

LAPORAN TUGAS AKHIR

ASUHAN KEBIDANAN BERKELANJUTAN PADA NY A.M DI PUSTU MAULafa KECAMATAN MAULafa PERIODE 18 FEBRUARI SAMPAI 18 MEI 2019

Sebagai Laporan Tugas Akhir yang Diajukan untuk Memenuhi Salah Satu Syarat dalam Menyelesaikan Pendidikan DIII Kebidanan pada Program Studi Kebidanan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang



Oleh
ELFRIDA MARIA TUS
NIM : PO.530324016795

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

HALAMAN PERSETUJUAN

LAPORAN TUGAS AKHIR

ASUHAN KEBIDANAN BERKELANJUTAN PADA NY A.M DI PUSTU
MAULIFA PERIODE TANGGAL 18 FEBRUARI S/D 18 MEI 2019

Oleh :

ELFRIDA MARIA TUS
NIM : PO. 530324016795

Telah Disetujui untuk diperiksa dan dipertahankan dihadapan Tim Penguji
Laporan Tugas Akhir Jurusan Kebidanan Politeknik Kesehatan Kemenkes
Kupang

Pada tanggal : 28 Mei 2019

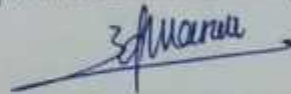
Pembimbing



SERLYANSIE V. BOIMAU, SST, MPH
NIP : 19691006 198903 2 001

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 NY A.M DI PUSTU/
MAULANA PERIODE TANGGAL 18 FEBRUARI SAMPAI 18 MEI 2019

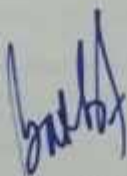
Oleh :

ELFRIDA MARIA TUS
NIM : PO. 530324016795

Telah Dipertahankan di hadapan Tim Penguji
Pada tanggal : 10 Juni 2019

Penguji I

Penguji II



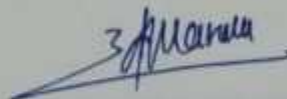
Bringiwatty Bathual, Amd.Keb,S.Kep.Ns,MSc
NIP : 19710515 199403 2 002



Serlyansie V. Boimau, SST.,M.Pd
NIP : 19691006 198903 2 001

Mengetahui

Ketua Jurusan Kebidanan Kupang



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

SURAT PERNYATAAN

Yang bertandatangan dibawah ini, saya :

Nama : ELFRIDA MARIA TUS
NIM : PO. 530324016795
Jurusan : KEBIDANAN
Angkatan : XVIII
Jenjang : Diploma III

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

“ASUHAN KEBIDANAN BERKELANJUTAN PADA NY. A.M DI PUSTU MAULafa PERIODE 18 FEBRUARI SAMPAI 18 MEI 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, Mei 2019

Penulis



ELFRIDA MARIA TUS
PO.530324016795

RIWAYAT HIDUP



Nama : Elfrida Maria Tus
Tempat Tanggal Lahir : Kefamenanu, 16 Mei 1991
Agama : Katolik
Jenis Kelamin : Perempuan
Alamat : Jln. Bung Tomo No. 11 RT 21 RW 09 Kelurahan
Kelapa Lima Kecamatan Kelapa Lima Kota Kupang
Riwayat Pendidikan : Tamat SD Tahun 2003 di SDK St.Agustinus Leob
Kefamenanu
Tamat SMP Tahun 2006 di SMPK Putri St.
Xaverius Kefamenau
Tamat SMA Tahun 2009 di SMA Negeri 1
Kefamenanu
Tahun 2016 sampai sekarang melanjutkan
pendidikan D3 Kebidanan di Politeknik Kesehatan
Kemenkes Kupang

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadiran Tuhan Yang Maha Esa yang telah memberikan berbagai kemudahan, petunjuk serta karunia yang tak terhingga sehingga penulis dapat menyelesaikan Laporan Tugas Akhir yang berjudul “ Asuhan Kebidanan Berkelanjutan Pada Ny. A.M di Pustu Maulafa Periode Tanggal 18 Februari sampai 18 Mei 2019” dengan baik dan tepat waktu.

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

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

1. Ragu Harming Kristina, SKM.,M.Kes, selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kupang.
2. Dr. Mareta B. Bakoil, SST.,MPH, selaku Ketua Jurusan Kebidanan Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kupang.
3. Bringiwatty Batbual,Amd.Keb.,S.Kep.Ns.,MSc, selaku penguji yang telah memberikan masukan arahan dan bimbingan serta motivasi kepada penulis, sehingga Laporan Tugas Akhir ini dapat terwujud.
4. Serlyansie V. Boimau, SST.,M.Pd, selaku pembimbing yang telah memberikan bimbingan, arahan, sehingga Laporan Tugas Akhir ini dapat terwujud.
5. Theresia F. Lay Rihi, Amd.Keb, selaku pembimbing lahan praktek beserta pegawai dan staf Pustu Maulafa yang telah memberi ijin dan membantu penelitian ini.
6. Orangtua tercinta (Bapak Hendrikus Joseph Tus dan Mama Victoria Sonbay), saudara-saudariku tersayang (Alm.kaka Sefri, kaka Elsy, kaka Heri, kaka Polo, kaka Ice, kaka Herlin), ipar (kaka Brem), ponakan termanis yang selalu menghibur (Jo, Thalia, Celin), pacar terkasih (My Ska) yang setia menemani selama 3 tahun ini, yang telah memberikan dukungan baik moril maupun

materil, serta kasih sayang yang tiada terkira dalam setiap langkah kaki penulis.

7. Seluruh teman-teman mahasiswa Jurusan Kebidanan Politeknik Kesehatan Kementrian Kesehatan Kupang yang telah memberikan dukungan baik berupa motivasi maupun kompetisi yang sehat dalam penyusunan Laporan Tugas Akhir ini.
8. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu, yang ikut andil dalam terwujudnya Laporan Tugas Akhir ini.

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

Kupang, Mei 2019

Penulis

DAFTAR ISI

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 SINGKATAN	xii
DAFTAR LAMPIRAN	xv
ABSTRAK	xvi
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Perumusan Masalah.....	5
C. Tujuan Penelitian.....	5
D. Manfaat Penelitian.....	6
E. Keaslian Penelitian	7
BAB II TINJAUAN TEORI	8
A. Konsep Dasar Kasus	8
1. Konsep Dasar Kehamilan	8
2. Konsep Dasar Persalinan	40
3. Konsep Dasar Bayi Baru Lahir.....	88
4. Konsep Dasar Nifas	103
5. Konsep Dasar KB	134
B. Kewenangan Bidan.....	137
C. Kerangka Teori	143
D. Kerangka Pikir	145

BAB III METODE LAPORAN KASUS	146
A. Jenis Laporan Kasus	146
B. Lokasi dan Waktu	146
C. Subyek Laporan Kasus	147
D. Instrumen Laporan Kasus	147
E. Teknik Pengumpulan Data	149
F. Triangulasi Data	151
G. Etika Penelitian.....	152
BAB IV TINJAUAN KASUS	153
A. Gambaran Lokasi Penelitian.....	153
B. Tinjauan Kasus	153
C. Pembahasan	200
BAB VI PENUTUP	214
A. Simpulan.....	214
B. Saran	215
DAFTAR PUSTAKA	

DAFTAR TABEL

	Halaman	
Tabel 2.1	Tambahan Kebutuhan Nutrisi Ibu Hamil	16
Tabel 2.2	Anjuran Makan Sehari Untuk Ibu Hamil	18
Tabel 2.3	Pemberian Vaksin TT	25
Tabel 2.4	Interval Pemberian Vaksin TT	25
Tabel 2.5	Skor Poedji Rochjati	30
Tabel 2.6	Kemajuan Persalinan	48
Tabel 2.7	APGAR Skor	99
Tabel 2.8	Jadwal Imunisasi Pada Neonatus	103
Tabel 2.9	Asuhan dan Jadwal Kunjungan Rumah	107
Tabel 2.10	Perubahan Normal Pada Uterus Selama Postpartum	108
Tabel 2.11	Perbedaan Masing-Masing Lochea	111
Tabel 4.1	Pola Kebiasaan Sehari-Hari	156
Tabel 4.2	Diagnosa Masalah dan Data Dasar	160
Tabel 4.3	Pemantauan Ibu dan Bayi 2 jam Post Partum	183

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 2.1 Kerangka Pikir	145

DAFTAR SINGKATAN

ABPK	: Alat Bantu Pengambilan Keputusan
AIDS	: <i>Acquired Immonudeficiency Syndrome</i>
AKB	: Angka Kematian Bayi
AKBK	: Alat Kontrasepsi Bawah Kulit
AKDR	: Alat Kontrasepsi Dalam Rahim
AKI	: Angka Kematian Ibu
ANC	: <i>Antenatal Care</i>
ASI	: Air Susu Ibu
ATP	: <i>Adenosine Tri Posphate</i>
BAB	: Buang Air Besar
BAK	: Buang Air Kecil
Balita	: Bawah Lima Tahun
BB	: Berat Badan
BBL	: Bayi Baru Lahir
BBLR	: Berat Badan Lahir Rendah
BMR	: <i>Basal Metabolic Rate</i>
Ca	: Kalsium
Cc	: Centimeter kubik
CD	: <i>Conjugata diagonalis</i>
Cm	: Centimeter
CO ₂	: Karbondioksida
CPD	: <i>Cephalo Pelvic Disproportion</i>
CV	: <i>Conjugata vera</i>
CVA	: <i>Cerebro Vasculas Accident</i>
Depkes	: Departemen Kesehatan
Dinkes	: Dinas Kesehatan
DJJ	: Denyut Jantung Janin
DII	: Dan lain – lain
DMPA	: <i>Depo Medroksi Progesteron Asetat</i>
DTT	: Desinfeksi Tingkat Tinggi
EDC	: <i>Estimated Date of Confinement</i>
EDD	: <i>Estimated Date of Delivery</i>
F	: Fosfor
FSH	: <i>Follicle Stimulating Hormone</i>
GCS	: <i>Glasgow Coma Scale</i>
Gr	: Gram
HB	: Hemoglobin
hCG	: <i>Human Chorionic Gonadotropin</i>
HCL	: <i>Hidrogen Clorida</i>
HIV	: <i>Human Immunodeficiency Virus</i>
HPHT	: Hari Pertama Haid Terakhir

HPL	: <i>Human Placenta Lactogen</i>
igA	: Imunoglobulin A
IgE	: Imunoglobulin E
igM	: Imunoglobulin M
IM	: Intra Muskular
IMD	: Inisiasi Menyusu Dini
IMS	: Infeksi Menular Seksual
INC	: <i>Intranatal Care</i>
ISK	: Infeksi Saluran Kencing
IU	: Internasional Unit
IUD	: <i>Intra Uterine Device</i>
JNPK-KR	: Jaringan Nasional Pelatihan Klinis – Kesehatan Reproduksi
K1	: Pemeriksaan Kesehatan Pertama
K4	: Kontak minimal 4 kali
KB	: Keluarga Berencana
KEK	: Kekurangan Energi Kronik
Kemenkes	: Kementerian Kesehatan
KET	: Kehamilan Ektopik Terganggu
KF	: Kunjungan Nifas
Kg	: Kilogram
KH	: Kelahiran Hidup
KIA	: Kesehatan Ibu dan Anak
KIE	: Komunikasi Informasi dan Edukasi
KK	: Kepala Keluarga
KMS	: Kartu Menuju Sehat
KN	: Kunjungan Neonatus
KN1	: Kunjungan Neonatus pertama
KN3	: Kunjungan Neonatus ketiga
KRR	: Kehamilan Resiko Rendah
KRST	: Kehamilan Resiko Sangat Tinggi
KRT	: Kehamilan Resiko Tinggi
KSPR	: Kartu Skor Poedji Rochjati
Lansia	: Lanjut Usia
LH	: <i>Luteinizing Hormone</i>
LILA	: Lingkar Lengan Atas
MDGs	: <i>Millenium Development Goal's</i>
Mg	: Miligram
mmHg	: Milimeter Hidrogium
MTBS	: Manajemen Terpadu Balita Sakit
NTT	: Nusa Tenggara Timur
Ny	: Nyonya
O ₂	: Oksigen
P4K	: Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi
PAP	: Pintu Atas Panggul
PITC	: <i>Provider Initiated Testing And Counselling</i>
PKK	: Pembina Kesejahteraan Keluarga

PNC	: <i>Postnatal Care</i>
Posyandu	: Pos Pelayanan Terpadu
Prov.	: Provinsi
PRP	: Penyakit Radang Panggul
Puskesmas	: Pusat Kesehatan Masyarakat
Pustu	: Puskesmas Pembantu
PWS	: Pemantauan Wilayah Setempat
Px	: <i>Proccecus Xyphoideus</i>
Renstra	: Rencana Strategi
RI	: Republik Indonesia
RS	: Rumah Sakit
RT	: Rukun Tetangga
RW	: Rukun Warga
S.I	: Satuan Internasional
SAR	: Segmen Atas Rahim
SBR	: Segmen Bawah Rahim
SD	: Sekolah Dasar
SDKI	: Survey Demografi dan Kesehatan Indonesia
SOAP	: Subyektif, Objektif, Assessment, Penatalaksanaan
SpOG	: Spesialis Obgyn dan Ginekologi
TB	: Tinggi Badan
TBBJ	: Tafsiran Berat Badan Janin
TBC	: Tuberkulosis
TFU	: Tinggi Fundus Uteri
TM	: Trimester
TT	: Tetanus Toksoid
UK	: Usia Kehamilan
USG	: <i>Ultrasonography</i>
VT	: <i>Vaginal Toucher</i>
WHO	: <i>World Health Organization</i>
WITA	: Waktu Indonesia Tengah

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Kartu Konsultasi Laporan Tugas Akhir
- Lampiran 2 Lembar Persetujuan Responden
- Lampiran 3 Partograf
- Lampiran 4 Dokumentasi
- Lampiran 5 Buku KIA
- Lampiran 6 Leaflet

ABSTRAK

Kementrian Kesehatan RI
Politeknik Kesehatan
Kemenkes Kupang
Jurusan Kebidanan
Laporan Tugas Akhir
Mei 2019

Elfrida Maria Tus

“Asuhan Kebidanan Berkelanjutan pada Ny. A.M di Puskesmas Pembantu Maulafa”

Latar Belakang : Asuhan Kebidanan Komprehensif adalah Asuhan Kebidanan yang dilakukan mulai dari *Antenatal Care*, *Intranatal Care*, *Postnatal Care*, dan Bayi Baru Lahir secara berkelanjutan pada ibu hamil. Berdasarkan data PWS KIA (2017) Puskesmas Pembantu Maulafa, indikator cakupan KIA : K1 sebesar 289 orang, K4 sebesar 278 orang, pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan sebesar 281 atau 56%, jumlah peserta KB baru 334 orang. Beberapa kasus dirujuk dari Pustu Maulafa yang dirujuk ke Rumah Sakit Swasta dan Rumah Sakit Umum. Rujukan dengan kasus hipertensi 5 orang, HbSAg (+) ada 2 orang, KPD ada 5 orang, letak sungsang 1 orang, letak lintang 2 orang, serotinus 9 orang, dan abortus 1 orang.

Tujuan : Mampu memberikan asuhan kebidanan berkelanjutan pada ibu A.M di Puskesmas Pembantu Maulafa.

Metode Studi Kasus : Ini menggunakan metode studi penelaahan kasus (*case study*). Lokasi di Puskesmas Pembantu Maulafa, subyek ibu A.M. Menggunakan format asuhan kebidanan pada ibu hamil sampai nifas dengan menggunakan metode SOAP, teknik pengumpulan data menggunakan data primer dan data sekunder.

Hasil Studi Kasus : Berdasarkan asuhan yang diberikan diperoleh hasil : telah dilakukan pengkajian data subyektif, data obyektif, serta interpretasi data diperoleh diagnosa kebidanan Ny. A.M G₁P₀A₀AH₀ usia kehamilan 40 minggu janin hidup tunggal intrauterin letak kepala dengan keadaan ibu dan janin baik. Persalinan dengan 60 langkah APN. Persalinan berjalan dengan normal tanpa ada penyulit dan komplikasi yang menyertai. Asuhan bayi baru lahir kepada bayi Ny. A.M yang berjenis kelamin laki-laki, BB 3200 gram, PB 49 cm, LK 33 cm, LD 33 cm, LP 32 cm. Tidak ditemukan adanya cacat serta tanda bahaya saat pemeriksaan dan pemantauan bayi. Selama pemantauan masa nifas, berlangsung dengan baik dan tidak ditemukan komplikasi atau tanda bahaya dan ibu memutuskan untuk menggunakan KB suntik 3 bulan.

Kesimpulan : Asuhan kebidanan berkelanjutan yang diberikan kepada ibu A.M sebagian besar telah dilakukan dengan baik dan sistematis, serta ibu dan bayi sehat hingga masa nifas dan mengikuti KB.

Kata Kunci : Asuhan kebidanan berkelanjutan hamil, bersalin, bayi baru lahir, nifas, KB.

Kepustakaan : 30 buku (2009-2016)

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Kehamilan didefinisikan sebagai fertilisasi atau penyatuan dari spermatozoa dan ovum dan dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi. Bila dihitung dari saat fertilisasi hingga lahirnya bayi, kehamilan normal akan berlangsung dalam waktu 40 minggu atau 10 bulan atau 9 bulan menurut kalender internasional. Kehamilan terbagi atas 3 trimester, dimana trimester pertama berlangsung dalam 12 minggu, trimester kedua 15 minggu, dan trimester ketiga 13 minggu (Prawirohardjo, 2009).

Asuhan kebidanan berkelanjutan adalah pelayanan yang dicapai ketika terjalin hubungan yang terus menerus antara seorang wanita dan bidan. Tujuan asuhan komprehensif yang diberikan yaitu untuk memberikan asuhan kebidanan komprehensif secara intensif kepada ibu selama masa kehamilan, persalinan, nifas, bayi baru lahir dan keluarga berencana sehingga mencegah agar tidak terjadi komplikasi (Pratami, 2014).

Sekitar 500.000 wanita hamil di dunia menjadi korban proses setiap tahun. Sekitar 4 juta bayi meninggal karena sebagian besar penanganan kehamilan dan persalinan yang kurang bermutu. Sebagian besar kematian ibu dan bayi tersebut terjadi di negara berkembang termasuk Indonesia. WHO memperkirakan 15.000 dari sekitar 4,5 juta wanita melahirkan di Indonesia mengalami komplikasi yang menyebabkan kematian (Asri.dkk, 2010).

Salah satu indikator terpenting untuk menilai kualitas pelayanan obstetrik dan ginekologi di suatu wilayah adalah dengan melihat Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB) di wilayah tersebut. Kematian ibu (*maternal death*) adalah jumlah kematian ibu selama masa kehamilan, persalinan, dan nifas atau pengelolaannya tetapi bukan karena sebab-sebab lain seperti kecelakaan atau terjatuh di setiap 100.000 kelahiran hidup (Profil Kesehatan RI, hal.105, 2017).

AKI dan AKB di Indonesia lebih tinggi dibandingkan dengan negara-negara tetangga. Hal ini dikarenakan persalinan masih banyak dilakukan di rumah. Sementara itu, salah satu target MDGs tahun 2015 dalam menurunkan AKI dan AKB menjadi prioritas utama dalam pembangunan kesehatan di Indonesia (Kemenkes, 2015).

Masalah kesehatan Ibu dan Anak merupakan masalah internasional yang penanganannya termasuk dalam MDGS (*Millennium Development Goals*). Target MDGS tahun 2015 Angka Kematian Ibu (AKI) harus mencapai 102 per 100.000 Kelahiran Hidup dan Angka Kematian Bayi (AKB) mencapai 32 per 100.000 kelahiran hidup. Berdasarkan Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2012, AKI (yang berkaitan dengan kehamilan, persalinan, dan nifas) sebesar 359 kematian per 100.000 kelahiran hidup dibanding tahun 2007 sebanyak 228 per 100.000 kelahiran hidup. Angka Kematian Bayi (AKB) pada tahun 2012 sebesar 19 per 1.000 kelahiran hidup. Departemen Kesehatan (Depkes) menargetkan penurunan AKI di Indonesia pada tahun 2015 adalah 102 kematian per 100.000 Kelahiran Hidup dan penurunan AKB pada tahun 2015 adalah menjadi 22 kematian per 1.000 Kelahiran Hidup (Kemenkes RI, 2015).

Berdasarkan data profil kesehatan Indonesia tahun 2018 cakupan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan secara nasional pada tahun 2018 adalah sebesar 93,63%. Sementara itu jika dilihat dari cakupan persalinan yang ditolong oleh tenaga kesehatan terlatih menurut provinsi di Indonesia pada tahun 2013, tiga provinsi dengan cakupan tertinggi adalah provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta dengan cakupan 100%, propinsi Bali 99,87% dan DKI Jakarta 99,72%. Sedangkan tiga propinsi dengan cakupan terendah adalah Maluku Utara 75,94%, Maluku 63,66%, dan Papua 61,55% (Data Profil Kesehatan Indonesia, 2018).

Faktor yang berkontribusi terhadap kematian ibu secara garis besar dapat dikelompokkan menjadi penyebab langsung dan penyebab tidak langsung. Penyebab kematian langsung keamatan pada ibu adalah faktor

yang berhubungan dengan komplikasi kehamilan, persalinan, dan nifas seperti perdarahan, preeklamsi, eklamsi, infeksi, persalinan macet dan abortus. Penyebab tidak langsung kematian ibu adalah faktor-faktor yang memperberat keadaan ibu hamil seperti 4 terlalu yaitu terlalu muda (< 14 tahun), terlalu tua (> 35 tahun), terlalu sering melahirkan (< 4), dan terlalu dekat jarak kelahiran (< 2 tahun) dan yang mempersulit proses penanganan kedaruratan kehamilan, persalinan dan nifas seperti 3 terlambat yaitu terlambat mengenali tanda bahaya, terlambat mengambil keputusan, terlambat mencapai fasilitas kesehatan dan terlambat dalam penanganan kegawatdaruratan (Kemenkes, 2018).

Laporan Profil Kesehatan Kabupaten/Kota se-Provinsi NTT pada tahun 2016 persentase rata-rata cakupan kunjungan ibu hamil (K1) di Kota Kupang sebesar 98,60%, sedangkan pada tahun 2015 sebesar 97,70%, berarti terjadi kenaikan sebanyak 0,90%, sedangkan target yang harus dicapai adalah sebesar 100%, berarti untuk capaian cakupan K1 ini belum tercapai. Persentase rata-rata cakupan kunjungan ibu hamil (K4) tahun 2016 sebesar 83,90%, sedangkan target pencapaian K4 yang harus dicapai sesuai Renstra Dinkes. Prov. NTT sebesar 95%, berarti belum mencapai target (Dinkes Kota Kupang, 2016).

Setiap ibu hamil dapat diharapkan melakukan pelayanan pemeriksaan antenatal sekurang-kurangnya empat kali selama masa kehamilan. Standar waktu pelayanan tersebut dianjurkan untuk menjamin perlindungan terhadap ibu hamil dan atau janin berupa deteksi dini faktor risiko, pencegahan, dan penanganan dini komplikasi kehamilan (Kemenkes RI, 2015).

Sasaran ibu hamil di Pustu Maulafa 859 orang. Cakupan K1 sebanyak 289 orang atau dari target cakupan 100%, cakupan K4 sebanyak 278 orang atau dari target cakupan 100%, cakupan ibu hamil resiko tinggi sebanyak 107 orang atau dari target cakupan 100%, cakupan neonatus sebanyak 214 bayi atau 59 % dari target cakupan 100%, dan cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan 213 orang atau 56 % dari target cakupan

100%, jumlah akseptor KB pada tahun 2018 di Pustu Maulafa sebanyak 610 orang yang terdiri dari IUD 105 orang, Implant 65 orang, Suntik 334 orang, MOW 40 orang, MOP 3 orang, Kondom 12 orang dan Pil 51 orang (PWS KIA Pustu Maulafa periode Januari s/d Desember 2018).

Beberapa kasus dirujuk dari Pustu Maulafa yang dirujuk ke Rumah Sakit Swasta dan Rumah Sakit Umum. Rujukan dengan kasus hipertensi 5 orang, HbSAg (+) ada 2 orang, KPD ada 5 orang, letak sungsang 1 orang, letak lintang 2 orang, serotinus 9 orang, dan abortus 1 orang. Berdasarkan hasil yang telah dicapai oleh Pustu Maulafa menunjukkan adanya dalam pelayanan kesehatan (Profil Kesehatan Pustu Maulafa, 2018).

Upaya mempercepat penurunan AKI di Pustu Maulafa melaksanakan pelayanan ANC terpadu sesuai kebijakan Kemenkes (2013) dengan standar ANC 14 T melalui : timbang berat badan dan ukur tinggi badan; ukur tekanan darah; nilai status gizi (ukur lingkar lengan atas atau LILA); ukur tinggi rahim; tentukan presentasi janin; skrining status imunisasi tetanus dan berikan imunisasi tetanus toksoid (TT) bila diperlukan; beri tablet tambah darah (tablet zat besi); periksa laboratorium; temu wicara atau konseling; tatalaksana atau penanganan kasus; pemeriksaan VDRL (*Veneral Disease Research Lab*); pemeriksaan protein urine dan urine reduksi; pemberian obat malaria; pemberian obat gondok. Standar 14 T yang sudah disebutkan di atas perlu diperhatikan oleh tenaga kesehatan dalam mendeteksi dan mencegah peningkatan AKI dan AKB, dan memberitahu ibu hamil untuk melakukan kunjungan ANC paling sedikit 4 kali kunjungan. Trimester I (0-12 minggu) sebanyak 1 kali, Trimester II (13-28 minggu) sebanyak 1 kali, dan Trimester III (> 28 minggu sampai dengan kelahiran) sebanyak 2 kali.

Berdasarkan uraian di atas, penulis tertarik untuk melakukan asuhan kebidanan secara berkelanjutan pada Ny. A.M di Pustu Maulafa periode 18 Februari sampai 18 Mei 2019.

B. Perumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang di atas, maka dapat dirumuskan permasalahan dalam penulisan ini yaitu : Bagaimana Asuhan Kebidanan Berkelanjutan Pada Ny. A.M di Pustu Maulafa Periode 18 Februari sampai dengan 18 Mei 2019 ?

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Menerapkan Asuhan Kebidanan Berkelanjutan Pada Ny. A.M di Pustu Maulafa Periode 18 Februari sampai 18 Mei 2019

2. Tujuan Khusus

a. Melakukan asuhan kebidanan pada ibu hamil Ny. A.M di Pustu Maulafa periode 18 Februari sampai 18 Mei 2019

b. Melakukan asuhan kebidanan pada ibu bersalin Ny. A.M di Pustu Maulafa periode 18 Februari sampai 18 Mei 2019

c. Melakukan asuhan kebidanan pada ibu nifas Ny. A.M di Pustu Maulafa periode 18 Februari sampai 18 Mei 2019

d. Melakukan asuhan kebidanan pada Bayi Baru Lahir pada Bayi Ny. A.M di Pustu Maulafa periode 18 Februari sampai 18 Mei 2019

e. Melakukan asuhan kebidanan KB pada Ny. A.M di Pustu Maulafa periode 18 Februari sampai 18 Mei 2019

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat Teoritis

Laporan studi kasus ini dapat dijadikan sumber pengetahuan ilmiah dan memberi tambahan referensi tentang Asuhan Kebidanan Berkelanjutan Pada Ibu Hamil, Bersalin, Nifas, Bayi Baru Lahir, dan KB.

2. Manfaat Aplikatif

a. Bagi Penulis

Penulis dapat menerapkan teori yang telah didapatkan di bangku perkuliahan dalam praktek di lahan dan menambah wawasan pengetahuan serta memperoleh pengalaman secara langsung dalam

memberikan Asuhan Kebidanan Berkelanjutan Pada Ibu Hamil, Bersalin, Nifas, Bayi Baru Lahir, dan KB.

b. Bagi Institusi Jurusan Kebidanan

Laporan studi kasus ini dapat dimanfaatkan sebagai referensi dan sumber bacaan tentang Asuhan Kebidanan Berkelanjutan Pada Ibu Hamil, Bersalin, Nifas, Bayi Baru Lahir, dan KB.

c. Bagi Profesi Bidan di Pustu Maulafa

Hasil studi kasus ini dapat dijadikan sebagai sumbangan teoritis maupun aplikatif bagi profesi bidan dalam memberikan Asuhan Kebidanan Berkelanjutan Pada Ibu Hamil, Bersalin, Nifas, Bayi Baru Lahir, dan KB di Pustu Maulafa.

d. Bagi Klien dan Masyarakat

Agar klien maupun masyarakat bisa melakukan deteksi dini dari Asuhan Kebidanan Berkelanjutan Pada Ibu Hamil, Bersalin, Nifas, Bayi Baru Lahir, dan KB, sehingga memungkinkan segera mendapat pertolongan medis.

E. Keaslian Penelitian

Laporan kasus terdahulu yang mirip dengan laporan kasus penulis adalah Amanda, 2013 dengan judul “Laporan Asuhan Kebidanan Komprehensif pada Ny. L G1P0A0AH0 Tanggal 10 Oktober 2013 sampai 14 November 2013 di BPM Wardiah, Amd.Keb Kecamatan Jangka Kabupaten Bireuen”. Laporan kasus sebelumnya bertujuan untuk meningkatkan pemahaman dan penerapan manajemen asuhan kebidanan secara komprehensif pada Ny. L G1P0A0AH0 mulai dari kehamilan, persalinan, nifas, dan bayi baru lahir. Laporan kasus menggunakan pendokumentasian manajemen 7 langkah Varney (Pengumpulan data dasar, interpretasi data dasar, mengidentifikasi diagnosa atau masalah potensial, mengidentifikasi kebutuhan yang memerlukan penanganan segera, merencanakan asuhan yang menyeluruh, melaksanakan rencana asuhan dan melakukan evaluasi).

Perbedaan dengan laporan kasus penulis sekarang, tujuan dari laporan kasus adalah untuk meningkatkan pemahaman dengan menerapkan asuhan kebidanan pada ibu hamil, bersalin, nifas, dan bayi baru lahir dengan menggunakan metode pendokumentasian manajemen 7 langkah Varney (Pengumpulan data dasar, interpretasi data dasar, mengidentifikasi diagnosa atau masalah potensial, mengidentifikasi kebutuhan yang memerlukan penanganan segera, merencanakan asuhan yang menyeluruh, melaksanakan rencana asuhan dan melakukan evaluasi), serta pendokumentasian catatan perkembangan SOAP yaitu subyektif, obyektif, analisa masalah atau kebutuhan dan penatalaksanaan dari masalah dan kebutuhan ibu secara komprehensif. Tanggal dilakukan penelitian oleh penulis terdahulu yaitu tanggal 10 Oktober 2013 sampai 14 November 2013 di BPM Wardiah, Amd.Keb Kecamatan Jangka Kabupaten Bireuen, sedangkan penulis sekarang melakukan penelitian pada 18 Februari sampai 18 Mei 2019 di Pustu Maulafa Kecamatan Maulafa Kota Kupang.

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. Konsep Dasar Kasus

1. Konsep Dasar Kehamilan

a. Pengertian

Kehamilan didefinisikan sebagai fertilisasi atau penyatuan dari spermatozoa dan ovum dan dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi (Saifuddin, 2009).

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).

Menurut Federasi Obstetri Ginekologi Internasional, kehamilan didefinisikan sebagai fertilisasi atau penyatuan dari spermatozoa dan ovum dan dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi. Bila dihitung dari saat fertilisasi hingga lahirnya bayi, kehamilan normal akan berlangsung dalam waktu 40 minggu atau 10 bulan atau 9 bulan (Prawirohardjo, 2010).

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

Berdasarkan beberapa pengertian di atas maka dapat disimpulkan, kehamilan adalah fertilisasi atau penyatuan spermatozoa dengan ovum dilanjutkan dengan nidasi sampai lahirnya janin yang normalnya akan berlangsung dalam waktu 280 hari atau 40 minggu dari hari pertama haid terakhir.

b. Tanda Pasati Kehamilan

1) Denyut Jantung Janin (DJJ)

Dapat didengar dengan *stetoskop laenec* pada minggu ke 17-18. Lebih lambat pada orang gemuk. DJJ dapat didengar lebih awal dengan *stetoskope ultrasonic* (Doppler), sekitar minggu ke 12. Melakukan auskultasi pada janin bisa juga mengidentifikasi bunyi-bunyi yang lain, seperti bising tali pusat, bising uterus dan nadi ibu (Romauli, 2011).

2) Gerakan Janin Dalam Rahim

Gerakan janin bermula pada usia kehamilan mencapai 12 minggu tetapi baru dapat dirasakan ibu pada usia kehamilan 16-20 minggu karena di usia kehamilan tersebut, ibu hamil dapat merasakan gerakan halus hingga tendangan kaki bayi. Bagian-bagian tubuh bayi juga dapat dipalpasi dengan mudah mulai usia kehamilan 20 minggu. Fenomena bandul atau pantulan balik yang disebut dengan *ballotement* juga merupakan tanda adanya janin di dalam uterus (Romauli, 2011).

3) Tanda *Braxton-Hiks*

Uterus mudah berkontraksi bila dirangsang. Tanda ini khas untuk uterus dalam masa hamil. Keadaan uterus yang membesar tetapi tidak ada kehamilan dapat terjadi pada mioma uteri, maka tanda ini tidak ditemukan (Romauli, 2011).

4) Terlihat kerangka janin pada pemeriksaan sinar rontgen

Dengan menggunakan USG dapat terlihat gambaran janin, dan diameter biparetalis hingga dapat diperkirakan tuanya kehamilan (Nugroho, dkk 2014).

c. Klasifikasi Usia Kehamilan

Menurut Marmi (2014) usia kehamilan dibagi menjadi 3 yaitu kehamilan triwulan I (0 – 12minggu), kehamilan triwulan II (12-28 minggu), dan kehamilan triwulan III (28 – 40minggu).

Pada kehamilan triwulan III (28-40 minggu), perkembangan kehamilan sangat pesat. Masa ini disebut masa pematangan. Tubuh telah siap untuk proses persalinan. Payudara sudah mengeluarkan kolostrum. Pengeluaran hormon estrogen dan progesteron sudah mulai berkurang. Terkadang akan timbul kontraksi atau his pada uterus. Janin yang lahir pada masa ini telah dapat hidup atau *viable* (Marmi, 2014).

d. Tanda-Tanda Persalinan

- 1) *Lightening* yaitu kepala turun memasuki pintu atas panggul (PAP) terutama pada primi para.
- 2) Perut kelihatan lebih besar atau melebar, fundus uteri menurun.
- 3) Pola kesuria dan sasuk miksi karena kandung kemih tertekan bagian bawah janin.
- 4) *False labour pain* yaitu perasaan sakit di perut dan pinggang karena adanya kontraksi lemah dari uterus.
- 5) Serviks menjadi lembek, mendatar dan mengeluarkan sekresi lendir, darah dari vagina (*bloody show*) (Prawirohardjo, 2015).

e. Perubahan Fisiologis dan Psikologis Kehamilan Trimester III

1) Perubahan Fisiologis

Kehamilan trimester III sering disebut periode penantian dengan penuh kewaspadaan. Pada kehamilan trimester akhir, ibu hamil akan merasakan ketidaknyamanan fisik yang semakin kuat menjelang akhir kehamilan (Pantikawati, 2010). Menurut Pantikawati tahun 2010, perubahan fisiologis ibu hamil trimester III sebagai berikut :

a) Uterus

Pada kehamilan trimester III, istmus uteri lebih nyata menjadi bagian korpus uteri dan berkembang menjadi Segmen Bawah Rahim (SBR). Pada kehamilan tua 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 fisiologis dinding uterus.

b) Sistem Payudara

Pada kehamilan trimester III pertumbuhan kelenjar mammae membuat ukuran payudara semakin meningkat. Pada kehamilan 32 minggu, warna cairan agak putih seperti air susu yang sangat encer. Dari kehamilan 32 minggu sampai anak lahir, cairan yang keluar lebih kental, berwarna kuning, dan banyak mengandung lemak. Cairan ini disebut kolostrum.

c) Sistem Traktus Urinarius

Pada akhir kehamilan kepala janin mulai turun ke pintun 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

Pada kehamilan 32 minggu ke atas karena usus tertekan uterus yang membesar ke arah diafragma sehingga diafragma kurang leluasa bergerak mengakibatkan kebanyakan wanita hamil mengalami kesulitan bernafas.

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. Pada kehamilan terutama trimester III, terjadi peningkatan jumlah granulosit dan limfosit dan secara bersamaan limfosit dan monosit.

g) Sistem Integumen

Pada 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*. Pada multipara, selain *striae* kemerahan itu seringkali ditemukan garis berwarna perak berkilau yang merupakan sikatrik dari *striae* sebelumnya. Pada kebanyakan perempuan, kulit di garis pertengahan perut akan berubah menjadi hitam kecoklatan yang disebut *linea nigra*. Kadang-kadang muncul dalam ukuran yang variasi pada wajah dan leher yang disebut dengan *chloasma* atau *melasma gravidarum*, selain itu pada aerola 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.

i) Sistem Metabolisme

Perubahan metabolisme adalah metabolisme basal naik sebesar 15%-20% dari semula terutama pada trimester ke III.

(1) Keseimbangan asam basa mengalami penurunan dari 155 mEq 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. Dalam makanan diperlukan protein tinggal $\frac{1}{2}$ gr/kg BB atau sebutir telur ayam sehari. Kebutuhan kalori didapat dari karbohidrat, lemak dan protein.

(3) Kebutuhan zat mineral untuk ibu hamil meliputi :

(a) Fosfor rata-rata 2 gram dalam sehari

(b) Zat besi, 800 mgr atau 30-50 mgr sehari.

(c) Ibu hamil memerlukan air cukup banyak dan dapat terjadi retensi air (Romauli, 2011).

j) Sistem Berat Badan dan Indeks Masa Tubuh

Kenaikan berat badan sendiri sekitar 5,5 kg dan sampai akhir kehamilan 11-12 kg. Cara yang dipakai untuk menentukan berat badan menurut tinggi badan adalah dengan menggunakan indeks masa tubuh yaitu dengan

rumus berat badan dibagi tinggi badan pangkat 2. Pertambahan berat badan ibu hamil menggambarkan status gizi selama hamil, oleh karena itu perlu dipantau setiap bulan. Jika terdapat keterlambatan dalam penambahan berat badan ibu, ini dapat mengindikasikan adanya malnutrisi sehingga dapat menyebabkan gangguan pertumbuhan janin intra uteri (Romauli, 2011).

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% (Romauli, 2011).

(2) Pembekuan Darah

Pembekuan darah adalah proses yang majemuk dan berbagai faktor diperlukan untuk melaksanakan pembekuan darah. Trombin adalah alat dalam mengubah fibrinogen menjadi benang fibrin. Trombin tidak ada dalam darah normal yang masih dalam pembuluh. Protrombin yang kemudian diubah menjadi zat aktif trombin oleh kerja trombokinase. Trombokinase dan tromboplastin adalah zat penggerak yang dilepaskan di tempat yang luka (Romauli, 2011).

l) Sistem Persyarafan

Perubahan fungsi sistem neurologi selama masa hamil, selain perubahan-perubahan neuro hormonal hipotalami-

hipofisis. Perubahan fisiologik spesifik akibat kehamilan dapat terjadi timbulnya gejala neurologi dan neuromuscular berikut :

- (1) Kompresi saraf panggul atau statis vaskular akibat pembesaran uterus dapat menyebabkan perubahan sensori di tungkai bawah.
- (2) Lordosis dan dorso lumbal 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 pingsan dan bahkan pingsan (sinkop) sering terjadi di awal kehamilan.
- (5) Nyeri kepala akibat ketegangan timbul pada saat ibu merasa cemas dan tidak pasti tentang kehamilannya.
- (6) Akroestesia (gatal di tangan) yang timbul akibat posisi bahu yang membungkuk, dirasakan pada beberapa wanita selama hamil.
- (7) Edema yang melibatkan saraf periver dapat menyebabkan *carpal tunnel syndrome* selama trimester akhir kehamilan (Romauli, 2011).

2) Perubahan Psikologi

Kehamilan trimester ketiga adalah waktu untuk mempersiapkan kelahiran dan kedudukan sebagai orangtua. 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 (Pantikawati, 2010).

f. Kebutuhan Dasar Ibu Hamil Trimester III

Menurut Walyani tahun 2015 kebutuhan fisik seorang ibu hamil adalah sebagai berikut :

1) Nutrisi

Tabel 2.1 Tambahan Kebutuhan Nutrisi Ibu Hamil

Nutrisi	Kebutuhan Tidak Hamil / Hari	Tambahan Kebutuhan Hamil / Hari
Kalori	2000-2200 kalori	300-500
Protein	75 gr	8-12 gr
Lemak	53 gr	Tetap
Fe	28 gr	2-4 gr
Ca	500 mg 3500 IU	600 mg 500 IU
Vitamin C	75 gr	30 mg
Asam Folat	180 gr	400 gr

Sumber : Kritiyanasari, 2010

a) Energi / Kalori

- (1) Sumber tenaga digunakan untuk tumbuh kembang janin dan prose perubahan biologis yang terjadi dalam tubuh yang meliputi pembentukan sel baru, pemberian makan ke bayi melalui plasenta, pembentukan enzim dan hormon penunjang pertumbuhan janin.
- (2) Untuk menjaga kesehatan ibu hamil.
- (3) Persiapan menjelang persalinan dan persiapan laktasi.

- (4) 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.
- (5) Sumber energi dapat diperoleh dari : karbohidrat sederhana seperti (gula, madu, sirup), karbohidrat kompleks seperti (nasi, mie, kentang), lemak seperti (minyak, margarin, mentega).

b) Protein

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

- (1) Kekurangan asupan protein berdampak buruk terhadap janin seperti IUGR, cacat bawaan, BBLR, dan keguguran.
- (2) Sumber protein dapat diperoleh dari sumber protein hewani yaitu daging, ikan, ayam, telur dan sumber protein nabati yaitu tempe, tahu, dan kacang-kacangan.

c) Lemak

Dibutuhkan sebagai sumber kalori untuk persiapan menjelang persalinan dan untuk mendapat vitamin A,D,E,K.

d) Vitamin

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

- (1) Vitamin A : pertumbuhan dan pemeliharaan kesehatan jaringan tubuh.
- (2) Vitamin B1 dan B2 : penghasil energi.

- (3) Vitamin B12 : membantu kelancaran pembentukan sel darah merah.
 - (4) Vitamin C : membantu meningkatkan absorpsi zat besi.
 - (5) Vitamin D : membantu absorpsi kalsium.
- e) Mineral
- Diperlukan 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, diet pada masa sebelum hamil dan selama hamil, lingkungan, psikologi.
- g) Pengaruh status gizi terhadap kehamilan
- Jika status gizi hamil buruk, maka dapat berpengaruh pada :
- (1) Janin : kegagalan pertumbuhan, BBLR, prematur, lahir mati, cacat bawaan, keguguran.
 - (2) Ibu hamil : anemia, produksi ASI kurang.
 - (3) Persalinan : SC, perdarahan, persalinan lama.
- h) Menyusun menu seimbang bagi ibu hamil (Kritiyanasari, 2010)

Tabel 2.2 Anjuran Makan Sehari Untuk Ibu Hamil

Bahan Makanan	Wanita	Ibu Hamil		
	Tidak 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

	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 : Bandiyah, 2009

2) Oksigen

Pada kehamilan terjadi perubahan pada sistem respirasi untuk dapat memenuhi kebutuhan O₂, disamping itu terjadi desakan diafragma karena dorongan rahim yang membesar. Sebagai kompensasi terjadinya desakan rahim dan kebutuhan O₂ yang meningkat, ibu hamil akan bernapas lebih dalam. Hal ini karena berhubungan dengan meningkatnya aktifitas paru-paru oleh karena selain untuk mencukupi kebutuhan O₂ ibu, juga harus mencukupi kebutuhan O₂ janin. Ibu hamil kadang-kadang merasakan sakit kepala, pusing ketika berada di keramaian misalnya di pasar, hal ini disebabkan karena kekurangan O₂. Untuk menghindari kejadian tersebut hendaknya ibu hamil menghindari tempat kerumunan banyak orang. Untuk memenuhi kecukupan O₂ yang meningkat, supaya melakukan jalan-jalan di pagi hari, duduk-duduk di bawah pohon yang rindang, berada di ruangan yang ventilasinya cukup (Siti Tyastuti, 2016).

