun

2. Ibu mengatakan telah melahirkan anaknya yang pertama pada tanggal 11 Mei 2019
3. Ibu mengatakan saat ini sedang menyusui bayinya ASI saja
4. Ibu mengatakan tidak merokok dan tidak mengkonsumsi obat jenis apapun

O :

1. Pemeriksaan Umum

Keadaan Umum : Baik

Kesadaran : Composmentis

BB : 58 Kg

TTV : Tekanan Darah : 110/80 mmHg, Nadi: 88 x/menit,
Suhu : 36,7 x/menit, Pernafasan : 20 °C

2. Pemeriksaan Fisik

Kepala : Rambut Bersih, tidak ada benjolan, pada muka ada cloasma, tidak pucat

Mata : simetris, konjungtiva tidak pucat, sklera tidak kuning

Hidung : Bersih, tidak ada polip

Mulut : Bibir lembab, warna merah muda, tidak ada stomatitis, tidak ada caries dan tidak berlubang

Telinga : Simetris, tidak ada benda asing

Leher : tidak ada pembesaran kelenjar tyroid, tidak ada pembesaran kelenjar limfe

Dada : Simetris, tidak ada pembengkakan, dan tidak ada retraksi dinding dada

Payudara : Simetris, tidak ada pembengkakan dan tidak ada benjolan

Abdomen : tidak ada benjolan, tidak ada nyeri saat ditekan,
dan tidak ada bekas luka operasi

Ekstremitas : Atas : Tidak pucat dan tidak oedema
Bawah : Tidak pucat, tidak ada varices, dan
tidak oedema

A : Ny. M.N umur 30 tahun akseptor jenis Suntikan Depo progestin.

Masalah : Belum menggunakan kontrasepsi

Kebutuhan : Memberikan pelayanan kontrasepsi jenis suntikan progestin

Antisipasi Masalah Potensial : Tidak ada

Tindakan Segera : Tidak ada

P :

1. Menginformasikan hasil pemeriksaan pada ibu yaitu Tekanan Darah : 110/80 mmHg, Suhu: 36,7°C, Pernafasan : 20 x/menit, Nadi : 88 x/menit
Ibu senang mendengar hasil pemeriksaan bahwa keadaan ibu normal
2. Memberikan penjelasan tentang manfaat efek samping, keuntungan, dan kerugian dari suntik. Setelah dilakukan konseling ibu mengerti dan memilih setelah 40 hari ibu akan menggunakan metode suntik.
3. Menyiapkan pasien dan lingkungan yaitu dengan menutup jendela/pintu supaya privasi pasien tetap terjaga dan mempersilahkan pasien berbaring sambil memposisikan diri. Ibu dalam keadaan berbaring
4. Menyiapkan alat :
 - a. S spuit 5 cc
 - b. Kapas Alkohol
 - c. Depo-Provera
5. Melakukan penyuntikan obat dengan mengocok Vial obat Depo progestin dengan rata, menyedot dengan spuit 5 cc hingga habis, desinfeksi daerah yang akan di suntik dengan kapas alcohol sekali usap buang, melakukan

penyuntikan di pantat secara IM 1/3 SIAS. Ibu sudah mendapatkan kontrasepsi jenis suntikan progestin.

6. Mengajukan ibu untuk kontrol sewaktu-waktu ada keluhan
Ibu mengerti dengan penjelasan yang di berikan
7. Mengajukan ibu untuk kunjungan ulang pada tanggal 22 september 2019
Ibu merespon dengan menjawab iya.
8. Mendokumentasikan hasil pemeriksaan
Hasil sudah didokumentasikan untuk dijadikan bahan pertanggung jawaban dan asuhan selanjutnya.

C. Pembahasan

Penulis melakukan asuhan kebidanan pada Ibu M.N yang dimulai sejak tanggal 21 Maret S/D 22 Juni 2019 dari kehamilan, persalinan sampai 2 minggu masa nifas. Ada beberapa hal yang penulis uraikan pada BAB pembahasan ini dimana penulis akan membahas kesenjangan dan kesesuaian antara teori dan penatalaksanaan dari kasus yang ada.

1. Kehamilan

Pada tanggal 21 Maret 2019, penulis bertemu dengan ibu hamil trimester III yaitu Ibu M.A di Polindes Sikka dengan usia kehamilan 33 minggu 5 hari dan telah dilakukan inform consent (terlampir) sehingga ibu setuju dijadikan objek untuk pengambilan studi kasus.

Pada kunjungan ini Ibu M.N. mengatakan hamil anak pertama dan usia kehamilannya memasuki 9 bulan. Dimana perhitungan usia kehamilan dikaitkan dengan HPHT tanggal 18-08-2018 didapatkan usia kehamilan ibu 33 minggu 5 hari. Diperkirakan persalinannya tanggal 25-05-2019. Perhitungan tafsiran persalinan menurut Neegle yaitu tanggal ditambah 7, bulan dikurang 3 dan tahun ditambah 1 (Walyani, 2015).

Berat badan ibu ditimbang saat kunjungan adalah 60 kg, ibu mengalami kenaikan 7 kg dari berat badan pada kunjungan sebelumnya yaitu 53 kg, dalam

teori Suistyoningsih (2011) yang menyatakan bahwa penambahan berat badan normal selama kehamilan adalah 11-13 kg, dan diperkuat oleh Elizabeth (2009) bahwa kenaikan berat badan selama kehamilan berkisar 11 kg-12,5 kg atau 20% dari berat badan sebelum hamil, penambahan berat badan sekitar 0,5 kg pada trimester pertama dan 0,5 kg setiap minggu pada trimester berikutnya. Kenaikan berat badan ibu secara keseluruhan jika dihitung 20% dari berat badan yaitu berat badan sebelum hamil 48 kg X 20% maka hasilnya 9,6 kg dan kenaikan berat badan ibu 10 kg sehingga kenaikan berat badan ibu tergolong normal dan sesuai dengan teori.

