

LAPORAN TUGAS AKHIR

**ASUHAN KEBIDANAN BERKELANJUTAN PADA IBU M.H UMUR 25
TAHUN G₁ P₀ A₀ AH₀ UK 29 MINGGU 2 HARI JANIN TUNGGAL
HIDUP INTRAUTERIN LETAK KEPALA KEADAAN IBU
DAN JANIN BAIK DI PUSKESMAS BAUMATA
PERIODE 23 FEBRUARI S/D 18 MEI 2019**

Sebagai Laporan Tugas Akhir yang Diajukan untuk Memenuhi Salah Satu
Syarat dalam Menyelesaikan Pendidikan DIII Kebidanan

Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang



Oleh

DIONISIA PUTRI ANI UNGKUR

NIM . PO. 530324016 758

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

SURAT PERNYATAAN

saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Dionisia Putri Ani Ungkur
Nim : PO.530324016 758
Jurusan : Kebidanan
Angkatan : XVIII (delapan belas)
Jenjang : Diploma III

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

“ ASUHAN KEBIDANAN BERKELANJUTAN PADA IBU M. H UMUR 25 TAHUN G₁ P₀ A₀ AH₀ UMUR KEHAMILAN 29 MINGGU 2 HARI JANIN TUNGGAL HIDUP INTRAUTERIN LETAK KEPALA KEADAAN IBU DAN JANIN BAIK DI PUSKESMAS BAUMATA PERIODE 23 FEBRUARI S/D 18 MEI 2019”

Apabila satu saat nanti saya terbukti melakukan plagiat, maka saya akan menerima sanksi yang telah diterapkan.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Kupang, Mei 2019

Penulis



Dionisia Putri Ani Ungkur
Nim. Po. 530324016 758

HALAMAN PERSETUJUAN

LAPORAN TUGAS AKHIR

**ASUHAN KEBIDANAN BERKELANJUTAN PADA IBU M.H UMUR 25
TAHUN G₁ P₀ A₀ AH₀ UK 29 MINGGU 2 HARI JANIN TUNGGAL
HIDUP INTRAUTERIN LETAK KEPALA KEADAAN IBU
DAN JANIN BAIK DI PUSKESMAS BAUMATA
PERIODE 23 FEBRUARI S/D 18 MEI 2019**

Oleh :

Dionisia Putri Ani Ungkur
NIM. PO. 530324016 758

Telah Disetujui Untuk Diperiksa dan Dipertahankan dihadapan Tim Penguji
Laporan Tugas Akhir Program Studi DIII Kebidanan
Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang

Pada tanggal : 31 Mei 2019

Pembimbing



Mariana Ngundju Awang, S.Si, T.M.Kes
NIP. 19740517 200012 2 006

Mengetahui

Ketua Jurusan Kebidanan Kupang



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

HALAMAN PENGESAHAN

LAPORAN TUGAS AKHIR

**ASUHAN KEBIDANAN BERKELANJUTAN PADA IBU M.H UMUR 25
TAHUN G₁ P₀ A₀ AH₀ UK 29 MINGGU 2 HARI JANIN TUNGGAL
HIDUP INTRAUTERIN LETAK KEPALA KEADAAN IBU
DAN JANIN BAIK DI PUSKESMA BAUMATA
PERIODE 23 FEBRUARI S/D 18 MEI 2019**

Oleh :

Dionisia Putri Ani Ungkur

Nim. Po. 530324016 758

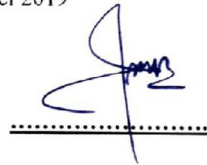
Telah Dipertahankan di hadapan Tim Penguji

Pada tanggal : 31 Mei 2019

Penguji I

Adriana M.S Boimau, SST.,M.Kes

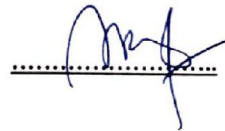
NIP. 1977081200501 2 003



Penguji II

Mariana Ngundju Awang, S.Si.T.M.Kes

NIP. 19740517 200012 2 006



Mengetahui

Ketua Jurusan Kebidanan Kupang



Dr. Mareta B. Bakoil, SST, MPH

NIP. 19760310 200012 2 001

RIWAYAT HIDUP



Nama : Dionisia Putri Ani Ungkur
Tempat Tanggal Lahir : Poco, 6 Desember 1997
Agama : Katolik
Jenis Kelamin : Perempuan
Alamat : Jl. R. A. Kartini, No 1 Kelapa Lima Kupang
(Asrama Kebidanan Poltekkes Kupang)

Riwayat Pendidikan

1. Tamat SDK Poco tahun 2010
2. Tamat SMP NEGERI 1 Cibal tahun 2013
3. Tamat SMA Negeri 1 Cibal tahun 2016
4. 2016 samapai sekarang penulis menempuh pendidikan Diploma III di Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang Jurusan Kebidanan.

KATA PENGANTAR

Puji syukur ke hadirat Tuhan Yang Maha Eza yang telah memberikan berbagai kemudahan, petunjuk serta karunia yang tak terhingga sehingga penulis dapat menyelesaikan Laporan Tugas Akhir yang berjudul “Asuhan Kebidanan Berkelanjutan Pada Ibu M. H G₁PA₀A₀AH₀UK 29 Minggu, 2 hari Janin Tunggal, Hidup Intra Uterin, Letak Kepala, Keadaan Ibu Dan Janin Baik di Puskesmas Baumata Periode Tanggal 23 Februari – 18 Mei 2019 dengan baik dan tepat waktu.

Laporan Tugas Akhir ini disusun untuk memenuhi salah satu syarat tugas akhir dalam menyelesaikan Pendidikan Diploma III Kebidanan pada Jurusan Kebidanan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang.

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

1. R. H Kristina, SKM.,M. Kes selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang.
2. Dr. Mareta B. Bakoil, SST.,MPH selaku Ketua Jurusan Kebidanan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang.
3. Adriana M.S Boimau, SST.,M.Kes selaku Penguji I yang juga telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk dapat mempertanggung jawabkan Laporan Tugas Akhir ini.
4. Mariana Ngundju Awang, S.Si.T.,M.Kes selaku Pembimbing dan Penguji II yang telah memberikan bimbingan, arahan serta motivasi kepada penulis, sehingga Laporan tugas Akhir ini dapat terselesaikan.
5. Hasri Yulianti, SST.M.Keb , Lorian L. Manalor, SST.,M.Kes, selaku Pembimbing Akademik Tingkat III A.

6. Kepala Puskesmas Baumata beserta staf yang telah memberi ijin dan membantu penelitian ini.
7. Ibu M.H beserta keluarga yang telah bersedia menjadi pasien penulis dalam Laporan Tugas Akhir.
8. Orang tua tercinta bapak Paulus Ungkur dan mama Waltrudis Jenimat, saudara tersayang Matronus Aria Putradi Ungkur, adik Yohana Sulistia Ungkur, Sepupu Ina Dombot, serta seluruh keluarga besar yang telah memberikan dukungan baik moril, spiritual maupun materil, serta kasih sayang yang tiada terkira dalam setiap langkah kaki penulis.
9. Seluruh teman-teman mahasiswa angkatan XVIII Program Studi Kebidanan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang khususnya tingkat III A yang telah memberikan dukungan baik berupa motivasi maupun kompetisi yang sehat dalam penyusunan Laporan Tugas Akhir ini.
10. Sahabat-sahabat seperjuangan Hedny, Ida, Mersy, cany, Lista, Dewi, adik Feby, Dede, alvy, sandra, Adri, Sindy, Karlin, mama asrama dan adik-adik asrama Jurusan Kebidanan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang yang telah memberikan dukungan baik berupa moril maupun spiritual dalam penyusunan Laporan Tugas Akhir ini.
11. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu, yang ikut ambil dalam terwujudnya Laporan Tugas Akhir ini.

Penulis menyadari bahwa 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 PERNYATAAN..... | ii |
| HALAMAN PERSETUJUAN..... | iii |
| HALAMAN PENGESAHAN..... | iv |
| RIWAYAT HIDUP..... | v |
| KATA PENGANTAR..... | vi |
| DAFTAR ISI..... | viii |
| DAFTAR TABEL..... | x |
| DAFTAR LAMPIRAN..... | xi |
| DAFTAR SINGKATAN..... | xii |
| ABSTRAK..... | xiv |
| BAB 1 PENDAHULUAN | |
| A. Latar Belakang..... | 1 |
| B. Rumusan Masalah | 2 |
| C. Tujuan Penelitian..... | 3 |
| D. Manfaat Penulisan..... | 4 |
| E. Keaslian Penelitian..... | 5 |
| BAB II TINJAUAN PUSTAKA | |
| A. Konsep Dasar Kehamilan..... | 6 |
| B. Konsep Dasar Persalinan..... | 42 |
| C. Konsep Dasar Bayi Baru Lahir..... | 71 |
| D. Konsep Dasar Masa Nifas..... | 84 |
| E. Keluarga berencana | 108 |

| | |
|----------------------------------|-----|
| F. Standar Asuhan Kebidanan..... | 113 |
| G. Kewenangan Bidan..... | 116 |
| H. Kerangka Pikir..... | 119 |

BAB III METODE PENELITIAN

| | |
|--------------------------|-----|
| A. Jenis Penelitian..... | 120 |
| B. Lokasi Dan Waktu..... | 120 |
| C. Subjek Kasus..... | 120 |
| D. Instrument..... | 121 |
| E. Etika Penelitian..... | 122 |

BAB IV TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN

| | |
|-------------------------|-----|
| A. Tinjauan Lokasi..... | 123 |
| B. Tinjauan Kasus..... | 124 |
| C. Pembahasan | 166 |

BAB V PENUTUP

| | |
|-------------------|-----|
| A. Simpulan | 181 |
| B. Saran | 181 |

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

| | |
|---|-----|
| Tabel 1 Diagnosa Banding Nulipara dan Multipara..... | 21 |
| Tabel 2 Perbedaan Ciri-ciri Janin Hidup dan Mati..... | 22 |
| Tabel 3 Perbedaan Janin Tunggal dan Kembar..... | 23 |
| Tabel 4 Perbedaan Janin Intrauterin dan Ekstrauterin..... | 24 |
| Tabel 5 Peningkatan BB Selama Kehamilan..... | 27 |
| Tabel 6 Rincian Kenaikan BB..... | 27 |
| Tabel 7 TFU Menurut penambahan Tiga Jari..... | 39 |
| Tabel 8 Rentang Waktu Pemberian Imunisasi TT..... | 39 |
| Tabel 9 Involusi Uterus | 87 |
| Tabel 10 Perbedaan Masg-masing Lokea..... | 87 |
| Tabel 11 Pola penggunaan Metode Kontrasepsi..... | 113 |

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Kartu Konsultasi Laporan Tugas Akhir

Lampiran 2 Lembar Persetujuan Responden

Lampiran 3 Persetujuan Responden mengikuti KB

Lampiran 4 Buku KIA ibu hamil

Lampiran 5 Partograf

Lampiran 6 Pendokumentasian

DAFTAR SINGKATAN

| | |
|-----------------|--------------------------------|
| AKB | : Angka Kematian Bayi |
| AKI | : Angka Kematian Ibu |
| ANC | : Antenatal Care |
| APN | : Asuhan Persalinan Normal |
| ASI | : Air Susu Ibu |
| BAB | : Buang Air Besar |
| BAK | : Buang Air Kecil |
| BB | : Berat Badan |
| BBL | : Bayi Baru Lahir |
| BBLR | : Bayi Berat Lahir Rendah |
| BCG | : Bacille Calmette-Guerin |
| Ca | : Calcium |
| Cm | : Centimeter |
| CO ₂ | : Karbondioksida |
| DJJ | : Denyut Jantung Janin |
| DM | : Diabetes Mellitus |
| DPT | : Difteri, Pertusis, Tetanus |
| DTT | : Desinfeksi Tingkat Tinggi |
| FSH | : Folicle Stimulating Hormone |
| HB | : Haemoglobin |
| HIV | : Human Immunodeficiency Virus |
| HPHT | : Hari Pertama Haid Terakhir |
| HPL | : Hormon Placenta Lactogen |
| IM | : Intra Muscular |
| IMS | : Infeksi Menular Seksual |

| | |
|----------------|--|
| IMT | : Indeks Masa Tubuh |
| KB | : Keluarga Berencana |
| KEK | : Kekurangan Energi Kronik |
| KIA | : Kesehatan Ibu dan Anak |
| KPD | : Ketuban Pecah Dini |
| LILA | : Lingkar Lengan Atas |
| MAL | : Metode Amenorhea Laktasi |
| mmHg | : Milimeter Hidrogirum |
| MSH | : Melanocyte Stimulating Hormone |
| NTT | : Nusa Tenggara Timur |
| O ₂ | : Oksigen |
| PAP | : Pintu Atas Panggul |
| PBP | : Pintu Bawah Panggul |
| PEB | : Pre Eklampsi Berat |
| PER | : Pre Eklampsi Ringan |
| PX | : Prosesus Xyphoideus |
| SDKI | : Survey Kesehatan Demografi Indonesia |
| SDM | : Sel Darah Merah |
| TB | : Tinggi Badan |
| TBBJ | : Tafsiran Berat Badan Janin |
| TFU | : Tinggi Fundus Uteri |
| TP | : Tafsiran Persalinan |
| TT | : Tetanus Toxoid |
| UK | : Umur Kehamilan |
| USG | : UltraSonoGraf |
| WBC | : Whole Blood Cells |
| WHO | : World Health Organization |

ABSTRAK

**Politeknik Kesehatan
Kemenkes Kupang
Jurusan Kebidanan
Laporan Tugas Akhir
2019**

Dionisia Putri Ani Ungkur

**Asuhan Kebidanan Berkelanjutan Pada Ibu M.H di Puskesmas Baumata
Periode 23 Februari sampai 18 Mei 2019.**

Latar Belakang: Provinsi Nusa Tenggara Timur (NTT) tahun 2017 AKI sebanyak 163 per 1000.000 Kelahiran Hidup dan AKB sebanyak 7,7 per 1.000 Kelahiran Hidup. Dengan dilakukan asuhan kebidanan secara berkelanjutan pada ibu hamil Trimester III sampai dengan perawatan masa nifas diharapkan dapat memberikan kontribusi dalam upaya menurunkan AKI dan AKB di Indonesia serta tercapai kesehatan ibu dan anak yang optimal.

Tujuan Penelitian: Menerapkan Asuhan Kebidanan Berkelanjutan pada Ibu M.H. di Puskesmas Baumata periode 23 Februari – 18 Mei 2019.

Metode Penelitian: Studi kasus menggunakan metode penelaahan kasus, lokasi studi kasus di Puskesmas Baumata, subjek studi kasus adalah Ibu M.H. dilaksanakan tanggal 23 Februari -18 Mei 2019 dengan menggunakan format asuhan kebidanan pada ibu hamil dengan metode Varney dan pendokumentasian SOAP, teknik pengumpulan data menggunakan data primer dan data sekunder.

Hasil: Ibu M.H umur 25 tahun G₁P₀A₀AH₀ datang memeriksakan kehamilannya dengan usia kehamilan 29 minggu 2 hari, keluhan sulit tidur terlebih pada malam hari, penatalaksanaannya menjelaskan tanda bahaya kehamilan. Asuhan terus berlanjut sampai dengan proses persalinan Ibu M.H, masa Nifas Ibu M.H Bayi Ibu M.H juga sehat dan sampai pelayanan KB, Ibu M.H memilih untuk menggunakan Metode kontrasepsi suntikan Progestin.

Simpulan: Penulis telah menerapkan asuhan kebidanan berkelanjutan pada Ibu M.H yang di tandai dengan ibu sudah mengikuti semua anjuran, keluhan ibu selama hamil teratasi, ibu melahirkan di fasilitas kesehatan, masa nifas berjalan normal, bayi berjalan dengan normal, dan ibu memilih untuk menggunakan Metode kontrasepsi suntikan Progestin.

Kata Kunci : Asuhan kebidanan berkelanjutan Hamil, bersalin, bayi baru lahir,nifas, dan Keluarga Berencana Di Puskesmas Baumata.

Referensi : 28 Buku (2005-2016)

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Asuhan kebidanan berkelanjutan adalah pelayanan yang dicapai ketika terjalin hubungan yang terus – menerus antara seorang wanita dengan 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 (Saifudin, 2014).

Angka Kematian Ibu (AKI) di Negara Indonesia merupakan salah satu indikator penting untuk menilai kualitas pelayanan kesehatan disuatu wilayah. AKI di Indonesia Pada Tahun 2015 mencapai 305/100.000 kelahiran hidup, sedangkan target AKI di Indonesia yaitu 102/100.000 kelahiran hidup. Hal ini menunjukkan AKI di Indonesia masih jauh dari yang diharapkan (Kemenkes RI, 2015).

Provinsi Nusa Tenggara Timur (NTT) tahun 2017 AKI sebanyak 163 per 1000.000 Kelahiran Hidup dan AKB sebanyak 7,7 per 1.000 Kelahiran Hidup. Strategi akselerasi penurunan AKI dan AKB di Provinsi NTT dilaksanakan dengan berpedoman pada poin penting Revolusi KIA yakni Setiap per ditolong oleh tenaga kesehatan yang terampil dan memadai (Profil kesehatan NTT, 2017).

Pengambilan data awal yang dilakukan di puskesmas Baumata bahwa pada tahun 2018 Angka Kematian Ibu (AKI) sebanyak 1 orang dan angka kematian Bayi berjumlah 3 orang (Laporan Puskesmas Baumata, 2018).

Cara meningkatkan status kesehatan ibu, Puskesmas dan jaringannya menyelenggarakan berbagai upaya kesehatan ibu baik bersifat promotif, preventif, maupun kuratif dan rehabilitative. Upaya tersebut berupa pelayanan kesehatan pada ibu hamil, pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan,

penanganan komplikasi, pelayanan konseling KB dan kesehatan reproduksi (Kemenkes RI, 2015).

Upaya penurunan AKI dan AKB terus dilakukan melalui program Revolusi KIA di Provinsi NTT. Strategi akselerasi penurunan angka kematian Ibu dan Bayi di Provinsi NTT dilaksanakan dengan berpedoman pada poin penting Revolusi KIA yaitu setiap persalinan ditolong oleh tenaga kesehatan yang terampil dan memadai serta AKI dan AKB dapat ditekan melalui pelayanan asuhan kebidanan secara komprehensif yang berfokus pada asuhan sayang ibu dan sayang bayi yang sesuai dengan standar pelayanan kebidanan. Melalui asuhan yang komprehensif faktor resiko yang terdeteksi lebih awal pemeriksaan kehamilan dapat di tangani sehingga dapat mengurangi resiko pada saat Persalian, Nifas dan bayi baru lahir, dengan berkurangnya faktor resiko tersebut maka kematian ibu dan bayi dapat dicegah.

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1464/MENKES/PER/X/2010 BAB III tentang Penyelenggaraan praktik bidan terutama pasal 9 dan 10 memberikan pelayanan yang meliputi Pelayanan kesehatan ibu, Pelayanan kesehatan anak dan Pelayanan kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana, Pelayanan konseling pada masa pra hamil, Pelayanan antenatal pada kehamilan normal, Pelayanan persalinan normal, Pelayanan ibu nifas normal, Pelayanan ibu menyusui dan Pelayanan konseling pada masa antara dua kehamilan, maka penulis tertarik untuk menulis Laporan Tugas Akhir (LTA) dengan judul “Asuhan Kebidanan Berkelanjutan pada Ibu M.H. Umur 25 tahun G₁P₀A₀AH₀ UK 29 Minggu 2 Hari Janin Tunggal Hidup Intrauterin Letak Kepala Keadaan ibu dan Janin Baik di Puskesmas Baumata periode 23 Februari s/d 18 Mei 2019.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian latar belakang diatas, maka rumusan masalahnya adalah “Bagaimana Asuhan Kebidanan Berkelanjutan pada Ibu M.H. Umur 25 tahun G₁P₀A₀AH₀ UK 29 Minggu 2 Hari Janin Tunggal Hidup Intrauterin Letak Kepala Keadaan ibu dan Janin Baik di Puskesmas Baumata periode 23 Februari s/d 18 Mei 2019?”

C. Tujuan

1. Tujuan umum

Diharapkan mahasiswa mampu menerapkan asuhan kebidanan berkelanjutan pada Ibu M.H G₁P₀A₀AH₀ UK 29 Minggu 2 Hari Janin Tunggal Hidup Intrauterin Letak Kepala Keadaan Ibu dan Janin Baik di Puskesmas Baumata periode 23 Februari s/d 18 Mei 2019 dengan metode 7 langkah varney dan pendokumentasian SOAP.

2. Tujuan Khusus

Mahasiswa mampu :

- a. Melakukan pengumpulan data subyektif dan obyektif pada Ibu M.H meliputi masa kehamilan, persalinan, nifas, bayi baru lahir, dan KB.
- b. Melakukan interpretasi data dasar pada ibu M.H meliputi masa kehamilan, persalinan, nifas, bayi baru lahir, dan KB.
- c. Menegakan diagnosa dan masalah potensial pada Ibu M.H meliputi masa kehamilan, persalinan, nifas, bayi baru lahir, dan KB.
- d. Mengidentifikasi kebutuhan yang memerlukan tindakan segera pada ibu M.H meliputi masa kehamilan, persalinan, nifas, bayi baru lahir, dan KB.
- e. Merencanakan asuhan yang menyeluruh pada ibu M.H meliputi masa kehamilan, persalinan, nifas, bayi baru lahir, dan KB.

- f. Melaksanakan perencanaan pada M.H meliputi masa kehamilan, persalinan, nifas, bayi baru lahir, dan KB.
- g. Mengevaluasi pelaksanaan asuhan kebidanan pada ibu M.H meliputi masa kehamilan, persalinan, nifas, bayi baru lahir, dan KB.
- h. Melakukan pendokumentasian SOAP.

D. Manfaat

1. Teoritis

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

2. Aplikatif

a. Institusi Pendidikan Jurusan Kebidanan

Hasil studi kasus ini dapat memberi masukan dan menambah referensi tentang asuhan kebidanan berkelanjutan pada ibu hamil normal.

b. Bagi Puskesmas Baumata

Hasil studi kasus ini dapat dimanfaatkan sebagai masukan untuk Puskesmas Baumata agar lebih meningkatkan mutu pelayanan secara berkelanjutan pada ibu hamil dengan menggambarkan perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi mengenai manajemen kebidanan.

c. Profesi Bidan

Hasil studi kasus ini dapat dijadikan acuan untuk meningkatkan keterampilan dalam memberikan asuhan kebidanan secara berkelanjutan.

d. Klien dan Masyarakat

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

E. Keaslian Studi Kasus

Studi kasus serupa sudah pernah dilakukan oleh mahasiswi jurusan kebidanan Poltekkes Kemenkes Kupang Asuhan Kebidanan Berkelanjutan pada Ibu M.Z di Puskesmas Baumata periode 30 April s/d 09 Juni 2018. Menggunakan metode 7 langkah Varney dan catatan perkembangannya menggunakan metode SOAP.

Perbedaan antara studi kasus yang penulis lakukan dengan studi kasus sebelumnya baik dari segi waktu, tempat, dan subjek. Studi kasus yang penulis ambil dilakukan pada tahun 2019 dengan judul “Asuhan Kebidanan Berkelanjutan pada Ibu M.H. Umur 25 tahun G₁P₀A₀AH₀ UK 29 Minggu 2 Hari Janin Tunggal Hidup Intrauterin Letak Kepala Keadaan ibu dan Janin Baik di Puskesmas Baumata periode 23 Februari s/d 18 Mei 2019.” Studi kasus yang sama dilakukan dengan menggunakan metode tujuh langkah Varney dan catatan perkembangannya menggunakan metode SOAP.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Kehamilan

1. Pengertian kehamilan

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

Kehamilan adalah suatu kondisi seorang wanita memiliki janin yang tengah tumbuh dalam tubuhnya. Umumnya janin tumbuh didalam Rahim. Waktu hamil pada manusia sekitar 40 minggu atau 9 bulan (Romauli, 2011).

2. Tanda pasti Kehamilan

Menurut walyani (2015) Tanda pasti kehamilan yaitu:

a. Denyut jantung janin

Denyut jantung janin (DJJ) dapat didengar pada usia kehamilan 12 minggu dengan menggunakan alat fetal electrocardiograf (misalnya doppler). DJJ baru dapat didengar menggunakan stethoscope leanec pada usia kehamilan 18-20 minggu (Walyani, 2015).

b. Gerakan janin

Gerakan janin ini harus dapat diraba dengan jelas oleh pemeriksa. Gerakan janin baru dapat dirasakan pada usia kehamilan sekitar 20 minggu (Walyani, 2015).

c. Bagian-bagian Janin

Bagian-bagian janin yaitu bagian besar janin (kepala dan bokong), serta bagian kecil janin (lengan dan kaki) dapat diraba dengan jelas pada usia kehamilan lebih tua (trimester terakhir). Bagian janin ini dapat dilihat lebih sempurna lagi menggunakan USG (Walyani, 2015).

d. Kerangka Janin

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

3. Klasifikasi Usia Kehamilan

Kehamilan terbagi menjadi tiga trimester, dimana trimester satu berlangsung dalam 12 minggu, trimester kedua 13 sampai 28 minggu, dan trimester ketiga 29 minggu hingga 40 minggu (Walyani, 2015).

4. Asuhan Kebidanan Kehamilan

a. Pengumpulan data subyektif dan obyektif

1) Data subyektif

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

b) Keluhan utama

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

c) Riwayat keluhan utama

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

d) Riwayat menstruasi

Menstruasi dimulai antara usia 12-15 tahun dan dapat menimbulkan berbagai gejala pada remaja, diantaranya nyeri perut (kram), sakit kepala terkadang vertigo, perasaan cemas, gelisah dan konsentrasi buruk (Walyani, 2015).

Menstruasi Hari pertama keluarnya darah menstruasi ditetapkan sebagai hari pertama siklus endometrium, lama rata-rata menstruasi adalah 5 hari (rentang 3-6 hari) dan jumlah darah rata-rata yang hilang ialah 50 ml (rentang 20-80 ml), namun hal ini sangat bervariasi. Menstruasi dikatakan normal apabila siklusnya 21-35 hari (rata-rata 28 hari), lamanya 2-7 hari, sebanyak 20-60 ml (2-5 pembalut per hari), tidak ada rasa nyeri, dan terjadi ovulasi (Walyani, 2015).

e) Riwayat perkawinan

Beberapa pertanyaan yang perlu ditanyakan kepada klien antara lain yaitu:

(1) Menikah

Tanyakan status klien apakah ia sekarang sudah menikah atau belum menikah. Hal ini penting untuk mengetahui status kehamilan tersebut apakah dari hasil pernikahan yang resmi atau hasil dari kehamilan yang tidak diinginkan (Walyani, 2015).

(2) Usia saat menikah

Tanyakan kepada klien pada usia berapa ia menikah hal ini diperlukan karena jika ia mengatakan bahwa menikah di usia muda sedangkan klien pada saat kunjungan awal ke tempat bidan tersebut sudah tak lagi muda dan kehamilannya adalah kehamilan pertama, ada kemungkinan bahwa kehamilannya saat ini adalah kehamilan yang sangat diharapkan. Hal ini akan berpengaruh bagaimana asuhan kehamilannya (Walyani, 2015).

(3) Lama pernikahan

Tanyakan kepada klien sudah berapa lama ia menikah, apabila klien mengatakan bahwa telah lama menikah dan baru saja mempunyai keturunan anak

kemungkinan kehamilannya saat ini adalah kehamilan yang sangat diharapkan (Walyani, 2015).

(4) Dengan suami sekarang

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

(5) Istri keberapa dengan suami sekarang

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

f) Riwayat kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu

(1) Tanggal, bulan dan tahun persalinan

(2) Usia gestasi

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

(3) Jenis persalinan

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

(4) Tempat persalinan

(5) Penolong persalinan

(6) Keadaan bayi

(7) Lama persalinan

Lama persalinan merupakan faktor yang penting karena persalinan yang lama dapat mencerminkan suatu masalah dapat berulang. Kemungkinan ini semakin kuat

jika persalinan yang lama merupakan pola yang berulang. Persalinan pertama yang lama jarang berulang pada persalinan berikutnya, persalinan singkat juga harus dicatat karena hal ini juga sering berulang (Walyani, 2015).

(8) Berat lahir

Berat lahir sangat penting untuk mengidentifikasi apakah bayi kecil untuk masa kehamilan (BKMK) atau bayi besar untuk masa kehamilan (BBMK), suatu kondisi yang biasanya berulang, apabila persalinan pervaginam, bert lahir encerminkan bahwa bayi dengan ukuran tertentu berhasil memotong pelvis maternal (Walyani, 2015).

(9) Jenis kelamin

Membicarakan jenis kelamin bayi terdahulu, klinisi memiliki kesempatan untuk menanyakan klien tentang perasaannya terhadap anak laki-laki dan perempuan serta keinginannya dan pasangannya sehubungan dengan jenis kelamin bayi yang dikandungnya saat ini (Walyani, 2015).

(10) Komplikasi

Setiap komplikasi yang terkait dengan kehamilan harus diketahui sehingga dapat dilakukan antisipasi terhadap komplikasi berulang. Kondisi lain yang cenderung berulang adalah anomali congenital, diabetes gestasional, pre-eklampsia, retardasi, pertumbuhan intrauterin, depresi pasca partum dan perdarahan pasca partum (Walyani, 2015).

g) Riwayat hamil sekarang

(1) HPHT (Hari Pertama Haid Terakhir)

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

(2) TP (Taksiran Persalinan)/Perkiraan Kelahiran

Gambaran riwayat menstruasi klien yang akurat biasanya membantu penetapan tanggal perkiraan kelahiran (*estimated date of delivery* (EDD)) yang disebut taksiran partus (*estimated date of confinement* (EDC)) di beberapa tempat. EDD ditentukan dengan perhitungan internasional menurut hukum Naegele. Perhitungan dilakukan dengan menambahkan 9 bulan dan 7 hari pada hari pertama haid terakhir (HPHT) atau dengan mengurangi bulan dengan 3, kemudian menambahkan 7 hari dan 1 tahun (Romauli, 2011).

(3) Kehamilan yang keberapa

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

h) Riwayat kontrasepsi

(1) Metode KB

Tanyakan pada klien metode apa yang selama ini digunakan. Riwayat kontrasepsi diperlukan karena kontrasepsi hormonal dapat mempengaruhi (*estimated date of delivery*) EDD, dan karena penggunaan metode lain dapat membantu menanggali kehamilan (Romauli, 2011).

(2) Lama penggunaan

Tanyakan kepada klien berapa lama ia telah menggunakan alat kontrasepsi tersebut (Romauli, 2011).

(3) Masalah

Tanyakan pada klien apakah ia mempunyai masalah saat menggunakan alat kontrasepsi tersebut. Apabila klien mengatakan bahwa kehamilannya saat ini adalah

kegagalan kerja alat kontrasepsi, berikan pandangan pada klien terhadap kontrasepsi lain (Walyani, 2015).

i) Riwayat kesehatan ibu

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

a) Penyakit yang pernah diderita

Tanyakan kepada klien penyakit apa yang pernah diderita klien. Apabila klien pernah menderita penyakit keturunan, maka ada kemungkinan janin yang ada dalam kandungannya tersebut beresiko menderita penyakit yang sama (Romauli, 2011).

b) Penyakit yang sedang diderita

Tanyakan kepada klien penyakit apa yang sedang ia derita sekarang. Tanyakan bagaimana urutan kronologis dari tanda-tanda dan klasifikasi dari setiap tanda dari penyakit tersebut. Hal ini diperlukan untuk menentukan bagaimana asuhan berikutnya. Misalnya klien mengatakan bahwa sedang menderita penyakit DM maka bidan harus terlatih memberikan asuhan kehamilan klien dengan DM (Romauli, 2011).

j) Riwayat kesehatan keluarga

(1) Penyakit menular

Tanyakan klien apakah mempunyai keluarga yang saat ini sedang menderita penyakit menular. Apakah klien mempunyai penyakit menular, sebaiknya bidan menyarankan kepada kliennya untuk menghindari secara langsung atau tidak langsung bersentuhan fisik atau

mendekati keluarga tersebut untuk sementara waktu agar tidak menular pada ibu hamil dan janinnya (Romauli, 2011).

(2) Penyakit keturunan/genetik

Tanyakan kepada klien apakah mempunyai penyakit keturunan. Hal ini diperlukan untuk mendiagnosa apakah janin berkemungkinan akan menderita penyakit tersebut atau tidak, hal ini bisa dilakukan dengan cara membuat daftar penyakit apa saja yang pernah diderita oleh keluarga klien yang dapat diturunkan penyakit genetik, misalnya hemofili, TD tinggi, dan sebagainya (Romauli, 2011).

k) Riwayat psikososial

Menurut Walyani (2015) hal perlu ditanyakan yaitu:

- (1) Dukungan keluarga terhadap ibu dalam masa kehamilan
- (2) Tempat yang diinginkan untuk bersalin
- (3) Petugas yang diinginkan untuk menolong persalinan
- (4) Beban kerja dan kegiatan ibu sehari-hari
- (5) Jenis kelamin yang diharapkan
- (6) Pengambilan keputusan dalam keluarga
- (7) Tradisi yang mempengaruhi kehamilan
- (8) Kebiasaan yang merugikan ibu dan keluarga

l) Riwayat sosial dan kultural

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

2) Pemeriksaan fisik umum

a) Keadaan umum

Keadaan umum ntuk mengetahui data ini bidan perlu mengamati keadaan pasien secara keseluruhan, hasil pengamatan akan bidan laporkan dengan kriteria: Baik, lemah,

kesadaran, tinggi badan, berat badan, bentuk tubuh (Sulistyawati, 2009).

b) Tanda-tanda vital

Menurut Sulistyawati (2009), pengukuran tanda-tanda vital diantaranya Tekanan darah, nadi, pernapasan, suhu tubuh, dan LILA .

3) Pemeriksaan fisik obstetri

a) Kepala

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

b) Muka

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

c) Mata

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

d) Hidung

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

e) Telinga

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

f) Mulut

Adakah sariawan, bagaimana kebersihannya. Dalam kehamilan sering timbul stomatitis dan gingivitis yang mengandung pembuluh darah dan mudah berdarah, maka perlu perawatan mulut agar selalu bersih (Romauli, 2011).

g) Leher

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

h) Payudara

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

i) Abdomen

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

(a) Palpasi (Leopold)

Palpasi adalah pemeriksaan yang dilakukan dengan cara merabah. Tujuannya untuk mengetahui adanya kelainan dan mengetahui perkembangan kehamilan (Romauli, 2011).

Menurut Sulistyawati (2009) manuver leopold bertujuan untuk evaluasi iritabilitas, tonus, nyeri tekan, konsistensi dan kontraktibilitas uterus; evaluasi tonus otot abdomen, deteksi gerakan janin, perkiraan gerak janin, penentuan letak, presentasi, posisi, dan variasi janin; penentuan apakah kepala sudah masuk PAP.

(1) Leopold I

Teraba bagian lunak dan tidak melenting pada fundus (Bokong). Tujuan : untuk mengetahui tinggi fundus uteri dan bagian yang berada di fundus (Romauli, 2011)

(2) Leopold II

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

(3) Leopold III

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

(4) Leopold IV

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

(b) Auskultasi

Auskultasi adalah pemeriksaan yang mendengarkan bunyi yang dihasilkan oleh tubuh melalui alat stetoskop (Alimul, 2006). Auskultasi dengan menggunakan stetoskop monoaural atau doppler untuk menentukan Denyut Jantung Janin (DJJ) setelah umur kehamilan 18 minggu, yang meliputi frekuensi, keteraturan, dan kekuatan DJJ. DJJ normal adalah 120-160/menit. Kalau terdengar di pihak yang berlawanan dengan bagian-bagian kecil, sikap anak fleksi. Kalau terdengar sepihak dengan bagian-bagian kecil sikap anak defleksi. Anak kembar bunyi jantung terdengar pada dua tempat dengan

sama jelasnya dan dengan frekuensi yang berbeda (Romauli, 2011).

4) Pemeriksaan penunjang kehamilan trimester III

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

b. Interpretasi Data Dasar

1) Primi atau multigravida

Perbedaan antara primigravida dan multigravida adalah:

a) Primigravida: Buah dada tegang, puting susu runcing, perut tegang dan menonjol kedepan, *Striae lividae*, perinium utuh, vulva tertutup, hymen perforatus, vagina sempit dan teraba rugae, porsio runcing (Romauli, 2011).

b) Multigravida : Buah dada lembek, menggantung, Puting susu tumpul, perut lembek dan tergantung, *striae lividae dan striae albicans*, perinium berparut, vulva menganga, *carunculae myrtiformis*, vagina longgar, selaput lendir licin, porsio tumpul dan terbagi dalam bibir depan dan bibir belakang (Romauli, 2011).

2) Tuanya kehamilan

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

3) Janin hidup atau mati

4) Anak/janin tunggal atau kembar

5) Letak janin (letak kepala)

Istilah letak anak dalam rahim mengandung 4 pengertian di antaranya adalah :

(a) Situs (letak)

Letak sumbu panjang anak terhadap sumbu panjang ibu, misalnya ; letak bujur, letak lintang dan letak serong (Romauli, 2011).

(b) Habitus (sikap)

Sikap bagian anak satu dengan yang lain, misalnya ; fleksi (letak menekur) dan defleksi (letak menengadah). Sikap anak yang fisiologis adalah : badan anak dalam kyphose, kepala menekur, dagu dekat pada dada, lengan bersilang di depan dada, tungkai terlipat pada lipatan paha, dan lekuk lutut rapat pada badan (Romauli, 2011).

(c) Position (kedudukan)

Kedudukan salah satu bagian anak yang tertentu terhadap dinding perut ibu/jalan lahir misalnya ; punggung kiri, punggung kanan (Romauli, 2011).

(d) Presentasi (bagian terendah)

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

6) Intra uterin atau ekstra uterin

a) Intra uterine (kehamilan dalam rahim)

Tanda-tandanya seperti Palpasi uterus berkontraksi (Braxton Hicks) dan terasa ligamentum rotundum kiri kanan (Romauli, 2011).

b) Ekstra uterine (kehamilan di luar rahim)

Kehamilan di luar rahim di sebut juga kehamilan ektopik, yaitu kehamilan di luar tempat yang biasa. Tanda-tandanya Pergerakan anak di rasakan nyeri oleh ibu, anak lebih mudah teraba, kontraksi Braxton Hicks negative, rontgen bagian terendah anak tinggi, saat persalinan tidak ada kemajuan dan pemeriksaan dalam kavum uteri kosong (Romauli, 2011).

7) Keadaan jalan lahir (normal/CPD)

Apakah keadaan panggul luarnya dalam keadaan normal tinggi < 145 cm (Romauli, 2011).