3) Personal Hygiene

Kebersihan badan mengurangi kemungkinan infeksi, karena badan yang kotor banyak mengandung kuman. Pada ibu hamil karena bertambahnya aktifitas metabolisme tubuh maka ibu hamil cenderung menghasilkan keringat yang berlebih, sehingga perlu menjaga kebersihan badan secara ekstra disamping itu menjaga kebersihan badan juga untuk mendapatkan rasa nyaman bagi tubuh (Siti Tyastuti, 2016).

Hal kebersihan harus dijaga pada masa hamil. Menjaga kebersihan diri terutama lipatan kulit (ketiak, bawah payudara, 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

Pakaian yang dianjurkan untuk ibu hamil adalah pakaian yang longgar, nyaman dipakai, tanpa sabuk atau pita yang menekan bagian perut atau pergelangan tangan karena akan mengganggu sirkulasi darah. *Stocking* tungkai yang sering dipakai sebagian wanita tidak dianjurkan karena dapat menghambat sirkulasi darah. Pakaian dalam atas (BH) dianjurkan yang longgar dan mempunyai kemampuan untuk menyangga payudara yang makin berkembang. Dalam memilih BH supaya yang memiliki tali bahu lebar sehingga tidak menimbulkan rasa sakit pada bahu. Sebaiknya memilih BH yang bahannya dari katun karena selain mudah dicuci juga jarang menimbulkan iritasi. Celana dalam sebaiknya berbahan katun yang mudah menyerap keringat atau air sehingga untuk mencegah kelembaban yang dapat menyebabkan gatal dan iritasi (Siti Tyastuti, 2016).

5) Eliminasi

a) Buang Air Besar (BAB)

Pada ibu hamil sering terjadi obstipasi. Obstipasi ini kemungkinan terjadi disebabkan oleh :

- (1) Kurang gerak badan
- (2) Hamil muda sering terjadi muntah dan kurang makan
- (3) Peristaltik usus kurang karena pengaruh hormon
- (4) Tekanan darah pada rektum oleh kepala janin

Dengan terjadinya obstipasi pada ibu hamil maka panggul terisi dengan rektum yang penuh feses selain membesarnya rahim, maka dapat menimbulkan bendungan di dalam panggul yang memudahkan timbulnya *haemorrhoid*. Hal tersebut dapat dikurangi dengan minum banyak air putih, gerak badan cukup, makan-makanan yang berserat seperti sayuran dan buah-buahan.

b) Buang Air Kecil (BAK)

Masalah buang air kecil tidak mengalami kesulitan, bahkan cukup lancar dan justru lebih sering BAK karena ada penekanan kandung kemih oleh pembesaran uterus. Dengan kehamilan terjadi perubahan hormonal, sehingga daerah kelamin menjadi lebih basah. Keadaan ini menyebabkan jamur (trikomona) tumbuh subur sehingga ibu hamil mengeluh gatal dan keputihan. Rasa gatal sangat mengganggu, sehingga sering digaruk dan menyebabkan saat berkemih sering sisa (residu) yang memudahkan terjadinya infeksi kandung kemih. Untuk melancarkan dan mengurangi infeksi kandung kemih yaitu dengan banyak minum dan menjaga kebersihan di daerah sekitar kelamin (Siti Tyastuti, 2016).

6) Mobilisasi

Ibu hamil boleh melakukan kegiatan atau aktivitas 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 (Roumali, 2011).

7) Body Mekanik

Secara anatomi, ligamen sendi putar dapat meningkatkan pelebaran atau pembesaran rahim pada ruang abdomen. Nyeri pada ligamen ini terjadi karena pelebaran dan tekanan pada ligamen karena adanya pembesaran rahim. Nyeri pada ligamen ini merupakan suatu ketidaknyamanan pada ibu hamil. Sikap tubuh yang perlu diperhatikan oleh ibu hamil yaitu :

a) Duduk

Ibu harus diingatkan untuk duduk bersandar di kursi dengan benar, pastikan bahwa tulang belakangnya tersangga dengan baik. Kursi dengan sandaran tinggi akan menyokong kepala dan bahu serta tungkai dapat relaksasi (Romauli, 2011).

b) Berdiri

Ibu perlu dianjurkan untuk berdiri dan berjalan tegak dengan menggunakan otot transversus dan dasar panggul. Berdiri diam terlalu lama dapat menyebabkan kelelahan dan ketegangan (Romauli, 2011).

c) Berjalan

Pada saat berjalan ibu hamil sebaiknya memakai sepatu atau sandal harus terasa pas, enak dan nyaman. Sepatu yang bertumit tinggi dan berujung lancip tidak baik bagi kaki, khususnya pada saat hamil ketika stabilitas tubuh

terganggu dan edema kaki sering terjadi. Sepatu yang alasnya licin atau berpaku bukan sepatu yang aman untuk ibu hamil (Siti Tyastuti, 2016).

d) Tidur

Dengan semakin membesarnya perut maka posisi tidur terlentang semakin tidak nyaman. Posisi tidur terlentang tidak dianjurkan pada ibu hamil karena dapat menekan pembuluh darah yang sangat penting yaitu vena cava inferior sehingga mengganggu oksigenasi dari ibu ke janin. Sbaiknya ibu hamil membiasakan dengan posisi miring ke kiri sehingga sampai hamil besar sudah terbiasa. Untuk memberikan kenyamanan maka letakkan guling diantara kedua kaki sambil kaki atas ditekuk dan kaki bawah lurus (Siti Tyastuti, 2016).

e) Bangun dari posisi berbaring

Ibu hamil sebaiknya tidak bangun tidur dengan langsung dan cepat, tapi dengan perlahan-lahan karena ibu hamil tidak boleh ada gerakan yang menghentak sehingga mengagetkan janin. Kalau akan bangun dari posisi baring, geser terlebih dahulu ke tepi tempat tidur, tekuk lutut kemudian miring (kalau memungkinkan miring ke kiri), kemudian dengan perlahan bangun dengan menahan tubuh dengan kedua tangan sambil menurunkan kedua kaki secara perlahan. Jaga posisi duduk beberapa saat sebelum berdiri (Siti Tyastuti, 2016).

f) Mengangkat beban dan mengambil barang

Mengangkat beban dan mengambil barang tidak boleh sambil membungkuk, tulang belakang harus selalu tegak, kaki sebelah kanan maju satu langkah, ambil barang kemudian berdiri dengan punggung tetap tegak. Ketika

mengangkat beban hendaknya dibawa dengan kedua tangan, jangan membawa beban dengan satu tangan sehingga posisi berdiri tidak seimbang, menyebabkan posisi tulang belakang bengkok dan tidak tegak (Siti Tyastuti).

8) Exercise / Senam Hamil

a) Secara umum, tujuan utama dari senam hamil adalah sebagai berikut :

(1) Mencegah terjadinya deformitas (cacat) kaki dan memelihara fungsi hati untuk dapat menahan berat badan yang semakin naik, nyeri kaki, varises, bengkak dan lain-lain.

(2) Melatih dan menguasai teknik pernapasan yang berperan penting dalam kehamilan dan proses persalinan. Dengan demikian proses relaksasi dapat berlangsung lebih cepat dan kebutuhan O₂ terpenuhi.

(3) Memperkuat dan mempertahankan elastisitas otot-otot dinding perut dan otot-otot dasar panggul.

(4) Membentuk sikap tubuh yang sempurna selama kehamilan, memperoleh relaksasi yang sempurna dengan latihan kontraksi dan relaksasi, mendukung ketenangan fisik.

b) Persyaratan yang harus diperhatikan untuk melakukan senam hamil adalah sebagai berikut :

(1) Kehamilan normal yang dimulai pada umur kehamilan 22 minggu.

(2) Diutamakan kehamilan pertama atau pada kehamilan berikutnya yang menjalani kesakitan persalinan atau melahirkan anak prematur pada persalinan sebelumnya.

(3) Latihan harus secara teratur dalam suasana yang tenang, berpakaian cukup longgar, menggunakan kasur atau matras (Marni, 2014).

9) Imunisasi

Imunisasi adalah suatu cara untuk meningkatkan kekebalan seseorang secara aktif terhadap suatu antigen. Vaksinasi dengan Tetanus Toksoid (TT), dianjurkan untuk dapat menurunkan angka kematian bayi karena infeksi tetanus. Vaksinasi tetanus toksoid dilakukan 2 kali selama hamil. Imunisasi TT sebaiknya diberikan pada ibu hamil dengan umur kehamilan antara satu bulan sampai tiga bulan sebelum melahirkan dengan jarak minimal empat minggu.

Tabel 2.3 Pemberian Vaksin TT

Antigen	Interval (Waktu Minimal)	Lama Perlindungan (Tahun)	% Perlindungan
TT 1	Pada kunjungan pertama (sedini mungkin pada kehamilan	-	-
TT 2	4 minggu setelah TT 1	3	80
TT 3	6 bulan setelah TT 2	5	95
TT 4	1 tahun setelah TT 3	10	99
TT 5	1 tahun setelah TT 4	25-seumur hidup	99

Catatan : Ibu yang belum pernah imunisasi DPT/TT/Td atau tidak tahu status imunisasinya. Ibu hamil harus untuk melengkapi imunisasinya sampai TT 5, tidak harus menunggu kehamilan berikutnya.

Tabel 2.4 Interval Pemberian Vaksin TT

Pernah (kali)	Interval (minimal)	Lama Perlindungan (Tahun)	% Perlindungan
1	TT 2, 4 minggu setelah TT 1 (pada kehamilan)	3	80
2	TT 3, 6 bulan setelah TT 2 (pada kehamilan, jika selang waktu minimal memenuhi)	5	95
3	TT 4, 1 tahun setelah TT 3	10	99
4	TT 5, 1 tahun setelah TT 4	25-seumur hidup	99
TT 5	Tidak perlu lagi	25-seumur hidup	99

Catatan : Untuk ibu yang sudah pernah mendapat imunisasi DPT/TT/Td. Sumber : (WHO, 2013)

10) Travelling

Wanita hamil harus berhati-hati melakukan perjalanan yang cenderung lama dan melelahkan, karena dapat menimbulkan ketidaknyamanan dan mengakibatkan gangguan sirkulasi atau oedema tungkai karena kaki tergantung terlalu lama. Bepergian dapat menimbulkan masalah lain seperti konstipasi atau diare karena asupan makanan dan minuman cenderung berbeda seperti biasanya karena akibat perjalanan yang melelahkan (Marmi, 2014).

11) Seksualitas

Menurut Walyani tahun 2015 hubungan seksual selama kehamilan tidak dilarang selama tidak ada riwayat penyakit seperti sering abortus, kelahiran prematur, perdarahan pervaginam, coitus harus dilakukan dengan hati-hati

terutama pada minggu terakhir kehamilan, bila ketuban sudah pecah, coitus dilarang karena dapat menyebabkan infeksi janin intrauterin. Pada 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.

12) Istirahat dan Tidur

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

g. Ketidaknyamanan Umum Pada Kehamilan Trimester III

1) Keputihan

Keputihan dapat disebabkan karena terjadinya peningkatan produksi kelenjar dan lendir endoservikal sebagai akibat dari peningkatan kadar estrogen (Marni, 2014). Cara mencegahnya yaitu tingkatkan kebersihan (*Personal Hygiene*), memakai pakaian dalam dari bahan katun, dan tingkatkan daya tahan tubuh dengan makan buah dan sayur (Romauli, 2011).

2) *Nocturia* (sering buang air kecil)

Pada trimester III, *nocturia* terjadi karena bagian terendah janin akan turun dan masuk ke dalam panggul dan menimbulkan tekanan langsung pada kandung kemih. Cara mengatasinya yakni perbanyak minum air pada siang hari tidak pada malam hari dan membatasi minuman yang

mengandung bahan kafein seperti kopi, soda, teh (Marmi, 2014).

3) Sesak Nafas

Sesak nafas ini biasanya mulai terjadi pada awal trimester II sampai akhir kehamilan. Ibu hamil dapat terserang sesak nafas oleh karena pembesaran uterus dan pergeseran organ-organ abdomen. Pembesaran uterus membuat pergeseran diafragma naik sekitar 4 cm. Ada kalanya terjadi peningkatan hormon progesteron membuat hyperventilasi. Untuk meringankan atau mencegah, bidan dapat menjelaskan penyebab fisiologisnya. Bidan juga dapat melatih ibu hamil untuk membiasakan dengan pernapasan normal. Ibu hamil juga harus tetap mengatur sikap tubuh yang baik, saat berdiri tegak dengan kedua tangan direntangkan di atas kepala kemudian menarik nafas panjang (Siti Tyastuti, 2016).

4) Konstipasi

Konstipasi terjadi akibat penurunan peristaltik yang disebabkan relaksasi otot polos pada usus besar ketika terjadi peningkatan jumlah progesteron. Cara mengatasinya yakni minum air 8 gelas per hari, mengkonsumsi makanan yang mengandung serat seperti buah dan sayur dan istirahat yang cukup (Marmi, 2014).

5) Haemoroid

Haemoroid selalu didahului dengan konstipasi, oleh sebab itu semua hal yang menyebabkan konstipasi berpotensi menyebabkan haemoroid. Cara mencegahnya yaitu dengan menghindari terjadinya konstipasi dan hindari mengejan saat defekasi (Marmi, 2014).

6) Oedema pada kaki

Hal ini disebabkan sirkulasi vena dan peningkatan tekanan pada vena bagian bawah. Gangguan sirkulasi ini disebabkan karena uterus membesar pada vena-vena panggul, saat ibu berdiri atau duduk terlalu lama dalam posisi terlentang. Cara mencegah yakni hindari posisi berbaring terlentang, hindari posisi berdiri untuk waktu yang lama, istirahat dengan berbaring ke kiri dengan kaki agak ditinggikan, angkat kaki ketika duduk atau istirahat, dan hindari pakaian yang ketat pada kaki (Marmi, 2014).

7) Varises pada kaki atau vulva

Varises disebabkan oleh hormon kehamilan dan sebagian terjadi karena keturunan. Pada kasus yang berat dapat terjadi infeksi dan bendungan berat. Bahaya yang paling penting adalah thrombosis yang dapat menimbulkan gangguan sirkulasi darah. Cara mengurangi atau mencegah yaitu hindari berdiri atau duduk terlalu lama, senam, hindari pakaian dan korset yang ketat serta tinggikan kaki saat berbaring atau duduk (Bandiyah, 2009).

h. Skor Poedji Rochjati

1) Pengertian

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 (Dian, 2007). Ukuran risiko dapat dituangkan dalam bentuk angka disebut skor. Skor merupakan bobot perkiraan dari berat atau ringannya risiko yang dihadapi oleh ibu hamil. Berdasarkan jumlah skor, kehamilan dibagi menjadi 3 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.

3) Fungsi Skor

- a) Sebagai alat Komunikasi Informasi dan Edukasi (KIE) bagi klien atau 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 rujukan. Dengan demikian berkembang perilaku untuk kesiapan mental, biaya dan transportasi ke rumah sakit untuk mendapatkan penanganan yang adekuat.
- b) Alat peringatan bagi petugas kesehatan agar lebih waspada. Lebih tinggi jumlah skor dibutuhkan lebih kritis penilaian atau pertimbangan klinis pada risiko tinggi dan lebih intensif penanganannya.

4) Cara Pemberian Skor

Tiap kondisi ibu hamil (umur dan paritas) dan faktor risiko diberi nilai 2, nilai 4, dan nilai 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).

Tabel 2.5 Skor Poedji Rochjati

KEL F.R	II NO	III Masalah / Faktor Resiko	SKOR	IV Triwulan			
				I	II	III.1	III.2
		Skor awal Ibu Hamil	2	2			
I	1	Terlalu muda hamil I ≤ 16 tahun	4				
	2	Terlalu tua hamil I ≥ 35 tahun	4				
		Terlalu lambat hamil I kawin ≥ 4 tahun	4				
	3	Terlalu lama hamil lagi ≤ 10 tahun	4				
	4	Terlalu cepat hamil lagi ≤ 2 tahun	4				
	5	Terlalu banyak anak, 4 atau lebih	4				
	6	Terlalu tua umur ≥ 35 tahun	4				
	7	Terlalu pendek ≤ 145 cm	4				
	8	Pernah gagal kehamilan	4				
	9	Pernah melahirkan dengan tarikan tang / vakum	4				
Uri dirogoh		4					
Diberi infus / transfuse		4					
10	Pernah operasi Caesar	8					
II	11	Penyakit pada ibu hamil : Kurang darah, Malaria	4				
		TBC Paru, Payah Jantung	4				
		Kencing manis (Diabetes)	4				
		Penyakit menular Seksual (PMS)	4				
	12	Bengkak pada muka / tungkai dan tekanan darah tinggi	4				
	13	Hamil kembar	4				
	14	Hydramnion	4				
	15	Bayi mati dalam kandungan	4				
	16	Kehamilan lebih bulan	4				
	17	Letak sungsang	8				
18	Letak lintang	8					
III	19	Perdarahan dalam kehamilan ini	8				
	20	Preeklampsia / kejang – kejang	8				

Keterangan :

- a) Ibu hamil dengan skor 6 atau lebih dianjurkan untuk bersalin ditolong oleh tenaga kesehatan.
- b) Bila skor 12 atau lebih dianjurkan bersalin di Rumah Sakit/dokter spesialis obgin.

5) Pencegahan Kehamilan Risiko Tinggi

- a) Penyuluhan komunikasi, informasi, edukasi / KIE 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 memberikan 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 (primi) 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, 2003).

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

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

- (2) Mengenal dan menangani penyakit yang menyertai hamil, persalinan, dan kala nifas.
- (3) Memberikan nasehat dan petunjuk yang berkaitan dengan kehamilan, persalinan, kala nifas, laktasi, dan aspek keluarga berencana.
- (4) Menurunkan angka kesakitan dan kematian ibu dan perinatal (Manuaba, 2010).

i. Konsep Antenatal Care dan Standar Pelayanan Antenatal (10 T)

1) Pengertian

Asuhan antenatal merupakan upaya preventif program pelayanan kesehatan obstetrik 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 Marmi (2014), tujuan dari ANC adalah :

- a) Memantau kemajuan kehamilan 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 bayi dengan pendidikan, nutrisi, kebersihan diri dan kelahiran bayi.

- e) Mendeteksi dan penatalaksanaan komplikasi medik, bedah, atau obstetrik selama kehamilan.
 - f) Mengembangkan persiapan persalinan serta persiapan menghadapi komplikasi.
 - g) Membantu menyiapkan ibu menyusui dengan sukses, menjalankan nifas normal dan merawat anak secara fisik, psikologis dan sosial.
- 3) Standar Pelayanan Antenatal (14 T)

Menurut Kementerian Kesehatan RI (2013), menyatakan dalam melakukan pemeriksaan antenatal, tenaga kesehatan harus memberikan pelayanan yang berkualitas sesuai standar terdiri dari :

a) Timbang Berat Badan dan Ukur Tinggi Badan

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

b) Ukur Tekanan Darah

Pengukuran tekanan darah pada setiap kali kunjungan antenatal dilakukan untuk mendeteksi adanya hipertensi (tekanan darah 140/90 mmHg) pada kehamilan dan preeklamsia (hipertensi disertai edema wajah dan atau tungkai bawah, dan atau proteinuria).

c) Nilai status Gizi (Ukur Lingkar Lengan Atas / LILA)

Pengukuran LILA hanya dilakukan pada kontak pertama oleh tenaga kesehatan di trimester I untuk skrining ibu hamil berisiko Kurang Energi Kronis (KEK), disini maksudnya ibu hamil yang mengalami kekurangan gizi dan telah berlangsung lama (beberapa bulan/tahun) dimana LILA kurang dari 23,5 cm. Ibu hamil dengan KEK akan melahirkan bayi berat lahir rendah (BBLR).

d) Ukur Tinggi Fundus Uteri

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

e) Tentukan Presentasi Janin dan Denyut Jantung Janin (DJJ)

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

f) Skrining Status Imunisasi Tetanus dan Berikan Imunisasi Tetanus Toxoid

Untuk mencegah terjadinya tetanus neonatorum, ibu hamil harus mendapat imunisasi TT. Pada saat kontak pertama, ibu hamil diskruining status imunisasi ibu saat itu. Ibu hamil minimal memiliki status imunisasi TT2 agar mendapat perlindungan terhadap infeksi tetanus. Ibu hamil dengan TT5 (*TT Long Life*) tidak perlu diberikan imunisasi TT lagi. Pemberian imunisasi TT tidak mempunyai interval maksimal, hanya terdapat interval minimal. Interval minimal pemberian imunisasi TT dan lama perlindungannya dapat dilihat pada Tabel 3. Pemberian Vaksin TT.

g) Beri Tablet Tambah Darah (Tablet Besi)

Untuk mencegah anemia zat besi, setiap ibu hamil harus mendapat tablet tambah darah (tablet zat besi) dan asam folat minimal 90 tablet selama kehamilan yang diberikan sejak kontak pertama dengan tenaga kesehatan.

h) Periksa Laboratorium (Rutin dan Khusus)

Pemeriksaan laboratorium yang dilakukan pada ibu hamil adalah pemeriksaan laboratorium rutin dan khusus. Pemeriksaan laboratorium rutin adalah pemeriksaan laboratorium yang harus dilakukan pada setiap ibu hamil yaitu golongan darah, hemoglobin darah dan pemeriksaan spesifik daerah endemis (malaria, HIV,dll). Sementara pemeriksaan laboratorium khusus adalah pemeriksaan laboratorium lain yang dilakukan atas indikasi pada ibu hamil yang melakukan kunjungan antenatal. Pemeriksaan laboratorium dilakukan pada saat antenatal tersebut meliputi :

(1) Pemeriksaan Golongan Darah

Pemeriksaan golongan darah pada ibu hamil tidak hanya untuk mengetahui jenis golongan darah ibu

melainkan juga untuk mempersiapkan calon pendonor darah yang sewaktu-waktu diperlukan apabila terjadi situasi kegawatdaruratan.

(2) Pemeriksaan Kadar Hemoglobin Darah (Hb)

Pemeriksaan kadar hemoglobin darah ibu hamil dilakukan minimal sekali pada trimester I dan sekali pada trimester III. Pemeriksaan ini ditujukan untuk mengetahui ibu hamil tersebut menderita anemia atau tidak selama kehamilannya karena kondisi anemia dapat mempengaruhi proses tumbuh kembang janin dalam kandungan. Pemeriksaan kadar hemoglobin darah ibu hamil pada trimester II dilakukan atas indikasi.

(3) Pemeriksaan Protein dalam Urin

Pemeriksaan protein dalam urin pada ibu hamil dilakukan pada trimester II dan III atas indikasi. Pemeriksaan ini ditujukan untuk mengetahui adanya proteinuria pada ibu hamil. Proteinuria merupakan salah satu indikator terjadinya preeklamsia pada ibu hamil.

(4) Pemeriksaan Kadar Gula Darah

Ibu hamil yang dicurigai menderita diabetes melitus harus dilakukan pemeriksaan gula darah selama kehamilannya minimal sekali pada trimester I, sekali pada trimester II dan sekali pada trimester III.

(5) Pemeriksaan Darah Malaria

Semua ibu hamil di daerah endemis malaria dilakukan pemeriksaan darah malaria dalam rangka skrining pada kunjungan pertama antenatal. Ibu hamil di daerah non endemis malaria dilakukan pemeriksaan darah malaria apabila ada indikasi.

(6) Pemeriksaan Tes Sifilis

Pemeriksaan tes sifilis dilakukan di daerah risiko tinggi dan ibu hamil yang menderita sifilis. Pemeriksaan sifilis sebaiknya dilakukan sedini mungkin pada kehamilan.

(7) Pemeriksaan HIV

Tes HIV wajib ditawarkan oleh tenaga kesehatan ke semua ibu hamil secara inklusif dengan pemeriksaan laboratorium rutin. Teknik penawaran ini disebut tes HIV atas inisiatif pemberi pelayanan kesehatan (TIPK).

(8) Pemeriksaan BTA

Pemeriksaan BTA dilakukan pada ibu hamil yang dicurigai menderita tuberkulosis sebagai pencegahan agar infeksi tuberkulosis tidak mempengaruhi kesehatan janin.

i) Tatalaksana / Penanganan Kasus

Berdasarkan hasil pemeriksaan antenatal di atas dan hasil pemeriksaan laboratorium, setiap kelainan yang ditemukan pada ibu hamil harus ditangani sesuai dengan standar dan kewenangan tenaga kesehatan. Kasus-kasus yang tidak dapat ditangani dirujuk sesuai dengan sistem rujukan.

j) Temu Wicara (Konseling)

Temu wicara (konseling) dilakukan pada setiap kunjungan antenatal yang meliputi :

(1) Kesehatan Ibu

Setiap ibu hamil dianjurkan untuk memeriksakan kehamilannya secara rutin ke tenaga kesehatan dan menganjurkan ibu hamil agar beristirahat yang cukup

selama kehamilannya (sekitar 9-10 jam per hari) dan tidak bekerja berat.

(2) Perilaku Hidup Sehat dan Bersih

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

(3) Peran Suami/Keluarga dalam Kehamilan dan Perencanaan Persalinan

Suami, keluarga atau masyarakat perlu menyiapkan biaya persalinan, kebutuhan bayi, transportasi rujukan dan calon pendonor darah. Hal ini penting apabila terjadi komplikasi dalam kehamilan, persalinan, dan nifas agar segera dibawa ke fasilitas kesehatan.

(4) Tanda Bahaya Pada Kehamilan, Persalinan, dan Nifas Serta Kesiapan Menghadapi Komplikasi

Setiap ibu hamil diperkenalkan mengenai tanda-tanda bahaya baik selama kehamilan, persalinan, dan nifas misalnya perdarahan pada hamil muda maupun hamil tua, keluar cairan berbau pada jalan lahir saat nifas, dan sebagainya.

(5) Asupan Gizi Seimbang

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

(6) Gejala Penyakit Menular dan Tidak Menular

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

(7) Penawaran untuk melakukan tes HIV dan konseling di daerah epidemi meluas dan terkonsentrasi atau ibu hamil dengan IMS dan tuberkulosis di daerah epidemi rendah. Setiap ibu hamil ditawarkan untuk melakukan tes HIV dan segera diberikan informasi mengenai risiko penularan HIV dari ibu ke janinnya. Apabila ibu hamil tersebut HIV positif maka dilakukan konseling pencegahan penularan HIV dari ibu ke anak (PPIA).

(8) Inisiasi Menyusu Dini (IMD) dan Pemberian ASI Eksklusif

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

(9) KB Pasca Bersalin

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

(10) Imunisasi

Setiap ibu hamil harus mempunyai status imunisasi (T) yang masih memberikan perlindungan untuk mencegah ibu dan bayi mengalami tetanus neonatorum. Setiap ibu hamil minimal mempunyai status imunisasi T2 agar terlindung dari infeksi.

k) Pemeriksaan VDRL (*Veneral Disease Research Lab*)

- l) Pemeriksaan protein urine dan urine reduksi
- m) Pemberian obat gondok
- n) Pemberian obat malaria

2. Konsep Dasar Persalinan

a. Pengertian

Persalinan merupakan proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung selama 18 jam, produk konsepsi yang dikeluarkan sebagai akibat kontraksi teratur, progresif sering dan kuat (Walyani, 2015).

Persalinan merupakan serangkaian kejadian yang berakhir dengan pengeluaran bayi yang cukup bulan atau hampir cukup bulan disusul dengan pengeluaran plasenta dan selaput janin dari tubuh ibu (Kuswanti, 2014).

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

b. Sebab-Sebab Mulainya Persalinan

Menurut Marmi (2012), ada beberapa teori yang menyatakan kemungkinan proses persalinan yaitu :

1) Teori Penurunan Kadar Hormon Prostaglandin

Progesteron merupakan hormon penting untuk mempertahankan kehamilan, yang fungsinya menurunkan kontraktilitas dengan cara meningkatkan potensi membrane istirahat pada sel miometrium sehingga menstabilkan Ca membran dan kontraksi berkurang. Pada akhir kehamilan, terjadi penurunan kadar progesteron yang mengakibatkan peningkatan kontraksi uterus karena sintesa prostaglandin di *chorioamnion* (Marmi, 2012).

2) Teori Rangsangan Estrogen

Estrogen menyebabkan *irritability* miometrium karena peningkatan konsentrasi *actin-myocin* dan *adenosin tripospat* (ATP). Estrogen juga memungkinkan sintesa prostaglandin pada decidua dan selaput ketuban sehingga menyebabkan kontraksi uterus (miometrium) (Marmi, 2012).

3) Teori Reseptor Oksitosin dan Kontraksi *Braxton Hicks*

Oksitosin merupakan hormon yang dikeluarkan oleh kelenjar hipofisis pars posterior. Distribusi reseptor oksitosin, dominan pada fundus dan korpus uteri, dan akan berkurang jumlahnya di segmen bawah rahim dan tidak banyak dijumpai pada serviks uteri. Perubahan keseimbangan estrogen dan progesteron dapat mengubah sensitivitas otot rahim sehingga terjadi kontraksi *BraxtonHicks*. Menurunnya konsentrasi progesteron menyebabkan oksitosin meningkat sehingga persalinan dapat dimulai (Marmi, 2012).

4) Teori Keregangan (Destensi Rahim)

Rahim yang menjadi besar dan meregang menyebabkan iskemia otot-otot rahim, sehingga mengganggu sirkulasi utero plasenter (Marmi, 2012).

5) Teori *Fetal Cortisol*

Teori ini sebagai pemberi tanda untuk dimulainya persalinan akibat peningkatan tiba-tiba kadar kortisol plasma janin. Kortisol janin mempengaruhi plasenta sehingga produksi progesteron berkurang dan memperbesar sekresi estrogen sehingga menyebabkan peningkatan produksi prostaglandin dan *irritability* miometrium. Pada cacat bawaan janin seperti anensefalus, hipoplasia adrenal janin dan tidak adanya kelenjar hipofisis pada janin akan menyebabkan kortisol janin tidak diproduksi dengan

baik sehingga kehamilan dapat berlangsung lewat bulan (Marmi, 2012).

c. 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 kanalis servikalis karena pergeseran ketika serviks mendatar dan terbuka. Pada kala I, dimulainya proses persalinan yang ditandai dengan adanya kontraksi yang teratur, adekuat, dan 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 10 cm.

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.

Asuhan yang diberikan pada kala I yaitu :

a) Penggunaan Partograf

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 dan jika digunakan secara tepat dan konsisten, maka partograf akan membantu penolong untuk :

- (a) Pemantauan kemajuan persalinan, kesejahteraan ibu dan janin.
- (b) Mencatat asuhan yang diberikan selama persalinan dan kelahiran.
- (c) Mengidentifikasi secara dini adanya penyulit.
- (d) Membuat keputusan klinik yang sesuai dan tepat waktu.

Partograf harus digunakan untuk semua ibu dalam fase aktif kala I, tanpa menghiraukan apakah persalinan normal atau dengan komplikasi di semua tempat, secara rutin oleh semua penolong persalinan (Setyorini, 2013).

(2) Pencatatan Partograf

Kemajuan persalinan :

(a) Pembukaan (\emptyset) Serviks

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

(b) Penurunan Kepala Janin

Penurunan dinilai melalui palpasi abdominal. Pencatatan penurunan bagian terbawah atau presentasi janin, seriap 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 servik. Berikan tanda “O” pada garis waktu yang sesuai. Hubungkan tanda “O” dari setiap pemeriksaan dengan garis tidak terputus.

(c) Kontraksi Uterus

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

(d) Keadaan Janin

1) 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 tertulis pada partograf diantara garis tebal angka 1 dan 100. Tetapi, penolong harus sudah waspada bila DJJ di bawah 120 atau di atas 160 kali/menit.

2) 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).

3) 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.

4) Keadaan Ibu

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.

(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 tandai dengan titik, pembukaan serviks setiap 4 jam, penurunan setiap 4 jam, tekanan darah setiap 4 jam tandai 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 dari

rasa sakit, penerimaan atas sikap dan perilakunya sarta informasi dan kepastian tentang hasil yang aman.

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

Yang perlu dipersiapkan yakni ruang bersalin dan asuhan bayi baru lahir, perlengkapan dan obat esensial, rujukan (bila diperlukan), asuhan sayang ibu dalam kala I, upaya pencegahan infeksi yang diperlukan.

2) Kala II

Persalinan kala II adalah proses pengeluaran buah kehamilan sebagai hasil pengenalan proses dan penatalaksanaan kala pembukaan. Persalinan kala II dimulai dengan pembukaan lengkap dari serviks dan berakhir dengan lahirnya bayi. Proses ini berlangsung 2 jam pada primigravida dan 1 jam pada multipara (Ari Kurniarum, 2016).

a) Tanda dan Gejala Kala II yaitu :

- (1) Ibu ingin meneran
- (2) Perineum menonjol
- (3) Vulva vagina dan sphincter anus membuka
- (4) Jumlah pengeluaran air ketuban meningkat
- (5) His lebih kuat dan lebih cepat 2-3 menit sekali
- (6) Pembukaan lengkap (10 cm)
- (7) Pada primigravida berlangsung rata-rata 1,5 jam dan multipara rata-rata 0,5 jam
- (8) Pemantauan
 - (a) Tenaga atau usaha mengedan dan kontraksi uterus

(b) Janin yaitu penurunan presentasi janin dan kembali normalnya detak jantung bayi setelah kontraksi

(c) Kondisi ibu sebagai berikut :

Tabel 2.6 Kemajuan Persalinan

Kemajuan Persalinan (Tenaga)	Kondisi (Pasien)	Kondisi Janin (Penumpang)
Usaha mendedan.	Periksa nadi dan tekanan darah selama 30 menit.	Periksa detak jantung janin setiap 15 menit atau lebih sering dilakukan dengan makin dekatnya kelahiran.
Palpasi kontraksi uterus (kontrol tiap 10 menit)	Respons keseluruhan pada kala II :	Penurunan presentasi dan perubahan posisi.
<ul style="list-style-type: none"> • Frekuensi • Lamanya • Kekuatan 	<ul style="list-style-type: none"> • Keadaan dehidrasi • Perubahan sikap/perilaku • Tingkat tenaga (yang memiliki) 	Warna cairan tertentu.

b) Fisiologi Kala II

- (1) His menjadi lebih kuat, kontraksinya selama 50-100 detik, datangnya tiap 2-3 menit.
- (2) Ketuban biasanya pecah pada kala ini ditandai dengan keluarnya cairan kekuning-kuningan sekonyong-konyong dan banyak.
- (3) Pasien mulai mengejan.
- (4) Pada akhir kala II sebagai tanda bahwa kepala sudah sampai di dasar panggul, perineum menonjol, vulva dan rectum membuka.
- (5) Pada puncak his, bagian kecil kepala nampak lebih besar. Kejadian ini disebut “kepala membuka pintu”.
- (6) Pada akhirnya lingkaran terbesar kepala terpegang oleh vulva sehingga tidak bisa mundur lagi, tonjolan tulang

ubun-ubun telah lahir dan *subocciput* ada di bawah *sympisis* disebut “kepala keluar pintu”.

- (7) Pada his berikutnya dengan ekstensi maka lahirlah ubun-ubun besar, dahi dan mulut pada *commissura posterior*. Saat ini untuk primipara, perineum biasanya akan robek pada pinggir depannya karena tidak dapat menahan regangan yang kuat tersebut.
- (8) Setelah kepala lahir dilanjutkan dengan putaran paksi luar, sehingga kepala melintang, vulva menekan pada leher dan dada tertekan oleh jalan lahir sehingga dari hidung anak keluar lendir dan cairan.
- (9) Pada his berikutnya bahu belakang lahir kemudian bahu depan disusul seluruh badan anak dengan fleksi lateral, sesuai dengan paksi jalan lahir.
- (10) Setelah anak lahir, sering keluar sisa air ketuban yang tidak keluar waktu ketuban pecah, kadang-kadang bercampur darah.
- (11) Lama kala II pada primi ± 50 menit dan pada multi ± 20 menit (Ari Kurniarum, 2016).

c) Mekanisme Persalinan Normal

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, putran paksi luar, dan ekspulsi. Dalam kenyataannya beberapa gerakan terjadi bersamaan.

Turunnya kepala dibagi dalam beberapa fase sebagai berikut :

- (1) Masuknya kepala janin dalam PAP
 - (a) Masuknya kepala ke dalam PAP terutama pada primigravida terjadi pada bulan terakhir kehamilan

tetapi pada multipara biasanya terjadi pada permulaan persalinan.

- (b) Masuknya kepala ke dalam PAP biasanya dengan sutura sagitalis melintang menyesuaikan dengan letak punggung (contoh : apabila dalam palpasi didapatkan punggung kiri maka sutura sagitalis akan teraba melintang ke kiri / posisi jam 3 atau sebaliknya apabila punggung kanan maka sutura sagitalis melintang ke kanan / posisi jam 9) dan pada saat itu kepala dalam posisi fleksi ringan.
- (c) Jika sutura sagitalis dalam diameter anteroposterior dari PAP maka masuknya kepala akan menjadi sulit karena menempati ukuran yang terkecil dari PAP.
- (d) Jika sutura sagitalis pada posisi di tengah-tengah jalan lahir yaitu tepat di antara symphysis dan promontorium, maka dikatakan dalam posisi “*synclitismus*”. Pada posisi ini os parietal depan dan belakang sama tingginya.
- (e) Jika sutura sagitalis agak ke depan mendekati symphysis atau agak ke belakang mendekati promontorium, maka yang kita hadapi adalah posisi “*asynclitismus*”.
- (f) *Acynclitismus posterior* adalah posisi sutura sagitalis mendekati promontorium sehingga os parietale belakang lebih rendah dari os parietal depan.
- (g) *Acynclitismus anterior* adalah posisi sutura sagitalis mendekati promontorium sehingga os parietale depan lebih rendah dari os parietale belakang.
- (h) Pada saat kepala masuk PAP biasanya dalam posisi *asynclitismus posterior* ringan. Pada saat kepala janin

masuk PAP akan terfiksasi yang disebut dengan *engagement*.

(2) Majunya kepala janin

- (a) Pada primigravida majunya kepala terjadi setelah kepala masuk ke dalam rongga panggul dan biasanya baru mulai pada kala II.
- (b) Pada multi gravida majunya kepala dan masuknya kepala dalam rongga panggul terjadi bersamaan.
- (c) Majunya kepala bersamaan dengan gerakan-gerakan yang lain yaitu : fleksi, putaran paksi dalam, dan ekstensi.
- (d) Majunya kepala disebabkan karena :
 - 1) Tekanan cairan intrauterin
 - 2) Tekanan langsung oleh fundus uteri oleh bokong
 - 3) Kekuatan mengejan
 - 4) Melurusnya badan bayi oleh perubahan bentuk rahim

(3) Fleksi

- (a) Fleksi kepala janin memasuki ruang panggul dengan ukuran yang paling kecil yaitu dengan diameter suboccipito bregmatikus (9,5 cm) menggantikan suboccipito frontalis (11 cm).
- (b) Fleksi disebabkan karena janin didorong maju dan sebaliknya mendapat tahanan dari pinggir PAP, cervix, dinding panggul atau dasar panggul.
- (c) Akibat adanya dorongan di atas, kepala janin menjadi fleksi karena moment yang menimbulkan fleksi lebih besar dari pada moment yang menimbulkan defleksi.
- (d) Sampai di dasar panggul, kepala janin berada dalam posisi fleksi maksimal. Kepala turun menemui

diafragma pelvis yang berjalan dari belakang atas ke bawah depan.

(e) Akibat kombinasi elastisitas diafragma pelvis dan tekanan intra uterin yang disebabkan oleh his yang berulang-ulang, kepala mengadakan rotasi yang disebut sebagai putaran paksi dalam.

(4) Putaran paksi dalam

(a) Putaran paksi dalam adalah pemutaran dari bagian depan sedemikian rupa sehingga bagian terendah dari bagian depan memutar ke depan ke bawah symphysis.

(b) Pada presentasi belakang kepala bagian terendah adalah daerah ubun-ubun kecil dan bagian ini akan memutar ke depan ke bawah symphysis.

(c) Putaran paksi dalam mutlak diperlukan untuk kelahiran kepala, karena putaran paksi merupakan suatu usaha untuk menyesuaikan posisi kepala dengan bentuk jalan lahir khususnya bentuk bidang tengah dan pintu bawah panggul.

(d) Putaran paksi dalam terjadi bersamaan dengan majunya kepala dan tidak terjadi sebelum kepala sampai di hodge III, kadang-kadang baru terjadi setelah kepala sampai di dasar panggul.

(e) Sebab-sebab terjadinya putaran paksi dalam :

1) Pada letak fleksi, bagian kepala merupakan bagian terendah dari kepala.

2) Bagian terendah dari kepala mencari tahanan yang paling sedikit terdapat sebelah depan atas dimana terdapat hiatus genitalis antara muskulus levator ani kiri dan kanan.

3) Ukuran terbesar dari bidang tengah panggul adalah diameter anteroposterior.

(5) Ekstensi

- (a) Setelah putaran paksi dalam selesai dan kepala sampai di dasar panggul, terjadilah ekstensi atau defleksi dari kepala. Hal ini disebabkan karena sumbu jalan lahir pada pintu bawah panggul mengarah ke depan di atas, sehingga kepala harus mengadakan ekstensi untuk dapat melewati pintu bawah panggul.
- (b) Dalam rotasi UUK akan berputar ke arah depan, sehingga di dasar panggul UUK berada di bawah symphysis, dengan suboksiput sebagai hipomoklion kepala mengadakan gerakan defleksi untuk dapat dilahirkan.
- (c) Pada saat ada his, vulva akan lebih membuka dan kepala janin makin tampak. Perineum menjadi makin lebar dan tipis, anus membuka dinding rektum.
- (d) Dengan kekuatan his dan kekuatan mengejan, maka berturut-turut tampak bregmatikus, dahi, muka, dan akhirnya dagu dengan gerakan ekstensi.
- (e) Sesudah kepala lahir, kepala segera mengadakan rotasi yang disebut putaran paksi luar.

(6) Ekspulsi

- (a) Setelah putaran paksi dalam selesai dan kepala sampai di dasar panggul, terjadilah ekstensi atau defleksi dari kepala. Hal ini disebabkan karena sumbu jalan lahir pada pintu bawah panggul mengarah ke depan di atas, sehingga kepala harus mengadakan ekstensi untuk dapat melewati pintu bawah panggul.
- (b) Jika tidak terjadi ekstensi, maka kepala akan tertekan pada perineum dan menembusnya.

- (c) Kepala bekerja dengan 2 kekuatan yaitu satu mendesak ke bawah dan satunya lagi menolak ke atas karena adanya tahanan dasar panggul.
- (d) Setelah subocciput tertahan di pinggir bawah symphysis, maka yang dapat maju adalah bagian yang berhadapan dengan subocciput.

(7) Putaran paksi luar

- (a) Putaran paksi luar adalah gerakan kembali sebelum putaran paksi dalam terjadi, untuk menyesuaikan kedudukan kepala dengan punggung janin.
- (b) Bahu melintasi PAP dalam posisi miring.
- (c) Di dalam rongga panggul, bahu akan menyesuaikan diri dengan bentuk panggul yang dilaluinya hingga di dasar panggul, apabila kepala telah dilahirkan bahu akan berada dalam posisi depan belakang.
- (d) Selanjutnya dilahirkan bahu depan terlebih dahulu kemudian bahu belakang, kemudian bayi lahir seluruhnya (Ari Kurniarum, 2016).

d) Posisi Meneran

Bantu ibu untuk memperoleh posisi yang paling nyaman. Ibu dapat mengubah-ubah posisi secara teratur selama kala II 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.