Data Obyektif di dapat dari Ibu M.N umur 30 tahun G₁ P₀A₀ AH₀ Hamil 32 minggu yaitu keadaan umum baik, keadaan emosional satbil kesadaran komposmentis. Tanda – tanda vital Tekanan Darah : 110/70 mmHg, Nadi : 78 x/menit, Respirasi : 18 x/menit, Suhu : 36,5°C, BB sebelum hamil 49 kg saad hamil sekarang 52 kg dan LILA 24 cm . Hal ini sesuai dengan teori Romauli (2011) pemeriksaan tanda – tanda vital, Tekanan Darah : dikatakan darah tinggi bila lebih dari 140/90 mmHg, nadi : normalnya 60 – 80 x/menit, pernafasan : normalnya 16 – 24 x/menit, suhu tubuh : normalnya 36,5 – 37,5 °C. Pada pemeriksaan tanda vital menunjukkan batas normal berarti ibu dalam keadaan sehat. Pada bagian kiri LILA kurang dari 23,5 cm merupakan indikator kuat untuk status gizi ibu yang kurang/buruk. Hal ini berarti ibu tidak mengalami gizi kurang/buruk.

Hasil palpasi abdominal pada Leopold I TFU 3 jari dibawah prosesus xypoideus dan TFU menurut Mc. Donald 32 cm, pada fundus teraba bulat, lembek, dan tidak melenting, menurut Walyani (2015) tujuan Leopold I untuk mengetahui tinggi fundus uteri dan apa yang berada dalam fundus, sedangkan menurut Romauli (2011) normalnya pada fundus teraba bagian lunak dan tidak melenting (bokong). Tujuan lain Leopold 1 juga mengukur TFU dari simfisis untuk menentukan usia kehamilan dengan menggunakan pita cm (> 12 minggu) atau cara MC. Donald dengan pita cm usia kehamilan (> 22 minggu). Hasil dari

Leopold II bagian kiri teraba keras, datar dan memanjang, seperti papan dan bagian kanan teraba bagian kecil janin, menurut Walyani (2015) leopold II untuk mengetahui letak janin memanjang atau melintang dan bagian janin teraba disebelah kiri atau kanan dan menurut Romauli (2011) normalnya teraba bagian panjang, keras seperti papan (punggung) pada satu sisi uterus dan pada sisi lain teraba bagian kecil janin. Leopold III pada segmen bawah rahim teraba keras, bulat dan melenting dan belum masuk PAP, menurut Walyani (2015) leopold III untuk menentukan apa yang ada di bagian terendah janin dan sudah masuk PAP atau belum. Menurut Romauli (2011) normalnya pada bagian bawah janin teraba bagian yang bulat, keras dan melenting (kepala janin). Leopold IV tidak dilakukan. Walyani (2015) leopold IV untuk menentukan seberapa jauh bagian terendah janin dan sudah masuk PAP. Hal ini penulis melakukan pemeriksaan leopold IV, karena bagian terendah janin sudah masuk PAP. Auskultasi denyut jantung janin 140 x/menit. Dalam teori yang dikemukakan Walyani (2015) bahwa denyut jantung janin yang normal antara 120 hingga 160 x/menit. Untuk menegakkan diagnosis anemia kehamilan dapat dilakukan dengan pemeriksaan dan pengawasan Hb dapat dilakukan dengan menggunakan Hb sahli. Hasil pemeriksaan Hb dengansahli dapat digolongkan sebagai berikut : Hb 11g% (tidak anemia), Hb 9-10 g% (anemia ringan), Hb 7-8 g% (anemia sedang), Hb < 7g% (anemia berat). (Proverawaty, 2011). Pada Ibu M.N dilakukan tes Hb hasilnya 13,2 gr%. Hal ini sesuai dengan teori dan tidak ada kesenjangan.

Berdasarkan pengkajian data subjektif dan data objektif, maka penulis menegakkan diagnosa Ibu G₁P₀A₀AH₀ Usia Kehamilan 33 minggu 5 hari, Hidup, Janin Tunggal, Letak Kepala, Intra Uterin, Keadaan jalan lahir baik. Dalam langkah ini penulis menemukan masalah yang didapat dari keluhan ibu yakni nyeri pada bagian punggung hilang muncul dan hal ini merupakan hal fisiologis yang biasa dialami oleh ibu hamil trimester III.

Penatalaksanaan yang diberikan yakni mengajarkan ibu cara mengatasi ketidaknyamanan, perilaku yang sehat, cara hidup sehat bagi wanita hamil, nutrisi, mengenali tanda-tanda bahaya kehamilan, memberikan tablet besi, mulai mendiskusikan mengenai persiapan kelahiran bayi dan kesiapan untuk menghadapi kegawatdaruratan, menganjurkan ibu untuk melakukan kunjungan 1 minggu kemudian, serta mendokumentasikan pemeriksaan dan asuhan hal tersebut sesuai dengan teori dalam buku Asuhan Persalinan Normal (2010) tentang kebutuhan ibu hamil trimester 3 dalam menghadapi persalinan. Selama melaksanakan asuhan antenatal, semua asuhan yang diberikan pada Ibu M.N dapat terlaksana dengan baik, keadaan normal. Ibu M.N beserta suami bersifat kooperatif sehingga tidak terjadi kesulitan dalam memberikan asuhan.

2. Persalinan

Data subyektif pada persalinan kala I fase laten yang didapat dari Ibu M.N umur 30 tahun yaitu mengatakan bahwa ibu hamil anak pertama merasakan perutnya mules mengeluh sakit pinggang menjalar ke perut bagian bawah sejak jam 23.00 wita (11/05/2019) dan keluar lendir bercampur darah dari jalan lahir jam 02.00 Wita, sedangkan kala I fase aktif data subjektif yang didapat yaitu sakit pinggang menjalar ke perut bagian bawah semakin sering dan bertambah. Hal ini sesuai dengan teori dalam (Marmi, 2012) penyebab persalinan menurut teori penurunan hormone progesterone, kadar progesteron menimbulkan relaksasi otot uterus, selama hamil terdapat keseimbangan antara kadar estrogen dan progesterone di dalam darah, pada akhir kehamilan kadar progesterone menurun sehingga timbulnya his. Menurut (Marmi, 2012) ciri – ciri his persalinan yaitu pinggang terasa sakit menjalar ke perut bagian bawah, terjadi perubahan pada servik, jika pasien menambah aktivitas misalnya dengan berjalan maka kekuatan his akan bertambah. Menurut (Imah, 2015) tanda – tanda timbulnya persalinan salah satunya pengeluaran lendir darah (*bloody show*).