8) Keadaan umum penderita (sehat/tidak)

Keadaan umum ibu sangat mempengaruhi proses persalinan. Ibu yang lemah atau sakit keras tentu tidak di harapkan menyelesaikan proses persalinan dengan baik. Sering dapat kita menduga bahwa adanya penyakit pada wanita hamil dari keadaan umum penderita atau dari anamnesa (Romauli, 2011)

c. Identifikasi diagnosa atau masalah potensial dan mengantisipasi penanganannya

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

d. Menetapkan kebutuhan terhadap tindakan segera

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

e. Perencanaan asuhan yang menyeluruh

Kriteria perencanaan menurut Walyani (2015)

- a) Rencana tindakan berdasarkan prioritas masalah dan kondisi klien, tindakan segera, tindakan antisipasi dan asuhan secara komprehensif.
- b) Melibatkan klien/pasien dan atau keluarga
- c) Mempertimbangkan kondisi psikologi social budaya klien/keluarga.

- d) Memilih tindakan yang aman sesuai kondisi dan kebutuhan klien berdasarkan *evidence based* dan memastikan bahwa asuhan yang diberikan bermanfaat untuk klien.
- e) Memperuntungkan kebijakan dan peraturan yang berlaku, sumber daya serta fasilitas yang ada. Rencana yang diberikan bersifat menyeluruh tidak hanya meliputi apa yang sudah teridentifikasi dari kondisi/masalah klien, tapi juga dari kerangka pedoman antisipasi terhadap klien tersebut, apakah kebutuhan perlu konseling, penyuluhan dan apakah pasien perlu di rujuk karena ada masalah-masalah yang berkaitan dengan masalah kesehatan lain. Langkah ini tugas bidan adalah merumuskan rencana asuhan sesuai dengan hasil pembahasan rencana bersama klien dan keluarga, kemudian membuat kesepakatan bersama sebelum melaksanakannya (Romauli, 2011).

f. Pelaksanaan asuhan

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

g. Evaluasi

Kriteria evaluasi menurut Romauli, (2011):

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

5. Diagnosis Kehamilan

a. Hamil atau Tidak Hamil (Sulistyawati, 2009)

- 1) Tanda dugaan hamil.
- 2) Tanda tidak pasti hamil.
- 3) Tanda pasti hamil.

b. Primigravida (Nulipara) atau Multigravida (Multipara)

Terdapat perbedaan dalam perawatan kehamilan sampai dengan pertolongan persalinan antara primigravida dan multigravida (Sulistyawati, 2009).

Tabel 1 Diagnosis Banding Nulipara dan Multipara

| No. | Nulipara | Multipara |
|-----|---|---|
| 1. | Perut tegang | Perut longgar, perut gantung, banyak striae |
| 2. | Pusat menonjol | Tidak begitu menonjol |
| 3. | Rahim tegang | Agak lunak |
| 4. | Payudara tegang | Kurang tegang dan tergantung, ada striae |
| 5. | Labia mayora nampak bersatu | Terbuka |
| 6. | Himen koyak pada beberapa tempat | Kurangkula himenalis |
| 7. | Vagina sempit dengan rugae yang utuh | Lebih besar, rugae kurang menonjol |
| 8. | Serviks licin, bulat dan tidak dapat dilalui oleh satu ujung jari | Bisa terbuka dengan satu jari, kadang kala ada bekas robekan persalinan yang lalu |
| 9. | Perineum utuh dan baik | Bekas robekan atau bekas episiotomi |
| 10. | Pembukaan serviks: a. Serviks mendatar dulu, baru membuka b. Pembukaan rata-rata 1 cm dalam 2 jam | a. Mendatar sambil membuka hampir sekaligus b. 2 cm dalam 1 jam |
| 11. | Bagian terbawah janin turun pada 4-6 minggu akhir kehamilan | Biasanya tidak terfiks pada PAP sampai persalinan mulai |
| 12. | Persalinan hampir selalu dengan episiotomi | Tidak |

Sumber: (Walyani, 2015)

c. Tuanya Kehamilan (Sulistyawati, 2009)

- 1) Amenorea.
- 2) TFU.
- 3) Mulai merasakan pergerakan.
- 4) Mulai terdengar DJJ.
- 5) Masuknya kepala ke dalam panggul.

d. Janin Hidup atau Mati

Menegakkan diagnosis janin dalam keadaan hidup atau mati, ada beberapa hal yang dapat kita jadikan sebagai dasar, seperti dalam tabel berikut ini (Sulistyawati, 2009).

Tabel 2 Perbedaan Ciri-ciri Janin Hidup dan Mati

| No. | Janin Hidup | Janin Mati |
|-----|--|---|
| 1. | DJJ terdengar | DJJ tidak terdengar |
| 2. | Rahim membesar seiring dengan bertambahnya TFU | Rahim tidak membesar/TFU menurun |
| 3. | Pada palpasi teraba jelas bagian-bagian janin | Palpasi tidak jelas |
| 4. | Ibu merasakan gerakan janin | a. Ibu tidak merasakan gerakan janin b. Pada pemeriksaan rontgen terdapat tanda Spalding (tulang tengkorak tumpang tindih), tulang punggung melengkung, ada gelembung gas dalam janin c. Reaksi biologis akan muncul setelah 10 hari janin mati |

Sumber: (Sulistyawati, 2009)

e. Janin Tunggal atau Kembar

Selain kesejahteraan janin, banyaknya janin dalam uterus juga harus dipastikan agar dapat diprediksi gambaran persalinan yang akan dilalui (Sulistyawati, 2009).

Tabel 3 Perbedaan Janin Tunggal dan Kembar

| No. | Janin Tunggal | Janin Kembar |
|-----|--|---|
| 1. | Pembesaran perut sesuai dengan usia kehamilan | Pembesaran perut tidak sesuai dengan usia kehamilan |
| 2. | Palpasi: teraba 2 bagian besar (kepala dan bokong) | a. Teraba 3 bagian besar (kepala dan bokong) b. Meraba dua bagian besar berdampingan |
| 3. | Teraba bagian-bagian kecil hanya di satu pihak (kanan atau kiri) | Meraba banyak bagian kecil |
| 4. | Denyut jantung janin (DJJ) terdengar hanya di satu tempat | Terdengar dua DJJ pada dua tempat dengan perbedaan 10 denyutan/lebih |
| 5. | Rontgen hanya tampak satu kerangka janin | Rontgen tampak dua kerangka janin |

Sumber: (Sulistyawati, 2009)

f. Janin Intrauteri atau Ekstrauteri

Kepastian janin berada di luar atau di dalam uteri sangat diperlukan. Hal ini berkaitan dengan tindakan yang akan dilakukan karena menyangkut kondisi kegawatdaruratan. Meskipun diagnosis ini sebenarnya sangat mudah untuk ditegakkan, namun tidak ada salahnya jika kembali kita cermati perbedaannya seperti dalam tabel berikut ini (Sulistyawati, 2009).

Tabel 4 Perbedaan Janin Intrauteri dan Ekstrauteri

| No. | Intrauteri | Ekstrauteri |
|-----|--|---------------------------------------|
| 1. | Ibu tidak merasakan nyeri jika ada pergerakan janin. | Pergerakan janin dirasa nyeri sekali. |
| 2. | Janin tidak begitu mudah diraba. | Janin lebih mudah diraba. |
| 3. | Ada kemajuan persalinan: a. Pembukaan; b. Frekuensi dan lamanya kontraksi uterus bertambah seiring | Tidak ada kemajuan persalinan. |

| | | |
|--|--|--|
| | dengan berjalannya waktu persalinan; c. Penurunan kepala janin bertambah. | |
|--|--|--|

Sumber: (Sulistyawati, 2009)

g. Keadaan Jalan Lahir (Sulistyawati, 2009)

1) Adanya tanda Chadwick.

2) Adanya tanda Hegar.

Tidak adanya kemungkinan panggul sempit (melalui pemeriksaan panggul).

6. Perubahan fisiologi dan psikologi kehamilan trimester III

a. Perubahan fisiologi

1) Sistem Reproduksi

a) Vagina dan Vulva

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

b) Serviks Uteri

Kehamilan mendekati aterm, terjadi penurunan lebih lanjut dari konsentrasi *kolagen*. Konsentrasinya menurun secara nyata dari keadaan yang relatif *dilusi* dalam keadaan menyebar (*dispresi*). Proses perbaikan serviks terjadi setelah persalinan sehingga siklus kehamilan yang berikutnya akan berulang (Romauli, 2011).

c) Uterus

Trimester III *isthmus* 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. Batas itu dikenal

dengan lingkaran retraksi fisiologis dinding uterus, diatas lingkaran ini jauh lebih tebal dari pada dinding SBR. Setelah minggu ke 28 kontraksi Braxton hicks semakin jelas. Umumnya akan menghilang saat melakukan latihan fisik atau berjalan. Pada akhir-akhir kehamilan kontraksi semakin kuat sehingga sulit membedakan dari kontraksi untuk memulai persalinan (walyani,2015).

d) Ovarium

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

2) Sistem traktus urinarius

Akhir kehamilan kepala janin akan turun ke pintu atas panggul keluhan sering kencing akan timbul lagi karena kandung kemih tertekan kembali. Selain itu juga terjadi *hemodilusi* menyebabkan metabolisme air menjadi lancar. Pada kehamilan tahap lanjut, pelvis ginjal kanan dan ureter lebih berdilatasi dari pada pelvis kiri akibat pergeseran uterus yang berat kekanan akibat terdapat *kolon rektosigmoid* disebelah kiri. Perubahan ini membuat pelvis dan ureter mampu menampung urine dalam volume lebih besar dan juga memperlambat laju urine (walyani, 2015).

3) Sistem Payudara

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 (Romauli, 2011).

4) Sistem Endokrin

Trimester III kelenjar tiroid akan mengalami pembesaran hingga 15 ml pada saat persalinan akibat dari hiperplasia kelenjar

dan peningkatan vaskularisasi. Pengaturan konsentrasi kalsium sangat berhubungan erat dengan magnesium, fosfat, hormone pada tiroid, vitamin D dan kalsium. Adanya gangguan pada salah satu faktor itu akan menyebabkan perubahan pada yang lainnya (Romauli, 2011).

5) System musculoskeletal

Selama trimester ketiga otot rektus abdominalis dapat memisah, menyebabkan isi perut menonjol digaris tengah tubuh. Hormon progesterone dan hormone relaxing menyebabkan relaksasi jaringan ikat dan otot. Hal ini terjadi maksimal pada satu minggu terakhir kehamilan. Postur tubuh wanita secara bertahap mengalami perubahan karena janin membesar dalam abdomen sehingga untuk mengompensasi penambahan berat (walyani, 2015).

6) Sistem Kardiovaskular

Selama kehamilan jumlah leukosit akan meningkat yakni berkisar antara 5000-12000 dan mencapai puncaknya pada saat persalinan dan masa nifas berkisar 14.000-16.000. penyebab peningkatan ini belum diketahui (Romauli, 2011)

7) Sistem Berat Badan

Kenaikan berat badan pada ibu hamil tidaklah sama hal ini tergantung dari Indeks Masa Tubuh (IMT) dan berat badan sebelum hamil angka IMT diperoleh dari membagi berat badan dalam satu kilogram dengan tinggi tubuh dalam meter kuadrat. Normal kenaikan berat badan sampai akhir akhir kehamilan 11-12 kg. Kemungkinan penambahan BB maksimal adalah 12,5 kg (Walyani, 2015).

Tabel 5 peningkatan berat badan selama kehamilan

| IMT (kg/m ²) | Total kenaikan BB yang disarankan | Selama trimester 2 dan 3 |
|--------------------------|-----------------------------------|--------------------------|
| Kurus (IMT<18,5) | 12,7-18,1 kg | 0,5 kg/mgg |
| Overweight (IMT 23-29,9) | 11,3-15,9 kg | 0,4 kg/mgg |
| Normal (IMT18,5-22,9) | 6,8-11,3 kg | 0,3 kg/mgg |
| Obesitas (IMT>30) | | 0,2 kg/mgg |

Sumber (Proverawati, 2009).

Trimester III janin akan tumbuh hingga 10 gram per hari. Pada minggu ke 16 bayi akan tumbuh sekitar 90 gram, minggu ke 20 sebanyak 25 gram dan minggu ke 27 sebanyak 900 gram.

Tabel 6 Rincian Kenaikan Berat Badan

| Jaringan dan Cairan | BB (kg) |
|--|---------|
| Janin | 3-4 |
| Plasenta | 0,6 |
| Cairan amnion | 0,4 |
| Peningkatan berat | 0,4 |
| Uterus | 0,8 |
| Peningkatan berat | 0,5 |
| Payudara | 1,4 |
| Peningkatan volume darah Cairan ekstraseluler | 3,5 |
| Total | 12,5 |

Sumber (Proverawati, 2009).

b. Perubahan psikologis

Trimester ketiga sering disebut dengan periode penantian. Perubahan psikologis yang terjadi pada ibu hamil Trimester III (Romauli, 2011):

- 1) Rasa tidak nyaman timbul kembali, merasa dirinya jelek, aneh, dan tidak menarik.

- 2) Merasa tidak menyenangkan ketika bayi tidak lahir tepat waktu.
- 3) Takut akan merasa sakit dan bahaya fisik yang timbul pada saat melahirkan, khawatir akan keselamatannya.
- 4) Khawatir bayi akan dilahirkan dalam keadaan tidak normal, bermimpi yang mencerminkan perhatian dan kekhawatirannya.
- 5) Merasa sedih karena akan terpisah dari bayinya.
- 6) Merasa kehilangan perhatian.
- 7) Perasaan sudah terluka (sensitive).

7. Kebutuhan dasar ibu hamil trimester III

a. Kebutuhan fisik

1) Oksigen

Kebutuhan oksigen adalah yang utama pada manusia termasuk ibu hamil. Berbagai gangguan pernafasan bisa terjadi saat hamil sehingga akan mengganggu pemenuhan kebutuhan oksigen pada ibu yang akan berpengaruh pada bayi yang dikandung (Walyani, 2015).

Menurut Walyani (2015) untuk mencegah hal tersebut diatas dan untuk memenuhi kebutuhan oksigen maka ibu hamil perlu:

- a) Latihan nafas melalui senam hamil.
- b) Tidur dengan bantal yang lebih tinggi.
- c) Makan tidak terlalu banyak.
- d) Kurangi atau hentikan merokok.
- e) Konsul ke dokter bila ada kelainan atau gangguan pernafasan seperti asma dan lain-lain.

2) Nutrisi

Gizi pada waktu hamil harus ditingkatkan hingga 300 kalori perhari, ibu hamil seharusnya mengkonsumsi makanan yang mengandung protein, zat besi, dan minum cukup cairan (Walyani, 2015).

a) Kalori

Kebutuhan kalori selama kehamilan adalah sekitar 70.000-80.000 kilo kalori (kkal), dengan penambahan berat badan sekitar 12,5 kg. Pertambahan kalori ini diperlukan terutama pada 20 minggu terakhir sehingga tambahan kalori yang diperlukan setiap hari adalah sekitar 285-300 kkal (Walyani, 2015).

Upaya yang dilakukan agar kebutuhan kalori terpenuhi yaitu ibu harus menggenjot konsumsi makanan dari sumber karbohidrat dan lemak. Karbohidrat bisa diperoleh melalui serelia (padi-padian) dan produk olahannya, kentang, gula, kacang-kacangan, biji-bijian dan susu. Sementara untuk lemak, ibu bisa mengonsumsi mentega, susu, telur, daging berlemak, alpukat dan minyak nabati (Walyani, 2015).

b) Vitamin B6 (Piridoksin)

Vitamin ini dibutuhkan untuk menjalankan lebih dari 100 reaksi kimia di dalam tubuh yang melibatkan enzim. Selain membantu metabolisme asam amino, karbohidrat, lemak dan pembentukan sel darah merah, juga berperan dalam pembentukan neurotransmitter (senyawa kimia penghantar pesan antar sel saraf). Angka kecukupan vitamin B6 bagi ibu hamil adalah sekitar 2,2 miligram sehari. Makanan hewani adalah sumber yang kaya akan vitamin ini (Walyani, 2015).

c) Yodium

Yodium dibutuhkan sebagai pembentuk senyawa tiroksin yang berperan mengontrol setiap metabolisme sel baru yang terbentuk. Kekurangan senyawa ini mengakibatkan proses perkembangan janin termasuk otaknya terhambat dan terganggu sehingga janin akan tumbuh kerdil. Angka yang ideal untuk konsumsi yodium adalah 175 mikrogram perhari (Walyani, 2015).

d) Tiamin (vitamin B1), Riboflavin (B2) dan Niasin (B3)

Deretan vitamin ini akan membantu enzim untuk mengatur metabolisme sistem pernafasan dan energi. Ibu hamil dianjurkan untuk mengonsumsi Tiamin sekitar 1,2 miligram per hari, Riboflavin sekitar 1,2 miligram perhari dan Niasin 11 miligram perhari. Ketiga vitamin B ini bisa ibu konsumsi dari keju, susu, kacang-kacangan, hati dan telur (Walyani, 2015).

e) Air

Kebutuhan ibu hamil di trimester III ini bukan hanya dari makanan tetapi juga dari cairan. Jika cukup mengonsumsi cairan, buang air besar akan lancar sehingga terhindar dari sembelit serta resiko terkena infeksi saluran kemih. Sebaiknya minum 8 gelas air putih sehari. Selain air putih, bisa pula dibantu dengan jus buah, makanan berkuah dan buah-buahan (Walyani, 2015).

3) Personal Hygiene

Kebersihan harus dijaga selama hamil. Mandi dianjurkan sedikitnya dua kali sehari karena ibu hamil cenderung untuk mengeluarkan keringat, menjaga kebersihan diri terutama lipatan kulit, ketiak dengan cara membersihkan dengan air dan keringkan. Kebersihan gigi dan mulut perlu mendapat perhatian karena sering sekali mudah terjadi gigi berlubang, terutama dengan ibu yang kekurangan kalsium. Rasa mual selama hamil dapat mengakibatkan perburukan hygiene mulut dan dapat menimbulkan karies gigi (Walyani, 2015).

4) Pakaian

Pakaian yang dikenakan ibu hamil harus nyaman tanpa sabuk atau pita yang menekan dibagian perut atau pergelangan tangan, pakaian juga tidak baik terlalu ketat di leher, stoking tungkai yang sering digunakan oleh sebagian wanita tidak dianjurkan karena dapat menghambat sirkulasi darah. Pakaian

wanita hamil harus ringan dan menarik karena wanita hamil tubuhnya akan tambah menjadi besar. Sepatu harus terasa pas, enak, dan aman, sepatu bertumit tinggi dan berujung lancip tidak baik bagi kaki, khususnya pada saat kehamilan ketika stabilitas tubuh terganggu dan cidera kaki yang sering terjadi (Walyani, 2015).

5) Eliminasi

Keluhan yang sering muncul pada ibu hamil berkaitan dengan eliminasi adalah sering buang air kecil dan *konstipasi*. *Konstipasi* terjadi karena adanya pengaruh hormon progesterone yang mempunyai efek rileks terhadap otot polos salah satunya otot usus. Selain itu desakan usus oleh pembesaran janin juga menyebabkan bertambahnya konstipasi (Walyani, 2015).

Tindakan pencegahan yang dilakukan adalah dengan mengkonsumsi makanan tinggi serat dan banyak minum air putih, terutama ketika lambung kosong. Sering buang air kecil merupakan keluhan utama yang dirasakan terutama pada trimester I dan III. Ini terjadi karena pembesaran uterus yang mendesak kandung kemih. Tindakan mengurangi asupan cairan untuk mengurangi keluhan sangat tidak dianjurkan, karena akan menyebabkan dehidrasi (Walyani, 2015).

6) Seksual

Selama kehamilan normal *koitus* boleh sampai akhir kehamilan, meskipun beberapa ahli berpendapat tidak lagi berhubungan selama 14 hari menjelang kelahiran. *Koitus* tidak dibenarkan bila terdapat perdarahan pervaginam, riwayat abortus berulang, abortus, ketuban pecah sebelum waktunya. Pada saat orgasme dapat dibuktikan adanya fetal *bradichardia* karena kontraksi uterus dan para peneliti menunjukkan bahwa wanita yang berhubungan seks dengan aktif menunjukkan insidensi fetal distress yang lebih tinggi (Romauli, 2011).

b. Kebutuhan Psikologis

1) Support Keluarga

Support keluarga pada kehamilan trimester III antara lain keluarga ikut mendukung dan pengertian dengan mengurangi beban kerja ibu dan mewaspadaai tanda persalinan, ikut serta merundingkan persiapan persalinan, suami dan pasangan perlu menyiapkan kenyataan dari peran menjadi orangtua, suami harus dapat mengatakan “saya tahu peran saya selama proses kelahiran dan saya akan menjadi orangtua” (Romauli, 2011).

2) Support dari Tenaga Kesehatan

Support bidan pada ibu hamil trimester III antara lain menginformasikan tentang hasil pemeriksaan, meyakinkan bahwa ibu akan menjalani kehamilan dengan baik, meyakinkan ibu bahwa bidan selalu siap membantu, dan meyakinkan ibu bahwa ibu dapat melewati persalinan dengan baik (Romauli, 2011).

3) Rasa aman dan nyaman selama kehamilan

Peran keluarga khususnya suami, sangat diperlukan bagi seorang wanita hamil. Dukungan yang dapat diberikan oleh suami misalnya dengan mengantar ibu memeriksakan kehamilan, memenuhi keinginan ibu hamil yang ngidam, mengingatkan minum tablet tambah darah, maupun membantu ibu melakukan kegiatan rumah tangga selama ibu hamil. Walaupun suami melakukan hal kecil namun mempunyai makna yang tinggi dalam meningkatkan keadaan psikologis ibu hamil ke arah yang lebih baik (Walyani, 2015).

4) Persiapan menjadi orangtua

Persiapan menjadi orangtua sangat penting dipersiapkan karena setelah bayi lahir akan banyak perubahan peran yang terjadi, mulai dari ibu, ayah, dan keluarga. Pasangan yang baru pertama punya anak, persiapan dapat dilakukan dengan banyak berkonsultasi dengan orang yang mampu untuk membagi

pengalamannya dan memberikan nasihat mengenai persiapan menjadi orangtua (Romauli, 2011).

Pasangan yang sudah mempunyai lebih dari satu anak, dapat belajar dari pengalaman mengasuh anak sebelumnya. Selain persiapan mental, yang tak kalah pentingnya adalah persiapan ekonomi, karena bertambah anggota, bertambah pula kebutuhannya (Romauli, 2011).

8. Ketidak nyamanan selama hamil dan cara mengatasinya

Menurut Romauli (2011) ketidaknyamanan trimester III dan cara mengatasinya sebagai berikut :

a. Sering buang air kecil

cara mengatasi kurangi asupan karbohidrat murni dan makanan yang mengandung gula dan batasi minum kopi, teh, dan soda.

b. Hemoroid

cara mengatasinya dengan makan makanan yang berserat, buah dan sayuran serta banyak minum air putih dan sari buah, serta Lakukan senam hamil untuk mengatasi hemoroid.

c. Keputihan leukorhea

cara mengatasinya dengan cara tingkatkan kebersihan dengan mandi tiap hari, memakai pakian dalam dari bahan katun dan mudah menyerap, dan tingkatkan daya tahan tubuh dengan makan buah dan sayur.

d. Sembelit

Cara mengatasinya minum 3 liter cairan setiap hari terutama air putih atau sari buah, makan makanan yang kaya serat dan juga vitamin C dan lakukan senam hamil.

e. Sesak napas

Cara mengatasinya merentangkan tangan diatas kepala serta menarik napas panjang dan mendorong postur tubuh yang baik.

f. Nyeri ligamentum rotundum

Cara mengatasinya berikan penjelasan mengenai penyebab nyeri, tekuk lutut ke arah abdomen, mandi air hangat, gunakan sebuah bantal untuk menopang uterus dan bantal lainnya letakkan diantara lutut sewaktu dalam posisi berbaring miring.

g. Perut kembung

Cara mengatasinya hindari makan makanan yang mengandung gas, mengunyah makanan secara teratur, dan lakukan senam secara teratur.

h. Pusing /sakit kepala

Cara mengatasinya bangun secara perlahan dari posisi istirahat serta hindari berbaring dalam posisi terlentang.

i. Sakit punggung atas dan bawah

Cara mengatasinya posisi atau sikap tubuh yang baik selama melakukan aktivitas. Hindari mengangkat barang yang berat, gunakan bantal ketika tidur untuk meluruskan punggung.

j. Varises pada kaki

Cara mengatasinya Istirahat dengan menaikan kaki setinggi mungkin untuk membalikan efek gravitasi, jaga agar kaki tidak bersilangan dan hindari berdiri atau duduk terlalu lama.

9. Tanda bahaya kehamilan Trimester III

a. Perdarahan pervaginam

Perdarahan pada kehamilan setelah 22 minggu sampai sebelum bayi dilahirkan dinamakan perdarahan intrapartum sebelum kelahiran, pada kehamilan lanjut perdarahan yang tidak normal adalah merah banyak, dan kadang-kadang tapi tidak selalu disertai dengan rasa nyeri (walyani, 2015).

b. Sakit kepala yang hebat dan menetap

Sakit kepala yang menunjukkan satu masalah yang serius adalah sakit kepala yang hebat dan menetap serta tidak hilang apabila beristirahat (walyani, 2015).

c. Penglihatan kabur

Wanita hamil mengeluh pandangan kabur. Karena pengaruh hormonal, ketajaman penglihatan ibu dapat berubah dalam kehamilan. Perubahan ringan atau minor adalah normal (walyani, 2015).

d. Bengkak diwajah dan jari-jari tangan

Bengkak atau oedema bisa menunjukkan masalah yang serius jika muncul pada wajah dan tangan, tidak hilang jika telah beristirahat dan disertai dengan keluhan fisik yang lain. Hal ini merupakan pertanda anemia, gagal jantung dan preeklamsia (walyani, 2015).

e. Keluar cairan pervaginam

Keluarnya cairan berupa air-air dari vagina pada trimester 3, ketuban dinyatakan pecah dini jika terjadi sebelum proses persalinan berlangsung (walyani, 2015).

f. Gerakan janin tidak terasa

Jika ibu tidak merasakan gerakan janin sesudah kehamilan trimester III Jika bayi tidur gerakannya akan melemah. Bayi harus bergerak paling sedikit 3 kali dalam 3 jam. Gerakan janin akan terasa jika berbaring atau makan dan minum dengan baik (walyani, 2015).

g. Nyeri abdomen yang hebat

Nyeri abdomen yang menunjukkan masalah adalah yang hebat, menetap, dan tidak hilang setelah beristirahat. Hal ini bisa berarti apendisitis, kehamilan ektopik, penyakit radang pelvis, persalinan preterm, gastritis, penyakit kantong empedu, iritasi uterus, absurpsi plasenta, infeksi saluran kemih, dan lain-lain (walyani, 2015).

10. Faktor-Faktor Risiko Ibu Hamil

Beberapa keadaan yang menambah risiko kehamilan, tetapi tidak secara langsung meningkatkan risiko kematian ibu. Keadaan tersebut dinamakan faktor risiko. Semakin banyak ditemukan faktor risiko pada ibu hamil, semakin tinggi risiko kehamilannya (walyani, 2015).

Beberapa peneliti menetapkan kehamilan dengan risiko tinggi sebagai berikut :

- a. Puji Rochayati: primipara muda berusia < 16 tahun, primipara tua berusia > 35 tahun, primipara sekunder dengan usia anak terkecil diatas 5 tahun, tinggi badan < 145 cm, riwayat kehamilan yang buruk (pernah keguguran, pernah persalinan premature, lahir mati, riwayat persalinan dengan tindakan (ekstraksi vakum, ekstraksi forsep, operasi sesar), pre-eklamsia-eklamsia, gravid serotinus, kehamilan dengan perdarahan antepartum, kehamilan dengan kelainan letak, kehamilan dengan penyakit ibu yang mempengaruhi kehamilan (Romauli, 2011)

Gastelazo Ayala: faktor antenatal, faktor intrapartum, faktor obstetri dan neonatal, faktor umum serta pendidikan. Berdasarkan anamnesis Usia ibu (<19 tahun, > 35 tahun, perkawinan lebih dari 5 tahun)

- b. Riwayat operasi (operasi plastik pada vagina-fistel atau tumor vagina, operasi persalinan atau operasi pada rahim).
- c. Riwayat kehamilan (keguguran berulang, kematian intrauterin, sering mengalami perdarahan saat hamil, terjadi infeksi saat hamil, anak terkecil berusia lebih dari 5 tahun tanpa KB, riwayat molahidatidosa atau korio karsinoma).
- d. Riwayat persalinan (persalinan prematur, persalinan dengan berat bayi rendah, persalinan lahir mati, persalinan dengan induksi, persalinan dengan plasenta manual, persalinan dengan perdarahan postpartum, persalinan dengan tindakan (ekstraksi vakum, ekstraksi forsep, letak sungsang, ekstraksi versi, operasi sesar).
- e. Hasil pemeriksaan fisik umum (tinggi badan kurang dari 145 cm, *deformitas* pada tulang panggul, kehamilan disertai: anemia, penyakit jantung, diabetes mellitus, paru-paru atau ginjal). Hasil pemeriksaan kehamilan (kehamilan trimester satu: *hiperemesis gravidarum berat*, perdarahan, infeksi intrauterin, nyeri abdomen, servik inkompeten, kista ovarium atau mioma uteri, kehamilan trimester dua dan tiga: *preeklamsia-eklamsia*, perdarahan, kehamilan kembar, *hidrionion*, *dismaturitas* atau gangguan pertumbuhan, kehamilan dengan kelainan

letak: sungsang, lintang, kepala belum masuk PAP minggu ke 36 pada primigravida, hamil dengan dugaan *disproporsi sefalo-pelfik*, kehamilan lewat waktu diatas 42 minggu).

f. Saat inpartu

Pada persalinan dengan risiko tinggi memerlukan perhatian serius, karena pertolongan akan menentukan tinggi rendahnya kematian ibu dan neonatus (perinatal):

- 1) Keadaan risiko tinggi dari sudut ibu (ketuban pecah dini, infeksi intrauterin, persalinan lama melewati batas waktu perhitungan partograf WHO, persalinan terlantar, *rupture uteri iminens*, *ruptur uteri*, persalinan dengan kelainan letak janin: (sungsang, kelainan posisi kepala, letak lintang), *distosia* karena tumor jalan lahir, *distosia* bahu bayi, bayi yang besar, perdarahan antepartum.
- 2) Keadaan risiko tinggi ditinjau dari sudut janin (pecah ketuban disertai perdarahan (pecahnya *vasa previa*), air ketuban warna hijau, atau *prolapsus funikuli*, *dismaturitas*, *makrosomia*, infeksi intrauterin, distress janin, pembentukan kaput besar, *retensio plasenta*).
- 3) Keadaan risiko tinggi postpartum (persalinan dengan *retensio plasenta*, *atonia uteri postpartum*, persalinan dengan robekan perineum yang luas, robekan serviks, vagina, dan ruptur uteri).

11. Konsep Antenatal Care standar pelayanan Antenatal (10T)

Menurut Kemenkes RI (2015) dalam melakukan pemeriksaan antenatal, tenaga kesehatan harus memberikan pelayanan yang berkualitas sesuai dengan 10 T yaitu sebagai berikut :

1) Timbang Berat Badan dan Ukur Tinggi Badan

Penimbangan berat badan setiap kunjungan antenatal dilakukan untuk mendeteksi adanya gangguan pertumbuhan janin. Penambahan berat badan yang kurang dari 9 kg selama kehamilan atau kurang dari 1 kg setiap bulanya menunjukkan adanya gangguan pertumbuhan janin.

Pengukuran tinggi badan pada pertama kali kunjungan dilakukan untuk menapis adanya faktor resiko pada ibu hamil. Tinggi badan ibu hamil 145 cm meningkatkan resiko untuk terjadinya CPD (*Chephalo Pelvic Disproportion*) (Romauli, 2011).

2) Ukur Tekanan Darah

Pengukuran tekanan darah pada setiap kali kunjungan antenatal dilakukan untuk mendeteksi adanya hipertensi (tekanan darah \geq 140/90 mmHg). Pada kehamilan dan preeclampsia (hipertensi disertai oedem wajah dan atau tungkai bawah dan atau protein uria) (Romauli, 2011).

3) Nilai Status Gizi (ukur lingkaran lengan atas/LILA)

Pengukuran LILA hanya dilakukan pada kontak pertama oleh tenaga kesehatan di trimester I untuk skrining ibu hamil berisiko kurang energy kronis (KEK). Ibu hamil yang mengalami KEK di mana ukuran LILA kurang dari 23,5 cm. Ibu hamil dengan KEK akan dapat melahirkan bayi berat lahir rendah (BBLR). Ibu hamil yang mengalami obesitas di mana ukuran LILA $>$ 28 cm (Kemenkes RI, 2015).

4) Ukur Tinggi Fundus Uteri untuk mendeteksi pertumbuhan janin sesuai atau tidak dengan umur kehamilan.

Tabel 7 TFU Menurut Penambahan Tiga Jari

| Tinggi | Fundus uteri (TFU) |
|--------|---|
| 16 | Pertengahan pusat – simfisis |
| 20 | Dibawa pinggir pusat |
| 24 | Pinggir pusat atas |
| 28 | 3 jari atas pusat |
| 32 | $\frac{1}{2}$ pusat – <i>proc. Xiphoideus</i> |
| 36 | 1 jari dibawa <i>proc. Xiphoideus</i> |
| 40 | 3 jari dibawa <i>proc. Xiphoideus</i> |

Sumber : Nugroho, dkk, (2014).

- 5) Pemantauan imunisasi tetanus dan pemberiann imunisasi tetanus tokosiod sesuai status imunisasi (T5).

Tabel 8 Rentang Waktu Pemberian Immunisasi TT

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

Sumber : (Kemenkes RI, 2015)

- 6) Tentukan Presentase Janin dan Denyut Jantung Janin

Menentukan presentase janin dilakukan pada akhir trimester II dan selanjutnya setiap kali kunjungan antenatal. Jika pada trimester III bagian bawah janin bukan kepala, atau kepala janin belum masuk ke panggul berarti ada kelainan letak, panggul sempit atau masalah lain. Penilaian DJJ dilakukan pada akhir trimester I dan selanjutnya setiap kali kunjungan antenatal. DJJ lambat kurang dari 120 x/menit atau cepat > 160 x/menit menunjukkan adanya gawat janin (Romauli, 2011).

- 7) Beri Tablet Tambah Darah

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

- 8) Periksa Laboratorium

- 1) Tes golongan darah, untuk mempersiapkan donor bagi ibu hamil bila diperlukan

- 2) Tes haemoglobin, untuk mengetahui apakah ibu kekurangan darah
- 3) Tes pemeriksaan urin (air kencing)
- 4) Tes pemeriksaan darah lainnya, sesuai indikasi seperti malaria, HIV, sifilis, dan lain-lain (Kemenkes RI, 2015).

9) Tatalaksana atau Penanganan kasus

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

10) Temu wicara atau Konseling

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

12. Kebijakan kunjungan antenatal care

Menurut (Kemenkes RI, 2012) jadwal pemeriksaan antenatal adalah sebagai berikut:

- a. Minimal 1 kali pada trimester pertama (0 - < 14 minggu).
- b. Minimal 1 kali pada trimester kedua (0 - < 28 minggu).
- c. Minimal 2 kali pada trimester ketiga (0 - \geq 36 minggu).

Menurut Walyani (2015) mengatakan interval kunjungan pada ibu hamil minimal sebanyak 4 kali, yaitu setiap 4 minggu sekali sampai minggu ke 28, kemudian 2–3 minggu sekali sampai minggu ke 36 dan sesudahnya setiap minggu.

13. Siklus Menstruasi

Menstruasi atau haid adalah perdarahan secara periodic dan siklik uterus, disertai pelepasan (deskuamasi) endometrium. Panjang siklus haid

ialah jarak antara tanggal mulainya haid yang lalu dan mulainya haid berikutnya. Panjang siklus haid yang normal ialah 28 hari, tetapi variasinya cukup luas, bukan saja antara beberapa wanita tetapi terhadap wanita yang sama siklus haidnya tidak sama (Walyani, 2015).

Menurut Romauli (2011) Satu cara yang bisa menjelaskan siklus menstruasi endometrium adalah memulainya segera setelah menstruasi berhenti dan mengikuti siklus ini sampai menstruasi berikutnya karena siklus ini melewati fase poliferatif dan sekresi. Siklus menstruasi terdiri dari 4 fase yaitu:

a. Fase Menstruasi

Fase menstruasi ini terjadi jika ovum tidak dibuahi sperma sehingga korpus luteum menghentikan hormone estrogen dan progesterone. Turunnya kadar estrogen dan progesterone menyebabkan lepasnya ovum dari endometrium yang disertai robek dan luruhnya endometrium sehingga terjadi perdarahan. Fase menstruasi berlangsung kurang lebih 5 hari. Darah yang keluar saat menstruasi berkisar antara 50-150 ml.

b. Fase Pra ovulasi

Fase praovulasi disebut juga dengan fase poliferasi, membentuk kembali dinding Rahim.

c. Fase ovulasi

Jika siklus menstruasi perempuan 28 hari maka ovulasi terjadi dihari ke 14.

d. Fase Pasca Ovulasi

Fase ini berlangsung selama 14 hari sebelum menstruasi berikutnya. Walaupun panjang siklus menstruasi berbeda-beda fase pasca ovulasi ini selalu sama yaitu 14 hari sebelum menstruasi berikutnya.

Cara menghitung masa subur atau menghitung ovulasi melalui periode menstruasi, dikatakan efektif apabila siklus menstruasinya normal yaitu 21-35 hari, bila haid teratur (28 hari) siklus normal 28

hari pertengahan siklusnya 14 hari (28:2) berarti masa suburnya 3 hari sebelum hari ke 14 yaitu hari ke 11 (14-3) dan 3 hari setelah hari ke 14 yaitu hari ke 17 (14+3) dan apabila haid tidak teratur hari pertama masa subur = hari terpendek - 18 hari terakhir masa subur = jumlah hari terpanjang (Walyani, 2015).

B. Konsep Dasar Persalinan

1. Pengertian persalinan

Persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan uri) yang telah cukup bulan atau dapat hidup di luar kandungan melalui jalan lahir atau melalui jalan lain, dengan bantuan atau tanpa bantuan/kekuatan sendiri (Manuaba, 2012).

Berdasarkan pengertian diatas maka dapat disimpulkan pengertian persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan uri) pada kehamilan 37-42 minggu dapat hidup di luar kandungan, lahir spontan dengan presentasi belakang kepala dengan bantuan atau tanpa bantuan.