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

- f) Menolong persalinan sesuai 60 langkah APN
- (1) Melihat tanda dan gejala kala II :
 - (a) Ibu sudah merasa adanya tekanan yang semakin meningkat pada rektum dan vagina
 - (b) Ibu sudah merasa adanya dorongan kuat untuk meneran
 - (c) Perineum tampak menonjol
 - (d) Vulva dan sfingter ani membuka
 - (2) Memastikan perlengkapan peralatan, bahan dan obat-obatan esensial untuk menolong persalinan dan penatalaksanaan komplikasi ibu dan bayi baru lahir. Menggelar kain di atas perut ibu dan di tempat resusitasi serta ganjal bahu. Mematahkan ampul oksitosin 10 IU dan menempatkan dispo steril sekali pakai di dalam partus set.
 - (3) Menyiapkan diri yaitu penolong memakai alat pelindung diri (APD) yaitu : penutup kepala, celemek, masker, kaca mata, sepatu bot.
 - (4) Melepaskan semua perhiasan yang dipakai di bawah siku, mencuci kedua tangan dengan sabun dan air bersih yang mengalir dan mengeringkan tangan dengan tisu atau handuk bersih.
 - (5) Memakai satu sarung tangan desinfeksi tingkat tinggi (DTT) atau steril untuk pemerisaan dalam.
 - (6) Menghisap oksitosin 10 IU ke dalam tabung suntik/dispo dengan memakai sarung tangan DTT atau steril dan meletakkan kembali ke dalam partus set tanpa mengkontaminasi tabung suntik atau dispo.
 - (7) Membersihkan vulva dan perineum, menyekanya dengan hati-hati dari depan ke belakang dengan menggunakan kapas yang sudah dibasahi air desinfeksi tingkat tinggi (DTT). Jika mulut vagina, perineum atau anus terkontaminasi oleh kotoran ibu, membersihkannya dengan

seksama dengan cara menyeka dari depan ke belakang. Membung kapas yang terkontaminasi dalam wadah yang benar. Mengganti sarung tangan jika terkontaminasi (membuka dan merendam sarung tangan dalam larutan klorin 0,5%).

- (8) Dengan menggunakan teknik septik, melakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan bahwa pembukaan serviks sudah lengkap. Bila selaput ketuban belum pecah, sedangkan pembukaan sudah lengkap, lakukan amniotomi.
- (9) Mendekontaminasi sarung tangan dengan cara mencelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan kotor ke dalam larutan klorin 0,5% dan kemudian melepaskannya dalam keadaan terbalik serta merendamnya di dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit. Mencuci kedua tangan.
- (10) Memeriksa denyut jantung janin (DJJ) setelah kontraksi berakhir untuk memastikan bahwa DJJ dalam batas normal (120-160x/menit). Mendokumentasikan hasil pemeriksaan dalam, DJJ dan semua hasil-hasil penilaian serta asuhan lain dalam partograf. Menyiapkan ibu dan keluarga untuk membantu proses pimpinan meneran.
- (11) Memberitahu ibu bahwa pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik. Membantu ibu berada dalam posisi yang nyaman sesuai keinginannya.
- (12) Menunggu hingga ibu mempunyai keinginan untuk meneran. Melanjutkan pemantauan kesehatan dan kenyamanan ibu serta janin sesuai dengan pedoman persalinan aktif dan mendokumentasikan temuan-temuan. Menjelaskan kepada anggota keluarga bagaimana mereka dapat mendukung dan memberi semangat kepada ibu saat ibu mulai meneran. Meminta bantuan kepada keluarga

untuk menyiapkan posisi ibu untuk meneran. Pada saat his, bantu ibu dalam posisi setengah duduk dan pastikan ibu merasa nyaman.

(13) Melakukan pimpinan meneran saat ibu mempunyai keinginan untuk meneran. Mendukung dan memberi semangat atas usaha ibu untuk meneran :

(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 pilihannya (kecuali posisi berbaring terlentang dalam waktu lama).

(c) Anjurkan ibu untuk beristirahat diantara kontraksi.

(d) Anjurkan keluarga untuk memberikan dukungan dan semangat.

(e) Berikan cairan peroral (minum).

(f) Menilai DJJ setiap kontraksi uterus selesai.

Bila bayi belum lahir setelah dipimpin meneran selama 2 jam (primipara) atau 1 jam untuk multipara, segera lakukan rujukan.

(14) Jika ibu tidak mempunyai keinginan untuk meneran, menganjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok atau mengambil posisi yang nyaman. Jika ibu belum ingin untuk meneran dalam waktu 60 menit, menganjurkan ibu untuk memulai meneran pada puncak kontraksi-kontraksi tersebut dan beristirahat diantara kontraksi.

(15) Persiapan pertolongan kelahiran bayi, jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm, meletakkan handuk bersih diatas perut ibu untuk mengeringkan bayi.

- (16) Meletakkan kain bersih yang dilipat $\frac{1}{3}$ bagian di bawah bokong ibu.
- (17) Membuka partus set dan memeriksa kelengkapan alat dan bahan.
- (18) Memakai sarung tangan DTT atau steril pada kedua tangan.
- (19) Saat kepala bayi membuka vulva dengan diameter 5-6 cm, lindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi kain, letakkan tangan yang lain di kepala bayi, membiarkan kepala keluar perlahan-lahan. Menganjurkan ibu untuk meneran perlahan-lahan atau bernapas cepat saat kepala lahir. Jika ada mekonium dalam cairan ketuban, segera hisap mulut dan hidung setelah kepala lahir menggunakan penghisap lendir steril atau yang baru dan bersih. Dengan lembut menyeka muka, mulut dan hidung bayi dengan kain atau kasa yang bersih.
- (20) Memeriksa lilitan tali pusat dan mengambil tindakan yang sesuai jika hal itu terjadi, dan kemudian meneruskan segera proses kelahiran bayi.
 - (a) Jika tali pusat melilit leher bayi dengan longgar, lepaskan lewat bagian atas kepala bayi.
 - (b) Jika tali pusat melilit leher bayi dengan erat, mengklempnya di dua tempat dan gunting tali pusat.
- (21) Menunggu hingga kepala bayi melakukan putaran paksi luar secara spontan.
- (22) Setelah kepala melakukan putaran paksi luar, tempatkan kedua tangan di masing-masing sisi muka bayi. Menganjurkan ibu untuk meneran saat kontraksi berikutnya. Dengan lembut menariknya ke arah bawah hingga bahu anterior muncul di bawah arkus pubis dan

kemudian dengan lembut menarik ke arah atas untuk melahirkan bahu posterior.

- (23) Setelah kedua bahu dilahirkan, menelusuri tangan mulai kepala bayi yang berada di bagian bawah ke arah perineum, membiarkan bahu dan lengan posterior lahir ke tangan tersebut. Mengendalikan kelahiran siku dan tangan bayi saat melewati perineum, gunakan lengan bagian bawah untuk menyanggah tubuh bayi saat dilahirkan. Menggunakan tangan anterior (bagian atas) untuk mengendalikan siku dan tangan anterior bayi saat keduanya lahir.
- (24) Setelah tubuh dan lengan lahir, menelusurkan tangan yang ada di atas (anterior) dari punggung ke arah kaki bayi untuk menyanggahnya saat punggung dan kaki lahir. Memegang kedua mata kaki bayi dengan hati-hati membantu kelahiran kaki.
- (25) Menilai bayi dengan cepat : apakah bayi menangis kuat dan bernapas tanpa kesulitan, apakah bayi bergerak dengan aktif. Kemudian meletakkan bayi di atas perut ibu dengan posisi kepala bayi sedikit lebih rendah dari tubuhnya (bila tali pusat terlalu pendek, meletakkan bayi di tempat yang memungkinkan).
- (26) Keringkan tubuh bayi mulai dari muka, kepala dan bagian tubuh lainnya kecuali bagian tangan tanpa membersihkan verniks. Ganti handuk basah dengan handuk atau kain yang kering. Biarkan bayi di atas perut ibu.
- (27) Periksa kembali uterus untuk memastikan tidak ada lagi bayi dalam uterus.
- (28) Beritahu ibu bahwa ia akan disuntik oksitosin agar uterus berkontraksi baik.

- (29) Dalam waktu 1 menit setelah bayi lahir, suntikkan oksitosin 10 IU secara IM di 1/3 paha atas bagian distal lateral (lakukan aspirasi sebelum menyuntikkan oksitosin).
- (30) Setelah 2 menit pasca persalinan, menjepit tali pusat menggunakan klem kira-kira 3 cm dari pusat bayi. Melakukan urutan pada tali pusat mulai dari klem ke arah ibu dan memasang klem ke dua dengan jarak 2 cm dari klem pertama (ke arah ibu).
- (31) Pemotongan dan pengikatan tali pusat :
- (a) Dengan satu tangan, pegang tali pusat yang telah dijepit (lindungi perut bayi), dan lakukan pengguntingan tali pusat di antara kedua klem.
 - (b) Ikat tali pusat dengan benang DTT atau steril pada satu sisi kemudian mengikatnya dengan simpul kunci pada sisi lainnya.
- Lepaskan klem dan masukkan ke dalam wadah yang telah disediakan.
- (32) Letakkan bayi agar kontak kulit dengan ibu, luruskan bahu bayi sehingga menempel di dada ibu, menganjurkan ibu untuk memeluk bayinya dan memulai pemberian ASI jika ibu menghendakinya dan selimuti ibu dan bayi dengan kain hangat dan pasang topi di kepala bayi.
- (33) Pindahkan klem pada tali pusat hingga berjarak 5-10 cm dari vulva.
- (34) Meletakkan satu tangan di atas kain yang ada di perut ibu, tepat di atas tulang pubis dan menggunakan tangan ini untuk melakukan palpasi kontraksi dan menstabilkan uterus. Memegang tali pusat dari klem dengan tangan yang lain.
- (35) Menunggu uterus berkontraksi dan kemudian melakukan penegangan ke arah bawah pada tali pusat dengan lembut.

Lakukan tekanan yang berlawanan arah pada bagian bawah uterus dengan cara menekan uterus ke arah atas dan belakang (dorso kranial) dengan hati-hati untuk membantu mencegah terjadinya inversio uteri. Jika plasenta tidak lahir setelah 30-40 detik, menghentikan penegangan tali pusat terkendali dan menunggu hingga kontraksi, meminta ibu atau suami untuk melakukan rangsangan puting susu.

- (36) Meminta ibu meneran, kemudian menegangkan tali pusat sejajar lantai dan kemudian ke arah atas mengikuti poros jalan lahir. Jika tali pusat bertambah panjang, pindahkan klem hingga berjarak 5-10 cm dari vulva.
- (37) Jika plasenta terlihat di introitus vagina, melanjutkan kelahiran plasenta dengan menggunakan kedua tangan. Memegang plasenta dengan dua tangan dan dengan hati-hati memutar plasenta hingga selaput ketuban terpinlin dengan lembut dan perlahan melahirkan selaput ketuban tersebut. Jika selaput ketuban robek, memakai sarung tangan desinfeksi tingkat tinggi atau steril dan memeriksa vagina, serviks ibu dengan seksama. Menggunakan jari-jari tangan atau klem atau forceps desinfeksi tingkat tinggi atau steril untuk mengeluarkan selaput tertinggal.
- (38) Segera setelah plasenta dan selaput ketuban lahir, lakukan masase uterus, letakkan telapak tangan di fundus dan lakukan masase dengan gerakan melingkar dengan lembut hingga uterus berkontraksi (fundus menjadi keras).
- (39) Memeriksa kedua sisi plasenta baik yang menempel pada uterus maupun janin dan selaput ketuban untuk memastikan bahwa selaput ketuban lengkap dan utuh dan meletakkan plasenta di dalam kantung plastik atau tempat khusus.

- (40) Mengevaluasi adanya laserasi pada vagina dan perineum dan segera menjahit laserasi yang mengalami perdarahan aktif.
- (41) Memeriksa uterus apakah kontraksi dengan baik atau tidak dan memastikan tidak terjadi perdarahan pervaginam. Kontraksi uterus baik, perdarahan pervaginam normal \pm 100 ml.
- (42) Mendekontaminasikan sarung tangan menggunakan klorin, mencelupkan pada air bersih dan keringkan.
- (43) Memastikan kandung kemih kosong.
- (44) Mengajarkan ibu dan keluarga cara masase uterus dan meniai kontraksi yaitu dengan gerakan memutar pada fundus sampai fundus teraba keras.
- (45) Mengevaluasi dan mengestimasi jumlah kehilangan darah.
- (46) Memeriksa tanda-tanda vital, kontraksi, perdarahan dan keadaan kandung kemih setiap 15 menit pada jam pertama dan setiap 30 menit pada jam kedua.
- (47) Memeriksa tanda-tanda bahaya pada bayi setiap 15 menit selama 1 jam pertama dan setiap 30 menit pada jam kedua.
- (48) Mendekontaminasikan alat-alat bekas pakai, menempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi selama 10 menit, mencuci kemudian membilas dengan air bersih.
- (49) Membuang bahan-bahan yang terkontaminasi ke tempat yang sesuai.
- (50) Membersihkan ibu dengan menggunakan air desinfeksi tingkat tinggi. Membersihkan cairan ketuban, lendir dan darah. Membantu ibu memakai pakaian yang bersih dan kering.

- (51)Memastikan bahwa ibu merasa nyaman. Membantu ibu memberikan ASI. Menganjurkan keluarga untuk memberikan ibu makanan dan minuman.
- (52)Dekontaminasi tempat persalinan dengan larutan klorin 0,5%.
- (53)Celupkan sarung tangan kotor ke dalam larutan klorin 0,5%.
- (54)Melepaskan sarung tangan dalam keadaan terbalik dan merendamnya dalam larutan klorin 0.5%. Mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir.
- (55)Memakai sarung tangan DTT untuk melakukan pemeriksaan fisik bayi.
- (56)Dalam 1 jam pertama melakukan penimbangan dan pengukuran bayi, memberi salap mata oksitetrasiklin 0,1% dan menyuntikkan vitamin K1 1 mg secara intramuscular di paha kiri anterolateral, mengukur suhu tubuh setiap 15 menit dan diisi di partograf.
- (57)Melakukan pemberian imunisasi Hb0 (0,5 cc) 1 jam setelah pemberian vitamin K.
- (58)Melepaskan sarung tangan pada larutan klorin 0,5%.
- (59)Mencuci tangan di bawah air mengalir menggunakan sabun.
- (60)Melakukan pendokumentasian dan melengkapi partograf.

3) Kala III

a) Pengertian

Kala III persalinan dimulai setelah lahirnya bayi dan berakhir dengan lahirnya plasenta dan selaput ketuban (disebut dengan kala uri atau kala pelepasan plasenta). Setelah bayi lahir, uterus teraba keras dengan fundus uteri agak di atas pusat. Beberapa menit kemudian uterus berkontraksi lagi untuk melepaskan plasenta dari

dindingnya. Biasanya plasenta lepas dalam waktu 6-15 menit (tidak lebih dari 30 menit) setelah bayi lahir secara spontan maupun dengan tekanan pada fundus uteri. Pengeluaran plasenta terjadi disertai dengan pengeluaran darah. Peregangan Tali pusat Terkendali (PTT) dilanjutkan pemberian oksitosin untuk kontraksi uterus dan mengurangi perdarahan (Ari Kurniarum, 2016).

b) Fisiologi Kala III

Segera setelah bayi dan air ketuban sudah tidak lagi berada di dalam uterus, kontraksi akan terus berlangsung dan ukuran rongga uterus akan mengecil. Pengurangan dalam ukuran uterus ini akan menyebabkan pengurangan dalam ukuran tempat melekatnya plasenta. Oleh karena tempat melekatnya plasenta tersebut menjadi lebih kecil, maka plasenta akan menjadi tebal atau mengkerut dan memisahkan diri dari dinding uterus. Sebagian dari pembuluh-pembuluh darah yang kecil akan robak saat plasenta lepas. Tempat melekatnya plasenta akan berdarah terus hingga uterus seluruhnya berkontraksi. Setelah plasenta lahir, dinding uterus akan berkontraksi dan menekan semua pembuluh-pembuluh darah ini yang akan menghentikan perdarahan dari tempat melekatnya plasenta tersebut. Sebelum uterus berkontraksi, wanita tersebut bisa kehilangan darah 350-360 cc/menit dari tempat melekatnya plasenta tersebut. Uterus tidak bisa sepenuhnya berkontraksi hingga plasenta lahir dahulu seluruhnya, oleh sebab itu, kelahiran yang cepat dari plasenta segera setelah ia melepaskan dari dinding uterus merupakan tujuan dari manajemen kebidanan dari kala III yang kompeten (Ari Kurniarum, 2016).

c) Tanda-Tanda Klinik dari Pelepasan Plasenta

Tanda-tanda pelepasan plasenta adalah perubahan ukuran dan bentuk uterus menjadi bundar dan terdorong ke atas karena plasenta sudah terlepas dari segmen bawah rahim, tali pusat memanjang, semburan darah tiba-tiba (Ari Kurniarum, 2016).

d) Pemantauan Kala III

(1) Palpasi uterus untuk menentukan apakah ada bayi yang kedua. Jika ada maka tunggu sampai bayi kedua lahir.

(2) Menilai apakah bayi baru lahir dalam keadaan stabil, jika tidak rawat bayi segera (Ari Kurniarum, 2016).

4) Kala IV

a) Pengertian

(1) Kala IV dimulai setelah lahirnya plasenta dan berakhir 2 jam setelah itu.

(2) Paling kritis karena proses perdarahan yang berlangsung.

(3) Masa 1 jam setelah plasenta lahir.

(4) Pemantauan 15 menit pada jam pertama setelah kelahiran plasenta, 30 menit pada jam kedua setelah persalinan, jika kondisi ibu tidak stabil, perlu dipantau lebih sering.

(5) Observasi intensif karena perdarahan yang terjadi pada masa ini.

(6) Observasi yang dilakukan :

(a) Tingkat kesadaran penderita

(b) Pemeriksaan tanda vital

(c) Kontraksi uterus

(d) Perdarahan, dianggap masih normal bila jumlahnya tidak melebihi 400-500 cc (Ari Kurniarum, 2016).

b) Fisiologi Kala IV

Setelah plasenta lahir, tinggi fundus uteri kurang lebih 2 jari di bawah pusat. Otot-otot uterus berkontraksi, pembuluh darah yang ada diantara anyaman-anyaman otot uterus akan terjepit. Proses ini akan menghentikan perdarahan setelah plasenta dilahirkan (Ari Kurniarum, 2016).

c) Tujuh Langkah Pemantauan Kala IV

(1) Kontraksi rahim

Kontraksi dapat diketahui dengan palpasi. Setelah plasenta lahir, dilakukan pemijatan uterus untuk merangsang uterus berkontraksi. Dalam evaluasi uterus yang perlu dilakukan adalah mengobservasi kontraksi dan konsistensi uterus. Kontraksi uterus yang normal adalah pada perabaan fundus uteri akan teraba keras. Jika tidak terjadi kontraksi dalam waktu 15 menit setelah dilakukan pemijatan uterus akan terjadi atonia uteri.

(2) Perdarahan

Perdarahan : ada atau tidak, banyak atau biasa.

(3) Kandung kencing

Kandung kencing harus kosong, kalau panuh ibu diminta untuk kencing dan kalau tidak bisa lakukan kateterisasi. Kandung kemih yang penuh mendorong uterus ke atas dan menghalangi uterus berkontraksi sepenuhnya.

(4) Luka-luka : jahitannya baik/tidak, ada perdarahan/tidak.

Evaluasi laserasi dan perdarahan aktif pada perineum dan vagina. Nilai perluasan laserasi perineum. Derajat laserasi perineum terbagi atas :

(a) Derajat I

Meliputi mukosa vagina, fourchette posterior dan kulit perineum. Pada derajat I ini tidak perlu dilakukan penjahitan, kecuali jika terjadi perdarahan.

(b) Derajat II

Meliputi mukosa vagina, fourchette posterior, kulit perineum dan otot perineum. Pada derajat II dilakukan penjahitan dengan teknik jelujur.

(c) Derajat III

Meliputi mukosa vagina, fourchette posterior, kulit perineum, otot perineum dan spingter ani external.

(d) Derajat IV

Derajat III ditambah dinding rektum anterior

(e) Pada derajat III dan IV segera lakukan rujukan karena laserasi ini memerlukan teknik dan prosedur khusus.

(5) Uri dan selaput ketuban harus lengkap.

(6) Keadaan umum ibu : tensi, nadi, pernapasan, dan rasa sakit.

(a) Keadaan umum ibu

1) Periksa setiap 15 menit pada jam pertama setelah persalinan dan setiap 30 menit pada jam kedua setelah persalinan jika kondisi ibu tidak stabil pantau lebih sering.

2) Apakah ibu membutuhkan minum.

3) Apakah ibu akan memegang bayinya.

(b) Pemeriksaan tanda vital

(c) Kontraksi uterus dan tinggi fundus uteri : rasakan apakah fundus uteri berkontraksi kuat dan berada di bawah umbilicus.

Periksa fundus :

- 1) 2-3 kali dalam 10 menit pertama
- 2) Setiap 15 menit pada jam pertama setelah persalinan
- 3) Setiap 30 menit pada jam kedua setelah persalinan
- 4) Masase fundus (jika perlu) untuk menimbulkan kontraksi.

(7) Bayi dalam keadaan baik (Ari Kurniarum, 2016).

d. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Persalinan

Faktor –faktor yang mempengaruhi persalinan adalah :

- 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, 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).
- 2) *Pasage* (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 panggul (rangka panggul) yaitu *os.caxae* (*os.illium*, *os.ischium*, *os.pubis*), *os. sacrum* (*promontorium*) dan *os.coccygis*.
 - b) Bagian lunak : otot-otot, jaringan dan ligamen-ligamen pintu panggul :

- (1) Pintu atas panggul (PAP) disebut *Inlet* dibatasi oleh *promontorium*, *linea inominata* dan pinggir atas *symphihis*.
 - (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 : dibentuk pada lingkaran PAP dengan bagian atas symphisis dan promontorium.
 - (2) Bidang hodge II : sejajar dengan hodge I setinggi pinggir bawah symphisis.
 - (3) Bidang hodge III : sejajar hodge I dan setinggi spina ischiadika kanan dan kiri.
 - (4) Bidang hodge IV : sejajar hodge I, II dan III setinggi coccygis.
- e) Stasion bagian presentasi atau derajat penurunan yaitu stasion 0 sejajar spina ischiadika, 1 cm di atas spina ischiadika disebut stasion 1 dan seterusnya sampai stasion 5, 1 cm di bawah spina ischiadica disebut stasion -1 dan seterusnya sampai stasion -5.
- f) Ukuran-ukuran panggul
- (1) Ukuran luar panggul yaitu distansia spinarum (jarak antara kedua spina illiaka anterior superior : 24-26 cm), distansia cristarum (jarak antara kedua crista illiaka

kanan dan kiri : 28-30), konjugata externam (boudeloque 18-20cm), lingkaran panggul (80-90 cm), konjugata diagonalis (periksa dalam 12,5 cm) sampai distansia (10,5 cm).

(2) Ukuran dalam panggul yaitu :

(a) Pintu atas panggul merupakan suatu bidang yang dibentuk oleh promontorium, linea inniminata, dan pinggir atas simfisis pubis yaitu konjugata vera (dengan periksa dalam diperoleh konjugata diagonalis 10,5-11 cm), konjugata transversa 12-13 cm, konjugata obliqua 13 cm, konjugata obstetrica (jarak bagian tengah simpisis ke promontorium).

(b) Ruang tengah panggul : bidang terluas ukurannya 13 x 12,5 cm, bidang tersempit ukurannya 11,5 x 11 cm, jarak antara spina ischiadica 11 cm.

(c) Pintu bawah panggul (outlet) : ukuran anterior posterior 10-11 cm, ukuran melintang 10,5 cm, arcus pubis membentuk sudut 90° lebih, pada laki-laki kurang dari 80° inklinasi pelvis (miring panggul) adalah sudut yang dibentuk dengan horizon bila wanita berdiri tegak dengan inlet 55-60° (Walyani, 2016).

(3) Jenis panggul

Berdasarkan pada ciri-ciri bentuk pintu atas panggul, ada 4 bentuk pokok jenis panggul yaitu ginekoid, android, anthropoid, dan platipeloid (Ilmiah, 2015).

(4) Otot-otot dasar panggul

Ligamen–ligamen penyangga uterus yakni ligamentum kardinalesinistrum dan dekstrum (ligamen terpenting untuk mencegah uterus tidak turun), ligamen sacro-uterina sinistrum dan dekstrum (menahan uterus tidak

banyak bergerak melengkung dari bagian belakang serviks kiri dan kanan melalui dinding rektum ke arah os sacrum kiri dan kanan), ligamentum rotundum sinistrum dan dekstrum (ligamen yang menahan uterus dalam posisi antefleksi), ligamentum latum sinistrum dan dekstrum (dari uterus kearah lateral), ligamentum infundibulo pelvikum (menahan tubafalopi) dari infundibulum ke dinding pelvis (Ilmiah, 2015).

3) Passanger

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

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

b) Sikap janin

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

c) Posisi janin

Hubungan bagian atau ponit 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 berbentuk 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 perubahan suhu, dan menjadi sasaran yang memungkinkan janin bergerak bebas (Walyani, 2016).

e. Perubahan dan Adaptasi Fisiologi Psikologis pada Ibu Bersalin

1) Kala I

a) Perubahan dan Adaptasi Fisiologi

(1) Perubahan Uterus

Kontraksi uterus terjadi karena adanya rangsangan pada otot polos uterus dan penurunan hormone progesteron yang menyebabkan keluarnya hormone oksitosin. Selama kehamilan terjadi keseimbangan antara kadar progesteron dan esterogen di dalam darah, tetapi pada akhir kehamilan kadar esterogen dan progesteron menurun kira-kira satu sampai dua minggu sebelum partus dimulai sehingga menimbulkan uterus berkontraksi. Kontraksi uterus mula-mula jarang dan tidak teratur dengan intensitas ringan. Kemudian menjadi lebih sering, lebih lama dan intensitasnya semakin kuat dan sering (Walyani, 2015).

(2) Perubahan Serviks

Pada akhir kehamilan otot yang mengelilingi ostium uteri internum (OUI) ditarik oleh SAR yang menyebabkan serviks menghilang karena karnalis servikalis membesar dan membentuk ostium uteri eksternal (OUE) sebagai ujung dan bentuk yang sempit. Pada wanita nulipara, serviks biasanya tidak akan berdilatasi hingga penipisan sempurna, sedangkan pada wanita multipara, penipisan dan dilatasi dapat terjadi secara bersamaan dan kanal

kecil dapat teraba di awal persalinan. Hal ini sering kali disebut bidan sebagai “os multips”. Pembukaan serviks terjadi oleh karena membesarnya OUE karena otot yang melingkar disekitar ostium meregangkan untuk dapat dilewati kepala. Pada primigravida dimulai dari ostium uteri internum terbuka lebih dahulu sedangkan ostium eksternal membuka pada saat persalinan terjadi. Pada multigravida ostium uteri internum eksternum membuka secara bersama-sama pada saat persalinan terjadi (Marmi, 2011).

(3) Perubahan Kardiovaskuler

Selama kala I kontraksi menurunkan aliran darah menuju uterus sehingga jumlah darah sirkulasi ibu meningkat dan resistensi perifer meningkat sehingga tekanan darah meningkat rata-rata 15 mmHg. Saat mengejan, *cardiac output* meningkat 40-50%. Oksigen yang menurun selama kontraksi menyebabkan hipoksia tetapi dengan kadar yang masih adekuat sehingga tidak menimbulkan masalah serius. Pada persalinan kala I curah jantung meningkat 20% dan lebih besar pada kala II 50% paling umum terjadi saat kontraksi disebabkan adanya usaha ekspulsi. Perubahan kerja jantung dalam persalinan disebabkan karena his persalinan, usaha ekspulsi, pelepasan plasenta yang menyebabkan terhentinya peredaran darah umum. Peningkatan aktivitas direfleksikan dengan peningkatan suhu tubuh, detak jantung, respirasi *cardiac output* dan kehilangan cairan (Marmi, 2011).

(4) Perubahan Tekanan Darah

Tekanan darah akan meningkat selama kontraksi disertai peningkatan diastolik rata-rata 5-10 mmHg diantara

kontraksi-kontraksi uterus. Jika keadaan ibu dalam keadaan yang sangat takut atau khawatir, rasa takutnyalah yang menyebabkan kenaikan darah. Dalam hal ini perlu dilakukan pemeriksaan lainnya untuk mengesampingkan preeklamsia. Dengan mengubah posisi tidur dari terlentang ke posisi miring, perubahan tekanan darah selama kontraksi dapat dihindari. Posisi tidur terlentang selama bersalin akan menyebabkan penekanan uterus pada pembuluh darah besar (aorta) yang menyebabkan sirkulasi darah baik untuk ibu maupun janin akan terganggu, ibu dapat terjadi hipotensi dan janin dapat asfiksia (Walyani, 2016).

(5) Perubahan Nadi

Denyut jantung diantara kontraksi sedikit lebih tinggi dibanding selama periode persalinan. Hal ini mencerminkan kenaikan dalam metabolisme yang terjadi selama persalinan. Denyut jantung yang sedikit merupakan hal yang normal, meskipun normal perlu dikontrol secara periode untuk mengidentifikasi infeksi (Walyani, 2016).

(6) Perubahan Suhu

Suhu badan akan sedikit meningkat selama persalinan, suhu mencapai tertinggi selama persalinan dan segera setelah persalinan. Kenaikkan ini dianggap normal asal tidak melebihi 0,5-1°C. Suhu badan yang sedikit naik merupakan hal yang wajar, namun keadaan berlangsung lama, keadaan suhu ini mengindikasikan adanya dehidrasi. Pemantauan parameter lainnya harus dilakukan antara lain selaput ketuban sudah pecah atau belum, karena hal ini merupakan tanda infeksi (Walyani, 2016).

(7) Perubahan Pernapasan

Kenaikkan pernapasan dapat disebabkan karena adanya rasa nyeri, kekhawatiran serta penggunaan teknik pernapasan yang tidak benar. Untuk itu diperlukan tindakan untuk mengendalikan pernapasan (untuk menghindari hiperventilasi) yang ditandai oleh adanya perasaan pusing. Hiperventilasi dapat menyebabkan alkalosis respiratorik (pH meningkat), hipoksia dan hipokapnea (karbondioksida menurun), pada tahap kedua persalinan. Jika ibu tidak diberi obat-obatan, maka ia akan mengkonsumsi oksigen hampir dua kali lipat (Marmi, 2011).

(8) Perubahan Metabolisme

Selama persalinan baik metabolisme karbohidrat aerob maupun anaerob akan naik secara perlahan. Kenaikan ini sebagian besar disebabkan oleh karena kecemasan serta kegiatan otot kerangka tubuh. Kegiatan metabolisme meningkat tercermin dengan kenaikan suhu badan, denyut nadi, pernapasan, *cardiac output* dan kehilangan cairan. Hal ini bermakna bahwa peningkatan curah jantung dan cairan yang hilang mempengaruhi fungsi ginjal dan perlu mendapatkan perhatian serta tindak lanjut guna mencegah terjadinya dehidrasi. Anjurkan ibu untuk mendapatkan asupan (makanan ringan dan minum air) selama persalinan dan kelahiran bayi, sebagian ibu masih ingin makan selama fase laten, tetapi setelah memasuki fase aktif, biasanya mereka hanya menginginkan cairan saja. Anjurkan anggota keluarga menawarkan ibu minum sesering mungkin dan makan ringan selama persalinan. Hal ini dikarenakan makanan dan cairan yang cukup selama persalinan akan memberikan lebih banyak energi dan mencegah dehidrasi, dimana dehidrasi dapat

memperlambat kontraksi atau membuat kontraksi menjadi tidak teratur dan kurang efektif (Marmi, 2011).

(9) Perubahan Ginjal

Polyuri sering terjadi selama persalinan, hal ini disebabkan oleh *cardiak output*, filtrasi glomerulus serta aliran plasma dan renal. Polyuri tidak begitu kelihatan dalam posisi terlentang, yang mempunyai efek mengurangi urin selama kehamilan. Kandung kemih harus dikontrol setiap 2 jam yang bertujuan agar tidak memperhambat penurunan bagian terendah janin dan trauma pada kandung kemih serta menghindari retensi urin setelah melahirkan. Protein dalam urin (+1) selama persalinan merupakan hal yang wajar, namun ditentukan dalam sepertiga sampai setengah wanita bersalin. Tetapi protein urin (+2) merupakan hal yang tidak wajar, keadaan ini lebih sering pada ibu primipara anemia, persalinan lama atau kasus preeklamsi. Hal ini bermakna bahwa kandung kemih harus sering dievaluasi (setiap dua jam) untuk mengetahui adanya distensi juga harus dikosongkan untuk mencegah : obstruksi persalinan akibat kandung kemih yang penuh yang akan mencegah bagian presentasi janin dan trauma pada kandung kemih akibat penekanan yang lama dan akan mengakibatkan hipotonia kandung kemih dan retensi urin selama pasca partum awal. Lebih sering pada primipara atau yang mengalami anemia atau yang mengalami persalinan lama dan preeklamsi (Marmi, 2011).

(10) Perubahan Pada Gastrointestinal

Motilitas dan absorpsi lambung terhadap makanan padat jauh lebih berkurang. Apabila kondisi diperburuk oleh penurunan lebih lanjut sekresi asam lambung selama

persalinan, maka saluran cerna bekerja dengan lambat sehingga waktu pengosongan lambung menjadi lebih lama. Cairan tidak dipengaruhi dengan waktu yang dibutuhkan untuk pencernaan di lambung tetap seperti biasa. Makanan yang diingesti selama periode menjelang persalinan atau fase prodormal atau fase laten persalinan cenderung akan tetap berada dalam lambung selama persalinan. Mual dan muntah umum terjadi selama fase transisi, yang menandai akhir fase pertama persalinan. Hal ini bermakna bahwa lambung yang penuh dapat menimbulkan ketidaknyamanan umum selama masa transisi. Oleh karena itu, wanita dianjurkan untuk tidak makan dalam porsi besar atau minum berlebihan, tetapi makan dan minum ketika keinginan timbul guna mempertahankan energi dan hidrasi. Pemberian obat oral tidak efektif selama persalinan. Perubahan pada saluran cerna kemungkinan timbul sebagai respon terhadap salah satu atau kombinasi faktor –faktor yaitu kontraksi uterus, nyeri, rasa takut dan khawatir, obat, dan komplikasi (Marmi,2011).

(11) Perubahan Hematologi

Hemoglobin meningkat rata-rata 1,2 gr/100 ml selama persalinan dan kembali ke kadar sebelum persalinan pada hari pertama pasca partum jika tidak ada kehilangan darah yang abnormal. Waktu koagulasi darah berkurang dan terdapat peningkatan fibrinogen plasma lebih lanjut selama persalinan. Hitung sel darah putih selama progresif meningkat selama kala I persalinan sebesar kurang lebih 5000 hingga jumlah rata -rata 15000 pada saat pembukaan lengkap, tidak ada peningkatan lebih lanjut setelah ini. Gula darah menurun selama persalinan,

menurun drastis pada persalinan yang lama dan sulit, kemungkinan besar akibat peningkatan aktivitas rangka dan otot. Hal ini bermakna bahwa, jangan terburu-buru yakin kalau seorang wanita tidak anemia jika tes darah menunjukkan kadar darah berada diatas normal, yang menimbulkan resiko meningkat pada wanita anemia selama periode intrapartum. Perubahan menurunkan risiko perdarahan pasca partum pada wanita normal, peningkatan sel darah putih tidak selalu mengidentifikasi infeksi ketika jumlah ini dicapai, tetapi jika jumlahnya jauh diatas nilai ini, cek parameter lain untuk mengetahui adanya infeksi (Marmi, 2011).

b) Perubahan dan Adaptasi Psikologis kala I

Menurut Marmi (2011) perubahan dan adaptasi psikologis kala I yaitu :

(1) Fase Laten

Pada fase ini, wanita mengalami emosi yang bercampur aduk, wanita merasa gembira, bahagia dan bebas karena kehamilan dan penantian yang panjang akan segera berakhir, tetapi ia mempersiapkan diri sekaligus memiliki kekhawatiran apa yang akan terjadi. Secara umum ibu tidak terlalu merasa tidak nyaman dan mampu menghadapi keadaan tersebut dengan baik. Namun wanita yang tidak pernah mempersiapkan diri terhadap apa yang akan terjadi, fase laten persalinan akan menjadi waktu dimana ibu akan banyak berteriak dalam ketakutan bahkan pada kontaksi yang paling ringan sekalipun dan tampak tidak mampu mengatasinya seiring frekuensi dan intensitas kontaksi meningkat, semakin jelas bahwa ibu akan segera bersalin. Bagi wanita yang banyak menderita menjelang akhir kehamilan dan pada persalinan palsu,

respon emosionalnya pada fase laten persalinan kadang-kadang dramatis, perasaan lega, relaksasi dan peningkatan kemampuan coping tanpa memperhatikan tempat persalinan.

(2) Fase Aktif

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

(3) Fase Transisi

Pada fase ini biasanya ibu merasakan perasaan gelisah yang mencolok, rasa tidak nyaman yang menyeluruh, bingung, frustrasi, emosi akibat keparahan kontraksi, kesadaran terhadap martabat diri menurun drastis, mudah marah, takut dan menolak hal-hal yang ditawarkan padanya. Selain perubahan yang spesifik, kondisi psikologis seorang wanita yang sedang menjalani persalinan sangat bervariasi, tergantung persiapan dan bimbingan antisipasi yang diterima, dukungan yang diterima dari pasangannya, orang dekat lain, keluarga dan pemberi perawatan, lingkungan tempat wanita itu berada, dan apakah bayi yang dikandung merupakan bayi yang diinginkan. Beberapa keadaan dapat terjadi pada ibu dalam persalinan, terutama pada ibu yang pertama kali melahirkan yaitu :

(a) Perasaan tidak enak dan kecemasan

- (b) Takut dan ragu-ragu akan persalinan yang dihadapi
- (c) Menganggap persalinan sebagai cobaan
- (d) Apakah bayi normal atau tidak
- (e) Apakah ibu sanggup merawat bayinya

c) Perubahan Fisiologi Pada Ibu Bersalin Kala II

Menurut Marmi (2011) yaitu :

(1) Kontraksi

Kontraksi ini bersifat nyeri yang disebabkan oleh anoxia dari sel-sel otot tertekan pada ganglia pada serviks dan sekmen bawah rahim, regangan dari serviks, regangan dan tarikan pada peritoneum, itu semua terjadi pada saat kontraksi. Adapun kontraksi yang bersifat berkala dan yang harus diperhatikan adalah lamanya kontraksi berlangsung selama 60-90 detik, kakuatan kontraksi, kekuatan kontraksi secara klinis ditentukan dengan mencoba apakah jari kita dapat menekan dinding rahim kedalam, interval antara kontraksi pada kala pengeluaran sekali dalam dua menit.

(2) Pergeseran Organ Dalam Panggul

Sejak kehamilan lanjut, uterus jelas terdiri dari dua bagian, yaitu segmen atas rahim yang dibentuk oleh corpus uteri dan segmen bawah rahim yang terdiri dari isthmus uteri. Dalam persalinan perbedaan antara segmen atas rahim dan segmen bawah rahim lebih jelas lagi. Segmen atas memegang peranan yang aktif karena berkontraksi dan dindingnya bertambah tebal dengan majunya persalinan. Segmen bawah rahim memegang peranan pasif dan makin maju dengan majunya persalinan karena diregang. Jadi secara singkat segmen atas rahim berkontraksi, jadi tebal dan mendorong anak keluar sedangkan segmen bawah rahim dan serviks mengadakan

relaksasi dan dilatasi sehingga menjadi saluran yang tipis dan teregang sehingga dapat dilalui bayi.

Kontraksi otot rahim mempunyai sifat yang khas yakni : setelah kontraksi otot uterus tidak berelaksasi kembali ke keadaan sebelum kontraksi tetapi menjadi sedikit lebih pendek walaupun tonusnya sebelum kontraksi. Kejadian ini disebut retraksi. Dengan retraksi ini maka rongga rahim mengecil dan janin berangsur didorong ke bawah dan tidak naik lagi ke atas setelah his hilang. Akibat dari retraksi ini segmen atas rahim semakin tebal dengan majunya persalinan apalagi setelah bayi lahir. Bila anak sudah berada di dasar panggul, kandung kemih naik ke rongga perut agar tidak mendapatkan tekanan dari kepala janin. Inilah pentingnya kandung kemih kosong pada masa persalinan sebab kandung kemih penuh, dengan tekanan sedikit saja dari kepala janin, kandung kemih mudah pecah. Kosongnya kandung kemih dapat memperluas jalan lahir yakni vagina dapat meregang dengan bebas sehingga diameter vagina sesuai dengan ukuran kepala janin yang akan lewat dengan bantuan mendedan.

Dengan adanya kepala janin di dasar panggul maka dasar panggul bagian belakang akan terdorong ke bawah sehingga rektum akan tertekan oleh kepala janin. Dengan adanya tekanan dan tarikan pada rektum ini maka anus akan terbuka, pembukaan sampai diameter 2,5 cm hingga bagian dinding depannya dapat kelihatan dari luar. Dengan tekanan kepala anak dalam dasar panggul, maka perineum menjadi tipis dan mengembang sehingga ukurannya menjadi lebih panjang. Hal ini diperlukan untuk menambah panjangnya saluran jalan lahir bagian

belakang. Dengan mengembangnya perineum maka orifisium vagina terbuka dan tertarik ke atas sehingga dapat dilalui janin.

(3) Ekspulsi Janin

Dalam persalinan, presentasi yang sering kita jumpai adalah presentasi belakang kepala, dimana presentasi ini masuk dalam PAP dengan sutura sagitalis melintang. Karena bentuk panggul mempunyai ukuran tertentu sedangkan ukuran-ukuran kepala anak hampir sama besarnya dengan ukuran – ukuran dalam panggul maka kepala harus menyesuaikan diri dengan bentuk panggul mulai dari PAP ke bidang tengah panggul dan pintu bawah panggul supaya anak bisa lahir.

d) Fisiologi Kala III

Kala III dimulai sejak bayi lahir sampai lahirnya plasenta yang berlangsung tidak lebih dari 30 menit. Proses ini merupakan kelanjutan dari proses persalinan sebelumnya. Selama kala III proses pemisahan dan keluarnya plasenta serta membran terjadi akibat faktor-faktor mekanis dan hemostatis yang saling mempengaruhi. Waktu pada saat plasenta dan selaputnya benar-benar terlepas dari dinding uterus dapat bervariasi. Rata-rata kala III berkisar antara 15-30 menit, baik pada primipara maupun multipara (Walyani, 2016).

Kala III merupakan periode waktu dimana penyusutan volume rongga uterus setelah kelahiran bayi, penyusutan ukuran ini merupakan berkurangnya ukuran tempat perlengketan plasenta. Oleh karena tempat perlengketan menjadi kecil, sedangkan ukuran plasenta tidak berubah, maka plasenta menjadii berlipat, menebal, dan kemudian lepas dari dinding uterus. Setelah lepas, plasenta akan turun ke bagian bawah uterus atau ke dalam vagina.