Data subyektif yang di dapat dari kala II yaitu ibu mengatakan sakit pinggang menjalar ke perut bagian bawah makin bertambah, kencang-kencang semakin sering dan lama serta ibu ingin meneran, pengeluaran cairan tiba – tiba dari jalan lahir. Hal ini sesuai teori dalam (Iimiah, 2015) tanda – tanda persalinan kala II yaitu ibu ingin meneran bersama dengan kontraksi , ibu merasa peningkatan pada rectum/vagina, perineum terlihat menonjol, serta vulva dan sevingter ani membuka. Pada kala III ibu mengatakan perutnya mules, menurut Rukiah, dkk (2009) data subyektif kala III yaitu ibu mengatakan perutnya mules, bayi sudah lahir, plasenta belum lahir. Pada kala IV Ibu mengatakan perutnya sedikit mules, lemas, lelah dan merasa lega karena telah melahirkan anaknya, serta senangmendengar tangisan anaknya, hal ini sesuai dengan Rukiah, dkk (2009) data subyektif kala IV yaitu sedikit lemas, lelah dan tidak nyaman, ibu mengatakan darah yang keluar banyak seperti hari pertama haid.

Data obyektif yang didapat dari Ibu M.N umur 30 tahun pada persalinan kala I fase laten yaitu pada pemeriksaan dalam didapat pembukaan 5 cm, effacement 20 persen, penurunan kepala hodge II . Hal ini sesuai dengan teori dalam (Erawati, 2010) fase laten yaitu fase pembukaan yang sangat lambat dari 0 – 3 cm. Kala 1 fase aktif pada pemeriksaan dalam pukul 08.00 Wita pembukaan 10 cm, effacemen 80 persen bagian terendah kepala turun hodge III-IV. Hal ini sesuai dengan teori tahapan persalinan dalam (Marmi, 2012) pada kala 1 fase aktif dimulai dari pembukaan serviks 4 cm sampai terjadi pembukaan lengkap 10 cm. Kala I dinamakan juga kala pembukaan, dapat dinyatakan partus dimulai bila timbul his dan wanita tersebut mengeluarkan lendir yang bersama darah di sertai dengan pendataran (effacement).

Pada kala II data obyektif yaitu pada pemeriksaan dalam jam 08.30 WITA yaitu vulva vagina : tidak ada kelainan, ada odema, tidak ada condiloma, tidak ada inflamasi, tidak ada jaringan parut, ada pengeluaran lendir darah, portio tidak teraba, kontraksi 5 x dalam 10 menit dengan durasi 40 – 45

detik, DJJ 142 x/mnt, pembukaan 10 cm effacement 100 persen, kantung ketuban pecah spontan, presentasi kepala ubun – ubun kecil kiri depan, tidak ada bagian terkecil janin di samping, kepala turun hodge IV, tidak ada molase, hal ini sesuai dengan teori Rukiah, dkk (2009) data obyektif pada kala II dinding vagina tidak ada kelainan, portio tidak teraba, pembukaan 10 cm, (lengkap), ketuban negatif, presentasi kepala, penurunan kepala hodge IV, posisi ubun – ubun kecil kiri depan, dan tidak ada molase.

Pada kala III data obyektif yaitu TFU : setinggi pusat, membesar, keras, tali pusat bertambah panjang dan keluar darah dari jalan lahir. Hal ini sesuai dengan teori dalam Lailiyana, dkk (2011) yaitu tanda – tanda pelepasan plasenta yaitu uterus menjadi bundar, keras, tali pusat bertambah panjang dan keluar darah bertambah banyak. Dan diperkuat dengan teori Rukiah, dkk (2009) data obyektif pada kala III observasi keadaan umum ibu, kontraksi uterus baik atau tidak, observasi pelepasan plasenta yaitu uterus bertambah bundar, perdarahan sekonyong – konyong, tali pusat yang lahir memanjang, fundus uteri naik.

Assesment yaitu hasil pengkajian data subyektif dan obyektif, didapatkan saat memasuki fase persalinan yaitu Inpartu kala I, II, III dan kala IV. Diagnosa ditegakkan berdasarkan keluhan yang disampaikan ibu dan hasil pemeriksaan oleh bidan serta telah disesuaikan dengan standar II adalah standar perumusan diagnosa menurut Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia no. 938/Menkes SK /VIII/2007.

Pada fase laten mengobservasi his, nadi, DJJ tiap 1 jam, pembukaan serviks dan tekanan darah tiap 4 jam, dan suhu setiap 2 jam dan pada fase aktif mengobservasi his, nadi, DJJ setiap 30 menit, pembukaan serviks, tekanan darah setiap 4 jam, dan suhu setiap 2 jam. Pada fase aktif mengobservasi his, nadi, DJJ setiap 30 menit, pembukaan serviks, tekanan darah setiap 4 jam, dan suhu setiap 2 jam, hal ini sesuai dengan teori (Marmi, 2012) waktu pencatatan kondisi ibu dan bayi pada fase laten DJJ setiap 30

menit, kontraksi setiap 1 jam, nadi setiap 1 jam, pembukaan servik setiap 4 jam, penurunan kepala setiap 4 jam, suhu setiap 2 jam, , sedangkan pada fase aktif yaitu tekanan darah setiap 4 jam, suhu setiap 2 jam, DJJ setiap 30 menit, kontraksi setiap 30 menit, pembukaan serviks setiap 4 jam, penurunan kepala setiap 4 jam dan nadi setiap 30 menit. Pukul 08. 00 wita pembukaan 10 cm dan terlihat adanya tanda gejala kala II (ibu ingin meneran bersama dengan kontraksi, ibu merasa peningkatan pada rektum, perineum terlihat menonjol, vulva vagina dan sfingter ani membuka) maka melakukan pertolongan persalinan sesuai dengan 58 langkah APN, hal ini sesuai dengan Marmi (2012) menolong persalinan sesuai dengan 58 APN bayi lahir spontan pukul 08.35 wita lamanya kala II 15 menit, menurut (Hidayat, 2010) Kala II pada primigravida berlangsung tidak lebih dari 1 jam). Hal ini sesuai dengan teori dan tidak ada kesenjangan.