2. Sebab – sebab mulainya persalinan

Menurut Erawati (2011) ada lima penyebab mulainya persalinan, yaitu sebagai berikut :

a. Penurunan kadar progesteron

Progesterone menimbulkan relaksasi otot uterus, sedangkan estrogen meningkatkan kerentanan otot uterus. Selama kehamilan terdapat keseimbangan antara kadar progesteron dan estrogen di dalam darah, namun pada akhir kehamilan kadar progesteron turun menurun sehingga timbul his (Erawati, 2011).

b. Teori oksitosin

Oksitosin adalah hormon yang dikeluarkan oleh kelenjar hipofisis posterior. Perubahan keseimbangan esterogen dan progesteron dapat mengubah sensitivitas otot rahim. Sehingga terjadi Braxton hiks. Menurunnya konsentrasi progesteron akibat tuanya kehamilan,

menyebabkan oksitosin meningkat, sehingga persalinan dapat dimulai (Marmi, 2012).

c. Keregangan otot

Uterus seperti halnya kandung kemih dan lambung. Jika dindingnya teregang karena isinya bertambah timbul kontraksi untuk mengeluarkan isinya. Dengan bertambahnya usia kehamilan, semakin teregang otot – otot uterus dan semakin rentan (Marmi, 2012).

d. Teori rangsangan estrogen

Esterogen menyebabkan *irritability* miometrium, mungkin karena peningkatan konsentrasi actin-myocin dan adenosine tripospat (ATP). Esterogen memungkinkan sintesis progstalandin pada deciduas dan selaput ketuban sehingga menyebabkan kontraksi uterus (Marmi, 2012).

e. Teori plasenta menjadi tua

Dengan bertambahnya usia kehamilan, plasenta menjadi tua dan menyebabkan vili chorealis mengalami perubahan sehingga kadar estrogen dan progesterone menurun. Ini menimbulkan kekejangan pembuluh darah dan kontraksi otot rahim (Marmi, 2012).

f. Teori progstalandin

Konsentrasi prostaglandin meningkat pada usia kehamilan 15 minggu yang dikeluarkan oleh desidua. Pemberian prostaglandin saat hamil dapat menyebabkan kontraksi otot rahim sehingga hasil konsepsi dikeluarkan (Marmi, 2012).

3. Jenis persalinan

Menurut Walyani (2015) jenis-jenis persalinan:

a. Persalinan Pervagina

Persalinan pervagina adalah suatu poses pengeluaran hasil konsepsi (janin+ uri) yang dapat hidup ke dunia luar, dari rahim melalui jalan lahir. Cara persalinan ini dibagi dalam tiga metode yaitu:

1) Persalinan Spontan

Adalah Persalinan berlangsung dengan kekuatan ibu sendiri tanpa bantuan alat-alat serta tidak melukai ibu dan bayi dan melalui jalan lahir (walyani, 2015).

2) Persalinan Anjuran

Persalinan anjuran tidak dimulai dengan sendirinya tetapi baru berlangsung setelah pemecahan ketuban pemberian oksitosin atau prostaglandin (walyani, 2015).

3) Persalinan Buatan

Persalinan dengan tenaga dari luar yaitu dengan ekstrasi vakum atau Forcep. Persalinan dengan Ekstrasi Vakum merupakan suatu alat yang dipakai untuk memegang kepala janin yang masih berada dalam jalan lahir dengan cara memegang bagian terdepan kepala janin sehingga janin dapat ditarik keluar. Persalinan dengan Ekstrasi Forcep merupakan suatu alat yang dipakai untuk memegang kepala janin yang masih berada di jalan lahir dengan cara memegang kepala janin dari samping, secara teoritis memberi tenaga pada basis kranii janin.

b. Persalinan Perabdominal

Persalinan perabdominal adalah suatu proses pengeluaran adalah pengeluaran hasil konsepsi janin+uri yang dapat hidup kedunia luar melalui operasi (section caesarea) dengan membuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding depan perut.

4. Faktor – faktor yang mempengaruhi persalinan

a. *Power*

Power adalah kekuatan yang mendorong janin keluar. Kekuatan yang mendorong janin keluar dalam persalinan ialah his, kontraksi otot perut, kontraksi diafragma, dan aksi dari ligament dengan kerja sama yang baik dan sempurna (Marmi, 2012).

1) *His* (kontraksi otot uterus)

Pembagian sifat his menurut Marmi (2012) sebagai berikut :

a) His pendahuluan

His tidak kuat, tidak teratur dan menyebabkan *bloody show*.

b) His pembukaan

His yang terjadi sampai pembukaan serviks 10 cm, mulai kuat, teratur, terasa sakit atau nyeri.

c) His pengeluaran

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

2) His pelepasan uri (Kala III)

Kontraksi sedang untuk melepas dan melahirkan plasenta.

3) His pengiring

Kontraksi lemah, masih sedikit nyeri, pengecilan rahim dalam beberapa jam atau hari.

b. *Passage* (Jalan Lahir)

Jalan lahir terdiri dari panggul ibu, yaitu bagian tulang padat, dasar panggul, vagina, introitus vagina. Meskipun jaringan lunak, khususnya lapisan-lapisan otot dasar panggul ikut menunjang keluarnya bayi tetapi panggul ibu lebih berperan dalam proses persalinan. Janin harus berhasil menyesuaikan dirinya terhadap jalan lahir yang relatif kaku. Oleh karena itu ukuran dan bentuk panggul harus ditentukan sebelum persalinan dimulai (Marmi, 2012).

c. *Passenger*

Faktor *passenger* terdiri dari atas 3 komponen yaitu janin, air ketuban dan plasenta.

1) Janin

Hal yang menentukan kemampuan janin untuk melewati jalan lahir adalah Presentasi janin dan bagian janin yang terletak pada bagian depan jalan lahir (Presentasi kepala : vertex, muka, dahi, Presentasi bokong : bokong murni, bokong kai, letak lutut

atau letak kaki dan Presentasi bahu), Sikap janin adalah hubungan bagian tubuh janin yang satu dengan bagian tubuh yang lain, yang sebagian merupakan akibat pola pertumbuhan janin sebagai akibat penyesuaian janin terhadap bentuk rongga rahim. Pada kondisi normal, punggung janin sangat fleksi, kepala *fleksi* kedua arah dada dan paha *fleksi* ke arah sendi lutut. Tangan disilangkan didepan thoraks dan tali pusat terletak diantara lengan dan tungkai. Penyimpangan sikap normal dapat menimbulkan kesulitan saat anak dilahirkan, Letak adalah bagaimana sumbu janin berada terhadap sumbu ibu misalnya letak lintang dimana sumbu janin tegak lurus pada sumbu ibu. Letak membujur dimana sumbu janin sejajar dengan sumbu ibu, ini bisa letak kepala atau sungsang (Marmi, 2012).

2) Air ketuban

Saat persalinan air ketuban membuka serviks dan mendorong selaput janin ke dalam ostium uteri, bagian selaput anak yang di atas ostium uteri yang menonjol waktu his ketuban. Ketuban inilah yang membuka serviks (Marmi, 2012).

3) Plasenta

Plasenta adalah bagian dari kehamilan yang penting. Dimana plasenta memiliki peranan berupa transport zat dari ibu ke janin, penghasil hormon yang berguna selama kehamilan, serta sebagai *barieer*. Kelainan pada plasenta dapat berupa gangguan fungsi dari plasenta atau gangguan implantasi dari plasenta. Kelainan letak implantasinya dalam hal ini sering disebut plasenta previa. Sedangkan kelainan kedalaman dari implantasinya sering disebut plasenta akreta, inkreta dan perkret (Marmi, 2012).

d. Psikis

Banyak wanita normal bisa merasakan kegairahan dan kegembiraan disaat mereka merasa kesakitan awal menjelang kelahiran bayinya. Perasaan positif ini berupa kelegaan hati, seolah-olah pada

saat itulah benar-benar terjadi realitas kewanitaan sejati (Marmi, 2012).

e. Posisi

Posisi ibu mempengaruhi adaptasi anatomi dan fisiologi persalinan. Posisi tegak memberi sejumlah keuntungan. Mengubahnya memberi sedikit rasa letih hilang, memberi rasa nyaman dan memperbaiki sirkulasi (Marmi, 2012).

5. Mekanisme persalinan pada letak kepala

Menurut Hidayat dan Sujiyatini (2010) mekanisme persalinan sebenarnya mengadu pada bagaimana janin menyesuaikan dan melolokan diri dari panggul ibu, yang meliputi gerakan:

a. Fleksi

Saat permulaan persalinan kepala janin biasanya berada dalam sikap fleksi. Dengan adanya his dan tahan dari dasar panggul yang makin besar, maka kepala janin makin turun dan semakin fleksi sehingga dagu janin menekan pada dada dan belakang kepala (oksiput) menjadi bagian bawah. Keadaan ini dinamakan fleksi maksimal (Hidayat dan Sujiyatini, 2010).

b. Putaran paksi dalam

Makin turunnya kepala janin dalam jalan lahir, kepala janin akan berputar sedemikian rupa sehingga diameter terpanjang rongga panggul atau diameter anterior posterior kepala janin akan bersesuaian dengan diameter terkecil anterior posterior Pintu Bawah Panggul (Hidayat dan Sujiyatini, 2010).

c. Ekstensi

Setelah putaran paksi selesai dan kepala sampai didasar panggul, terjadilah ekstensi atau depleksi dari kepala. Hal ini disebabkan karena disebabkan karena sumbu jalan lahir pada PBP menga kedepan dan keatas, sehingga kepala harus mengadakan ekstensi untuk melaluinya. Dengan ekstensi ini maka suboksiput bertindak sebagai Hipomocochlion atau sumbu putar (Hidayat dan Sujiyatini, 2010).

d. Putaran paksi luar

Setelah ekstensi kemudian diikuti dengan putaran paksi luar yang pada hakikatnya kepala janin menyesuaikan kembali dengan sumbu panjang bahu, sehingga sumbu panjang bahu dengan sumbu panjang kepala janin berada pada satu garis lurus (Hidayat dan Sujiyatini, 2010).

e. Ekspulsi

Setelah putaran paksi luar, bahu depan sampai dibawah symphysis dan menjadi hipomochlion untuk kelahiran bahu belakang kemudian bahu belakang menyusui dan selanjutnya seluruh tubuh bayi searah dengan paksi jalan lahir (Hidayat dan Sujiyatini, 2010).

6. Tahapan persalinan

a. Kala I

1) Pengertian kala I

Kala 1 dimulai dengan serviks membuka sampai terjadi pembukaan 10 cm. Kala I dinamakan juga kala pembukaan. Dapat dinyatakan partus dimulai bila timbul his dan wanita tersebut mengeluarkan lendir yang bersama darah disertai dengan pendataran (*effacement*). Lendir bercampur darah berasal dari lendir kanalis servikalis karena serviks mulai membuka dan mendatar. Darah berasal dari pembuluh – pembuluh kapiler yang berada disekitar kanalis servikalis (kanalis servikalis pecah karena pergeseran – pergeseran ketika serviks membuka). Kala I selesai apabila pembukaan serviks uteri telah lengkap, pada primigravida kala I berlangsung kira – kira 13 jam dan *multigravida* kira – kira 7 jam (Hidayat dan Sujiyatini, 2010).

Menurut Erwatai (2011) berdasarkan kemajuan pembukaan serviks kala I dibagi menjadi :

a) Fase laten

Fase laten yaitu fase pembukaan yang sangat lambat dari 0 sampai 3 cm yang membutuhkan waktu \pm 8 jam.

b) Fase aktif

Fase aktif yaitu fase pembukaan yang lebih cepat yang terbagi lagi menjadi :

(1) Fase akselerasi (fase percepatan), dari pembukaan 3 cm sampai 4 cm yang dicapai dalam 2 jam.

(2) Fase dilatasi maksimal, dari pembukaan 4 cm sampai 9 cm yang di capai dalam 2 jam.

(3) Fase deselerasi (kurangnya kecepatan), dari pembukaan 9 cm sampai 10 cm selama 2 jam.

2) Pemantauan kemajuan persalinan kala I dengan partograf.

a) Pengertian partograf

Partograf adalah merupakan alat untuk mencatat informasi berdasarkan observasi atau riwayat dan pemeriksaan fisik pada ibu dalam persalinan dan alat (Hidayat dan Sujiyatini, 2010).

b) Kemajuan persalinan

Menurut Hidayat dan Sujiyatini (2010) hal yang diamati pada kemajuan persalinan dalam menggunakan partograf adalah :

(1) Pembukaan serviks

Pembukaan serviks dinilaipada saat melakukan pemeriksaan vagina dan ditandai dengan huruf (x). garis waspada adalah sebua garis yang dimulai pada saat pembukaan servik 4 cm hingga titik pembukaan penuh yang diperkirakan dengan laju 1 cm per jam (Hidayat dan Sujiyatini, 2010).

(2) Penurunan bagian terbawa janin

Metode perlinaan dapat mempermudah penilaian terhadap turunnya kepala maka evaluasi penilaian dilakukan setiap 4 jam melalui pemeriksaan luar dengan perlinaan diatas simphisis, yaitu dengan memakai 5 jari,

sebelum dilakukan pemeriksaan dalam. Bila kepala masih berada diatas PAP maka masih dapat diraba dengan 5 jari (rapat) dicatat dengan 5/5, pada angka 5 digaris vertikal sumbu X pada partograf yang ditandai dengan “O”. Selanjutnya pada kepala yang sudah turun maka akan teraba sebagian kepala di atas simphisis (PAP) oleh beberapa jari 4/5, 3/5, 2/5, yang pada partograf turunnya kepala ditandai dengan “O” dan dihubungkan dengan garis lurus (Marmi, 2012).

(3) Kontraksi uterus (His)

Persalinan yang berlangsung normal his akan terasa makin lama makin kuat, dan frekuensinya bertambah. Pengamatan his dilakukan tiap 1 jam dalam fase laten dan tiap $\frac{1}{2}$ jam pada fase aktif. Frekuensi his diamati dalam 10 menit lama his dihitung dalam detik dengan cara memalpasi perut, pada partograf jumlah his digambarkan dengan kotak yang terdiri dari 5 kotak sesuai dengan jumlah his dalam 10 menit. Lama his (*duration*) digambarkan pada partograf berupa arsiran di dalam kotak: (titik - titik) 20 menit, (garis - garis) 20 – 40 detik, (kotak dihitamkan) >40 detik (Marmi,2012).

(4) Keadaan janin

(a) DJJ

Denyut jantung janin dapat diperiksa setiap setengah jam. Saat yang tepat untuk menilai denyut jantung segera setelah his terlalu kuat berlalu selama \pm 1 menit, dan ibu dalam posisi miring, yang diamati adalah frekuensi dalam satu menit dan keteraturan denyut jantung janin, pada partograf denyut jantung janin di catat dibagian atas, ada Spenebalan garis pada

angka 120 dan 160 yang menandakan batas normal denyut jantung janin (Marmi, 2012).

(b) Warna dan selaput ketuban

Menurut Marmi (2012) nilai kondisi ketuban setiap kali melakukan periksa dalam dan nilai warna air ketuban jika selaput ketuban pecah. Catat temuan – temuan dalam kotak yang sesuai dibawah lajur DJJ dengan menggunakan lambang – lambang berikut ini

U : Selaput ketuban masih utuh.

J : Selaput ketuban sudah pecah dan air ketuban jernih.

M : Selaput ketuban sudah pecah dan air ketuban bercampur mekonium.

D : Selaput ketuban sudah pecah dan air ketuban bercampur darah.

K : Air ketuban pecah tapi sudah kering.

(c) Moulage tulang kepala janin

Menurut Marmi (2012) moulage berguna untuk memperkirakan seberapa jauh kepala bisa menyesuaikan dengan bagian keras panggul. Kode moulage yaitu :

0 : Tulang – tulang kepala janin terpisah, sutura dapat dengan mudah dilepas.

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.

(d) Keadaan ibu

Waktu pencatatan kondisi ibu dan bayi pada fase aktif adalah:DJJ setiap 30 menit, frekuensi lamanya kontraksi uterus setiap 30 menit, nadi setiap 30 menit tandai dengan titik, pembukaan serviks setiap 4 jam, penurunan tiap 4 jam tandai dengan panah, tekanan darah setiap 4 jam, suhu setiap 2 jam (Marmi, 2012).

(e) Urine, aseton, protein tiap 2 – 4 jam (catat setiap kali berkemih).

3) Asuhan sayang ibu kala I

Menurut Marmi (2012) asuhan yang dapat diberikan kepada ibu selama kala I yaitu :

- a) Bantulah ibu dalam persalinan jika ibu tampak gelisah, ketakutan dan kesakitan.
 - (1) Berikan dukungan dan yakinkan dirinya.
 - (2) Berilah informasi mengenai proses kemajuan persalinan.
 - (3) Dengarkan keluhannya dan cobalah untuk lebih sensitif terhadap perasaannya.
- b) Jika ibu tersebut tampak gelisah dukungan atau asuhan yang dapat diberikan.
- c) Lakukan perubahan posisi.
 - (1) Posisi sesuai dengan keinginan, tetapi jika ibu di tempat tidur sebaiknya dianjurkan tidur miring ke kiri.
 - (2) Sarankan ibu untuk berjalan.
- d) Ajaklah orang yang menemaninya (suami atau ibunya) untuk memijat atau menggosok punggungnya.
- e) Ibu diperbolehkan melakukan aktivitas sesuai dengan kesanggupannya.
- f) Ajarkan kepada ibu teknik bernafas.
- g) Menjaga hak privasi ibu dalam persalinan.
- h) Menjelaskan kemajuan persalinan dan perubahan yang terjadi serta prosedur yang akan dilakukan dan hasil pemeriksaan.

- i) Membolehkan ibu untuk mandi dan membasuh sekitar kemaluannya setelah BAK dan BAB.
- j) Berikan cukup minum untuk mencegah dehidrasi.
- k) Sarankan ibu untuk berkemih sesering mungkin.

b. Kala II

1) Pengertian kala II

Dimulai dari pembukaan lengkap (10 cm) sampai bayi lahir. Gejala dan tanda kala II, telah terjadi pembukaan lengkap, tampak kepala janin melalui bukaan introitus vagina, ada rasa ingin meneran saat kontraksi, ada dorongan pada rectum atau vagina, perineum terlihat menonjol, vulva dan spingter ani membuka, peningkatan pengeluaran lendir dan darah. Proses ini biasanya berlangsung 2 jam pada primi dan 1 jam pada multi (Rukiah, dkk, 2009).

2) Asuhan sayang ibu kala II

Menurut Marmi (2012) asuhan sayang ibu adalah asuhan asuhan yang menghargai budaya, kepercayaan dan keinginan sang ibu. Asuhan sayang ibu dalam kala II yaitu :

(a) Pendampingan keluarga

Selama proses persalinan berlangsung ibu membutuhkan teman dan keluarga. Biasa dilakukan oleh suami, orang tua atau kerabat yang disukai ibu. Dukungan dari keluarga yang mendampingi ibu selama proses persalinan sangat membantu mewujudkan persalinan lancar (walyani, 2015).

(b) Libatkan keluarga

Keterlibatan keluarga dalam asuhan antara lain bantu ibu berganti posisi, teman bicara, melakukan ransangan taktil, memberikan makanan dan minuman, membantu dalam mengatasi rasa nyeri dengan memijat bagian lumbal atau pinggang belakang (walyani, 2015).

(c) KIE peroses persalinan

Penolong persalinan memberi pengertian tentang tahapan dan kemajuan persalinan atau kelahiran janin pada ibu dan keluarga agar ibu tidak cemas menghadapi persalinan, dan memberikan kesempatan ibu untuk bertanya hal yang belum jelas sehingga kita dapat memberikan informasi apa yang dialami oleh ibu dan janinnya dalam hasil pemeriksaan yang telah dilakukan (Walyani, 2015).

(d) Dukungan psikologi

Dukungan psikologi dapat diberikan dengan bimbingan dan menanyakan apakah ibu memerlukan pertolongan. Berusaha menenangkan hati ibu dalam menghadapi dan menjalani proses persalinan dengan rasa nyaman (Hidayat dan Sujiyatini, 2010).

(e) Membantu ibu memilih posisi.

(1) Posisi jongkok atau berdiri

Menurut Erawati (2011) keuntungan posisi jongkok atau berdiri yaitu sebagai berikut : membantu penurunan kepala, memperbesar dorongan untuk meneran, dan mengurangi rasa nyeri.

(2) Setengah duduk

Posisi ini posisi yang paling umum diterapkan diberbagai RS di segenap penjuru tanah air, pada posisi ini pasien duduk dengan punggung bersandar bantal, kaki ditekuk dan paha dibuka ke arah samping. Posisi ini cukup membuat ibu merasa nyaman (Erawati , 2011).

(3) Posisi berbaring miring ke kiri

Posisi berbaring miring ke kiri dapat mengurangi penekanan pada vena cava inferior sehingga dapat mengurangi kemungkinan terjadinya *hipoksia* karena suplay oksigen tidak terganggu dapat memberi suasana

rileks bagi ibu yang mengalami kecapean dan dapat pencegahan terjadinya laserasi/robekan jalan lahir (walyani, 2015).

(4) Posisi duduk

Posisi ini membantu penolong persalinan lebih leluasa dalam membantu kelahiran kepala janin serta lebih leluasa untuk dapat memperhatikan perineum (walyani, 2015).

(5) Posisi merangkak

Menurut Erawati (2011) keuntungan posisi merangkak yaitu mengurangi rasa nyeri punggung saat persalinan, membantu bayi melakukan rotasi, dan peregangan perineum lebih sedikit.

(f) Cara meneran

Ibu dianjurkan meneran jika ada kontraksi atau dorongan yang kuat dan adanya spontan keinginan untuk meneran. Dan pada saat relaksasi ibu dianjurkan untuk istirahat untuk mengantisipasi agar ibu tidak kelelahan atau dan menghindari terjadinya resiko *afiksia* (walyani, 2015).

(g) Pemberian nutrisi

Ibu bersalin perlu diperhatikan pemenuhan kebutuhan cairan, elektrolit dan nutrisi. Hal ini untuk mengantisipasi ibu mengalami dehidrasi. *Dehidrasi* dapat berpengaruh pada gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit yang penting artinya dalam menimbulkan kontraksi uterus (walyani, 2015).

c. Kala III

1) Pengertian kala III

Dimulai dari bayi lahir sampai dengan plasenta lahir. Setelah bayi lahir uterus teraba keras dengan fundus uteri agak di atas pusat. Beberapa menit kemudian uterus berkontraksi lagi untuk melepaskan placenta dari dindingnya. Biasanya placenta lepas

dalam waktu 6-15 menit setelah bayi lahir secara spontan maupun dengan tekanan pada fundus uteri (Hidayat dan Sujiyatini, 2010).

Menurut Lailiyana, dkk (2011). Setelah kala II, kontraksi uterus berhenti sekitar 5 – 10 menit, dengan lahirnya bayi sudah mulai pelepasan plasenta pada lapisan *nitabusch*, karena sifat retraksi otot rahim. Lepasnya plasenta dapat diperkirakan dengan memperhatikan tanda – tanda dibawa ini :

- a) Uterus menjadi bundar.
- b) Uterus terdorong keatas, karena plasenta dilepas ke bawa segmen bawah rahim.
- c) Tali pusat bertambah panjang.

2) Manajemen kala III

Menurut Hidayat dan Sujiyatini (2010) manajemen kala III yaitu :

- a) Jepit dan gunting tali pusat sedini mungkin.
- b) Memberi oksitosin.
- c) Lakukan PTT.
- d) Masase fundus.

d. Kala IV

Kala IV (kala pengawasan) adalah kala pengawasan selama dua jam setelah bayi lahir dan uri lahir untuk mengamati keadaan ibu terutama terhadap bahaya perdarahan pascapartum. Kehilangan darah pada persalinan biasa disebabkan oleh luka pada pelepasan uri dan robekan pada serviks dan perineum. Dalam batas normal, rata – rata banyaknya perdarahan adalah 250 cc, biasanya 100 – 300 cc. Jika persalinan lebih dari 500 cc, ini sudah dianggap abnormal dan harus dicari penyebabnya (Erawati, 2011).

7. Tanda – tanda persalinan

a. Tanda – tanda persalinan sudah dekat

1) *Laightening*

Menjelang minggu ke 36 pada primigravida terjadi penurunan fundus uteri karena kepala bayi sudah masuk pintu atas

panggul yang disebabkan oleh: kontraksi *braxton hicks*, ketegangan dinding perut, ketegangan *ligamentum rotundum*, dan gaya berat janin dengan kepala kearah bawa. Masuknya kepala bayi ke pintu atas panggul dirasakan ibu hamil sebagai terasa ringan di bagian atas, rasa sesaknya berkurang, dibagian bawah terasa sesak, terjadi kesulitan saat berjalan dan sering *miksi* (Lailiyana, dkk, 2011).

2) His permulaan

Menurut walyani (2015) makin tuanya kehamilan, pengeluaran esterogen dan progesterone makin berkurang sehingga produksi oksitosin meningkat, dengan demikian akan menimbulkan kontraksi yang lebih sering his permulaan ini lebih sering diistilahkan sebagai his palsu. Sifat his palsu yaitu : rasa nyeri ringan dibagian bawa, datangnya tidak teratur tidak ada perubahan pada serviks atau tidak ada tanda – tanda kemajuan persalinan, durasinya pendek tidak bertambah bila beraktivitas.

b. Tanda – tanda timbulnya persalinan

1) Terjadinya his persalinan

Menurut walyani (2015) his yang menimbulkan pembukaan serviks dengan kecepatan tertentu disebut his efektif. Pengaruh his sehingga dapat menimbulkan : desakan daerah uterus (meningkat), terhadap janin (penurunan), terhadap korpus uteri (dinding menjadi tebal) terhadap istimus uteri (teregang dan menipis) terhadap kanalis servikalis (*effacement* dan pembukaan). His persalinan memiliki cirri – ciri sebagai berikut :

- (a) Pinggang terasa sakit dan menjalar kedepan.
- (b) Sifat his teratur, interval semakin pendek, dan kekuatan semakin besar.
- (c) Terjadi perubahan pada serviks.
- (d) Jika pasien menambah aktivitasnya, misalnya dengan berjalan, maka kekuatan his akan bertambah.

2) Pengeluaran lendir darah (*Bloody Show*)

Plak lendir disekresi serviks sebagai hasil proliferasi kelenjar lendir serviks pada awal kehamilan. Plak ini menjadi sawar pelindung dan menutup jalan lahir selama kehamilan. Pengeluaran plak inilah yang yang di maksud dengan *bloody show*. *Bloody show* paling sebagai rabas lendir bercampur darah yang lengket dan harus dibedakan dengan cermat dari perdarahan murni. *Bloody show* merupakan tanda persalinan yang akan terjadi biasanya dalam 24 sampai 48 jam (Erawati , 2011).

3) Perubahan serviks

Pada akhir bulan ke-9, hasil pemeriksaan serviks menunjukkan bahwa serviks sebelumnya tertutup, panjang, dan kurang lunak menjadi lebih lunak. Hal ini telah terjadi pembukaan dan penipisan serviks. Perubahan ini berbeda pada masing – masing ibu, misalnya pada multipara sudah terjadi pembukaan 2 cm namun pada sebagian besar primipara, serviks masih dalam keadaan tertutup (Erawati, 2011).

4) Pengeluaran cairan ketuban

Pada beberapa kasus terjadi ketuban pecah yang menimbulkan penegeluaran cairan. Sebagian besar ketuban baru pecah menjelang pembukaan lengkap. Dengan pecahnya ketubn diharapkan persalinan berlangsung 24 jam (Lailiyana, dkk, 2011).

8. Perubahan dan adaptasi fisiologi psikologi pada ibu bersalin

a. Kala I

1) Perubahan dan adaptasi fisiologi

a) Perubahan uterus

Sejak kehamilan yang lanjut uterus terbagi menjadi 2 bagian, yaitu segmen atas rahim (SAR) yang dibentuk oleh korpus uteri dan segmen bawah rahim yang terbentuk oleh istmus uteri. SAR memegang peranan yang aktif karena berkontraksi dan dindingnya bertambah tebal dengan majunya

persalinan. Sebaiknya segmen bawah rahim (SBR) yang memegang peranan pasif makin tipis dengan majunya persalinan karena meregang. Jadi secara singkat SAR berkontraksi, menjadi tebal dan mendorong anak keluar sedangkan SBR dan serviks mengadakan relaksasi dan dilatasi menjadi saluran yang tipis dan teregang yang akan dilalui bayi (Lailiyana, dkk, 2011).

b) Perubahan serviks

Menurut Lailiyana, dkk (2011) perubahan pada serviks meliputi:

(1) Pendataran.

Pendataran adalah pemendekan dari kanalis servikalis, yang semula berupa saluran yang panjangnya beberapa millimeter sampai 3 cm, menjadi satu lubang saja dengan tepi yang tipis (Erawati, 2011).

(2) Pembukaan

Pembukaan adalah pembesaran dari *ostium eksternum* yang semula berupa suatu lubang dengan diameter beberapa millimeter menjadi lubang yang dapat dilalui janin. serviks dianggap membuka lengkap setelah mencapai diameter 10 cm (Lailiyana, dkk, 2011).

c) Perubahan kardiovaskuler

Denyut jantung diantara kontraksi sedikit lebih tinggi dibandingkan selama periode persalinan atau sebelum masuk persalinan. Hal ini mencerminkan kenaikan dalam metabolisme yang terjadi selama persalinan. Denyut jantung yang sedikit naik merupakan keadaan yang normal, meskipun normal perlu dikontrol secara periode untuk mengidentifikasi adanya infeksi (Erawati, 2011).

d) Perubahan tekanan darah

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

e) Perubahan nadi

Perubahan yang mencolok selama kontraksi disertai peningkatan selama fase peningkatan, penurunan selama titik puncak sampai frekuensi yang lebih rendah daripada frekuensi diantara kontraksi dan peningkatan selama fase penurunan hingga mencapai frekuensi lazim diantara kontraksi. Penurunan yang mencolok selama kontraksi uterus tidak terjadi jika wanita berada pada posisi miring bukan telentang. Frekuensi denyut nadi diantara kontraksi sedikit lebih meningkat dibanding selama periode menjelang persalinan. Hal ini mencerminkan peningkatan metabolisme yang terjadi selama persalinan (Rukiah, dkk, 2009).

f) Perubahan suhu

Perubahan suhu sedikit meningkat selama persalinan dan tertinggi selama dan segera setelah melahirkan. Perubahan suhu dianggap normal bila peningkatan suhu yang tidak lebih dari 0,5 – 1°C yang mencerminkan peningkatan metabolisme selama persalinan (Rukiah, dkk, 2009).

g) Perubahan pernafasan

Peningkatan frekuensi pernafasan normal selama persalinan dan mencerminkan peningkatan metabolisme yang terjadi. *Hiperventelasi* yang menonjang adalah temuan

abnormal dan dapat menyebabkan *alkalosis* (rasa kesemutan pada ekstremitas dan perasaan pusing) (Rukiah, dkk, 2009).

h) Perubahan metabolisme

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

i) Perubahan ginjal

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

j) Perubahan pada *gastrointestinal*

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

k) Perubahan hematologi

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

2) Perubahan dan adaptasi psikologi kala I

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

a) Fase laten

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. 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 kontraksi yang paling ringan sekalipun dan tampak tidak mampu mengatasinya seiring frekuensi dan intensitas kontraksi meningkat, semakin jelas bahwa ibu akan segera bersalin. Bagi wanita yang telah banyak menderita menjelang akhir kehamilan dan pada persalinan palsu, respon emosionalnya pada fase laten persalinan kadang-kadang dramatis, perasaan lega, relaksasi dan peningkatan kemampuan *koping* tanpa memperhatikan tempat persalinan (Marmi, 2012).

b) 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 (Marmi, 2012).

c) Fase transisi

Menurut Marmi (2012) 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 tersebut berada, dan apakah bayi yang dikandung merupakan bayi yang diinginkan.

Menurut Marmi (2012) beberapa keadaan dapat terjadi pada ibu dalam persalinan, terutama pada ibu yang pertama kali bersalin yaitu:

(1) Perasaan tidak enak dan kecemasan

Biasanya perasaan cemas pada ibu saat akan bersalin berkaitan dengan keadaan yang mungkin terjadi saat persalinan, disertai rasa gugup.

(2) Takut dan ragu-ragu akan persalinan yang dihadapi

Ibu merasa ragu apakah dapat melalui proses persalinan secara normal dan lancar

(3) Menganggap persalinan sebagai cobaan

Apakah penolong persalinan dapat sabar dan bijaksana dalam menolongnya. Kadang ibu berpikir apakah tenaga kesehatan akan bersabar apabila persalinan yang dijalani berjalan lama, dan apakah tindakan yang akan dilakukan jika tiba-tiba terjadi sesuatu yang tidak diinginkan, misalnya tali pusat melilit bayi.

(4) Apakah bayi normal atau tidak

Biasanya ibu akan merasa cemas dan ingin segera mengetahui keadaan bayinya apakah terlahir dengan sempurna atau tidak.

(5) Apakah ibu sanggup merawat bayinya

Sebagai ibu baru atau muda biasanya ada pikiran yang melintas apakah ia sanggup merawat dan bisa menjadi seorang ibu yang baik bagi anaknya.

b. Kala II

1) Perubahan fisiologi pada ibu bersalin kala II

a) Kontraksi

Kontraksi uterus pada persalinan mempunyai sifat tersendiri. Kontraksi menimbulkan nyeri, merupakan satu – satunya kontraksi normal muskulus, kontraksi ini dikendalikan oleh saraf intrinsik, tidak disadari, tidak dapat diatur oleh ibu bersalin, baik frekuensi maupun lama kontraksi (Rukiah, dkk, 2009). Sifat khusus kontraksi yaitu :

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

(2) Penyebab rasa nyeri belum dikteahui secara pasti. Beberapa penyebab antara lain : pada saat kontraksi terjadi kekurangan O₂ pada miometrium, penekanan ganglion saraf di serviks dan uterus bagian bawa, peregangan serviks

akibat dari pelebaran serviks, peregangan peritoneum sebagai organ yang menyelimuti uterus.

c. Kala III

1) Fisiologi kala III

Kala III merupakan periode waktu dimana penyusutan volume rongga uterus setelah kelahiran bayi, penyusutan ukuran ini menyebabkan berkurangnya ukuran tempat perlekatan plasenta. Oleh karena tempat perlekatan menjadi kecil, sedangkan ukuran plasenta tidak berubah maka plasenta menjadi berlipat, menebal dan kemudian melepas dari dinding uterus. Setelah lepas, plasenta akan turun ke bagian bawah uterus atau vagina (Marmi, 2012).

Setelah bayi lahir uterus masih mengadakan kontraksi yang mengakibatkan penciutan permukaan kavum uteri tempat implantasi plasenta. Uterus terasa keras, TFU setinggi pusat, proses 15 – 30 menit setelah bayi lahir, rahim akan berkontraksi (terasa sakit). Rasa sakit ini biasanya menandakan lepasnya plasenta dari perlekatannya di rahim. Pelepasan ini biasanya disertai perdarahan baru (Lailiyana, dkk, 2011).

Cara – cara pelepasan plasenta menurut Ilmah (2015) yaitu :

(a) Pelepasan dimulai dari tengah (*schultze*)

Plasenta lepas mulai dari tengah (sentral) atau dari pinggir plasenta. Ditandai oleh makin panjang keluarnya tali pusat dari vagina (Tanda ini dikemukakan oleh Alfred) tanpa adanya perdarahan pervaginam. Lebih besar kemungkinannya terjadi pada plasenta yang melekat di *fundus* (Lailiyana, dkk, 2011).

(b) Pelepasan dimulai dari pinggir (*Duncan*)

Plasenta lepas mulai dari bagian pinggir (marginal) yang ditandai dengan adanya perdarahan dari vagina apabila plasenta mulai terlepas. Umumnya perdarahan tidak melebihi 400 ml. Tanda – tanda pelepasan plasenta :

(1) Perubahan bentuk uterus.

- (2) Semburan darah tiba – tiba.
 - (3) Tali pusat memanjang.
 - (4) Perubahan posisi uterus.
- (c) Beberapa prasad untuk mengetahui apakah plasenta lepas dari tempat implantasinya

(1) Perasat *kustner*

Tangan kanan meregngkan atau menarik sedikit tali pusat, tangan kiri menekan daerah di atas simpisis. Bila tali pusat masuk kembali kedalam vagina berarti plasenta belum lepas dari dinding uterus (Ilmah, 2015).

(2) Perasat *strassman*

Tangan kanan meregangkan atau menarik sedikit tali pusat, tangan kiri mengetok – ngetok fundus uteri. Bila terasa getaran pada pada tali pusat yang diregangkan, berarti plasenta belum lepas dinding uterus (Ilmah, 2015).

(3) Prasad klien

Wanita tersebut disuruh mengejan, tali pusat tampak turun ke bawah. Bila pengejanannya dihentikan dan tali pusat masuk kembali ke dalam vagina, berarti plasenta belum lepas dari dinding uterus (Ilmah, 2015).

(d) Tanda – tanda pelepasan plasenta

(1) Perubahan bentuk dan tinggi fundus

Setelah bayi lahir dan sebelum miometrium mulai berkontraksi, uterus berbentuk bulat penuh dan tinggi fundus biasanya di bawa pusat. Setelah uterus berkontraksi dan pelepasan terdorong ke bawah, uterus berbentuk segitiga atau seperti buah pear atau alpukat dan fundus berada diatas pusat (Ilmah, 2015).

(2) Tali pusat memanjang

Tali pusat terlihat menjulur keluar (Ilmah, 2015).

(3) Semburan darah mendadak dan singkat

Darah yang terkumpul dibelakang plasenta akan membantu mendorong plasenta keluar dibantu oleh gaya gravitasi. Apabila kumpulan darah dalam ruang diantara dinding uterus dan permukaan dalam plasenta melebihi kapasitas tampungnya maka darah tersedot keluar dari tepi plasenta yang terlepas (Ilmah, 2015).

d. Kala IV

1) Fisiologi kala IV

Persalinan kala IV dimulai dengan kelahiran plasenta dan berakhir 2 jam kemudian. Periode ini merupakan saat paling kritis untuk mencegah kematian ibu, terutama kematian disebabkan perdarahan. Selama kala IV, bidan harus memantau ibu setiap 15 menit pada jam pertama dan 30 menit pada jam kedua setelah persalinan (Rukiah, dkk, 2009).

a) Uterus

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

menjadi pertanda atonia uteri yang merupakan penyebab utama perdarahan *post partum* (Marmi, 2012).

b) Serviks, vagina dan perineum

Segera setelah lahir serviks bersifat *patulous*, terkulai dan tebal. Tepi anterior selam persalinan atau setiap bagian serviks yang terperangkap akibat penurunan kepala janin selam 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 selam kala II persalinan. Segera setelah bayi lahir tangan bisa masuk, tetapi selam 2 jam *introitus* vagina hanya bisa dimasuki dua atau tiga jari (Marmi, 2012).

c) Tanda vital

Tekanan darah, nadi dan pernapasan harus kembali stabil pada level prapersalinan selam jam pertama pasca partum. Pemantauan takanan darah dan nadi yang rutin selam interval ini merupakan satu sarana mendeteksi syok akibat kehilangan darah berlebihan. Sedangkan suhu tubuh ibu meningkat, tetapi biasanya dibawah 38°C. Namun jika intake cairan baik, suhu tubuh dapat kembali normal dalam 2 jam pasca partum (Marmi, 2012).

d) Sistem *gastrointestinal*

Rasa mual dan muntah selam masa persalinan akan menghilang. Pertama ibu akan merasa haus dan lapar, hal ini disebabkan karena proses persalinan yang mengeluarkan atau memerlukan banyak energy (Marmi, 2012).

e) Sistem *renal*

Urin yang tertahan menyebabkan kandung kemih lebih membesar karena trauma yang disebabkan oleh tekanan dan dorongan pada uretra selam persalinan. Mempertahankan kandung krmih wanita agar tetap kosong selam persalinan

dapat menurunkan trauma. Setelah melahirkan, kandung kemih harus tetap kosong guna mencegah uterus berubah posisi dan terjadi atonia. Uterus yang berkontraksi dengan buruk meningkatkan resiko perdarahan dan keparahan nyeri. Jika ibu belum bisa berkemih maka lakukan kateterisasi (Marmi, 2012).