Karakteristik unik otot uterus terletak pada kekuatan retraksinya. Selama kala II persalinan, rongga uterus dapat secara cepat menjadi kosong, memungkinkan proses retraksi mengalami aselerasi. Dengan demikian, diawal kala III persalinan daerah implantasi plasenta sudah mengecil. Pada kontraksi berikutnya, vena yang terdistensi akan pecah dan sejumlah darah kecil akan merembes diantara sekat tipis lapisan berspons dan permukaan plasenta, dan membuatnya terlepas dari perlekatannya. Pada saat area permukaan plasenta yang melekat semakin berkurang, plasenta yang relatif non elastis mulai terlepas dari dinding uterus. Pelepasan biasanya dari tengah sehingga terbentuk bekuan retro plasenta. Hal ini selanjutnya membantu pemisahan dengan memberi tekanan pada titik tengah perlekatan plasenta sehingga peningkatan berat yang terjadi membantu melepas tepi lateral yang melekat. Proses pemisahan ini berkaitan dengan pemisahan lengkap plasenta dan membran serta kehilangan darah yang lebih sedikit. Darah yang keluar sehingga pemisahan tidak dibantu oleh pembentukan bekuan darah retro plasenta. Plasenta menurun, tergelincir ke samping, yang didahului oleh permukaan plasenta yang menempel pada ibu. Proses pemisahan ini membutuhkan waktu lebih lama dan berkaitan dengan pengeluaran membran yang tidak sempurna dan kehilangan darah sedikit lebih banyak. Saat terjadi pemisahan, uterus berkontraksi dengan kuat, mendorong plasenta dan membran untuk menurun ke dalam uterus bagian dalam, dan akhirnya ke dalam vagina.

e) Fisiologi Kala IV

Kala IV persalinan dimulai dengan lahirnya plasenta dan berakhir satu jam kemudian. Dalam kala IV pasien belum

dapat dipindahkan ke kamarnya dan tidak boleh ditinggal oleh bidan karena ibu masih butuh pengawasan yang intensif disebabkan perdarahan atonia uteri masih mengancam sebagai tambahan, tanda-tanda vital manifestasi psikologi lainnya di evaluasi sebagai indikator pemulihan dan stres persalinan. Melalui persalinan tersebut, aktivitas yang paling pokok adalah perubahan peran, hubungan keluarga akan dibentuk selama jam tersebut, pada saat ini sangat penting bagi proses *bonding*, dan sekaligus inisiasi menyusui dini.

(1) Uterus

Setelah kelahiran plasenta, uterus dapat ditemukan di tengah-tengah abdomen kurang lebih $\frac{2}{3}$ - $\frac{3}{4}$ antara simpisis pubis dan umbilikus. Jika uterus ditemukan di tangan, di atas simpisis, maka hal ini menandakan adanya darah di kavum uteri dan butuh untuk di tekan dan di keluarkan. Uterus yang berada di atas umbilikus dan bergeser paling umum ke kanan menandakan adanya kandung kemih penuh, sehingga mengganggu kontraksi uterus dan memungkinkan peningkatan perdarahan. Jika pada saat ini ibu tidak dapat berkemih secara spontan, maka sebaiknya dilakukan kateterisasi untuk mencegah terjadinya perdarahan. Uterus yang berkontraksi normal harus terasa keras ketika disentuh atau diraba. Jika segmen atas uterus terasa keras saat disentuh tetapi terjadi perdarahan, maka pangkajian segmen bawah uterus perlu dilakukan. Uterus yang teraba lunak, longgar, tidak berkontraksi dengan baik, hipotonik, dapat menjadi pertanda atonia uteri yang merupakan penyebab utama pendarahan post partum.

(2) Serviks, Vagina dan Perineum

Segera setelah lahiran, serviks bersifat patulous, terkulai dan tebal. Tepi anterior selama persalinan atau setiap bagian serviks yang terperangkap akibat panurunan kepala janin selama periode yang panjang, tercermin pada peningkatan edema dan memar pada area tersebut. Perineum yang menjadi kendur dan tonus vagina juga tampil jaringan, dipengaruhi oleh peregangan yang terjadi selama kala II persalinan. Segera setelah bayi lahir tangan bisa masuk, tetapi setelah 2 jam introitus vagina hanya bisa memasuki 2 atau 3 jari.

(3) Tanda Vital

Tekanan darah, nadi dan pernapasan harus kembali stabil pada level pra persalinan selama jam pertama pasca partum. Pamantauan tekanan darah dan nadi yang rutin selama interval ini merupakan satu sarana mendeteksi syok akibat kehilangan darah berlebihan. Sedangkan suhu tubuh ibu meningkat, tetapi biasanya dibawah 38⁰C. Namun jika *intake* cairan baik, suhu tubuh dapat kembali normal dalam waktu 2 jam pasca partum (Walyani, 2016).

(4) Sistem Gastrointestinal

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

(5) Sistem renal

Urin yang tertahan menyebabkan kandung kemih lebih membesar karena trauma yang disebabkan oleh tekanan dan dorongan pada uretra selama persalinan. Setelah melahirkan, kandung kemih harus tetap kosong guna

mencegah uterus berubah posisi dan terjadi atonia. Uterus yang berkontraksi dengan buruk meningkatkan risiko keparahan nyeri dan perdarahan. Jika ibu belum bisa berkemih maka lakukan kateterisasi.

f. Penapisan Ibu Bersalin

- 1) Riwayat bedah sesar
- 2) Perdarahan pervaginam
- 3) Persalinan kurang bulan (<37 minggu)
- 4) Ketuban pecah dengan mekonial kental
- 5) Ketuban pecah lama (>12 jam)
- 6) Ketuban pecah pada persalinan kurang bulan (<37 minggu)
- 7) Ikterus
- 8) Anemia berat
- 9) Preeklamsia berat/eklamsia
- 10) Tinggi fundus > 40 cm dan < 25 cm
- 11) Demam > 38°C
- 12) Gawat janin
- 13) Presentasi bukan belakang kepala
- 14) Tali pusat menumbung
- 15) Gemeli
- 16) Presentasi majemuk
- 17) Primipara fase aktif palpasi 5/5
- 18) Syok
- 19) Hipertensi
- 20) Kehamilan dengan penyulit sistemik (asma, diabetes melitus, jantung, kelainan darah)
- 21) Tinggi badan < 140 cm
- 22) Kehamilan di luar kandungan
- 23) *Posterm pregnancy*
- 24) Partus tidak maju (kala I lama, kala II lama, kala II tak maju)
- 25) Kehamilan dengan mioma uteri

26) Kehamilan dengan riwayat penyakit tertentu (hepatitis, HIV)

g. Tujuan Asuhan Persalinan

Tujuan dari asuhan persalinaan normal adalah menjaga kelangsungan hidup dan memberikan derajat kesehatan yang tinggi bagi ibu dan bayinya, melalui upaya yang terintegrasi dan lengkap serta intervensi minimal agar prinsip keamanan dan kualitas pelayanan dapat terjaga pada tingkat yang optimal, dengan pendekatan seperti ini berarti bahwa setiap intervensi yang akan dilakukan diaplikasikan dalam asuhan persalinan normal harus mempunyai bukti ilmiah yang kuat tentang manfaat intervensi tersebut bagi kemajuan dan keberhasilan proses persalinan (Rukiah, dkk, 2009).

Menurut Erawati (2011) tujuan dari asuhan persalinan antara lain sebagai berikut:

- 1) Memberikan dukungan baik secara fisik maupun emosional kepada ibu dan keluarga selama persalinan.
- 2) Melakukan pengkajian, membuat diagnosis, mencegah, menangani komplikasi – komplikasi dengan cara pemantauan ketat dan dekteksi dini selama persalinan dan kelahiran.
- 3) Melakukan rujukan pada kasus – kasus yang tidak bisa ditangani sendiri untuk mendapat asuhan spesialis jika perlu.
- 4) Memberikan asuhan yang adekuat pada ibu sesuai dengan intervensi minimal tahap persalinannya.
- 5) Memperkecil resiko infeksi dengan melaksanakan pencegahan infeksi yang aman.
- 6) Selalu memberitahu kepada ibu dan keluarganya mengenai kemajuan, adanya penyulit maupun intervensi yang akan dilakukan dalam persalinan.
- 7) Memberikan asuhan yang tepat untuk bayi setelah lahir.
- 8) Membantu ibu dengan pemberian ASI dini.

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.

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

Bayi baru lahir (neonatus) adalah suatu keadaan dimana bayi baru lahir dengan umur kehamilan 37-42 minggu, lahir melalui jalan lahir dengan presentasi kepala secara spontan dan teratur, berat badan antara 2500-4000 gram serta harus dapat melakukan penyesuaian diri dari kehidupan intrauterin ke kehidupan ekstrauterin (Saifudin, 2010).

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

b. Adaptasi Bayi Baru Lahir

1) Perubahan Pada Sistem Pernapasan

Dalam bukunya Marmi (2012) menjelaskan penjelasan sistem pulmoner terjadi sejak masa embrio, tepatnya pada umur kehamilan 24 hari. Pada umur kehamilan 24 hari ini bakal paru-paru terbentuk. Pada umur kehamilan 26-28 hari kedua bronchi membesar. Pada umur kehamilan 12 minggu terbentuk alveolus. Ada umur kehamilan 28 minggu terbentuk surfaktan. Pada umur kehamilan 34-36 minggu struktur paru-paru matang, artinya paru-paru sudah bisa mengembangkan sistem alveoli. Selama

dalam uterus, janin mendapatkan oksigen dari pertukaran gas melalui plasenta. Setelah bayi lahir, pertukaran gas harus melalui paru-paru bayi. Pernapasan pertama pada bayi normal dalam waktu 30 menit pertama sesudah lahir.

2) Upaya Pernapasan Bayi Pertama

Menurut Dewi (2010) selama dalam uterus janin mendapatkan 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).

3) 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. Dalam kondisi seperti ini (anoksia), neonatus masih dapat mempertahankan hidupnya karena adanya kelanjutan metabolisme anaerobik.

4) Perubahan Sistem Kardiovaskuler

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. Dari bilik kiri darah dipompa melalui aorta ke seluruh tubuh, sedangkan yang dari bilik kanan

darah dipompa sebagian ke paru-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 tekan 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. Hal ini terjadi pada hari pertama.

5) Perubahan Pada Sistem Thermoregulasi

Sudarti dan Fauziah (2012) menjelaskan ketika bayi baru lahir, bayi berada pada suhu lingkungan yang lebih rendah dari suhu di dalam rahim. Apabila bayi dibiarkan dalam suhu kamar maka akan kehilangan panas mil konveksi. Sedangkan produksi yang dihasilkan tubuh bayi 1/1000 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 tergantung pada kecepatan dan kelembaban udara (perpindahan panas dengan cara mmengubah cairan menjadi uap).

c) Konveksi

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

d) Radiasi

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

6) Metabolisme

Pada jam-jam pertama kehidupan, energi didapatkan dari perubahan karbohidrat. Pada hari kedua, energi berasal dari pembakaran lemak. Setelah mendapatkan susu, sekitar di hari ke enam, energi diperoleh dari lemak dan karbohidrat yang masing-masing sebesar 60 dan 40%.

7) 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 :

- a) Jumlah nefron masih belum sebanyak orang dewasa.
- b) Ketidakseimbangan luas permukaan glomerulus dan volume tuulus proksimal.
- c) *Renal blood flow* relatif kurang bila dibandingkan dengan orang dewasa.

Marmi (2012) juga menjelaskan bayi baru lahir mengekspresikan sedikit urin pada 8 jam pertama kehidupan, yaitu hanya 30-60 ml. Normalnya dalam urin tidak terdapat protein atau darah, debris sel yang banyak dapat mengindikasikan adanya cedera atau iritasi dalam sistem ginjal. Bidan harus ingat bahwa adanya massa abdomen yang ditemukan pada pemeriksaan fisik seringkali adalah ginjal dan

dapat mencerminkan adanya tumor, pembesaran, atau penyimpangan di dalam ginjal.

8) Perubahan Pada Sistem Traktus Digestivus

Dewi (2010) menjelaskan traktus digestivus relatif lebih berat dan panjang dibandingkan dengan orang dewasa. Pada neonatus, traktus digestivus 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.

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

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

Marmi (2012) juga menjelaskan sebelum lahir, janin cukup bulan akan mulai menghisap dan menelan. Refleks muntah dan refleks batuk yang matang sudah terbentuk dengan baik saat lahir. Kemampuan bayi baru lahir cukup bulan untuk menelan dan mencerna makanan (selain susu) masih terbatas. Kapasitas lambung sendiri sangat terbatas yaitu kurang dari 30 cc untuk seorang bayi baru lahir cukup bulan, dan kapasitas lambung ini akan bertambah secara lambat bersamaan dengan pertumbuhannya. Dengan adanya kapasitas lambung yang masih

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

9) Perubahan Pada Sistem Hepar

Marmi (2012) menjelaskan fungsi hepar janin dalam kandungan dan segera setelah lahir masih dalam keadaan imatur (belum matang), hal ini dibuktikan dengan ketidakseimbangan hepar untuk meniadakan bekas penghancuran dalam peredaran darah. Enzim hepar belum aktif benar pada neonatus. Enzim UDPG:T (uridin difosfat glukorinide transferase) dan enzim G6PADA (Glukosae 6 fosfat dehidrogenase) yang berfungsi dalam sintesis bilirubin, sering kurang sehingga neonatus memperlihatkan gejala ikterus fisiologis.

10) Imunoglobulin

Dewi (2010) menjelaskan bayi baru lahir tidak memiliki sel plasma pada sumsum tulang juga tidak memiliki lamina propria ileum dan apendiks. Plasenta merupakan sawar, sehingga fetus bebas dari antigen dan stress imunologis. Pada BBL 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, heressimpleks dan lain-lain) reaksi imunologis dapat terjadi dengan pembentukan sel plasma serta antibodi gama A, G, dan M.

(Marmi 2012) juga menjelaskan kekebalan alami juga disediakan pada tingkat sel darah yang membantu BBL membunuh mikroorganisme asing, tetapi sel-sel darah ini masih belum matang artinya BBL tersebut belum mampu melokalisasi dan memerangi infeksi secara efisien, kekebalan yang didapat akan muncul kemudian. Salah satu tugas selama masa bayi dan balita adalah pembentukan sistem kekebalan tubuh, karena

adanya defisiensi kekebalan alami yang didapat ini, BBL sangat rentan terhadap infeksi, reaksi BBL terhadap infeksi masih lemah dan tidak memadai, oleh karena itu pencegahan terhadap mikroba.

11) Perubahan Sistem Integunem

Lailiyana, dkk (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 sebagai epidermis dan berfungsi sebagai lapisan pelindung. Kulit bayi 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, akrosianosis, disebabkan ketidakstabilan vasomotor, statis kapiler, dan ada kadar hemoglobin yang tinggi. Keadaan ini normal, bersifat sementara, dan bertahan selama 7 sampai 10 hari, terutama bila terpajan udara dingin.

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

Deskuamasi (pengelupasan kulit) pada kulit bayi tidak terjadi sampai beberapa hari setelah lahir. Deskuamasi saat bayi lahir merupakan indikasi pasca maturitas. Kelenjar keringat sudah ada saat bayi lahir, tetapi kelenjar ini tidak berespon terhadap peningkatan suhu tubuh. Terjadi sedikit hiperplasia kelenjar

sebasea (lemak) dan sekresi sebum akibat pengaruh hormon kehamilan. Verniks kaseosa, suatu substansi seperti keju merupakan produk kelenjar sebasea. Distensi kelenjar sebasea, yang terlihat pada bayi baru lahir, terutama di daerah dagu dan hidung, dikenal dengan nama milia. Walaupun kelenjar sebasea sudah terbentuk dengan baik saat bayi lahir, tetapi kelenjar ini tidak terlalu aktif pada masa kanak-kanak. Kelenjar-kelenjar ini mulai aktif saat produksi androgen meningkat, yakni sesaat sebelum pubertas.

12) Perubahan Pada Sistem Reproduksi

Lailiyana dkk (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. Pada bayi baru lahir cukup bulan, labia mayora dan minora menutupi vestibulum. Pada bayi perematur, klitoris menonjol dan labia mayora kecil dan terbuka .

Pada laki-laki testis turun ke dalam skrotum sekitar 90% pada bayi baru lahir laki-laki. Pada 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 3-4 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.

13) 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). Ada dua kurvatura pada kolumna vertebralis, yaitu toraks dan sakrum. Ketika bayi mulai dapat mengendalikan kepalanya, kurvatura lain terbentuk di daerah servikal. Pada 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, juga garis pada telapak kaki bayi cukup bulan.

14) Perubahan Pada Sistem Neuromuskuler

Marmi (2012) menjelaskan sistem neurologis bayi secara anatomik dan fisiologis belum berkembang sempurna. Bayi baru lahir menunjukkan gerakan-gerakan tidak terkoordinasi, pengaturan suhu yang labil, kontrol otot yang buruk, mudah terkejut dan tremor pada ekstremitas pada perkembangan neonatus terjadi cepat. Refleks bayi baru lahir merupakan indikator penting perkembangan normal. Beberapa refleks bayi diantaranya :

a) Refleksi Glabella

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

b) Refleksi Hisap

Benda menyentuh bibir disertai refleksi menelan. Tekanan pada mulut bayi pada langit bagian bawah gusi atas timbul isapan yang kuat dan cepat. Bisa dilihat saat bayi menyusui.

c) Refleksi Mencari (*Rooting*)

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

d) Refleksi Genggaman (*Palmar Graps*)

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

e) Refleksi Babinski

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

f) Refleksi Moro

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

g) Refleksi Ekstrusi

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

h) Refleks Tonik Leher “Fencing”

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

c. 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. Pada tahap ini digunakan sistem *scoring apgar* untuk fisik.
- 2) Tahap II disebut tahap transisional reaktivitas. Pada 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.

Tabel 2.7 APGAR Skor

Tanda	Nilai : 0	Nilai : 1	Nilai : 2
Appearance (Warna Kulit)	Pucat/Biru Seluruh Tubuh	Tubuh merah, Ekstremitas Biru	Seluruh Tubuh Kemerahan
Pulse (Denyut Jantung)	Tidak Ada	<100	>100
Grimace (Tonus Otot)	Tidak Ada	Ekstremitas Sedikit Fleksi	Gerakan Aktif
Activity (Aktivitas)	Tidak Ada	Sedikit Gerak	Langsung Menangis
Respiration	Tidak Ada	Lemah/ Tidak	Menangis

Sumber : Dewi (2010)

d. Penilaian Awal Pada Bayi Baru Lahir

Lailyana dkk (2012) menyebutkan penilaian awal yang dilakukan pada bayi baru lahir adalah sebagai berikut :

- 1) Menangis kuat atau bernapas tanpa kesulitan
- 2) Warna kulit bayi (merah muda, pucat, atau kebiruan)
- 3) Gerakan, posisi ekstremitas, atau tonus otot bayi
- 4) Aterm (cukup bulan) atau tidak
- 5) Mekonium pada air ketuban

e. Pelayanan Essensial Pada Bayi baru Lahir

1) Jaga Bayi Tetap Hangat

Dalam bukunya Asri dan Clervo (2012) menjelaskan cara menjaga bayi tetap hangat sebagai berikut :

- a) Mengeringkan bayi seluruhnya dengan selimut atau handuk hangat.
- b) Membungkus bayi, terutama bagian kepala dengan selimut hangat dan kering.
- c) Mengganti semua handuk / selimut basah.
- d) Bayi tetap terbungkus sewaktu ditimbang.
- e) Buka pembungkus bayi hanya pada daerah yang diperlukan saja untuk melakukan suatu prosedur dan membungkusnya kembali dengan handuk dan selimut segera setelah prosedur selesai.
- f) Menyediakan lingkungan yang hangat dan kering bagi bayi tersebut .
- g) Atur suhu ruangan atas kebutuhan bayi, untuk memperoleh lingkungan yang lebih hangat.
- h) Memberikan bayi kepada ibunya secepat mungkin.

- i) Meletakkan bayi di atas perut ibu, sambil menyelimuti keduanya dengan selimut kering.
 - j) Tidak memandikan bayi setidaknya 6 jam setelah lahir.
- 2) Pembebasan Jalan Napas
- Dalam bukunya Asri dan Sujiyatini (2010) menyebutkan perawatan optimal jalan napas pada BBL sebagai berikut :
- a) Membersihkan lendir darah dari wajah bayi dengan kain bersih dan kering atau kasa.
 - b) Menjaga bayi tetap hangat.
 - c) Menggosok punggung bayi secara lembut.
 - d) Mengatur posisi bayi dengan benar yaitu letakkan bayi dalam posisi terlentang dengan leher sedikit ekstensi di perut ibu.
- 3) Cara Mempertahankan Kebersihan Untuk Mencegah Infeksi :
- a) Mencuci tangan dengan air dan sabun
 - b) Menggunakan sarung tangan
 - c) Pakian bayi harus bersih dan hangat
 - d) Memakai alat dan bahan yang steril pada saat memotong tali pusat
 - e) Jangan mengoleskan apapun pada bagian tali pusat
 - f) Hindari pembukusan tali pusat
- 4) Perawatan Tali Pusat
- Dalam Buku Saku Pelayanan Kesehatan Neonatal Essensial (2010) dituliskan beberapa perawatan tali pusat sebagai berikut :
- a) Cuci tangan sebelum dan sesudah merawat tali pusat.
 - b) Jangan membungkus puntung tali pusat atau mengoleskan cairan atau apapun ke puntung tali pusat.
 - c) Mengoleskan alkohol atau povidon yodium masih diperkenankan apabila terdapat tanda infeksi, tetapi tidak dikompreskan karena menyebabkan tali pusat basah atau lembab.

d) Berikan nasehat pada ibu dan keluarga sebelum meninggalkan bayi :

- (1) Lipat popok di bawah puntung tali pusat.
- (2) Luka tali pusat harus dijaga tetap kering dan bersih, sampai sisa tali pusat mengering dan terlepas sendiri.
- (3) Jika puntung tali pusat kotor, bersihkan (hati-hati) dengan air DTT dan sabun dan segera keringkan secara seksama dengan menggunakan kain bersih.
- (4) Perhatikan tanda-tanda infeksi tanda pusat : kemerahan pada kulit sekitar tali pusat, tampak nanah atau berbau. Jika terdapat tanda infeksi, nasehati ibu untuk membawa bayinya ke fasilitas kesehatan. Tali pusat biasanya lepas dalam 14 hari setelah lahir, paling sering sekitar hari ke 10.

5) Inisiasi Menyusui Dini

Dalam Buku Saku Pelayanan Kesehatan Neonatal Essensial (2010) dituliskan prinsip pemberian ASI adalah dimulai sedini mungkin, eksklusif selama 6 bulan diteruskan selama 2 tahun dengan makanan pendamping ASI sejak usia 6 bulan. Langkah IMD dalam asuhan bayi baru lahir yaitu :

- a) Lahirkan, lakukan penilaian pada bayi, keringkan.
- b) Lakukan kontak kulit ibu dengan kulit bayi selama paling sedikit 1 jam.
- c) Biarkan bayi mencari dan menemukan puting ibu dan mulai menyusui.

6) Pemberian Salep Mata

Dalam Buku Saku Pelayanan Kesehatan Neonatal Essensial (2010) dijelaskan salep atau tetes mata untuk pencegahan infeksi mata diberikan segera setelah proses IMD dan bayi setelah menyusui, sebaiknya 1 jam setelah lahir. Pencegahan infeksi

mata dianjurkan menggunakan salap mata antibiotik tetrasiklin 1%.

7) Pemberian Vitamin K

Dalam Buku Saku Pelayanan Kesehatan Neonatal Essensial (2010) dijelaskan untuk mencegah pendarahan karena defisiensi vitamin K pada bayi baru lahir diberikan suntikan K1 (Phytomenadione) sebanyak 1 mg dosis tunggal, intramuskular pada antero lateral paha kiri.

8) Pemberian Imunisasi Hb 0

Dalam Buku Saku Pelayanan Kesehatan Neonatal Essensial (2010) dijelaskan imunisasi hepatitis B pertama (HB 0) diberikan 1-2 jam setelah pemberian vitamin K1 secara intramuskular. Imunisasi hepatitis B bermanfaat untuk mencegah infeksi hepatitis B terhadap bayi, terutama jalur penularan ibu-bayi. Imunisasi hepatitis B harus diberikan pada bayi umur 0-7 hari karena :

- a) Sebagian ibu hamil merupakan *carrier* hepatitis B.
- b) Hampir separuh bayi dapat tertular hepatitis B pada saat lahir dari ibu pembawa virus.
- c) Penularan pada saat lahir hampir seluruhnya berlanjut menjadi hepatitis menahun, yang kemudian dapat berlanjut menjadi sirosis hati dan kanker hati primer.
- d) Imunisasi hepatitis B sedini mungkin akan melindungi sekitar 75% bayi dari penularan hepatitis B.

Selain imunisasi Hepatitis B yang harus diberikan segera setelah lahir, berikut ini adalah jadwal imunisasi yang harus di berikan kepada neonatus/bayi muda.

Tabel 2.8 Jadwal Imunisasi pada Neonatus

Umur	Jenis Imunisasi
-------------	------------------------

	Lahir di Rumah	Lahir di Sarana Pelayanan Kesehatan
0-7	HB-0	HB-0,BCG, Polio I
1 bulan	BCG dan Polio I	-----
2 bulan	DPT-HB I dan Polio 2	DPT-HB I dan Polio 2

4. Konsep Dasar Nifas

a. Pengertian

Masa nifas adalah masa dimulainya beberapa jam sesudah lahirnya plasenta sampai 6 minggu setelah melahirkan (Menurut Pusdiknakes, 2003 dalam Yanti dan Sundawati, 2011).

Masa nifas (*puerperium*) adalah masa yang dimulai setelah plasenta keluar dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan semula (sebelum hamil) yang berlangsung selama kira-kira 6 minggu (Mansyur dan Dahlan, 2014).

Masa nifas adalah akhir dari periode intrapartum yang ditandai dengan lahirnya selaput dan plasenta yang berlangsung sekitar 6 minggu (Menurut Varney, 1997 dalam Dahlan dan Mansyur, 2014).

b. Tujuan Masa Nifas

Asuhan yang diberikan kepada ibu nifas bertujuan untuk :

- 1) Meningkatkan kesejahteraan fisik dan psikologi ibu dan bayi.
Pemberian asuhan, pertama bertujuan untuk memberi fasilitas dan dukungan bagi ibu yang baru saja melahirkan anak pertama untuk dapat menyesuaikan diri dengan kondisi dan peran barunya sebagai seorang ibu. Kedua, memberi pendampingan dan dukungan bagi ibu yang melahirkan anak kedua dan seterusnya untuk membentuk pola baru dalam keluarga sehingga

perannya sebagai ibu tetap terlaksana dengan baik. Jika ibu dapat melewati masa ini maka kesejahteraan fisik dan psikologis bayi pun akan meningkat (Ambarwati, 2010).

- 2) Pencegahan, diagnosa dini, dan pengobatan komplikasi. Pemberian asuhan pada ibu nifas diharapkan permasalahan dan komplikasi yang terjadi akan lebih cepat terdeteksi sehingga penanganannya pun dapat lebih maksimal (Ambarwati, 2010).
- 3) Dapat segera merujuk ibu ke asuhan tenaga bilamana perlu. Pendampingan pada ibu pada masa nifas bertujuan agar keputusan tepat segera diambil sesuai dengan kondisi pasien sehingga kejadian mortalitas dapat dicegah (Ambarwati, 2010).
- 4) Medukung dan mendampingi ibu dalam menjalankan peran barunya. Hal ini sangat penting untuk diperhatikan karena banyak pihak yang beranggapan bahwa jika bayi lahir dengan selamat, maka tidak perlu lagi dilakukan pendampingan bagi ibu, beradaptasi dengan peran barunya sangatlah berat dan membutuhkan suatu kondisi mental yang maksimal (Ambarwati, 2010).
- 5) Mencegah ibu terkena tetanus. Pemberian asuhan yang maksimal pada ibu nifas, dihapkan tetanus pada ibu melahirkan dapat dihindari (Ambarwati, 2010).
- 6) Memberi bimbingan dan dorongan tentang pemberian makan anak secara sehat serta peningkatan pengembangan hubungan yang baik antara ibu dan anak. Pemberian asuhan, kesempatan untuk berkonsultasi tentang kesehatan termasuk kesehatan anak dan keluarga akan sangat terbuka. Bidan akan membuka wawasan ibu dan keluarga untuk peningkatan kesehatan keluarga dan hubungan psikologis yang baik antara ibu, anak, dan keluarga (Ambarwati, 2010).

c. Peran dan Tanggung Jawab Bidan Masa Nifas

1) Teman dekat

Awal masa nifas kadang merupakan masa sulit bagi ibu. Oleh karenanya ia sangat membutuhkan teman dekat yang dapat diandalkan dalam mengatasi kesulitan yang dihadapinya. Pola hubungan yang terbentuk antara ibu dan bidan akan sangat ditentukan oleh ketrampilan bidan dalam menempatkan diri sebagai teman dan pendamping bagi ibu. Jika pada tahap ini hubungan yang terbentuk sudah baik maka tujuan dari asuhan akan lebih mudah tercapai (Ambarwati, 2010).

2) Pendidik

Masa nifas merupakan masa yang paling efektif bagi bidan untuk menjalankan perannya sebagai pendidik. Tidak hanya ibu sebagai ibu, tetapi seluruh anggota keluarga. Melibatkan keluarga dalam setiap kegiatan perawatan ibu dan bayi serta dalam pengambilan keputusan yang berhubungan dengan kesehatan merupakan salah satu teknik yang baik untuk memberikan pendidikan kesehatan (Ambarwati, 2010).

3) Pelaksana Asuhan

Dalam menjalankan peran dan tanggung jawabnya, bidan sangat dituntut untuk mengikuti perkembangan ilmu dan pengetahuan yang paling terbaru agar dapat memberikan pelayanan yang berkualitas kepada pasien. Penguasaan bidan dalam hal pengambilan keputusan yang tepat mengenai kondisi pasien sangatlah penting, terutama menyangkut penentuan kasus rujukan dan deteksi dini pasien agar komplikasi dapat dicegah (Ambarwati, 2010).

d. Tahap Masa Nifas

Masa nifas terbagi menjadi 3 tahapan, yaitu :

1) Puerperium Dini

Suatu masa kepulihan dimana ibu diperbolehkan untuk berdiri dan berjalan-jalan (Sundawati dan Yanti, 2011). Puerperium dini merupakan masa kepulihan, pada saat ini ibu sudah diperbolehkan berdiri dan berjalan-jalan (Ambarwati, 2010).

2) Puerperium Intermedial

Suatu masa dimana kepulihan dari organ-organ reproduksi selama kurang lebih 6 minggu (Sundawati dan Yanti, 2011). Puerperium intermedial merupakan masa kepulihan alat-alat genitalia secara menyeluruh yang lamanya sekitar 6-8 minggu (Ambarwati, 2010).

3) Remote Puerperium

Waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat kembali dalam keadaan sempurna terutama bila ibu selama hamil atau waktu persalinan mengalami komplikasi (Sundawati dan Yanti, 2011). Remote puerperium merupakan masa yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna, terutama bila selama hamil atau waktu persalinan mempunyai komplikasi. Waktu untuk sehat sempurna dapat berlangsung selama berminggu-minggu, bulan, bahkan tahunan (Ambarwati, 2010).

Tabel 2.9 Asuhan dan Jadwal Kunjungan Rumah

No	Waktu	Asuhan
1.	6 jam-3 hari	<ol style="list-style-type: none">Memastikan involusi uterus berjalan dengan normal, uterus berkontraksi, fundus di bawah umbilikus, tidak ada perdarahan abnormal atau tidak berbau.Menilai adanya tanda - tanda demam, infeksi atau perdarahan abnormal.Memastikan ibu mendapatkan cukup makanan, cairan dan istirahatMemastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak memperlihatkan tanda-tanda infeksi.Bagaimana tingkatan adaptasi pasien sebagai ibu dalam melaksanakan perannya di rumah.Bagaimana perawatan diri dan bayi sehari-hari,

- siapa yang membantu, sejauh mana ia membantu.
2. 2 minggu
 - a. Presepsinya tentang persalinan dan kelahiran, kemampuan kopingnya yang sekarang dan bagaimana ia merespon terhadap bayi barunya.
 - b. Kondisi payudara, waktu istirahat dan asupan makanan.
 - c. Nyeri, kram abdomen, fungsi bowel, pemeriksaan ekstremitas ibu.
 - d. Perdarahan yang keluar (jumlah, warna, bau), perawatan luka perineum.
 - e. Aktifitas ibu sehari-hari, respon ibu dan keluarga terhadap bayi.
 - f. Kebersihan lingkungan dan personal hygiene.
 3. 6 minggu
 - a. Permulaan hubungan seksualitas, metode dan penggunaan kontrasepsi.
 - b. Keadaan payudara, fungsi perkemihan dan pencernaan.
 - c. Pengeluaran pervaginam, kram atau nyeri tungkai.

Sumber : Sulistyawati, 2015

e. Perubahan Fisiologis Masa Nifas

1) Perubahan Sistem Reproduksi

a) Involusi Uterus

Menurut Yanti dan Sudawati (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 relatif anemi dan menyebabkan serat otot atrofi.
- (2) Atrofi jaringan. Atrofi jaringan terjadi sebagai reeaksi penghentian hormon estrogen saat pelepasan plasenta.
- (3) Autolysis merupakan proses penghancuran diri sendiri yang terjadi di dalam otot uterus. Enzim proteolitik akan memendekan 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 hormon estrogen dan progesterogen.

- (4) Efek oksitosin. Oksitosin menyebabkan terjadinya kontraksi dan retraksi otot uterus sehingga akan menekan pembuluh darah dan mengakibatkan kekurangan suplai darah ke uterus. Proses ini membantu untuk mengurangi situs atau tempat implantasi plasenta serta mengurangi perdarahan (Yanti dan Sundawati, 2011).

Tabel 2.10 Perubahan Normal Pada Uterus Selama Postpartum

Involusi Uteri	TFU	Berat Uterus	Diameter Uterus
Plasenta lahir	Setinggi pusar	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 implementasi plasenta merupakan luka yang kasar dan menonjol ke dalam kavum uteri. Segera setelah plasenta lahir, dengan cepat luka mengecil, pada akhirnya minggu ke 2 hanya sebesar 3-4 cm dan pada akhir nifas 1-2 cm. Penyembuhan luka bekas plasenta khas sekali. Permulaan nifas bekas luka plasenta mengandung banyak pembuluh darah besar yang tersumbat oleh thrombus. Luka bekas plasenta tidak meninggalkan parut. Hal ini disebabkan

karena diikuti pertumbuhan endometrium baru di bawah permukaan luka. Regenerasi endometrium baru 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 pembuangan lochia (Yanti dan Sundawati, 2011).

c) Perubahan Ligamen

Setelah bayi lahir, ligamen dan diafragma pelvis fasial yang meregang sewaktu kehamilan dan saat melahirkan, kembali seperti sedia kala. Perubahan ligamen yang dapat terjadi pasca melahirkan antara lain : ligamentum rotundum menjadi kendur yang mengakibatkan letak uterus menjadi retrofleksi, ligamen fasial, jaringan penunjang alat genitalia 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 merah kehitam-hitaman karena penuh pembuluh darah. Segera setelah bayi dilahirkan, tangan pemeriksa masih dapat dimasukkan 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. Pada umumnya ostium eksternum lebih besar, tetap ada retak-retak dan robekan-robekan pada pinggirannya,

terutama pada pinggir sampingnya (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 ke 3. Ukuran vagina akan selalu lebih besar dibandingkan keadaan saat sebelum persalinan pertama (Yanti dan Sundawati, 2011). Perubahan pada perineum terjadi pada saat perineum mengalami robekan. Robekan secara spontan ataupun mengalami episiotomi dengan indikasi tertentu. Meski demikian, latihan otot perineum dapat mengembalikan tonus tersebut dan dapat mengencangkan vagina tingkat tertentu (Yanti dan Sundawati, 2011).

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 lochea. 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. Lochea dapat dibagi menjadi lochea rubra, serosa dan alba.

Tabel 2.11 Perbedaan Masing – Masing Lochea

Lochea	Waktu	Warna	Ciri-Ciri
Rubra	1-3 hari	Merah kehitaman	Terdiri dari sel desidua, verniks caseosa, rambut lanugo, sisa mekonium dan

sisa darah			
Sanguinolenta	3-7 hari	Putih bercampur merah	Sisa darah dan lendir
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 lendir serviks dan serabut jaringan yang mati.

Sumber : Yanti dan Sundawati, 2011.

2) Perubahan Sistem Pencernaan

Sistem gastrointestinal selama hamil dipengaruhi oleh beberapa hal, diantaranya tingginya kadar progesteron yang dapat mengganggu keseimbangan cairan tubuh, meningkatkan kolesterol darah, dan melambatkan kontraksi otot-otot polos. Pasca melahirkan, kadar progesteron juga mulai menurun. Namun demikian, faal usus memerlukan 3-4 hari untuk kembali normal (Yanti dan Sundawati, 2011). Beberapa hal yang berkaitan dengan perubahan sistem pencernaan antara lain (Yanti dan Sundawati, 2011) :

a) Nafsu Makan

Pasca melahirkan ibu biasanya merasa lapar, dan diperbolehkan untuk makan. Pemulihan nafsu makan dibutuhkan 3 sampe 4 hari sebelum faal usus kembali normal. Meskipun kadar progesteron menurun setelah melahirkan, asupan makanan juga mengalami penurunan selama satu atau dua hari.

b) Motilitas

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

c) Pengosongan Usus

Pasca melahirkan, ibu sering mengalami konstipasi. Hal ini disebabkan tonus otot usus menurun selama proses persalinan dan awal masa pasca partum. Diare sebelum persalinan, enema sebelum melahirkan, kurang makan, dehidrasi, hemoroid ataupun laserasi jalan lahir. Sistem pencernaan pada masa nifas membutuhkan waktu untuk kembali normal. Beberapa cara agar ibu dapat buang air besar kembali teratur, antara lain : pemberian diet/makanan yang mengandung serat, pemberian cairan yang cukup, pengetahuan tentang pola eliminasi, pengetahuan tentang perawatan luka jalan lahir. Bila usaha ini tidak berhasil dapat dilakukan pemberian huknah atau obat yang lain.

3) Perubahan Sistem Perkemihan

Pada 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 melahirkan. Urin 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 (Yanti dan Sundawati, 2011) :

a) Hemostasis Internal

Tubuh terdiri dari air dan unsur-unsur yang larut di dalamnya dan 70% dari cairan tubuh terletak di dalam sel-

sel, yang disebut dengan cairan intraseluler. Cairan ekstraseluler terbagi dalam plasma darah, dan langsung diberikan untuk sel-sel yang disebut cairan interstisial. Beberapa hal yang berkaitan dengan cairan tubuh antara lain edema dan dehidrasi. Edema adalah tertimbunnya cairan dalam jaringan akibat gangguan keseimbangan cairan dalam tubuh. Dehidrasi adalah kekurangan cairan atau volume tubuh.

b) Keseimbangan Asam Bas Tubuh

Keasaman dalam tubuh disebut PH. Batas normal PH cairan tubuh adalah 7,35-7,40. Bila $PH > 7,4$ disebut alkalosis dan jika $PH < 7,35$ disebut asidosis.

c) Pengeluaran Sisa Metabolisme Racun dan Zat Toksin Ginjal

Zat toksin ginjal mengekskresikan hasil akhir dari metabolisme protein yang mengandung nitrogen terutama urea, asam urat dan kreatini. Ibu post partum dianjurkan segera buang air kecil, agar tidak mengganggu proses involusi uteri dan ibu merasa nyaman. Namun demikian, pasca melahirkan ibu merasa sulit buang air kecil. Hal yang menyebabkan sulit buang air kecil pada ibu post partum, antara lain :

- (1) Adanya oedema trigonum yang menimbulkan obstruksi sehingga terjadi retensi urin.
- (2) Diaphoresis yaitu mekanisme tubuh untuk mengurangi cairan yang retensi dalam tubuh, terjadi selama 2 hari setelah melahirkan.
- (3) Depresi dari sfingter utera oleh karena penekanan kepala janin dan spasme oleh iritasi muskulus sfingter ani selama persalinan, sehingga menyebabkan miksi.
- (4) Setelah plasenta dilahirkan, kadar hormon estrogen akan menurun, hilangnya peningkatan volume darah akibat

kehamilan, hal ini merupakan mekanisme tubuh untuk mengatasi kelebihan cairan. Keadaan ini juga disebut diuresis pasca partum. Kehilangan cairan melalui keringat dan peningkatan jumlah urin menyebabkan penurunan berat badan 2,5 kg selama masa pasca partum. Pengeluaran kelebihan cairan yang tertimbun selama hamil kadang-kadang disebut kebalikan metabolisme air pada masa hamil. Bila wanita pasca salin tidak bisa berkemih selama 4 jam kemungkinan ada masalah dan segeralah memasang dower kateter selama 24 jam. Kemudian keluhan tidak dapat berkemih selama 4 jam, lakukan kateterisasi dan bila jumlah residu > 200 ml maka, kemungkinan ada gangguan proses urinasinya. Maka kateter tetap terpasang dan dibuka 4 jam kemudian, lakukan kateterisasi dan bila residu < 200 ml, kateter di buka dan pasien diharapkan dapat berkemih seperti biasa.

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). Adapun sistem muskuloskeletal pada nifas, meliputi :

a) Dinding Perut dan Peritoneum

Dinding perut akan longgar pasca persalinan. Keadaan ini akan pulih kembali dalam waktu 6 minggu. Pada wanita yang athenis terjadi diastasis otot-otot rectus abdominalis,

sehingga sebagian dari dinding perut di garis tengah hanya terdiri dari peritoneum, fascia tipis dan kulit.

b) Kulit Abdomen

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

c) Strie

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

d) Perubahan Ligamen

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

e) Simpisis Pubis

Pemisahan simpisis pubis jarang terjadi, namun demikian, hal ini dapat menyebabkan morbiditas materal. Gejala dari pemisahan pubis antara lain : nyeri tekan pada pubis disertai peningkatan nyeri saat bergerak di tempat tidur ataupun waktu berjalan. Pemisahan simpisis dapat di palpasi, gejala ini dapat menghilang dalam beberapa minggu atau bulan pasca melahirkan, bahkan ada yang menetap.

5) Perubahan Sistem Endokrin

Selama masa kehamilan dan persalinan, terdapat perubahan pada sistem endokrin. Hormon-hormon yang berperan pada proses tersebut, antara lain (Yanti dan Sundawati, 2011) :

a) Hormon Plasenta

Pengeluaran plasenta menyebabkan penurunan hormon yang diproduksi oleh plasenta. Hormon plasenta menurun dengan cepat pasca persalinan. Penurunan hormon plasenta (Human Placenta Lactogen) menyebabkan kadar gula darah menurun pada 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 Pituitari

Hormon pituitari antara lain : hormone prolaktin, FSH dan LH. Hormon prolaktin darah meningkat dengan cepat, pada wanita tidak menyusui menurun dalam waktu 2 minggu. Hormon prolaktin berperan besar 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. Pada 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 mendapat menstruasi berkisar 40 persen setelah 6 minggu pasca melahirkan dan 90 persen setelah 24 minggu.

d) Hormon Oksitosin

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

e) Hormone Estrogen dan Progesteron

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

6) Perubahan Tanda – Tanda Vital

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 $37,2^{\circ}\text{C}$. Pasca melahirkan, suhu tubuh dapat naik kurang dari $0,5^{\circ}\text{C}$ dari keadaan normal. Kenaikan suhu badan ini akibat dari kerja keras sewaktu melahirkan, kehilangan cairan maupun kelelahan. Kurang lebih pada hari ke 4 post partum suhu akan naik lagi. Hal ini diakibatkan adanya pembetulan ASI, kemungkinan payudara membengkak, maupun kemungkinan infeksi pada endometrium, mastitis, traktus genitalia ataupun sistem lain. Apabila kenaikan suhu diatas 38°C , waspada terhadap infeksi post partum.

b) Nadi

Denyut nadi normal pada orang dewasa 60 sampai 80 kali per menit. Pasca melahirkan denyut nadi dapat menjadi brikardi maupun lebih cepat. Denyut nadi yang melebihi 100 kali per menit, 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 keseluruhan tubuh manusia. Tekanan darah normal manusia adalah sistolik antara 90-120 mmHg dan diastolik 60-80 mmHg. Pasca melahirkan pada kasus normal, tekanan darah biasanya tidak berubah. Perubahan tekanan darah lebih rendah pasca melahirkan bisa disebabkan oleh perdarahan. Sedangkan tekanan darah tinggi pada post partum merupakan tanda terjadinya pre eklampsia post partum.

d) Pernapasan

Frekuensi pernapasan normal pada orang dewasa adalah 16-20 kali permenit. Pada ibu post partum umumnya bernafas lambat dikarenakan ibu dalam tahap pemulihan atau kondisi istirahat. Keadaan bernafas selalu berhubungan dengan keadaan suhu dan denyut nadi. Bila suhu dan nadi tidak normal, pernapasan juga akan mengikutinya, kecuali apabila ada gangguan kasus pada saluran nafas. Bila bernafas lebih cepat pada post partum kemungkinan ada tanda-tanda syok.

