



**ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF PADA NY."S"
UMUR 22 TAHUN DI BPM MINARTI, S.Tr.Keb**

Continuity Of Care (COC)

Oleh

TUTI HARIYATI

161221001

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI BIDAN
FAKULTAS KESEHATAN
UNIVERSITAS NGUDI WALUYO
2023**

HALAMAN PERSETUJUAN

Laporan *Continuity Of Care* (COC) Berjudul :

ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF PADA NY. S

UMUR 22 TAHUN DI BPM MINARTI, S.Tr.Keb

Disusun Oleh :

TUTI HARIYATI

NIM. 161221001

PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI BIDAN

FAKULTAS KESEHATAN

UNIVERSITAS NGUDI WALUYO

Laporan Tugas Akhir *Continuity Of Care* (COC) Ini Telah Diperiksa, Disetujui Dan Siap Untuk Diserahkan Kepada Program Studi Pendidikan Profesi Bidan Program Profesi Fakultas Kesehatan Universitas Ngudi Waluyo

Ungaran, 27 Juni 2023

Pembimbing Akademik



Ida Sofiyanti, S.Si.T., M.Keb

NIDN : 0602018501

HALAMAN PENGESAHAN

Laporan *Continuity Of Care* (COC) Berjudul :
**ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF PADA NY. S
UMUR 22 TAHUN DI BPM MINARTI, S.Tr.Keb**

Disusun Oleh :

TUTI HARIYATI

NIM. 161221001

Telah dipresentasikan dengan Pembimbing Akademik Program Studi Pendidikan Profesi
Bidan Program Profesi, Fakultas Kesehatan Universitas Ngudi Waluyo, pada :

Hari : Selasa

Tanggal : 27 Juni 2023

Pembimbing



Ida Sofiyanti, S.Si.T., M.Keb

NIDN.0602018501



Dekan Fakultas Kesehatan

Eko Susilo, S.Kep., Ners., M.Kep

NIDN.0627097501

Ketua Program Studi



Ida Sofiyanti, S.Si.T., M.Keb

NIDN.0602018501

PERNYATAAN ORISINALITAS

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Tuti Hariyati

Nim : 161221001

Mahasiswa : Program Pendidikan Pofesi Bidan / Ilmu Kesehatan

Dengan ini menyatakan bahwa :

1. *Continuity Of Care* (COC) Berjudul “Asuhan Kebidanan Komprehensif pada Ny. S Umur 22 Tahun di BPM Minarti, S.Tr.Keb Pringapus” adalah *Continuity Of Care* (COC) asli dan belum pernah diajukan untuk mendapatkan gelar akademik apapun di Perguruan Tinggi manapun.
2. *Continuity Of Care* (COC) ini merupakan ide dan hasil karya murni saya yang dibimbing dan dibantu oleh tim pembimbing dan Narasumber.
3. *Continuity Of Care* (COC) ini tidak memuat karya atau pendapat orang lain yang telah dipublikasi kecuali secara tertulis dicantumkan dalam naskah sebagai acuan dengan menyebutkan nama pengarang dan judul aslinya serta dicantumkan dalam daftar pustaka.
4. Pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya dan apabila dikemudian hari terdapat penyimpangan dan ketidak benaran dalam pernyataan ini, saya bersedia menerima sanksi lain sesuai dengan norma yang berlaku di Universitas Ngudi Waluyo.

Ungaran, 27 Juni 2023

Yang membuat pernyataan

Pembimbing



Ida Sofiyanti, S.Si.T., M.Keb

NIDN : 0602018501



Tuti Hariyati

NIM. 161221001

KESEDIAAN PUBLIKASI

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Tuti Hariyati

Nim : 161221001

Mahasiswa : Program Pofesi Kebidanan Fakultas Kesehatan
Universitas Ngudi Waluyo.

Menyatakan memberi kewenangan kepada Universitas Ngudi Waluyo untuk menyimpan, mengalih media atau formatkan, merawat dan mempublikasikan Laporan *Continuity Of Care* (COC) saya dengan judul “ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF PADA NY. S UMUR 22 TAHUN DI BPM MINARTI,S.Tr.Keb” untuk kepentingan akademis.

Ungaran, 27 Juni 2023

Yang Membuat Pernyataan



Tuti Hariyati

161221001

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis ucapkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa, yang telah melimpahkan Rahmat-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan penyusunan Laporan Tugas Akhir dengan judul “ Asuhan Kebidanan Komprehensif Pada Ny. S Umur 22 Tahun G2P1A0 Usia Kehamilan, 38 Minggu dari Kehamilan, Bersalin, Masa Nifas dan Bayi Baru lahir hingga Keluarga Berencana di Bidan Praktik Mandiri Di BPM Minarti S.Tr.Keb Desa Pringapus Kabupaten Semarang Tahun 2023”.