9. Deteksi/Penapisan awal ibu bersalin (18 penapisan)

Menurut Marmi (2012) Indikasi- indikasi untuk melakukan tindakan atau rujukan segera selama persalinan (18 penapisan awal) :

- a. Riwayat bedah *caesarea*.
- b. Perdarahan pervaginam selain lendir dan darah.
- c. Persalinan kurang bulan (< 37 minggu).
- d. Ketuban pecah dini disertai *mekonial* kental.
- e. Ketuban pecah pada persalinan awal (>24jam)
- f. Ketuban pecah bercampur sedikit *mekonium* pada persalinan kurang bulan.
- g. Ikterus.
- h. Anemia berat.
- i. Tanda gejala infeksi (suhu >38°C, demam, menggigil, cairan ketuban berbau).
- j. Presentase majemuk (ganda).
- k. Tanda dan gejala persalinan dengan fase laten memanjang.
- l. Tanda dan gejala partus lama.
- m. Tali pusat menumbung.
- n. Presentase bukan belakang kepala (leti, letsu).
- o. Pimpinan dalam fase aktif dengan kepala masih 5/5.
- p. Gawat janin (DJJ <100 atau > 180 menit).
- q. Preeklamsi berat.
- r. Syok.

10. Cara Menghitung Jumlah Perdarahan

Cara untuk memperkirakan jumlah kehilangan darah adalah dengan menyiapkan botol 500 ml yang dipergunakan untuk menampung darah. Cara

tak langsung untuk mengukur jumlah kehilangan darah adalah melalui penampakan gejala dan tekanan darah. Kalau menyebabkan pusing, lemes dan kesadaran menurun serta tekanan darah sistolik turun lebih dari 10 MmHg dari kondisi sebelumnya maka telah terjadi perdarahan lebih dari 500 ml. perdarahan terjadi karena kontraksi uterus yang tidak kuat dan tidak baik sehingga tidak mampu menjepit pembuluh darah yang ada disekitarnya dan akibatnya perdarahan tidak akan berhenti (Marmi, 2012).

Menurut Erawati, (2011) Cara Menghitung Perdarahan yaitu:

- a. Pembalut Standar mampu menyerap 100 ml darah.
- b. Nierbeken Mampu menampung 500 mL, 1000 mL, dan 1500 mL.
- c. Underpad dengan ukuran 75 cm x 57 cm, mampu menyerap 250 mL darah.
- d. Kasa standard ukuran 10 cm x 10 cm mampu menyerap 60 mL darah sedangkan kasa ukuran 45 cm x 45 cm mampu menyerap 3 50 mL darah

C. Konsep Dasar Bayi Baru Lahir (BBL)

1. Pengertian

Bayi Baru lahir adalah bayi yang lahir dan umur kelahiran 37 minggu sampai 42 minggu berat lahir 2.500 gram (Saifuddin 2014).

Bayi baru lahir (neonatus) adalah suatu keadaan dimana bayi baru lahir dengan umur kehamnilan 37-42 minggu, lahir melalui jalan lahir dengan presentasi kepala secara spontan tanpa gangguan, menangis kuat, napas secara spontan dan teratur, berat badan antara 2.500-4.000 gram serta harus dapat melakukan penyesuaian diri dari kehidupan intrauterine ke kehidupan ekstrauterin (Saifuddin 2014).

2. Penampilan fisik / ciri-ciri BBL normal

Menurut Wahyuni (2012) ciri – ciri bayi baru lahir sebagai berikut:

- a. Berat badan 2500 – 4000 gram.
- b. Panjang badan lahir 48 – 52 cm.
- c. Lingkar dada 30 – 38 cm.

- d. Lingkar kepala 33 – 35 cm.
- e. Lingkar lengan 11 – 12 cm.
- f. Bunyi jantung dalam menit pertama kira – kira 180 menit denyut/menit, kemudian sampai 120 – 140 denyut/menit.
- g. Pernapasan pada menit pertama cepat kira – kira 80 kali/menit, kemudian menurun setelah tenang kira – kira 40 kali/menit.
- h. Kulit kemerah – merahan dan licin karena jaringan subkutan cukup terbentuk dan meliputi *vernix caseosa*.
- i. Rambut lanugo tidak terlihat lagi, rambut kepala biasanya telah sempurna.
- j. Kuku agak panjang dan lunak.
- k. Genitalia : labia mayora sudah menutupi labia minora (pada perempuan) testis sudah turun pada anak laki – laki.
- l. Refleks isap dan menelan telah terbentuk dengan baik.
- m. Refleks *moro* sudah baik, bayi ketika terkejut akan memperlihatkan gerakan tangan seperti memeluk.
- n. Eliminasi baik, *urine* dan *mekonium* akan keluar dalam 24 jam pertama mekonium berwarna hitam kecoklatan.
- o. Fisiologi / adaptasi pada BBL.

3. Adaptasi fisik

a. Perubahan pada sistem pernapasan

Keadaan yang dapat mempercepat *maturitas* paru-paru adalah toksemia, hipertensi, diabetes yang berat, infeksi ibu, ketuban pecah dini. Keadaan tersebut dapat mengakibatkan stress pada janin, hal ini dapat menimbulkan rangsangan untuk pematangan paru-paru. Sedangkan keadaan yang dapat memperlambat *maturitas* paru-paru adalah diabetes ringan, inkompebilitas Rh, *gemeli* satu ovum dengan berat yang berbeda dan biasanya berat badan yang lebih kecil paru-parunya belum matur (Marmi, 2012).

Rangsangan untuk gerakan pernapasan pertama kali pada neonatus disebabkan karena : saat kepala melewati jalan lahir, ia akan

mengalami penekanan pada toraksnya dan tekanan ini akan hilang dengan tiba-tiba setelah bayi lahir. Proses mekanis ini menyebabkan cairan yang ada dalam paru-paru hilang karena terdorong pada bagian perifer paru untuk kemudian diabsorpsi, karena terstimulus oleh sensor kimia, suhu, serta mekanis akhirnya bayi memulai aktifitas bernapas untuk pertama kali (Marmi, 2012).

Fungsi alveolus dapat maksimal jika dalam paru-paru bayi terdapat *surfaktan* yang adekuat. *Surfaktan* membantu menstabilkan dinding alveolus sehingga alveolus tidak *kolaps* saat akhir napas. *Surfaktan* ini mengurangi tekanan paru dan membantu untuk menstabilkan dinding alveolus sehingga tidak *kolaps* pada akhir pernapasan (Saifuddin 2014).

1) Rangsangan untuk gerakan pernapasan

Rangsangan untuk gerakan pernapasan pertama kali pada neonatus disebabkan karena : saat kepala melewati jalan lahir, ia akan mengalami penekanan pada toraksnya dan tekanan ini akan hilang dengan tiba-tiba setelah bayi lahir. Proses mekanis ini menyebabkan cairan yang ada dalam paru-paru hilang karena terdorong pada bagian perifer paru untuk kemudian diabsorpsi, karena terstimulus oleh sensor kimia, suhu, serta mekanis akhirnya bayi memulai aktifitas bernapas untuk pertama kali (Marmi, 2012).

2) Upaya pernapasan bayi pertama

Menurut Saifuddin, (2014), upaya pernapasan pertama seorang bayi berfungsi untuk mengeluarkan cairan dalam paru-paru dan mengembangkan jaringan alveolus paru-paru untuk pertama kali. Agar alveolus dapat berfungsi, harus terdapat *surfaktan* yang cukup dan aliran darah ke paru-paru. Produksi *surfaktan* dimulai pada 20 minggu kehamilan dan jumlahnya akan meningkat sampai paru-paru matang, sekitar usia 30–34 minggu kehamilan. Tanpa surfaktan, alveoli akan *kolaps* setiap setelah akhir setiap pernapasan, yang menyebabkan sulit bernapas. Peningkatan

kebutuhan energi ini memerlukan penggunaan lebih banyak oksigen dan glukosa. Berbagai peningkatan ini menyebabkan stress pada bayi, yang sebelumnya sudah terganggu.

b. Perubahan pada system kardiovaskuler

Setelah lahir, darah bayi baru lahir harus melewati paru untuk mengambil oksigen dan mengadakan sirkulasi melalui tubuh guna mengantarkan oksigen ke jaringan. Untuk membuat sirkulasi yang baik guna mendukung kehidupan diluar rahim, harus terjadi dua perubahan besar (Saifuddin 2014):

- 1) Penutupan foramen ovale pada atrium jantung
- 2) Penutupan duktus arteriosus antara arteri dan paru-paru serta aorta. Oksigen menyebabkan system pembuluh darah mengubah tekanan dengan cara mengurangi atau meningkatkan resistensinya, sehingga mengubah aliran darah.

Dua peristiwa yang mengubah tekanan dalam system pembuluh darah :

- a) Pada saat tali pusat dipotong, *resistensi* pembuluh sistemik meningkat dan tekanan atrium kanan menurun. Tekanan atrium kanan menurun karena berkurangnya aliran darah ke atrium kanan tersebut. Ini menyebabkan penurunan volume dan tekanan atrium kanan. Kedua kejadian ini membantu darah, dengan sedikit kandungan oksigen mengalir ke paru-paru dan menjalani proses oksigenasi ulang (Saifuddin 2014).
- b) Pernapasan pertama menurunkan *resistensi* pembuluh darah paru-paru dan meningkatkan tekanan atrium kanan. Oksigen pada saat pernapasan pertama ini menimbulkan relaksasi dan terbukanya system pembuluh darah paru-paru. Peningkatan sirkulasi ke paru-paru mengakibatkan peningkatan volume darah dan tekanan pada atrium kanan. Dengan peningkatan volume darah dan tekanan pada atrium kiri, foramen ovale secara fungsional akan menutup (Saifuddin 2014).

c. Perubahan pada system termoregulasi

Bayi baru lahir mempunyai kecenderungan untuk mengalami stress fisik akibat perubahan suhu di luar uterus. *Fluaktasi* (naik turunnya) suhu dalam uterus minimal, rentang maksimal hanya 0,6^oC sangat berbeda dengan kondisi diluar uterus. Tiga faktor yang berperan dalam kehilangan panas tubuh bayi : luasnya permukaan tubuh bayi, pusat pengaturan suhu tubuh bayi yang belum berfungsi secara sempurna, dan tubuh bayi yang terlalu kecil untuk memproduksi dan menyimpan panas (Marmi, 2012).

Adapun mekanisme kehilangan panas pada bayi Menurut Saifuddin (2014):

a) Konduksi

Panas dihantarkan dari tubuh bayi ke tubuh benda sekitarnya yang kontak langsung dengan tubuh bayi. (pemindahan panas dari tubuh bayi ke obyek lain melalui kontak langsung).

b) Konveksi

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

c) Radiasi

Panas dipancarkan dari bayi baru lahir, keluar tubuhnya ke lingkungan yang lebih dingin (pemindahan panas antar dua objek yang mempunyai suhu berbeda).

d) Evaporasi

Panas hilang melalui proses penguapan tergantung kepada kecepatan dan kelembaban udara (perpindahan panas dengan cara mengubah cairan menjadi uap).

d. Perubahan pada system renal

Ginjal bayi baru lahir menunjukkan penurunan aliran darah ginjal dan penurunan kecepatan filtrasi glomerulus, kondisi ini mudah menyebabkan retensi cairan dan intoksikasi air. Fungsi tubules tidak

matur sehingga dapat menyebabkan kehilangan natrium dalam jumlah besar dan ketidakseimbangan elektrolit lain. Bayi baru lahir tidak dapat mengonsentrasikan urine dengan baik, tercermin dari berat jenis urine (1,004) dan *osmolalitas* urine yang rendah. Semua keterbatasan ginjal ini lebih buruk pada bayi kurang bulan (Marmi, 2012).

e. Perubahan pada sistem GI

Bila dibandingkan dengan ukuran tubuh, saluran pencernaan pada neonatus relatif lebih berat dan panjang dibandingkan orang dewasa. Pada neonatus, traktus digestivus mengandung zat-zat yang berwarna hitam kehijauan yang terdiri dari mukopolosakarida dan disebut mekonium. Pada masa neonatus saluran pencernaan mengeluarkan tinja pertama biasanya dalam 24 jam pertama berupa mekonium. Dengan adanya pemberian susu, mekonium mulai digantikan dengan tinja yang berwarna coklat kehijauan pada hari ketiga sampai keempat (Marmi, 2012).

Adapun adaptasi pada saluran pencernaan adalah (Marmi, 2012) :

- 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 pancreas 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 bayi $\pm 2-3$ bulan.

f. Perubahan pada sistem imunitas

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

Kekebalan alami disediakan pada sel darah yang membantu BBL membunuh mikroorganisme asing, tetapi sel darah ini belum matang artinya BBL belum mampu *melokalisasi* infeksi secara efisien. Bayi yang baru lahir dengan kekebalan pasif mengandung banyak virus dalam tubuh ibunya. Reaksi antibody terhadap, antigen asing masih belum bias dilakukan di sampai awal kehidupan. Tugas utama selama masa bayi dan balita adalah pembentukan sistem kekebalan tubuh, BBL sangat rentan terhadap infeksi. Reaksi BBL terhadap infeksi masih lemah dan tidak memadai, pencegahan terhadap mikroba (seperti pada praktek persalinan yang aman dan menyusui ASI dini terutama kolostrum) dan deteksi dini infeksi menjadi penting (Marmi, 2012).

g. Perubahan pada sistem integument

Menurut 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 dengan epidermis dan berfungsi sebagai lapisan pelindung. Kulit bayi sangat sensitif dan mudah mengalami kerusakan. Bayi cukup bulan mempunyai kulit kemerahan (merah daging) beberapa setelah lahir, setelah itu warna kulit memucat menjadi warna normal. Kulit sering terlihat berbecak, terutama didaerah sekitar ekstremitas. Tangan dan kaki terlihat sedikit *sianotik*. Warna kebiruan ini, *akrosianosis*, disebabkan ketidakstabilan vasomotor, stasis kapiler, dan kadar hemoglobin yang tinggi. Keadaan ini normal, bersifat sementara, dan bertahan selama 7 sampai 10 hari, terutama bila terpajan udara dingin (Saifuddin, 2014).

h. Perubahan pada sistem reproduksi

Menurut Lailiyana, dkk (2012) sistem reproduksi pada perempuan saat lahir, ovarium bayi berisi beribu-ribu sel germinal primitif. Sel-sel ini mengandung komplemen lengkap oval yang matur karena tidak terbentuk oogonia lagi setelah bayi cukup bulan lahir. Korteks ovarium

yang terutama terdiri dari folikel primordial, membentuk bagian ovarium yang lebih tebal pada bayi baru lahir dari pada orang dewasa. Jumlah ovum berkurang sekitar 90 persen sejak bayi lahir sampai dewasa (Saifuddin 2014).

i. Perubahan pada sistem skeletal

Lailiyana, dkk (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. Terlihat juga garis pada telapak kaki bayi cukup bulan. (Saifuddin 2014).

j. Perubahan pada sistem neuromuskuler (refleks – refleks)

Sistem neurologis bayi secara anatomik atau fisiologis belum berkembang sempurna. Bayi baru lahir menunjukkan gerakan-gerakan tidak terkoordinasi, pengaturan suhu yang labil, kontrol otot yang buruk, mudah terkejut, dan tremor pada ekstermita. Perkemihan neonatus terjadi cepat. Sewaktu bayi bertumbuh, perilaku yang lebih kompleks (misalkan kontrol kepala, tersenyum, dan meraih dengan tujuan) akan berkembang (Wahyuni, 2012).

Bayi baru lahir normal memiliki banyak refleksi neurologis yang primitif. Ada atau tidaknya refleksi tersebut menunjukkan kematangan perkembangan sistem saraf yang baik yaitu :

a) Refleksi *glabellar*

Refleksi ini dinilai dengan mengetuk daerah pangkal hidung secara perlahan menggunakan jari telunjuk pada saat mata terbuka. Bayi akan mengedipkan mata pada 4-5 ketukan pertama (Wahyuni, 2012).

b) Refleksi hisap

Refleksi ini dinilai dengan memberi tekanan pada mulut bayi di bagian dalam antara gusi atas yang akan menimbulkan isapan yang kuat dan cepat. Refleksi juga dapat dilihat pada saat bayi melakukan kegiatan menyusu (wahyuni, 2012).

c) Refleksi *rooting* (mencari)

Bayi menoleh kearah benda yang menyentuh pipi. Dapat dinilai dengan mengusap pipi bayi dengan lembut, bayi akan menolehkan kepalanya ke arah jari kita dan membuka mulutnya (Wahyuni, 2012).

d) Refleksi Genggam (*grapsing*)

Refleksi ini dinilai dengan mendekatkan jari telunjuk pemeriksa pada telapak tangan bayi, tekanan dengan perlahan, normalnya bayi akan menggenggam dengan kuat. Jika telapak bayi ditekan, bayi akan mengepalkan tinjunya (Wahyuni, 2012).

e) Refleksi *babinsky*

Pemeriksaan refleksi ini dengan memberikan goresan telapak kaki dimulai dari tumit. Gores sisi lateral telapak kai kearah atas kemudian gerakkan kaki sepanjang telapak kaki. Maka bayi akan menunjukkan respons berupa semua jari hiperekstensi dengan ibu jari dorsofleksi (Wahyuni, 2012).

f) Refleksi moro

Refleksi ini ditunjukkan dengan timbulnya pergerakan tangan yang simetris apabila kepala tiba-tiba digerakkan atau dikejutkan dengan cara bertepuk tangan (Wahyuni, 2012).

g) Refleksi melangkah

Bayi menggerakkan tungkainya dalam suatu gerakan berjalan atau melangkah, jika kita memegang lengannya sedangkan kakinya dibiarkan menyentuh permukaan yang datar yang keras (Wahyuni, 2012).

4. Kebutuhan Fisik Bayi Baru Lahir

a. Nutrisi

Marmi (2012) menganjurkan berikan ASI sesering mungkin sesuai keinginan ibu (jika payudara penuh) dan tentu saja ini lebih berarti pada menyusui sesuai kehendak bayi atau kebutuhan bayi setiap 2-3 jam (paling sedikit setiap 4 jam), bergantian antara payudara kiri dan kanan. Seorang bayi yang menyusui sesuai permintaannya bisa menyusui sebanyak 12-15 kali dalam 24 jam. Biasanya, ia langsung mengosongkan payudara pertama dalam beberapa menit. Frekuensi menyusui itu dapat diatur sedemikian rupa dengan membuat jadwal rutin, sehingga bayi akan menyusui sekitar 5-10 kali dalam sehari.

Berikut ini merupakan beberapa prosedur pemberian ASI yang harus diperhatikan Marmi (2012) :

- 1) Tetekkan bayi segera atau selambatnya setengah jam setelah bayi lahir
- 2) Biasakan mencuci tangan dengan sabun setiap kali sebelum menetekkan.
- 3) Sebelum menyusui ASI dikeluarkan sedikit kemudian dioleskan pada puting susu dan aerola sekitarnya. Cara ini mempunyai manfaat sebagai disinfektan dan menjaga kelembaban puting susu.
- 4) Bayi diletakkan menghadap perut ibu

- a) Ibu duduk dikursi yang rendah atau berbaring dengan santai, bila duduk lebih baik menggunakan kursi yang rendah (kaki ibu tidak bergantung) dan punggung ibu bersandar pada sandaran kursi.
 - b) Bayi dipegang pada bahu dengan satu lengan, kepala bayi terletak pada lengkung siku ibu (kepala tidak boleh menengadah, dan bokong bayi ditahan dengan telapak tangan)
 - c) Satu tangan bayi diletakkan pada badan ibu dan satu didepan
 - d) Perut bayi menempel badan ibu, kepala bayi menghadap payudara
 - e) Telinga dan lengan bayi terletak pada satu garis lurus
 - f) Ibu menatap bayi dengan kasih sayang
- 5) Payudara dipegang dengan ibu jari diatas dan jari yang lain menopang dibawah
- 6) Bayi diberi rangsangan untuk membuka mulut dengan cara
- a) Menyentuh pipi bayi dengan puting susu atau
 - b) Menyentuh sisi mulut bayi
- 7) Setelah bayi membuka mulut dengan cepat kepala bayi diletakkan ke payudara ibu dengan puting serta aerolanya dimasukkan ke mulut bayi
- a) Usahakan sebagian besar aerola dapat masuk kedalam mulut bayi sehingga puting berada dibawah langit-langit dan lidah bayi akan menekan ASI keluar
 - b) Setelah bayi mulai menghisap payudara tidak perlu dipegang atau disanggah.
- 8) Melepas isapan bayi

Setelah selesai menyusui, ASI dikeluarkan sedikit kemudian dioleskan pada puting susu dan aerola sekitar dan biarkan kering dengan sendirinya untuk mengurangi rasa sakit. Selanjutnya sendawakan bayi tujuannya untuk mengeluarkan udara dari lambung supaya bayi tidak muntah (gumoh) setelah menyusui.

9) Cara menyendawakan bayi :

- a) Bayi dipegang tegak dengan bersandar pada bahu ibu kemudian punggungnya ditepuk perlahan-lahan
- b) Bayi tidur tengkurap di pangkuan ibu, kemudian punggungnya ditepuk perlahan-lahan.

10) Jangan mencuci puting payudara menggunakan sabun atau alkohol karena dapat membuat puting payudara kering dan menyebabkan pengerasan yang bisa mengakibatkan terjadinya luka. Selain itu, rasa puting payudara akan berbeda, sehingga bayi enggan menyusui.

b. Cairan dan Elektrolit

Menurut Marmi (2012) air merupakan nutrien yang berfungsi menjadi medium untuk nutrien yang lainnya. Air merupakan kebutuhan nutrisi yang sangat penting mengingat kebutuhan air pada bayi relatif tinggi 75-80 % dari berat badan dibandingkan dengan orang dewasa yang hanya 55-60 %. Bayi baru lahir memenuhi kebutuhan cairannya melalui ASI. Segala kebutuhan nutrisi dan cairan didapat dari ASI.

Kebutuhan cairan (*Darrow*) (Marmi, 2012):

- 1) $BB \leq 10 \text{ kg} = BB \times 100 \text{ cc}$
- 2) $BB 10 - 20 \text{ kg} = 1000 + (BB \times 50) \text{ cc}$
- 3) $BB > 20 \text{ kg} = 1500 + (BB \times 20) \text{ cc}$

c. Personal Hygiene

Menurut Marmi (2012) menjelaskan memandikan bayi baru lahir merupakan tantangan tersendiri bagi ibu baru. Ajari ibu, jika ibu masih ragu untuk memandikan bayi di bak mandi karena tali pusatnya belum pupus, maka bisa memandikan bayi dengan melap seluruh badan dengan menggunakan waslap saja. Yang penting siapkan air hangat-hangat kuku dan tempatkan bayi didalam ruangan yang hangat tidak berangin. Lap wajah, terutama area mata dan sekujur tubuh dengan lembut.

Prinsip Perawatan tali pusat menurut Saifuddin, 2014:

- 1) Jangan membungkus pusat atau mengoleskan bahan atau ramuan apapun ke puntung tali pusat
- 2) Mengusapkan alkohol ataupun iodine povidin (Betadine) masih diperkenankan sepanjang tidak menyebabkan tali pusat basah atau lembap.
- 3) Hal-hal yang perlu menjadi perhatian ibu dan keluarga yaitu:
 - a) Memperhatikan popok di area puntung tali pusat
 - b) Jika puntung tali pusat kotor, cuci secara hati-hati dengan air matang dan sabun. Keringkan secara seksama dengan air bersih
 - c) Jika pusat menjadi merah atau mengeluarkan nanah atau darah; harus segera bawa bayi tersebut ke fasilitas kesehatan

Menurut Saifuddin, 2014 tali pusat biasanya lepas dalam 1 hari setelah lahir, paling sering sekitar hari ke 10.

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

5. Kebutuhan Psikososial

a. Kasih Sayang (Bouding Attachment)

Menurut Marmi (2012) menjelaskan ikatan antara ibu dan bayinya telah terjadi sejak masa kehamilan dan pada saat persalinan ikatan itu akan semakin kuat. Bouding merupakan suatu hubungan yang berawal

dari saling mengikat diantara orangtua dan anak, ketika pertama kali bertemu. Hubungan antara ibu dengan bayinya harus dibina setiap saat untuk mempercepat rasa kekeluargaan. Kontak dini antara ibu, ayah dan bayi disebut *Bounding Attachment* melalui touch/sentuhan.

b. Rasa Aman

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

c. Harga Diri

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

d. Rasa Memiliki

Didapatkan dari dorongan orang di sekelilingnya (Marmi, 2012).

D. Konsep Dasar Masa Nifas

1. Pengertian masa nifas

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 (Nugroho, dkk, 2014).

Berdasarkan ketiga pengertian diatas maka dapat disimpulkan masa nifas adalah masa setelah bayi dan plasenta lahir hingga 42 hari atau enam minggu yang disertai dengan kembalinya alat-alat kandungan seperti sebelum hamil.

2. Tujuan asuhan masa nifas

Menurut Ambarwati (2010) asuhan yang diberikan kepada ibu nifas bertujuan untuk:

- a. Meningkatkan kesejahteraan fisik dan psikologis 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 (Ambarwati, 2010).

- b. 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).

- c. Segera merujuk ibu ke tenaga kesehatan bilamana perlu.

Pendampingan pada ibu pada masa nifas bertujuan agar keputusan tepat dapat segera diambil sesuai dengan kondisi pasien sehingga kejadian mortalitas dapat dicegah (Ambarwati, 2010).

3. Tahapan masa nifas

Menurut Nugroho, dkk (2014) tahap – tahap masa nifas yaitu :

- a. Puerperium dini. Suatu masa kepulihan dimana ibu diperbolehkan untuk berdiri dan berjalan – jalan.
- b. Puerperium intermedial. Suatu masa dimana kepulihan dari organ – organ reproduksi selama kurang lebih enam minggu.
- c. Remote puerperium. Waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat kembali dalam keadaan sempurna terutama ibu bila ibu selama hamil atau waktu persalinan mengalami komplikasi.

4. Kebijakan program nasional masa nifas

Menurut walyani (2015) semakin meningkatnya AKKI di Indonesia pada saat nifas (sekitar 60%) mencetuskan pembuatan program dan kebijakan teknis yang lebih baru mengenai jadwal kunjungan masa nifas.

Menurut walyani (2015) Asuhan dan Jadwal Kunjungan pada ibu Nifas terbagi menjadi 4 yaitu:

a. Kunjungan Pertama (6-8 jam setelah persalinan)

Tujuannya adalah untuk mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri, mendeteksi dan merawat penyebab lain perdarahan atau rujuk jika perdarahan berlanjut, memberikan konseling kepada ibu atau salah satu anggota keluarga bagaimana cara mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri, pemberian ASI awal, melakukan hubungan antara ibu dan bayi baru lahir, menjaga bayi tetap sehat dengan cara mencegah terjadi hipotermi (Walyani, 2015).

b. Kunjungan kedua (6 hari setelah persalinan)

Tujuannya untuk memastikan involusi uterus berjalan normal, uterus berkontraksi dengan baik fundus dibawah umbilicus, tidak ada perdarahan abnormal atau tidak ada bau. Menilai adanya tanda-tanda demam dan infeksi atau perdarahan abnormal. Memastikan ibu cukup mendapatkan makanan, cairan dan istirahat. Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak memperlihatkan tanda-tanda penyulit. Memberikan konseling pada ibu mengenai asuhan pada bayi, tali pusar, menjaga bayi tetap hangat dan merawat bayi sehari-hari (Walyani, 2015).

c. Kunjungan ketiga (2 minggu setelah persalinan)

Tujuannya sama dengan kunjungan yang kedua memastikan involusi uterus berjalan normal, uterus berkontraksi dengan baik fundus dibawah umbilicus, tidak ada perdarahan abnormal atau tidak ada bau. Menilai adanya tanda-tanda demam dan infeksi atau perdarahan abnormal. Memastikan ibu cukup mendapatkan makanan, cairan dan istirahat. Memberikan konseling pada ibu mengenai asuhan pada bayi, tali pusar, menjaga bayi tetap hangat dan merawat bayi sehari-hari (Ambarwati, 2010).

d. Kunjungan keempat (6 minggu setelah persalinan)

Tujuannya adalah untuk menanyakan pada ibu penyulit yang ia atau bayi alami dan memberikan konseling KB secara dini.

5. Perubahan fisiologis masa nifas

a. Perubahan sistem reproduksi

1) Involusi Uterus

a) Pengertian

Involusi atau pengerutan uterus merupakan suatu proses dimana uterus kembali ke kondisi sebelum hamil dengan berat sekitar 60 gram. Proses ini dimulai segera setelah plasenta lahir akibat kontraksi otot – otot polos uterus (Ambarwati, 2010).

b) Proses involusi uterus.

Tabel 9 Involusi Uterus

| Involusi | TFU | Berat Uterus |
|--------------------|-------------------------------|--------------|
| Bayi lahir | Setinggi pusat, | 1000 gram |
| Uri/plasenta lahir | 2 jari bawa pusat | 750 gram |
| 1 minggu | Pertengahan pusat – simfisis | 500 gram |
| 2 minggu | Tidak teraba di atas simfisis | 300 gram |
| 6 minggu | Beratambah kecil | 60 gram |

Sumber : Ambarwati (2010).

2) Lokia

Lokia adalah ekskresi cairan rahim selama masa nifas dan mempunyai reaksi basa /alkali yang yang membuat organisme berkembang lebih cepat dari pada kondisi asam yang ada vagina normal (Nugroho, dkk, 2104).

Tabel 10 Perbedaan Masing – Masing Lokea

| Lokia | Waktu | Warnah | Ciri – cirri |
|---------------------|-------------|-----------------------|---|
| <i>Rubra</i> | 1 – 3 hari | Merah kehitaman | Terdiri dari sel desidua, verniks caseosa, rambut lanugo, sisa mekonium, dan sisa darah. |
| <i>Sangui lenta</i> | 3 – 7 hari | Putih bercampur merah | Sisa darah bercampur lendir. |
| <i>Serosa</i> | 7 – 14 hari | Kekuningan/kecoklatan | Lebih sedikit darah dan lebih banyak serum, juga terdiri dari leukosit dan robekan laserasi plasenta. |
| <i>Alba</i> | >14 hari | Putih | Mengandung leukosit, selaput lendir serviks dan serabut jaringan yang mati. |

Sumber : Nugroho, dkk, 2014)

3) Serviks

Delapan belas jam pasca partum, serviks memendek dan konsistensinya menjadi lebih padat dan kembali ke bentuk semula. Muara serviks, yang berdilatasi 10 cm sewaktu melahirkan, menutup secara bertahap, 2 jari mungkin masih dapat dimasukkan kedalam muara serviks pada hari ke -4 sampai ke-6 pasca partum, tetapi hanya tangkai kuret terkecil yang dapat dimasukkan pada akhir minggu ke-2. Muara serviks eksterna tidak akan berbentuk lingkaran seperti sebelum melahirkan, tetapi terlihat memanjang seperti suatu celah, sering disebut seperti mulut ikan (Nugroho, dkk, 2014).

b. Perubahan pada sistem pencernaan

Sistem gastrotinal selama hamil dipengaruhi oleh beberapa hal, diantaranya tingginya kadar progesterone yang dapat mengganggu keseimbangan cairan tubuh, meningkatkan kolesterol darah, dan melambatkan kontraksi otot-otot polos. Pasca melahirkan, kadar

progesterone juga mulai menurun. Namun demikian, faal usus memerlukan 3–4hari untuk kembali normal (Nugroho, dkk, 2014).

Beberapa hal yang berkaitan dengan perubahan sitem pencernaan antara lain:

1) Nafsu makan

Pasca melahirkan ibu biasanya merasa lapar, dan diperbolehkan untuk makan. Pemulihan nafsu makan dibutuhkan 3 samapi 4 hari sebelum faal usus kembali normal. Meskipun kadar progesterone menurun setelah melahirkan, asupan makanan juga mengalami penurunan selama satu atau dua hari (Nugroho, dkk, 2014).

2) 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 (Nugroho, dkk, 2014).

3) Pengosongan usus

Pasca melahirkan, ibu sering mengalami konstipasi. Hal ini disebabkan tonus otot usus menurun selama proses persalinan dan awal masa pascapartum. Diare sebelum persalinan, enema sebelum melahirkan, kurang makan, dehidrasi, hemoroid ataupun laserasi jalan lahir. System pencernaan pada masa nifas membutuhkan waktu untuk kembali normal. Beberapa cara agar ibu dapat buang air besar kembali teratur, antara lain : Pemberian diet/makanan yang mengandung serat; Pemberian cairan yang cukup; Pengetahuan tentang pola eliminasi; Pengetahuan tentang perawatan luka jalan lahir; Bila usaha di atas tidak berhasil dapat dilakukan pemberian huknah atau obat yang lain (Nugroho, dkk, 2014).

c. Perubahan sistem perkemihan

Menurut Nugroho, dkk (2014) perubahan sistem perkemihan pada wanita melahirkan yaitu urin dalam jumlah yang besar akan dihasilkan dalam waktu 12–36jam sesudah melahirkan. Hal yang menyebabkan kesulitan buang air kecil pada ibu postpartum, antara lain :

- 1) Adanya odema trigonium yang menimbulkan *obstruksi* sehingga terjadi retensi urin.
- 2) Diaphoresis yaitu mekanisme tubuh untuk mengurangi cairan yang terentasi dalam tubuh, terjadi selama 2 hari setelah melahirkan.
- 3) Depresi dari sfinter uretra oleh karna penekanan kepala janin dan spasme oleh iritasi muskulus sfinter ani selama persalinan, sehingga menyebabkan *miksi* tidak tertahankan. Perubahan system perkemihan pada wanita melahirkan.

d. Perubahan sistem muskuloskeletal

Menurut Nugroho, dkk (2014) Pada saat postpartum sistem muskuloskeletal akan berangsur – angsur pulih kembali. Ambulasi dini dilakukan segera setelah melahirkan untuk membantu mencegah komplikasi dan mempercepat involusi uteri

Adaptasi sistem muskuloskeletal pada masa nifas meliputi :

1) Dinding perut dan peritonium

Dinding perut akan longgar pasaca persalinan. Keadaan ini akan pulih kembali dalam 6 minggu. Pada wanita yang asthenis terjadi diastasis dari otot – otot rectus abdominis, sehingga sebagian dari dinding perut di garis tengah hanya terdiri dari peritoneum, fasia tipis dan kulit (Nugroho, dkk, 2014).

2) *Striae*

Striae adalah suatu perubahan warnah seperti jaringan parut pada dinding abdomen. *Striae* pada dinding abdomen tidak dapat menghilang sempurna melainkan membentuk garis lurus yang samar (Nugroho, dkk, 2014).

3) Perubahan ligamen

Janin lahir, ligamen – ligamen, diafragma pelvis dan vasia yang meregang sewaktu kehamilan dan partus berangsur – angsur menciut kembali seperti sediakala (Nugroho, dkk, 2014).

4) Simfisis pubis

Pemisahan simpisis pubis jarang terjadi namun demikian. Gejala dari pemisahan simpisis pubis antara lain nyeri tekan pada pubis disertai peningkatan nyeri saat bergerak di tempat tidur ataupun waktu berjalan. Pemisahan simpisis dapat dipalpasi. Gejala ini akan menghilang setelah beberapa minggu atau bulan pasca melahirkan, bahkan ada yang menetap (Nugroho, dkk, 2014).

5) Nyeri punggung bawa

Nyeri punggung merupakan gejala pasca partum jangka panjang yang sering terjadi. Hal ini disebabkan adanya ketegangan postural pada sistem muskuloskeletal akibat posisi saat persalinan (Nugroho, dkk, 2014).

6) Sakit kepala dan nyeri leher

Pada minggu pertama dan tiga bulan setelah melahirkan, sakit kepala dan *migrain* bisa terjadi. Gejala ini dapat mempengaruhi aktifitas dan ketidaknyamanan pada ibu post partum. Sakit kepala dan nyeri leher yang jangka panjang dapat timbul akibat setelah pemberian anastesi umum (Nugroho, dkk, 2014).

e. Perubahan sistem endokrin

Turunnya estrogen dan progesteron menyebabkan peningkatan prolaktin dan menstimulasi air susu. Perubahan fisiologis yang terjadi pada wanita setelah melahirkan melibatkan perubahan yang progresif atau pembentukan jaringan-jaringan baru. Selama proses kehamilan dan persalinan terdapat perubahan pada sistem endokrin, terutama pada hormon-hormon yang berperan dalam proses tersebut (Nugroho, dkk, 2014).

Hormon yang berperan dalam sistem endokrin sebagai berikut :

1) Oksitosin

Oksitosin disekresikan dari kelenjar otak bagian belakang. Selama tahap kala III persalinan, hormon oksitosin berperan dalam pelepasan plasenta dan mempertahankan kontraksi, sehingga mencegah pendarahan. Isapan bayi dapat merangsang produksi ASI dan sekresi oksitosin yang dapat membantu uterus kembali ke bentuk normal (Saifuddin, 2011)

2) Prolaktin

Hormon ini berperan dalam pembesaran payudara untuk merangsang produksi susu, pada wanita yang menyusui bayinya, kadar prolaktin tetap tinggi dan pada permulaan ada rangsangan folikel dalam ovarium yang diteka, pada wanita yang tidak menyusui tingkat sirkulasi prolaktin menurun dalam 14 sampai 21 hari setelah persalinan, sehingga merangsang kelenjar bawah depan otak yang mengontrol ovarium ke arah permulaan pola produksi estrogen dan progesteron yang normal, pertumbuhan folikel ovulasi dan menstruasi (Saifuddin, 2011).

3) Hormone plasenta

Pengeluaran plasenta menyebabkan penurunan hormone yang diproduksi oleh plasenta. Hormone plasenta menurun dengan cepat pasca persalinan. Penurunan hormone HPL (human plasenta lactogen) menyebabkan kadar gula darah menurun pada masa nifas. Human chorionic gonadotropin (HCG) menurun dengan cepat dan menetap sampai 10 persen dalam 3 jam hingga hari ke-7 post partum dan sebagai onset pemenuhan mammae pada hari ke-3 post partum (Marmi, 2012).

4) Hormon pituitary

Hormon pituitary antara lain : hormone prolaktin, FSH, LH. Hormon prolaktin darah meningkat dengan cepat, pada wanita tidak menyusui menurun selama dalam waktu 2 minggu. Hormon

prolaktin berperan dalam pembesaran payudara untuk merangsang produksi susu. FSH dan LH meningkat pada fase kosentarsi folikuler pada minggu ke -3, dan LH tetap rendah hingga ovulasi terjadi (Marmi, 2012).

5) Hormone 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 melahirkan berkisar 16 persen dan 45 persen setelah 12 minggu pasca melahirkan. Sedangkan pada wanita yang tidak menyusui akan mendapatkan menstruasi berkisar 40 persen setelah 6 minggu pasca melahirkan dan 90% setelah 24 minggu (Marmi, 2012).