Penatalaksanaan yang diberikan pada Ibu M.N umur 30 tahun pada kala I fase laten dan aktif yaitu memberikan dukungan pada ibu dan keluarga dengan yakinkan mereka bahwa proses persalinan merupakan hal yang fisiologi, memberi informasi tentang kemajuan persalinan, memberitahu ibu untuk berjalan – jalan, berbaring miring ke kiri, mengajarkan ibu saat merasakan nyeri melakukan teknik bernafas, menganjurkan ibu makan dan minum di luar his, menganjurkan ibu untuk berkemih, menganjurkan suami dan keluarga untuk melakukan masase/pijat pada punggung ibu, hal ini sesuai dengan teori (Marmi, 2012) asuhan sayang ibu kala I yaitu berikan dukungan dan yakinkan dirinya, berilah informasi mengenai proses kemajuan persalinan, lakukan perubahan posisi, posisi sesuai dengan keinginan, tetapi jika ibu di tempat tidur sebaiknya dianjurkan tidur miring ke kiri, sarankan ibu untuk berjalan, berikan cukup minum untuk mencegah dehidrasi dan sarankan ibu untuk berkemih sesering mungkin.

Penatalaksanaan kala III yang dilakukan yaitu melakukan manajemen aktif Kala III yakni pemberian oksitosin 10 IU secara IM, melakukan

peregangan tali pusat terkendali dan massase fundus uteri. Pada Ibu M.N, juga melakukan manajemen aktif kala III yakni pemberian oksitosin 10 IU, melakukan peregangan tali pusat terkendali, dan massase fundus uteri dan hasilnya plasenta lahir pukul 08.45 WITA berlangsung 10 menit setelah bayi lahir. Hal ini normal terjadi karena plasenta lahir 5-30 menit setelah bayi lahir dengan demikian selama kala III tidak ada penyulit dan tidak ada kesenjangan antara teori dengan praktek (Marmi, 2011).

Kala IV pada Ibu M.N terdapat ruptur perineum derajat dua (mengenai mukosa vagina, kulit dan jaringan perineum) dan dilakukan penjahitan dengan cara jelujur ruptur di mulai dari otot, kemudian selaput vagina dan di lanjutkan dengan bagian kulit dengan menggunakan catgut. Hal ini sesuai dengan teori Prawirohardjo, 2010, penjahitan ruptur derajat dua, mula-mula otot di jahit dengan cutgut, kemudian selaput vagina dijahit dengan cutgut secara terputus-putus atau jelujur, penjahitan selaput lendir vagina dimulai dari puncak robekan. Cara Terakhir kulit perineum dijahit dengan benang secara terputus-putus. Hal ini sesuai dengan teori dan tidak ada kesenjangan.

Tinggi fundus uteri 1 jari dibawah pusat, pengeluaran lochea rubra, kandung kemih kosong dilakukan pengawasan selama 2 jam. Sesuai dengan teori, pengawasan post partum dilakukan selama 2 jam post partum yaitu untuk memantau perdarahan, TTV, kontraksi, TFU, dan kandung kemih, pada 1 jam pertama pemantauan dilakukan setiap 15 menit sekali, pada 1 jam berikutnya dilakukan setiap 30 menit sekali. Dari hasil observasi kala IV tidak terdapat komplikasi dan tidak ada kesenjangan teori dengan praktek. (Rukiyah, 2011). Observasi Kala IV pada Ibu M.N hasil pemeriksaan semuanya dalam batas normal yaitu, tekanan darah 110/70 mmHg, Nadi 82 x/menit, Suhu 36,5°C, Pernapasan 20 x/menit, wajah tampak lelah, pada palpasi abdominal kontraksi uterus baik, dan ibu sudah bisa miring kanan dan kiri dan sudah bisa berjalan. Berdasarkan pengkajian yang telah dilakukan

pada Ibu M.A tidak ada kesenjangan antara teori dengan praktek dimana keadaan umum ibu baik, hal ini adalah normal.

Pada 6 jam *postpartum* asuhan yang diberikan pada Ibu M.N sudah sesuai dengan standar pelayanan nifas, memindahkan ibu dan bayi keruangan nifas, dan dianjurkan ibu untuk memberikan ASI Eksklusif. Jumlah pengeluaran darah selama proses persalinan yaitu pengeluaran darah yang dialami yaitu ± 75 cc. Teori mengatakan perkiraan pengeluaran darah normal ± 500 cc bila pengeluaran darah ≥ 500 cc yaitu pengeluaran darah abnormal (Sukarni, 2013). Pengeluaran darah pada kasus Ibu M.N masih dalam batas normal dan tidak ada kesenjangan dengan teori. Persalinan pada Ibu M.N kala I, kala II, kala III dan kala IV tidak ada komplikasi.

3. Bayi baru lahir

Bayi Ibu M.N lahir pada usia kehamilan 39 minggu 2 hari pada tanggal 11 Mei 2019, pada pukul 08.35 WITA secara spontan dengan letak belakang kepala, jenis kelamin perempuan, dengan berat badan 2900 gram. Berdasarkan teori bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir dalam presentasi belakang kepala melalui vagina tanpa memakai alat, pada usia kehamilan genap 37 minggu sampai dengan 42 minggu dengan berat badan antara 2500 gram sampai 4000 gram dengan nilai apgar > 7 dan tanpa bawaan (Rukiyah, 2010).