Laporan kasus ini ditulis sebagai pedoman untuk melaksanakan Continuity of care (COC) yang menjadi salah satu syarat tuntas dalam menempuh Pendidikan di Program Studi Pendidikan Profesi Bidan Program Profesi Fakultas Kesehatan Universitas Ngudi Waluyo. Pada kesempatan ini penulis menyampaikan ucapan terimakasih dan penghargaan yang setinggi-tingginya kepada yang terhormat:

1. Prof. dr. Subyantoro, M. Hum, selaku Rektor Universitas Ngudi Waluyo.
2. Bapak Eko Susilo, S.Kep., Ns., M.Kep selaku Ketua Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Ngudi Waluyo.
3. Ibu Ida Sofiyanti, S.SiT., M. Keb, selaku Ketua Program Studi Pendidikan Profesi Bidan sekaligus sebagai Pembimbing Akademik.
4. Seluruh Dosen Program Pendidikan Profesi Bidan dan Seluruh Staff Universitas Ngudi Waluyo.
5. Kepada Kedua Orang Tua saya yang selalu memberikan Dukungan dan Doa.
6. Kepada Ny. Salsabila dan keluarga yang telah bersedia dikaji dalam pengkajian laporan asuhan kebidanan komunitas ini

Laporan kasus ini di buat berdasarkan buku sumber dan arahan dari pembimbing. Namun dalam pembuatan laporan ini masih banyak kesalahan baik penulisan dan isi dari laporan ini. Untuk itu, penulis mengharapkan kritik dan saran dari pembaca. Mudah – mudahan laporan ini dapat bermanfaat dan menjadi acuan untuk pengembangan inovasi dalam bidang pendidikan kebidanan.

Ungaran, 27 Juni 2023

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN COVER.....	i
LEMBAR PERSETUJUAN.....	ii
LEMBAR PENGESAHAN	iii
PERNYATAAN ORISINILITAS.....	iv
KESEDIAAN PUBLIKASI.....	v
KATA PENGANTAR	vi
DAFTAR ISI.....	vii
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	4
C. Tujuan.....	4
D. Manfaat.....	4
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	6
A. Kehamilan	6
B. Persalinan	25
C. Nifas	56
D. Bayi Baru Lahir	69
E. Keluarga Berencana	78
F. Standar Asuhan Kebidanan dan Dasar Hukum Wewenang Bidan	84
G. Manajemen Kebidanan.....	88
H. Kerangka Berpikir	91
I. Kerangka Konsep	92
BAB III METODE LAPORAN KASUS.....	93
A. Jenis Laporan Kasus	93
B. Tempat dan Waktu	93
C. Subjek Laporan Kasus.....	93
D. Teknik Pengumpulan.....	93
E. Alat dan Bahan	93

BAB IV TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN	94
A. Gambaran Lokasi Studi Kasus	97
B. Tinjauan Kasus	97
C. Interpretasi Data	99
D. Masalah Diagnosa Potensial.....	100
E. Kebutuhan Tindakan Segera	100
F. Perencanaan.....	100
G. Pelaksanaan	100
H. Evaluasi	101
I. Pembahasan	127
BAB V PENUTUP.....	131
A. Kesimpulan.....	131
B. Saran.....	131
DAFTAR PUSTAKA	133

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Asuhan kebidanan komprehensif merupakan asuhan menyeluruh manajemen kebidanan mulai dari ibu hamil, bersalin, sampai bayi baru lahir sehingga persalinan dapat berlangsung aman dan bayi yang dilahirkan selamat dan sehat sampai masa nifas (Lapau, 2015). Kehamilan, persalinan, nifas dan bayi baru lahir merupakan suatu keadaan yang fisiologis namun dalam prosesnya terdapat kemungkinan suatu keadaan yang dapat mengancam jiwa ibu dan bayi bahkan dapat menyebabkan kematian (Damayanti dkk, 2014).

Asuhan Kebidanan Continuity of Care (COC) merupakan asuhan kebidanan berkesinambungan yang diberikan kepada ibu dan bayi dimulai pada saat kehamilan, persalinan, bayi baru lahir, nifas dan keluarga berencana, dengan adanya asuhan COC maka perkembangan kondisi ibu setiap saat akan terpantau dengan baik, selain itu asuhan berkelanjutan yang dilakukan bidan dapat membuat ibu lebih percaya dan terbuka karena sudah mengenal pemberiasuhan. Asuhan kebidanan secara COC adalah salah satu upaya untuk menurunkan Angka kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB) (Diana, 2017)

Angka Kematian Ibu (AKI) merupakan salah satu indikator keberhasilan layanan suatu negara. Setiap hari, sekitar 830 wanita meninggal karena sebab yang dapat dicegah terkait dengan kehamilan dan persalinan. 99% dari semua kematian ibu terjadi di negara berkembang. Sekitar 830 wanita meninggal karena komplikasi kehamilan atau persalinan di seluruh dunia setiap hari. Komplikasi 11 yang menyebabkan kematian ibu yaitu perdarahan hebat setelah melahirkan, infeksi, tekanan darah tinggi selama kehamilan (pre-eklampsia dan eklampsia), komplikasi dari persalinan, dan aborsi yang tidak aman (WHO, 2019).

Berdasarkan data World Health Organization (WHO) pada tahun 2019, Angka Kematian Ibu (AKI) masih tinggi sekitar 295.000 wanita meninggal

selama dan setelah kehamilan dan persalinan. Sebagian besar dari kematian ini (94%) terjadi dirangkaian daya rendah dan sebagian besar dapat di cegah (WHO, 2019).