6) Estrogen dan progesteron

Diperkirakan bahwa tingkat estrogen yang tinggi memperbesar hormon antidiuretik yang meningkatkan volume darah, disamping itu, progesterone mempengaruhi otot halus yang mengurangi perangsangan dan peningkatan pembuluh darah yang sangat mempengaruhi saluran kemih, ginjal, usus, dinding vena, dasar panggul, perineum dan vulva, serta vagina (Nugroho, dkk, 2014).

f. Perubahan tanda – tanda vital

1) Tekanan Darah

Tekanan darah adalah tekanan yang dialami darah pada pembuluh arteri ketika darah dipompa oleh jantung ke seluruh anggota tubuh manusia. Pasca melahirkan pada kasus normal tekanan darah biasanya tidak berubah. Perubahan tekanan darah menjadi lebih rendah pasca melahirkan dapat diakibatkan oleh perdarahan (Marmi, 2012).

2) Suhu

Suhu maternal kembali normal dari suhu yang sedikit meningkat selama periode intrapartum dan stabil dalam 24 jam pertama pascapartum. Suhu tubuh wanita inpartu tidak lebih dari $37,2^{\circ}\text{C}$ dan satu hari (24 jam). Dapat naik $\leq 0,5^{\circ}\text{C}$ dari keadaan normal menjadi sekitar ($37,5^{\circ}\text{C} - 38^{\circ}\text{C}$). namun tidak akan melebihi 38°C . Sesudah 2 jam pertama melahirkan umumnya suhu badan akan kembali normal (Saifuddin, 2011).

3) Nadi

Denyut nadi yang meningkat selama persalinan akhir, kembali normal setelah beberapa jam pertama pascapartum. Hemoragi, demam selama persalinan dan nyeri akut atau persisten dapat mempengaruhi proses ini. Apabila denyut nadi di atas 100 selama puerperium, hal tersebut abnormal dan mungkin menunjukkan adanya infeksi atau hemoragi pascapartum lambat (Marmi, 2012).

4) Pernafasan

Pada ibu post partum umumnya pernafasan lambat atau normal. Hal ini dikarenakan ibu dalam keadaan pemulihan atau dalam kondisi istirahat. Keadaan pernafasan selalu berhubungan dengan keadaan suhu dan denyut nadi. Bila suhu nadi tidak normal pernafasan juga akan mengikutinya (Nugroho, dkk, 2014).

g. Perubahan sistem kardiovaskuler

Perubahan system kardiovaskuler pada persalinan pervaginam kehilangan darah sekitar 300 – 400 cc. Volume darah ibu relative akan bertambah, keadaan ini akan menimbulkan beban pada jantung menimbulkan dekompensasi jantung pada penderita *vitium cordial*, untuk keadaan ini dapat diatasi dengan mekanisme kompensasi dengan timbulnya haemokonsentrasi sehingga volume darah kembali seperti sedia kala. Umumnya hal ini dapat terjadi pada hari ke-3 sampai hari ke-5 postpartum (Nugroho, dkk, 2014).

h. Perubahan sistem hematologi

Perubahan haematologi pada hari pertama postpartum, kadar fibrinogen dan plasma akan sedikit menurun tetapi darah lebih mengental dengan peningkatan viskositas meningkatkan faktor pembekuan darah leukositosis yang meningkat dimana jumlah sel darah putih dapat mencapai 15.000 selama persalinan akan tetap tinggi dalam beberapa jumlah sel darah putih pertama dari masa postpartum. Kira-kira selama kelahiran dan masa postpartum terjadi kehilangan darah sekitar 250–500ml. Penurunan volume dan peningkatan sel darah merah pada kehamilan diasosiasikan dengan peningkatan hematokrit dan haemoglobin pada hari ke 3-7 postpartum dan akan kembali normal dalam 4–5minggu postpartum (Nugroho, dkk, 2014).

6. Proses adaptasi psikologis ibu masa nifas

a. Adapasi psikologis ibu dalam masa nifas

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

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

1) Fase *taking in*

Fase ini merupakan periode ketergantungan, yang berlangsung dari hari pertama sampai hari kedua setelah melahirkan. Ibu terfokus pada dirinya sendiri, sehingga cenderung pasif terhadap lingkungannya. Ketidaknyamanan yang dialami antara lain rasa mules, nyeri pada luka jahitan, kurang tidur, kelelahan. Hal yang perlu diperhatikan pada fase ini adalah istirahat cukup, komunikasi dan asupan nutrisi yang baik (Nugroho, dkk, 2014).

2) Fase *taking hold*

Fase ini berlangsung antara 3– 10hari setelah melahirkan. Ibu merasa khawatir akan ketidak mampuan dan rasa tanggung jawab dalam perawatan bayinya. Perasaan ibu lebih sensitive dan lebih cepat tersinggung (Nugroho, dkk, 2014).

3) Fase *letting go*

Fase ini adalah fase menerima tanggung jawab akan peranbarunya. Fase ini berlangsung pada hari ke 10 setelah melahirkan. Ibu sudah dapat menyesuaikan diri dengan ketergantungan bayinya. Terjadi peningkatan akan perawatan diri dan bayinya. Ibu merasa percaya diri akan peran barunya, lebih mandiri dalam memenuhi kebutuhan bayi dan dirinya (Nugroho, dkk, 2014).

b. Post partum *blues*

Marmi (2012) post partum *blues* merupakan kesedihan atau kemurungan setelah melahirkan, biasanya hanya muncul sementara waktu yakni sekitar dua hari hingga dua minggu sejak kelahiran bayi. Beberapa penyesuaian dibutuhkan oleh wanita dalam menghadapi aktivitas dan peran barunya sebagai ibu pada minggu – minggu atau bulan – bulan pertama setelah melahirkan, baik dari segi fisik maupun psikologi. Beberapa gejala post partum blues sebagai berikut : cemas tanpa sebab, menangis tanpa sebab, tidak sabar, tidak percaya diri, sensitive mudah tersinggung, merasa kurang menyayangi bayinya

7. Faktor-faktor yang mempengaruhi masa nifas dan menyusui

a. Faktor fisik

Kelelahan fisik karena aktivitas mengasuh bayi, menyusui, memandikan, mengganti popok, dan pekerjaan setiap hari membuat ibu kelelahan, apalagi jika tidak ada bantuan dari suami atau anggota keluarga lain (Sulistyawati, 2009).

b. Faktor psikologis

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

c. Faktor lingkungan, sosial, budaya dan ekonomi

Adanya adat istiadat yang dianut oleh lingkungan dan keluarga sedikit banyak akan memengaruhi keberhasilan ibu dalam melewati saat transisi ini. Apalagi jika ada hal yang tidak sinkron antara arahan dari tenaga kesehatan dengan budaya yang dianut. Dalam hal ini, bidan harus bijaksana dalam menyikapi, namun tidak mengurangi kualitas asuhan yang harus diberikan (Sulistyawati, 2009).

d. Kesedihan dan duka cita

Kesedihan adalah reaksi emosi, mental dan fisik dan sosial yang normal dari kehilangan suatu yang dicintai dan diharapkan. Berduka yang paling besar adalah disebabkan karena kematian bayi meskipun kematian terjadi saat kehamilan. Bidan harus memahami psikologis ibu dan ayah untuk membantu mereka melalui pasca berduka dengan cara yang sehat. Berduka adalah respon psikologis terhadap kehilangan. Proses berduka terdiri dari tahap atau fase identifikasi respon tersebut (Nugroho, dkk, 2014).

8. Kebutuhan dasar ibu masa nifas

a. Nutrisi dan cairan

Ibu nifas harus mengkonsumsi makanan yang mengandung zat – zat yang berguna bagi tubuh ibu pasca melahirkan dan untuk persiapan produksi ASI, bervariasi dan seimbang, terpenuhi kebutuhan karbohidrat, protein, zat besi, vitamin dan mineral, untuk mengatasi anemia, cairan dan serat untuk memperlancar ekskresi (Maritalia, 2014).

Menurut Marmi (2012) wanita dewasa memerlukan 2.200 kalori. Ibu menyusui memerlukan kalori yang sama dengan wanita dewasa \pm 700 kalori pada 6 bulan pertama kemudian \pm 500 kalori bulan selanjutnya. Gizi ibu menyusui :

- 1) Mengonsumsi tambahan 500 kalori tiap hari.
- 2) Makan diet berimbang untuk mendapatkan protein, mineral, dan vitamin yang cukup.

- 3) Minum sedikitnya 3 liter setiap hari (anjurkan ibu untuk minum setiap kali menyusui).
- 4) Pil zat besi harus diminum untuk menambah zat gizi setidaknya selama 40 hari pasca bersalin.
- 5) Minum vitamin A (200.000 IU) agar bisa memberikan vitamin A kepada bayinya melalui ASI.

b. Ambulasi

Menurut Maritalia (2014) mobilisasi sebaiknya dilakukan secara bertahap. Diawali dengan gerakan miring ke kanan dan ke kiri diatas tempat tidur, mobilisasi ini tidak mutlak bervariasi tergantung pada ada tidaknya komplikasi persalinan, nifas dan status kesehatan ibu sendiri.

Terkait dengan mobilisasi, ibu sebaiknya memperhatikan hal – hal berikut :

- 1) Mobilisasi jangan dilakukan terlalu cepat karena bisa menyebabkan ibu terjatuh.
- 2) Pastikan bahwa ibu bisa melakukan gerakan – gerakan tersebut di atas secara bertahap, jangan terburu – buru.
- 3) Pemulihan pasca salin akan berlansung lebih cepat bila ibu melakukan mobilisasi dengan benar dan tepat, terutama untuk sistem peredaran darah , pernafasan dan otot rangka.
- 4) Jangan melakukan mobilisasi secara berlebihan karena bisa menyebabkan meningkatnya beban kerja jantung.

c. Eliminasi

1) *Miksi*

Buang air kecil sendiri sebaiknya dilakukan secepatnya. Miksi normal bila dapat BAK spontan seetiap 3-4 jam. Kesulitan BAK dapat disebabkan karena sfingter uretra tertekan oleh kepala janin dan spesmen oleh iritasi muskulo spingter ani selama persalinan. Lakukan keteterisasi apabila kandung kemih penuh dan sulit berkemih.

2) Defekasi

Ibu diharapkan dapat BAB sekitar 3–4hari post partum. Apabila mengalami kesulitan BAB, lakukan diet teratur ; cukup cairan, konsumsi makanan berserat, olahraga, berikan obat perangsang per oral/ rectal atau lakukan klisma bilamana perlu (Nugroho, dkk, 2014).

d. Kebersihan diri atau perineum

Kebutuhan diri berguna mengurangi infeksi dan meningkatkan perasaan nyaman. Kebersihan diri meliputi kebersihan tubuh, pakaian, tempat tidur maupun lingkungan (Nugroho, dkk, 2014).

e. 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 (Nugroho, dkk, 2014).

f. Seksual

Secara fisik aman untuk memulai hubungan suami istri begitu darah merah berhenti dan ibu dapat memasukan satu atau dua jarinya kedalam vagina tanpa rasa nyeri. Begitu darah merah berhenti dan ibu tidak merasakan ketidaknyamanan, aman untuk memulai melakukan hubungan suami istri kapan saja ibu siap (Rukiyah, dkk, 2010).

g. Senam nifas

Senam nifas merupakan latihan yang tepat untuk memulihkan kondisi tubuh ibu dan keadaan ibu secara fisiologi maupun psikologi. Senam nifas sebaiknya dilakukan dalam 24 jam setelah persalinan, secara teratur setiap hari (Marmi, 2012).

9. Respon orang tua terhadap bayi baru lahir

a. *Bounding attachment*

1) Pengertian

Bounding dimulainya interaksi emosi sensorik fisik antara orang tua dan bayi segera setelah lahir. *Attachment* yaitu ikatan

yang terjalin antara individu yang meliputi pencurahan perhatian, yaitu hubungan emosi dan fisik yang akrab (Nugroho, dkk, 2014).

2) Tahap-tahap *Bounding Attachment*

Perkenalan (*acquaintance*), dengan melakukan kontak mata, menyentuh, berbicara dan mengeksplorasi segera setelah mengenal bayinya; *Bounding* (keterikatan); *Attachment*, perasaan sayang yang mengikat individu dengan individu lain.

3) Elemen-elemen *Bounding Attachment*

Menurut Yanti dan Sundawati (2011) elemen-elemen *bounding attachment* sebagai berikut :

a) Sentuhan

Sentuhan, atau indera peraba, di pakai secara ekstensif oleh orang tua atau pengasuh lain sebagai suatu sarana untuk mengenali bayi baru lahir dengan cara mengeksplorasi tubuh bayi dengan ujung jarinya.

b) Kontak mata

Ketika bayi baru lahir atau secara fungsional mempertahankan kontak mata, orangtua dan bayi akan menggunakan lebih banyak waktu untuk saling memandang. Beberapa ibu mengatakan, dengan melakukan kontak mata mereka merasa lebih dekat dengan bayinya.

c) Suara

Saling mendengar dan merespon suara antara orangtua dengan bayinya juga penting. Orangtua menunggu tangisan pertama bayinya dengan tenang.

d) Aroma

Ibu mengetahui bahwa setiap anak memiliki aroma yang unik.

e) *Entrainment*

Bayi baru lahir bergerak-gerak sesuai dengan struktur pembicaraan orang dewasa. Mereka menggoyang tangan,

mengangkat kepala, menendang-nendang kaki seperti sedang berdansa mengikuti nada suara orangtuanya. Entrainment terjadi saat anak mulai berbicara.

f) *Bioritme*

Anak yang belum lahir atau baru lahir dapat dikatakan senada dengan ritme alamiah ibunya. Untuk itu, salah satu tugas bayi yang baru lahir ialah membentuk ritme personal (*bioritme*). Orangtua dapat membantu proses ini dengan member kasih sayang yang konsisten dan dengan memanfaatkan waktu saat bayi mengembangkan perilaku yang responsif.

g) Kontak dini

Saat ini, tidak ada bukti- bukti alamiah yang menunjukkan bahwa kontak dini setelah lahir merupakan hal yang penting untuk hubungan orangtua-anak.

b. Respon ayah dan keluarga

1) Respon Positif

Adapun beberapa respon positif ayah adalah : Ayah dan keluarga menyambut kelahiran bayinya dengan bahagia; Ayah bertambah giat bekerja untuk memenuhi kebutuhan bayi dengan baik; Ayah dan keluarga melibatkan diri dalam perawatan bayi; Perasaan sayang terhadap ibu yang telah melahirkan bayi (Nugroho, dkk, 2014).

2) Respon Negatif

Menurut Nugroho, dkk (2014) respon negative dari seorang ayah adalah yaitu :

- a) Kelahiran bayi yang tidak diinginkan keluarga karena jenis kelamin yang tidak sesuai keinginan.
- b) Kurang bahagia karena kegagalan KB.
- c) Perhatian ibu pada bayi yang berlebihan yang menyebabkan ayah kurang mendapat perhatian.

- d) Factor ekonomi mempengaruhi perasaan kurang senang atau kekhawatiran dalam membina keluarga karena kecemasan dalam biaya hidupnya.
- e) Rasa malu baik bagi ibu dan keluarga karena anak lahir cacat. Anak yang di lahirkan merupakan hasil berbuat zina, sehingga menimbulkan rasa malu dan aib bagi keluarga.

10. Proses laktasi dan menyusui

a. Anatomi dan fisiologi payudara

1) Anatomi

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

Ada 3 bagian utama payudara yaitu:

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

Didalam korpus mamae terdapat alveolus yaitu unit terkecil yang memproduksi susu. Alveolus terdiri dari beberapa sel aciner, jaringan lemak, sel plasma, sel otot polos dan pembuluh darah. Beberapa lobulus berkumpul menjadi 15–20 lobus pada tiap payudara (Nugroho, dkk, 2014).

b) *Areola* yaitu bagian yang kehitaman ditengah

Letaknya mengelilingi puting susu dan berwarna kegelapan yang disebabkan oleh penipisan dan penimbunan pigmen pada kulitnya. Perubahan warna ini tergantung dari corak kulit dan adanya kehamilan (Nugroho, dkk, 2014).

c) *Papilla* atau puting yaitu bagian yang menonjol di puncak payudara. Terletak setinggi interkosta IV, tetapi berhubungan dengan adanya variasi bentuk dan ukuran payudara maka letaknya pun akan bervariasi pula (Nugroho, dkk, 2014).

2) Fisiologi payudara

Laktasi/menyusui mempunyai 2 pengertian yaitu produksi dan pengeluaran ASI. Pengeluaran ASI merupakan suatu intraksi yang sangat kompleks antara rangsangan mekanik, saraf dan bermacam-macam hormone (Nugroho, dkk, 2014).

a) Pengaruh hormonal

Mulai dari bulan ketiga kehamilan, tubuh wanita memproduksi hormon yang menstimulasi munculnya ASI dalam system payudara. Saat bayi mengisap sejumlah sel syaraf di payudara ibu mengirimkan pesan ke hipotalamus, ketika menerima pesan itu, hipotalamus melepas “rem” penahan prolaktin, untuk mulai menghasilkan ASI, prolaktin. Progesteron memengaruhi pertumbuhan dan ukuran alveoli, tingkat progesterone dan estrogen menurun sesaat setelah melahirkan, hal ini menstimulasi produksi secara besar-besaran. Estrogen berperan menstimulasi sistem saluran ASI untuk membesar. Tingkat estrogen menurun saat melahirkan dan tetap rendah atau beberapa bulan selama tetap menyusui. Prolaktin berperan dalam membesarnya alveoli dalam kehamilan. Oksitosin berperan mengencangkan otot halus dalam rahim padasaat melahirkan dan setelahnya. Setelah melahirkan, oksitosin juga mengencangkan otot halus disekitar alveoli memeras ASI menuju saluran susu. Oksitosin berperan dalam proses turunnya susu *let-down*.

b. Manfaat pemberian ASI

Adapun beberapa manfaat pemberian ASI adalah:

1) Bagi bayi

- a) Nutrient (zat gizi) yang sesuai untuk bayi.
- b) Mengandung zat protektif.
- c) Mempunyai efek psikologis yang menguntungkan.
- d) Menyebabkan pertumbuhan yang baik.

e) Mengurangi kejadian karies dentis.

f) Mengurangi kejadian malokulasi.

2) Bagi ibu

a) Aspek kesehatan ibu

Isapan bayi pada payudara akan merangsang terbentuknya oksitosin oleh kelenjar hypofisis. Oksitosin membantu involusi uterus dan mencegah terjadinya perdarahan pasca persalinan.

b) Aspek KB

Menyusui secara eksklusif dapat menjarangkan kehamilan. Hormone yang mempertahankan laktasi berkerja menekan hormone ovulasi, sehingga dapat menunda kembalinya kesuburan.

c) Aspek psikologis

Ibu akan merasa bangga dan diperlukan, rasa yang dibutuhkan oleh semua manusia.

c. Tanda bayi cukup ASI

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

1) Bayi minum ASI tiap 2-3 jam atau dalam 24 jam minimal mendapatkan ASI 8 kali pada 2-3 minggu pertama.

2) Kotoran berwarna kuning dengan frekuensi sering, dan warna menjadi lebih muda pada hari kelima setelah lahir.

3) Bayi akan sering buang air kecil paling tidak 6-8 kali sehari.

4) Ibu dapat mendengarkan pada saat bayi menelan ASI.

5) Payudara terasa lebih lembek, yang menandakan ASI telah habis.

d. ASI eksklusif

Menurut Mansyur dan Dahlan (2014) ASI adalah pemberian ASI yang dimulai sejak bayi baru lahir sampai dengan usia 6 bulan tanpa tambahan makanan dan minuman seperti susu, formula jeruk, madu,

air gula, air putih, air teh, pisang, bubur susu, biscuit, bubur nasi, dan nasi tim.

ASI eksklusif adalah pemberian ASI saja pada bayi sampai usia 6 bulan dianjurkan oleh tanpa tambahan cairan ataupun makanan lain. ASI dapat diberikan samapai bayi berusia 2 tahun (Mansyur dan Dahlan, 2014).

e. Cara merawat payudara

Menurut Dahlan dan Mansyur (2014) cara merawat payudara adalah :

1) Persiapan alat dan bahan

- a) Minyak kelapa dalam wadah.
- b) Kapas/kasa beberapa lembar.
- c) Handuk kecil 2 buah.
- d) Waslap 2 buah.
- e) Waskom 2 buah (isi air hangat atau dingin).
- f) Nierbeken.

2) Persiapan pasien

Sebelum melakukan perawatan payudara terlebih dahulu dilakukan persiapan pasien dengan memberitahukan kepada ibu apa yang akan dilaksanakan. Sedangkan petugas sendiri persiapannya mencuci tangan terlebih dahulu.

3) Langkah petugas

- a) Basahi kapas atau kasa dengan minyak kelapa, kemudian bersihkan puting susu dengan kapas atau kassa tersebut hingga kotoran di sekitar areola dan puting terangkat.
- b) Tuang minyak kelapa sedikit ke dua telapak tangan kemudian ratakan di kedua payudara.
- c) Cara pengurutan (massage) payudara :
 - 1) Dimulai dengan gerakan melingkar dari dalam keluar, gerakan ini diulang sebanyak 20-30 kali selama 5 menit. Selanjutnya lakukan gerakan sebaliknya yaitu mulai dari

dalam ke atas, ke samping, ke bawah hingga menyangga payudara kemudian dilepas perlahan-lahan.

- 2) Tangan kiri menopang payudara kiri, tangan kanan mengerut payudara dari pangkal atau atas ke arah puting. Lakukan gerakan selanjutnya dengan tangan kanan menopang payudara kanan kemudian tangan kiri mengerut dengan cara yang sama. Dengan menggunakan sisi dalam telapak tangan sebanyak 20–30kali selama 5 menit.
- 3) Rangsangan payudara dengan pengompresan memakai washlap air hangat dan dingin secara bergantian selama kurang lebih 5 menit. Setelah selesai keringkan payudara dengan handuk kecil, kemudian pakai BH kusus untuk menyusui.

f. Cara menyusui yang baik dan benar

Adapun cara menyusui yang benar menurut Dahlan dan Mansyur (2014) adalah :

- 1) Cuci tangan yang bersih menggunakan sabun dan dapa air yang mengalir. Perah sedikit ASI oleskan disekitar puting, duduk dan berbaring dengan santai.
- 2) Bayi diletakkan menghadap ke ibu dengan posisi sanggah seluruh tubuh bayi, jangan hanya leher dan bahunya saja, kepala dan tubuh bayi lurus, hadapkan bayi ke dada ibu, sehingga hidung bayi berhadapan dengan puting susu, dekatkan badan bayi ke badan ibu, menyentuh bibir bayi ke puting susunya dan menunggu mulut bayi terbuka lebar. Segera dekatkan bayi ke payudara sedemikian rupa sehingga bibir bawah bayi terletak di bawah puting susu.
- 3) Cara meletakkan mulut bayi dengan benar yaitu dagu menempel pada payudara ibu, mulut bayi terbuka dan bibir bawah bayi membuka lebar.
- 4) Setelah memberikan ASI dianjurkan ibu untuk menyendawakan bayi. Tujuan menyendawakan adalah mengeluarkan udara lambung

supaya bayi tidak muntah setelah menyusui. Adapun cara menyendawakan adalah:

- a) Bayi digendong tegak dengan bersandar pada bahu ibu kemudian punggung di tepuk perlahan-lahan.
- b) Bayi tidur tengkurap dipangkuan ibu, kemudian punggung di tepuk perlahan-lahan.

g. Masalah dalam pemberian ASI

Menurut Dahlan dan Mansyur (2014) ada beberapa masalah dalam pemberian ASI, antara lain :

1) Bayi sering menangis

Tangisan bayi dapat dijadikan ssebagai cara berkomunikasi antara ibu dan buah hati. Pada saat bayi menangis, maka cari sumber penyebabnya. Dan yang paling sering karena kurang ASI.

2) Bayi bingung putting (*Nipple confusion*)

Bingung putting (*Nipple confusion*) terjadi akibat pemberian susu formula dalam botol yang berganti-ganti. Hal ini akibat mekanisme meenyusu pada putting susu ibu berbeda dengan mekanisme menyusui pada botol. Tanda bayi bingung putting antara lain :

- a) Bayi menolak menyusui.
- b) Isapan bayi terputus-putus dan sebentar-bentar.
- c) Bayi mengisap putting seperti mengisap dot.

Hal yang diperhatikan agar bayi tidak bingung dengan putting susu adalah :Berikan susu formula menggunakan sendok ataupun cangkir dan Berikan susu formula dengan indikasi yang kuat.

3) Bayi dengan ikterus

Ikterik pada bayi sering terjadi pada bayi yang kurang mendapatkan ASI. Ikterik dini terjadi pada bayi usia 2–10hari yang disebabkan oleh kadar bilirubin dalam darah tinggi. Untuk mengatasi agar tidak terjadi hiper bilirubinnemia pada bayi maka:

(a) Segeralah menyusui bayi baru lahir.

(b) Menyusui bayi sesering mungkin tanpa jadwal dan *on demand*.

4) Bayi sakit

Bayi sakit dengan indikasi khusus tidak diperbolehkan mendapatkan makanan per oral, tetapi saat kondisi bayi sudah memungkinkan maka berikan ASI. Posisi menyusui yang tepat untuk mencegah terjadinya muntah, antara lain dengan posisi duduk.

5) Bayi dengan lidah pendek (lingual frenulum)

Bayi dengan lidah pendek atau lingual frenulum (jaringan ikat penghubung lidah dan dasar mulut) yang pendek dan tebal serta kaku tak elastic, sehingga membatasi gerak lidah dan bayi tidak mendapat menjulurkan lidahnya untuk “mengurut” puting dengan optimal.

6) Bayi yang memerlukan perawatan

Pada saat bayi sakit memerlukan perawatan, padahal bayi masih menyusu, sebaiknya ibu tetap merawat dan memberikan ASI. Apabila tidak terdapat fasilitas, maka ibu dapat memerah ASI dan menyimpannya.

E. Keluarga Berencana

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

KB pasca persalinan meliputi :

1. Suntik

a. Suntikan kombinasi

1) Pengertian

Suntikan kombinasi merupakan kontrasepsi suntik yang berisi hormone sintesis estrogen dan progesteron. Jenis suntikan kombinasi adalah 25 mg Depo Medroksiprogesteron Asetat dan 5

mg Estradiol Sipionat yang diberikan injeksi I.M sebulan sekali (Cyclofem) dan 50 mg Noretindron Enantat dan 5 mg Estradiol Valerat yang diberikan injeksi I.M sebulan sekali (Handayani, 2011).

2) Cara kerja

Menurut Handayani (2011) cara kerja suntikan kombinasi yaitu:

- a) Menekan ovulasi.
- b) Membuat lendir serviks menjadi kental sehingga penetresi sperma terganggu.
- c) Menghambat transportasi gamet oleh tuba

3) Keuntungan

Menurut Handayani (2011) keuntungan suntikan kombinasi yaitu :

- a) Tidak berpengaruh terhadap hubungan suami istri.
- b) Tidak perlu pemeriksaan dalam.
- c) Klien tidak perlu menyimpan obat.
- d) Mengurangi jumlah perdarahan sehingga mengurangi anemia.
- e) Resiko terhadap kesehatan kecil.
- f) Mengurangi nyeri saat haid.

4) Kerugian

Menurut Handayani (2011) kerugian suntikan kombinasi yaitu :

- a) Terjadi perubahan pada pola haid, seperti tidak teratur, perdarahan bercak/spotting atau perdarahan selama 10 hari.
- b) Mual, sakit kepala, nyeri payudara ringan, dan keluhan seperti ini akan hilang setelah suntikan kedua atau ketiga.
- c) Ketergantungan klien terhadap pelayanan kesehatan. Klien harus kembali setiap 30 hari untuk mendapat suntikan.
- d) Efektivitasnya berkurang bila digunakan bersamaan dengan obat – obat *epilepsy*.

b. Suntikan progestin

1) Pengertian

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

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

2) Cara kerja

Menurut Handayani (2011) cara kerja suntikan progestin yaitu :

- a) Menghambat ovulasi.
- b) Mengentalkan lendir serviks sehingga menurunkan kemampuan penetresi sperma.
- c) Menjadikan selaput lendir rahim tipis dan *atrofi*.
- d) Menghambat transportasi gamet oleh tuba.

3) Keuntungan

Menurut Handayani (2011) keuntungan suntikan progestin yaitu :

- a) Sangat efektif.
- b) Pencegahan kehamilan jangka panjang.
- c) Tidak berpengaruh terhadap hubungan suami istri
- d) Tidak mengandung estrogen sehingga tidak berdampak serius terhadap penyakit jantung dan gangguan pembekuan darah
- e) Tidak memiliki pengaruh terhadap ASI.
- f) Sedikit efek samping.
- g) Klien tidak perlu menyimpan obat suntik.

h) Dapat digunakan oleh perempuan usia > 35 tahun sampai primenopause.

4) Keterbatasan

Menurut Handayani (2011) keterbatasan suntikan progestin yaitu :

Sering ditemukan gangguan haid, seperti :

- a) Siklus haid yang memendek atau memanjang.
- b) Perdarahan yang banyak atau sedikit.
- c) Perdarahan tidak teratur atau perdarahan bercak (spotting)
- d) Tidak haid sama sekali.
- e) Klien sangat bergantung pada tempat sarana pelayanan kesehatan (harus kembali untuk suntik).
- f) Tidak dapat dihentikan sewaktu – waktu sebelum suntikan berikut.
- g) Tidak menjamin perlindungan terhadap penularan infeksi menular seksual, hepatitis B virus atau infeksi Virus HIV.
- h) Terlambat kembali kesuburan setelah penghentian pemakaian.
- i) Pada penggunaan jangka panjang dapat menimbulkan kekeringan pada vagina menurunkan *libido*, gangguan emosi (jarang), sakit kepala, jerawat.

5) Efek samping

Menurut Handayani (2011) efek samping suntikan progestin yaitu :

- a) *Amenorrhea*.
- b) Perdarahan hebat atau tidak teratur.
- c) Pertambahan atau kehilangan berat badan (perubahan nafsu makan).

6) Penanganan efek samping

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

- a) Bila tidak hamil, pengobatan apapun tidak perlu. Jelaskan bahwa darah haid tidak terkumpul dalam rahim, bila telah terjadi kehamilan, rujuk klien, hentikan penyuntikan.
- b) Bila terjadi kehamilan ektopik, rujuk klien segera. Jangan berikan terapi hormonal untuk menimbulkan perdarahan karena tidak akan berhasil. Tunggu 3–6bulan kemudian, bila tidak terjadi perdarahan juga, rujuk ke klinik.
- c) Informasikan bahwa perdarahan ringan sering di jumpai, tetapi hal ini bukanlah masalah serius, dan biasanya tidak memerlukan pengobatan.
- d) 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.

2. Pola Perencanaan Keluarga Berencana

Menurut Affandi (2011) pola perencanaan keluarga berencana adalah mengenai penentuan besarnya jumlah keluarga yang menyangkut waktu yang tepat untuk mengakhiri kesuburan. Dalam perencanaan keluarga harus diketahui kapan kurun waktu reproduksi sehat, berapa sebaiknya jumlah anak sesuai kondisi, berupa perbedaan umur dan jarak anak.

Seorang wanita secara biologik memasuki usia reproduksinya beberapa tahun sebelum mencapai umur dimana kehamilan dan persalinan dapat berlangsung dengan aman dan kesuburan ini akan berlangsung terus menerus 10-15 tahun sesudah kurunwaktu dimana kehamilan dan persalinan itu berlangsung dengan aman. Kurun waktu yang paling aman adalah umur 20-35 tahun dengan pengaturan:

- a. Anak pertama lahir sesudah ibunya berumur 20 tahun
- b. Anak kedua lahir sebelum ibunya berumur 30 tahun

- c. Jarak antara anak pertama dan anak kedua adalah sekurang-kurangnya adalah 2 tahun atau diusahakan jangan ada 2 anak balita dalam kesempatan yang sama. Kemudian penyelesaian besarnya keluarag sewaktu istri berusia 30-35 tahun dengan kontrasepsi mantap.

Tabel 11 Pola penggunaan Metode Kontrasepsi

| Menunda | Menjarangkan | Mengakhiri |
|---|---|---|
| Usia dibawah 20 tahun pada masa ini alat kontrasepsi yang cocok untuk digunakan adalah cara sederhana seperti Pil, Kondom, Pantang berkala. | Usia 20-30 tahun pada masa ini alat kontrasepsi yang cocok untuk digunakan adalah IUD, Implan dan Suntikan. | Usia 35 tahun keatas pada masa ini alat kontrasepsi yang paling cocok adalah kontrasepsi mantap (MOW/MOP) disusuli AKDR dan Implan. |

Sumber Handayani (2011)

F. Standar Asuhan Kebidanan

Standar asuhan kebidanan menurut Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesian No 938/Menkes/SK/VIII/2007 yaitu sebagai berikut:

1. Standar I : Pengkajian

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

Kriteria pengakajian :

- Data tepat, akurat dan lengkap
- Terdiri dari data subyektif (hasil anamnesa; biodata, keluhan utama, riwayat obstetrik, riwayat kesehatan dan latar belakang social budaya).
- Data obyektif (hasil pemeriksaan fisik, psikologi dan pemeriksaan penunjang).

2. Standar II : perumusan diagnosa dan atau masalah kebidanan

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

Kriteria perumusan diagnose dan atau masalah kebidanan:

- a. Diagnosa sesuai dengan nomenklatur kebidanan
- b. Masalah dirumuskan sesuai dengan kondisi klien.
- c. Dapat diselesaikan dengan asuhan kebidanan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan.

3. Standar III : perencanaan

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

Kriteria perencanaan :

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

4. Standar IV : implementasi

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

Kriteria Implementasi :

- a. Memperhatikan klien sebagai makhluk bio-psiko-sosio-kultural
- b. Setiap tindakan atau asuhan harus mendapatkan persetujuan klien atau keluarganya (*informed consent*)
- c. Melaksanakan tindakan asuhan berdasarkan *evidence based*
- d. Melibatkan klien/pasien dalam setiap tindakan

- e. Menjaga privasi klien/pasien
- f. Melaksanakan prinsip pencegahan infeksi
- g. Mengikuti perkembangan kondisi klien secara berkesinambungan
- h. Menggunakan sumber daya, sarana, dan fasilitas yang ada dan sesuai
- i. Melakukan tindakan sesuai standar
- j. Mencatat semua tindakan yang dilakukan.

5. Standar V : Evaluasi

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

Kriteria evaluasi :

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

6. Standar VI : Pencatatan asuhan kebidanan

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

Kriteria :

- a. Pencatatan dilakukan segera setelah melaksanakan asuhan pada formulir yang tersedia (rekam medis/KMS/status pasien/buku KIA).
- b. Ditulis dalam bentuk catatan pengembangan SOAP

Keterangan:

S : adalah data subjektif, mencatat hasil anamnesa

O : adalah data Obyektif, mencatat hasil pemeriksaan

A : adalah hasil analisa, mencatat diagnose dan masalah kebidanan.

P : adalah penatalaksanaan, mencatat seluruh perencanaan dan pelaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antisipatif ,

tindakan segera, tindakan secara komprehensif, penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi, *follow up* dan rujukan.

G. Kewenangan Bidan

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

1. Pasal 9

Bidan dalam menyelenggarakan praktik berwenang untuk memberikan pelayanan meliputi:

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

2. Pasal 10

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

- 2) Penjahitan luka jalan lahir tingkat 1 dan 2
- 3) Penanganan kegawatdaruratan, dianjurkan dengan rujukan
- 4) Pemberian tablet Fe pada ibu hamil
- 5) Pemberian vitamin A dosis tinggi pada ibu nifas
- 6) Fasilitas/bimbingan inisiasi menyusui dini dan promosi ASI eksklusif
- 7) Pemberian uteronika pada manajemen aktif kala III dan post partum
- 8) Penyuluhan dan konseling
- 9) Bimbingan pada kelompok ibu hamil
- 10) Pemberian surat keterangan kematian
- 11) Pemberian surat keterangan cuti bersali

3. Pasal 11

- a. Pelayanan kesehatan anak sebagaimana dimaksud pada pasal 9 no. 2 diberikan pada bayi baru lahir, bayi, anak balita, anak pra sekolah.
- b. Bidan dalam memberikan pelayanan kesehatan anak sebagaimana dimaksud pada ayat (a) berwenang untuk :
 - 1) Melakukan asuhan bayi baru lahir normal termasuk resusitasi, pencegahan hipotermi, inisiasi menyusui dini, injeksi vitamin K1, perawatan bayi baru lahir pada masa neonatal (0-28 hari) dan perawatan tali pusat.
 - 2) Penanganan hipotermi pada bayi baru lahir dan segera merujuk
 - 3) Penanganan kegawatdaruratan, dilanjutkan dengan rujukan
 - 4) Pemberian imunisasi rutin sesuai program pemerintah
 - 5) Pemantauan tumbuh kembang bayi, anak balita dan anak pra sekolah
 - 6) Pemberian konseling dan penyuluhan
 - 7) Pemberian surat keterangan kelahiran
 - 8) Pemberian surat keterangan kematian

4. Pasal 12

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

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

5. Pasal 18

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

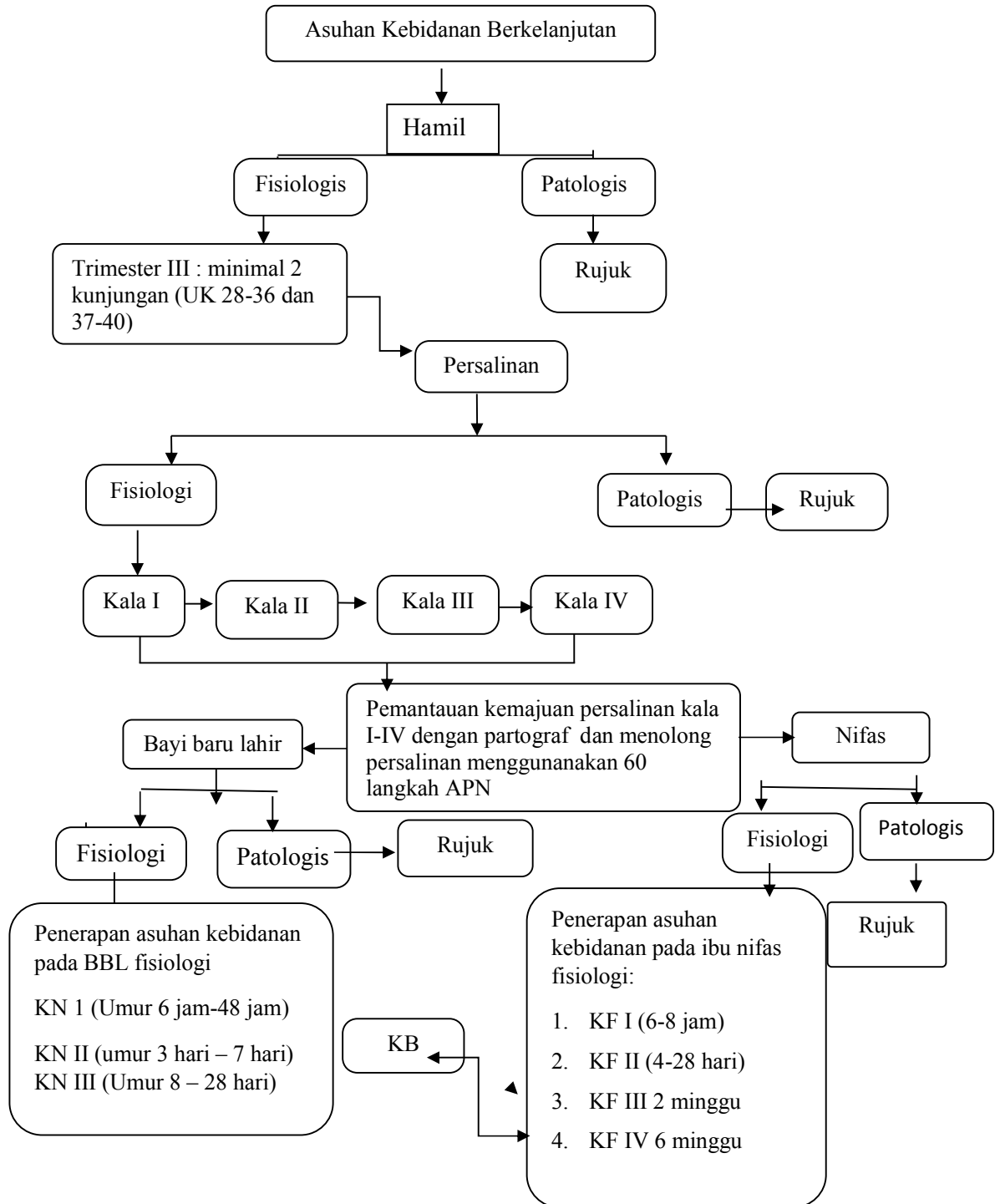
- 1) Menghormati hak pasien
- 2) Memberikan informasi tentang masalah kesehatan pasien dan pelayanan yang dibutuhkan
- 3) Merujuk kasus yang bukan kewenangannya atau tidak dapat ditangani dengan tepat waktu
- 4) Meminta persetujuan tindakan yang akan dilakukan
- 5) Menyimpan rahasiannya pasien sesuai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

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

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

H. Kerangka Pikir/Kerangka Pemecahan Masalah

Gambar 2.1. Kerangka Pikir



BAB III

METODE PENELITIAN

A. Jenis Laporan Kasus

Jenis atau metode penelitian yang digunakan adalah studi penelaah kasus (*Case Study*) dengan menggunakan 7 langkah varney yaitu:

1. Pengumpulan Data Dasar
2. Interpretasi Data Dasar
3. Mengidentifikasi Diagnosa atau Masalah Potensial
4. Identifikasi Kebutuhan yang Memerlukan Tindakan Segera
5. Merencanakan Asuhan yang Menyeluruh
6. Evaluasi

B. Lokasi dan Waktu

a. Lokasi

Lokasi studi kasus merupakan tempat atau lokasi tersebut dilakukan. (Notoadmojo, 2010). Tempat pengambilan studi kasus yang diambil dilakukan di Puskesmas Baumata.

b. Waktu penelitian

Pelaksanaan studi kasus dilakukan pada periode 23 Februari S/D 18 Mei 2019.