7) 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 sesarea menjadi 2 kali lipat. Perubahan yang terjadi terdiri dari volume darah dan hemokonsentrasi. Pada persalinan pervaginam, homokonsentrasi cenderung naik dan pada persalinan seksio sesarea, hemokonsentrasi cenderung stabil dan kembali normal setelah 4-6 minggu (Yanti dan Sundawati, 2011).

8) 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.

Menurut Nugroho, dkk (2014) 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.

Menurut Nugroho, dkk (2014) pada 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. Kebutuhan Dasar Ibu Masa Nifas

1) Nutrisi

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

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 Vitamin D

Kalsium dan vitamin D berguna untuk pembentukan tulang dan gigi, kebutuhan kalsium dan vitamin D didapat dari minum susu rendah kalori atau berjemur di pagi hari. Konsumsi kalsium pada menyusui meningkat menjadi 5 porsi per hari. Satu setara dengan 50-60 gram keju, 1 cangkir susu krim, 160 gram ikan salmon, 120 gram ikan sarden, atau 280 gram tahu kalsium.

c) Magnesium

Magnesium dibutuhkan sel tubuh untuk 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 3 porsi sehari. Satu porsi setara dengan $\frac{1}{8}$ semangka, $\frac{1}{4}$ mangga, $\frac{3}{4}$ cangkir brokoli, $\frac{1}{2}$ wortel, $\frac{1}{4}$ kurang $\frac{1}{2}$ cangkir sayuran hijau yang telah dimasak, 1 tomat.

e) Karbohidrat

Selama menyusui, kebutuhan karbohidrat kompleks diperlukan 6 porsi sehari. Satu porsi setara dengan $\frac{1}{2}$ cangkir nasi, $\frac{1}{4}$ cangkir jagung pipih, 1 porsi sereal atau oat, 1 iris roti dari bijian utuh, $\frac{1}{2}$ kue maffin dari bijian utuh, 2-6 biskuit kering atau *crackers*, $\frac{1}{2}$ cangkir kacang-kacangan, $\frac{2}{3}$ cangkir kacang koro, atau 40 gram mie/pasta dari bijian utuh.

f) Lemak

Rata-rata kebutuhan lemak orang dewasa adalah $4\frac{1}{2}$ porsi lemak (14 gram porsi) per harinya. Satu porsi lemak sama dengan 80 gram keju, 3 sendok makan kacang tanah atau kenari, 4 sendok makan krim, secangkir es krim, $\frac{1}{2}$ buah alpukat, 2 sendok makan selai kacang, 120-140 gram daging tanpa lemak, 9 kentang goreng, 2 iris cake, 1 sendok makan mayones/mentega, atau 2 sendok makan salad.

g) Garam

Selama periode nifas, hindari konsumsi garam berlebihan. Hindari makanan asin.

h) Cairan

Konsumsi cairan sebanyak 8 gelas per hari. Minum setidaknya 3 liter setiap hari. Kebutuhan akan cairan diperoleh dari air putih, sari buah, susu dan sup.

i) Vitamin

Kebutuhan vitamin selama menyusui sangat dibutuhkan. Vitamin yang diperlukan antaralain : vitamin A yang berguna untuk kesehatan kulit, kelenjar serta mata. Vitamin A terdapat dalam telur, hati dan keju. Jumlah yang dibutuhkan adalah 1300 mcg; vitamin B6 membantu penyerapan protein dan meningkatkan fungsi syaraf. Asupan vitamin B6 sebanyak 2,0 mg per hari. Vitamin B6 dapat ditemukan di daging, hati, padi-padian, kacang polong dan kentang;

vitamin E berfungsi sebagai antioksidan, meningkatkan stamina dan daya tahan tubuh. Terdapat dalam makanan berserat, kacang-kacangan, minyak nabati dan gandum.

j) Zinc (Seng)

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

k) 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

Setelah bersalin, ibu akan merasa lelah. Oleh karena itu, ibu harus istirahat. Mobilisasi yang akan dilakukan pada komplikasi persalinan, nifas dan sembuhnya luka. Ambulasi dini (*early ambulation*) adalah mobilisasi segera setelah ibu melahirkan dengan membimbing ibu untuk bangun dari tempat tidunya. Ibu post partum bangun dari tempat tidurnya 24-48 jam setelah melahirkan. Anjurkan ibu untuk memulai mobilisasi dengan miring kanan/kiri, duduk kemudian berjalan. Keuntungan ambulasi dini adalah (Yanti dan Sundawati, 2011) : ibu merasa lebih sehat dan kuat; fungsi usus, sirkulasi, paru-paru dan perkemihan lebih baik; memungkinkan untuk mengajarkan perawatan bayi; mencegah trombotis pada pembuluh tungkai; sesuai dengan keadaan Indonesia (sosial ekonomis).

3) Eliminasi

a) Miksi

Buang air kecil sebaiknya dilakukan secepatnya. 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 sfingter ani selama persalinan. Lakukan kateterisasi apabila kandung kemih penuh dan sulit berkemih (Yanti dan Sundawati, 2011).

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 atau rektal atau lakukan klisma bilamana perlu (Yanti dan Sundawati, 2011).

c) Kebersihan Diri dan Perineum

Kebersihan diri berguna mengurangi infeksi dan meningkatkan perasaan nyaman. Kebersihan diri meliputi kebersihan tubuh, tempat tidur, pakaian maupun lingkungan. Beberapa hal yang dapat dilakukan ibu post partum dalam menjaga kebersihan diri adalah sebagai berikut : mandi minimal 2 kali sehari, mengganti pakaian dalam dan alas tempat tidur, menjaga lingkungan sekitar tempat tinggal, melakukan perawatan perineum, mengganti pembalut minimal 2 kali sehari, mencuci tangan setiap membersihkan daerah genetalia (Yanti dan Sundawati, 2011).

d) Istirahat

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

menyebabkan depresi dan ketidakmampuan dalam merawat bayi (Yanti dan Sundawati, 2011).

e) Seksual

Hubungan seksual aman dilakukan begitu darah berhenti. Namun demikian hubungan seksual dilakukan tergantung suami istri tersebut. Selama periode nifas, hubungan seksual juga dapat berkurang. Hal yang menyebabkan pola seksual selama masa nifas berkurang antara lain: gangguan atau ketidaknyamanan fisik, kelelahan, ketidakseimbangan hormon berlebihan, kecemasan berlebihan. Program KB sebaiknya dilakukan ibu setelah masa nifas selesai atau 40 hari (6 minggu), dengan menjaga kesehatan ibu. Pada saat melakukan hubungan seksual sebaiknya perhatikan waktu, penggunaan kontrasepsi, dispareuni, kenikmatan dan kepuasan pasangan suami istri. Beberapa cara yang dapat mengatasi kemesraan suami istri setelah periode nifas antara lain : hindari menyebut ayah dan ibu, mencari pengasuh bayi, membantu kesibukan istri, menyempatkan berkencan, meyakinkan diri, bersikap terbuka, konsultasi dengan ahlinya (Yanti dan Sundawati, 2011).

f) Latihan atau Senam Nifas

Organ-organ tubuh wanita akan kembali seperti semula sekitar 6 minggu. Hal ini dapat dilakukan dengan cara latihan senam nifas. Senam nifas adalah senam yang dilakukan sejak hari pertama melahirkan sampai dengan hari ke sepuluh. Beberapa faktor yang menentukan kesiapan ibu untuk memulai senam nifas antara lain: riwayat persalinan, kemudahan bayi dalam pemberian asuhan, kesulitan adaptasi post partum (Yanti dan Sundawati, 2011). Tujuan senam nifas adalah sebagai berikut : membantu mempercepat pemulihan kondisi ibu, mempercepat proses involusi uteri,

membantu memulihkan dan mengencangkan otot panggul, perut dan perineum, memperlancar pengeluaran lochea, membantu mengurangi rasa sakit, merelaksasikan otot-otot menunjang proses kehamilan dan persalinan, mengurangi kelainan dan komplikasi masa nifas (Yanti dan Sundawati, 2011). Manfaat senam nifas antara lain : memperbaiki sirkulasi darah, memperbaiki sikap tubuh dengan punggung pasca salin, memperbaiki dan memperkuat otot panggul, membantu ibu lebih rileks dan segar pasca persalinan (Yanti dan Sundawati, 2011). Senam nifas dilakukan saat ibu benar-benar pulih dan tidak ada komplikasi dan penyulit pada masa nifas atau antara waktu makan. Sebelum melakukan senam nifas, persiapan yang dapat dilakukan adalah mengenakan baju yang nyaman untuk olahraga, minum banyak air putih, dapat dilakukan di tempat tidur, dapat diiringi musik, perhatikan keadaan ibu (Yanti dan Sundawati, 2011).

h. Deteksi Dini Komplikasi Masa Nifas dan Penanganannya

1) Infeksi Masa Nifas

Infeksi nifas adalah infeksi yang dimulai pada dan melalui traktus genitalis sesudah persalinan. Suhu 38°C atau lebih yang terjadi pada hari ke 2-10 post partum dan diukur per oral sedikitnya 4 kali sehari (Yanti dan Sundawati, 2011).

Menurut Yanti dan Sundawati (2011), penyebab dan cara terjadinya infeksi nifas yaitu :

a) Penyebab Infeksi Nifas

Macam-macam jalan kuman masuk ke alat kandungan seperti eksogen (kuman datang dari luar), autogen (kuman datang dari tempat lain dalam tubuh), dan endogen (dari jalan lahir sendiri). Penyebab terbanyak adalah *streptococcus anaerob*

yang sebenarnya tidak patogen sebagai penghuni normal jalan lahir.

b) Cara Terjadinya Infeksi Nifas

Infeksi ini dapat terjadi sebagai berikut :

(1) Tangan pemeriksa atau penolong

(2) *Droplet infection*

(3) Virus nosokomial

(4) Koitus

c) Faktor predisposisi infeksi nifas : semua keadaan yang menurunkan daya tahan penderita seperti perdarahan banyak, diabetes, preeklampsia, malnutrisi, anemia. Kelelahan juga infeksi lain yaitu pneumonia, penyakit jantung dan sebagainya, proses persalinan bermasalah seperti partus lama, korioamnionitis, persalinan traumatik, kurang baiknya proses pencegahan infeksi dan manipulasi yang berlebihan, tindakan obstetrikal baik pervaginam maupun perabdominal, tertinggalnya plasenta, selaput ketuban, dan bekuan darah dalam rongga rahim, episiotomi dan laserasi.

d) Pencegahan Infeksi Nifas

(1) Masa kehamilan : mengurangi atau mencegah faktor-faktor selama persalinan.

(a) Hindari partus terlalu lama dan ketuban pecah lama/menjaga supaya persalinan tidak berlarut-larut.

(b) Menyelesaikan persalinan dengan trauma sedikit mungkin.

(c) Perlukaan-perlukaan jalan lahir karena tindakan pervaginam maupun prabdominal dibersihkan, dijahit sebaik-baiknya dan menjaga sterilitas.

(d) Mencegah terjadinya perdarahan banyak, bila terjadi darah yang hilang harus segera diganti dengan transfusi darah.

(e) Semua petugas dalam kamar bersalin harus menutup hidung dan mulut dengan masker.

(f) Alat-alat dan kain yang dipakai dalam persalinan dalam keadaan steril.

(g) Hindari periksa dalam berulang-ulang.

(2) Selama masa nifas luka-luka dirawat.

2) Masalah Payudara

Payudara berubah menjadi merah, panas dan terasa sakit disebabkan oleh payudara yang tidak disusui secara adekuat, puting susu yang lecet, BH yang terlalu ketat, ibu dengan diet jelek, kurang istirahat, anemia (Yanti dan Sundawati, 2011).

a) Mastitis

Mastitis adalah peradangan pada payudara. Mastitis ini dapat terjadi kapan saja selama periode menyusui, tapi paling sering terjadi pada hari ke 10 dan hari ke 28 setelah kelahiran (Yanti dan Sundawati, 2011).

(1)Penyebab : payudara bengkak akibat tidak menyusui secara adekuat, bra yang terlalu ketat, puting susu lecet yang menyebabkan infeksi, asupan gizi kurang, anemia.

(2)Gejala : bengkak dan nyeri, payudara tampak merah pada keseluruhan atau di tempat tertentu, payudara terasa keras dan benjol-benjol, ada demam dan rasa sakit umum (Yanti dan Sundawati, 2011).

(3)Penanganan : payudara dikompres dengan air hangat, untuk mengurangi rasa sakit dapat diberikan pengobatan analgetik, untuk mengatasi infeksi diberikan antibiotik, bayi mulai menyusui dari payudara yang mengalami peradangan, anjurkan ibu untuk menyusui bayinya, anjurkan ibu untuk mengkonsumsi makanan yang bergizi dan istirahat khusus (Yanti dan Sundawati).

b) Abses Payudara

Abses payudara berbeda dengan mastitis. Abses payudara terjadi apabila mastitis tidak ditangani dengan baik, sehingga memperberat infeksi (Yanti dan Sundawati, 2011).

(1)Gejala : sakit pada payudara ibu tampak lebih parah, payudara lebih mengkilat dan berwarna merah, benjolan terasa lunak karena berisi nanah (Yanti dan Sundawati, 2011).

(2)Penanganan : teknik menyusui yang benar kompres payudara dengan air hangat dan air dingin secara bergantian, tetap menyusui bayi, mulai menyusui pada payudara yang sehat, hentikan menyusui pada payudara yang mengalami abses tetapi ASI tetap dikeluarkan, apabila abses bertambah parah dan mengeluarkan nanah, berikan antibiotik, rujuk apabila keadaan tidak membaik (Yanti dan Sundawati, 2011).

c) Puting Susu Lecet

Puting susu lecet dapat disebabkan trauma pada puting susu saat menyusui, selain itu dapat pula terjadi retak dan pembentukan celah-celah. Retakan pada puting susu bisa sembuh sendiri dalam waktu 48 jam (Yanti dan Sundawati, 2011).

(1)Penyebab : teknik menyusui tidak benar, puting susu terpapar cairan saat ibu membersihkan puting susu. Bayi dengan lidah pendek, cara menghentikan menyusui yang kurang tepat (Yanti dan Sundawati, 2011).

(2)Penatalaksanaan : cari penyebab susu lecet, bayi disusukan lebih dahulu pada puting susu yang normal atau lecetnya sedikit, tidak menggunakan sabun, *cream* atau alkohol untuk membersihkan puting susu, menyusui lebih sering 8-12 kali dalam 24 jam, posisi menyusui harus benar, bayi

menyusui sampai ke kalang payudara, keluarkan sedikit ASI dan oleskan ke puting yang lecet dan biarkan kering. Menggunakan BH yang menyangga, bila terasa sangat sakit boleh minum obat pengurang rasa sakit, jika penyebab monilia diberi pengobatan, saluran susu tersumbat (Yanti dan Sundawati, 2011).

(3)Gejala : pada payudara terlihat jelas dan lunak pada perabaan (pada wanita kurus), payudara terasa nyeri dan bengkak pada payudara yang tersumbat.

(4)Penanganan : payudara dikompres dengan air hangat dan air dingin secara bergantian. Setelah itu bayi disusui, lakukan masase pada payudara untuk mengurangi nyeri dan bengkak, menyusui bayi sesering mungkin, bayi disusui mulai dengan payudara yang salurannya tersumbat, gunakan bra yang menyangga payudara, posisi menyusui diubah-ubah untuk melancarkan saluran ASI (Yanti dan Sundawati, 2011).

d) Hematoma

Hematoma terjadi karena kompresi yang kuat disepanjang traktus genitalia, dan tampak sebagai warna ungu pada mukosa vagina atau perineum yang ekimotik. Hematoma yang kecil diatasi dengan es, analgetik, dan pemantauan yang terus-menerus. Biasanya hematoma diserap secara alami. Hematoma yang lebih besar atau yang ukurannya meningkat harus perlu diinsisi dan didrainase untuk mencapai hemostasis. Pendarahan pembuluh diligasi (diikat). Jika diperlukan dapat dilakukan dengan penyumbatan dengan pembalut vagina untuk mencapai homostasis, karena tindakan insisi dan drainase bisa meningkatkan kecendrungan ibu terinfeksi, perlu dipesanan antibiotik, spektrum luas. Jika dibutuhkan, berikan transfusi darah.

Faktor-faktor pembekuan (Ramona dan Patricia, 2013) :

(1) Hemoragia Postpartum

Menurut Yanti dan Sundawati (2011), perdarahan pervaginam yang melebihi 500 mililiter setelah persalinan didefinisikan sebagai perdarahan pasca persalinan. Perdarahan pasca persalinan dapat dikategorikan menjadi 2, yaitu (Mansyur dan Dahlan, 2014) :

- (a) Perdarahan postpartum primer (*early postpartum hemorrhage*) yang terjadi dalam 24 jam setelah anak lahir.
- (b) Perdarahan postpartum sekunder (*late postpartum hemorrhage*) yang terjadi setelah 24 jam sampai biasanya antara hari ke-5 sampai hari ke-15 postpartum. Perdarahan post partum dapat terjadi akibat terjadinya antonia uteri dan adanya sisa palsenta atau selaput ketuban, subinvolusi, laserasi jalan lahir dan kegagalan pembekuan darah (Mansyur dan Dahlan, 2014).

(2) Subinvolusi

Subinvolusi adalah kegagalan untuk mengikuti pola normal involusi, dan keadaan ini merupakan satu dari penyebab terumum perdarahan pasca partum.knya tetap tinggi di dalam abdomen/pelvis dari yang diperkirakan. Kemajuan lochea seringkali gagal berubah dari bentuk rubra ke bentuk serosa, lalu ke bentuk lochea alba. Lochea ini bisa tetap dalam bentuk rubra, atau kembali ke bentuk rubra dalam beberapa hari pasca post partum. Jumlah lochea ini bisa lebih banyak daripada yang diperkirakan. Leukore, sakit punggung, dan lochea berbau menyengat, bisa terjadi jika ada infeksi (Ramona

dan Patricia, 2013). Terapi klinis yang dilakukan adalah pemeriksaan uterus, dimana hasilnya memperlihatkan suatu pembesaran uterus yang lembut dari uterus normal. Terapi obat-obatan, seperti metilergonovin 0,2 mg atau ergonovine 0,2 peroral setiap 3-4 jam, selama 24-48 jam diberikan untuk menstimulasi kontraktilitas uterus. Diberikan antibiotik per oral, jika terdapat metritis (infeksi) atau dilakukan jika terapi tidak efektif atau jika penyebabnya fragmen plasenta yang tertahan dan poli (Ramona dan Patricia, 2013).

(3) *Trombophabilitis*

Trombophabilitis terjadi karena perluasan infeksi atau invasi mikroorganisme patogen yang mengikuti aliran darah sepanjang vena dengan cabang-cabangnya (Mansyur dan Dahlan, 2014).

Adapun tanda dan gejala yang terjadi pada penderita adalah (Mansyur dan Dahlan, 2014) :

- (a) Suhu mendadak naik kira-kira pada hari ke 10- 20, yang disertai dengan menggil dan nyeri sekali.
- (b) Biasanya hanya satu kaki yang terkena dengan tanda-tanda : kaki sedikit dalam keadaan fleksi, sukar bergerak, salah satu vena bagian atas, nyeri betis, yang dapat terjadi secara spontan atau dengan memijat betis atau meregangkan tendon achilles. Kaki yang sakit biasanya lebih panas, nyeri hebat pada daerah paha dan lipatan paha, edema kadang terjadi sebelum atau setelah nyeri.

(4) Sisa plasenta

Adanya sisa plasenta dan selaput ketuban yang melekat dapat menyebabkan perdarahan karena tidak dapat berkontraksi secara efektif. Penanganan yang dapat

dilakukan dari adanya sisa plasenta dan sisa selaput ketuban adalah (Mansyur dan Dahlan, 2014) :

- (a) Penemuan secara dini, hanya dimungkinkan dengan melakukan pemeriksaan kelengkapan plasenta setelah dilahirkan. Pada kasus sisa plasenta dengan perdarahan kasus pasca persalinan lanjut, sebagian besar pasien akan kembali lagi ke tempat bersalin dengan keluhan perdarahan selam 6-10 hari pulang ke rumah dan subinvolusio uterus.
- (b) Lakukan eksplorasi digital (bila serviks terbuka) dan mengeluarkan bekuan darah dan jaringan bila serviks hanya dapat dilalui oleh instrumen, keluarkan sisa plasenta dengan cunan vacuum atau kuret besar.
- (c) Berikan antibiotik.

e) Inversio Uteri

Inversio uteri pada waktu persalinan disebabkan oleh kesalahan dalam memberi pertolongan pada kala III. Kejadian inversio uteri sering disertai dengan adanya syok. Perdarahan merupakan faktor terjadinya syok, tetapi tanpa perdarahan syok tetap dapat terjadi karena tarikan kuat pada peritoneum, kedua ligamentum infundibulo-pelvikum serta ligamentum rotundum. Syok dalam hal ini lebih banyak bersifat neurogenik. Pada khusus ini, tindakan operasi biasanya lebih dipertimbangkan, meskipun tidak menutup kemungkinan dilakukan reposisi uteri terlebih dahulu (Ari Sulistyawati, 2009).

f) Masalah Psikologi

Pada minggu-minggu pertama setelah persalinan kurang lebih satu tahun ibu post partum cenderung akan mengalami perasaan-perasaan yang tidak pada umumnya seperti merasa sedih, tidak mampu mengasuh dirinya sendiri dan bayinya.

Faktor penyebabnya adalah kekecewaan dan emosional yang mengikuti kegiatan bercampur rasa takut yang dialami kebanyakan wanita selama hamil dan melahirkan, rasa nyeri pada awal masa nifas, kelelahan akibat kurang tidur selama persalinan dan telah melahirkan kebanyakan di rumah sakit, kecemasan akan kemampuannya untuk merawat bayinya setelah meninggalkan rumah sakit (Nugroho, dkk, 2014). Merasa sedih tidak mampu mengasuh sendiri bayinya dan dirinya sendiri. Menurut Marmi (2012) faktor penyebab yaitu:

- (1) Kekecewaan emosional yang mengikuti kegiatan bercampur rasa takut yang dialami kebanyakan wanita selama hamil dan melahirkan.
- (2) Rasa nyeri pada awal masa nifas.
- (3) Kelelahan akibat kurang tidur selama persalinan dan telah melahirkan kebanyakan di rumah sakit.
- (4) Kecemasan akan kemampuannya untuk merawat bayinya setelah meninggalkan rumah sakit.
- (5) Ketakutan akan menjadi tidak menarik lagi.

5. Konsep Dasar KB

a. Pengertian Keluarga Berencana (KB)

KB adalah suatu program yang direncanakan oleh pemerintah untuk mengatur jarak kelahiran anak sehingga dapat tercapai keluarga kecil yang bahagia dan sejahtera (Handayani, 2011).

b. Jenis-Jenis Kontrasepsi Pasca Salin

1) MAL (Metode Amenorhea Laktasi)

a) Pengertian

Metode amenore laktasi adalah kontrasepsi yang mengandalkan pemberian Air Susu Ibu (ASI) secara eksklusif, artinya hanya diberi ASI saja tanpa pemberian

makanan tambahan atau minuman apapun (Handayani, 2011).

b) Keuntungan

Menurut Handayani (2011) keuntungan metode MAL adalah sebagai berikut :

- (1) Segera efektif.
- (2) Tidak mengganggu sanggama.
- (3) Tidak ada efek samping secara sistematis.
- (4) Tidak perlu pengawasan medis.
- (5) Tidak perlu obat atau alat.
- (6) Tanpa biaya.

c) Keterbatasan

Menurut Handayani (2011) keterbatasan metode MAL adalah sebagai berikut :

- (1) Perlu persiapan sejak perawatan kehamilan agar segera menyusui dalam 30 menit pasca persalinan.
- (2) Mungkin sulit dilaksanakan karena kondisi social. Tidak melindungi terhadap IMS dan HIV/AIDS.

2) KB Suntik

Suntikan Progestin

a) Pengertian

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

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

b) Cara Kerja

Menurut Handayani (2011) cara kerja suntikan progestin yaitu :

- (1) Menghambat ovulasi.
- (2) Mengentalkan lendir serviks sehingga menurunkan kemampuan penetresi sperma.
- (3) Menjadikan selaput lendir rahim tipis dan *artrofi*.
- (4) Menghambat transportasi gamet oleh tuba.

c) Keuntungan

Menurut Handayani (2011) keuntungan suntikan progestin yaitu :

- (1) Sangat efektif.
- (2) Pencegahan kehamilan jangka panjang.
- (3) Tidak berpengaruh terhadap hubungan suami istri.
- (4) Tidak mengandung estrogen sehingga tidak berdampak serius terhadap penyakit jantung dan gangguan pembekuan darah.
- (5) Tidak memiliki pengaruh terhadap ASI.
- (6) Sedikit efek samping.
- (7) Klien tidak perlu menyimpan obat suntik.
- (8) Dapat digunakan oleh perempuan usia > 35 tahun sampai primenopause.

d) Keterbatasan

Menurut Handayani (2011) keterbatasan suntikan progestin yaitu sering ditemukan gangguan haid, seperti:

- (1) Siklus haid yang memendek atau memanjang.
- (2) Perdarahan yang banyak atau sedikit.
- (3) Perdarahan tidak teratur atau perdarahan bercak (spotting)
- (4) Tidak haid sama sekali.

- (5) Klien sangat bergantung pada tempat sarana pelayanan kesehatan (harus kembali untuk suntik).
- (6) Tidak dapat dihentikan sewaktu – waktu sebelum suntikan berikut.
- (7) Tidak menjamin perlindungan terhadap penularan infeksi menular seksual, hepatitis B virus atau infeksi Virus HIV.
- (8) Terlambat kembali kesuburan setelah penghentian pemakaian.
- (9) Pada penggunaan jangka panjang dapat menimbulkan kekeringan pada vagina menurunkan *libido*, gangguan emosi (jarang), sakit kepala, jerawat.

e) Efek Samping

Menurut Handayani (2011) efek samping suntikan progestin yaitu :

- (1) *Amenorrhea*.
- (2) Perdarahan hebat atau tidak teratur.
- (3) Pertambahan atau kehilangan berat badan (perubahan nafsu makan).

f) Penanganan Efek Samping

Menurut Mulyani dan Rinawati (2013) penanganan efek samping suntikan progestin yaitu :

- (1) Bila tidak hamil, pengobatan apapun tidak perlu, bila telah terjadi kehamilan, rujuk klien, hentikan penyuntikan.
- (2) Bila terjadi kehamilan ektopik, rujuk klien segera. Jangan berikan terapi hormonal. Tunggu 3–6bulan kemudian, bila tidak terjadi perdarahan juga, rujuk ke klinik.

- (3) Informasikan bahwa perdarahan ringan sering di jumpai, tetapi hal ini bukanlah masalah serius, dan biasanya tidak memerlukan pengobatan.
- (4) Informasikan 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. Kewenangan Bidan

Teori hukum kewenangan bidan dalam berjalannya waktu kewenangan bidan Indonesia dari tahun ke tahun terus berkembang. Kewenangan bidan sesuai Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 28 Tahun 2017 Tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Bidan meliputi :

1. Pasal 18, yang berbunyi :
 - a. Pelayanan kesehatan ibu
 - b. Pelayanan kesehatan anak; dan
 - c. Pelayanan kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana.
2. Pasal 19, yang berbunyi :
 - (1) Pelayanan kesehatan ibu sebagaimana dimaksud dalam Pasal 18 huruf a diberikan pada masa sebelum hamil, masa hamil, masa persalinan, masa nifas, masa menyusui, dan masa antara dua kehamilan.
 - (2) Pelayanan kesehatan ibu sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi pelayanan:
 - a. konseling pada masa sebelum hamil;
 - b. antenatal pada kehamilan normal;
 - c. persalinan normal;
 - d. ibu nifas normal;
 - e. ibu menyusui; dan
 - f. konseling pada masa antara dua kehamilan.

- (3) Dalam memberikan pelayanan kesehatan ibu sebagaimana dimaksud pada ayat (2), Bidan berwenang melakukan:
- a. episiotomi;
 - b. pertolongan persalinan normal;
 - c. penjahitan luka jalan lahir tingkat I dan II;
 - d. penanganan kegawat-daruratan dilanjutkandengan perujukan;
 - e. pemberian tablet tambah darah pada ibu hamil
 - f. pemberian vitamin A dosis tinggi pada ibu nifas
 - g. fasilitasi/bimbingan inisiasi menyusui dini dan promosi air susu ibu eksklusif
 - h. pemberian uterotonika pada manajemen aktif kala tiga dan post partum
 - i. penyuluhan dan konseling
 - j. bimbingan pada kelompok ibu hamil; dan
 - k. pemberian surat keterangan kehamilan dan kelahiran

3. Pasal 20, yang berbunyi :

- (1) Pelayanan kesehatan anak sebagaimana dimaksud dalam Pasal 18 huruf b diberikan pada bayi baru lahir, bayi, anak balita, dan anak prasekolah.
- (2) Dalam memberikan pelayanan kesehatan anak sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Bidan berwenang melakukan:
 - a. pelayanan neonatal esensial;
 - b. penanganan kegawatdaruratan, dilanjutkan dengan perujukan;
 - c. pemantauan tumbuh kembang bayi, anak balita, dan anak prasekolah; dan
 - d. konseling dan penyuluhan.
- (3) Pelayanan noenatal esensial sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf a meliputi inisiasi menyusui dini, pemotongan dan perawatan tali pusat, pemberian suntikan Vi K1, pemberian imunisasi B0, pemeriksaan fisik bayi baru lahir, pemantauan tanda bahaya, pemberian tanda identitas diri, dan merujuk kasus yang

tidak dapat ditangani dalam kondisi stabil dan tepat waktu ke Fasilitas Pelayanan Kesehatan yang lebih mampu.

- (4) Penanganan kegawatdaruratan, dilanjutkan dengan rujukan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf b meliputi:
 - a. penanganan awal asfiksia bayi baru lahir melalui pembersihan jalan nafas, ventilasi tekanan positif, dan/atau kompresi jantung;
 - b. penanganan awal hipotermia pada bayi baru lahir dengan BBLR melalui penggunaan selimut atau fasilitasi dengan cara menghangatkan tubuh bayi dengan metode kangguru;
 - c. penanganan awal infeksi tali pusat dengan mengoleskan alkohol atau povidon iodine serta menjaga luka tali pusat tetap bersih dan kering; dan
 - d. membersihkan dan pemberian salep mata pada bayi baru lahir dengan infeksi gonore (GO).
- (5) Pemantauan tumbuh kembang bayi, anak balita, dan anak prasekolah sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf c meliputi kegiatan penimbangan berat badan, pengukuran lingkar kepala, pengukuran tinggi badan, stimulasi deteksi dini, dan intervensi dini penyimpangan tumbuh kembang balita dengan menggunakan Kuesioner Pra Skrining Perkembangan (KPSP).
- (6) Konseling dan penyuluhan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf d meliputi pemberian komunikasi, informasi, edukasi (KIE) kepada ibu dan keluarga tentang perawatan bayi baru lahir, ASI eksklusif, tanda bahaya pada bayi baru lahir, pelayanan kesehatan, imunisasi, gizi seimbang, PHBS, dan tumbuh kembang.

4. Pasal 21, yang berbunyi :

Dalam memberikan pelayanan kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana sebagaimana dimaksud dalam pasal 18 huruf c, Bidan berwenang memberikan :

- a. Penyuluhan dan konseling kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana; dan
- b. Pelayanan kontrasepsi oral, kondom, dan suntikan

Bagian Tiga : Pelimpahan Kewenangan

5. Pasal 22, yang berbunyi :

Selain kewenangan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 18, Bidan memiliki kewenangan memberikan pelayanan berdasarkan:

- a. penugasan dari pemerintah sesuai kebutuhan; dan/atau
- b. pelimpahan wewenang melakukan tindakan pelayanan kesehatan secara mandat dari dokter.

6. Pasal 23, yang berbunyi :

(1) Kewenangan memberikan pelayanan berdasarkan penugasan dari pemerintah sesuai kebutuhan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 22 huruf a, terdiri atas:

- a. kewenangan berdasarkan program pemerintah; dan
- b. kewenangan karena tidak adanya tenaga kesehatan lain di suatu wilayah tempat Bidan bertugas.

(2) Kewenangan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diperoleh Bidan setelah mendapatkan pelatihan.

(3) Pelatihan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) diselenggarakan oleh Pemerintah Pusat atau Pemerintah Daerah bersama organisasi profesi terkait berdasarkan modul dan kurikulum yang terstandarisasi sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

(4) Bidan yang telah mengikuti pelatihan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) berhak memperoleh sertifikat pelatihan.

(5) Bidan yang diberi kewenangan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) harus mendapatkan penetapan dari kepala dinas kesehatan kabupaten/kota.

7. Pasal 24, yang berbunyi :

- (1) Pelayanan kesehatan yang diberikan oleh Bidan ditempat kerjanya, akibat kewenangan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 23 harus sesuai dengan kompetensi yang diperolehnya selama pelatihan.
- (2) Untuk menjamin kepatuhan terhadap penerapan kompetensi yang diperoleh Bidan selama pelatihan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Dinas kesehatan kabupaten/kota harus melakukan evaluasi pascapelatihan di tempat kerja Bidan.
- (3) Evaluasi pascapelatihan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dilaksanakan paling lama 6 (enam) bulan setelah pelatihan.

8. Pasal 25, yang berbunyi :

- (1) Kewenangan berdasarkan program pemerintah sebagaimana dimaksud dalam Pasal 23 ayat (1) huruf a, meliputi:
 - a. pemberian pelayanan alat kontrasepsi dalam rahim dan alat kontrasepsi bawah kulit;
 - b. asuhan antenatal terintegrasi dengan intervensi khusus penyakit tertentu;
 - c. penanganan bayi dan anak balita sakit sesuai dengan pedoman yang ditetapkan;
 - d. pemberian imunisasi rutin dan tambahan sesuai program pemerintah;
 - e. melakukan pembinaan peran serta masyarakat di bidang kesehatan ibu dan anak, anak usia sekolah dan remaja, dan penyehatan lingkungan;
 - f. pemantauan tumbuh kembang bayi, anak balita, anak pra sekolah dan anak sekolah;
 - g. melaksanakan deteksi dini, merujuk, dan memberikan penyuluhan terhadap Infeksi Menular Seksual (IMS) termasuk pemberian kondom, dan penyakit lainnya;

- h. pencegahan penyalahgunaan Narkotika, Psikotropika dan Zat Adiktif lainnya (NAPZA) melalui informasi dan edukasi; dan
 - i. melaksanakan pelayanan kebidanan komunitas;
- (2) Kebutuhan dan penyediaan obat, vaksin, dan/atau kebutuhan logistik lainnya dalam pelaksanaan Kewenangan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), harus dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
9. Pasal 26, yang berbunyi :
- (1) Kewenangan karena tidak adanya tenaga kesehatan lain di suatu wilayah tempat Bidan bertugas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 23 ayat (1) huruf b tidak berlaku, dalam hal telah tersedia tenaga kesehatan lain dengan kompetensi dan kewenangan yang sesuai.
 - (2) Keadaan tidak adanya tenaga kesehatan lain di suatu wilayah tempat Bidan bertugas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan oleh kepala dinas kesehatan kabupaten/kota setempat.
10. Pasal 27, yang berbunyi :
- (1) Pelimpahan wewenang melakukan tindakan pelayanan kesehatan secara mandat dari dokter sebagaimana dimaksud dalam Pasal 22 huruf b diberikan secara tertulis oleh dokter pada Fasilitas Pelayanan Kesehatan tingkat pertama tempat Bidan bekerja.
 - (2) Tindakan pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) hanya dapat diberikan dalam keadaan di mana terdapat kebutuhan pelayanan yang melebihi ketersediaan dokter di Fasilitas Pelayanan Kesehatan tingkat pertama tersebut.
 - (3) Pelimpahan tindakan pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan dengan ketentuan:
 - a. tindakan yang dilimpahkan termasuk dalam kompetensi yang telah dimiliki oleh Bidan penerima pelimpahan;
 - b. pelaksanaan tindakan yang dilimpahkan tetap di bawah pengawasan dokter pemberi pelimpahan;

- c. tindakan yang dilimpahkan tidak termasuk mengambil keputusan klinis sebagai dasar pelaksanaan tindakan; dan
 - d. tindakan yang dilimpahkan tidak bersifat terus menerus.
- (4) Tindakan pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) menjadi tanggung jawab dokter pemberi mandat, sepanjang pelaksanaan tindakan sesuai dengan pelimpahan yang diberikan.

C. Kerangka Teori

Ibu hamil dengan usia kehamilan 40 minggu 1 hari masuk ke dalam Ibu hamil Trimester III dimana kehamilan Trimester III dimulai dari usia kehamilan 37-42 minggu. Ada beberapa hal yang perlu diberikan penjelasan pada ibu hamil trimester III yaitu tentang ketidaknyamanan pada kehamilan trimester III, tanda bahaya kehamilan trimester III, persiapan persalinan, dan juga tanda-tanda persalinan.

Bayi baru lahir dikatakan normal apabila memiliki ciri-ciri sebagai berikut berat badan 2500-4000 gram, panjang badan 48-52 cm, lingkar dada 30-38 cm, lingkar kepala 33-36 cm, memiliki frekuensi denyut jantung berkisar antara 120-160 kali/menit, pernafasan 40-60 kali/menit, kulit kemerahan, dan rambut lanugo tidak terlihat. Jika bayi memiliki semua ciri-ciri ini maka dilakukan penerapan asuhan bayi baru lahir dengan penerapan asuhan kebidanan fisiologis dengan 3 kali kunjungan dengan usia kunjungan yaitu kunjungan pertama 6-8 jam, kunjungan kedua 3-7 hari, kunjungan ketiga 8-28 hari.

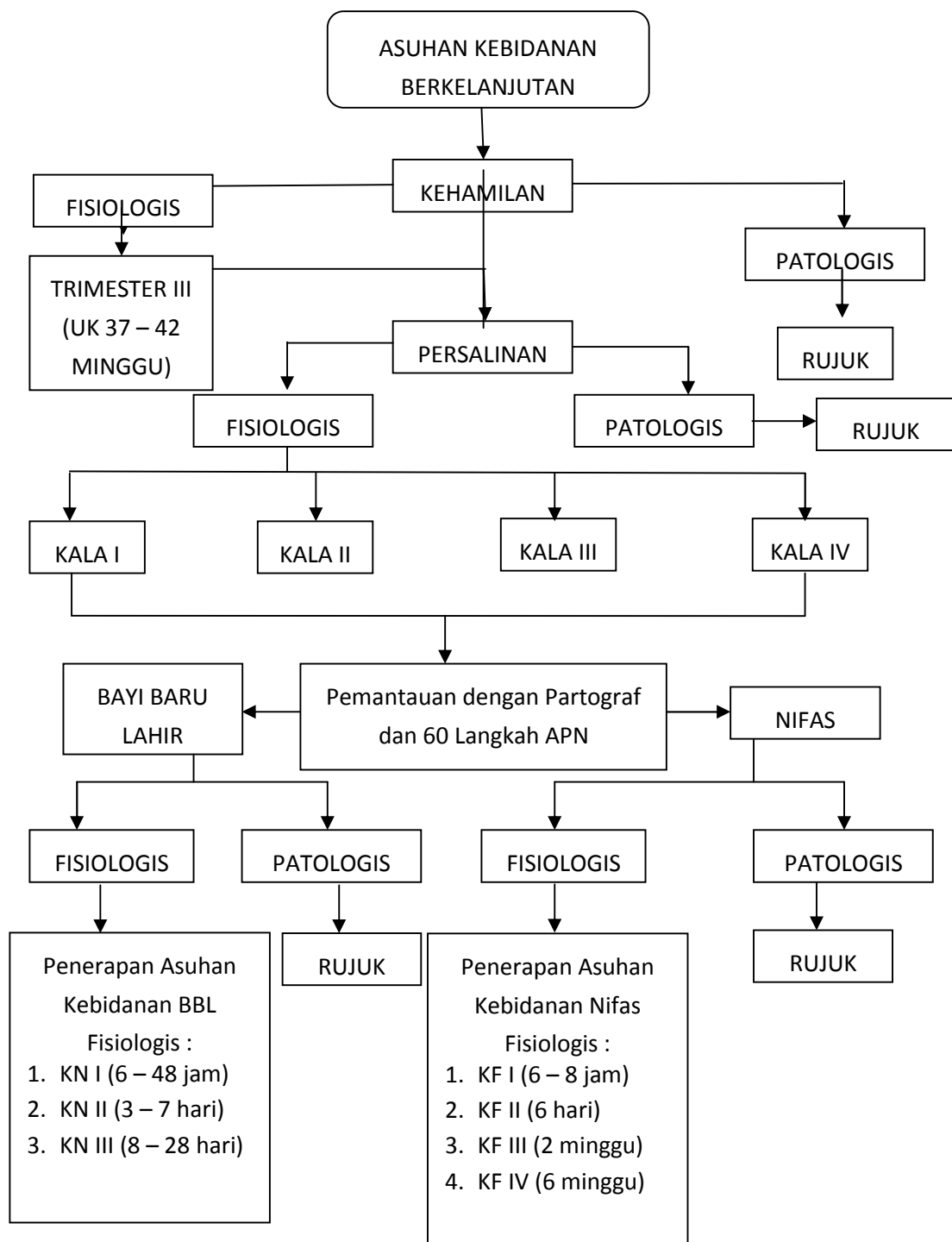
Masa nifas tidak terjadi komplikasi, dan penerapan asuhan kebidanan pada ibu nifas fisiologi dengan 3 kali kunjungan yaitu kunjungan pertama 6 jam, kunjungan kedua 6 hari, kunjungan ketiga 2 minggu setelah persalinan. Masa post partum perlu melakukan KIE tentang personal hygiene, ambulasi dini, ASI eksklusif, pemenuhan nutrisi, istirahat, dan teknik menyusui.

KB pasca persalinan merupakan suatu program yang dimaksudkan untuk menunda, menjarangkan dan mengakhiri kehamilan. Kontrasepsi suntikan 3 bulan adalah kontrasepsi yang berisi hormon progesteron untuk

menunda mendapat keturunan. Indikasi kontrasepsi suntikan 3 bulan adalah wanita pada reproduktif, wanita dengan paritas, wanita pasca persalinan, nyeri haid, dan riwayat kehamilan ektopik. Efek samping kontrasepsi suntikan 3 bulan adalah kenaikan berat badan, berhenti haid, *spotting*, kesuburan akan kembali lambat.

D. Kerangka Pikir

Gambar 2.5
Kerangka Pikir



BAB III

METODE LAPORAN KASUS

A. Jenis Laporan Kasus

Judul studi kasus : “Asuhan Kebidanan Berkelanjutan Pada Ny. A.M Usia Kehamilan 39-40 Minggu di Pustu Maulafa Kecamatan Maulafa Periode 18 Februari Sampai 18 Mei 2019” dilakukan dengan menggunakan jenis metode penelitian studi penelaahan kasus (*Case study*) dengan cara mengkaji suatu permasalahan dengan unit tunggal. Unit tunggal disini berarti satu orang. Unit yang menjadi kasus tersebut secara mendalam dianalisis baik dari segi yang berhubungan dengan keadaan kasus itu sendiri, faktor-faktor yang mempengaruhi, kejadian-kejadian khusus yang muncul sehubungan dengan kasus, maupun tindakan dan reaksi kasus terhadap suatu perlakuan atau pemaparan tertentu. Meskipun di dalam studi kasus ini yang diteliti hanya berbentuk unit tunggal, namun dianalisis secara mendalam, meliputi berbagai aspek yang cukup luas, serta penggunaan metode pemecahan masalah 7 langkah varney dan catatan perkembangan SOAP (*subyektif, obyektif, assesment, penatalaksanaan*).