Angka Kematian Ibu di Indonesia dari data Profil Indonesia Tahun 2021 Jumlah kematian ibu yang dihimpun dari pencatatan program kesehatan keluarga di Kementerian Kesehatan meningkat setiap tahun. Pada tahun 2021 menunjukkan 7.389 kematian di Indonesia. Jumlah ini menunjukkan peningkatan dibandingkan tahun 2020 sebesar 4.627 kematian. Berdasarkan penyebab, sebagian besar kematian ibu pada tahun 2021 terkait COVID-19 sebanyak 2.982 kasus, perdarahan sebanyak 1.330 kasus, dan hipertensi dalam kehamilan sebanyak 1.077 kasus (Profil Kesehatan Indonesia, 2021).

Tren kematian anak dari tahun ke tahun menunjukkan penurunan, data yang dilaporkan kepada Direktorat Gizi dan Kesehatan Ibu dan Anak menunjukkan jumlah kematian balita pada tahun 2021 sebanyak 27.566 kematian balita, menurun dibandingkan tahun 2020, yaitu sebanyak 28.158 kematian. Dari seluruh kematian balita, 73,1% diantaranya terjadi pada masa neonatal (20.154 kematian). Dari seluruh kematian neonatal yang dilaporkan, sebagian besar diantaranya (79,1%) terjadi pada usia 0-6 hari, sedangkan kematian pada usia 7-28 hari sebesar 20,9% (Profil Kesehatan Indonesia, 2021).

Di Provinsi Jawa tengah secara umum terjadi penurunan kematian ibu selama periode 2017- 2019 namun pada tahun 2020 ini terlihat mulai naik lagi dan tahun 2021 sudah mencapai 199 per 100.000 kelahiran hidup, Kabupaten/ Kota dengan jumlah kasus kematian ibu tertinggi adalah Kabupaten Brebes sebanyak 105 kasus, diikuti Grobogan 84 kasus, dan Klaten 45 kasus. Kabupaten/ Kota dengan kasus kematian ibu terendah adalah Kota Magelang dengan 2 kasus, diikuti Kota Tegal dengan 3 kasus, Sebesar 50,7 persen kematian maternal di Provinsi Jawa Tengah terjadi pada waktu nifas Sementara berdasarkan kelompok umur, kejadian kematian maternal terbanyak adalah pada usia 20-34 tahun yaitu sebesar 65,4 persen. Masih ditemukan

sekitar 1,4 persen kematian ibu yang terjadi pada kelompok umur <20 tahun (Profil Kesehatan Provinsi Jawa Tengah, 2021).

AKN di Jawa Tengah tahun 2021 sebesar 5,9 per 1.000 kelahiran hidup. Perhatian terhadap upaya penurunan angka kematian neonatal (0-28 hari) menjadi penting karena kematian neonatal memberi kontribusi terhadap 74,3 persen kematian bayi di Provinsi Jawa Tengah. Tren angka kematian neonatal, bayi dan balita dari tahun ke tahun sudah menunjukkan penurunan, Kabupaten/ Kota dengan AKN tertinggi adalah Kota Magelang dan terendah adalah Kota Surakarta. Sebesar 42,9 persen kabupaten/ kota mempunyai AKN yang lebih rendah dibandingkan AKN tingkat provinsi, Sebagian besar kematian neonatal di Provinsi Jawa Tengah tahun 2021 disebabkan karena BBLR dan asfiksia (Profil Kesehatan Provinsi Jawa Tengah, 2021).

Untuk menurunkan AKI dan AKB maka diperlukan tenaga kesehatan yang mempunyai kewenangan dalam memberikan pelayanan kepada ibu dan anak salah satunya yaitu seorang bidan. Dimana bidan sebagai tenaga kesehatan yang harus kreatif dalam menjalankan kebijakan kebijakan yang dapat membantu dalam meningkatkan pelayanan kesehatan terutama bagi ibu dan anak sehingga mempunyai peran penting untuk membantu kesehatan di Indonesia terutama mampu dalam membantu menurunkan AKI dan AKB (Dinkes Jateng, 2017;h.10).

Selain itu mahasiswa juga melakukan asuhan berkelanjutan atau COC (continuity of care) yang merupakan konsep pembelajaran berbasis pasien dan mahasiswa dapat belajar langsung dari pasien. Selain itu, mahasiswa juga berpartisipasi aktif dalam pengalaman COC (continuity of care) sehingga mampu mengembangkan dan memberikan perawatan berpusat pada wanita. Agar mencapai COC (continuity of care) yang benar mahasiswa diminta untuk menyediakan sejumlah perawatan di bidang kebidanan, yang melibatkan pasien yang berbeda selama masa antenatal care, intranatal care, dan pasca kelahiran (Yanti dkk, 2015).