C. Subyek Kasus

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

D. Instrumen

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

Alat dan bahan untuk melakukan observasi dan pemeriksaan fisik dalam pemberian asuhan kebidanan yaitu:

1. Kehamilan: timbangan berat badan, pengukur tinggi badan, pita lila, tensimeter, stetoskop, thermometer, jam tangan, Doppler, jelly, pita centimeter.
2. Persalinan
 - a) Partus set: klem tali pusat 2 buah, gunting tali pusat 2 buah, gunting episiotomy 1 buah, $\frac{1}{2}$ kocher 1 buah, handscoon 1 pasang dan dispo 3 cc.
 - b) Hecting set: neallfulder 1 buah, gunting benang 1 buah, pinset anatomis 1 buah, jarum otot dan jarum kulit, handscoon 1 pasang dan dispo 5 cc.
 - c) Alat pelindung diri: penutup kepala, masker, kaca mata, clemek.
 - d) Air mengalir untuk mencuci tangan, sabun serta handuk.
3. Nifas: tensimeter, thermometer, jam tangan.
4. Alat dan bahan yang digunakan untuk melakukan wawancara adalah format asuhan kebidanan kehamilan, persalinan, bayi baru lahir, nifas, dan keluarga berencana.
5. Alat dan bahan yang digunakan untuk dokumentasi adalah buku KIA, status pasien dan register kohort serta buku asuhan kebidanan.

E. Etika Penelitian

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

1. Hak untuk *self determination*

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

2. Hak *privacy* dan martabat

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

3. Hak terhadap *anonymity* dan *confidentiality*

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

4. Hak untuk mendapatkan penanganan yang adil

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

BAB IV

TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN

A. Tinjauan Lokasi

Penelitian ini dilakukan di Puskesmas Baumata yang terletak di Kecamatan Taebenu Kabupaten Kupang. Wilayah kerja Puskesmas Baumata mencakup 8 desa yang terdiri dari desa Baumata Pusat, Baumata Utara, Baumata Barat, Baumata Timur, Oeltua, Kuaklalo, Oelatsala, dan desa Bokong, dengan luas wilayah kerja puskesmas adalah 107,42 km. Wilayah kerja Puskesmas Baumata berbatasan dengan wilayah-wilayah yaitu: sebelah timur berbatasan dengan Kecamatan Amarasi, sebelah barat berbatasan dengan Kota Kupang, sebelah utara berbatasan dengan Kecamatan Kupang Tengah dan sebelah selatan berbatasan dengan Kecamatan Nekamese.

Puskesmas Baumata merupakan salah satu puskesmas rawat jalan dan mempunyai satu klinik bersalin yang ada di kabupaten Kupang, terdapat 7 puskesmas pembantu, 2 polindes dan 31 posyandu yang menyebar di 8 desa. Ketersediaan tenaga kerja di puskesmas dan puskesmas pembantu yakni dokter umum 3 orang, dokter gigi 2 orang, bidan 18 orang, dengan berpendidikan D-I 4 orang, D-III 4 orang, S1 1 orang, sarjana kesehatan masyarakat 1 orang, tenaga analis 1 orang, asisten apoteker 1 orang, D-III farmasi 1 orang, perawat gigi 3 orang, administrator umum 3 orang. Upaya pelayanan pokok Puskesmas Baumata sebagai berikut : pelayanan KIA, KB, pengobatan dasar malaria, imunisasi, kusta, kesling, penyuluhan kesehatan masyarakat, usaha perbaikan gizi, kesehatan gigi dan mulut, UKGS, UKS, kesehatan usia lanjut, laboratorium sederhana, pencatatan dan pelaporan.

Penelitian ini juga dilakukan di Rumah Ibu M.H yang berlokasi di RT 05 RW 03 Desa Baumata Timur Kecamatan Taebenu Kabupaten Kupang.

B. Tinjauan Kasus

**ASUHAN KEBIDANAN BERKELANJUTAN PADA IBU M. H. UMUR 25
TAHUN, G₁ P₀ A₀ AH₀, USIA KEHAMILAN 29 MINGGU 2 HARI
JANIN TUNGGAL HIDUP INTRAUTERIN LETAK KEPALA
DI PUSKESMAS BAUMATA**

I. PENGKAJIAN

Tanggal Pengkajian : 23 Februari 2019
Pukul : 10.25 Wita
Tempat : Puskesmas Baumata
Oleh : Dionisia Putri Ani Ungkur

B. Data Subyektif

1. Identitas

| | | | |
|-------------|--------------------------------|--------------|------------------------------|
| Nama ibu | : Ibu. M. H | Nama Suami | : TN A.N.K |
| Umur | : 25 Tahun | Umur | : 25 tahun |
| Suku/bangsa | : Timor/Indonesia | Suku/bangsa | : Timor/Indonesia |
| Agama | : Kristen | Agama | : Katolik |
| Pendidikan | : SMA | Pendidikan | : SMA |
| Pekerjaan | : Swasta | Pekerjaan | : Swasta |
| Telepon | : 081338753253 | Telepon | : 081338753253 |
| Alamat | : Baumata timur RT 05/RW 03 | AlamatRumah: | Baumata Timur RT 05/RW 03 |

2. Keluhan utama

Ibu mengatakan Sulit tidur pada malam hari dari tanggal 20 Februari 2019.

3. Riwayat menstruasi

ibu mengatakan pertama kali mendapatkan haid pada usia ±15 tahun, lamanya haid 3-4 hari, siklus haid teratur 28-30 hari, banyak, ganti

pembalut 3 kali/hari , sifat darahnya encer dan berwarna merah, bila haid merasa mules-mules pada perut dan tidak nyeri. Ibu mengatakan Hari Pertama Haid Terakhir pada tanggal 02 Agustus 2018.

4. Riwayat Perkawinan

Ibu mengatakan sudah menikah, baru pertama kali menikah, lamanya 1 tahun, umur saat menikah 24 tahun.

5. Riwayat Kehamilan Ini

a. ANC

Ibu mengatakan Trimester III 1 kali memeriksakan kehamilannya di Posyandu pada tanggal 09 Februari 2019.

b. Imunisasi TT

Ibu mengatakan sudah mendapat Suntik Tetanus yang pertama pada tanggal 10 November 2018 dan mendapat suntik Tetanus yang kedua pada tanggal 10 Januari 2019.

6. Riwayat Kehamilan, Persalinan dan Nifas yang lalu

Ibu mengatakan ini merupakan kehamilan yang pertama.

7. Riwayat KB

Ibu mengatakan tidak pernah menggunakan alat kontrasepsi jenis apapun.

8. Riwayat kesehatan ibu

Ibu mengatakan saat ini tidak mengalami penyakit jantung, ginjal, asma, TBC paru, hepatitis, diabetes melitus, hipertensi dan epilepsi.

9. Riwayat kesehatan keluarga

Ibu mengatakan keluarganya tidak ada yang sakit jantung, ginjal, asma, TBC paru, hepatitis, diabetes melitus, hipertensi dan epilepsi.

10. Riwayat psikososial

Ibu mengatakan kehamilan ini direncanakan dan diterima oleh suami. Ibu mengatakan merasa senang dengan kehamilannya dan berharap kehamilannya berjalan dengan normal. Ibu mengatakan Orang tua dan keluarga mendukung kehamilan ibu saat ini.

11. Pola kebiasaan sehari-hari

a. Nutrisi

Ibu mengatakan saat hamil makan 3 kali dalam sehari, dengan porsi 1 piring tiap kali makan, berupa nasi, sayur, ikan atau tempe dan tahu, serta minum 6-7 gelas air putih. Ibu juga mengatakan bahwa ibu tidak memiliki kebiasaan mengkonsumsi alkohol maupun obat terlarang.

b. Eliminasi

Ibu mengatakan saat hamil biasanya BAK sebanyak 5-6 kali dalam sehari, warnanya kekuningan, sedangkan saat hamil ibu biasanya BAB 1 kali dalam sehari, konsistensinya lembek kadang keras, warnanya coklat kehitaman dan BAK sebanyak 5-6 kali dalam sehari, warnanya kuning jernih.

c. Seksualitas

Ibu mengatakan saat hamil ibu jarang melakukan hubungan seksual.

d. Personal Hygiene

Ibu mengatakan saat hamil biasanya mandi 2 kali dalam sehari yaitu pagi dan sore, sikat gigi 2 kali sehari saat mandi, keramas 3 kali seminggu, dan mengganti pakaian dalam maupun luar 2 kali dalam sehari.

e. Istirahat dan tidur

Ibu mengatakan saat hamil biasanya tidur siang selama 1 jam dan tidur malam selama 7 jam.

f. Aktivitas

Ibu mengatakan saat hamil ibupun tetap melakukan aktivitas seperti memasak, menyapu, mencuci dan mengerjakan pekerjaan rumah lainnya.

C. Data Obyektif

1. Pemeriksaan fisik umum

- a) Tafsiran Persalinan : 09 Mei 2019
- b) Keadaan umum : baik
- c) Kesadaran : Composmentis
- d) Berat Badan
 - Sebelum hamil : 53 kg
 - Saat hamil : 62 kg
- e) Tinggi Badan : 160 cm
- f) Tanda vital
 - Tekanan Darah : 110/80 mmHg
 - Pernapasan : 19 kali/menit
 - Nadi : 80 kali/menit
 - Suhu : 36,7 °C
- g) LILA : 26,5 cm

2. Pemeriksaan fisik obstetri

- Kepala : Bersih , tidak ada benjolan.
- Wajah : tidak ada oedema, ada cloasmagravidarum
- Mata : simetris, sklera putih, konjungtiva merah muda , tidak ada sekret.
- Hidung : tidak ada secret, tidak ada polip
- Telinga : bersih, simetris, tidak ada serumen
- Mulut : tidak ada stomatitis, bibir tidak pucat, mukosa bibir lembab, gigi bersih, tidak ada caries
- Leher : tidak ada pembengkakan kelenjar thyroid, tidak ada pembengkakan kelenjar getah bening,tidak ada pembendungan vena jugularis.
- Dada : pembesaran payudara kanan dan kiri simetris, hyperpigmentasi pada aerola mammae, puting susu

bersih dan menonjol, tidak ada nyeri tekan pada payudara.

Abdomen : pembesaran sesuai usia kehamilan, tidak ada benjolan, tidak ada bekas luka operasi

Ekstremitas : Simetris, tidak pucat, tidak ada varises, tidak ada oedema, refleks patella kaki kiri dan kanan positif.

3. Palpasi

Leopold I : TFU pertengahan pusat processus xipioideus (25 cm) pada fundus teraba bulat, lunak dan tidak melenting yaitu bokong.

Leopold II : Abdomen bagian kiri ibu teraba datar dan keras memanjang seperti papan yaitu punggung, abdomen bagian kanan ibu teraba bagian kecil janin.

Leopold III : Bagian terendah janin teraba bulat, keras dan melenting yaitu (kepala) belum masuk PAP.

Leopold IV : Tidak dilakukan

4. Auskultasi

DJJ : Perut kiri ibu terdengar kuat, teratur dan frekuensi 142x/menit.

5. Pemeriksaan Penunjang

Tidak dilakukan

II. Interpretasi Data

| Diagnosa/ Masalah | Data Dasar |
|--|---|
| <p>Diagnosa:</p> <p>Ibu M.H umur 25 tahun, G₁P₀A₀AH₀ Usia Kehamilan 29 minggu 2 hari janin tunggal, hidup, intrauterin, letak kepala keadaan ibu dan janin baik.</p> | <p>Data Subyektif</p> <p>Ibu mengatakan lahir tanggal 23 Maret 1994, mengatakan hamil anak pertama tidak pernah keguguran dan tidak memiliki anak hidup. Hari Pertama Haid terakhir tanggal 02 Agustus 2018. Ibu mengatakan sulit tidur pada malam hari.</p> <p>Data Obyektif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tanggal periksa : 23 Februari 2019 2. Tafsiran Persalinan: 09 Mei 2019 3. Keadaan umum baik <p>Tanda tanda vital: Tekanan Darah: 110/80 mmHg, Pernapasan: 19x/menit, Nadi : 80 x/menit, Suhu: 36,7 °C</p> <p>Mata simetris konjungtiva merah muda, sklera putih, pembesaran sesuai usia kehamilan, TFU pertengahan pusat processus xipopoideus, teraba satu bagian besar janin, terdengar denyut jantung janin pada satu tempat yaitu yaitu bagian kiri perut ibu, bagian bawah perut ibu teraba kepala dan belum masuk PAP.</p> |
| <p>Masalah :</p> <p>Kurangnya pengetahuan ibu tentang fisiologis kehamilan</p> | <p>Data subyektif:</p> <p>Ibu mengatakan sulit tidur pada malam hari.</p> |
| <p>Kebutuhan:</p> | <p>Komunikasi informasi tentang ketidaknyamanan pada ibu hamil trimester III.</p> |

III. Antisipasi Masalah Potensial

Tidak ada

IV. Tindakan Segera

Tidak ada

V. Perencanaan

Tanggal: 23 Februari 2019

1. Beritahu ibu hasil pemeriksaan
R/Informasi yang diberikan merupakan hak ibu sehingga ibu lebih kooperatif dengan asuhan yang diberikan.
2. Jelaskan mengenai keluhan yang ibu rasakan dan cara mengatasinya
R/ agar keluhan yang ibu rasakan dapat teratasi.
3. Anjurkan ibu untuk mengurangi pekerjaan yang berat dan istirahat yang cukup
R/Penambahan berat badan dan pertumbuhan janin semua memperberat perasaan lelah, khususnya pada multipara.
4. Anjurkan ibu untuk mengonsumsi makanan bergizi seimbang
R/Selama trimester ketiga, penambahan kebutuhan zat besi diperlukan untuk perkembangan jaringan ibu dan kondisi janin dalam rahim.
5. Jelaskan kepada ibu mengenai tanda bahaya dalam kehamilan
R/Membantu ibu dan keluarga untuk mengenali tanda bahaya trimester III dalam kehamilan agar segera mendapat penanganan
6. Anjurkan ibu untuk melakukan kontrol ulang kehamilannya
R/Memantau keadaan ibu dan janin
7. Lakukan pendokumentasian hasil pemeriksaan
R/Mendokumentasikan hasil pemeriksaan mempermudah pemberian pelayanan selanjutnya.

VI. Pelaksanaan

Tanggal : 23 Februari 2019

1. Memberitahu ibu hasil pemeriksaan bahwa tekanan darah: 110/80 mmHg, nadi:80x/menit,pernafasan:19x/menit, suhu: 36,7°C, BB : 63 kg, dan kondisi ibu dan janin baik.
2. Menjelaskan kepada ibu tentang ketidak nyamanan yang ibu alami yaitu susah tidur disebabkan karena rongga dadanya terdesak oleh perut yang semakin membesar. Keluhan ini dapat berkurang dengan ibu memilih posisi tidur yang nyaman, serta menghindari tidur terlentang terlalu lama.
3. Menganjurkan kepada ibu untuk mengurangi pekerjaan yang berat dan istirahat yang cukup minimal tidur siang 1-2 jam dan tidur malam 7-8 jam perhari
4. Menganjurkan kepada ibu untuk mengonsumsi sayur-sayuran hijau seperti bayam, daun kelor, buah-buahan dan susu yang berfungsi untuk pembentukan sel darah merah
5. Menjelaskan kepada ibu mengenai tanda bahaya dalam kehamilan meliputi perdarahan pervaginam, sakit kepala ynag hebat dan menetap, penglihatan kabur, bengkak diwajah dan jari-jari tangan, ketuban pecah dini, gerakan janin tidak terasa dan nyeri abdomen hebat. Jika terjadi salah satu tanda bahaya segera ke Pusekesmas
6. Menganjurkan pada ibu untuk datang kontrol lagi pada tanggal 9 Maret 2019
7. Melakukan pendokumentasian pada buku KIA dan register. Sebagai bukti pelaksanaan/pemberian pelayanan antenatal.

VII. Evaluasi

Tanggal : 23 Februari 2019

1. Ibu sudah mengetahui hasil pemeriksaannya.
2. Ibu sudah mengetahui penyebab dari ketidaknyaman ibu serta cara mengatasinya.

3. Ibu bersedia mengikuti anjuran yang diberikan untuk mengurangi pekerjaan yang berat dan istirahatnya cukup.
4. Ibu bersedia dan mau mengonsumsi makanan sayur-sayuran serta buah-buahan.
5. Ibu sudah mengetahui tanda bahaya dalam kehamilan Trimester III dan bersedia datang ke puskesmas jika terjadi salah satu tanda bahaya dalam kehamilan.
6. Ibu bersedia datang kembali pada tanggal 09 Maret 2019 untuk kunjungan ulang.
7. Pendokumentasian telah dilakukan pada buku register dan buku KIA ibu.

Catatan Perkembangan Kehamilan I

Tanggal : 04 Maret 2019

Pukul : 16.00. WITA

Tempat : Rumah Pasien

Oleh : Dionisia P.A Ungkur

S : Ibu mengeluh sering kencing pada malam hari.

O : Keadaan umum : baik, Kesadaran : Composmentis, Tekanan darah: 120/70 mmHg, nadi: 80x/menit, suhu :36,5°C, pernapasan: 23x/menit.
 palpasi Leopold I : TFU pertengahan pusat dengan PX , pada fundus teraba lunak dan tidak melenting (bokong), Leopold II : Perut bagian kiri teraba keras, datar seperti papan dan pada bagian kanan teraba bagian bagiankecil janin. Leopold III:Segmen bawah rahim teraba bulat, keras, melenting (kepala)belum masuk PAP (Pintu Atas Panggul)
 Leopold IV : Convergen (Kepala belum masuk PAP) Mc.Donald :25 cm, DJJ : Terdengar jelas ,teratur, diabdomen kiri dibawah pusat, frekuensi140x/menit dengan menggunakan dopler.

A : Ibu M. H G₁ P₀A₀AH₀, Umur Kehamilan 30 minggu 4 hari, janin

tunggalhidup intrauteri, letak kepala keadaan ibu dan janin baik.

P : 1) Melakukan pemeriksaan Tanda vital dan memberitahukan hasil pemeriksaan kepada ibu bahwa tanda vital ibu dalam batas normal, hasil pemeriksaan fisik tidak ditemukan kelainan, kondisi ibu dan janin baik.

Ibu sudah mengetahui hasil pemeriksaannya.

2) Menjelaskan pada ibu cara mengatasi keluhan yang dirasakan yaitu dengan cara mengurangi makanan yang mengandung gula, batasi minum kopi dan teh serta lebih banyak minum air di siang hari.

Ibu mengerti dan mau mengikuti anjuran yang diberikan.

3) menganjurkan ibu untuk hindari mengangkat beban yang berat, gunakan kasur yang keras untuk tidur, hindari tidur terlentang terlalu lama karena dapat menyebabkan sirkulasi darah menjadi terhambat, gunakan bantal waktu tidur untuk meluruskan punggung untuk mencegah sakit pinggang.

Ibu mau mengikuti anjuran yang diberikan.

4) Memberitahu 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.

Ibu bisa menjelaskan kembali tanda bahaya kehamilan.

5) Mengingatkan ibu untuk Kontrol ke puskesmas pada tanggal 09 Maret 2019.

Catatan Perkembangan Kunjungan Rumah II (Kehamilan)

Tanggal : 23 April 2019

Pukul : 16.00. WITA

Tempat : Rumah Pasien

Oleh : Dionisia P.A Ungkur

S : Ibu mengatakan sakit pada bagian pinggang

O : Tekanan darah: 110/80 mmHg, nadi: 80x/menit, suhu : 36,5°C, pernapasan: 23x/menit. pada pemeriksaan palpasi Leopold I : TFU 3 jari di bawah PX, pada fundus teraba lunak dan tidak melenting (bokong), Leopold II : Perut bagian kiri teraba keras, datar seperti papan dan pada bagian kanan teraba bagian-bagian kecil janin. Leopold III: Segmen bawah rahim teraba bulat, keras, melenting (kepala) belum masuk PAP (Pintu Atas Panggul) Leopold IV : Convergen (Kepala belum masuk PAP) Mc.Donald : 31 cm, DJJ : Terdengar jelas, teratur, di abdomen kiri dibawah pusat, frekuensi 140x/menit dengan menggunakan doppler

A : Ibu M.H G₁ P₀A₀AH₀, Umur Kehamilan 37 minggu 5 hari, janin tunggal, hidup intrauteri, letak kepala, keadaan ibu dan janin baik.

P : 1) Melakukan pemeriksaan Tanda vital Memberitahukan hasil pemeriksaan kepada ibu bahwa tanda vital ibu dalam batas normal, hasil pemeriksaan fisik tidak ditemukan kelainan, kondisi janin baik. Ibu sudah mengetahui hasil pemeriksaannya.

2) Mengecek sisa tablet tambah darah (SF) dan kalk untuk memastikan kepatuhan ibu dalam minum obat yang diberikan. Sisa obat SF 1 tablet.

3) Menjelaskan pada ibu tentang ketidaknyamanan yaitu sakit pinggang merupakan hal yang normal disebabkan karena kurvatur dari vertebra lumbosacral yang meningkat saat uterus terus membesar, kelelahan juga dapat menyebabkannya keluhan sakit pada pinggang. Serta menganjurkan ibu hindari mengangkat beban

yang berat, gunakan kasur yang keras untuk tidur, hindari tidur terlentang terlalu lama karena dapat menyebabkan sirkulasi darah menjadi terhambat, gunakan bantal waktu tidur untuk meluruskan punggung untuk mencegah sakit pinggang.

Ibu mengerti dengan penjelasan yang diberikan.

- 4) Memberitahu ibu untuk menyiapkan kebutuhan persalinan seperti menyiapkan pakian bayi dan juga ibu

Ibu sudah menyiapkan kebutuhan persalinan.

- 5) Mengingatkan ibu untuk Kontrol ke puskesmas pada tanggal 29 April 2019.

Catatan Perkembangan Kunjungan Rumah III (Kehamilan)

Tanggal : 05 Mei 2019

Pukul : 16.00. WITA

Tempat : Rumah Pasien

Oleh : Dionisia Putri Ani Ungkur

S : Ibu mengatakan sakit pada perut bagian bawah

O : Tekanan darah: 110/80 mmHg, nadi: 80x/menit, suhu : 36,5°C, pernapasan: 23x/menit. pada pemeriksaan palpasi Leopold I : TFU 3 jari di bawah PX, pada fundus teraba lunak dan tidak melenting (bokong), Leopold II : Perut bagian kiri teraba keras, datar seperti papan dan pada bagian kanan teraba bagian-bagian kecil janin. Leopold III: Segmen bawah rahim teraba bulat, keras, melenting (kepala) sudah masuk PAP (Pintu Atas Panggul) Leopold IV : Divergen (Kepala sudah masuk PAP) Mc.Donald :30 cm, DJJ : Terdengar jelas ,teratur, di abdomen kiri dibawah pusat, frekuensi 140x/menit dengan menggunakan dopler.

A : Ibu M.H G₁ P₀A₀AH₀, Umur Kehamilan 39 minggu 3 hari, janin hidup, tunggal, letak kepala keadaan ibu dan janin baik.

P : 1) Melakukan pemeriksaan Tanda vital Memberitahukan hasil pemeriksaan kepada ibu bahwa tanda vital ibu dalam batas normal, hasil pemeriksaan fisik tidak ditemukan kelainan, kondisi janin baik dengan frekuensi jantung 140 kali per menit, serta letak janin didalam kandungan normal dengan letak bagian terendah adalah kepala.

Ibu sudah mengetahui hasil pemeriksaannya.

2) Menjelaskan pada ibu tentang ketidak nyamanan yaitu sakit pada perut bagian bawah merupakan suatu hal yang fisiologis pada ibu hamil tua, selain karna ukuran janin yang semakin besar juga karena adanya peregangan pada rahim.

Ibu sudah mengerti dengan penjelasan yang diberikan.

3) Memberitahu pada ibu tanda-tanda persalinan seperti perut mules secara teratur, keluar lendir bercampur darah dan keluar air ketuban. Menganjurkan pada ibu datang ke puskesmas bila tanda-tanda tersebut muncul.

Ibu bisa menyebut kembali tanda-tanda persalinan.

4) Mengingatkan ibu untuk segera ke puskesmas jika sudah ada tanda-tanda persalinan

Catatan Perkembangan Kala I Fase Aktif

Hari/tanggal pengkajian : Sabtu, 11 Mei 2019

Oleh : Dionisia Putri Ani Ungkur

Pukul : 18.30 WITA

Tempat : Klinik Bersalin Puskesmas Baumata

S : Ibu mengatakan nyeri pada perut bagian bawah menjalar ke pinggang jam 07.00 WITA dan keluar lendir bercampur darah pada pukul 14.00 WITA pada tanggal 11 Mei 2019.

O : 1. Keadaan umum : Ibu tampak meringis kesakitan

Kesadaran : Composmentis

Tanda-tanda vital

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

Pernapasan : 21 x/menit Nadi :88 x/menit

2. Pemeriksaan Leopold

Leopold I : Tinggi fundus uteri 4 jari bawah *processus xyphoideus* (30 cm) teraba lunak dan tidak melenting (bokong) .

Leopold II : Bagian kiri teraba panjang datar seperti papan (Punggung) dan bagian kanan teraba ekstermitas.

Leopold III : Bagian terendah janin kepala dan kepala sudah masuk PAP.

Leopold IV : Divergent, penurunan kepala 4/5

3. Auskultasi : DJJ 142 x/menit

4. Tafsiran Berat Janin : 2.790 gram

5. Pemeriksaan Dalam

Vulva/vagina: Tidak ada kelainan, tidak ada oedema, dan tidak ada varises

Keadaan portio : tebal lunak

Pembukaan : 4 cm

Kantong ketuban : Utuh

Presentasi : Belakang Kepala

Denominator : Ubun-ubun kecil kanan depan

Hodge : II/III

Molase : tidak ada

A : Ibu M.H. umur 25 tahun, G₁P₀A₀AH₀, usia kehamilan 40 minggu 2 hari, janin tunggal hidup, intra uterin, letak kepala keadaan jalan lahir normal keadaan ibu dan janin baik inpartu kala I fase aktif.

P : Kala I

Tanggal : 11 Mei 2019 Pukul: 19.20 WITA

1. Memberitahu ibu hasil pemeriksaan bahwa tekanan darahnya 120/80 mmHg, nadi: 84 x/menit, pernapasan: 21 x/menit, suhu: 36,6°C, pembukaan 4 cm, keadaan janin baik dengan DJJ 146 x/menit

Ibu mengetahui hasil pemeriksaannya tekanan darahnya 110/70 mmHg, nadi: 84 x/menit, pernapasan: 21 x/menit, suhu: 36,6°C, keadaan janin baik dengan DJJ 146x/menit.

2. Menganjurkan kepada ibu untuk makan dan minum saat tidak ada kontraksi untuk memenuhi kebutuhan energi dan mencegah dehidrasi pada saat proses persalinan nanti

Ibu mau minum saat belum ada kontraksi

3. Memberikan dukungan atau asuhan pada ibu saat kontraksi, seperti mengajarkan keluarga untuk memijat atau menggosok pinggang ibu, mengajarkan ibu teknik relaksasi dengan menarik napas panjang dari hidung dan melepaskan dengan cara di tiup lewat mulut sewaktu kontraksi, mengipasi ibu yang berkeringat karena kontraksi.

Keluarga kooperatif dengan memijat punggung ibu dan ibu juga kooperatif dengan mengikuti teknik relaksasi yang diajarkan. Ibu merasa nyaman setelah dikipasi dan dipijat.

4. Memantau keadaan ibu dan janin menggunakan partograf dan mencatat kemajuan persalinan pada ibu yaitu his setiap 30 menit, penurunan kepala dan pembukaan serviks setiap 4 jam.
5. Mempersiapkan alat dan bahan yang digunakan selama persalinan

a. Saff I

- 1) Partus Set: Bak instrument berisi: Klem tali pusat 2 buah, Gunting tali pusat 1 buah, Gunting episiotomy 1 buah, $\frac{1}{2}$ kocher 1 buah, *Handscoon* 2 pasang, Kasa secukupnya
- 2) Tempat berisi obat: Oxytocin 2 ampul (10 IU), Lidokain 1 ampul (1%), Jarum suntik 3 cc dan 5 cc, Vitamin K/NEO K 1 ampul, Salep mata oxytetracyclins 1% 1 tube
- 3) Bak instrument berisi: Kateter

b. saff II

- 1) *Heacting* Set berisi: Nealfooder 1 buah, Gunting benang I buah, *Catgut* benang 1 buah, *Catgut* cromik ukuran 0,3, *Handscoon* 1 pasang, Kasa secukupnya
- 2) Pengisap lender
- 3) Tempat plasenta
- 4) Tempat air klorin 0,5%
- 5) Tempat sampah tajam
- 6) Thermometer, stetoskop, tensi meter

c. Saff III

Terdapat Cairan infuse RL, infuse set dan *abocath*, Pakaian bayi, Alat pelindung diri (celemek penutup kepala, masker, kaca mata, sepatubooth), Alat resusitasi.

6. Mengobservasi His, Nadi dan DJJ setiap 30 menit dan Pemeriksaan dalam setiap 4 jam.

| Jam | TTV | DJJ | HIS | Pemeriksaan |
|-------|--|----------------|---|---|
| 19.00 | N : 88 x/menit TD: 120/70 S: 36.6 °C | 146 x/menit | 19.00 Durasi 30 detik 19. 03 Durasi 42 detik 19.12 Durasi 42 detik | Pemeriksaan dalam Oleh : BidanYely Vulva tidak ada oedema, tidak ada varises Vagina ada pengeluaran lendir darah, Porsio tebal lunak, Ketuban utuh, Pembukaan 4 cm Presentas belakang kepala, Denominator, ubun-ubun kecil kanan depan Hodge II/III, Molas tidak ada molase |
| 19.30 | N : 88 x/menit | 142 x/menit | 19.31 Durasi 30 detik 19. 35 Durasi 42 detik 19.42 Durasi 42 detik | - |
| 20.00 | N : 88 x/menit | 139x/m enit | 20.02 Durasi 30 detik 20.05 Durasi 42 detik 20.15 Durasi 42 detik | - |
| 20.30 | N : 88 x/menit | 146 x/menit | 20.31Durasi 40 detik 20.35 Durasi 42 detik 20.37 Durasi 42 detik 20.41 Durasi 42 detik | - |
| 21.00 | N : 88 x/menit | 141 x/menit | 21.02 Durasi 40 detik 21.07 Durasi 42 detik 21.15 Durasi 42 detik 21.22Durasi 42 detik | - |
| 21.30 | N : 88 x/menit | 146 x/menit | 21.31 Durasi 42 detik 21.35 Durasi 42 detik 21.42 Durasi 45 detik 21.48 Durasi 45 detik | - |
| 22.00 | N : 88 x/menit | 142 x/menit | 22.02 Durasi 45 detik 22.04 Durasi 45 detik 22.07 Durasi 45 detik 22.12 Durasi 45 detik 22.22 Durasi 42 detik | - |
| 22.30 | N : 88 x/menit | 139x/m enit | 2230 Durasi 30 detik 22.33 Durasi 42 detik | |

| | | | | |
|--|--|--|--|---|
| | | | 22.35 Durasi 42 detik 22.37 Durasi 42 detik | - |
|--|--|--|--|---|

Catatan perkembangan observasi his

| | | | | |
|-------|---|----------------|---|--|
| 23.00 | N:88x/menit TD: 120/70 S: 36.6 °C | 146 x/menit | 23.01 Durasi 42 detik 23.05 Durasi 42 detik 23.14 Durasi 42 detik 23.25 Durasi 45 detik | Pemeriksaan dalam Oleh : Bidan Yely Vulva tidak ada oedema, tidak ada varises Vagina pengeluaran lendir dan darah bertambah, Porsio tipis lunak, Ketuban utuh, Pembukaan 8 cm, Kantong ketuban utuh, Presentasi belakang kepala, Denominator: ubun-ubun kecil kanan depan, Hodge III/IV Molase tidak ada molase. |
| 23.30 | N : 88 x/menit | 146 x/menit | 23.30 Durasi 42 detik 23.35 Durasi 45 detik 23.40 Durasi 45 detik 23.50 Durasi 45 detik | - |
| 00.00 | N : 88 x/menit | 146 x/menit | 00.00 Durasi 45 detik 00.04 Durasi 45 detik 00.10 Durasi 45 detik 00.19 Durasi 45 detik 00.23 Durasi 45 detik | - |
| 00.30 | N: 88 x/menit | 146 x/menit | 00.30 Durasi 45 detik 00.33 Durasi 45 detik 00.39 Durasi 45 detik 00.42 Durasi 45 detik 00.50 Durasi 45 detik | - |

Catatan Perkembangan Persalinan Kala II

Tanggal : 12 Mei 2017

Pukul : 01.00 WITA

Oleh : Dionisia P.A Ungkur

S : Ibu mengatakan ingin buang air besar dan mengejan pukul 01.00 WITA.

O : Kesadaran composmentis, DJJ 148 x/menit, His 5 x 10' lamanya 50-

55 detik pemeriksaan dalam vulva/vagina tidak ada kelainan, portio tidak teraba, pembukaan 10 cm, presentasi kepala, denominator ubun-ubun kecil kanan depan, ketuban pecah spontan dan warna jernih, penurunan kepala 0/5, hodge IV.

A : Ibu M.H G₁ P₀ A₀ AH₀ UK 40 Minggu 2 hari inpartu kala II.

P : 1. Memastikan dan mengawasi tanda gejala kala II yaitu ada dorongan meneran, tekanan anus, perineum menonjol, vulva membuka.

Sudah ada tanda-tanda gejala kala II, ibu sudah ada dorongan meneran, terlihat ada tekanan anus, perineum menonjol dan vulva membuka

2. Memastikan kelengkapan alat dan mematahkan oxytocin 10 UI serta memasukan spuit 3 cc kedalam partus set.

Semua peralatan sudah disiapkan, ampul oxytosin sudah dipatahkan dan suip sudah dimasukan kedalam partus set

3. Memakai alat pelindung diri

Celemek sudah dipakai

4. Melepaskan dan menyimpan semua perhiasan yang dipakai, cuci tangan dengan sabun dan air mengalir kemudian keringkan tangan dengan tissue atau handuk yang bersih dan kering.

Semua perhiasan sudah dilepaskan dan tangan sudah di cuci menggunakan 7 langkah

5. Mamakai sarung tangan DTT di tangan kanan

6. Masukan oxytosin kedalam tabung suntik dan lakukuan aspirasi

7. Membersihkan vulva dan perineum, menyekanya dengan hati-hati dari anterior (depan) ke posterior (belakang) menggunakan kasa atan kapas yang telah dibasahi air DTT

Vulva dan perineum telah dibersihkan dengan air DTT

8. Melakukan periksa dalam untuk memastikan pembukaan lengkap

Hasil pemeriksaan dalam pembukaan 10 cm

9. Dekontaminasikan sarung tangan (celupkan tangan yang masih memakai sarung tangan kedalam larutan klorin 0,5% dan lepaskan sarung tangan dalam keadaan terbalik dan rendam dalam klorin 0,5% selama 10 menit). Cuci kedua tangan setelah sarung tangan dilepaskan. Tutup kembali partus set.

Sarung tangan telah direndam dalam larutan klorin

10. Periksa denyut jantung janin

DJJ 145X/menit

11. Memberitahu ibu bahwa pembukaan telah lengkap dan keadaan janin baik

Ibu dalam posisi *Litotomie*

12. Meminta keluarga membantu menyiapkan posisi ibu yaitu kepala melihat keperut /fundus, tangan merangkul kedua pahanya lalu meneran dengan menarik napas panjang lalu hembuskan perlahan lewat mulut tanpa mengeluarkan suara

Kepala ibu dibantu suami untuk melihat kearah perut.