B. Lokasi dan Waktu

1. Lokasi

Lokasi merupakan dimana tempat studi kasus ini diambil (Notoatmodjo, 2010). Studi kasus ini dilakukan di Pustu Maulafa Kecamatan Maulafa, Kota Kupang.

2. Waktu

Waktu adalah jangka waktu yang dibutuhkan peneliti untuk memperoleh data yang dibutuhkan selama kasus berlangsung (Notoatmodjo, 2012). Kasus ini diambil sejak periode 18 Februari sampai 18 Mei 2019.

C. Subyek Laporan Kasus

1. Populasi

Populasi adalah wilayah generalisasi yang terdiri atas obyek/subyek yang mempunyai kuantitas dan karakteristik tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari kemudian ditarik kesimpulannya atau merupakan keseluruhan subyek yang diteliti (Notoatmodjo,2012). Dalam penelitian ini populasinya adalah seluruh ibu hamil trimester III yang berada di wilayah kerja Pustu Maulafa.

2. Sampel

Sampel adalah bagian dari poulasi yang diteliti atau objek yang diteliti dan dianggap mewakili seluruh populasi. Teknik pengambilan sampelnya menggunakan *accidental sampling* yaitu mengambil kasus atau responden yang kebetulan ada atau tersedia di suatu tempat sesuai dengan konteks peneliti. Pengambilan sampel ini dengan dibatasi oleh kriteria inklusi dan eksklusi. Kriteria inklusi adalah kriteria atau ciri-ciri yang perlu dipenuhi oleh setiap anggota populasi yang diambil sebagai sampel, dalam penelitian ini yang memenuhi kriteria inklusi adalah satu ibu hamil trimester III (UK 32 – 42 minggu) yang berada di wilayah kerja Pustu Maulafa serta bersedia menjadi sampel. Sedangkan, kriteria eksklusi adalah ciri-ciri anggota populasi yang tidak dapat diambil sebagai sampel, dalam studi kasus ini yang memenuhi kriteria eksklusi adalah ibu hamil trimester I dan II serta tidak bersedia menjadi populasi (Notoatmodjo, 2012).

Dalam Studi kasus ini sampel yang diambil adalah ibu hamil trimester III di Pustu Maulafa Kecamatan Maulafa Tanggal 18 Februari sampai 18 Mei 2019.

D. Instrumen Laporan Kasus

Instrumen merupakan alat-alat yang akan digunakan untuk pengumpulan data. Instrumen penelitian ini dapat berupa kuesioner (daftar pertanyaan), formulir observasi, formulir - formulir lainnya yang berkaitan dengan pencatatan dan pelaporan (Notoatmodjo, 2010). Studi kasus ini

menggunakan instrument format pengkajian dengan menggunakan metode 7 langkah Varney. Alat dan bahan yang digunakan dalam laporan kasus ini adalah :

1. Wawancara

Alat yang digunakan untuk wawancara yaitu format pengkajian ibu hamil, KMS / Buku Kesehatan Ibu dan Anak, buku tulis, balpoin dan penggaris.

2. Alat dan bahan yang digunakan untuk melakukan observasi dan pemeriksaan fisik :

a. Kehamilan

Tensimeter, stetoskop, termometer, penlight, handscoen, jam tangan, pita LILA, pita centimeter, timbangan dewasa, pengukur tinggi badan; alat pengukur Hb : Set Hb sahli, kapas kering dan kapas alcohol, HCL 0,5 % dan aquades, sarung tangan, dan lanset.

b. Persalinan

Tensimeter, stetoskop, termometer, jam tangan, pita centimeter, Partus set (klem arteri 2 buah, gunting tali pusat, penjepit tali pusat, setengah kocher, kasa steril), hecing set (gunting benang, jarum dan catgut, pinset anatomis, nald furder, kasa steril), handscoon.

c. Nifas

Tensimeter, stetoskop, termometer, jam tangan, handscoon, kasa steril.

d. BBL

Timbangan bayi, pita centimeter, lampu sorot, handscoon, kapas alcohol, kasa steril, jam tangan, termometer, stetoskop.

e. KB

Leaflet dan alat bantu pengambilan keputusan KB (ABPK).

3. Dokumentasi

Alat dan bahan yang digunakan untuk dokumentasi meliputi status atau catatan pasien dan alat tulis.

E. Teknik Pengumpulan Data

Metode pengumpulan data yang digunakan dalam studi kasus ini yaitu :

1. Data Primer

Data primer adalah data yang diperoleh langsung dari responden yang menjadi objek dalam penelitian ini.

a. Pemeriksaan Fisik

Menurut Marmi (2014), pemeriksaan fisik digunakan untuk mengetahui keadaan fisik pasien secara sistematis dalam hal ini dilakukan pemeriksaan *head to toe* dengan cara inspeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi. Pemeriksaan yang dilakukan secara langsung dengan pasien baik menggunakan alat atau tidak. Pemeriksaan ini bisa dilakukan dengan inspeksi, auskultasi dan perkusi, pemeriksaan fisik ini dilakukan secara lengkap seperti keadaan umum, tanda-tanda vital, dan pemeriksaan fisik dari kepala sampai kaki (*head to toe*), pemeriksaan leopold, pemeriksaan dalam (*vagina toucher*).

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 oleh peneliti dengan ibu hamil trimester III. Pemeriksaan yang dilakukan dengan tanya jawab langsung baik dari pasien atau anggota keluarga tentang kondisi klien dan mengkaji biodata, keluhan-keluhan, pengetahuan pasien mengenai persalinan, tentang riwayat kesehatan (sekarang, dahulu, keluarga), riwayat haid, riwayat perkawinan, HPHT riwayat kehamilan persalinan lalu, serta pola pemenuhan kebutuhan sehari-hari.

c. Pengamatan (observasi)

Observasi yaitu teknik pengumpulan data dengan cara mengamati subyek dan melakukan berbagai macam pemeriksaan yang

berhubungan dengan kasus yang diambil. Observasi dapat berupa pemeriksaan umum, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang (Notoatmodjo, 2010). Laporan kasus ini akan membahas tentang pemeriksaan umum, pemeriksaan tanda-tanda vital, pemeriksaan Hb dan pengukuran LILA dalam buku KIA (Kesehatan Ibu dan Anak yaitu masa antenatal seperti ibu trimester III, pengawasan persalinan ibu pada kala I, II, III, dan kala IV dengan menggunakan partograf, pengawasan ibu postpartum dengan menggunakan buku KIA (Kesehatan Ibu dan Anak). Peneliti melakukan kegiatan observasi atau pengamatan langsung pada pasien ibu hamil UK 39-40 minggu di Pustu Maulafa dan dimulai dari tanggal 18 Februari sampai dengan 18 Mei 2019 di rumah pasien dengan alamat TDM I Kota Kupang.

2. Data Sekunder

Data sekunder adalah data yang diperoleh selain dari responden/sasaran peneliti juga diperoleh dari keterangan keluarga, lingkungan, mempelajari kasus dan dokumentasi pasien, catatan dalam kebidanan dan studi (Saryono,2011). Data sekunder yaitu data yang menunjang untuk mengidentifikasi masalah dan untuk melakukan tindakan. Selain melakukan observasi dan wawancara pada pasien, peneliti juga mengambil data dari register, buku KIA dan laporan untuk melengkapi data sebelumnya serta catatan asuhan kebidanan dan studi perpustakaan. Data sekunder diperoleh dari:

a. Studi dokumentasi

Studi dokumentasi adalah sumber informasi yang berhubungan dengan dokumen, baik dokumen-dokumen resmi atau pun tidak resmi. Diantaranya biografi dan catatan harian (Notoatmodjo, 2010). Studi kasus tentang kehamilan trimester III.

b. Studi kepustakaan

Studi kepustakaan adalah bahan-bahan pustaka yang sangat penting dalam menunjang latar belakang teoritis dalam suatu penelitian

(Notoatmodjo, 2010). Studi kasus tentang kehamilan trimester III menggunakan buku sumber dari tahun 1983 sampai 2016.

F. Triangulasi Data

Triangulasi merupakan teknik pengumpulan data yang bersifat menggabungkan dari berbagai teknik pengumpulan data dan sumber data yang telah ada. Untuk mendapatkan data yang valid penulis menggunakan triangulasi sumber dan teknik. Triangulasi sumber berarti untuk mendapatkan data dari sumber yang berbeda-beda dengan teknik yang sama; triangulasi teknik berarti peneliti menggunakan teknik pengumpulan data yang berbeda-beda untuk mendapatkan data dari sumber yang sama (Sugiyono, 2009).

Triangulasi data yang digunakan untuk mendapatkan data yang valid, penulis menggunakan triangulasi sumber dan teknik.

1. Triangulasi sumber : pengumpulan data dari berbagai sumber dengan teknik yang sama.
2. Triangulasi Teknik : pengumpulan data dari berbagai macam teknik pada sumber yang sama.
3. Triangulasi sumber data dengan kriteria, yaitu :
 - a. Observasi
Uji validitas dengan pemeriksaan fisik inspeksi, palpasi, auskultasi, pemeriksaan dalam dan pemeriksaan penunjang.
 - b. Wawancara
Uji validitas dengan data dengan wawancara pasien, keluarga, dan tenaga kesehatan.
 - c. Studi dokumentasi
Uji validitas dengan menggunakan catatan medik dan arsip yang ada seperti buku KIA, register kehamilan, persalinan, nifas dan register bayi.

G. Etika Penelitian

Etika adalah peristiwa interaksi sosial dalam kehidupan sehari-hari yang berkaitan dengan falsafah moral, sopan santun, tatasusila, budi

pekerti. Penelitian akan dibenarkan secara etis apabila penelitian dilakukan seperti 3 hal diatas. Menuliskan laporan kasus juga memiliki masalah etik yang harus diatasi, beberapa masalah etik yang harus diatasi adalah: *inform consent, self determination, anonymity dan confidentiality.*

1. *Inform Consent*

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

2. *Self Determination*

Hak *Self Determination* memberikan otonomi kepada subjek penelitian untuk membuat keputusan secara sadar, bebas dari paksaan untuk berpartisipasi atau tidak berpartisipasi dalam penelitian ini atau untuk menarik diri dari penelitian ini.

3. *Anonymity*

Sementara itu hak *anonymity* didasari hak kerahasiaan. Subjek penelitian memiliki hak untuk ditulis atau tidak namanya atau anonim dan memiliki hak berasumsi bahwa data yang dikumpulkan akan dijaga kerahasiaannya.

4. *Confidentiality*

Sama halnya dengan *anonymity*, *confidentiality* adalah pencegahan bagi mereka yang tidak berkepentingan, yang ingin mengetahui secara umum data, hak dan kerahasiaaan klien. Seseorang dapat mencapai informasi secara umum apabila telah disebutkan atau telah mendapat perijinan dari pihak yang berkaitan.

BAB IV TINJAUAN KASUS

A. Gambaran Lokasi Penelitian

Penelitian dilakukan di Puskesmas Pembantu Maulafa rawat jalan khususnya poli KIA. Puskesmas Maulafa terletak di Jalan Evergin RT 13 RW 05 Kelurahan Maulafa Kecamatan Maulafa Kota Kupang. Wilayah kerja Puskesmas Pembantu Maulafa mencakup 9 kelurahan yaitu : Maulafa, Kolhua, Belo, Fatukoa, Sikumana, Naikolan, Oepura, Naimata, dan Penfui. Luas wilayah Kecamatan Maulafa yang menjadi wilayah kerja Puskesmas Pembantu Maulafa secara keseluruhan mencapai 54,80 km². Kecamatan Maulafa masuk dalam wilayah Kota Kupang dengan batas wilayah sebagai berikut : sebelah timur berbatasan dengan Kabupaten Kupang, sebelah utara berbatasan dengan Kecamatan Oebobo, sebelah barat berbatasan dengan Kabupaten Kupang, sebelah selatan berbatasan dengan Kabupaten Kupang.

Puskesmas Pembantu Maulafa terdapat 4 orang tenaga kerja yang terdiri dari bidan PNS 1 orang, bidan PTT 1 orang, perawat PTT 1 orang, tenaga administrasi 1 orang.

B. Tinjauan Kasus

Tinjauan kasus ini akan membahas “Asuhan Kebidanan Berkelanjutan Pada Ny. A.M di Puskesmas Pembantu Maulafa Periode Tanggal 18 Februari sampai dengan 18 Mei 2019” yang penulis ambil dengan pendokumentasian menggunakan 7 Langkah Varney dan SOAP (Subjektif, Objektif, Analisis data, dan Penatalaksanaan).

ASUHAN KEBIDANAN KEHAMILAN PADA NY A.M UMUR 23 TAHUN
G₁P₀A₀ USIA KEHAMILAN 40 MINGGU 1 HARI JANIN HIDUP TUNGGAL
INTRAUTERIN LETAK KEPALA KEADAAN IBU DAN JANIN BAIK
DI PUSTU MAULafa

Tanggal Masuk : 8 Mei 2019 Pukul : 09.00 WITA
Oleh : Elfrida Maria Tus

I. Pengumpulan Data

A. Data Subjektif

1. Identitas / Biodata

Nama Ibu	: Ny. A.M	Nama Suami	: Tn M.I.
Umur	: 23 tahun	Umur	: 26 tahun
Suku/bangsa	: Timor/Indonesia	Suku/bangsa	: Timor/Indonesia
Agama	: Kristen Protestan	Agama	: Kristen Protestan
Pendidikan	: SMA	Pendidikan	: SMA
Pekerjaan	: Ibu Rumah Tangga	Pekerjaan	: Swasta
Alamat	: TDM II	Alamat	: TDM II
Telp	: 082144761xxx	Telp	: 085847434xxx

2. Alasan Kunjungan

Ibu mengatakan ingin memeriksakan kehamilannya yang pertama, tidak pernah keguguran, ibu juga mengatakan sudah tidak haid kurang lebih 9 bulan dari bulan Agustus 2018.

3. Keluhan Utama

Ibu mengeluh sakit-sakit di pinggang sejak kemarin malam tanggal 07-05-2019 sekitar jam 10 malam.

4. Riwayat Menstruasi

Ibu mengatakan dapat haid pertama umur 13 tahun, siklus haid teratur 30 hari, banyaknya darah 3x ganti pembalut, lamanya 4 – 5hari, sifat darah cair dan tidak ada nyeri haid yang berlebihan. Ibu mengatakan haid terakhir tanggal 31 – 07 – 2018.

5. Riwayat Perkawinan

Ibu mengatakan sudah menikah sah selama \pm 1 tahun, usia saat menikah yaitu 22 tahun dan suami 25 tahun.

6. Riwayat Kehamilan, Persalinan dan Nifas yang Lalu

Ibu mengatakan ini adalah kehamilannya yang pertama, tidak pernah keguguran (G₁P₀A₀AH₀).

7. Riwayat Kehamilan Ini

Ibu mengatakan hari pertama haid terakhir tanggal 31-07-2018. Ibu mengatakan berat badan sebelum hamil adalah 40 kg. Ibu melakukan ANC di Puskesmas dan di Bidan Praktik Swasta sehingga total ANC yang dilakukan sebanyak 7 kali yaitu :

Trimester I (0 – 12 minggu) ibu tidak melakukan pemeriksaan karena belum mengetahui kehamilannya.

Trimester II (12 – 28 minggu) dilakukan 3 kali pada tanggal 04-11-2018 tidak ada keluhan dan ibu mendapatkan terapi Sulfat Ferosus, Vitamin C, Kalsium Laktat masing-masing 20 tablet diminum 1 kali sehari, tanggal 03 -12-2018 tidak ada keluhan dan ibu melanjutkan terapi, tanggal 12-01-2019 tidak ada keluhan dan ibu mendapat terapi Sulfat Ferosus, Vitamin C, Kalsium Laktat masing-masing 20 tablet diminum 1 kali sehari.

Trimester III (28 – 40 minggu) dilakukan 4 kali pada tanggal 25-02-2019 tidak ada keluhan dan ibu mendapat terapi Sulfat Ferosus, Kalsium Laktat dan Vitamin C masing-masing 20 tablet, tanggal 05-04-2019 ibu datang kontrol dan ibu mendapat terapi Sulfat Ferosus, Kalsium Laktat dan Vitamin C masing-masing 20 tablet, tanggal 26-04-2019 ibu datang

kontrol dengan keluhan muntah-muntah dan mendapat terapi Sulfat Ferosus dan Vitamin C, tanggal 04-05-2019 ibu datang kontrol tidak ada keluhan dan mendapat terapi Sulfat Ferosus dan Vitamin C.

Pergerakan anak pertama kali dirasakan pada usia kehamilan 4 bulan dan pergerakan anak yang dirasakan 24 jam terakhir \pm 10-13 kali.

8. Riwayat KB

Ibu mengatakan tidak pernah menggunakan KB sebelumnya.

9. Pola Kebiasaan Sehari – hari

Tabel 4.1
Pola Kebiasaan Sehari-hari

Pola Kebiasaan	Sebelum Hamil	Selama Hamil
Nutrisi	<p>Makan Porsi : 3 kali/hari, 1 piring setiap kali makan (dihabiskan) Komposisi : nasi, ikan, daging, telur, sayur-mayur, tahu, tempe, telur</p> <p>Minum Jumlah : 4-5 gelas/hari Jenis : air putih, teh. Ibu tidak pernah mengonsumsi jamu, alkohol, rokok, dan obat-obatan terlarang.</p>	<p>Makan Porsi : 3-4 kali/hari, 1 ½ piring setiap kali makan (dihabiskan) Komposisi : nasi, ikan, telur, sayur-mayur, tahu, tempe</p> <p>Minum Jumlah : \pm8 gelas/hari Jenis : air putih, teh, susu Keluhan : tidak ada Ibu tidak pernah mengonsumsi jamu, alkohol, rokok, dan obat-obatan terlarang.</p>
Eliminasi	<p>BAB Frekuensi : 1-2x/hari Konsistensi : lembek Warna : kuning</p> <p>BAK Frekuensi : 4-5x/hari Konsistensi : cair Warna : kuning Jernih</p>	<p>BAB Frekuensi : 1x/hari Konsistensi : lembek Warna : kuning</p> <p>BAK Frekuensi : 5-6x/hari Konsistensi : cair Warna : kuning Jernih Keluhan : sering kencing</p>

Pola Kebiasaan	Sebelum Hamil	Selama Hamil
Seksualitas	Frekuensi : 3x/minggu	Frekuensi : Jarang 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) Perawatan payudara : saat mandi (dengan sabun dan bilas dengan air) Ganti pakaian dalam : 2 kali/hari	Mandi : 2 kali/hari Keramas : 2 kali/minggu Sikat gigi : 2 kali/hari Cara cebok : benar (dari depan ke belakang) Perawatan payudara : saat mandi (dengan sabun dan bilas dengan air, kadang diberi minyak kelapa) Ganti pakaian dalam : 2 kali/hari
Istirahat dan tidur	Tidur siang : ± 1 jam/hari Tidur malam : ± 7 jam/hari	Tidur siang : ± 1-2 jam/hari Tidur malam : ± 8 jam/hari Keluhan : tidak ada
Aktivitas	Memasak, membersihkan rumah, dan mencuci pakaian.	Memasak, membersihkan rumah, dan mencuci pakaian.

10. Riwayat Penyakit Sistemik yang Lalu

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

11. Riwayat Penyakit Sistemik yang Sedang Diderita

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

12. Riwayat Penyakit Keluarga

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

13. Riwayat Psikososial

Ibu mengatakan kehamilan ini direncanakan dan ibu merasa senang dengan kehamilannya. Reaksi orang tua dan keluarga terhadap kehamilan ini, orang tua dan keluarga mendukung ibu dengan menasehatkan untuk rajin memeriksakan kehamilan. Pengambil keputusan dalam keluarga adalah ibu dan suami (dirundingkan bersama). Ibu dan suami mengatakan sudah menyiapkan semua perlengkapan bayi untuk persiapan persalinan serta biaya untuk persalinan.

B. Data Objektif

Tafsiran Persalinan : 07 – 05 – 2019

UK 40 Minggu 1 Hari

1. Pemeriksaan Umum

a. Keadaan Umum : Baik

b. Kesadaran : Composmentis

c. Tanda – tanda vital

Suhu : 36,7°C

Tekanan Darah: 110/70 mmHg

Pernafasan : 19 kali/menit

Nadi : 80 kali/menit

d. Tinggi badan : 154 cm

e. Berat badan sebelum hamil : 42 kg

f. Berat badan sekarang : 50 kg

g. Kenaikan berat badan : 8 kg

h. Lingkar lengan atas : 26 cm

i. Posisi tulang belakang : Lordosis

2. Pemeriksaan Fisik

a. Kepala

1) Muka: tidak terlihat adanya oedema dan tidak ada cloasma gravidarum.

2) Mata : conjungtiva warna merah muda, sklera warna putih.

- 3) Hidung : bersih, tidak terdapat sekret dan tidak ada polip.
 - 4) Telinga : bersih, tidak ada serumen.
 - 5) Mulut : bibir warna merah muda, tidak ada stomatitis dan tidak ada gigi karies.
- b. Leher : tidak ada pembesaran kelenjar thyroid, tidak ada pembesaran kelenjar getah bening dan tidak ada pembendungan vena jugularis.
 - c. Dada : bentuk payudara simetris, areola mammae mengalami hiperpigmentasi, puting susu menonjol; pada palpasi tidak terdapat benjolan, tidak ada pengeluaran kolostrum, dan tidak ada nyeri tekan.
 - d. Abdomen : tidak ada bekas luka operasi, membesar sesuai usia kehamilan.
 - e. Ekstremitas
 - 1) Ekstremitas atas : fungsi gerak normal penekanan pada daerah kuku tidak pucat, dan ekstremitas atas tidak oedema.
 - 2) Ekstremitas bawah : fungsi gerak normal, tidak ada varises; penekanan daerah kuku tidak pucat, kaki tidak oedema; perkusi tidak dilakukan.
3. Pemeriksaan Obstetri
- a. Palpasi Uterus
 - 1) Leopold I :
Tinggi fundus uteri 3 jari di bawah *prosesus xifoideus*, pada fundus teraba bagian bulat, lunak, dan tidak melenting (bokong janin).
 - 2) Leopold II :
Bagian kanan perut ibu teraba bagian kecil janin dan bagian kiri perut ibu teraba bagian keras dan datar seperti papan (punggung kiri).
 - 3) Leopold III :
Bagian bawah perut ibu teraba bulat, keras, dan melenting (kepala)
 - 4) Leopold IV :
Kepala tidak dapat digoyangkan (kepala sudah masuk PAP)

b. Auskultasi

DJJ : Frekuensi 142 kali/menit, irama teratur, punctum maximum kiri bawah pusat ibu (terdengar di 1 tempat).

c. Pemeriksaan Mc. Donald : 31 cm

d. TBBJ : $(31 - 11) \times 155 = 3.100$ gram

4. Pemeriksaan Penunjang tanggal : 12 - 03 - 2019

Haemoglobin : 10 gr%

HbsAg : negatif

Malaria : negatif

HIV : negatif

II. Interpretasi Data Dasar

Tabel 4.2
Diagnosa Masalah dan Data Dasar

Diagnosa dan Masalah	Data Dasar
Diagnosa : Ny A.M 23 tahun G ₁ P ₀ A ₀ usia kehamilan 40 minggu 1 hari, janin hidup, tunggal, letak kepala, intrauterin keadaan ibu dan janin baik.	1. Data subyektif Ibu mengatakan hamil anak pertama, belum pernah melahirkan, tidak pernah keguguran; ibu juga mengatakan sudah tidak haid kurang lebih 9 bulan dari bulan Juli 2017. HPHT 31-07-2018. 2. Data obyektif Tafsiran Persalinan : 07-05-2019 a. Pemeriksaan umum Keadaan umum baik; kesadaran composmentis; tanda- tanda vital : tekanan darah:110/70mmHg, denyut nadi: 80 kali/menit, pernafasan: 19 kali/menit, suhu tubuh: 36,7°C; lingkaran lengan atas: 26 cm; tinggi badan: 154 cm, berat badan ibu saat ini 46 kg. b. Pemeriksaan Kebidanan 1) Palpasi Uterus Leopold I : tinggi fundus uteri 3 jari bawah <i>proccesus xipoides</i> , pada fundus teraba bagian bulat, lunak, tidak melenting

Diagnosa dan Masalah	Data Dasar
	<p>Leopold II : bagian kanan perut ibu teraba bagian kecil-kecil janin, bagian kiri perut ibu teraba bagian keras dan datar seperti papan</p> <p>Leopold III : bagian bawah perut ibu teraba bulat, keras, dan melenting, belum masuk PAP</p> <p>Leopold IV : tidak dilakukan</p> <p>2) Pemeriksaan Mc Donald : 31 cm</p> <p>3) TBBJ : $(31-11) \times 155 = 3100$ gram</p> <p>4) DJJ: frekuensi 142 kali/menit, irama teratur, punctum maximum kiri bawah pusat ibu (terdengar di 1 tempat).</p> <p>c. Pemeriksaan Penunjang</p> <p>Hb : 10 gr %</p> <p>d. Skor Poedji Rochjati yaitu :</p> <p>Skor awal ibu hamil : 2</p> <p>Total Skor Poedji Rochjati : 2</p>

III. Antisipasi Masalah Potensial

Tidak Ada

IV. Tindakan Segera

Tidak Ada

V. Perencanaan

Tanggal : 8 Mei 2019

Jam : 09.15 WITA

1. Beritahukan ibu hasil pemeriksaan, tafsiran persalinan, umur kehamilan.
R/ Informasi tentang hasil pemeriksaan yang dilakukan merupakan hak ibu sehingga ibu bisa lebih kooperatif dalam menerima asuhan selanjutnya.
2. Jelaskan pada ibu tentang keluhan yang dirasakan ibu.
R/ Agar ibu tidak khawatir dengan perubahan yang dirasakan ibu selama kehamilannya,
3. Jelaskan tanda bahaya pada kehamilan trimester III.

R/ Pemeriksaan dini tentang tanda-tanda bahaya dapat mendeteksi masalah patologi pada ibu dan janin.

4. Jelaskan persiapan persalinan pada ibu.

R/ Salah satu upaya pemerintah dalam rangka mempercepat penurunan angka kematian ibu (AKI) adalah melalui program perencanaan persalinan dan pencegahan komplikasi (P4K).

5. Jelaskan pada ibu tentang tanda-tanda persalinan.

R/ Penyuluhan memberi kesempatan untuk mematangkan persiapan persalinan dan kelahiran. Tanda tersebut muncul dari beberapa hari hingga 2 sampai 3 minggu sebelum persalinan dimulai.

6. Anjurkan ibu untuk mengonsumsi makanan yang bergizi.

R/ Makanan yang bergizi sangat penting untuk kesehatan ibu dan dapat mencukupi energi ibu serta membantu proses pertumbuhan dan perkembangan janin dalam kandungan. Keadaan gizi pada waktu konsepsi harus dalam keadaan baik dan selama hamil harus mendapat tambahan protein, mineral, dan energi.

7. Anjurkan ibu untuk menjaga kebersihan diri.

R/ Kebersihan diri dapat memberikan rasa nyaman, mencegah transfer organisme patogen, serta mencegah infeksi.

8. Dokumentasi hasil pemeriksaan dan asuhan kebidanan yang telah diberikan.

R/ Dokumentasi asuhan kebidanan sebagai bahan tanggung jawab dan tanggung gugat, serta memudahkan untuk pelayanan selanjutnya.

VI. Pelaksanaan

Tanggal : 8 Mei 2019

Jam : 09.20 WITA

1. Memberitahukan ibu hasil pemeriksaan, tafsiran persalinan, umur kehamilan. Hasil pemeriksaan didapatkan :

Tekanan darah	: 110/70 mmHg	Nadi	: 80 x/menit
Suhu	: 36,7°C	Pernapasan	: 19 x/menit

Berat badan : 46 kg (mengalami kenaikan 1 kg dari pemeriksaan terakhir) Tafsiran persalinan 07 – 05 – 2019, usia kehamilan ibu sudah 40 minggu 1 hari, denyut jantung janin baik 142 x/menit.

2. Menjelaskan pada ibu tentang keluhan yang dirasakannya yaitu ibu mengeluh sakit – sakit di pinggang sejak kemarin malam. Sakit pinggang yang dirasakan ibu disebabkan oleh meningkatnya berat badan akibat pembesaran rahim. Selain itu, peregangan dari jaringan yang menahan rahim (akibat rahim yang membesar) juga dapat menyebabkan nyeri ini. Cara mengatasinya yaitu dengan menggunakan posisi / sikap tubuh yang baik selama melakukan aktivitas seperti kaki atau paha yang menahan beban dan tegangan (bukan punggung), jangan membungkuk saat mengambil barang, tetapi berjongkok, lebarkan kaki dan letakkan satu kaki sedikit di depan kaki yang lain saat membungkuk agar terdapat dasar yang luas untuk keseimbangan saat bangkit dari posisi jongkok, hindari menggunakan sepatu hak tinggi, mengangkat beban berat, dan kelelahan.
3. Menjelaskan tanda bahaya pada kehamilan trimester III. Gejala yang khususnya berhubungan dengan trimester ketiga adalah nyeri epigastrik, sakit kepala, sakit kepala, gangguan visual, edema pada wajah dan tangan, tidak ada gerakan janin, gejala infeksi (vaginitis atau ISK), dan perdarahan vagina atau nyeri abdomen hebat (plasenta previa, abrupsi plasenta).
4. Menjelaskan pada ibu tentang persiapan persalinan yaitu penolong persalinan, pendamping persalinan, tempat bersalin, calon pendonor darah, transportasi yang akan digunakan ke tempat persalinan dan biaya serta pakaian ibu dan bayi.
5. Menjelaskan pada ibu tentang tanda-tanda persalinan seperti perut mulas secara teratur, semakin sering dan semakin lama, kontraksi semakin kuat, keluar lendir bercampur darah dari jalan lahir, keluar air ketuban dari jalan lahir.

Jika muncul salah satu tanda tersebut, suami atau keluarga segera membawa ibu hamil ke Puskesmas.

6. Menganjurkan ibu untuk mengonsumsi makanan yang bergizi dan bernutrisi baik untuk mencukupi kebutuhan energi ibu dan proses tumbuh kembang janin; Misalnya makanan yang berprotein (hewani dan nabati), daging, telur, ikan, roti, tempe, tahu dan kacang-kacangan, buah dan sayuran yang kaya Vitamin C, sayuran berwarna hijau tua, dan sayuran lainnya. Sebaiknya makanan jangan terlalu lama disimpan. Untuk jenis sayuran segera dihabiskan setelah diolah. Minum susu ibu hamil teratur setiap hari sekali.
7. Menganjurkan ibu untuk menjaga kebersihan diri terutama lipatan kulit (ketiak, bawah kulit dada, daerah genitalia) dengan cara dibersihkan dengan air dan dikeringkan; mengganti pakaian yang basah oleh keringat dan rajin memotong kuku; menjaga kebersihan alat kelamin, dengan cara selalu mengganti celana dalam yang basah karena ibu sering kencing dan jangan sampai dibiarkan lembab, serta memberitahukan ibu cara cebok yang benar yaitu disiram dari depan ke belakang dan bukan sebaliknya.
8. Mendokumentasikan hasil pemeriksaan dan asuhan yang diberikan pada status pasien, Buku KIA, dan Buku register ibu hamil.

VII. Evaluasi

Tanggal : 8 Mei 2019

Jam : 09.30 WITA

1. Hasil pemeriksaan telah diberitahukan pada ibu dan respon ibu mengerti dan senang dengan hasil pemeriksaan.
2. Ibu sudah mengetahui cara mengatasi ketidaknyamanan yang dirasakannya.
3. Ibu sudah mengetahui tentang tanda bahaya pada ibu hamil, dan akan segera ke fasilitas kesehatan bila mengalami salah satu tanda bahaya yang disebutkan.
4. Ibu sudah mengerti dengan penjelasan yang diberikan tentang persiapan persalinan dan sudah mempersiapkannya.

5. Ibu sudah mengetahui tentang tanda-tanda persalinan dan akan segera ke fasilitas kesehatan bila sudah mengalami salah satu tanda persalinan yang disebutkan.
6. Ibu sudah mengerti dan akan mengonsumsi makanan yang bergizi.
7. Ibu mengerti dan akan menjaga kebersihan dirinya.
8. Hasil pemeriksaan dan asuhan telah dicatat dalam status pasien, buku KIA dan buku register ibu hamil.

CATATAN PERKEMBANGAN 1 (KUNJUNGAN ANC I)

Hari / Tanggal : Rabu, 9 Mei 2019

Tempat : Rumah Ny A.M

Jam : 15.00 WITA

- S** : Ibu mengatakan merasa nyeri pada bagian pinggang tapi masih jarang dan hilang saat istirahat dan sering kencing.
- O** : Tanda – tanda vital : Tekanan darah 110/70 mmHg, Nadi : 80 kali/menit, Suhu : 36,8°C, Pernafasan : 19 kali/menit
- A** : Diagnosa :
Ny A.M 23 tahun G₁P₀A₀ usia kehamilan 40 minggu 2 hari, janin hidup, tunggal, letak kepala, intrauterine keadaan ibu dan janin baik.
- P** : 1. Menjelaskan kembali kepada ibu tentang ketidaknyamanan yang dialaminya yaitu nyeri pinggang dan sering kencing. Sakit punggung disebabkan oleh bentuk tulang punggung ke depan karena pembesaran rahim, kejang otot karena tekanan terhadap akar saraf di tulang belakang, penambahan ukuran payudara, kadar hormon yang meningkat menyebabkan kartilago di dalam sendi-sendi besar menjadi lembek, kelelahan, mekanisme tubuh yang kurang baik saat mengangkat barang dan mengambil barang.

Gunakan mekanika tubuh yang baik, misalnya:

- a. Kaki atau paha yang menahan beban dan tegangan (bukan punggung), jangan membungkuk saat mengambil barang, tetapi berjongkok
- b. Lebarkan kaki dan letakkan satu kaki sedikit di depan kaki yang lain saat membungkuk agar terdapat dasar yang luas untuk keseimbangan saat bangkit dari posisi jongkok.
- c. Gunakan bra yang menopang payudara dengan ukuran yang tepat.
- d. Hindari menggunakan sepatu hak tinggi, mengangkat beban berat, dan kelelahan.
- e. Gunakan kasur yang nyaman dan tidak terlalu lunak (jangan mudah melengkung).
- f. Alasi punggung dengan bantal tipis untuk meluruskan punggung
- g. Masase punggung oleh suami menjelang tidur atau saat santai untuk mengurangi nyeri punggung.

Sering kencing disebabkan oleh penurunan bagian terendah janin sehingga kandung kemih tertekan oleh uterus. Cara mengatasinya yaitu perbanyak minum pada siang hari tidak pada malam hari dan membatasi minuman yang mengandung kafein seperti, kopi, teh dan soda. Ibu mengerti dengan penjelasan yang diberikan dan berjanji akan mengikuti anjuran yang diberikan.

2. Menganjurkan ibu untuk mengurangi aktivitas berat di rumah seperti tidak mengangkat beban yang berat.

Ibu berjanji akan mengikuti anjuran yang diberikan.

3. Menjelaskan kembali tentang tanda-tanda bahaya kehamilan pada trimester III seperti perdarah pervaginam yang banyak, sakit kepala terus menerus, penglihatan kabur, bengkak di kaki dan tangan, dan gerakan janin tidak dirasakan. Menganjurkan ibu untuk datang ke Pustu atau Puskesmas jika menemukan salah satu

tanda bahaya tersebut.

Ibu mengerti dengan penjelasan yang diberikan dan akan mengikuti anjuran yang diberikan.

4. Menjelaskan kembali tanda-tanda persalinan seperti keluar lendir darah
5. Mengakaji persiapan persalinan.

CATATAN PERKEMBANGAN 2 (KUNJUNGAN INC)

Kala I

Hari / Tanggal : Sabtu, 11 Mei 2019

Tempat : Ruang Bersalin BPM Gilda Saina

Jam : 01.00 WITA

S : Ibu mengatakan hamil anak pertama, tidak pernah keguguran, haid terakhirnya 31 Juli 2018, sekarang hamil 10 bulan mengeluh sakit pada bagian pinggang menjalar ke perut bagian bawah sejak pukul 16.00 WITA, ada pengeluaran lendir bercampur darah dari jalan lahir pada pukul 18.00 WITA, rasa sakit bertambah kuat dan sering, pergerakan anak aktif dirasakan \pm 10-11 kali sehari

O : 1. Pemeriksaan Umum

Keadaan umum : Baik, sikap tubuh normal (lordosis)

Kesadaran : Composmentis

Tanda-tanda vital :

Tekanan Darah : 100/80 mmHg

Suhu : 36,7⁰C,

Pernapasan : 20 x/menit,

Nadi : 80 x/menit

Tafsiran persalinan : 07 Mei 2019

Usia kehamilan : 40 minggu 3 hari

2. Pemeriksaan Fisik

- a. Kepala : Simetris, normal, warna rambut hitam, kulit kepala bersih, tidak ada ketombe, tidak ada pembengkakan.
- b. Wajah : Bentuk wajah simetris, oval, tidak ada kloasma gravidarum, tidak pucat, tidak ada oedema serta tidak kuning.
- c. Mata : Simetris, konjungtiva merah muda, sklera putih.
- d. Hidung : Simetris, tidak ada pengeluaran cairan, tidak ada polip, tidak ada kelainan.
- e. Telinga : Simetris, bersih , tidak ada serumen
- f. Mulut : Tidak ada kelainan, warna bibir merah muda, mukosa bibir lembab, tidak ada pembengkakan, tidak stomatitis, tidak ada karies.
- g. Leher : Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, kelenjar limfe, dan tidak ada pembendungan vena jugularis.
- h. Dada : Simetris, gerakan dada saat inspirasi dan ekspirasi teratur, payudara simetris kanan dan kiri,tidak ada retraksi dinding dada, pembesaran normal, tidak ada luka, puting susu menonjol, aerola menghitam, payudara bersih, sudah ada pengeluaran kolostrum pada payudara sebelah kiri dan kanan, tidak ada benjolan atau massa, tidak ada luka pada kedua payudara, serta tidak ada nyeri tekan.
- i. Abdomen : tidak ada bekas luka operasi dan tidak ada benjolan abnormal.

1) Palpasi

- a) Leopold I : Tinggi fundus uteri 3 jari bawah processus xyphoideus, pada fundus teraba bagian lunak, kurang bundar dan kurang melenting (bokong).
- b) Leopold II : Dinding perut bagian kiri teraba bagian-bagian kecil janin sedangkan dinding perut bagian kanan teraba keras dan datar seperti papan (Punggung kanan).
- c) Leopold III : Segmen bawah rahim, teraba bulat, keras, tak bisa digoyangkan (kepala) sudah masuk PAP

d) Leopold IV : Kedua telapak tangan tidak saling bertemu (divergen) penurunan kepala berdasarkan perlimaan yaitu 2/5.

2) Auskultasi :

a) Frekuensi : 142 kali/menit

b) Irama : teratur

c) Punctum Maximun : 2 jari di bawah pusat sebelah kanan

3) TFU Mc. Donald : 31 cm

4) Tafsiran berat badan janin : $(31-11) \times 155 = 3.100$ gram.

5) Kontraksi uterus kuat, frekuensi 4 kali dalam 10 menit, durasinya 45-50 detik.

j. Ekstermitas atas : Simetris, tidak ada oedema, warna kuku merah muda

k. Ekstermitas bawah : Simetris, tidak ada oedema, tidak ada varises, reflek patella +/+.

3. Pemeriksaan Dalam :

Pukul : 01.15 WITA

Vulva/vagina: Vulva vagina tidak ada kelainan, tidak ada dermatitis (iritasi), tidak ada lesi, tidak ada varises, tidak ada condiloma, ada pengeluaran lendir bercampur darah dari jalan lahir.

Serviks : Tipis lunak

Pembukaan : 8 cm

Kantong ketuban : + (Utuh)

Presentasi : Belakang kepala

Petunjuk : Ubun-ubun kecil kiri depan

Molage : Tidak ada.

Turun hodge : II

A : Ny. A.M. G₁ P₀ A₀ umur kehamilan 40 minggu 3 hari, janin hidup, tunggal, intrauterin, presentasi belakang kepala, keadaan jalan lahir

baik, keadaan ibu dan janin baik, inpartu kala I fase aktif.

P : Kala I

- a. Memberitahukan kepada ibu dan suami tentang hasil pemeriksaan yaitu keadaan ibu dan janin baik dimana tekanan darah ibu 100/80 mmHg, suhu yaitu 36,7 °C, nadi 80 kali/menit, pernapasan 20 kali/menit dan denyut jantung janin terdengar kuat, teratur dengan frekuensi 142 kali/menit, pembukaan 8 cm, ibu mengerti dan mengatakan sudah siap secara mental dan fisik untuk menghadapi proses persalinannya.
- b. Memberikan asuhan sayang ibu dengan :
 1. Memberikan dukungan mental dan spiritual kepada ibu dengan melibatkan suami dan keluarga untuk tetap mendampingi ibu selama proses persalinan, ibu terlihat kesakitan tetapi tidak gelisah dan ibunya berada disamping ibu.
 2. Menjaga privasi ibu selama proses persalinan dengan menutup pintu, jendela dan tidak menghadirkan orang lain tanpa sepengetahuan dan seizin ibu, pintu, kain jendela dan jendela serta pintu selalu ditutup saat dilakukan pemeriksaan dan tindakan selama proses persalinan serta ibu hanya ingin didampingi oleh ibunya dan suaminya.
 3. Memberikan sentuhan berupa pijatan pada punggung saat kontraksi, menyeka keringat ibu dengan tisu, ibu merasa senang dan nyaman.
 4. Memberikan makanan dan minuman diantara kontraksi untuk memenuhi kebutuhan energi dan mencegah dehidrasi dengan melibatkan suami dan keluarga, ibu makan nasi dan kuah ± 5 sendok makan dan minum air putih ± 250 ml.
 5. Menganjurkan ibu untuk memilih posisi yang nyaman sesuai keinginannya dengan melibatkan keluarga, ibu menyukai posisi miring ke kiri saat tidak kontraksi dan meneran.

6. Melakukan tindakan pencegahan infeksi dengan selalu mencuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan, menggunakan peralatan steril dan DTT, menggunakan sarung tangan saat diperlukan dan menganjurkan keluarga agar selalu mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan ibu dan bayi baru lahir, bidan selalu mencuci tangan sebelum dan sesudah tindakan, menggunakan peralatan steril/DTT.
- c. Mengajarkan ibu untuk teknik relaksasi dengan cara menarik napas panjang melalui hidung dan menghembuskannya kembali secara perlahan melalui mulut saat rahim berkontraksi, ibu mengerti dan mampu melakukan teknik relaksasi dengan baik.
 - d. Menyiapkan alat dan bahan
 1. Saff I
 - a) Partus set : klem tali pusat (2 buah), gunting tali pusat, gunting episiotomi, ½ koher, penjepit tali pusat (1 buah), handscoen 2 pasang, kasa secukupnya.
 - b) Heacting set : Nailfuder (1 buah), benang, gunting benang, pinset anatomis dan pinset sirurgis (1 buah), handscoen 1 pasang, kasa secukupnya.
 - c) Tempat obat berisi : oxytocin 3 ampul, lidocain 1 %, aquades, vit. Neo.K (1 ampul), salep mata oxytetracyclin 1 %
 - d) Kom berisi air DTT dan kapas, korentang dalam tempatnya, klorin spray 1 botol, doppler, pita senti, disposable (1 cc, 3 cc, 5 cc)
 2. Saff II

Penghisap lendir, tempat plasenta, tempat sampah tajam, tensimeter
 3. Saff III

Cairan infus, infus set, dan abocath, pakaian ibu dan bayi, celemek, penutup kepala, kacamata, sepatu boot, alat resusitasi bayi.