Pada Pelaksanaan Continuity Of Care dilaksanakan di Klinik Istika. Klinik Istika ini menerima pemeriksaan kehamilan, persalinan, nifas, Bayi

Baru Lahir , KB dan Pengobatan Umum lainnya. Pada Pelaksanaan tindakan kehamilan persalinan nifas, BBL dilakukan dirumah untuk kunjungan selanjutnya bidan melakukan kunjungan rumah untuk memberikan pelayanan yang optimal sesuai standart kunjungan setelah bersalin. Dari Standart alat APN di BPM hermayanti sudah terpenuhi dengan baik.

Berdasarkan latar belakang diatas penulis tertarik untuk melakukan asuhan kebidanan komprehensif pada Ny S selama masa kehamilan, persalinan, nifas, bayi baru lahir (BBL), dan Keluarga berencana dan melakukan pendokumentasian di BPM Minarti, S.Tr.Keb

B. Rumusan Masalah

“Bagaimana penerapan asuhan kebidanan komprehensif pada Ny. S pada masa kehamilan, persalinan, Nifas, BBL dan KB di BPM Minarti, S.Tr.Keb Pringapus Tahun 2023?”

C. Tujuan

1. Tujuan Umum

Memberikan asuhan kebidanan secara *continuity of care* (berkesinambungan) pada Ny. S Umur 22 Tahun G2P1A0 pada masa kehamilan, persalinan, Nifas, BBL dan KB

2. Tujuan Khusus

- a. Melakukan Asuhan Kebidanan Pada Ibu Hamil
- b. Melakukan Asuhan Kebidanan Pada Ibu Bersalin
- c. Melakukan Asuhan Kebidanan Pada Ibu Nifas
- d. Melakukan Asuhan Kebidanan Pada BBL
- e. Melakukan Asuhan Kebidanan Pada KB

D. Manfaat

1. Bagi Pasien

Pasien mendapatkan asuhan kebidanan komprehensif yang sesuai dengan standar pelayanan kebidanan dan menambah pengetahuan mengenai

kehamilan, persalinan, Nifas dan BBL, Pasien dapat mendeteksi lebih dini masalah yang terjadi selama Kehamilan, Bersalin, Nifas, bbl dan berKB

2. Bagi Penulis

Untuk menambah wawasan, kompetensi diri dan mempraktikkan teori yang di dapat secara langsung di lapangan dalam memberikan asuhan kebidanan komprehensif pada ibu hamil, bersalin, Nifas dan BBL.

3. Bagi Pendidikan

Dapat menambah referensi kepustakaan, sumber bacaan dan bahan pelajaran terutama yang berkaitan dengan asuhan kebidanan komprehensif pada ibu hamil, bersalin, nifas dan BBL.

4. Bagi Bidan Praktik Klinik

Sebagai bahan masukan agar dapat mempertahankan dan meningkatkan mutu pelayanan kebidanan secara komprehensif terutama pada ibu hamil, bersalin, Nifas dan BBL

BAB II

TINJUAN PUSTAKA

A. Konsep Kehamilan

1. Pengertian Kehamilan

Kehamilan Proses kehamilan merupakan mata rantai yang bersinambung dan terdiri dari : ovulasi, migrasi spermatozoa dan ovum, konsepsi dan pertumbuhan zigot, nidasi (implantasi) pada uterus, pembentukan plasenta dan tumbuh kembang hasil konsepsi sampai aterm (Manuaba, 2010). Masa kehamilan dimulai dari konsepsi sampai lahirnya janin. Lamanya hamil normal adalah 280 hari (40 minggu atau 9 bulan 7 hari) dihitung dari hari pertama haid terakhir (Prawirohardjo,2011).

Kehamilan merupakan proses yang alamiah perubahan-perubahan yang terjadi pada wanita selama kehamilan normal adalah bersifat fisiologis. Oleh karena itu, asuhan yang diberikan adalah asuhan yang meminimalkan intervensi. Bidan harus memfasilitasi proses alamiah dari kehamilan dan menghindari tindakan-tindakan yang bersifat medis yang tidak terbukti manfaatnya (Dartiwen dan Nurhayati, 2019).

Hari pertama haid terakhir ibu guna menentukan usia kehamilan dan memperkirakan tanggal kelahiran. rumus sederhana menentukan tanggal kelahiran yaitu tanggal ditambah 7, sedangkan bulan ditambah 3 (dihitung dari hari pertama haid terakhir) (Atiqoh, 2020).

2. Klasifikasi kehamilan

a. Kehamilan diklasifikasikan dalam 3 trimester menurut Sarwono, 2011.

- 1) Trimester kesatu, dimulai dari konsepsi sampai 3 bulan (0- 12 minggu).
- 2) Trimester kedua dari bulan keempat sampai 6 bulan (13-27 minggu).
- 3) Trimester ketiga dari bulan ketujuh sampai 9 bulan (28-40 minggu).

Menurut Muslihatun (2011) usia kehamilan (usia gestasi) adalah masa sejak terjadinya konsepsi sampai dengan saat kelahiran, dihitung dari hari pertama haid terakhir (mesntrual age of pregnancy). Kehamilan

cukup bulan (term/ aterm adalah usia kehamilan 37 – 42 minggu (259 – 294 hari) lengkap. Kehamilan kurang bulan (preterm) adalah masa gestasi kurang dari 37 minggu (259 hari). Dan kehamilan lewat waktu (postterm) adalah masa gestasi lebih dari 42 minggu 16 (294 hari).