13. Melakukan pimpinan meneran saat ibu mempunyai dorongan yang kuat untuk meneran, membimbing ibu untun meneran secara benar dan efektif yaitu ada saat terasa kontraksi yang kuat mulai menarik

napas panjang, kedua paha ditarik kebelakang dengan kedua tangan, kepala diangkat mengarah keperut, meneran tanpa suara

Ibu meneran baik tanpa mengeluarkan kepala

14. Anjurkan kepada ibu untuk tidur miring kiri bila ibu belum merasa ada dorongan untuk meneran

Ibu dalam posisi *Litotomie* karena sakit terus-menerus

15. Meletakkan handuk bersih di perut bawah ibu untuk mengeringkan bayi

Handuk bersih sudah disiapkan di perut ibu

16. Kain bersih dilipat 1/3 bagian diletakkan dibawah bokong ibu

Kain telah disiapkan

17. Membuka tutup partus set dan periksa kembali kelengkapan peralatan dan bahan

Telah diperiksa dan kelengkapan alat dan bahan lengkap

18. Memakai sarung tangan DTT atau steril pada kedua tangan

Handskoone sudah dipakai pada kedua tangan

19. Melindungi perineum saat kepala bayi tampak membuka vulva 5-6 cm, menganjurkan ibu untuk meneran perlahan atau bernapas cepat dan dangkal, menganjurkan meneran seperti yang sudah dijelaskan sebelumnya

Perineum telah dilindungi dengan tangan kiri yang dilapisi kain dan kepala bayi telah disokong dengan tangan kanan

20. Memeriksa adanya lilitan tali pusat pada leher bayi

Tidak ada lilitan tali pusat

21. Menunggu hingga kepala bayi melakukan putaran paksi luar secara spontan
22. Setelah putaran paksi luar selesai kemudian memegang secara biparietal, menganjurkan ibu meneran saat saat kontraksi. Melakukan biparietal tarik kearah bawah untuk melahirkan bahu depan dan kearah atas untuk melahirkan bahu belakang
23. Setelah bahu lahir, menggeserkan tangan bawah kearah perineum ibu untuk menyangga kepala, lengan dan siku sebelah bawah, menggunakan tangan atas untuk menelusuri dan memegang lengan dan siku sebelah bawah
24. Setelah tubuh dan lengan lahir, penelusuran tangan berlanjut ke punggung, bokong, tungkai dan kaki. Pegang kedua mata kaki

Seluruh tubuh dan tungkai bayi berhasil dilahirkan pukul 02.00 WITA
25. Melakukan penilaian selintas

Bayi menangis kuat, bernafas tanpa kesulitan, bergerak aktif.
26. Mengeringkan tubuh bayi

Bayi telah dikeringkan
27. Memeriksa uterus dan pastikan tidak ada bayi kedua dalam uterus

Uterus telah diperiksa, TFU setinggi pusat dan tidak ada bayi kedua
28. Memberitahu ibu bahwa ia akan disuntik oxytosin agar uterus berkontraksi dengan baik

Ibu mengerti dan mau untuk di suntik

29. Menyuntikan oxytosin 10 unit secara intramuskular di 1/3 distal lateral paha 2 menit setelah bayi lahir.

Ibu telah di suntik oxytosin 10 UI /IM, di 1/3 paha atas distal lateral

30. Menjepit tali pusat dengan penjepit tali pusat. Mendorong isi tali pusat kearah ibu mengklem tali pusat dan memotong

Tali pusat di jepit dengan penjepit tali pusat 3 cm dari pusat bayi, isi tali pusat didorong kearah ibu lalu diklem

31. Melindungi perut bayi dengan tangan kiri dan pegang tali pusat yang telah dijepit dan lakukan penggantungan tali pusat diantar 2 klem tersebut.

Tali pusat telah dipotong

32. Meletakkan bayi agar ada kontak kulit antara ibu dan bayi, menyelimuti ibu dan bayi dengan kain hangat lalu memasang topi di kepala bayi

Bayi telah diletakan di perut ibu agar terjadi kontak kulit

Catatan Perkembangan Persalinan Kala III

Tanggal : 12 Mei 2017

Pukul: 02.01WITA

Oleh : Dionisia P.A Ungkur

S : Ibu megatakan merasa mules pada perutnya

O : Keadaan umum baik, kesadaran komposmentis, kontraksi uterus baik, TFU setinggi pusat, uterus menjadi bundar, tali pusat bertambah panjang dan terlihat semburan darah dari jalan lahir

A : Ibu M.H umur 25 tahun P₁ A₀ AH₁ Inpartu kala III.

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

Klem telah dipindahkan 5-10 cm dari vulva

34. Meletakkan satu tangan diatas kain perut ibu, ditepi atas simphisis untuk mendeteksi atau memantau tanda-anda pelepasan plasenta

35. Setelah uterus berkontraksi, menegangkan tali pusat sambil tangan lain melakukan dorsolcranial sambil meminta ibu meneran sedikit

36. Kemudian menarik tali pusat sejajar lantai lalu keatas mengikuti jalan lahir

37. Setelah plasenta keluar, memutar dan memilin plasenta perlahan-lahan hingga plasenta berhasil dilahirkan

Plasenta lahir spontan pukul 02.06 WITA

38. Melakukan masase uterus selama 15 detik dilakukan searah hingga uterus berkontraksi

Uterus berkontraksi baik

39. Memeriksa kelengkapan plasenta

Diameter ±20 cm, tebal ±2,5 cm, insersi tali pusat lateralis, panjang tali pusat 40 cm

Catatan Persalinan Kala IV

Tanggal: 12 mei 2017

Pukul : 02.45 WITA

Oleh : Dionisia P.A Ungkur

S : Ibu merasa lega karena sudah melahirkan dan perut masih mules.

O : Keadaan umum baik, kesadaran composmentis, kontraksi baik, tinggi fundus uteri setinggi pusat, perdarahan 50 cc, tekanan darah 110/70 mmHg, suhu 36,7°C, nadi 84x/menit, pernapasan 21x/menit, kandung kemih kosong.

A : Ibu M.H umur 25 tahun P₁ A₀ AH₁ Inpartu kala IV

P : 40. melakukan evaluasi laserasi Perineum

Ada luka jahitan dengan ruptur uteri derajat dua dan dijahir secara jelujur.

41. Mengevaluasi uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan pervagina

Kontraksi uterus baik

42. Memeriksa kandung kemih

Kandung kemih kosong

43. Mencilupkan tangan tangan yang masih menggunakan sarung tangan kedala larutan klorin 0,5% untuk membersihkan noda darah dan cairan tubuh, dan bilas dengan handuk tanpa melepas sarung tangan, kemudian keringkan dengan handuk

44. Mengajarkan ibu dan keluarga cara melakukan masase uterus dan menilai kontraksi

Ibu dan keluarga dapat melakukan massase uterus

45. Memeriksa nadi dan pastikan keadaan umum ibu baik
Keadaan ibu baik, nadi 84x/menit
46. Mengevaluasi dan mengestimasi jumlah perdarahan
Perdarahan 250 cc
47. Memantau keadaan bayi dan pastikan bahwa bayi bernapas dengan baik
Keadaan bayi baik, nadi bayi 134x/menit
48. Menempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan clorin 0,5% untuk dekontaminasi selama 10 menit
49. Men buang bahan-bahan yang terkontaminasi ke tempat sampah yang sesuai, hasilnya buang sampah yang terkontaminasi cairan tubuh dibuang ditempat sampah medis, dan sampah plastic pada tempat samah non medis.
50. Membersihkan badan ibu menggunakan air DTT
51. Memastikan ibu dalam keadaan nyaman dan membantu ibu memberikan ASI kepada bayinya dan menganjurkan keluarga untuk memberikan makan dan minum kepada ibu
52. Mendekontaminasikan tempat bersalin larutan clorin 0,5% selama 10 menit
53. Celupkan sarung tangan kotor ke dalam larutan klorin 0,5% balikan bagian dalam keluar dan rendam dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit, melepas alat pelindung diri
54. Mencucui kedua tangan dengan sabun dan air mengalir kemudian keringkan dengan handuk yang kering dan bersih.

55. Memakai sarung tangan ulang

56. Melakukan pemeriksaan fisik pada bayi, 1 jam setelah bayi lahir

57. Memberitahu ibu bahwa akan dilakukan penyuntikan Vit K dipaha kiri bersama pemberian salep mata

Vit K sudah disuntikan pukul 03.15 WITA di paha kiri bayi bersama pemberian salep mata

58. Melepaskan sarung tangan dalam keadaan terbalik dan rendam didalam larutan clorin 0,5% selama 10 menit

59. Mencuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir kemudian keringkan dengan tissue atau handuk yang bersih dan kering

60. Melakukan pendokumentasian

Melengkapi lembar depan dan lembar belakang patograf.

Mengevaluasi kontraksi uterus dan keadaan umum ibu 15 menit pada jam pertama, tiap 30 pada jam kedua

Tabel 11. Evaluasi kontraksi uterus dan keadaan umum ibu menit pada jam pertama, tiap 30 pada jam kedua

| Jam | Waktu | TD | N | S | TFU | Kontraksi Uterus | Kandung kemih | Perdarahan |
|-----|-------|-------------|--------|---------|----------------------|------------------|---------------|------------|
| 1. | 02.45 | 110/70 mmHg | 80 x/m | 36,8 °C | 2 jari dibawah pusat | Baik | Kosong | 50 cc |
| | 03.00 | 110/70 mmHg | 80 | | 2 jari dibawah pusat | Baik | Kosong | 50 cc |
| | 03.15 | 110/70 mmHg | 81 x/m | | 2 jari dibawah pusat | Baik | Kosong | 50 cc |
| | 03.30 | 110/70 mmHg | 81 x/m | | 2 jari dibawah pusat | Baik | Kosong | 50 cc |
| 2. | 03.45 | 110/70 mmHg | 80 x/m | 36,8 °C | 2 jari dibawah pusat | Baik | Kosong | 50cc |
| | 04.00 | 110/70 mmHg | 80 x/m | | 2 jari dibawah pusat | Baik | Kosong | 50 cc |

Tabel 12. Evaluasi kontraksi dan keadaan umum bayi menit pada jam pertama, tiap 30 pada jam kedua

| Waktu | RR | S | Warna kulit | Gerakan | Isapan ASI | Tali Pusat | Kejang | BAB | BAK |
|-------|-------|---------|-------------|---------|------------|------------|-----------|-------|--------|
| 02.45 | 56x/m | 36,8 °c | Kemerahan | Aktif | Kuat | Basah | Tidak ada | belum | Belum |
| 03.00 | 56x/m | 36,8 °c | Kemerahan | Aktif | Kuat | Basah | Tidak ada | belum | 1 kali |
| 03.15 | 56x/m | 36,8 °c | Kemerahan | aktif | Kuat | Basah | Tidak ada | belum | Belum |
| 03.30 | 56x/m | 36,8 °c | Kemerahan | Aktif | Kuat | Basah | Tidak ada | belum | Belum |
| 03.45 | 56x/m | 36,8 °c | Kemerahan | Aktif | Kuat | Basah | Tidak ada | belum | Belum |
| 04.00 | 56x/m | 36,8 °c | Kemerahan | Aktif | Kuat | Basah | Tidak ada | Belum | Belum |

Catatan Perkembangan Bayi Baru Lahir

Tanggal : 12-05-2019 Pukul : 04 .00 wita

Tempat : Puskesmas Baumata

Oleh : Dionisia Putri Ani Ungkur

S : Byi Ibu M. H Tanggal/Jam Lahir : 12 Mei 2019 / 02.00 Wita

O : 1) Pemeriksaan umum

Keadaan umum : Baik

Kesadaran : Composmentis

Tanda-tanda vital

Detak Jantung : 140 kali/menit,

Suhu : 37 °C,

Pernapasan : 48 kali/menit

Pengukuran antropometri

Berat Badan : 3000gram

Panjang Badan : 48 cm

Lingkar Kepala : 34 cm

Lingkar Dada : 32 cm

Lingkar Perut : 29cm

2) Pemeriksaan Fisik

- Kepala : ubun-ubun datar, tidak ada caput, tidak ada cephal hematoma
- Telinga : normal, simetris, terdapat lubang telinga
- Mata : simetris, tidak ada infeksi
- Hidung : simetris, tidak ada secret, tidak ada pernafasan cuping hidung
- Mulut : bibir dan langit-langit berwarna merah muda, tidak ada sianosis, tidak ada labiopalatokisis
- Leher : Tidak ada benjolan
- Dada : simetris, tidak ada retraksi dinding dada
- Abdomen : datar, tidak ada infeksi pada tali pusat
- Genitalia : normal, Testis sudah turun ke skrotum
- Punggung : tidak ada kelainan pada tulang belakang
- Anus : terdapat lubang anus
- Ekstremitas : lengkap, bergerak aktif, tidak ada fraktur
- Kulit : kemerahan, tidak ada bintik merah, terdapat verniks pada lipatan paha dan ketiak, terdapat lanugo pada pada punggung.

3) Refleks

- Rooting refleks : sudah terbentuk dengan baik karena pada saat diberi rangsangan taktil pada pipi bayi menoleh ke arah rangsangan tersebut.
- Sucking refleks : sudah terbentuk dengan baik karena bayi sudah dapat menelan ASI dengan baik

Graps refleks : sudah terbentuk dengan baik karena bayi sudah dapat menggenggam jari atau kain dengan baik.

Moro refleks : sudah terbentuk dengan baik karena ketika dikagetkan bayi melakukan gerakan memeluk.

Babinski refleks : sudah terbentuk dengan baik

A : Bayi. Ibu M.H Neonatus Cukup Bulan Sesuai Masa Kehamilan umur 2 jam.

P : Tanggal : 12 Mei 2019 Pukul : 04.00 Wita

1) Melakukan pemeriksaan Tanda tanda Vital dan Menginformasikan hasil pemeriksaan kepada ibu dan keluarga yaitu: Tanda-tanda vital: Detak Jantung : 140 x/menit, Suhu: 37 °C, Pernapasan : 48x/menit.

Ibu dan keluarga sudah mengetahui hasil pemeriksaan bayinya.

2) Melakukan pemeriksaan antropometri dengan hasil: Berat Badan: 3000gram, Panjang Badan: 48 cm, Lingkar Kepala: 34 cm, Lingkar Dada : 32 cm, Lingkar Perut: 29cm

3) Melakukan pemeriksaan fisik pada bayi baru lahir dengan hasil : tidak didapati adanya kelainan.

4) Menjaga kehangatan tubuh bayi dengan membungkus dengan kain hangat dan sudah dikenakan topi.

Bayi sudah dibungkus dengan kain hangat dan sudah dikenakan topi.

5) Memberikan bayi pada ibu untuk dilakukan kontak kulit ibu ke kulit bayi dan menganjurkan ibu untuk diberikan ASI.

Bayi sudah diberikan ke ibu untuk dilakukan kontak kulit

6) Memberikan salep mata tetrasiklin pada kedua mata untuk mencegah penyakit mata karena klamidia. Obat diberikan 1 jam pertama setelah persalinan.

Bayi sudah diberikan salep mata tetrasiklin pada kedua mata

- 7) Memberikan bayi suntikan vitamin Neo K 0,5 cc secara IM pada paha kiri

Bayi sudah diberikan suntikan vitamin Neo K 0,5 cc secara IM pada paha kiri jam 03.15 WITA.

Catatan Perkembangan Bayi Baru Lahir 7 Jam (KN I)

- Tanggal : 12 Mei 2019 Pukul : 09.00 Wita
- Tempat : Puskesmas Baumata Oleh : Dionisia P.A Ungkur
- S** : Ibu mengatakan bayinya sudah menyusui BAB 1 kali dan BAK 3 Kali
- O** : Tanda-tanda vital Denyut Jantung : 138 x/menit, Suhu : 36,8°C, Pernapasan : 48 x/menit,
- A** : Bayi Ibu M.H Neonatus cukup bulan sesuai masa kehamilan Umur 7 Jam.
- P** : 2) Melakukan pemeriksaan Tanda Tanda Vital dan Menginformasikan pada ibu dan keluarga bahwa keadaan bayi baik dengan hasil pemeriksaan yaitu Detak Jantung: 138 x/menit, Suhu: 36,8°C, Pernapasan : 48 x/menit.
Ibu dan keluarga mengetahui hasil pemeriksaan yang diberitahu.
- 3) Mengajarkan pada ibu cara menjaga kehangatan bayi, Menjaga kehangatan bayi dengan membungkus bayi dan menggunakan topi serta sarung tangan dan kaki.
Bayi sudah dibungkus dan sudah dikenakan topi, sarung tangan dan kaki.
- 4) Memberikan konseling pada ibu dan keluarga tentang tanda bahaya yang dapat terjadi pada bayi baru lahir seperti pemberian ASI sulit, bayi sulit mengisap ASI karena bayi tidur terus menerus, warna kulit berubah menjadi kuning atau biru, bayi demam, dll. Menganjurkan pada ibu agar segera melapor ke petugas kesehatan

apabila menemukan salah satu tanda tersebut.

Ibu memahami dengan penjelasan yang diberikan dan akan memberitahu pada petugas kesehatan apabila terdapat tanda bahaya pada bayi seperti pemberian ASI sulit, bayi sulit mengisap ASI karena bayi tidur terus menerus, warna kulit berubah menjadi kuning atau biru, dan bayi demam.

- 5) Memberitahukan posisi menyusui yang benar yaitu pastikan ibu dalam posisi yang nyaman, wajah bayi menghadap payudara, hidung bayi menghadap puting, sebagian besar aerola (bagian hitam disekitar puting) masuk kedalam mulut bayi, mulut terbuka lebar, bibir bawah melengkung ke luar dan dagu menyentuh payudara ibu.

Ibu sudah bisa menyusui bayinya dengan benar.

- 6) Meminta ibu dan keluarga mencuci tangan sebelum memegang bayi atau setelah menggunakan toilet untuk BAB atau BAK, menjaga kebersihan tali pusat dengan tidak membubuhkan apapun, meminta ibu menjaga kebersihan dirinya dan payudaranya, menganjurkan ibu agar menjaga bayi dari anggota keluarga yang sedang sakit infeksi.
- 7) Mengajarkan ibu tentang perawatan tali pusat seperti menghindari pembungkusan tali pusat, jangan mengoleskan atau membubuhkan apapun pada tali pusat, melipat popok dibawah tali pusat bayi, jika putung tali pusat kotor maka cuci secara hati-hati dengan air matang, jika tali pusat bernanah atau berdarah maka segera melapor dan bawa ke fasilitas kesehatan.

Ibu memahami dan akan menerapkannya kepada bayinya.

- 8) Memberikan imunisasi HB-0 pada bayi di paha kanan bayi.

Catatan Perkembangan Bayi Baru Lahir 3 Hari (KN II)

Tanggal : 15 Mei 2019 Tempat : Rumah Pasien

Pukul : 09.50 wita oleh : Dionisia P.A Ungkur

S : Ibu mengatakan bayinya dalam keadaan normal dan menyusui sangat kuat serta tali pusar belum lepas.

O : Keadaan umum : baik, Kesadaran : composmentis, Berat Badan : 3.000 gram, Panjang Badan: 48cm. Tanda-tanda vital : Detak Jantung : 136 x/menit, Suhu: 36,5 °C, Pernapasan : 45 x/menit, tali pusar bayi belum terlepas.

A : Bayi Ibu M.H Neonatus cukup bulan sesuai masa kehamilan usia 3 hari

P : 1) Melakukan pemeriksaan Tanda Tanda Vital dan melakukan penukuran Antropometri serta Menginformasikan kepada ibu tentang hasil pemeriksaan, seperti keadaan umum : baik, kesadaran : compass mentis, Tanda vital Suhu:36,8°C , Detak Jantung : 136x/menit, Pernapasan : 45x/menit, Berat Badan : 3.000 gram, Panjang Badan: 48cm. Perlu diketahui oleh ibu agar ibu tidak khawatir. Hasil pemeriksaan menunjukkan keadaan bayi baik.

Ibu merasa senang dengan hasil pemeriksaan yang telah disampaikan.

2) Mengajarkan ibu cara merawat tali pusat bayi seperti tidak membungkus atau mengoleskan bahan atau ramuan apapun ke punting tali pusat.

Ibu sudah bisa melakukan perawatan tali pusat bayi.

3) Menganjurkan ibu untuk memberikan ASI setiap 2 jam sekali atau kapan saja jika bayi mau, dan tetap memberikan ASI secara

eksklusif sampai bayi berumur 6 bulan tanpa makanan tambahan apapun karena ASI mengandung zat gizi yang dibutuhkan bayi, mudah dicerna, melindungi bayi dari infeksi, selalu segar, siap diminum kapan saja.

Ibu mengerti dengan penjelasan yang diberikan dan mau memberikan ASI secara eksklusif.

- 4) Menganjurka ibu untuk selalu menjaga kebersihan bayi, yaitu dengan cara memandikan bayi 1 kali sehari, mengganti popok yang basah, segera mengganti pakaian dan kain bayi yang basah. ibu mengerti dengan penjelasan yang diberikan dan akan melakukannya.
- 5) Melakukan pendokumentasian sebagai bukti tindakan dan pertanggungjawaban atas tindakan yang telah dilakukan. Pendokumentasian telah dilakukan dalam bentuk SOAP.

Catatan Perkembangan Bayi Baru Lahir 14 Hari (KN III)

Tanggal : 15 Mei 2019 Tempat : rumah pasien

Pukul : 16.00 wita oleh : Dionisia P.A Ungkur

S : Ibu mengatakan bayinya dalam keadaan normal dan menyusui sangat kuat serta tali pusar sudah lepas BAB 1 kali dan BAK 3 kali.

O : Keadaan umum : baik, Kesadaran : composmentis, Tanda-tanda vital : Detak Jantung : 136 x/menit, Suhu: 36,5 °C, Pernapasan : 45 x/menit, tali pusar bayi sudah terlepas dan tidak ada tanda-tanda infeksi.

A : Bayi Ibu M.H Neonatus cukup bulan sesuai masa kehamilan usia 14 hari

P : 1) Melakukan pemeriksaan Tanda Tanda Vital dan Menginformasikan

kepada ibu tentang hasil pemeriksaan, dimana hasil pemeriksaan seperti keadaan umum : baik, kesadaran : compass mentis, Tanda vital S:36,8⁰C ,HR : 136x/ menit, RR : 45x/menit.

Ibu merasa senang dengan hasil pemeriksaan yang telah disampaikan.

- 2) Melakukan pemeriksaan fisik bayi dimana tidak ada kelainan yang ditemukan dan tidak ada tanda infeksi pada pusat bayi.
- 3) Memperhatikan bagaimana posisi ibu dalam memberikan ASI pada Bayinya.

Ibu sudah bisa melakukan posisi menyusui dengan benar.

- 4) Menganjurkan ibu untuk selalu menjaga kebersihan bayi yaitu dengan cara memandikan bayi 1 kali sehari, mengganti popok yang basah, segera mengganti pakaian dan kain bayi yang basah.

ibu mengerti dengan penjelasan yang diberikan dan akan melakukannya.

- 5) Menganjurkan ibu untuk membawa Bayinya untuk imunisasi BCG saat usia bayi 1 bulan.

Ibu bersedia membawa bayinya untuk Imunisasi BCG saat umur bayi 1 bulan.

- 6) Melakukan pendokumentasian sebagai bukti tindakan dan pertanggungjawaban atas tindakan yang telah dilakukan. Pendokumentasian telah dilakukan dalam bentuk SOAP.

Catatan Perkembangan Post Partum 2 Jam

Tanggal : 12 Mei 2019 Pukul : 04.00 wita

Oleh : Dionisia Putri Ani Ungkur

S : Ibu mengatakan perutnya terasa mules dan belum bisa menyusui bayinya. ibu mengatakan tidak merasa pusing.,ibu mengatakan sudah dapat miring ke kiri dan ke kanan.

O : 1) Pemeriksaan umum

Keadaan umum : Baik

Kesadaran : Composmentis

Tanda-tanda vital

Tekanan Darah : 110/70 mmHg

Nadi : 84 ×/menit

Pernapasan : 21 ×/menit

Suhu : 36,8°C

2) Pemeriksaan fisik

Mata : kelopak mata tidak oedema, konjungtiva berwarna merah muda dan sklera berwarna putih

Mulut : bibir tidak pucat, tidak kering

Payudara : Pembesaran payudara kanan dan kiri baik, aerola mammae, hyperpigmentasi positif, puting susu bersih dan menonjol,sudah ada pengeluaran ASI serta tidak ada nyeri tekan pada daerah payudara.

Abdomen : Strie gravidarum, TFU 2 jari bawah pusat, kontraksi uterus keras dan bulat, kandung kemih kosong

Genitalia : Pengeluaran lochea rubra, jenis darah, warna merah segar, terdapat luka jahitan pada perineum.

3) Therapy

SF 200 mg (2 x 1) setelah makan : Paracetamol 500 mg 10 tablet (3 x 1), Amoxillin 500 mg 10 tablet (3 x 1) setelah makan, Vitamin C 50 mg 30 tablet (3 x 1) setelah makan: Vitamin A 200.000 IU (1 x 1) setelah makan.

A : Diagnosa : Ibu M. H. Umur 25 tahun P₁ A₀AH₁ post partum Normal 2 Jam.

P : Tanggal : 12 Mei 2019 Pukul : 04.00

1) Melakukan observasi Tanda-tanda Vital, melakukan pengukuran Tinggi Fundus uteri dan melakukan pemeriksaan fisik serta memberitahukan hasil pemeriksaan pada ibu dan keluarga. Seperti tekanan darah : 110/70mmHg, Nadi : 84x /menit, Suhu : 36,8 °C, pernapasan : 21x /menit, dan melakukan pengukuran Tinggi Fundus Uteriyaitu: 2 jari dibawah pusat, pengeluaran ASI lancar, pengeluaran lochea rubra warna merah segar dan kontraksi uterus baik.

Ibu dan keluarga telah mengetahui tentang keadaan ibu dan bayi.

2) Menjelaskan kepada ibu bahwa mules yang dialami merupakan hal yang normal dan wajar karena pengembalian rahim ke bentuk semula sehingga ibu tidak merasa takut dan khawatir.

Ibu mengerti dengan penjelasan yang diberikan.

3) Mengajarkan ibu dan keluarganya cara massase yaitu dengan memijat perut bagian bawah searah jarum jam agar kontraksi uterus baik.

Ibu dan keluarganya mengerti dengan penjelasan yang diberikan dan ibu bisa melakukannya dengan benar.

4) Mengajarkan pada ibu teknik menyusui yang benar yaitu yang

pertama pakian ibu dibuka kemudian bayi diletakan menghadap ibu, kepala dan tubuh bayi sejajar, hadapkan bayi kedada ibu, kemudian dan lekatkan mulut bayi pada putting susu ibu dan mulut bayi membuka lebar.

Ibu sudah bisa menyusui bayinya dengan baik.

- 5) Menjelaskan kepada ibu tentang ASI eksklusif yaitu bayi diberi ASI selama 6 bulan pertama tanpa makanan pendamping lainnya.

Ibu mengerti dengan penjelasan yang diberikan dan akan memberikan ASI eksklusif kepada bayinya.

- 6) Mengajarkan ibu cara melakukan perawatan payudara dengan cara basahi kapas dengan minyak kelapa atau Beby oil, kemudian bersihkan puting susu dengan kapas atau kasa tersebut yang kedua tuangkan minyak kelapa pada ke dua telapak tangan kemudian lakukan pengurutan dan yang terahir rangsangkan payudara dengan melakukan pengompresan memakai air hangat dan dingin secara bergantian.

Ibu sudah mengetahui cara melakukan perawatan payudara.

- 7) Menjelaskan kepada ibu mengenai mobilisasi dini yaitu mulai dengan miringkiri atau miring kanan kemudian pelan-pelan duduk apabila ibu tidak pusing dan ibu bisa berdiri dan mulai jalan sedikit demi sedikit dengan dibantu keluarga atau suami.

Ibu mengerti dengan penjelasan yang diberikan dan ibu sudah miring kiri dan miring kanan.

- 8) Menjelaskan kepada ibu cara menjaga kebersihan alat genitalia yaitu selalu mengganti pembalut 2-3 kali/hari, mengganti celana apabila basah dan kotor, cara cebok dari arah depan ke belakang menggunakan air dingin dan tidak boleh melakukan tatobi pada jalan

lahir/alat kelamin. Ibu mengerti dengan penjelasan yang diberikan dan akan melakukannya.

9) Mengajarkan ibu untuk :

- a) Menjaga pola makan dengan gizi seimbang seperti karbohidrat (nasi, jagung, ubi, kentang), protein (daging, ikan, tahu, tempe dan kacang-kacangan), vitamin dan mineral (sayuran dan buah) serta cairan yang cukup. Karena dengan gizi seimbang dapat membantu proses penyembuhan dan membantu dalam produksi ASI yang cukup untuk menyetatkan bayi.
- b) Istirahat yang cukup karena dengan beristirahat dapat membantu proses pemulihan serta produksi ASI. Ibu mengerti dengan penjelasan yang diberikan dan akan mengikuti anjuran yang diberikan.
- c) Mengajarkan pada ibu cara meminum obat sesuai dosis dan teratur.

SF 200 mg (2 x 1) setelah makan : Paracetamol 500 mg 10 tablet (3 x 1), Amoxicillin 500 mg 10 tablet (3 x 1) setelah makan, Vitamin C 50 mg 30 tablet (3 x 1) setelah makan: Vitamin A 200.000 IU (1 x 1) setelah makan. Ibu mengerti dan akan meminum obat secara teratur dan sesuai dosis yang diberikan.

Catatan Perkembangan Kunjungan Nifas 6 Jam KF 1

Tanggal : 12 mei 2019 Pukul :08.00 Wita
Tempat : Puskesmas Baumata oleh : Dionisia P.A Ungkur

S : ibu mengatakan perutnya masih terasa mules.

O : Keadaan umum baik, kesadaran composmentis, tanda-tanda vital:
Tekanan Darah :110/70 mmHg, Nadi : 82 x/menit, pernapasan : 20 x/menit, Suhu: 36,7 °C. Tinggi fundus uteri 2 jari dibawah pusat, uterus teraba bulat dan Keras, perdarahan pervaginam normal, pengeluaran lochea rubra, sudah 3 kali ganti pembalut, pengeluaran ASI lancar.

A : Ibu M. H. Umur 25 tahun P₁A₀ AH₁ Nifas Normal 6 jam

P : 1) Melakukan observasi Tanda-tanda Vital, melakukan pengukuran Tinggi Fundus uteri dan melakukan pemeriksaan fisik serta memberitahukan hasil pemeriksaan pada ibuseperti : tanda vital : Tekanan Darah : 110/70 mmHg, Nadi : 82 x/menit, Pernapasan : 20 x/menit, Suhu : 36,7 °C. Tinggi fundus uteri 2 jari dibawah pusat, kontraksi uterus baik, perdarahan pervaginam normal, pengeluaran lochea rubra, sudah 3 kali ganti pembalut

Ibu merasa senang dengan hasil pemeriksaan karena semua dalam keadaan normal.

2) Mengajarkan ibu cara mencegah perdarahan dengan cara meletakkan telapak tangan pada bawah pusat sambil menekannya lalu memutar searah jarum jam sampai terasa keras.

Ibu melakukan cara tersebut dengan baik dan benar.

3) Memastikan involusi uterus berjalan dengan baik
Uterus ibu teraba bulat dan keras.

4) Memastikan ibu menyusui dengan baik, posisi dalam menyusui

benar, serta menganjurkan untuk selalu memberikan bayinya ASI sesering mungkin tanpa jadwal pemberian.

Ibu sudah menyusui dengan baik dan posisi dalam menyusui benar dan tidak ada tanda-tanda infeksi

- 5) Menjelaskan tanda bahaya masa nifas seperti perdarahan yang hebat, pengeluaran cairan pervaginam berbau busuk, oedema, penglihatan kabur, payudara bengkak dan merah, demam dan nyeri yang hebat, sesak nafas, sakit kepala yang hebat. Menganjurkan pada ibu untuk segera memberitahukan pada petugas jika muncul salah satu tanda tersebut.

Ibu mengerti dengan penjelasan tentang tanda bahaya dan ibu akan segera memanggil petugas jika terdapat tanda bahaya seperti perdarahan yang hebat, pengeluaran cairan pervaginam berbau busuk, oedema, penglihatan kabur, payudara bengkak dan merah, demam dan nyeri yang hebat, sesak nafas, sakit kepala yang hebat.

- 6) Memastikan ibu mengonsumsi makanan yang bergizi seimbang dan istirahat yang cukup

Ibu sudah makan Nasi, sayur dan telur, sudah menghabiskan segelas susu serta sudah tidur 1 jam.

Catatan Perkembangan Kunjungan Nifas 3 Hari KF II

Tanggal : 15 Mei 2019 Tempat : Rumah Pasien
Pukul : 10.00 wita oleh : Dionisia P.A Ungkur

S : Ibu mengatakan masih merasa perih pada luka jahitannya.

O : Keadaan umum baik, kesadaran composmentis, Tekanan Darah : 110/80 mmHg, Nadi : 80 x/menit, Suhu : 36,8 °C, Pernapasan : 20 x menit, Mata : konjungtiva merah muda skler putih, payudara: putting

susu menonjol, tidak ada benjolan, tidak ada nyeri tekan, TFU: pertengahan antara pusat dan symphysis, kontraksi uterus baik, pemeriksaan genitalia: jahitan belum kering, tidak ada tanda-tanda infeksi dan ada pengeluaran lokeasanguinolenta.

A : Ibu M. H. Umur 25 tahun P₁A₀ AH₁ Nifas normal hari ke 3

P : 1) Melakukan Observasi Tanda-tanda Vital dan Menginformasikan pada ibu hasil pemeriksaan seperti keadaan umum ibu : baik, tanda vital : Tekanan Darah: 110/80 mmHg, Nadi : 78 x/menit, Pernapasan: 20 x/menit, Suhu : 36,8 °C.

Ibu merasa senang dengan hasil pemeriksaan karena semua dalam keadaan normal.

2) Menganjurkan pada ibu untuk mengkonsumsi nutrisi seimbang seperti seperti ikan,daging,telur,sayur-sayuran dan buah-buahan.

Ibu mengerti dan mau untuk mengkonsumsi nutrisi seimbang seperti ikan,daging,telur,sayur-sayuran dan buah-buahan.

3) Memastikan ibu menyusui dengan baik, posisi dalam menyusui benar, serta tidak ada tanda-tanda infeksi.

Ibu sudah menyusui dengan baik dan posisi dalam menyusui benar dan tidak ada tanda-tanda infeksi

4) Memastikan ibu mendapat istirahat yang cukup dan teratur, tidur siang 2 jam/hari dan tidur malam 8 jam/hari.

Ibu selalu istirahat dan saat bayinya sedang tidur.

5) Memastikan ibu selalu menjaga kebersihan diri khususnya sesudah BAB dan BAK dengan cara membasuh vagina dari arah depan kebelakang, lalu mengeringkan vagina, mengganti pembalut jika merasa tidak nyaman atau sudah penuh.

Ibu sudah mandi dan sudah 1 kali ganti pembalut.

6) Melakukan pendokumentasian sebagai bukti tindakan dan

pertanggungjawaban atas tindakan yang telah dilakukan.
Pendokumentasian telah dilakukan dalam bentuk SOAP.

Catatan Perkembangan Kunjungan Nifas 14 Hari KF II

Tanggal : 25 Mei 2019 Tempat : Rumah pasien
Pukul : 10.00 wita oleh : Dionisia P.A Ungkur

S : Ibu mengatakan sudah bisa menyusui bayinya.

O : Keadaan umum : baik, kesadaran : composmentis

Tanda Tanda Vital: Tekanan Darah 110/70 mmHg, nadi 86 kali/menit, suhu 36,5°C, Pernapasan:20 x/m.

Wajah : tidak pucat,tidak ada oedema, ada cloasma gravidarum. Mata : konjungtiva merah muda, sklera putih. Payudara:putting sus menonjol, hiperpigmentasi aerola mammae, tidak ada benjolan, tidak ada nyeri tekan, pengeluaran ASI kanan dan kiri (+/) : pengeluaran lochea Alba,tidak ada tanda-tanda infeksi pada luka jahitan, tidak ada nyeri tekan, luka sudah kering, pada TFU: tidak teraba lagi, kontraksi uterus baik .

A : Ibu M. H. Umur 25 tahun P₁A₀AH₁ Nifas Normal Hari Ke-14.

P : 1) Mengobservasi Tanda Tanda Vital dan Menginformasikan kepada ibu semua hasil pemeriksaan: Tekanan Darah:110/70mmHg, Suhu Tubuh : 36,5 °C, Nadi : 86 kali/menit,Pernafasan :19 kali/menit. Perdarahan normal, kontraksi uterus ibu baik. Luka jahitan sudah kering.

Hasil pemeriksaan telah diberitahukan kepada ibu dan ibu sudah mengetahui dengan hasil pemeriksaan.

2) Melakukan pemeriksaan Fisik Pada ibu dengan hasil: tidak ada pembengkakan pada payudara ibu, TFU sudah tidak teraba lagi.

3) Memastikan ibu 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 terutama sayuran hijau seperti bayam, marungga dan minum harus lebih banyak dari sebelumnya karena ibu sedang menyusui dan bermanfaat meningkatkan produksi ASI.

Ibu baru selesai makan nasi putih dengan lauk ikan kuah, sayur kangkung, tempe goreng dan minum air putih 1 gelas

- 4) Memastikan 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 ganti pembalut sudah 1 kali.

- 5) Memastikan ibu istirahat yang cukup, tidur malam minimal 8 jam sehari dan tidur siang minimal 1 jam. Bila perlu pada saat bayi tidur ibu juga harus beristirahat. Ibu mengatakan tiap kali bayinya sudah tidur ibu juga tidur.
- 6) Mendokumentasikan hasil pemeriksaan dan asuhan yang diberikan sebagai bahan pertanggungjawaban dan evaluasi.

Catatan Perkembangan Keluarga Berencana

Tanggal : 27 Juni 2019 Pukul : 11.15 WITA
Tempat : Puskesmas Baumata Oleh : Dionisia P.A Ungkur

S : Ibu mengatakan tidak ada keluhan, melahirkan anak pertama pada 12 Mei 2019, Ibu mengatakan saat ini belum mendapat haid, ibu masih menyusui bayinya setiap 2-3 jam sekali atau tiap bayi ingin. Ibu mengatakan tidak pernah menggunakan alat kontrasepsi.