Berdasarkan teori, ciri – ciri bayi baru lahir normal adalah berat badan 2500 - 4000 gram, panjang badan 48 – 52 cm, lingkar dada 30 – 38 cm, lingkar kepala 33 – 36 cm, bunyi jantung pada menit pertama 180x/menit, kemudian heran 120 – 140 x/menit, pernafasan pada menit pertama 80x/menit, kemudian turun menjadi 40x/menit, kulit kemerah-merahan dan licin, rambut lanugo tidak terlihat, rambut kepala sudah sempurna, genetalia, labia mayora sudah menutupi labra minora (perempuan) testis sudah turun di dalam scrotum (laki-laki), reflek hisap dan menelan sudah terbentuk baik, reflek moro baik, bila dikagetkan bayi akan memperlihatkan gerakan seperti memeluk, graff reflek baik, bila diletakkan beda pada telapak tangan bayi akan menggenggam,

eliminasi baik, urine dan mekonium keluar dalam 24 jam pertama. (Dewi, 2010). Pada pemeriksaan objektif yang dilakukan pada By.Ibu M.N didapatkan bahwa jenis kelamin perempuan, dengan berat badan 2900 gram, panjang badan : 48 cm, lingkar kepala :32 cm, lingkar dada: 30 cm, lingkar Perut : 28 cm, skrotum sudah turun ke testis, reflek morro, rooting, sucking, grasping, tonic neck dan walking baik, kulit kemerahan, Denyut jantung : 142 x/menit, Respirasi : 48 x/menit, kulit kemerah-merahan, tidak ada lanugo, rambut kepala sudah sempurna. Hal ini sesuai dengan teori dan tidak ada kesenjangan. Berdasarkan pengkajian data subjektif dan data objektif, maka penulis menegakkan diagnosa yakni Neonatus Cukup Bulan-Sesuai Masa Kehamilan.

Berdasarkan teori, penatalaksanaan pada bayi baru lahir yakni melakukan IMD, Pemberian imunisasi HB0, Vitamin K dan salap mata, menjaga kehangatan bayi, memberikan ASI eksklusif, merawat tali pusat, mencegah infeksi, (Widyatun,2012). Penatalaksanaan pada By.Ibu M.N yakni melakukan IMD selama satu jam dari 09.35 – 10.35 WITA, pemberian Vitamin K (2 mg) di paha kiri dan pemberian salap mata pada pukul 10.45 WITA, dan pemberian imunisasi HB0 pada pukul 11.35 WITA, dan menganjurkan kepada ibu untuk memberikan ASI Eksklusif, menjaga kehangatan bayi, mengajarkan kepada ibu cara merawat tali pusat dan pencegahan infeksi. Hal ini sesuai dengan teori dan tidak ada kesenjangan.

Penatalaksanaan pada By Ibu M.N yaitu pada kunjungan pertama (usia 6 jam), yaitu mengajarkan ibu tentang ASI eksklusif, mengajarkan ibu cara menjaga kehangatan, mengajarkan ibu cara mencegah infeksi, mengajarkan tanda – tanda bahaya bayi pada orang tuamengajarkan ibu cara perawatan tali pusat . Hal ini sesuai dengan teori menurut (Widyatun, 2012) asuhan yang diberikan pada kunjungan neonatus pertama (KN I) 6-48 jam yakni jaga kehangatan bayi, berikan ASI Eksklusif, cegah infeksi dan rawat tali pusat.

Pada kunjungan kedua (usia 6 hari), ibu mengatakan bayinya menetek kuat, sudah BAB 3 kali dan BAK 6 kali, tali pusat terlihat kering dan sudah

terlepas. Dari hasil pemeriksaan didapatkan warna kulit kemerahan, tidak ada retraksi dinding dada tali pusat basah dan tidak berdarah, tanda-tanda vital yaitu suhu : 37,3 °C, Denyut jantung : 124 x/mnt, Respirasi : 43 x/mnt. Penatalaksanaan yang diberikan pada kunjungan kedua yakni menganjurkan kepada ibu untuk memberikan ASI Eksklusif (0-6 bulan) pada bayi, menjelaskan pada ibu tanda bayi cukup ASI, menjelaskan kebutuhan tidur bayi, menjelaskan pada ibu cara melakukan personal hygiene pada bayi, mengajarkan ibu cara pencegahan masalah pernapasan, mengingatkan ibu untuk menjaga kehangatan bayi, menjelaskan kepada ibu tentang tanda-tanda bahaya pada bayi baru lahir, ,mengajarkan kepada ibu cara perawatan tali pusat, dan mengajarkan kepada ibu cara mencegah infeksi. Hal ini sesuai dengan teori menurut (Widyatun, 2012) asuhan yang diberikan pada kunjungan neonatus kedua (KN II) 3-7 hari yakni jaga kehangatan bayi, berikan ASI Eksklusif, cegah infeksi dan rawat tali pusat.

Pada kunjungan ketiga (usia 14 hari), ibu mengatakan bayinya menetek kuat, BAK 4 kali dan BAB 5 kali. Dari hasil pemeriksaan didapatkan warna kulit kemerahan, tidak ada retraksi dinding dada tali pusat kering, sudah terlepas dan tidak berdarah, tanda-tanda vital yaitu suhu : 36,7°C, Denyut jantung : 121 x/mnt, Respirasi : 41 x/mnt. Penatalaksanaan yang diberikan pada kunjungan ketiga yakni menjaga kehangatan bayi, mengingatkan kepada ibu untuk tetap memberikan ASI Eksklusif (0-6 bulan) pada bayi, mengingatkan ibu untuk selalu memperhatikan kebersihan bayinya, menjelaskan kepada ibu tentang tanda-tanda bahaya pada bayi baru lahir, mengajarkan kepada ibu cara perawatan tali pusat, dan mengajarkan kepada ibu cara mencegah infeksi. Hal ini sesuai dengan teori menurut (Maritalia, 2014) asuhan yang diberikan pada kunjungan neonatus ketiga (KN III) 8-28 hari yakni periksa ada / tidak tanda bahaya dan atau gejala sakit, jaga kehangatan bayi, berikan ASI Eksklusif, cegah infeksi dan rawat tali pusat.

4. Nifas

Keluhan utama ditanyakan untuk mengetahui alasan pasien datang ke fasilitas pelayanan kesehatan. Misalnya ibu postpartum normal ingin memeriksakan kesehatannya setelah persalinan. Contoh lain ibu postpartum patologis dengan keluhan utama keluar darah segar dan banyak, nyeri dan infeksi luka jahitan, dll (Sulistyawati, 2009). Pada Ibu M.N mengeluh nyeri pada perineum akibat luka jahitan perineum derajat dua. Hal ini sesuai dengan teori dan tidak ada kesenjangan. Berdasarkan teori, istirahat malam rata-rata waktu yang diperlukan adalah 6-8 jam dan Istirahat siang 1-2 jam sehari dan Beberapa kebiasaan yang dilakukan dalam perawatan nifas adalah mandi, keramas, ganti baju dan celana dalam, kebersihan kuku (Sulistyawati, 2009). Pada Ibu M.N didapatkan bahwa kebiasaan istirahat setiap kali pengkajian yakni istirahat malam 7 jam dan siang 2 jam, sedangkan perawatan nifas yakni mandi 2 kali/hari, keramas 2-3 kali/minggu, ganti baju dan celana dalam 2-3 kali/hari, menyikat gigi 2 kali/hari. Hal ini sesuai dengan teori dan tidak ada kesenjangan.