- b. Standart minimal Kunjungan Kehamilan Sebaiknya ibu memperoleh sedikitnya 4 kali kunjungan selama kehamilan , yang terdistribusi dalam 3 trimester, yaitu sbb:
- 1) 1 kali pada trimester I
 - 2) 1 kali pada trimester II
 - 3) 2 kali pada trimester III

3. Proses Kehamilan

a. Fertilisasi

Yaitu bertemunya sel telur dan sel sperma. Tempat bertemunya ovum dan sperma paling sering adalah didaerah ampulla tuba. Sebelum keduanya bertemu, maka akan terjadi 3 fase yaitu:

- 1) Tahap penembusan korona radiata Dari 200 – 300 juta hanya 300 – 500 yang sampai di tuba fallopi yang bisa menembus korona radiata karena sudah mengalami proses kapasitasasi.
- 2) Penembusan zona pellusida Spermatozoa lain ternyata bisa menempel dizona pellusida, tetapi hanya satu terlihat mampu menembus oosit.
- 3) Tahap penyatuan oosit dan membran sel sperma Setelah menyatu maka akan dihasilkan zigot yang mempunyai kromosom diploid (44 autosom dan 2 gonosom) dan terbentuk jenis kelamin baru (XX untuk wanita dan XY untuk laki - laki).

b. Pembelahan

Setelah itu zigot akan membelah menjadi tingkat 2 sel (30 jam), 4 sel , 8 sel, sampai dengan 16 sel disebut blastomer (3 hari) dan membentuk sebuah gumpalan bersusun longgar. Setelah 3 hari sel – sel tersebut akan membelah membentuk morula (4 hari). Saat morula masuk rongga rahim, cairan mulai 17 menembus zona pellusida masuk kedalam ruang antar sel yang ada di massa sel dalam. Berangsur – angsur ruang

antar sel menyatu dan akhirnya terbentuklah sebuah rongga/blastokel sehingga disebut blastokista (4 – 5 hari). Sel bagian dalam disebut embrioblas dan sel diluar disebut trofoblas. Zona pellusida akhirnya menghilang sehingga trofoblast bisa masuk endometrium dan siap berimplantasi (5 – 6 hari) dalam bentuk blastokista tingkat lanjut.

c. Nidasi / implantasi

Yaitu penanaman sel telur yang sudah dibuahi (pada stadium blastokista) kedalam dinding uterus pada awal kehamilan. Biasanya terjadi pada pars superior korpus uteri bagian anterior/posterior. Pada saat implantasi selaput lendir rahim sedang berada pada fase sekretorik (2 – 3 hari setelah ovulasi). Pada saat ini, kelenjar rahim dan pembuluh nadi menjadi berkelok-kelok. Jaringan ini mengandung banyak cairan (Marjati,dkk.2010).

4. Pertumbuhan dan Perkembangan Embrio

a. Masa pre embrionic Berlangsung selama 2 minggu sesudah terjadinya fertilisasi terjadi proses pembelahan sampai dengan nidasi. Kemudian bagian inner cell mass akan membentuk 3 lapisan utama yaitu ekstoderm, endoderm serta mesoderm.

1) Masa embrionic

Berlangsung sejak 2–6 minggu sistem utama didalam tubuh telah ada didalam bentuk rudimenter. Jantung menonjol dari tubuh dan mulai berdenyut. Seringkali disebut masa organogenesis/ masa pembentukan organ.

2) Masa fetal

Berlangsung setelah 2 minggu ke-8 sampai dengan bayi lahir Minggu ke 12 : Panjang tubuh kira – kira 9 cm, berat 14 gram, sirkulasi tubuh berfungsi secara penuh, tractus renalis mulsi berfungsi, terdapat refleks menghisap dan menelan, genitalia tampak dan dapat ditentukan jenis kelaminnya.

- a) Minggu ke 16 : Panjang badan 16 cm, berat 10 gram, kulit sangat transparan sehingga vaso darah terlihat, deposit lemak subkutan lemak terjadi rambut mulai tumbuh pada tubuh.
- b) Minggu ke 20 : Kepala sekarang tegak dan merupakan separuh PB, wajah nyata, telinga pada tempatnya, kelopak mata, lais dan kuku tumbuh sempurna. Skeleton terlihat pada pemeriksaan sinar X kelenjar minyak telah aktif dan verniks kaseosa akan melapisi tubuh fetus, gerakan janin dapat ibu setelah kehamilan minggu ke 18, traktus renalis mulai berfungsi dan sebanyak 7 – 17 ml urine dikeluarkan setiap 24 jam.
- c) Minggu ke 24 : Kulit sangat keriput, lanugo menjadi lebih gelap dengan vernix kaseosa meningkat. Fetus akan menyepak dalam merespon rangsangan.
- d) Minggu ke 28 : Mata terbuka, alis dan bulu mata telah berkembang dengan baik, rambut menutupi kepala, lebih banyak deposit lemak subkutan menyebabkan kerutan kulit berkurang, testis turun ke skrotum.
- e) Minggu ke 32 : Lanugo mulai berkurang, tubuh mulai lebih membulat karena lemak disimpan disana, testis terus turun.
- f) Minggu ke 36 : Lanugo sebagian besar terkelupas, tetapi kulit masih tertutup verniks kaseosa, testis fetus laki – laki terdapat didalam skrotum pada minggu ke 36 ovarium perempuan masih berada di sekitar batas pelvis, kuku jari tangan dan kaki sampai mencapai ujung jari, umbilikus sekarang terlihat lebih dipusat abdomen.
- g) Minggu ke 40 : Osifikasi tulang tengkorak masih belum sempurna, tetapi keadaan ini merupakan keuntungan dan memudahkan fetus melalui jalan lahir. Sekarang terdapat cukup jaringan lemak subkutan dan fetus mendapatkan tambahan BB hampir 1 kg pada minggu tersebut (Marjati,dkk, 2010)