- O** : Tekanan darah :110/70 mmHg, Nadi : 78 kali/menit, Suhu: 36.5⁰ c
- A** : Ibu M.H P₁A₀AH₁ umur 25 tahun Aseptor Metode Kontrasepsi suntikan Progestin.
- P** :
1. Menginformasikan hasil pemeriksaan pada ibu bahwa ibu keadaan ibu baik, tekanan darah normal 110/70 mmHg, nadi normal 78 kali/menit, suhu normal 36,5 °C, pernapasan normal 18 kali/menit, hasil pemeriksaan fisik normal.
Ibu mengerti dan merasa senang dengan hasil pemeriksaan.
 2. Menjelaskan secara garis besar mengenai berbagai macam alat kontrasepsi pada ibu seperti :
 - a. AKDR adalah suatu alat atau benda yang dimasukkan ke dalam rahim yang sangat efektif, reversibel dan berjangka panjang. Keuntungannya Metode jangka panjang (10 tahun proteksi dari CUT-380A dan tidak perlu diganti), Tidak ada efek samping hormonal dengan Cu. AKDR (CuT 380 A), Tidak mempengaruhi kualitas ASI. Kerugian Perubahan siklus haid (umumnya pada 8 bulan pertama dan akan berkurang setelah 3 bulan), Haid lebih lama dan banyak, Perdarahan (spotting) antar menstruasi.
 - b. Implan adalah salah satu jenis alat kontrasepsi yang berupa susuk yang terbuat dari sejenis karet silastik yang berisi hormon, dipasang pada lengan atas. Keuntungan Dapat digunakan untuk jangka waktu yang panjang 5 tahun dan bersifat reversible, Efek kontraseptif akan berakhir setelah implannya dikeluarkan. Kerugian Sering timbul perubahan pola haid.
 - c. Pil progestin merupakan pil kontrasepsi yang berisi hormon sintesis progesterone. Keuntungan Tidak berpengaruh terhadap pemberian ASI, Bisa mengurangi perdarahan haid. Kerugian Sedikit penambahan atau pengurangan berat badan bisa terjadi, Harus dimakan pada waktu yang sama setiap hari.

d. Suntik kombinasi merupakan kontrasepsi suntikan yang berisi hormon progesterone. Keuntungan :Metoda jangka waktu menengah (intermediate – term) perlindungan untuk 2 atau 3 bulan per satu kali injeksi, Tidak mempengaruhi pemberian ASI. Kerugian : Penambahan berat badan (± 2 kg) merupakan hal biasa, Pemulihan kesuburan bisa tertunda selama 7 – 9 bulan (secara rata – rata) setelah penghentian

Ibu mengerti dengan penjelasan yang diberikan, namun ibu mengatakan tidak ingin memakai alat kontrasepsi dengan pembedahan atau memasukkan alat dalam rahim, ibu mengatakan sudah berkonsultasi dengan suami dan memilih Metode kontrasepsi suntikan 3 bulan.

3. Menyiapkan alat dan obat dan memberikan suntikan Progestin.

Ibu sudah diberikan suntikan depoprovera secara Intra muscular..

4. Menganjurkan ibu datang kepuskesmas untuk suntuk ulang 3 bulan lagi pada tanggal 19 November 2019

Ibu bersedia datang kembali sesuai tanggal yang sudah ditentukan.

5. Mendokumentasikan hasil pemeriksaan

Hasil sudah didokumentasikan untuk dijadikan bahan pertanggung jawaban dan asuhan selanjutnya.

D. Pembahasan

Penulis melakukan asuhan kebidanan pada Ibu M.H yang dimulai sejak tanggal 23 Februari s/d 18 Mei 2019 dari kehamilan, persalinan sampai 42 hari masa nifas. Ada beberapa hal yang penulis uraikan pada bab pembahasan ini dimana penulis akan membahas kesenjangan dan kesesuaian antara teori dan penatalaksanaan dari kasus yang ada.

1. Kehamilan

a. Kunjungan pertama

Dari hasil pengkajian data Subyektif yang penulis lakukan pada kunjungan pertama tanggal 04 Maret 2019, penulis mendapatkan data

bahwa Ibu M.H umur 25 tahun, ibu mengatakan ingin memeriksakan kehamilannya , tidak pernah keguguran, dan mengatakan terakhir mendapat haid sekitar tanggal 02 Agustus 2018, hal ini sesuai dengan teori Romauli (2011) yang mengatakan bahwa amenorhea adalah salah satu tanda mungkin hamil yang nampak pada ibu. Saat kunjungan ini ibu mengeluhkan sulit tidur hal ini sesuai dengan teori Romauli bahwa mengeluh susah tidur karena rongga dadanya terdesak perut yang membesar atau posisi tidurnya jadi tidak nyaman. Ibu mengatakan pada trimester I ibu 1 kali melakukan pemeriksaan kehamilan, pemeriksaan kehamilan pertama kali ini di Puskesmas Baumata tanggal 10 novembr 2018 , trimester II sebanyak 1 kali, trimester III sebanyak 2 kali, hal ini 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. Ibu mengatakan sudah mendapat imunisi TT₁ pada tanggal 10 November 2018 dan mendapat TT₂ tanggal 10 Januari 2019 hal ini tidak sesuai dengan teori menurut Kemenkes RI (2015), bahwa TT₂ diberikan 1 bulan setelah pemberian TT₁.

Selama kehamilannya, ibu sudah mendapat terapi obat Sulfat Ferrosus sebanyak 90 tablet untuk mencegah anemia, hal ini sesuai dengan teori Fatimah, dkk (2001) dimana 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. Pada trimester III terjadi peningkatan volume plasma sampai dengan persalinan, hal ini menyebabkan nilai Hb dan Ht menurun dimana dikenal dengan anemia fisiologis (Marmi 2014), untuk itu ibu hamil selama kehamilannya perlu mendapatkan tablet tambah darah.

Data objektif yang didapatkan dari ibu yaitu HPHT tanggal 02 Agustus 2018, menurut rumus Negele: Tafsiran Partus (TP) = hari haid terakhir +7, bulan haid terakhir -3, tahun +1 maka tafsiran persalinan Ibu M.H adalah tanggal 09 Mei 2019. UK ibu didapatkan dari hasil

perhitungan rumus Negele dimana Uk dihitung dari HPHT ke tanggal pemeriksaan saat ini, perhitungan ini sesuai dengan teori menurut Pantikawati dan Saryono (2010).

Pemeriksaan umum berat badan ibu 62 kg, kenaikan berat badan 9 kg sejak sebelum hamil, hal ini sesuai 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 160 cm, kehamilan Ibu M.H tidak tergolong resiko tinggi sesuai teori Walyani (2015) tinggi badan diukur dalam cm tanpa sepatu, tinggi badan kurang dari 145 cm ada kemungkinan terjadi *Cepalo Pelvic Disproportion* (CPD). Hasil pengukuran LILA ibu adalah 26,5 cm, ini menunjukkan bahwa ibu tidak mengalami KEK, sesuai dengan teori menurut Pantikawati & Saryono (2010) standar minimal untuk lingkaran atas pada wanita dewasa atau usia reproduksi adalah 23,5 cm.

Pemeriksaan abdomen, pada Leopold I tinggi fundus uteri pertengahan pusat processus xifoideus, pada fundus teraba bagian bulat, lunak, tidak melenting. Leopold II pada bagian kiri perut ibu teraba bagian kecil-kecil janin, bagian kanan perut ibu teraba bagian keras dan memanjang. Leopold III bagian bawah perut ibu teraba bulat, keras, dan melenting, bagian terendah janin belum masuk PAP. Leopold IV tidak dilakukan karena bagian terendah belum masuk PAP. Dari hasil pemeriksaan TFU sesuai dengan teori menurut Nugroho, dkk, (2014) dimana dikatakan TFU pada minggu ke 28 kehamilan 3 jari diatas pusat . Lalu pada leopold III diketahui bagian terendah janin juga belum masuk ke PAP, hal ini sesuai jika dikaitkan dengan teori edisi dua (2009) pada primigravida kepala janin masuk panggul saat ahir kehamilan . Selain itu, dari hasil pengukuran Mc Donald yaitu 25 cm maka dapat diperkirakan TBBJ dengan rumus yang dijelaskan oleh

Tresnawati (2012) (25-11) x 155 maka hasil perhitungan menunjukkan TBBJ 2170 gram. Hasil auskultasi menunjukkan DJJ 140 x/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. 1464/MENKES/PER/III/2010 tentang standar kebidanan yang ketiga dimana diagnosa sesuai dengan kesenjangan yang dihadapi oleh klien atau suatu keadaan psikologis yang ada pada tindakan kebidanan sesuai dengan wewenang bidan dan kebutuhan klien. Penegakkan diagnosa pada Ibu M.H sebagai berikut G₁P₀A₀ AH₀ UK 30 minggu 4 hari, janin tunggal, hidup, pu-ki, letak kepala, intrauterine, keadaan ibu dan janin baik. Diagnosa ini ditegakkan berdasarkan data subjektif yaitu ibu mengatakan tidak pernah keguguran, ibu juga mengatakan sudah tidak haid kurang lebih 7 bulan dari bulan Agustus 2018. HPHT 02-08-2019 sehingga jika UK ibu dihitung menurut teori Naegele maka akan didapatkan UK ibu 30 minggu 4 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.

Asuhan yang diberikan kepada ibu diantaranya menjelaskan tanda-tanda bahaya pada kehamilan trimester III, anjurkan ibu meminum obat, informasikan mengenai perubahan-perubahan kehamilan yang menyebabkan ketidaknyamanan dan memotivasi ibu untuk kunjungan ulang, semua asuhan ini sesuai dengan teori menurut Green dan Wilkinson (2012).

Layanan ANC yang berikan pada Ibu M.H yaitu 14T, hal ini sesuai dengan teori saifuddin, dkk (2001) dimana 14 T yang dimaksud adalah timbang berat badan dan tinggi badan (T1), tekanan darah (T2), tinggi fundus uteri (T3), pemberian tablet Fe (T4), pemberian imunisasi (T5), pemeriksaan Hb (T6), pemeriksaan VDRL (T7), perawatan payudara, senam payudar dan pijat tekan payudara (T8), pemeliharaan tingkat kebugaran/senam ibu hamil (T9) temu wicara (T10), pemeriksaan protein urin (T11), pemeriksaan reduksi urin (T12), pemberian terapi kapsul yodium untuk daerah epidemis gondok (T13), pemberian terapi malaria untuk daerah endemis malaria (T14). Seperti yang sudah dijelaskan sebelumnya dimana tinggi badan dan LILA ibu telah diukur saat pertama kali ibu melakukan kunjungan, BB ibu selalu ditimbang setiap kali datang periksa dan BB ibu selalu naik sesuai perhitungan IMT sebelum hamil, begitu juga tekanan darah, pengukuran TFU, presentasi janin, dan DJJ selalu diperiksa setiap kali ibu datang periksa, ibu juga telah diberi imunisasi TT sebanyak 1x, tablet Fe diberikan 90 tablet, pada pemeriksaan kehamilan sebelumnya ibu pernah dilakukan tes laboratorium dan ibu akan direncanakan melakukan pemeriksaan laboratorium lagi, tatalaksana kasus, dan ibu diberikan konseling sesuai kebutuhan.

b. Kunjungan Kedua

Kunjungan kedua dilakukan pada tanggal 23 April 2019 di rumah pasien. Pada data objektif didapatkan tanda-tanda vital ibu Tekanan Darah 110/80 mmHg, Suhu 36,5° C, Nadi: 80 kali/menit, Pernapasan: 18 kali/menit (semua dalam batas normal), hasil pemeriksaan Tanda

Tanda Vital sesuai dengan teori menurut Walyani (2015) tekanan darah yang normal adalah 110/80 mmHg sampai 140/90 mmHg dan suhu badan normal adalah 36,5° C sampai 37,5° C, menurut Marmi (2014) denyut nadi maternal sedikit meningkat selama hamil, tetapi jarang melebihi 100 denyut per menit (dpm), menurut Romauli (2011) sistem pernapasan normalnya 16-20 kali/menit. Hasil pemeriksaan obstetri didapatkan TFU 3 jari dibawah Px (31cm), TBBJ 3200gram, DJJ 140x/menit, UK 37 minggu 5 hari.

Berdasarkan data yang didapatkan maka diagnosa Ibu M.H adalah G₁ P₀A₀ AH₁ UK 37 minggu 5 hari, janintunggal, hidup, letak kepala, intrauterine, keadaan ibu dan janin baik. Sesuai dengan pengkajian yang dilakukan maka asuhan yang diberikan pada Ibu M.H sesuai kebutuhannya yaitu KIE tentang kebutuhan dasar selama hamil (nutrisi, istirahat/tidur, personal hygiene, imunisasi), kebersihan lingkungan. Setelah diberikan KIE ibu memberikan respon positif dengan menjawab pertanyaan dengan baik, dan bersedia membaca buku KIA yang dimiliki.

c. Kunjungan Ketiga

Catatan perkembangan kunjungan ketiga (5 mei 2019) ibu mengatakan mengeluh sakit pada perut bagian bawah. Data objektif yang didapatkan yaitu tanda-tanda vital dalam kondisi normal sesuai teori menurut Walyani (2015), Marmi (2014), Romauli (2011) dimana TD 120/80 mmHg, S 36,5° C, N 80 kali/menit, RR 18 kali/menit; BB59,5 kg, disini BB ibu bertambah 1 kg; pemeriksaan obstetri TFU 3 jari bawah PX (30 cm), DJJ 13x/menit, UK 39 minggu 3 hari, semua hasil pemeriksaan dalam batas normal. Berdasarkan data yang didapatkan maka diagnosa Ibu M.H adalah G₁ P₀A₀ AH₀ UK 39 minggu 3 hari, janintunggal, hidup, pu-ki, letak kepala, intrauterine, keadaan ibu dan janin baik. Asuhan yang diberikan pada kunjungan ini yaitu mengingatkan ibu untuk menjaga pola istirahat dan pola makan,

kebersihan diri, ketidaknyamanan pada trimester III , tanda-tanda persalinan, ibu merespon dengan baik.

2. Persalinan

Tanggal 11 Mei 2019 , Ibu M. H. datang ke Klinik Bersalin Puskesmas Baumata dengan keluhan mules-mules, HPHT pada tanggal 02-08-2018 berarti usia kehamilan Ibu M. H. pada saat ini berusia 40 minggu 2 hari . Hal ini sesuai antara teori dan kasus dimana dalam teori Hidayat, dkk (2010) menyebutkan persalinan adalah proses pembukaan dan menipisnya serviks dan janin turun kedalam jalan lahir. Persalinan dan kelahiran normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), lahir spontan dengan presentasi kepala, tanpa komplikasi baik ibu maupun janin hal ini dikatakan normal.

a. Kala I

Kasus Ibu M.H sebelum persalinan sudah ada tanda-tanda persalinan seperti ibu mengeluh mules-mules dan keluar lendir, hal ini sesuai dengan teori JNPK-KR (2008) yang menyebutkan tandan dan gejala inpartu seperti adanya penipisan dan pembukaan serviks (frekuensi minimal 2 kali dalam 10 menit), dan cairan lender bercampur darah (*Bloody show*) melalui vagina, dan tidak ada kesengajaan dengan teori.

Kala I persalinan Ibu M.H. berlangsung dari kala I fase aktif karena pada saat melakukan pemeriksaan dalam didapatkan hasil bahwa pada vulva/vagina, portio tebal lunak, pembukaan 4 cm, kantong ketuban utuh, presentase kepala, turun hodge II/III, tidak ada molase, dan palpasi perlimaan 4/5. Teori Setyorini (2013) menyebutkan bahwa kala I fase aktif dimulai dari pembukaan 4 cm sampai 10 cm. oleh karena itu, tidak ada kesenjangan antara teori dan kenyataan yang ada.

Hasil pemantauan/observasi pada Ibu M.H. adalah sebagai berikut.

Jam 19.00 WITA :Tekanan darah 120/80 mmHg, Nadi 80 x/menit,
DJJ 146 x/menit, kontraksi 4x10 menit dengan

durasi 32-40", portio tebal lunak, pembukaan 4 cm, KK utuh, kepala turun hodge II/III

Jam 23.00 WITA : Tekanan darah 120/80 mmHg, Nadi 80 x/menit, DJJ 146 x/menit, kontraksi 4x10 menit dengan durasi 50", portio tipis lunak, pembukaan 8 cm, KK utuh, kepala turun hodge III/IV

Menurut teori saifuddin (2010), pemantauan kala I fase aktif terdiri dari tekanan darah setiap 4 jam, suhu 30 menit, nadi 30 menit, DJJ 30 menit, kontraksi 30 menit, pembukaan serviks 4 jam kecuali apa bila ada indikasi seperti pecah ketuban, dan penurunan setiap 4 jam. Maka tidak ada kesenjangan teori.

Asuhan yang diberikan kepada ibu berupa menginformasikan hasil pemeriksaan kepada ibu, menganjurkan ibu untuk berkemih, menganjurkan ibu untuk tidur miring ke kiri, memberi dukungan bila ibu tampak kesakitan, menganjurkan ibu untuk makan dan minum ketika tidak ada his. Teori JNPK-KR (2008) mengatakan ada lima benang merah asuhan persalinan dan kelahiran bayi diantaranya adalah asuhan sayang ibu. Dalam hal ini tidak ada kesenjangan dengan teori.

b. Kala II

Ibu mengatakan merasa sakit semakin kuat dan ingin BAB. His semakin kuat 5 x dalam 10 menit lamanya 50 detik, terlihat tekanan pada anus, perineum menonjol dan vulva membuka. Hal ini sesuai dengan teori setyorini (2013) yang menyatakan tanda dan gejala kala II yaitu ibu merasakan ingin meneran bersama dengan terjadinya kontraksi, adanya peningkatan tekanan pada rectum dan atau vaginannya, perineum menonjol, vulva-vagina dan sfingter ani membuka serta meningkatnya pengeluaran lendir bercampur darah.

Kala II persalinan Ibu M.H. didukung dengan hasil pemeriksaan dalam yaitu tak ada kelainan pada vulva/vagina, portio tidak teraba,

pembukaan 10 cm, ketuban pecah spontan, presentasi kepala, posisi ubun-ubun kecil, kepala turun hodge IV, molase tidak ada. Tanda pasti kala II ditentukan melalui pemeriksaan dalam (informasi obyektif) yang hasilnya adalah pembukaan serviks telah lengkap atau terlihatnya bagian kepala bayi melalui introitus vagina (JNPK-KR, 2008). Maka dapat disimpulkan tidak ada kesenjangan antara teori dengan kenyataan yang ada.

Asuhan yang diberikan pada kala II persalinan Ibu M.H adalah Asuhan Persalinan Normal (APN). Hal ini sesuai dengan teori ilmiah (2015) tentang Asuhan Persalinan Normal (APN).

Kala II pada Ibu M.H. berlangsung 1 jam dari pembukaan lengkap pukul 01.00 WITA dan bayi baru lahir spontan pada pukul 02.00 WITA. Menurut teori yang ada, kala II berlangsung selama 1 jam multi dan 2 jam pada primi.

Bayi laki-laki, menangis kuat dan atau bernapas spontan, bayi bergerak aktif, warna kulit merah muda, lalu mengeringkan segera tubuh bayi dan setelah 2 menit pasca persalinan segera melakukan pemotongan tali pusat dan penjepitan tali pusat, lakukan IMD selama 1 jam. Hal ini sesuai dengan teori Ilmiah (2015) yaitu saat bayi lahir, catat waktu kelahiran. Mengeringkan tubuh bayi mulai dari muka, kepala dan bagian tubuh lainnya dengan halus tanpa membersihkan verniks. Setelah tali pusat dipotong, letakkan bayi tengkurap di dada ibu. Memberikan bayi melakukan kontak kulit ke kulit di dada ibu paling sedikit 1 jam

c. Kala III

Persalinan kala III Ibu M.H di mulai dengan tali pusat bertambah panjang dan keluar darah secara tiba-tiba. Hal ini sesuai dengan teori Setyorini (2013) yang mengatakan ada tanda-tanda perlepasan plasenta yaitu uterus menjadi bundar, darah keluar secara tiba-tiba, dan tali pusat semakin panjang.

Pada Ibu M.H. dilakukan MAK III, yaitu menyuntikkan oksytosin 10 IU secara IM di 1/3 paha bagian luar setelah dipastikan tidak ada janin kedua, melakukan perengangan tali pusat terkendali dan melahirkan plasenta secara dorsocranial serta melakukan masase fundus uteri. Pada kala III Ibu M.H berlangsung selama 5 menit. Hal ini sesuai teori JNPK-KR (2008) yang menyatakan bahwa MAK III terdiri dari pemberian suntikkan oxytosin dalam 2 menit pertama setelah bayi lahir dengan dosis 10 IU secara IM, melakukan peregang tali pusat terkendali dan masase fundus uteri selama 15 detik. Sehingga penulis menyampaikan bahwa tidak ada kesenjangan antara teori dengan praktek.

Pada Ibu M.H. dilakukan pemeriksaan laserasi jalan lahir yaitu rupture derajat 2 dan di lakukan jahitan secara jelujur dijahit menggunakan benang chromic.

d. Kala IV

Pada kala IV berdasarkan hasil anamnesa ibu mengatakan perutnya masih mulas, hasil pemeriksaan fisik, tanda-tanda vital dalam batas normal, hasil pemeriksaan kebidanan ditemukan TFU setinggi pusat, kontraksi uterus baik, pengeluaran darah pervaginam 50 cc, melakukan pemantauan kala IV setiap 15 menit daalm 1 jam pertama dan 30 menit pada 1 jam berikutnya. Hal ini sesuai dengan teori JNPK-KR (2008) yang menyatakan bahwa selama kala IV, petugas harus memantau ibu setiap 15 menit pada jam pertama dan 30 menit pada jam kedua setelah bersalin. Pemantauan kala IV semua dilakukan dengan baik dan hasilnya di dokumentasikan dalam bentuk catatan dan pengisian patograf dengan lengkap.

3. Bayi Baru Lahir

Data subyektif yang di dapat pada kunjungan pertama Bayi Ibu M.Hibu mengatakan sudah melahirkan anaknya yang pertama, jenis kelamin perempuan, keadaan bayinya baik – baik saja, bayi menetek dengan kuat, BAK 1 x dan BAB 1 x. Pada kunjungan yang yang kedua,

ibu mengatakan bayinya baik-baik saja isap ASI kuat, tali pusat belum terlepas hal ini sesuai dengan teori (Wahyuni, 2012) tali pusat biasanya jatuh sekitar 5-7 hari setelah lahir. Mungkin akan keluar beberapa tetes darah atau lendir saat tali pusat terlepas ini hal yang normal. Kunjungan yang ketiga yang di dapat dari Bayi Ibu M.H yaitu ibu mengatakan keadaan bayi baik-baik saja, bayi menyusu kuat dan ASI keluar banyak.

Data obyektif yang dikaji pada Bayi Ibu M.H pada kunjungan pertama yaitu keadaan umum : baik, kesadaran : composmentis, warna kulit kemerahan, gerakan aktif, tangisan kuat, tanda – tanda vital suhu : 36,8°C, nadi : 138 x/menit, pernafasan : 48 x/menit, isapan ASI kuat, kulit kemerahan, dan tali pusat basah dan bersih. Pada kunjungan kedua didapat keadaan umum baik, kesadaran composmentis, warna kulit kemerahan, gerakan aktif, tanda – tanda vital suhu : 36,6 °C, nadi : 140 x/menit, pernafasan : 40 x/menit, isapan ASI kuat, kulit kemerahan, pusat sudah kering. Pada kunjungan ketiga didapat keadaan umum baik, kesadaran composmentis, warna kulit kemerahan, gerakan aktif, tanda – tanda vital suhu : 36,7 °C, nadi : 135x/menit, pernafasan : 42 x/menit, isapan ASI kuat, kulit kemerahan, pusatnya sudah kering, BB : 3000 gr. Hal ini sesuai dengan teori (Ilmiah, 2015) tanda – tanda vital pada bayi tingkat pernafasan normalnya 30 -60 x/menit, detak jantung janin normalnya 120 – 160 x/menit, suhu tubuh normalnya 36,5 – 37,5. Dan menurut (Wahyuni, 2012) menjelaskan bayi yang normal memiliki tonus otot yang normal, gerakan aktif, warna kulit normal merah muda (tidak kebiruan), menangis kuat.

Asesment yaitu hasil pengkajian data subyektif dan obyektif ditegakkan berdasarkan keluhan yang disampaikan ibu dan hasil pemeriksaan oleh bidan terhadap bayi serta telah disesuaikan dengan standar III adalah standar perumusan diagnosa menurut Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Tahun 1464/Menkes/PER /III/2010, yaitu Bayi Ibu M.H Neonatus Cukup Bulan Sesuai Masa Kehamilan (NCB-SMK).

Penatalaksanaan pada By Ibu M.H yaitu pada kunjungan pertama yaitu menjelaskan ibu tentang tanda bahaya pada bayi baru lahir, pentingnya kontak kulit antara ibu dan bayinya, ASI eksklusif, mengajarkan ibu cara cara mencegah infeksi, cara perawatan tali pusat hal ini sesuai dengan teori (Marmi, 2012) asuhan yang 1 – 24 jam pertama lahir dengan mengajarkan orang tua cara merawat bayi yaitu nutrisi :berikan ASI sesering mungkin atau sesuai keinginan atau kebutuhan ibu (jika payudara ibu penuh), berikan ASI saja sampai berusia 6 bulan, cara menjaga kehangatan cara mencegah infeksi dan mengajarkan tanda – tanda bahaya pada bayi. penatalaksanaan pada By Ibu M.H Pada kunjungan kedua yaitumengajarkan mengenali tanda – tanda bahaya pada bayi baru lahir, tetap melakukan kontak kulit ke kulit dan tetap memberi ASI pada bayinya, menjelaskan pada ibu tanda bayi cukup ASI, menjelaskan kebutuhan tidur bayi, menjelaskan pada ibu cara melakukan personal hygiene pada bayi yaitu bagaimana cara memandikan bayi dan bersih daerah genitalia, mengajarkan ibu cara pencegahan masalah pernapasan. Hal ini sesuai dengan teori menurut (Wahyuni, 2012) asuhan pada bayi 2 – 6 hari yaitu menjelaskan tentang nutrisi pada bayi, kebutuhan eliminasi pada bayi, menjelaskan kebutuhan tidur bayi, kebersihan kulit, menjelaskan kebutuhan keamanan (mencegah hipotermi, pencegahan infeksi, masalah pernafasan, dan pencegahan trauma. Pada kunjungan ketiga yaitu mengingatkan ibu untuk selalu memberi ASI saja selama 6 bulan tanpa makanan tambahan apapun, mengingatkan ibu untuk menjaga kehangatan bayinya, dan menilai tanda – tanda bahaya pada bayi, serta selalu menganjurkan ibu untuk menjaga kebersihan bayinya. Dari hasil pengkajian tidak terdapat kesenjangan antara teori dan tinjauan kasus.

4. Nifas

Data subyektif kunjunga 8 jam post partum yang didapat pada Ibu M.H yaitu Ibu mengatakan bahwa keadaan ibu sekarang baik – baik saja, perutnya sedikit mules, ibu merasakan sedikit lega dan tenang setelah ibu mengalami kecemasan, dan juga ibu mengatakan keluar darah dari jalan

lahi serta ibu belum ada keinginan untuk BAK. Kunjungan kedua yang di dapat dari Ibu M.H yaitu mengatakan kondisinya sekarang mulai membaik, dan pola makan ibu selalu teratur, dan BAB, BAK lancar, ASI keluar lancar dan banyak. Data subjektif yang didapat dari pada kunjungan nifas ketiga yaitu ibu mengatakan sekarang sudah semakin sehat, ASI keluar banyak dan lancar.

Data obyektif yang didapat pada Ibu M.H pada kunjungan pertama 8 jam post partum yaitu TFU : 2 jari bawah pusat, kontraksi uterus baik (mengeras), perdarahan : 1 pembalut penuh, colostrum kanan/kiri(++), lochea rubra. Pada kunjungan kedua yang di dapat pada Ibu M.H yaitu ASI lancar, TFU pertengahan pusat simpysis, pengeluaran lochea sanguinolenta (warnahnya merah kuning berisi darah dan lendir), yang didapat pada kunjungan ke-3 yaitu ASI lancar, TFU tidak teraba dan pengeluaran lokia sanguilenta, hal ini sesuai dengan teori (Maritalia 2014). Menurut (Anggraini, 2010) TFU berdasarkan masa involusi setelah plasenta lahir TFU 3 jari bawah pusat, 1 minggu pertengahan pusat dan symfisis, 2 minggu tidak teraba diatas simfisis. Menurut (Nugroho, dkk, 2014) lokia rubra keluar dari hari hari 1 – 3 warnahnya merah kehitaman, lokia sangulilenta keluarnya 3 - 7 hari, warnah puith bercampur darah, lokia alba > 14 hari warnahnya putih.

Assesment yaitu hasil pengkajian data subyektif dan obyektif, didapatkan berdasarkan keluhan yang disampaikan ibu dan hasil pemeriksaan oleh bidan serta telah disesuaikan dengan standar II adalah standar perumusan diagnosa menurut Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia no. 938/Menkes SK /VIII/2007, diagnose yang ditegakan ialah Ibu M.H P₁A₀ AH₁ post partum normal 7 hari.

Penatalaksanaan pada kunjunga pertama yaitu makan makanan yang bergizi mengandung karbohidrat, protein, vitamin mineral dan buah – buahan, minum air maksimal 14 gelas/hari, menganjurkan ibu untuk menyusui bayinya maksimal 10 – 12 kali dalam 24 jam, menganjurkan ibu untuk tidak menahan BAK, karena jika kandung kemih penuh akan

menghalangi involusi uterus, menganjurkan ibu menjaga kebersihan diri, termasuk kebersihan daerah kemaluan, ganti pembalut sesering mungkin, memotivasi ibu untuk mengikuti KB pasca-salin, mengajarkan tanda – tanda bahaya pada masa nifas yaitu : demam, perdarahan aktif, bekuan darah banyak, bau busuk dari vagina, pusing, lemas luar biasa, kesulitan dalam menyusui, nyeri panggul atau abdomen yang lebih dari keram uterus biasa . Hal ini sesuai dengan Buku KIA (2015) asuhan yang diberikan pada pada 6 jam – 48 jam yaitu makan makanan yang beraneka ragam yang mengandung karbohidrat, protein hewani, protein nabati, sayur dan buah – buahan. kebutuhan air minum pada ibu menyusui pada 6 bulan pertama adalah 14 gelas sehari dan pada 6 bulan kedua adalah 12 gelas sehari, menjaga kebersihan diri, termasuk kebersihan daerah ,kemaluan, ganti pembalut sesring mungkin, istirahat cukup, saat bayi tidur ibu istirahat, lakukan stimulasi komunikasi dengan bayi, sedini mungkin bersama suami dan keluarga dan layanan KB pasca salin. Penatalaksanaan pada kunjungan kedua Menginformasikan kepada ibu dan keluarga berdasarkan hasil pemeriksaan kondisi ibu baik – baik saja menanyakan perasaan ibu terhadap bayinya hasilakan berusaha belajar untuk merawat bayinya.Hal ini sesuai dengan teori (Yanti dan Sundawati, 2011) fase taking hold yaitu ibu berusaha belajar mandiri dan mencoba belajar merawat bayinya. Mengingatkan ibu untuk minum setiap kali menyusui dan dalam sehari maksimal minum 14 glas. Menganjurkan ibu makan makanan yang beraneka ragam yang mengandung karbohidrat, protein hewani, protein nabati, vitamin dan mineral, menjelaskan tentang personal hyiginedan perawatan perineum yaitu mandi 2 kali sehari, sikat gigi 2 x/hari, ganti pakian dalam 2 kali sehari, pakian dalam harus terbuat dari bahan katun sehingga dapat menyerap keringat (Yanti dan Sundawati, 2011), setiap selesai BAK atau BAB siramlah mulut vagina dengan air bersih basuh dari depan kebelakang hingga tidak ada sisa – sisa kotoran yang menempel di sekitar vagina, mengganti pembalut setiap selesai membersihkan vagina agar mikroorganisme yang ada pada pembalut

tersebut tidak ikut terbawa ke vagina yang baru dibersihkan, keringkan vagina dengan tisu atau handuk lembut setiap kali selesai membasuh agar tetap kering dan kemudian kenakan pembalut yang baru, mencuci tangan selesai membersihkannya, hal ini sesuai dengan teori (Maritalia 2014) untuk menjaga kebersihan vagina pada masa nifas dapat dilakukan dengan cara setiap selesai BAK atau BAB siramlah mulut vagina dengan air bersih. Basuh dari depan kebelakang hingga tidak ada sisa – sisa kotoran yang menempel di sekitar vagina, bila keadaan vagina terlalu kotor, cucilah dengan sabun atau cairan antiseptik yang berfungsi untuk menghilangkan mikroorganisme yang terlanjur berkembang biak di daerah tersebut, mengganti pembalut setiap selesai membersihkan vagina agar mikroorganisme yang ada pada pembalut tersebut tidak ikut terbawa ke vagina yang baru dibersihkan dan keringkan vagina dengan tisu atau handuk menjelaskan kepada ibu untuk selalu memperhatikan tanda – tanda bahaya. Mengajarkan ibu melakukan perawatan payudara dan mengajarkan tanda – tanda bahaya dan sekaligus KIE tentang KB setelah persalinan. Dari hasil pengkajian tidak terdapat kesenjangan antara teori dan tinjauan kasus.

5. Keluarga Berencana

Asuhan keluarga berencana ini penulis lakukan pada tanggal 27 juni 2019 di Puskesmas Baumata. Hal ini sesuai dengan teori menurut Sulistyawati (2015) yang menyebutkan pemberian asuhan mengenai penggunaan metode kontrasepsi dilakukan pada 6 minggu postpartum. Pada pengkajian ibu mengatakan saat ini belum mendapat haid, ibu masih menyusui bayinya setiap 2-3 jam sekali atau tiap bayi ingin, ibu belum pernah menggunakan alat kontrasepsi jenis apapun. Hasil pemeriksaan pun tidak menunjukkan adanya keabnormalan sesuai dengan teori menurut Walyani (2015) yang menuliskan tekanan darah normalnya 110/80 mmHg sampai 140/90 mmHg, normalnya nadi 60-80x/menit, pernapasan normalnya 20-30x/menit, suhu badan normal adalah 36,5°C sampai 37,5°.

Asuhan yang diberikan yaitu berupa konseling tentang berbagai macam kontrasepsi serta keuntungan dan kerugian dari masing –masing alat kontrasepsi. Setelah dilakukan konseling Ibu sudah memilih untuk menggunakan Metode kontrasepsi suntik pogestin yang diberikan setiap 3 bulan.

BAB V

PENUTUP

A. Simpulan

Setelah penulis melaksanakan asuhan kebidanan komprehensif pada Ibu M.H dapat disimpulkan bahwa :

1. Pengkajian data Subyektif telah dilakukan oleh penulis pada Ibu M.H mulai dari kehamilan, persalinan, BBL, nifas dan keluarga berencana dan tidak didapatkan komplikasi.
2. Pengkajian data Obyektif telah dilakukan oleh penulis pada Ibu M.H mulai dari kehamilan, persalinan, BBL, nifas dan keluarga berencana dan tidak didapatkan komplikasi.
3. Analisa data pada Ibu M.H telah ditegakkan diagnosa dan masalah mulai dari kehamilan, persalinan, BBL, nifas dan keluarga berencana.
4. Penatalaksanaan telah diberikan pada Ibu M.H sesuai dengan diagnosa mulai dari kehamilan, persalinan, BBL, nifas dan keluarga berencana.

B. Saran

1. Kepala Puskesmas Baumata
Diharapkan dapat meningkatkan pelayanan khususnya dalam pelayanan KIA.
2. Profesi Bidan
Bidan diharapkan dapat meningkatkan mutu pelayanan dalam asuhan kebidanan yang komprehensif dengan metode SOAP.
3. Pasien dan Keluarga
Diharapkan agar dapat melakukan pemeriksaan kehamilan secara teratur dan melahirkan difasilitas kesehatan dan segera datang ke fasilitas kesehatan bila ada tanda-tanda bahaya baik pada ibu maupun bayi.

DAFTAR PUSTAKA

- Affandi. 2011. *Buku Panduan Praktis Pelayanan Kontrasepsi*. Jakarta: PT. Bina Pustaka.
- Ambarawati E. R dan Wulandari. 2010. *Asuhan Kebidanan Nifas*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Depkes RI. 2007. *Keputusan Menteri Kesehatan No.938/Menkes/SK/VIII/2007. Tentang Standar Asuhan Kebidanan*. Jakarta
- Erawati, Ambar. 2011. *Asuhan Kebidanan Persalinan Normal*. Jakarta: EGC.
- Handayani, Sri. 2011. *Buku Ajar Pelayanan Keluarga Berencana*. Yogyakarta: Pustaka Rihama..
- Hidayat, Asri & Sujyantini. 2010. *Asuhan Kebidanan Persalinan*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Ilmah, Widia. 2015. *Asuhan Persalinan Normal*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Kemenkes RI. 2012. *Survey Kesehatan Dasar Indonesia*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.

Kemenkes RI. 2015. *Buku Saku Pelayanan Kesehatan Neonatal Esensial*. Jakarta: Kementrian Kesehatan.

Kemenkes RI. 2015. *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2015*. Jakarta: kementrian Kesehatan RI.

Laporan Puskesmas Baumata. 2018. *Laporan Kesehatan Puskesmas Baumata*. Baumata: Puskesmas Baumata.

Liliyana, dkk. 2011. *Asuhan Kebidanan Persalinan*. Jakarta: EGC.

Maimunah, S. 2005. *Kamus Istilah Kebidanan*. Jakarta: EGC.

Manuaba, IBG. 2010. *Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan, dan Keluarga Berencana untuk Pendidikan Bidan*. EGC : Jakarta.

Manuaba, Ida Bagus, dkk. 2012. *Ilmu Kebidanan, penyakit kandungan dan KB*. Jakakarta: EGC

Mansyur dan Dahlan. 2014. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Masa Nifas*. Jatim: Selaksa Media.

Marmi. 2012. *INTRANATAL CARE*. Yogyakarta: Pustaka Belajar.

Marmi. 2014. *Asuhan Kebidanan pada Masa Antenatal*. Yogyakarta: Pustaka Belajar.

Maritalia, Dewi. 2014. *Asuhan Kebidanan Nifas Dan Menyusui*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.

Notoatmodjo, Soekidjo. 2012. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta :RinekaCipta.

Nugroho, Taufan. 2014. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Nifas (Askeb 3)*. Yogyakarta: Nuha Medika.

Pantikawati, Saryono. 2010. *Asuhan Kebidanan Kehamilan 1*. Yogyakarta: Nuha Medika.

Pratami, Evi. 2014. *Evidence-Based Dalam Kebidanan Kehamilan, Persalinan, dan Nifas*. Jakarta: EGC.

Profil Kesehatan NTT. 2017. *Profil Kesehatan Provinsi Nusa Tenggara Timur*. Kupang: Dinas Kesehatan Provinsi NTT.

Proverawati, dkk. 2009. *Gizi Untuk Kebidanan*. Yogyakarta: Nuha Medika.

Romauli, Suryati. 2011. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan 1 Konsep Dasar Asuhan Kehamilan*. Yogyakarta: Nuha Medika.

Rukiyah, dkk. 2012. *Asuhan Neonatus Bayi Dan Balita*. Jakarta: Trans Info Medika.

Saifudin, A. 2014. *Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan Maternal Dan Neonatal*. Jakarta: JNPK-KR.

Saifudi, A.B.B, Affandy. 2010. *Buku Panduan Praktis Pelayanan Kontrasepi Edisi 2*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Prawirohardjo.

Sulistyawati. 2009. *Asuhan Kebidanan Pada Masa Kehamilan*. Jakarta: Selemba Medika.

Sulistyawati, Ari. 2009. *Buku Ajar Asuhan Pada Ibu Nifas*. Yogyakarta: cu Adi offset.

Suneno, Tuto Masruro. 2009. *kamus Kebidanan*. Yogyakarta: PT.Citra Pustaka.

Wahyuni, Sary. 2012. *Asuhan Neonatus, Bayi & Balita*. Penuntun Belajar praktik klinik. Jakarta: EGC.

Walyani, Elisabeth. 2015. *Asuhan Kebidanan Kehamilan*. Yogyakarta:Pustaka baru.

Walyani, E.S. 2015. *Asuhan Persalinaan Dan Bayi Baru Lahir*. Yogyakarta: Pustaka baru press.