Hasil Observasi Kala I Fase Aktif

Jam	DJJ	His	Nadi	Suhu	TD	VT
01.10	142x	3x10 menit, durasi 40 detik.	80x	36,5°C	100/80	vulva/vagina: tidak ada kelainan, tidak oedema, tidak ada varises, portio tipis lunak, pembukaan 8 cm, KK +, presentasi belakang kepala, ubun- ubun kecil kiri depan, penurunan kepala di Hodge III-IV, sutura sagitalis terpisah.
01.40	147x	4x10 menit, durasi 40 detik	82x			
01.55	145x	4x10 menit, durasi 45 detik	84x			
02.00	146x	5x10 menit, durasi 45 detik	84x			vulva/vagina: tidak ada kelainan, tidak oedema, tidak ada varises, portio tidak teraba, pembukaan 10

						cm, KK - ,presentasi belakang kepala, ubun- ubun kecil di kiri, penurunan kepala di Hodge IV, sutura sagitalis terpisah.
--	--	--	--	--	--	---

Kala II

Tanggal : 11 Mei 2019

Pukul: 02.00 WITA

S : Ibu mengatakan ingin buang air besar dan ingin mengejan

O : Keadaan umum baik, kesadaran composmentis, adanya dorongan untuk meneran, tekanan pada anus, perineum menonjol, vulva membuka. Pemeriksaan dalam : pembukaan 10 cm.

A : Ny. A.M G₁P₀A₀ Kala II

P :

Melakukan pertolongan persalinan sesuai 60 langkah APN (dalam hal ini mahasiswi didampingi oleh 2 orang bidan dalam menolong persalinan).

1. Memastikan kelengkapan peralatan, bahan dan obat-obatan esensial untuk menolong persalinan dan menatalaksana komplikasi ibu dan bayi baru lahir. Menyiapkan tempat yang datar, rata, bersih, dan kering, alat penghisap lendir, lampu sorot 60 watt dengan jarak 60 cm diatas tubuh bayi untuk resusitasi.

Menggelar kain diatas perut ibu, tempat resusitasi dan ganjal bahu bayi, serta menyiapkan oksitosin dan alat suntik steril sekali pakai di dalam partus set.

2. Memakai celemek plastik.
3. Melepas dan menyimpan semua perhiasan yang dipakai, mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir kemudian keringkan tangan dengan tisu atau handuk pribadi yang bersih dan kering.
4. Memakai sarung tangan DTT untuk melakukan periksa dalam.
5. Memasukan oksitosin 10 IU (1cc) kedalam alat suntik (menggunakan tangan yang memakai sarung tangan steril) serta memastikan tidak terjadi kontaminasi pada alat suntik.
6. Membersihkan vulva dan perineum, menyeka dengan hati-hati dari depan ke belakang menggunakan kapas atau kasa yang dibasahi air matang (DTT).
7. Melakukan pemeriksaan dalam pada jam 02.00 WITA untuk memastikan pembukaan sudah lengkap dan hasil pemeriksaan vulva dan vagina tidak ada kelainan, kondisi serviks tidak teraba, pembukaan lengkap (10 cm), kantong ketuban negatif, warna air ketuban jernih, presentasi belakang kepala, ubun-ubun kecil depan, turun hodge IV.
8. Mendekontaminasi sarung tangan dengan cara mencelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5%, kemudian membuka sarung tangan dalam keadaan terbalik dan merendamnya dalam larutan klorin 0,5%.
9. Memeriksa denyut jantung janin (DJJ) 140x/menit dan mencatat dalam lembar partograf.
10. Memberitahukan hasil pemeriksaan pada ibu bahwa pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik, dan membantu ibu untuk menentukan posisi ½ duduk.
11. Menjelaskan pada suami ibu untuk membantu menyiapkan ibu pada posisi yang sesuai keinginan ibu ketika ada dorongan untuk meneran saat ada kontraksi yaitu posisi miring kiri saat relaksasi dan posisi ½ duduk saat ingin meneran.

12. Melaksanakan bimbingan meneran pada saat ibu merasa ada dorongan kuat untuk meneran :
 - a. Membimbing ibu agar dapat meneran secara benar dan efektif yaitu ibu hanya boleh meneran saat ada dorongan yang kuat dan spontan untuk meneran, tidak meneran berkepanjangan dan menahan nafas.
Ibu mengerti dan dapat meneran secara aktif.
 - b. Mendukung dan memberi semangat pada ibu saat meneran, serta memperbaiki cara meneran yang tidak sesuai.
 - c. Ibu beristirahat diantara kontraksi.
 - d. Memberikan ibu minum di antara kontraksi
Ibu minum air putih 1 gelas (200 ml).
 - e. Menilai DJJ setiap kontraksi uterus selesai.
Denyut jantung janin telah dinilai dan frekuensinya 140 kali/menit
13. Ibu tidur miring kiri di antara kontraksi
14. Meletakkan handuk bersih (untuk mengeringkan bayi) di perut ibu, saat kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm.
15. Meletakkan kain bersih yang dilipat 1/3 bagian di bawah bokong ibu.
16. Membuka tutup partus set dan memperhatikan kembali kelengkapan alat dan bahan.
17. Memakai sarung tangan steril pada kedua tangan.
18. Kepala janin terlihat pada vulva dengan diameter 5-6 cm membuka vulva, perineum dilindungi dengan menggunakan tangan kiri yang telah dilapisi dengan kain bersih dan kering, dan tangan kanan menahan kepala dan membantu proses lahirnya kepala. Dan ibu meneran secara perlahan serta bernapas dengan cepat dan dangkal, kepala bayi telah lahir.
19. Memeriksa kemungkinan adanya lilitan tali pusat dan ternyata

tidak terdapat lilitan tali pusat pada leher bayi.

20. Menunggu hingga kepala janin selesai melakukan putaran paksi luar secara spontan.

21. Setelah kepala melakukan putaran paksi luar, kepala di pegang secara *biparietal*. Menganjurkan ibu untuk meneran saat kontraksi, dengan lembut, kepala bayi digerakan ke arah atas dan distal hingga bahu depan muncul di bawah arkus pubis, kemudian menggerakkan kepala ke arah atas dan distal untuk melahirkan bahu belakang.

Bahu depan dan belakang telah lahir.

22. Setelah kedua bahu lahir, menggeser tangan bawah ke arah perineum ibu untuk menyangga kepala, lengan dan siku bayi sebelah bawah. Menggunakan tangan atas untuk menelusuri dan memegang tangan dan siku sebelah atas.

Badan dan lengan bayi telah lahir.

23. Setelah tubuh dan lengan bayi lahir, menelusuri tangan atas berlanjut ke punggung, bokong, tungkai, dan kaki. Pegang kedua mata kaki (memasukan telunjuk di antara kaki dan pegang masing-masing mata kaki dengan ibu jari dan jari-jari lainnya).

Tangan, punggung, bokong, tungkai dan kaki bayi telah lahir.

24. Melakukan penilaian sepiantas :

Bayi lahir spontan normal pervaginam, jenis kelamin laki-laki pada pukul 02.10 WITA.

Bayi cukup bulan, lahir langsung menangis spontan dan keras serta gerakan bayi aktif.

25. Mengeringkan tubuh bayi, mulai dari muka, kepala dan bagian tubuh lainnya kecuali bagian tangan tanpa membersihkan verniks. Mengganti handuk basah dengan handuk/kain yang kering meletakkan bayi diatas perut ibu.

Tubuh bayi telah kering dan bayi telah diletakkan diatas perut

ibu.

30. Setelah 2 menit pasca persalinan, menjepit tali pusat dengan klem kira-kira 3 cm dari pusar (umbilicus) bayi. Mendorong isi tali pusat ke arah distal (ibu) dan menjepit kembali tali pusat pada 2 cm distal dari klem pertama. Tali pusat telah dijepit 3 cm dari pusat bayi dan 2 cm dari klem pertama.
31. Melakukan pemotongan tali pusat dengan menggunakan satu tangan mengangkat tali pusat yang telah dijepit kemudian melakukan pengguntingan sambil melindungi perut bayi.
32. Menempatkan bayi untuk melakukan kontak kulit ibu ke kulit bayi, dengan posisi tengkurap di dada ibu. meluruskan bahu bayi sehingga bayi menempel dengan baik di dinding dada dan perut ibu. Usahakan kepala bayi berada diantara payudara ibu dengan posisi lebih rendah dari puting payudara ibu dan menyelimuti ibu dan bayi dengan kain hangat dan memasang topi di kepala bayi

Kala III

Tanggal : 11 Mei 2019

Jam: 02.25 WITA

S : Ibu mengatakan perutnya terasa mules

O : Keadaan umum baik, kesadaran composmentis, kontraksi baik, TFU setinggi pusat, tali pusat bertambah panjang dan keluar semburan darah dari jalan lahir.

A : Ny. A.M P₁A₀AH₁ Kala III

P :

Melakukan pertolongan persalinan kala III dari langkah 27-40.

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

Tidak ada bayi lain didalam uterus.

28. Memberitahu ibu bahwa ia akan disuntik oksitosin agar uterus berkontraksi baik.

Ibu mengerti dan bersedia untuk disuntik.

29. Menyuntikkan oksitosin 10 unit IM (intramaskular) pada 1/3 paha atas bagian *distal lateral* setelah 1 menit bayi lahir.

Pada pukul 02.11 WITA Oksitosin telah disuntikkan pada 1/3 paha kanan bagian luar.

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

Klem telah dipindahkan dengan jarak 5 cm dari depan vulva.

34. Meletakkan satu tangan di atas perut ibu, di tepi atas simfisis, untuk meraba kontraksi uterus dan menekan uterus dan tangan lain menegangkan tali pusat.

Telah dilakukan penegangan tali pusat terkendali dan tali pusat tidak masuk lagi.

35. Uterus berkontraksi, menegangkan tali pusat dengan tangan kanan, sementara tangan kiri menekan uterus dengan hati-hati ke arah dorsokranial.

Telah dilakukan dorongan dorsokranial.

36. Melakukan penegangan dan dorongan dorsokranial hingga plasenta terlepas, meminta ibu meneran sambil menarik tali pusat dengan arah sejajar lantai dan kemudian ke arah atas, mengikuti poros jalan lahir, dan kembali memindahkan klem hingga berjarak 5-10 cm dari vulva.

Ibu mengerti dan telah meneran dan tali pusat telah ditarik ke arah sejajar lantai kemudian ke arah atas mengikuti poros jalan lahir dan memindahkan klem dengan jarak 5 cm dari jalan vulva dan plasenta sudah muncul sebagian di introitus vagina.

37. Plasenta muncul di introitus vagina, melahirkan plasenta dengan kedua tangan. memegang dan memutar plasenta hingga selaput terpilin, kemudian melahirkan dan menempatkan plasenta pada wadah yang telah disediakan. Plasenta telah lahir secara spontan pada pukul 02.20 WITA dan telah diletakkan kedalam wadah yang telah disediakan.
38. Segera setelah plasenta dan selaput ketuban lahir, melakukan masase uterus, meletakkan telapak tangan di fundus dan melakukan masase dengan gerakan melingkar secara lembut hingga uterus berkontraksi (fundus teraba keras).
Telah dilakukan masase uterus dan kontraksi uterus baik (teraba keras).
39. Memeriksa kedua sisi plasenta baik bagian ibu maupun bayi dan pastikan selaput ketuban lengkap dan utuh. Memasukan plasenta ke dalam kantong plastik atau tempat khusus.
Pada pemeriksaan selaput ketuban utuh, kotiledon lengkap dan plasenta sudah dimasukan kedalam kantong plastik.
40. Mengevaluasi kemungkinan terjadi laserasi pada vagina dan perineum.
Tidak ada luka jahitan / rupture.

Kala IV

Tanggal : 11 Mei 2019

Pukul : 03.00 WITA

- S : Ibu merasa lega dan perut masih mules-mules
- O : Kontraksi baik, kesadaran composmentis, perdarahan normal, tinggi fundus uteri dua jari bawah pusat, keadaan umum baik, tekanan darah 100/70 mmHg, suhu 36,8°C, nadi 84x/menit, pernapasan 21x/menit, kandung kemih kosong

A : Ny. A.M P₁A₀AH₁ Kala IV

P :

Melakukan pengawasan Kala IV dari langkah 41 – 60.

41. Memastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan pervaginam.

Kontraksi uterus baik dan tidak ada perdarahan aktif pervaginam, jumlah perdarahan kurang lebih 100 cc.

42. Mencilupkan tangan yang masih memakai sarung tangan ke dalam larutan clorin 0,5 %, mencuci tangan dan keringkan dengan tissue.

Sarung tangan sudah dicelupkan ke dalam larutan clorin dan tangan sudah bersih.

43. Memastikan kandung kemih kosong

Kandung kemih teraba kosong.

44. Mengajarkan ibu/keluarga cara menilai kontraksi dan melakukan masase uterus yaitu apabila perut teraba bundar dan keras artinya uterus berkontraksi dengan baik namun sebaliknya apabila perut ibu teraba lembek maka uterus tidak berkontraksi yang akan menyebabkan perdarahan dan untuk mengatasi uterus yang teraba lembek ibu atau suami harus melakukan masase uterus dengan cara meletakkan satu tangan diatas perut ibu sambil melakukan gerakan memutar searah jarum jam hingga perut teraba keras

Ibu dan suami mengerti dan sudah mengetahui cara menilai kontraksi uterus dan mampu melakukan masase uterus dengan benar.

45. Mengevaluasi dan mengestimasi jumlah kehilangan darah.

Perdarahan normal, jumlahnya \pm 150 cc

46. Memeriksa nadi ibu dan keadaan kandung kemih setiap 15 menit selama 1 jam pertama pasca persalinandan setiap 30 menit jam kedua pasca persalinan.Memeriksa temperatur suhu

tubuh ibu sekali setiap jam selama 2 jam pertama pasca persalinan dan mencatat hasil pemantauan dalam lembar partograf.

Sudah dilakukan pemantauan setiap jam dan mencatat hasilnya terlampir dalam lembar observasi dan partograf.

47. Memeriksa kembali bayi untuk memastikan bahwa ia bernapas dengan baik serta suhu tubuh normal.

Bayi bernapas dengan baik 43 kali/menit dan suhu tubuh 36,8⁰C

48. Menempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit). mencuci dan membilas peralatan setelah didekontaminasi.

Semua peralatan sudah diletakkan dalam larutan klorin 0,5 % dan direndam selama 10 menit dan sudah dicuci dan dibilas.

49. Membuang bahan-bahan yang terkontaminasi ke tempat sampah yang sesuai.

Semua bahan-bahan yang terkontaminasi telah dibuang ke tempat masing-masing tempat sampah.

50. Membersihkan badan ibu dengan menggunakan air DTT, serta membantu ibu memakai pakaian yang bersih dan kering.

Badan ibu telah dibersihkan dengan menggunakan air DTT, dan pakaian ibu sudah digantikan dengan pakaian bersih

51. Memastikan ibu merasa nyaman dan memberitahu keluarga untuk membantu apabila ibu ingin minum.

Ibu sudah merasa nyaman.

52. Mendekontaminasi tempat persalinan dengan larutan klorin 0.5%.

Tempat tidur ibu sudah didekontaminasikan dengan menggunakan air klorin 0,5cc.

53. Mencelupkan sarung tangan kotor ke dalam larutan klorin 0,5%, balikan bagian dalam ke luar dan rendam dalam larutan

klorin 0,5% selama 10 menit.

Sarung tangan telah dicelupkan di dalam air klorin 0,5%

54. Mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir, kemudian keringkan dengan tisu atau handuk pribadi yang kering dan bersih.

Kedua tangan telah dicuci dengan menggunakan sabun dan air mengalir.

55. Memakai sarung tangan DTT untuk melakukan pemeriksaan fisik bayi

Sarung tangan sudah dipakai.

56. Dalam 1 jam pertama melakukan penimbangan/pengukuran bayi, memberi salep mata oksitetrasiklin 0,1 % dan menyuntikan vitamin K1 1 mg *intramuscular* di paha kiri *anterolateral*, mengukur suhu tubuh setiap 15 menit dan diisi di partograf.

Berat badan bayi 3200 gram, panjang badan 49 cm, lingkar kepala 33 cm, lingkar dada 33 cm, lingkar perut 32 cm.

Bayi sudah diberi salep mata oksitetracyclin 1 % dan vitamin K1 pada jam 03.10 WITA, suhu tubuh sudah diukur dan ditulis dalam partograf.

57. Memberikan suntikan imunisasi hepatitis B (setelah 1 jam pemberian vitamin K1) di paha kanan *anterolateral*.

Bayi akan diberikan suntikan HB0 pada jam 04.10 WITA.

58. Melepaskan sarung tangan dalam keadaan terbalik dan merendam dalam larutan klorin 0,5 % selama 10 menit.

Sarung tangan sudah dilepas dan sudah direndam dalam larutan klorin 0,5%.

59. Mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir lalu dikeringkan dengan tissue.

Tangan sudah bersih.

60. Melengkapi partograf (halaman depan dan belakang),

memeriksa tanda vital dan asuhan kala IV.

Tanda vital dan asuhan kala IV telah tercatat di partograf.

Pemantauan ibu dan bayi : tiap 15 menit pada jam pertama, tiap 30 menit pada jam kedua.

Tabel 4.3 Pemantauan Ibu dan Bayi 2 jam Post Partum

PEMANTAUAN IBU : Tiap 15 menit pada jam pertama, tiap 30 menit jam kedua								
Waktu	Tensi	Nadi	Suhu	Fundus Uteri	Kontraksi	Perdarahan	Kandung Kemih	
02.25	100/70	84	36,8	Sepusat	Baik		Kosong	
02.40	100/70	84		Sepusat	Baik		Kosong	
02.55	100/70	84		Sepusat	Baik		Kosong	
03.10	100/70	84		Sepusat	Baik		Kosong	
03.40	100/70	84	37,7	Sepusat	Baik		Kosong	
04.10	100/70	84		Sepusat	Baik		Kosong	
PEMANTAUAN BAYI : Tiap 15 menit pada jam pertama, tiap 30 menit jam kedua								
Waktu	Pernapasan	Suhu	Wana kulit	Gerakan	Isapan ASI	Tali pusat	Kejang	BAB dan BAK
02.25	43	36,6	Kemerahan	Aktif	Kuat	Tidak berdarah	Tidak	Belum
02.40	43	36,6	Kemerahan	Aktif	Kuat	Tidak berdarah	Tidak	Belum
02.55	43	36,6	Kemerahan	Aktif	Kuat	Tidak berdarah	Tidak	Belum
03.10	43	36,8	Kemerahan	Aktif	Kuat	Tidak berdarah	Tidak	Belum
03.40	43	36,8	Kemerahan	Aktif	Kuat	Tidak berdarah	Tidak	Belum
04.10	43	36,8	Kemerahan	Aktif	Kuat	Tidak berdarah	Tidak	Belum

CATATAN PERKEMBANGAN 3
KUNJUNGAN NEONATUS I (0-48 JAM)

Hari / Tanggal : Sabtu, 11 Mei 2019

Tempat : Ruang Nifas BPM Gilda

Jam : 04.20 WITA

S : Ibu mengatakan bayinya baik-baik saja, menyusu dengan kuat, belum BAB dan BAK

O : 1. Pemeriksaan Umum

Keadaan umum : baik

Kesadaran : composmentis

Tanda-tanda *vital* : suhu: 36,8 °C, denyut jantung:135 kali/menit,

pernapasan : 43 kali/menit

2. Pemeriksaan Antropometri

Berat Badan : 3.200 gram

Panjang Badan : 49 cm

Lingkar Kepala : 33 cm

Lingkar Dada : 33 cm

Lingkar Perut : 32 cm

3. Pemeriksaan Fisik

a. Kepala : tidak ada caput succedaneum, tidak ada cepal hematoma, dan tidak ada molase.

b. Muka : tidak ada oedema, dan warna kulit kemerahan

c. Mata : simetris, konjungtiva merah muda, sklera putih, tidak ada tanda infeksi

d. Hidung : bersih, tidak ada pernapasan cuping hidung

e. Mulut : mukosa bibir lembab, bibir warna merah

muda, tidak ada labiopalatoskizis

- f. Telinga : simetris, dan ada lubang telinga
- g. Leher : tidak ada pembesaran atau benjolan
- h. Dada : simetris, tidak ada retraksi dinding dada
- i. Abdomen : simetris, bersih, tidak ada benjolan, tidak ada perdarahan pada tali pusat, tali pusat segar, dan tidak ada tanda-tanda infeksi
- j. Genitalia : testis sudah turun ke skrotum
- k. Anus : ada lubang anus
- l. Ekstremitas : pergerakan ekstermitas atas dan bawah aktif, simetris dan jumlah jari lengkap
- m. Kulit : berwarna kemerahan

4. Pemeriksaan Refleks

Rooting : Positif

Morro : Positif

Sucking : Positif

Grasp : Positif

Tonic neck : Positif

Babinsky : Positif

A : Diagnosa :

By. Ny. A.M Neonatus Cukup Bulan – Sesuai Masa Kehamilan, Usia 2 jam

P : 1. Melakukan observasi keadaan umum dan tanda-tanda vital serta memantau asupan bayi. Tujuannya untuk mengetahui kondisi dan keadaan bayi. Keadaan umum baik, kesadaran composmentis, suhu

36,8 °C, nadi : 135x/menit, pernapasan:45x/menit, ASI lancar, isapan kuat, belum BAB dan BAK.

Hasil observasi menunjukkan Keadaan umum bayi baik, dan tanda-tanda vital dalam batas normal

2. Menjelaskan kepada ibu tentang Kontak kulit ke kulit adalah kontak langsung kulit ibu/ayah/anggota keluarga lainnya dengan bayinya. Manfaatnya: mendekatkan hubungan batin antara ibu dan bayi, stabilisasi suhu bayi, menciptakan ketenangan bagi bayi, pernafasan dan denyut jantung bayi lebih teratur, mempercepat kenaikan berat badan dan pertumbuhan otak, kestabilan kadar gula darah bayi, merangsang produksi ASI bukan hanya bagi BBLR, namun berkhasiat juga bagi berat bayi lahir normal.

Ibu mengerti dengan penjelasan yang diberikan dan mau melakukan kontak kulit dengan bayinya

3. Memberitahu ibu menyusui bayinya sesering mungkin dan *On demand* serta hanya memberikan ASI saja selama 6 bulan. Bila bayi tertidur lebih dari 2 jam bangunkan bayinya dengan cara menyentil telapak kakinya.

Ibu mengerti dan sedang menyusui bayinya

4. Memberitahu ibu cara mencegah agar bayi tidak gumoh/ muntah dengan menyendawakan bayi dengan cara menepuk-nepuk punggung bayi dan posisi kepala bayi lebih tinggi dari tubuh setelah selesai disusui.

Ibu mengerti dan mencoba melakukannya

5. Memberitahukan ibu cara merawat tali pusat yang baik dan benar agar ibu dapat melakukannya dirumah yaitu Selalu cuci tangan dengan bersih sebelum bersentuhan dengan bayi, jangan membubuhkan apapun pada tali pusat bayi, biarkan tali pusat bayi terbuka, tidak perlu ditutup dengan kain kasa atau gurita, selalu jaga agar tali pusat selalu kering tidak terkena kotoran bayi atau air kemihnya. Jika tali pusatnya terkena kotoran, segera cuci dengan air

bersih dan sabun, lalu bersihkan dan keringkan. Lipat popok atau celana bayi di bawah tali pusat, biarkan tali pusat bayi terlepas dengan alami, jangan pernah mencoba untuk menariknya karena dapat menyebabkan perdarahan, perhatikan tanda-tanda infeksi berikut ini: bernanah, tercium bau yang tidak sedap, ada pembengkakan di sekitar tali pusatnya.

Ibu mengerti dengan penjelasan bidan dan dapat mengulangi penjelasan bidan yaitu tidak menaburkan apapun pada tali pusat bayinya

6. Menganjurkan kepada ibu untuk mengantarkan bayinya ke puskesmas atau posyandu agar bayinya bisa mendapatkan imunisasi lanjutan semuanya bertujuan untuk mencegah bayi dari penyakit.

Ibu mengerti dengan penjelasan dan mau mengantarkan anaknya ke posyandu untuk mendapatkan imunisasi lanjutan

7. Memberitahu ibu tanda-tanda bahaya pada bayi, yaitu warna kulit biru atau pucat, muntah yang berlebihan, tali pusat bengkak atau merah, kejang, tidak BAB dalam 24 jam, bayi tidak mau menyusu, BAB encer lebih dari 5x/hari dan anjurkan ibu untuk segera ketempat pelayanan terdekat bila ada tanda-tanda tersebut.

Ibu mengerti dengan penjelasan yang diberikan

8. Memberitahu ibu untuk menjaga kebersihan diri bayi dengan mengganti pakaian bayi setiap kali basah serta memandikan bayi pagi dan sore.

Ibu mengerti dan pakaian bayi telah diganti tetapi bayi belum dimandikan

9. Melakukan pendokumentasian

Pendokumentasian sudah dilakukan pada register dan status pasien serta buku KIA.

CATATAN PERKEMBANGAN 4
KUNJUNGAN NIFAS I (6 JAM POST PARTUM)

Hari / Tanggal : Sabtu, 11 Mei 2019

Tempat : Ruang Nifas BPM Gilda

Jam : 08.00 WITA

S : Ibu mengatakan masih merasa mules dan nyeri pada jalan lahir.

O : Keadaan umum ibu : baik

Kesadaran : composmentis

Tanda-tanda vital: tekanan darah: 110/70 mmHg, nadi: 80 kali/menit,

suhu:36,6°C, pernapasan : 22 kali/menit,

wajah dan ekstremitas tidak oedema, puting susu menonjol, colostrum

(+), tinggi fundus uteri 1 jari bawah pusat, kontraksi uterus baik,

pengeluaran lochea rubra.

A : Diagnosa : Ny. A.M P₁A₀AH₁ Post Partum Normal 6 jam

P : 1. Menginformasikan hasil pemeriksaan kepada ibu yaitu keadaan umum baik, : 110/70 mmHg, nadi:80 kali/menit, pernapasan:22 kali/menit.

Ibu senang dengan hasil pemeriksaan

2. Memantau tinggi fundus uteri, kontraksi uterus dan pengeluaran pervaginam.

Tinggi fundus uteri 1 jari bawah pusat, kontraksi uterus baik,

pengeluaran pervaginam lochea rubra

3. Memberitahu kepada ibu bahwa mules yang dirasakan merupakan hal yang fisiologis akibat otot-otot rahim mengecil kembali seperti semula.

Ibu mengerti dengan penjelasan yang diberikan

4. Menganjurkan ibu untuk tidak menahan buang air kecil atau buang air besar.

Ibu mengerti dan akan melakukannya.

5. Menganjurkan ibu untuk mengkonsumsi makanan bergizi seimbang seperti: nasi, sayuran hijau, ikan, telur, tehu, tempe, daging, buah-buahan dan lain-lain, yang bermanfaat untuk menambah stamina ibu dan mempercepat proses penyembuhan

Ibu mengerti dan akan makan makanan yang mengandung nilai gizi seperti nasi, sayur-sayuran dan lauk pauk

6. Memberikan ibu obat yaitu obat SF, Vitamin C, Vitamin A. Memotivasi ibu untuk minum obat yaitu SF, Vit C, Vit A diminum 1 tablet/ hari. Obat tidak boleh diminum dengan teh, kopi, maupun susu karena dapat mengganggu proses penyerapan.

Ibu sudah minum obat yang diberikan setelah makan dan mengerti dengan penjelasan yang diberikan tentang aturan minum serta dosis yang diberikan.

7. Menganjurkan ibu untuk menyusui bayinya sesering mungkin dan hanya memberikan ASI selama 6 bulan pertama tanpa memberikan makanan tambahan.

Ibu mengerti dengan penjelasan yang diberikan dan mau mengikuti

8. Menjelaskan kepada ibu tentang personal hygiene seperti 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. Kebersihan diri berguna mengurangi infeksi yang mungkin terjadi pada ibu nifas serta meningkatkan perasaan nyaman untuk ibu.

Ibu mengerti dengan penjelasan yaitu akan menjaga kebersihan dirinya seperti mengganti pembalut bila ibu merasa tidak nyaman lagi

9. Menganjurkan kepada ibu untuk melakukan ambulasi dini yaitu dengan cara miring kiri/ kanan, bangun dari tempat tidur dan duduk kemudian berjalan. Keuntungan ambulasi dini adalah: ibu merasa sehat dan kuat serta mempercepat proses involusi uteri, fungsi usus,

sirkulasi, paru-paru dan perkemihan lebih baik.

Ibu mengerti dengan penjelasan dan ibu mau melakukan ambulasi dini secara bertahap yaitu tidur miring, bangun dan duduk baru ibu turun berlahan dan berjalan

10. Mengajarkan ibu cara merawat payudaranya yaitu sebelum menyusui ibu terlebih dahulu membersihkan payudara dengan baby oil, lalu melakukan pijatan lembut secara memutar kearah puting susu, kemudian mengkompresnya dengan air hangat selama 3 menit, air dingin, air hangat 3 menit, lalu bersihkan dan keringkan dengan kain bersih.

Ibu mengerti dengan penjelasan yang diberikan dan ibu berjanji sebelum memberikan ASI kepada bayinya ibu terlebih dahulu membersihkan payudarnya

11. Mengajarkan kepada ibu untuk tidak boleh melakukan hubungan seksual sampai darah berhenti. Selama periode nifas hubungan seksual juga dapat berkurang. Hal yang dapat menyebabkan pola seksual selama masa nifas berkurang antara lain: gangguan atau ketidaknyamanan fisik, kelelahan, ketidakseimbangan, kecemasan berlebihan.

Ibu mengerti dengan penjelasan yang diberikan

12. Mengajarkan ibu untuk istirahat yang cukup dan teratur yaitu tidur siang 1-2 jam/hari dan tidur malam 7-8 jam/hari. Hal-hal yang dapat dilakukan ibu dalam memenuhi kebutuhan istirahatnya antara lain: anjurkan ibu untuk melakukan kegiatan rumah tangga secara perlahan, ibu tidur siang atau istirahat saat bayinya tidur. Kurang istirahat dapat menyebabkan jumlah ASI berkurang, memperlambat proses involusi uteri, menyebabkan depresi dan ketidak mampuan dalam merawat bayi.

Ibu mengerti dengan penjelasan dan ibu mau istirahat di rumah jika bayinya sedang tidur.

13. Memberitahu ibu tanda-tanda bahaya masa nifas yaitu : demam

tinggi, perdarahan banyak, atau berbau busuk dari vagina, pusing, dan anjurkan untuk segera datang ke fasilitas kesehatan bila mendapati tanda-tanda bahaya tersebut.

Ibu mengerti dan bersedia melapor atau datang ke fasilitas kesehatan jika mendapati tanda bahaya.

14. Mendokumentasikan hasil pemeriksaan pada status ibu atau buku register.

Pendokumentasian sudah dilakukan pada buku register, status pasien dan buku KIA

CATATAN PERKEMBANGAN 5 KUNJUNGAN NEONATUS II (3-7 HARI)

Hari / Tanggal : Kamis, 16 Mei 2019

Tempat : Rumah Ny. A.M

Jam : 17.30 WITA

S : Ibu mengatakan bayinya sehat, isap ASI kuat, BAB 2x sehari, warna kecoklatan, konsistensi lunak, dan BAK 5-6x sehari, warna kekuningan; tali pusat sudah kering dan belum terlepas.

O : Keadaan umum : baik

Kesadaran : composmentis

Tanda-tanda *vital*: suhu : 36,5°C, nadi:144 kali/menit, pernapasan : 48 kali/ menit

Bayi aktif, warna kulit kemerahan (tidak sianosis), tidak ada pernapasan menggunakan cuping hidung, reflek mengisap dan menelan kuat, menangis kuat, tidak ada retraksi dinding dada, tali pusat sudah kering dan belum terlepas, tidak berdarah atau berbau busuk, perut tidak kembung.

A : By. Ny. A.M Neonatus Cukup Bulan – Sesuai Masa Kehamilan Usia 5

hari

P : 1. Menginformasikan hasil pemeriksaan pada ibu

Keadaan umum : baik

Kesadaran : composmentis

Tanda-tanda vital : Denyut jantung : 144 x/menit

Pernapasan : 48 x/menit

Suhu : 36,5°C

Hasil observasi menunjukkan Keadaan umum bayi baik, tanda-tanda vital dalam batas normal, dan tidak ada tanda-tanda infeksi pada tali pusat.

Ibu sudah mengetahui hasil pemeriksaan dan ibu merasa senang.

2. Mengingatkan ibu menyusui bayinya sesering mungkin dan *On demand* serta hanya memberikan ASI saja selama 6 bulan. Bila bayi tertidur lebih dari 2 jam bangunkan bayinya dengan cara menyentil telapak kakinya.

Ibu mengerti dan sedang menyusui bayinya

3. Mengingatkan ibu cara merawat bekas insersi tali pusat yang baik dan benar yaitu selalu cuci tangan sebelum bersentuhan dengan bayi, jangan membubuhkan apapun pada bekas insersi tali pusat bayi, biarkan tetap terbuka, tidak perlu ditutup dengan kain kasa atau gurita, selalu jaga agar bekas insersi tali pusat selalu kering tidak terkena kotoran bayi atau air kemihnya. Jika bekas insersi tali pusatnya terkena kotoran, segera cuci dengan air bersih dan sabun, lalu bersihkan dan keringkan. Lipat popok atau celana bayi di bawah bekas insersi tali pusat.

Ibu mengerti dengan penjelasan bidan dan dapat megulangi penjelasan bidan yaitu tidak menaburkan apapun pada bekas insersi tali pusat bayinya.

4. Mengingatkan kepada ibu untuk mengantarkan bayinya ke puskesmas atau posyandu agar bayinya bisa mendapatkan imunisasi lanjutan semuanya bertujuan untuk mencegah bayi dari penyakit.

Ibu mengerti dengan penjelasan dan berjanji akan mengantarkan bayinya ke posyandu untuk mendapatkan imunisasi lanjutan

5. Memberitahu ibu untuk menjaga kebersihan diri bayi dengan mengganti pakaian bayi setiap kali basah serta memandikan bayi pagi dan sore.

Ibu mengerti dan pakaian bayi telah diganti dan bayi sudah dimandikan

6. Melakukan pendokumentasian

Pendokumentasian sudah dilakukan buku KIA.

CATATAN PERKEMBANGAN 6 KUNJUNGAN NIFAS II (6-14 HARI)

Hari / Tanggal : Kamis, 16 Mei 2019

Tempat : Rumah Ny. A.M

Jam : 18.00 WITA

S : Ibu mengatakan tidak ada keluhan

O : Keadaan umum ibu : baik

Kesadaran : composmentis

Tanda-tanda vital: tekanan darah: 100/80 mmHg, nadi: 80 kali/menit, suhu : 36,7°C, pernapasan: 20 kali/menit

wajah dan ekstremitas tidak oedema, puting susu menonjol, pengeluaran ASI lancar, tinggi fundus uteri pertengahan pusat symphisis, kontraksi uterus baik, pengeluaran lochea sanguinolenta

A : Ny. A.M P₁A₀AH₁ Post Partum Normal 6 hari

P : 1. Menginformasikan hasil pemeriksaan kepada ibu yaitu keadaan umum baik, tanda-tanda vital: tekanan darah : 100/80 mmHg, nadi: 80x/menit, pernapasan : 20x/menit, suhu : 36,7°C.

Ibu senang dengan hasil pemeriksaan

2. Mengingatkan ibu untuk memenuhi kebutuhan nutrisi dan cairan selama masa nifas, ibu harus makan-makanan yang beranekaragam yang mengandung karbohidrat (seperti nasi, jagung, ubi), protein (tempe, tahu, ikan, telur), lemak (daging, kacang tanah), vitamin dan mineral (sayuran hijau, buah); minum harus lebih banyak dari sebelumnya karena ibu sedang menyusui, minum ± 14 gelas/hari, terutama selesai menyusui.

Ibu mengatakan tadi siang sudah makan nasi 1 piring dengan menu tempe dan sayur marungga dan mium air putih 2 gelas.

3. Mengingatkan ibu untuk menjaga kebersihan diri, termasuk kebersihan tubuh, pakaian, tempat tidur, dan terutama kebersihan daerah kemaluan, ganti pembalut sesering mungkin (minimal 2 kali sehari). Hal ini berguna untuk mencegah terjadinya infeksi dan memberikan rasa nyaman pada ibu.

Ibu mengatakan sudah ganti pembalut 1 kali.

4. Mengingatkan ibu untuk menjaga pola istirahatnya, tidur malam minimal 8 jam sehari dan tidur siang minimal 1 jam. Bila perlu pada saat bayi tidur ibu juga harus beristirahat. hal ini dimaksudkan karena ibu yang kurang istirahat akan berdampak pada jumlah ASI, memperlambat involusi uterus, dan menyebabkan depresi dan ketidakmampuan merawat bayi.

Ibu mengatakan tiap kali bayinya tidur ibu juga tidur.

5. Memastikan posisi ibu menyusui sudah baik dan benar dan tidak memperlihatkan tanda-tanda penyulit yaitu seluruh tubuh bayi berdekatan dan terarah pada ibu, mulut dan dagu bayi berdekatan dengan payudara, areola tertutup kulit bayi, ibu dapat melihat bayi melakukan hisapan yang lamban dan dalam serta menelan ASI-nya, bayi terlihat tenang dan senang.

Ibu sudah bisa menyusui dengan posisi yang baik.

6. Memastikan obat-obatan yang sudah diminum ibu pasca melahirkan. Ibu mengatakan tadi pagi sudah minum obat sehabis

makan.

Ibu meminum obatnya secara teratur

7. Mendokumentasikan hasil pemeriksaan dan asuhan yang diberikan sebagai bahan pertanggungjawaban dan evaluasi.

Hasil pemeriksaan dan asuhan telah dicatat.

CATATAN PERKEMBANGAN 7 KUNJUNGAN NEONATUS III (8-28 HARI)

Hari / Tanggal : Sabtu, 25 Mei 2019

Tempat : Rumah Ny. A.M

Jam : 16.00 WITA

S : Ibu mengatakan bayinya menyusu kuat kapanpun bayinya ingin dan tidak terjadwal, bekas pelepasan tali pusat sudah kering, buang air besar lancar, sehari \pm 2-3 kali, warna kekuningan, lunak dan buang air kecil lancar, sehari \pm 6-8 kali, warna kuning muda, keluhan lain tidak ada.

O : 1. Keadaan umum : Baik, tangisan kuat.
Tonus otot : Baik, gerak aktif.
Warna kulit : Kemerahan
Tanda-tanda Vital : Pernafasan : 43 kali/menit
Nadi : 136 kali/menit
Suhu : 36,7⁰C
Berat Badan : 3300 gram

2. Pemeriksaan Fisik

Warna kulit : Kemerahan

Turgor kulit : Baik

Dada : Tidak ada tarikan dinding dada saat inspirasi

Abdomen : Tidak kembung, teraba lunak, bekas pelepasan tali

pusat kering, tidak ada tanda-tanda infeksi.

Ekstermitas Atas : gerak aktif, teraba hangat, kuku jari merah muda

Ekstermitas Bawah : gerak aktif, teraba hangat, kuku jari merah muda

A : By. Ny. A.M Neonatus Cukup Bulan – Sesuai Masa Kehamilan Usia 14 hari

P : 1. Memberitahukan hasil pemeriksaan kepada ibu dan suami bahwa bayi dalam keadaan sehat, pernafasan normal 43 kali/menit, suhu normal $36,7^{\circ}\text{C}$, nadi normal 136 kali/menit, hasil pemeriksaan fisik normal, tidak ditemukan adanya tanda infeksi atau tanda bahaya.

Ibu dan suami mengerti dan merasa senang dengan hasil pemeriksaan. Ibu mengerti dan tidak khawatir.

2. Menginformasikan kepada ibu dan suami tanda bahaya pada bayi baru lahir, antara lain; tidak mau menyusu, kejang-kejang, lemah, sesak nafas (lebih besar atau sama dengan 60 kali/menit), ada tarikan dinding dada bagian bawah ke dalam, bayi merintih atau menangis terus menerus, tali pusat kemerahan sampai dinding perut, berbau atau bernanah, demam/panas tinggi, mata bayi bernanah, diare/buang air besar dalam bentuk cair lebih dari 3 kali sehari, kulit dan mata bayi kuning, tinja bayi saat buang air besar berwarna pucat. Jika ditemukan 1 (satu) atau lebih tanda bahaya di atas bayi segera dibawa ke fasilitas kesehatan atau segera menelpon penulis dan bidan.

Ibu dan suami bisa menyebutkan tanda bahaya pada bayi baru lahir, dan akan segera mengantar bayi ke pustu serta akan menelpon penulis dan bidan jika bayi mereka mengalami salah satu tanda bahaya.

3. Menganjurkan ibu untuk selalu dekat atau kontak kulit ke kulit dengan bayi agar bayi tidak kehilangan panas, menjaga kehangatan bayi dengan cara memandikan bayi setelah 6 jam setelah bayi lahir, memandikan menggunakan air hangat, jangan membiarkan bayi

telanjang terlalu lama, segera bungkus dengan kain hangat dan bersih, tidak menidurkan bayi di tempat dingin, dekat jendela yang terbuka, segera pakaikan pakaian hangat pada bayi dan segera mengganti kain atau pakaian bayi jika basah, bungkus bayi dengan selimut hangat serta pakaikan kaus kaki dan kaus tangan serta topi pada kepala bayi serta bayi selalu dekat dengan ibu agar bayi tidak kehilangan panas.

Ibu mengerti dan akan terus menjaga kehangatan bayi dengan selalu kontak kulit ke kulit dengan bayi, memakaikan selimut pada bayi dan menggunakan topi pada kepala bayi serta akan segera mengganti pakaian bayi jika basah.

4. Mengajarkan ibu untuk memberi ASI awal/menyusui dini pada bayinya sesering mungkin setiap \pm 2-3 jam, setiap kali bayi inginkan, paling sedikit 8 -12 kali sehari tanpa dijadwalkan, menyusui bayi sampai payudara terasa kosong lalu pindahkan ke payudara disisi yang lain sampai bayi melepaskan sendiri agar kebutuhan nutrisi bayi terpenuhi serta terjalin hubungan kasih sayang antara ibu dan bayi.

Ibu mengerti dan akan memberikan ASI sesering mungkin, setiap kali bayi ingin menyusui dan tanpa dijadwalkan serta menyusui bayi sampai payudara terasa kosong atau sampai bayi lepas sendiri.

5. Mengajarkan ibu cara merawat tali pusat bayi agar tetap bersih dan kering yaitu mencuci tangan sebelum dan sesudah merawat tali pusat, tali pusat dibiarkan terbuka, jangan dibungkus/diolesi cairan/ramuan apapun, jika tali pusat kotor, bersihkan dengan air matang dan sabun lalu dikeringkan dengan kain bersih secara seksama serta melipat dan mengikat popok dibawah tali pusat agar tidak terjadi infeksi pada tali pusat.

Ibu mengerti dan akan merawat tali pusat bayi dengan membiarkan tali pusat terbuka dan tidak dibungkus serta tidak akan memberi ramuan apapun pada tali pusat bayi.

6. Mengingatkan kembali kepada ibu dan suami untuk hadir di posyandu sekalian mendapat imunisasi BCG dan polio 1 agar bayi

bisa terlindungi dari penyakit TBC dan poliomielits/lumpuh layu.

Ibu dan suami mengerti dan berjanji akan ke posyandu sesuai tanggal posyandu.