5. Tanda dan Gejala Kehamilan

a. Tanda presumtif kehamilan

- 1) Amenore (terlambat datang bulan) Konsepsi dan nidasi menyebabkan tidak terjadinya pembentukan folikel de Graff dan ovulasi di ovarium. Gejala ini sangat penting karena umumnya wanita hamil tidak dapat haid lagi selama kehamilan, dan perlu diketahui hari pertama haid terakhir untuk menentukan tuanya kehamilan dan tafsiran persalinan.
- 2) Mual muntah Umumnya terjadi pada kehamilan muda dan sering terjadi pada pagi hari. Progesteron dan estrogen mempengaruhi pengeluaran asam lambung yang berlebihan sehingga menimbulkan mual muntah.
- 3) Ngidam Menginginkan makanan/minuman tertentu, sering terjadi pada bulan-bulan pertama kehamilan tetapi menghilang seiring tuanya kehamilan.
- 4) Sinkope atau pingsan, Terjadi sirkulasi ke daerah kepala (sentral) menyebabkan iskemia susunan saraf dan menimbulkan sinkope/pingsan dan akan menghilang setelah umur kehamilan lebih dari 16 minggu.
- 5) Payudara tegang
Pengaruh estrogen, progesteron, dan somatomotropin menimbulkan deposit lemak, air, dan garam pada payudara menyebabkan rasa sakit terutama pada kehamilan pertama.
- 6) Anoreksia nervosa
Pada bulan-bulan pertama terjadi anoreksia (tidak nafsu makan), tapi setelah itu nafsu makan muncul lagi.
- 7) Sering kencing
Hal ini sering terjadi karena kandung kencing pada bulan-bulan pertama kehamilan tertekan oleh uterus yang mulai membesar. Pada triwulan kedua umumnya keluhan ini hilang karena uterus yang membesar keluar rongga panggul.

8) Konstipasi/obstipasi

Hal ini terjadi karena tonus otot menurun disebabkan oleh pengaruh hormone estrogen.

9) Epulis

Hipertrofi gusi disebut epulis dapat terjadi pada kehamilan.

10) Pigmentasi

Terjadi pada kehamilan 12 minggu keatas

a) Pipi : Cloasma gravidarum

b) Keluarnya melanophore stimulating hormone hipofisis anterior menyebabkan pigmentasi yang berlebihan pada kulit.

c) Perut : Striae livide - Striae albican

d) Linea alba makin menghitam

e) Payudara : hipepigmentasi areola mammae

f) Varises atau penampakan pembuluh vena Karena pengaruh estrogen dan progesteron terjadi penampakan pembuluh darah vena. Penampakan pembuluh darah itu terjadi disekitar genitalia eksterna, kaki dan betis erta payudara.

b. Tanda Kemungkinan (Probability Sign)

1) Pembesaran Perut Terjadi akibat pembesaran uterus. Hal ini terjadi pada bulan keempat kehamilan.

a) Tanda Hegar Tanda Hegar adalah pelunakan dan dapat ditekannya isthmus uterus.

b) Tanda Goodel Pelunakan serviks

c) Tanda Chadwicks Perubahan warna menjadi keunguan pada vulva dan mukosa vagina termasuk juga porsio dan serviks.

d) Tanda Piskacek Pembesaran uterus yang tidak simetris. Terjadi karena ovum berimplantasi pada daerah dekat dengan kornu sehingga daerah tersebut berkembang lebih dulu.

e) Kontraksi Braxton Hicks Peregangan sel-sel otot uterus, akibat meningkatnya actomycin didalam otot uterus. Kontraksi ini tidak

beritmik, sporadis, tidak nyeri, biasanya timbul pada kehamilan 8 minggu.