Berdasarkan teori, pemeriksaan tekanan darah yang normal pada nifas yakni 100/60-130-90 mmHg, nadi 70-90 x/m, pernapasan 16-24x/m, dan suhu 36,5-37,5⁰C (Sulistyawati, 2009). Pemeriksaan TTV pada Ibu M.N, pada setiap kali pemeriksaan yakni tekanan darah berkisar antara 100/60-120/80 mmHg, Nadi berkisar antara 74-84 x/m, Pernapasan berkisar antara 18-20 x/m, dan Suhu 36,5 – 36,9⁰C. Hal ini sesuai dengan teori dan tidak ada kesenjangan. Berdasarkan teori, pada pemeriksaan genetalia, lochea rubra (Cruenta) : berwarna merah tua berisi darah dari perobekan/luka pada plasenta dan sisa-sisa selaput ketuban, sel-sel desidua dan korion, verniks kaseosa, lanugo, sisa darah dan mekonium, selama 3 hari postpartum, lochea sanguinolenta : berwarna kecoklatan berisi darah dan lendir, hari 4-7 postpartum, lochea serosa : berwarna kuning, berisi cairan lebih sedikit darah dan lebih banyak serum, juga terdiri dari leukosit dan robekan laserasi, pada hari ke 7-14 postpartum, lochea alba : cairan putih berisi leukosit, berisi selaput lendir serviks dan

serabut jaringan yang mati setelah 2 minggu sampai 6 minggu postpartum (Nurjanah, 2013). Pemeriksaan yang dilakukan pada Ibu M.N, pada KF1 ditemukan lochea rubra (8 jam), KF2 ditemukan lochea sangunolenta (6 hari), KF3 ditemukan lochea alba (42 hari). Hal ini sesuai dengan teori dan tidak ada kesenjangan.

Berdasarkan pengkajian data subjektif dan data objektif, maka penulis menegakkan diagnosa yakni P₁A₀AH₁ postpartum dengan riwayat ruptur perineum derajat dua. Dan penulis tidak menemukan masalah.

Pada Kunjungan nifas pertama (6 jam postpartum), pada Ibu M.N didapatkan keadaan umum ibu baik, TFU : 2 jari bawa pusat, kontraksi uterus baik (mengeras), perdarahan : ½ pembalut, colostrum (+), lochea rubra berwarna merah kehitaman. Hal ini adalah normal. Asuhan yang diberikan kepada ibu menginformasikan kepada ibu dan keluarga, mengajarkan ibu dan keluarga cara mengecek kontraksi, mengajarkan ibu posisi menyusui yang benar, makan makanan yang beraneka ragam yang mengandung karbohidrat (nasi, ubi-ubian), protein hewani (ikan, daging, telur), protein nabati (tempe, tahu, kacang-kacangan), sayur (bayam, kangkung, daun singkong) dan buah-buahan, menganjurkan ibu untuk menyusui bayinya maksimal 8 kali dalam 24 jam, menganjurkan ibu menjaga kebersihan diri termasuk kebersihan daerah kemaluan, ganti pembalut sesering mungkin, menjelaskan kepada ibu macam-macam alat kontrasepsi yang bisa digunakan, mengajarkan tanda-tanda bahaya pada masa nifas yaitu : demam, perdarahan aktif, bekuan darah banyak, bau busuk dari vagina, pusing, lemas luar biasa, kesulitan dalam menyusui, nyeri panggul atau abdomen yang lebih dari keram uterus biasa. Hal ini sesuai dengan teori pada (Maritalia, 2014) asuhan yang diberikan pada pada 6 jam- 48 jam yaitu mencegah perdarahan nifas, mendeteksi dan merawat penyebab perdarahan berlanjut, konseling cara cegah perdarahan dan pemberian ASI eksklusif.

Pada Kunjungan nifas kedua (6 hari). Dari hasil anamnesa Ibu mengatakan sudah BAB 1 kali dan BAK 5 kali. Pemeriksaan yang dilakukan diperoleh tanda-tanda vital normal, Keadaan Umum : Baik, Kesadaran : Composmentis. Tanda Tanda Vital : Tekanan Darah : 120/70 mmHg, Nadi : 79 x/menit, Respirasi : 18 x/menit, Suhu : 36,6 °C. Muka tidak pucat, konjungtiva merah muda, sklera putih, Payudara membesar, menegang, ada hiperpigmentasi areola, colostrum ada. Abdomen tidak ada striae dan ada linea nigra, kontraksi baik, tinggi fundus uteri pertengahan pusatsimfisis. Vulva ada pengeluaran lochea sanguinolenta, warna merah kecoklatan. Asuhan pada kunjungan kedua yaitu menginformasikan hasil pemeriksaan pada ibu yakni menganjurkan kepada ibu untuk mengkonsumsi makanan bergizi dan beraneka ragam untuk proses pemulihan kondisi kesehatan ibu dan juga memperbanyak produksi ASI, mengingatkan kepada ibu untuk selalu menjaga kebersihan diri terutama kebersihan di daerah sekitar genetalia, menganjurkan ibu untuk istirahat yang teratur, mengajarkan ibu cara perawatan payudara, mengingatkan ibu untuk tetap memperhatikan tanda-tanda bahaya, mengajarkan kepada ibu cara menyusui yang baik dan benar, menjelaskan kepada ibu cara merawat luka perineum, Menganjurkan kepada ibu untuk banyak mengkonsumsi banyak air putih, Mengajarkan kepada ibu cara menilai kontraksi, Menganjurkan pada ibu untuk selalu menjaga kehangatan bayinya dengan cara memakai topi pada kepala bayi dan menggunakan selimut, Memberitahukan pada ibu tanda-tanda bahaya pada masa nifas seperti, Menganjurkan kepada ibu untuk selalu memberikan ASI tiap 2 jam sekali, Menganjurkan ibu untuk tetap menjaga pola istirahat dengan beristirahat siang minimal 2 jam dan malam 8 jam. Hal ini sesuai dengan teori (Maritalia, 2014) yang menjelaskan bahwa kunjungan nifas kedua yakni memastikan involusi normal, menilai tanda-tanda infeksi, memastikan ibu dapat makanan dan cairan serta istirahat, memastikan ibu menyusui dengan baik, memberikan konseling tentang asuhan BBL perawatan tali pusat, menjaga bayi tetap hangat.