7. Mendokumentasikan hasil asuhan dan hasil pemeriksaan yang telah diberikan.

Pendokumentasian sudah dilakukan

CATATAN PERKEMBANGAN 8 KUNJUNGAN NIFAS III (14-42 HARI)

Hari / Tanggal : Jumat, 25 Mei 2019

Tempat : Rumah Ny. A.M

Jam : 16.30 WITA

S : Ibu mengatakan tidak ada keluhan

O : Keadaan umum ibu baik, kesadaran composmentis, tanda-tanda vital: tekanan darah: 110/70 mmHg, nadi: 80x/menit, suhu:36,7°C, pernapasan:21x/menit, wajah dan ekstremitas tidak oedema, putting susu menonjol, pengeluaran ASI lancar, tinggi fundus uteri tidak teraba, pengeluaran lochea serosa

A : Ny. A.M P₁A₀AH₁ Post Partum Normal 14 hari

P : 1. Menginformasikan hasil pemeriksaan kepada ibu yaitu keadaan umum baik, tanda-tanda vital: tekanan darah : 110/70 mmHg, nadi: 80 x/menit, pernapasan : 22x/menit, suhu : 36,8°C.

Ibu senang dengan hasil pemeriksaan

2. Mengingatkan ibu untuk memenuhi kebutuhan nutrisi dan cairan selama masa nifas, ibu harus makan-makanan yang beranekaragam yang mengandung karbohidrat (seperti nasi, jagung), protein (tempe, tahu, ikan, telur), lemak (daging, kacang tanah), vitamin dan mineral (sayuran hijau, buah); minum harus lebih banyak dari sebelumnya

karena ibu sedang menyusui, minum ± 14 gelas/hari, terutama selesai menyusui.

Ibu mengatakan tadi pagi sudah makan nasi 1 piring dengan porsi besar dengan menu tempe dan sayur marungga dan mium air putih 1 gelas.

3. Mengingatkan ibu untuk menjaga kebersihan diri, termasuk kebersihan tubuh, pakaian, tempat tidur, dan terutama kebersihan daerah kemaluan, ganti pembalut sesering mungkin (minimal 2 kali sehari). Hal ini berguna untuk mencegah terjadinya infeksi dan memberikan rasa nyaman pada ibu.

Ibu mengatakan sudah ganti pembalut 1 kali.

4. Mengingatkan ibu untuk menjaga pola istirahatnya, tidur malam minimal 8 jam sehari dan tidur siang minimal 1 jam. Bila perlu pada saat bayi tidur ibu juga harus beristirahat. hal ini dimaksudkan karena ibu yang kurang istirahat akan berdampak pada jumlah ASI, memperlambat involusi uterus, dan menyebabkan depresi dan ketidakmampuan merawat bayi.

Ibu mengatakan tiap kali bayinya tidur ibu juga tidur.

5. Memastikan obat-obatan yang sudah diminum ibu pasca melahirkan. Ibu mengatakan tadi pagi sudah minum obat sehabis makan, Ibu meminum obatnya secara teratur.
6. Menjelaskan pada ibu tentang jenis-jenis KB pasca salin, cara kerja, kerugian, keuntungan serta efek samping dari masing-masing KB pasca salin.

Ibu mengatakan sudah mengerti penjelasan yang diberikan dan mengatakan ingin menggunakan KB suntik 3 bulan.

7. Mendokumentasikan hasil pemeriksaan dan asuhan yang diberikan sebagai bahan pertanggungjawaban dan evaluasi.

Hasil pemeriksaan dan asuhan telah dicatat.

C. Pembahasan

Penulis melakukan asuhan kebidanan pada Ny. A.M yang dimulai sejak tanggal 18 Mei 2019 sampai dengan 18 Mei 2019 dari kehamilan, persalinan sampai 2 minggu masa nifas. Ada beberapa hal yang penulis uraikan pada pembahasan ini dimana penulis akan membahas kesenjangan dan kesesuaian antara teori dan penatalaksanaan dari kasus yang ada.

1. Kehamilan

Hasil pengkajian yang penulis lakukan pada kunjungan pertama tanggal 8 Mei 2019, penulis mendapatkan data bahwa Ny. A.M. umur 23 tahun, ibu mengatakan ingin memeriksakan kehamilannya yang pertama, tidak pernah keguguran, dan tidak haid kurang lebih 9 bulan sejak bulan Juli 2018, hal ini sesuai dengan teori Romauli (2011) yang mengatakan bahwa amenorhea adalah salah satu tanda kehamilan yang nampak pada ibu. Ibu mengatakan pemeriksaan kehamilan pertama kali di Pustu Maulafa tanggal 14 November 2018 (trimester II), trimester II sebanyak 3 kali, dan trimester III sebanyak 4 kali, hal ini tidak sesuai dengan teori Walyani (2015), yang menyatakan frekuensi pelayanan antenatal ditetapkan 4 kali kunjungan ibu hamil diantaranya 1x pada trimester 1, 1x pada trimester 2 dan 2 kali pada trimester 3. Ny. A.M Tidak memeriksakan kehamilan pada trimester I.

Selama kehamilannya, ibu sudah mendapat terapi obat Sulfat Ferrosus sebanyak 90 tablet untuk mencegah anemia, hal ini sesuai dengan teori dalam Buku Kesehatan Ibu dan Anak (2015) yaitu dituliskan setiap ibu hamil harus mendapat tablet tambah darah (tablet zat besi) dan Asam Folat minimal 90 tablet selama kehamilan yang diberikan sejak kontak pertama.

Saat kunjungan ini ibu mengeluhkan sakit-sakit di pinggang dan perut bagian bawah, hal ini sesuai dengan teori menurut Astuti (2011) bahwa sakit punggung merupakan keluhan yang umum dirasakan oleh ibu hamil terutama pada trimester III. Hal tersebut adalah kondisi yang fisiologis, bentuk tulang punggung ke depan dikarenakan

pembesaran rahim, kejang otot karena tekanan terhadap akar saraf di tulang belakang, penambahan ukuran payudara, kadar hormon yang meningkat menyebabkan kartilago di dalam sendi-sendi besar menjadi lembek, keletihan, mekanisme tubuh yang kurang baik saat mengangkat barang dan mengambil barang.

Pemenuhan nutrisi pada Ny. A.M makan dengan porsi 1 ½ piring tiap kali makan dan frekuensinya 3 kali/hari (dihabiskan setiap kali makan), komposisi nasi, ikan, telur, sayur-mayur, tahu, tempe, minum 8 gelas/hari jenis air putih, sesuai teori menurut Marmi (2014) hal penting yang harus diperhatikan ibu hamil adalah makanan yang dikonsumsi terdiri dari susunan menu yang seimbang yaitu menu yang mengandung unsur-unsur sumber tenaga, pembangun, pengatur dan pelindung.

Kebersihan diri ibu dijaga dengan baik, hal ini terlihat dari frekuensi mandi 2x sehari, gosok gigi 2x sehari, keramas 2x seminggu, ganti pakaian 2x sehari, cara cebok dari depan ke belakang dan perawatan payudara yang ibu lakukan selama hamil, ini sesuai dengan teori Marmi (2014) yang menuliskan menjaga kebersihan diri dengan mandi dan menyikat gigi teratur, keramas 2-3 kali seminggu, perawatan payudara dan membersihkan alat kelamin dengan gerakan dari depan ke belakang. Dengan pola *personal hygiene* yang baik ini ibu akan merasa nyaman selama kehamilannya dan terhindar dari infeksi. Pola istirahat dan aktifitas ibu teratur hal ini sesuai dengan teori menurut Walyani (2015) yaitu setiap ibu hamil dianjurkan untuk beristirahat yang cukup tidur malam ± 8 jam, istirahat/tidur siang ± 1 jam. Dengan pola istirahat ibu yang baik ibu tidak mengeluh keletihan karena kebutuhan metabolismenya terpenuhi.

Ibu mengatakan sudah membuat rencana persalinan yaitu tempat bersalin, penolong persalinan, biaya, transportasi yang akan digunakan, calon pendonor darah, perlengkapan ibu dan bayi, dan pengambil keputusan jika terjadi gawat darurat. Persiapan yang

dilakukan ibu dan suami jika disesuaikan dengan teori menurut Walyani (2015) sudah sesuai karena dalam mempersiapkan persalinan komponen-komponen yang harus disiapkan yaitu seperti membuat rencana persalinan, membuat perencanaan untuk pengambilan keputusan jika terjadi kegawatdaruratan pada saat pengambilan keputusan tidak ada, mempersiapkan sistem transportasi jika terjadi kegawatdaruratan, membuat rencana/pola menabung, mempersiapkan langkah yang diperlukan untuk persalinan. Ibu dan suami perlu diberikan konseling mengenai persiapan persalinan.

Ibu mengatakan hari pertama haid terakhir kehamilan ini tanggal 31 – 07 – 2018 dan ini merupakan kehamilannya yang pertama. Berdasarkan Skor Poedji Rochjati, Ny. A.M masuk dalam Kehamilan Risiko Rendah (KRR) dengan jumlah skor 2.

Data objektif yang didapatkan dari ibu yaitu HPHT tanggal 31-07-2018, menurut rumus Naegele: Tafsiran Partus (TP) = hari haid terakhir +7, bulan haid terakhir -3, tahun +1 maka tafsiran persalinan Ny. A.M adalah tanggal 07-05-2019. Usia Kehamilan ibu didapatkan dari hasil perhitungan rumus Naegele dimana Usia Kehamilan dihitung dari HPHT ke tanggal pemeriksaan saat ini, didapatkan usia 40 minggu 1 hari.

Pemeriksaan umum berat badan ibu 50 kg, kenaikan berat badan ibu 8 kg sejak sebelum hamil, hal ini berkaitan dengan teori menurut Walyani (2015) penambahan BB dari mulai awal kehamilan sampai akhir kehamilan adalah 11-12 kg. Adanya penambahan BB sesuai umur kehamilan menunjukkan pertumbuhan dan perkembangan janin yang baik dan janin tidak mengalami IUGR. Hasil pengukuran tinggi badan didapatkan tinggi badan 154 cm, kehamilan Ny. A.M tidak tergolong resiko tinggi sesuai teori Walyani (2015) tinggi badan diukur dalam cm tanpa sepatu, tinggi badan kurang dari 145 cm ada kemungkinan terjadi *Cephalo Pelvic Disproportion* (CPD). Hasil pengukuran LILA ibu adalah 26 cm, ini menunjukkan bahwa ibu tidak

mengalami KEK, sesuai dengan teori menurut Pantikawati & Saryono (2010) standar minimal untuk lingkar lengan atas pada wanita dewasa atau usia reproduksi adalah 23,5 cm. Jika ukuran LILA kurang dari 23,5 cm maka interpretasinya adalah kurang energi kronik (KEK). Namun untuk mengetahui seorang ibu hamil KEK atau tidak, tidak hanya didasarkan dari pengukuran LILA saja, tapi juga dari IMT ibu sebelum hamil.

Untuk kasus Ny. A.M tidak dikatakan KEK karena hasil perhitungan IMT dalam batas normal, berikut hasil perhitungannya:

$$IMT = \frac{(BB \text{ dalam kg})}{(TB \text{ dalam cm})^2} = \frac{50}{1,54^2} = 21,08 .$$

Dalam teori Walyani (2015) dikatakan normal/ideal bila IMT berada pada kisaran 19,8 – 26. Dan menurut teori Wirakusumah dkk (2012) Jika IMT normal (19,8-26), diperlukan penambahan BB sebesar 11-16 kg, maka jelas bahwa kenaikan BB Ny. A.M akan mengurangi risiko BBLR.

Dari hasil pemeriksaan TFU sesuai dengan teori menurut Wirakusumah dkk (2012) dimana dikatakan TFU pada akhir bulan X (40 minggu) mencapai arcus costalis atau 3 jari dibawah prosesus xiphoideus (Px). Namun, terdapat kesenjangan pada hasil pengukuran Mc Donald yaitu 31 cm, hal ini tidak sesuai dengan teori menurut Wirakusumah (2012) yang menyatakan pada usia kehamilan 40 minggu (10 bulan) TFU seharusnya 33 cm. Untuk memastikan keadaanibu dan janin maka ibu dianjurkan untuk USG.

Pemeriksaan abdomen belum tentu menerangkan bahwa janin mengalami IUGR, karena jika dilihat dari IMT Ny. A.M, Ny. A.M memiliki IMT 21,08. Menurut teori Walyani (2015) IMT ibu dikatakan normal/ideal apabila dalam kisaran angka 19,8-26 dan selama hamil BB ibu meningkat secara teratur. Selain itu, dari hasil pengukuran Mc Donald yaitu 31 cm maka dapat diperkirakan TBBJ dengan rumus yang dijelaskan oleh Tresnawati (2012) (mD-12) x 155 maka hasil perhitungan menunjukkan TBBJ 2945 gram. Hasil

auskultasi menunjukkan DJJ 142x/menit terdengar teratur, punctum maximum kiri bawah pusat ibu (terdengar di 1 tempat), ini sesuai dengan teori Romauli (2011) pada auskultasi normal terdengar denyut jantung di bawah pusat ibu (baik bagian kanan atau kiri). Mendengarkan denyut jantung bayi meliputi frekuensi dan keteraturannya. DJJ normal antara 120 sampai 160 x/menit.

Interpretasi data dasar terdiri dari diagnosa, masalah, dan kebutuhan. Interpretasi data dasar ini sesuai dengan keputusan menteri kesehatan Republik Indonesia No. 938/MENKES/SK/VIII/2007 tentang standar kebidanan yang kedua dimana diagnosa sesuai dengan nomenklatur kebidanan, masalah dirumuskan sesuai dengan kondisi klien, dapat diselesaikan dengan asuhan kebidanan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan.

Penegakkan diagnosa pada Ny. A.M 23 tahun G₁P₀A₀AH₀ usia kehamilan 40 minggu 1 hari, janin hidup, tunggal, letak kepala, intrauterin keadaan ibu baik dengan kehamilan faktor resiko rendah dan keadaan janin baik. Diagnosa ini ditegakkan berdasarkan data subjektif yaitu ibu mengatakan ingin memeriksakan kehamilannya yang pertama, tidak pernah keguguran, ibu juga mengatakan sudah tidak haid kurang lebih 9 bulan dari bulan Juli 2018. HPHT 31-07-2018 sehingga jika UK ibu dihitung menurut teori Naegele maka akan didapatkan UK ibu 40 minggu 1 hari. Diagnosa janin hidup didapatkan dari hasil pemeriksaan auskultasi dimana terdengar bunyi jantung janin. Tunggal diketahui dari hasil palpasi dan auskultasi dimana pada Leopold II hanya pada satu bagian dinding abdomen yang teraba keras dan memanjang seperti papan dan juga DJJ hanya terdengar pada 1 tempat. Letak kepala diketahui dari pemeriksaan Leopold III dimana hasil pemeriksaan teraba bagian bulat, keras, dan melenting. Intrauterine diketahui saat pemeriksaan bagian abdomen ibu tidak mengeluh nyeri yang hebat. Keadaan ibu dan janin diketahui

dari hasil pemeriksaan TTV yang menunjukkan hasil normal dan ibu tidak memiliki diagnosa lain yang perlu ditangani khusus.

Masalah yang dialami ibu yaitu kurangnya pengetahuan ibu tentang fisiologis kehamilan dan persalinan. Jika dilihat dari masalah yang ada maka kebutuhan ibu yaitu KIE tentang ketidaknyamanan selama kehamilan trimester III, tanda bahaya pada kehamilan trimester III, dan tanda-tanda persalinan. Pada kasus Ny. A.M. tidak ada masalah potensial dan tindakan segera dalam asuhan ini.

2. Persalinan

Pasien menjelaskan sudah mulai merasakan sakit sejak pukul 16.00 WITA, keluar air-air sekitar jam 6 sore lewat, warna ketuban jernih. Berdasarkan penjelasan pasien, tanda-tanda tersebut sesuai dengan tanda-tanda persalinan menurut Marmi (2012) yaitu tanda his persalinan, nyeri pinggang menjalar ke depan, dan ketuban pecah. Tidak lama setelah keluar air-air ibu merasakan dorongan yang kuat untuk meneran, dorongan meneran ini merupakan salah satu tanda gejala kala II menurut teori Hidayat dan Clervo (2012).

a. Kala I

Ny. A.M datang ke BPM Gilda pada 11-05-2019 pukul 01.00 WITA mengatakan merasa sakit pada bagian pinggang menjalar ke perut bagian bawah sejak pukul 16.00 WITA, serta ada pengeluaran lendir bercampur sedikit darah pada pukul 18.00 WITA dan usia kehamilannya sudah 40 minggu. Menurut Asrinah, dkk (2010) nyeri pada pinggang dan keluar lendir bercampur darah merupakan tanda-tanda persalinan teori ini diperkuat oleh Hidayat (2010) dimana tanda-tanda persalinan adanya perubahan serviks, ketuban pecah, keluar lendir bercampur darah, dan gangguan pada saluran pencernaan, usia kehamilan sudah masuk aterm untuk melahirkan sesuai teori yang dikemukakan oleh Sudarti dan Khoirunnisa (2012) bahwa usia kehamilan cukup bulan adalah usia kehamilan 37-42 minggu. Dari usia kehamilan dan keluhan yang

dialami ibu semuanya merupakan hal normal dan fisiologis karena ibu sudah memasuki proses persalinan.

Pemeriksaan tanda-tanda vital tidak ditemukan kelainan, semuanya dalam batas normal yaitu tekanan darah 100/80 mmHg suhu $36,7^{\circ}\text{C}$, nadi 80 x/menit, pernapasan : 20 x/menit, his bertambah kuat dan sering 3 – 4 kali dalam 10 menit lamanya 35-40 detik, DJJ 142 kali/menit, kandung kemih kosong, pada pemeriksaan abdomen menunjukkan hasil normal yaitu teraba punggung terletak disebelah kiri. Pada pemeriksaan dalam pukul 02.00 WITA pembukaan serviks 10 cm.

Lamanya persalinan kala I dari ibu merasa sakit-sakit (mules) hingga pembukaan serviks 10 cm kurang lebih 12 jam. Teori yang dikemukakan oleh Marmi (2010) bahwa primigravida kala I berlangsung 12 jam, sedangkan pada multigravida kira-kira 8 jam. Dari hasil yang diperoleh terdapat kesenjangan karena frekuensi kontraksi uterus terjadi selama kurang lebih 12 jam.

Hasil pengkajian data subyektif dan data Obyektif, penulis mendiagnosa Ny. A.M G₁P₀A₀AH₀ umur kehamilan 40 minggu 3 hari, janin hidup, tunggal, intrauterin, presentasi belakang kepala, keadaan jalan lahir baik, keadaan ibu dan janin baik, inpartu kala I fase aktif. Asuhan yang diberikan pada Ny. A.M yaitu ibu diberi dukungan dan kenyamanan posisi, ibu memilih posisi berbaring miring ke kiri mambantu janin mendapat suplai oksigen yang cukup. Selain memilih posisi ibu juga diberikan asupan nutrisi dan cairan berupa segelas teh manis hal ini dapat membantu karena pada proses persalinan ibu mudah mengalami dehidrasi (Asrinah dkk,2010).

b. Kala II

Persalinan kala II jam 02.00 WITA ibu mengatakan keluar air-air banyak, merasa buang air besar dan adanya dorongan untuk meneran, tekanan pada anus, perineum menonjol serta vulva dan

sphincter ani membuka kondisi tersebut merupakan tanda dan gejala kala II sesuai dengan teori yang tercantum dalam buku asuhan persalinan normal (2008). Pemeriksaan tanda-tanda vital tidak ditemukan adanya kelainan semuanya dalam batas normal, pada pemeriksaan dalam pembukaan 10 cm, tidak ditemukan adanya kelainan pada vulva dan vagina, selaput ketuban sudah pecah jernih, portio tidak teraba, his bertambah kuat, kandung kemih kosong, pada pemeriksaan abdomen menunjukkan hasil yang normal yaitu teraba punggung disebelah kanan, bagian terbawah janin adalah kepala dan penurunan kepala 0/5.

Penulis merencanakan asuhan kala II, yaitu mengajarkan ibu cara meneran yang baik, ibu dapat mengedan dengan baik sehingga pada jam 02.10 WITA bayi lahir spontan, langsung menangis, jenis kelamin laki-laki berat badan 3200 gram, panjang badan 49 cm, APGAR score 9/10, langsung dilakukan IMD pada bayi, hal tersebut sesuai dengan anjuran buku Asuhan Persalinan Normal (2008) tentang inisiasi menyusu dini (IMD) sebagai kontak awal antara bayi dan ibunya. Kala II berlangsung selama 15 menit, hal ini sesuai dengan teori yang dikemukakan bahwa pada primigravida kala II berlangsung 1 jam dan kurang dari 1 jam pada multigravida; karena his yang adekuat dan tenaga mengejan ibu. Proses persalinan Ny. A.M tidak ada hambatan, kelainan, ataupun perpanjangan kala II, dan kala II berlangsung dengan baik.

c. Kala III

Persalinan kala III jam 02.25 WITA ibu mengatakan perutnya terasa mules kembali, hal tersebut merupakan tanda bahwa plasenta akan segera lahir, ibu dianjurkan untuk tidak mengedan untuk menghindari terjadinya inversio uteri, segera setelah bayi lahir ibu diberikan suntikan oksitosin 1 unit secara IM di 1/3 paha kanan atas, terdapat tanda-tanda pelepasan plasenta yaitu uterus membesar, tali pusat memanjang, terdapat semburan darah dari

vagina ibu. Dilakukan penegangan tali pusat terkendali yaitu tangan kiri menekan uterus secara dorsokranial dan tangan kanan memegang tali pusat dan 10 menit kemudian plasenta lahir spontan dan selaput ketuban utuh. Setelah plasenta lahir uterus ibu di masase selama 15 detik. Uterus berkontraksi dengan baik. Tindakan tersebut sesuai dengan teori manajemen aktif kala III pada buku Panduan Asuhan Persalinan normal (2008). Pada kala III pelepasan plasenta dan pengeluaran plasenta berlangsung selama 15 menit dengan jumlah perdarahan kurang lebih 100 cc, kondisi tersebut normal sesuai dengan teori Sukarni (2010) bahwa kala III berlangsung tidak lebih dari 30 menit dan perdarahan normal yaitu perdarahan yang tidak melebihi 500 cc. Hal ini berarti manajemen aktif kala III dilakukan dengan benar dan tepat.

d. Kala IV

Pukul 03.00 WITA, ibu memasuki kala IV. Ibu mengatakan merasa senang karena sudah melahirkan anaknya dan perutnya masih terasa mules, namun kondisi tersebut merupakan kondisi yang normal karena rasa mules tersebut merupakan kondisi yang normal yang timbul akibat adanya kontraksi uterus. Dilakukan pemantauan dari lahirnya plasenta sampai 2 jam pertama post partum, kala IV berjalan normal yaitu tekanan darah 100/70 mmHg, nadi 84 kali/menit, pernapasan 21 kali/menit, suhu 36,8⁰C, kontraksi uterus baik, TFU 2 jari di bawah pusat, kandung kemih kosong, perdarahan ± 150 cc, hal ini sesuai dengan teori Sukarni (2010) bahwa kala IV dimulai dari lahirnya plasenta sampai 2 jam post partum.

Ibu dan keluarga diajarkan menilai kontraksi dan masase uterus untuk mencegah terjadinya perdarahan yang timbul akibat uterus yang lembek dan tidak berkontraksi yang akan menyebabkan atonia uteri.

Kasus Ny. A.M termasuk ibu bersalin normal karena persalinan merupakan proses dimana bayi, plasenta dan selaput ketuban lahir secara spontan pervaginam dengan kekuatan ibu sendiri, persalinan dianggap normal jika prosesnya terjadi pada usia kehamilan cukup bulan (setelah 37 minggu) tanpa disertai dengan adanya penyulit (Marmi,2010) proses persalinan Ny. A.M berjalan dengan baik dan aman, ibu dan bayi dalam keadaan sehat serta selama proses persalinan ibu mengikuti semua anjuran yang diberikan.

3. Bayi Baru Lahir

a. Kunjungan Neonatus Pertama

Kunjungan neonatus pertama saat bayi berumur 6 jam (11 Mei 2019), hal ini sesuai dengan teori dalam Buku Kesehatan Ibu dan Anak bahwa pelayanan kesehatan bayi baru lahir oleh bidan/perawat/dokter dilaksanakan minimal 3 kali, yaitu pertama pada 6 – 48jam setelah lahir, kedua pada hari ke 3 – 7 setelah lahir, ketiga pada hari ke 8 – 28setelah lahir.

Ibu juga mengatakan se usai melahirkan bayi belum BAB dan BAK 1 kali (11 Mei 2019), terakhir bayi BAK pukul 03.30 WITA Fungsi pencernaan dan perkemihan bayi telah berfungsi dengan baik, hal ini sesuai dengan teori menurut Marmi (2012) yang menjelaskan bayi baru lahir mengekskresikan sedikit urine pada 8 jam pertama kehidupan dan teori menurut Dewi (2010) pada neonatus, traktus digestivus mengandung zat berwarna hitam kehijauan yang terdiri atas mukopolisakarida atau disebut dengan mekonium biasanya pada 10 jam pertama kehidupan.

Hasil pemeriksaan fisik pada bayi diantaranya tanda-tanda vital denyut jantung 135 kali/menit, suhu 36,8° C, pernapasan 43 kali/menit, hasil pemeriksaan ini dikatakan normal menurut teori Wahyuni (2012) yang menjelaskan laju napas normal 40-60 x/menit, laju jantung normal 120-160 x/menit, suhu tubuh bayi baru lahir normalnya 36,5-37,5 ° C. Pada pemeriksaan fisik dari

kepala sampai kaki dilakukan sesuai teori menurut Walyani (2012) yang menuliskan pemeriksaan kepala periksa ubun-ubun, sutura/molase, pembengkakan/daerah yang mencekung; pemeriksaan mata lihat apakah ada tanda infeksi/pus serta kelainan pada mata; pemeriksaan hidung dan mulut dilihat apakah bayi dapat bernapas dengan mudah melalui hidung/ada hambatan, lakukan pemeriksaan pada bibir dan langit-langit, perhatikan adanya kelainan kongenital, refleks isap dinilai dengan mengamati pada saat bayi disusui; pemeriksaan leher amati apakah ada pembengkakan atau benjolan, amati juga pergerakan leher; pemeriksaan dada memeriksa bentuk dada, puting, bunyi napas, dan bunyi jantung; Periksa bahu, lengan dan tangan menyentuh telapak tangan bayi dan hitung jumlah jari tangan bayi; Periksa sistem saraf, adanya refleks *morro* pemeriksa bertepuk tangan, jika terkejut bayi akan membuka telapak tangannya seperti akan mengambil sesuatu; periksa perut bayi perhatikan bentuk, penonjolan sekitar tali pusat, perdarahan tali pusat, dan benjolan di perut bayi; periksa alat kelamin untuk laki-laki, periksa apakah kedua testis sudah berada dalam skrotum dan penis berlubang diujungnya; periksa tungkai dan kaki perhatikan bentuk, gerakan, dan jumlah jari; periksa punggung dan anus bayi letakkan bayi dalam posisi telungkup, raba sepanjang tulang belakang untuk mencari ada tidaknya kelainan, periksa juga lubang anus; periksa kulit bayi perhatikan *verniks caseosa* (tidak perlu dibersihkan karena menjaga kehangatan tubuh), warna kulit, pembengkakan, bercak hitam dan tanda lahir.

Dan hasil pemeriksaan tidak ditemukan adanya kelainan pada bayi. Selain itu juga dilakukan pemeriksaan refleks dan hasil dari pemeriksaan menunjukkan tidak terdapat kesenjangan dengan teori menurut Dewi (2013) yaitu bayi dalam kondisi normal jika pemeriksaan refleks seperti refleks *rooting* (mencari puting susu

dengan rangsangan taktil pada pipi dan daerah mulut) sudah terbentuk dengan baik, refleks *sucking* (isap dan menelan) sudah terbentuk dengan baik, refleks *morro* (gerakan memeluk ketika dikagetkan) sudah terbentuk dengan baik, refleks *grasping* (menggenggam) dengan baik.

b. Kunjungan Neonatus Kedua

Tanggal 16 Mei 2019 penulis melakukan kunjungan rumah neonatus ke 2 (hari ke lima). Hasil pemeriksaan yang dilakukan penulis didapatkan tanda-tanda vital bayi dalam batas yang normal sesuai teori menurut Wahyuni (2012) yang menjelaskan laju napas normal 40-60 x/menit, laju jantung normal 120-160 x/menit, suhu tubuh bayi baru lahir normalnya 36,5-37,5°C.

Asuhan yang dilakukan penulis terhadap bayi Ny. M. yaitu mengingatkan ibu untuk menyusui bayinya sesering mungkin setiap 2-3 jam sekali, menyusui secara bergantian payudara kiri dan kanan. Dan hanya susui bayi dengan ASI, tidak menambahkan dengan air/madu/bubur sampai usia 6 bulan. Pemberian ASI yang kuat akan meningkatkan enzim glukorinil transferase yang dapat menurunkan kadar bilirubin bayi sehingga mencegah bayi kuning; mengajarkan ibu cara merawat tali pusat dan menganjurkan ibu untuk segera ke fasilitas kesehatan bila terdapat tanda-tanda kulit menjadi kuning.

4. Nifas

a. Kunjungan Nifas Pertama

Tanggal 11 Mei 2019 pukul 04.30 WITA penulis melakukan kunjungan nifas pertama, kunjungan nifas ini sesuai dengan teori dalam Buku Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak dimana kunjungan I dilakukan pada 6 jam – 8jam postpartum. Dan dari hasil anamnesa dan pemeriksaan didapatkan ibu mengeluh perutnya mules, ibu sudah belum BAB dan BAK, ini sesuai dengan teori menurut Nugroho dkk (2014) miksi normal bila dapat BAK

spontan setiap 3-4 jam dan ibu diharapkan dapat BAB sekitar 3-4 hari postpartum.

Data objektif didapatkan hasil pemeriksaan fisik yaitu tanda-tanda vital : tekanan darah 100/70 mmHg, nadi: 80 kali/menit, suhu: 36,6 °C, pernapasan: 22 kali/menit. Hasil pengukuran tanda-tanda vital menunjukkan hasil yang normal sesuai dengan teori menurut Maritalia (2014) setelah proses melahirkan, suhu tubuh dapat meningkat sekitar 0,5 °C dari keadaan normal namun tidak lebih dari 38°, setelah 12 jam postpartum suhu tubuh kembali seperti semula, denyut nadi normal berkisar antara 60-80 kali per menit, tekanan darah normal untuk sistole berkisar antara 110-140 mmHg dan untuk diastole antara 60-80 mmHg, frekuensi pernafasan normal berkisar antara 18-24 kali per menit. Begitu pula pada pemeriksaan fisik, tidak didapatkan adanya tanda anemia, sesuai dengan teori menurut Romauli (2011) mata konjungtiva normal warna merah muda, bila pucat menandakan anemia. Sudah ada kolostrum yang keluar di kedua payudara. Pada palpasi tinggi fundus 2 jari bawah pusat dan kontraksinya baik. Pada pemeriksaan ano-genital terlihat adanya pengeluaran lokia berwarna merah (lochia rubra) jumlahnya sedikit dan tidak terdapat ruptur. Kedua hal ini sesuai dengan teori menurut Nugroho (2014) yaitu saat plasenta lahir tinggi fundus adalah setinggi pusat, dan pada hari pertama postpartum tinggi fundus berada 2 jari dibawah pusat dan pada hari 1-3 postpartum akan ada pengeluaran lokia rubra berwarna merah kehitaman.

b. Kunjungan Nifas Kedua

Tanggal 16 Mei 2019 penulis melakukan kunjungan rumah ibu nifas dan merupakan kunjungan nifas hari ke lima, jadwal kunjungan ini sesuai dengan teori menurut Marmi (2012) yaitu kunjungan nifas kedua dilakukan pada hari ke-4 sampai hari ke-28. Hasil anamnesa ibu mengatakan tidak ada keluhan. Pada

pemeriksaan didapatkan hasil yaitu tanda-tanda vital : tekanan darah 100/80 mmHg, nadi: 80 kali/menit, suhu: 36,7°C, pernapasan: 20 kali/menit, hasil pengukuran tanda-tanda vital menunjukkan hasil yang normal. Begitu pula pada pemeriksaan fisik, palpasi fundus uteri didapatkan tinggi fundus setengah pusat simfisis dan kontraksinya baik, terdapat kesenjangan dengan teori menurut Nugroho dkk (2014) dimana menurut Nugroho dkk tinggi fundus uteri setengah pusat simfisis bila sudah mencapai hari ke tujuh postpartum, namun hal ini tidak berpengaruh negatif pada kondisi ibu karena ukuran fundus yang cepat mengecil menandakan involusi berjalan dengan baik. Pada pemeriksaan ano-genital terlihat adanya pengeluaran normal lochia sanguilenta berwarna putih bercampur merah, hal ini sesuai dengan teori menurut Nugroho dkk (2014) dimana pada hari 3-7 postpartum akan ada pengeluaran lochia sanguilenta berwarna putih bercampur merah. Analisis data pada Ny. A.M P₁A₀AH₁ postpartum hari ke 5, tidak ada masalah yang didapatkan pada masa nifas. Penulis melakukan pemeriksaan pada ibu untuk melihat keadaan ibu dan tanda-tanda bahaya, ibu juga diingatkan mengenai kebutuhan nutrisi, kebersihan tubuh, istirahat.

BAB V

PENUTUP

A. Simpulan

Setelah penulis melaksanakan asuhan kebidanan komprehensif pada Ny. A.M dapat disimpulkan bahwa :

1. Asuhan kebidanan pada Ny. A.M telah dilakukan oleh penulis mulai dari usia kehamilan 29 minggu 6 hari, dilakukan kunjungan antenatal 1 kali, tidak terdapat komplikasi pada kehamilan.
2. Asuhan kebidanan pada persalinan Ny. A.M dilakukan di BPM Gilda, ibu melahirkan saat usia kehamilan 40 minggu 4 hari, ibu melahirkan normal, bayi lahir langsung menangis dan tidak terdapat komplikasi pada saat persalinan.
3. Asuhan kebidanan pada Ny. A.M selama nifas telah dilakukan, dilakukan mulai dari 2 jam postpartum sampai 6 hari postpartum. Masa nifas berjalan lancar, involusi terjadi secara normal, tidak terdapat komplikasi dan ibu tampak sehat.
4. Asuhan kebidanan pada bayi baru lahir, bayi Ny. A.M lahir pada kehamilan 40 minggu 4 hari, tanggal 11 Mei 2019 pukul 02.10 WITA, jenis kelamin laki-laki, BB 3200 gram, PB 49 cm. Asuhan dilakukan mulai dari bayi usia 2 jam sampai bayi usia 6 hari. Bayi tidak mengalami Milliarasis dan Ikterus, bayi menyusui semau bayi dan tidak terdapat komplikasi pada bayi dan bayi tampak sehat.
5. Dalam asuhan Keluarga Berencana Ny. A.M memilih menggunakan KB Suntikan 3 bulan.

B. Saran

1. **Institusi/ Program Studi Kebidanan**
Meningkatkan kualitas pendidikan bagi mahasiswa dengan penyediaan fasilitas sarana dan prasarana yang mendukung peningkatan kompetensi mahasiswa sehingga dapat menghasilkan bidan yang berkualitas.

2. **Kepala Pustu Maulafa**
Meningkatkan pelayanan khususnya dalam pelayanan KIA/KB.

3. **Profesi Bidan**
Meningkatkan mutu pelayanan agar dapat memberikan asuhan yang lebih baik sesuai dengan standar asuhan kebidanan serta dapat mengikuti perkembangan ilmu pengetahuan kesehatan agar dapat menerapkan asuhan kebidanan sesuai dengan teori mulai dari kehamilan, persalinan, nifas dan BBL.

4. **Pasien dan Keluarga**
Melakukan kunjungan hamil, nifas, dan neonatal secara teratur dan segera datang ke fasilitas kesehatan bila ada tanda-tanda bahaya baik pada ibu maupun bayi.

DAFTAR PUSTAKA

- Ambarwati, Eny dan Wulandari. 2010. *Asuhan Kebidanan Nifas*. Yogyakarta: Nuha Medika
- Anggraini, Yetti. 2009. *Asuhan Kebidanan Nifas*. Yogyakarta : Mita Cendikia.
- Arsinah, Dwi dan Clervo. 2010. *Asuhan Persalinan Normal*. Yogyakarta: Nuha Medika
- Bagian Obstetri & Ginekologi Fakultas Kedokteran Universitas Padjajaran Bandung. 1984. *Obstetri Patologi*. Bandung : Elstar Offset.
- Bahiyatun. 2009. *Asuhan Kebidanan Nifas Normal*. Jakarta: EGC.
- Depkes RI. 2007. *Laporan Riset Kesehatan Dasar 2007*. Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Depkes.
- Dewi, V.N. Lia. 2011. *Asuhan Neonatus Bayi dan Anak Balita*. Yogyakarta: Salemba Medika.
- Dinas Kesehatan Kota Kupang. 2015. *Profil kesehatan Kota Kupang 2015*. Kupang.
- Dinas Kesehatan Kota Kupang. 2016. *Profil Kesehatan Kota Kupang 2016*. Kupang.
- Dinas Kesehatan Provinsi Nusa Tenggara Timur. 2014. *Profil Kesehatan Nusa Tenggara Timur 2014*. Kupang.
- Dinas Kesehatan Provinsi Nusa Tenggara Timur. 2015. *Profil Kesehatan Nusa Tenggara Timur 2015*. Kupang.
- Dinas Kesehatan Provinsi Nusa Tenggara Timur. 2016. *Profil Kesehatan Nusa Tenggara Timur 2016*. Kupang.
- Dompas, Robin. 2011. *Buku Saku Asuhan Neonatus, Bayi, & Balita*. Jakarta: EGC.
- Erawati, Ambar Dewi. 2011. *Asuhan Kebidanan Persalinan Normal*. Jakarta : EGC.
- Green, Carol J., dan Judith M Wilkinson. 2012. *Rencana Asuhan Keperawatan Maternal & Bayi Baru Lahir*. Jakarta: EGC.
- Handayani, Sri. 2011. *Buku Ajar Pelayanan Keluarga Berencana*. Yogyakarta: Pustaka Rihama.
- Iimah, Widia Shofa . 2015. *Buku Ajar asuhan persalinan normal*. Yogyakarta : Nuha Medika.
- JNPK-KR. 2008. *Pelatihan Klinik Asuhan Persalinan Normal*.
- JNPK-KR. 2012. *Klinik Asuhan Persalinan Rujukan*.
- Kemenkes RI. 2013. *Pedoman Pelayanan Antenatal terpadu Edisi Kedua*. Jakarta: Direktorat Bina Kesehatan Ibu.

- Kemenkes RI. 2015. *Buku Kesehatan Ibu dan Anak*. Jakarta: Kementerian Kesehatan dan JICA.
- Kemenkes RI. 2015. *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2014*. Jakarta: Kementerian Kesehatan.
- Kuswanti, Ina dan Melina, Fitri. 2013. *Askeb II Persalinan*. Yogyakarta : Pustaka Pelajar.
- Lailiyana, dkk . 2011. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Persalinan*. Jakarta : EGC.
- Mansyur, N., Dahlan A.K. 2014. *Buku ajar asuhan kebidanan masa nifas*. Malang : Selaksa Medika.
- Manuaba, IBG. 2010. *Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan, dan Keluarga Berencana untuk Pendidikan Bidan* . EGC : Jakarta.
- Maritalia, Dewi. 2014. *Asuhan Kebidanan Nifas Dan Menyusui*. Yogyakarta : Pustaka Pelajar.
- Marmi. 2012. *Asuhan Kebidanan Pada Masa Nifas*. Yogyakarta. Yogyakarta : Pustaka Pelajar.
- Marmi. 2012. *Asuhan Kebidanan Pada Persalinan*. Yogyakarta.: Pustaka Pelajar.
- Marmi. 2014. *Asuhan Kebidanan Pada Masa Antenatal*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Menkes RI. *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1464/Menkes/Per/X/2010 Tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Bidan*. Jakarta.
- Mulyani, Nina Siti dan Mega Rinawati. 2013. *Keluarga Berencana dan Alat Kontrasepsi*. Yogyakarta : Nuha Medika
- Muslihatun, Wafi Nur. 2010. *Asuhan Neonatus Bayi dan Balita*. Yogyakarta Fitra Maya.
- Notoatmodjo, Soekidjo. 2010. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta : Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, Soekidjo. 2012. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta : Rineka Cipta.
- Nugroho, Taufan. Dkk. 2014. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan 1 Kehamilan*. Yogyakarta : Nuha Medika.
- Nugroho, Taufan. Dkk. 2014. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan 3 Nifas*. Yogyakarta : Nuha Medika.
- Pantikawati, Ika & Saryono. 2010. *Asuhan kebidanan (Kehamilan)*. Yogyakarta : Nuha Medika.
- Patricia, Ramona. 2013. *Buku Saku Asuhan Ibu dan Bayi Baru Lahir Edisi 5*: Jakarta. EGC.
- Pebryatie, Elit. 2014. *Modul Mata Kuliah Asuhan Kebidanan Kehamilan*. Cirebon: Poltekkes Tasikmalaya.
- Permenkes No.28 Tahun 2017 Tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Bidan
- Pudiastuti, Retna Dewi. 2011. *Asuhan Kebidanan Pada Hamil Normal dan Patologi*. Yogyakarta : Nuha Medika.

- Purwanti, Eni. 2011. *Asuhan Kebidanan Untuk Ibu Nifas*. Yogyakarta : Cakrawala Ilmu.
- Rochjati, Poedji. 2003. *Skrining Antenatal Pada Ibu Hamil*. Pusat safe motherhood-lab/smf obgyn rsu dr. Sutomo ; Fakultas Kedokteran UNAIR Surabaya.
- Rohani, dkk. 2011. *Asuhan Kebidanan pada Masa Persalinan*. Jakarta : Salemba Medika.
- Romauli, Suryati. 2011. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan 1*. Yogyakarta : Nuha Medika.
- Rukiyah, Ai Yeyeh, dkk. 2012. *Asuhan Kebidanan Pada Bayi Baru Lahir*. Jakarta: Trans Info Media.
- Rukiyah, Ai Yeyeh. Dkk. 2009. *Asuhan kebidanan II Persalinan* Jakarta : Cv Trans Info Media.
- Sarinah, dkk. 2010. *Asuhan Kebidanan Masa Persalinan*. Yogyakarta : Graha Ilmu.
- Saifuddin, Abdul Bari. 2011. *Acuan Pelayanan Maternal dan Neonatal*. Jakarta EGC.
- Saifuddin, Abdul Bari, dkk. 2010. *Buku Panduan Praktis Pelayanan Kontasepsi*. Jakarta : Yayasan Bina Pustaka.
- Saifuddin, Abdul Bari. 2014. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta: Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Saryono. 2011. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Yogyakarta : Mitra Cendikia Press.
- Sudarti dan Endang Khoirunisa. 2010. *Asuhan Kebidanan Neonatus, Bayi dan Anak Balita*. Yogyakarta : Nuha Medika.
- Sugiyono. 2009. *Memahami Penelitian Kualitatif*. Bandung: Alfa Beta.
- Sukarni, Idan Margareth Z.H. 2013. *Kehamilan, Persalinan, dan Nifas*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Sulistiawaty, Ari. 2009. *Buku Ajar Asuhan Pada Ibu Nifas*, Yogyakarta: Andi.
- Syafrudin, dkk. 2009. *Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan Untuk Bidan*. Jakarta : CV.Trans Info Media.
- Varney, Helen. 2009. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan*. Jakarta: EGC.
- Wahyuni, Sari. 2011. *Asuhan Neonatus Bayi Dan Balita*. Jakarta : EGC.
- Walyani, Elisabeth Siwi. 2015. *Asuhan Kebidanan Pada Kehamilan*. Yogyakarta : Pustaka Baru Press.

- Wiknjosastro, Hanifa. 2007. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Wirakusumah, Firman F., dkk. 2012. *Obstetri Fisiologi Ilmu Kesehatan Reproduksi Edisi 2*. Jakarta: EGC.