- f) Teraba Ballotement Ketukan yang mendadak pada uterus menyebabkan janin bergerak dalam cairan ketuban yang dapat dirasakan oleh tangan pemeriksa.
- g) Pemeriksaan tes biologi kehamilan (planotest) positif Pemeriksaan ini adaah untuk mendeteksi adanya hCG yang diproduksi oleh sinsitotrofoblas sel selama kehamilan. Hormon ini disekresi diperedaran darah ibu (pada plasma darah), dan diekskresi pada urine ibu.

c. Tanda Pasti (Positive Sign)

- 1) Gerakan janin Dalam rahim Gerakan janin ini harus dapat diraba dengan jelas oleh pemeriksa. Gerakan ini baru dapat dirasakan pada usia kehamilan sekitar 20 minggu.
- 2) Denyut jantung janin Dapat didengar pada usia 12 minggu dengan menggunakan alat fetal electrocardiograf (misalnya doppler).
- 3) Bagian bagian janin Bagian besar janin (kepala dan bokong) serta bagian kecil janin (lengan dan kaki) dapat diraba dengan jelas pada usia kehamilan lebih tua (trimester akhir)
- 4) Kerangka janin Kerangka janin dapat dilihat dengan foto rontgen maupun USG (Marjati dkk, 2010)

6. Tanda Bahaya Kehamilan

Menurut kementerian kesehatan (2013) 6 masalah ini bisa menyebabkan keguguran atau kelahiran dini(prematur) yang membahayakan ibu dan bayi yaitu:

- a. Perdarahan Pada Hamil Muda Maupun Hamil Tua
- b. Bengkak Dikaki, Tangan Atau Wajah Disertai Sakit Kepala Atau Kejang.
- c. Demam Atau Panas Tinggi
- d. Air ketuban keluar sebelum waktunya
- d. Bayi Dikandung Gerakannya Berkurang Atau Tidak Bergerak
- e. Muntah terus (tidak mau makan)

7. Antenatal Care (ANC)

ANC adalah upaya preventif program pelayanan kesehatan obstetric untuk optimalisasi luaran maternal dan neonatal melalui serangkaian kegiatan pemantauan rutin selama kehamilan. (Prawirohardjo, 2010).

a. Tujuan ANC

- 1) Memonitor kemajuan kehamilan guna memastikan kesehatan ibu dan perkembangan bayi yang normal
- 2) Mengenali secara dini penyimpangan dari normal dan memberikan penatalaksanaan yang di perlukan
- 3) Membina hubungan saling percaya antara ibu dan bidan dalam rangka mempersiapkan ibu dan keluarga secara fisik, emosional, dan logis untuk menghadapi kelahiran serta serta kemungkinan adanya komplikasi.(Rismalinda, 2015)

b. Kebijakan Program Asuhan ANC

Menurut teori (Rismalinda,2015), ditinjau dari tuanya kehamilan, kehamilan dibagi dalam 3 bagian, yaitu:

- 1) Kehamilan triwulan pertama (0 – 14 minggu)
- 2) Kehamilan triwulan kedua (14 – 28 minggu)
- 3) Kehamilan triwulan ketiga (28 – 40 minggu)

c. Standar Pelayanan Minimal Antenatal

Pelayanan antenatal sesuai standar adalah pelayanan yang diberikan ibu hamil minimal 4 kali selama kehamilan dengan jadwal satu kali pada trimester pertama, satu kali pada trimester kedua dan dua kali pada trimester ketiga yang dilakukan oleh bidan atau dokter spesialis kebidanan baik yang bekerja di fasilitas pelayanan kesehatan pemerintah maupun swasta yang memiliki Surat Tanda Registrasi (STR).

Pemeriksaan Antenatal Care terbaru sesuai dengan standar pelayanan yaitu minimal 6 kali pemeriksaan selama kehamilan, dan minimal 2 kali pemeriksaan oleh dokter pada trimester I dan III. 2 kali pada trimester pertama (kehamilan hingga 12 minggu), 1 kali pada trimester kedua (kehamilan diatas 12 minggu sampai 26 minggu), 3 kali

pada trimester ketiga (kehamilan diatas 24 minggu sampai 40 minggu)
(Buku KIA Terbaru Revisi tahun 2020).

d. Standar Asuhan Pelayanan Pemeriksaan Kehamilan / ANC.

Menurut Depkes RI (2014) Dalam melakukan pemeriksaan antenatal, tenaga kesehatan harus memberikan pelayanan yang berkualitas sesuai standar terdiri dari :

- 1) Timbang Berat Badan dan ukur tinggi badan Penimbangan berat badan pada setiap kali kunjungan antenatal dilakukan untuk mendeteksi adanya gangguan pertumbuhan janin. Penambahan berat badan yang kurang dari 9 kilogram selama kehamilan atau kurang dari 1 kilogram setiap bulannya menunjukkan adanya gangguan pertumbuhan janin. Pengukuran tinggi badan pada pertama kali kunjungan dilakukan untuk menapis adanya faktor risiko pada ibu hamil. Tinggi badan ibu hamil kurang dari 145 cm meningkatkan risiko untuk terjadinya CPD (Cephalo Pelvic Disproportion).
- 2) Ukur Tekanan Darah
Pengukuran tekanan darah pada setiap kali kunjungan antenatal dilakukan untuk mendeteksi adanya hipertensi (tekanan darah 140/90 mmHg pada kehamilan dan preeklampsia (hipertensi) disertai edema wajah dan atau tungkai bawah dan atau proteinuria).
- 3) Nilai Status Gizi (ukur lingkar lengan Atas/LILA)
LILA <23,5 cm, resiko KEK (kurang energi kronis)
- 4) Ukur Tinggi Fundus Uteri Pengukuran tinggi fundus pada setiap kali kunjungan antenatal dilakukan untuk mendeteksi pertumbuhan janin sesuai atau tidak sesuai dengan umur kehamilan, kemungkinan ada gangguan pertumbuhan janin. Standar pengukuran menggunakan pita ukur setelah kehamilan 24 minggu