Pada Kunjungan Nifas yang ke tiga (40 hari) dilakukan pemeriksaan Tanda Tanda Vital: Tekanan Darah : 110/70 mmHg, Nadi : 77 x/menit, Respirasi : 20 x/menit, Suhu : 36,5 °C. Muka : Tidak pucat, mata : conjungtiva tidak pucat, payudara membesar, menegang, ada pengeluaran ASI. Asuhan kebidanan yang diberikan yakni : Menganjurkan kepada ibu untuk mengkonsumsi makanan yang bergizi seimbang untuk proses pemulihan kondisi kesehatan ibu dan juga memperbanyak produksi ASI, Menganjurkan kepada ibu untuk selalu menjaga kebersihan diri terutama kebersihan di daerah sekitar genetalia, Menganjurkan kepada ibu untuk banyak mengkonsumsi banyak air putih, Memberitahukan pada ibu tanda-tanda bahaya pada masa nifas seperti : perdarahan pervaginam, sakit kepala berat, pandangan kabur, demam lebih dari 2 hari, keluar cairan pervaginam dan berbau busuk, Menganjurkan kepada ibu untuk selalu memberikan ASI tiap 2 jam sekali, Melakukan konseling tentang kontrasepsi jenis Suntik. Hal ini sesuai dengan teori (Maritalia, 2014) yang menjelaskan bahwa asuhan yang diberikan pada kunjungan ke tiga yakni menanyakan kepada ibu tentang penyulit yang dialami atau yang bayi alami dan memberikan konseling tentang metode kontrasepsi.

5. Keluarga Berencana

Pada kunjungan hari ke – 3 penulis lakukan untuk memastikan ibu telah mantap dengan pilihannya untuk menggunakan kontrasepsi jenis Suntik progestin setelah 40 hari. Berdasarkan pengkajian yang telah penulis lakukan, ibu mengatakan tidak ada keluhan yang ingin disampaikan, ia masih aktif menyusui bayinya selama ini tanpa pemberian apapun selain ASI saja. Pengkajian data obyektif ibu, tanda vital dalam batas normal. Penatalaksanaan yang penulis lakukan antara lain melakukan promosi kesehatan tentang keluarga berencana agar ibu semakin mantap mengikuti kontrasepsi jenis Suntik dan ibu sudah mendapatkan kontrasepsi jenis suntikan pada tanggal 22 juni 2019 dan akan melakukan suntikan ulang pada tanggal 15 September 2019 dan sudah didokumentasi.

BAB V

PENUTUP

A. Simpulan

Bab ini penulis mengambil kesimpulan dari studi kasus yang berjudul Asuhan Kebidanan Komprehensif pada Ibu M.N, G₁ P₀ A₀ AH₀ UK 33 Minggu 5 hari, Janin Hidup Tunggal Letak Kepala Dengan Keadaan Ibu Dan Janin Baik, yaitu:

1. Asuhan kebidanan berkelanjutan sejak masa kehamilan, intrapartal, bayi baru lahir dan postnatal telah penulis lakukan dengan memperhatikan alur pikir 7 langkah varney dalam pendokumentasian SOAP.
2. Asuhan kebidanan pada ibu hamil Ibu M.N, telah dilakukan pengkajian data subyektif, obyektif serta interpretasi data diperoleh diagnosa kebidanan Ibu M.A, G₁ P₀ A₀ AH₀ UK 32 minggu, Janin Hidup Tunggal Letak Kepala Dengan Keadaan Ibu Dan Janin Baik. Penatalaksanaan pada Ibu M.N, G₁ P₀ A₀ AH₀ telah dilakukan sesuai rencana dan tidak ditemukan kesenjangan.
3. Asuhan kebidanan persalinan telah di lakukan pertolongan persalinan sesuai 60 langkah Asuhan Persalinan Normal pada tanggal 11 Mei 2019 pada Ibu M.N usia gestasi 40 Minggu, saat persalinan tidak ditemukan penyulit. Pada Kala I, kala II, kala III dan kala IV. Persalinan berjalan dengan normal tanpa ada penyulit dan komplikasi yang menyertai.
4. Asuhan kebidanan bayi baru lahir kepada Bayi Ibu M.N yang berjenis kelamin laki-laki, BB 2900 gram, PB 48 cm. Tidak ditemukan adanya cacat serta tanda bahaya. Bayi telah diberikan salep mata dan Vit Neo K 1 mg/0,5 cc, dan telah diberikan imunisasi HB₀ usia 2 jam dan saat pemeriksaan dan

pemantauan bayi sampai usia 2 minggu tidak ditemukan komplikasi atau tanda bahaya.

5. Asuhan kebidanan Nifas pada Ibu M.N dari tanggal 21 Maret 2019 – 22 Juni 2019 yaitu 2 jam post partum, 1 hari post partum, nifas 7 hari, dan nifas 28 hari, selama pemantauan masa nifas, berlangsung dengan baik dan tidak ditemukan tanda bahaya atau komplikasi.
6. Asuhan keluarga berencana pada Ibu M.N sudah mendapatkan suntikan Depo progestin pada tanggal 22 juni 2019 di Polindes Sikka.

B. Saran

Sehubungan dengan simpulan di atas, maka penulis menyampaikan saran sebagai berikut :

1. Bagi pasien

Agar klien 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 serta ibu dapat mengikuti KB, dengan melakukan pemeriksaan rutin di pelayanan kesehatan dan mendapatkan asuhan secara berkelanjutan dengan baik.

2. Bagi lahan praktek

Informasi bagi pengembangan program kesehatan ibu hamil sampai nifas atau asuhan komprehensif agar lebih banyak lagi memberikan penyuluhan yang lebih sensitif kepada ibu hamil dengan anemia sampai kepada ibu nifas dan bayi baru lahir serta dapat mengikuti perkembangan ilmu pengetahuan kesehatan agar dapat menerapkan setiap asuhan kebidanan sesuai dengan teori dari mulai kehamilan, persalinan, nifas dan BBL.

3. Bagi Institusi Pendidikan/Poltekkes Kemenkes Kupang Jurusan Kebidanan

Diharapkan dapat meningkatkan kualitas pendidikan bagi mahasiswa dengan penyediaan fasilitas sarana dan prasarana yang mendukung peningkatan kompetensi mahasiswa sehingga dapat menghasilkan bidan yang berkualitas.

4. Bagi peneliti selanjutnya

Studi kasus ini secara teoritis dapat menjadi acuan bagi peneliti dengan responden yang lebih besar sehingga dapat menjadi kontribusi bagi perkembangan ilmu pengetahuan khususnya ilmu kebidanan yang berkaitan dengan asuhan kebidanan komprehensif.

DAFTAR PUSTAKA

- Ambarwati. 2009. *Asuhan Kebidanan persalinan dan Nifas*. Yogyakarta: Nuha Medika
- Depkes RI, 2009. *Pedoman Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi Dengan Stiker*. Jakarta: Departemen Kesehatan RI
- Dewi.2010.*Asuhan Kebidanan Neonatus, Bayi, Dan Anak Balita*. Yogyakarta: Salemba Medika
- Dinas Kesehatan Kabupaten Sikka 2015. *Profil Kesehatan Kabupaten Sikka Tahun 2015*. Sikka: Dinas Kesehatan Kabupaten Sikka
- Handayani. 2011. *Buku Ajar Pelayanan Keluarga Berencana*. Yogyakarta: Pustaka Rihama
- Hartanto. 2003. *Keluarga Berencana Dan Kontrasepsi Cetakan Keenam..* Jakarta: Pustaka Sinar Harapan
- Hidayat. 2010. *Asuhan Kebidanan Persalinan*. Yogyakarta: Nuha Medika
- Ilmiah. 2015. *Buku Ajar Asuhan Persalinan Normal*. Yogyakarta: Nuha Medika
- Kemenkes RI. 2015. *Buku Kesehatan Ibu Dan Anak*. Jakarta:Kementerian Kesehatan RI dan JICA (Japan International Cooperation Agency)
- Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia. 2010. *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1464/Menkes/Per/X/2010*. Jakarta: Menteri Kesehatan Indonesia
- Lailiyana. 2011. *Asuhan Kebidanan Persalinan*. Jakarta: EGC
- Mandriwati. (2016). *Asuhan Kebidanan Kehamilan Berbasis Kompetensi*. Jakarta: EGC
- Manuaba. 2009. *Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan, dan KB*. Jakarta: Buku Kedokteran EGC
- Manuaba. 2010. *Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan, dan KB*. Jakarta: Buku Kedokteran EGC

- Maritalia. 2014. *Asuhan Kebidanan Nifas dan Menyusui*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar
- Mulyani dan Rinawati. 2013. *Keluarga Berencana Dan Alat Kontrasepsi*. Yogyakarta: Nuha Medika
- Notoamodjo. 2010. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta
- Nugroho, dkk. 2014. *Asuhan Kebidanan Masa Nifas Dan Menyusui*. Yogyakarta: Pustaka Baru
- Pantikawati. 2010. *Asuhan kebidanan Kehamilan*. Yogyakarta: Nuha Medika
- Permenkes 938. 2007. *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 938 Tentang Standar Asuhan Kebidanan*. Jakarta: Menteri Kesehatan Republik Indonesia
- Prawirohardjo. 2005. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta: PT Bina Pustaka
- Poedji Rochjati. 2003. *Skrining Ante Natal pada Ibu Hamil*. Surabaya: Pusat safe Mother Hood-Lab/SMF Obgyn RSUD Sutomo/Fakultas Kedokteran UNAIR
- Risneni. 2016. *Asuhan Kebidanan Nifas dan Menyusui*. Jakarta: Trans InfoMedia.
- Romauli. 2011. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan 1*. Yogyakarta : Nuha Medika
- Romauli. 2015. *BukuAjar Asuhan Kebidanan*. Yogyakarta : Nuha Medika
- Rosdiana. 2000. *Kamus Kebidanan*. Yogyakarta: Paramedia
- Saifuddin. 2014. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta: P.T. Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo
- Saryono. 2010. *Asuhan Kebidanan Kehamilan*. Yogyakarta: Nuha Medika
- Sudarti dan Fauziah. 2012. *Asuhan Kebidanan Neonatus, Bayi Dan Anak Balita*. Yogyakarta: Nuha Medika
- Sugiyono. 2010. *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif Dan R&D*. Bandung: Alfabeta
- Sukarni. 2013. *Kehamilan Persalinan Dan Nifas*. Yogyakarta: Nuha Medika

- Sunarsih. 2014. *Asuhan Kehamilan untuk Kebidanan* . Jakarta: Salemba Medika
- Suryati.2011. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan 1*. Yogyakarta : Nuha Medika
- Varney. 2014. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC
- _____2007. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Edisi 4*. Jakarta: EGC
- Wahyuni. 2012. *Asuhan Neonatus, Bayi & Balita*. Penuntun Belajar praktik klinik. Jakarta: EGC.
- Walyani. 2010. *Asuhan Kebidanan Pada Kehamilan*. Yogyakarta: Pustaka Baru Press
- Walyani. 2016. *Asuhan Kebidanan Persalinan dan Bayi Baru Lahir*. Yogyakarta: Pustaka Baru Press
- _____. 2015. *Asuhan Kebidanan Masa Nifas Dan Menyusui*. Yogyakarta: Pustaka Baru Press
- World Health Organization (WHO) . 2014. *Angka Kematian Ibu*. Amerika: WHO
- Yanti dan Sundawati. 2011. *Asuhan Kebidanan Masa Nifas Dan Menyusui*. Yogyakarta: Pustaka Baru