Tabel 2.1 Ukuran tinggi Fundus Uteri

Usia kehamilan (Minggu)	Tinggi Fundus Uteri
12	3 jari diatas simfisis
16	Pertengahan Pusat-simfisis
20	3 jari dibawah pusat
24	Setinggi pusat
28	3 jari diatas pusat
32	Pertengahan pusat-prosesus xiphoideus (px)
36	1 jari dibawah prosesus xiphoideus (px)
40	3 jari di bawah prosesus xiphoideus

- 5) Beri Imunisasi Tetanus Toksoid (TT) Untuk mencegah terjadinya tetanus neonatorum, ibu hamil harus mendapat imunisasi TT. Pada saat kontak pertama., ibu hamil di skrining status imunisasi TT, Pemberian imunisasi TT pada ibu hamil , sesuai dengan status imunisasi saat ini.

Table 2.2 Jadwal Imunisasi Tetanus Toxoid

TT Ke	Interval	Lama Perlindungan
TT1	Pada kunjungan antenatal pertama	
TT2	4 Minggu setelah TT1	3 Tahun
TT3	6 bulan setelah TT2	5 tahun
TT4	1 Tahun setelah TT3	10 Tahun
TT5	1 Tahun setelah TT4	35 tahun atau seumur hidup

- 6) Beri Tablet Tambah Darah (Zat Besi)

Untuk mencegah anemia gizi besi, setiap ibu hamil harus mendapat tablet zat besi minimal 90 tablet selama kehamilan diberikan sejak kontak pertama.

- 7) Pemeriksaan Hb

Pemeriksaan Hb yang sederhana yakni dengan cara Talquis dan dengan cara Sahli. Pemeriksaan Hb dilakukan pada kunjungan ibu hamil pertama kali, lalu periksa lagi menjelang persalinan.

Pemeriksaan Hb adalah salah satu upaya untuk mendeteksi Anemia pada ibu hamil. Menurut WHO kadar Hb terdiri dari :

- a) Normal : 11,5 gr%
- b) Anemia ringan : 9-11 gr%
- c) Anemia sedang : 7-8,9 gr%
- d. Anemia berat : < 7 gr%

8) Temu wicara / Konseling Komunikasi yang baik antara pasien dan tenaga kesehatan, sangat penting dibina dari sejak awal melalui temu wicara dapat ditemukan kesepakatan untuk melakukan rujukan apabila terjadi komplikasi-komplikasi pada saat kehamilan.

8. Perubahan Fisiologis Pada Ibu Hamil Trimester I, II dan III

a. Trimester 1 (satu)

1) Uterus

Selama kehamilan uterus akan beradaptasi untuk menerima hasil konsepsi sampai nanti persalinan. Pada usia kehamilan 12 minggu uterus berukuran kira-kira seperti buah jeruk besa

2) Serviks

Serviks merupakan organ yang kompleks dan heterogen yang mengalami perubahan yang luar biasa selama kehamilan dan persalinan. Satu bulan setelah konsepsi serviks akan menjadi lebih lunak dan menjadi kebiruan. Serviks bersifat seperti katub yang bertanggung jawab menajadi janin di dalam uterus sampai akhir kehamilan dan selama kehamilan. Selama kehamilan serviks tetap tertutup rapat, melindungi janin dari kontaminasi eksternal, dan menahan isi uterus. Panjang uterus tetap sama yaitu kurang lebih 2,5 cm selama kehamilan tetapi menjadi lebih lunak karna adanya peningkatan estrogen dan progesteron dan menjadi berwarna kebiruan dikarenakan peningkatan vaskularitas.

3) ovarium

Proses ovulasi selama kehamilan akan terhenti dan pematangan folikel baru juga ditunda.hanya satu korpus luteum yang dapat ditemukan di ovarium. Folikel ini akan berfungsi maksimal selama 6-

7 minggu awal kehamilan dan setelah itu akan berperan sebagai penghasil progesteron dalam jumlah yang relatif minimal (Prawirohardjo, 2010).

4) Vagina

Dinding vagina mengalami banyak perubahan yang merupakan persiapan untuk mengalami peregangan pada waktu persalinan dengan meningkatnya ketebalan mukosa, mengendorornya jaringan ikat dan hipertrofi sel otot polos. Peningkatan volume sekresi vagina juga terjadi, dimana sekresi akan berwarna keputihan, menebal dan PH antara 3,5-6 yang merupakan hasil dari peningkatan produksi asam laktat glikogen yang dihasilkan oleh epitel vagina sebagai aksi dari *Lactobacillus acidophilus* (Prawirohardjo, 2010).

5) Payudara

Pada awal kehamilan perempuan akan merasakan payudaranya menjadi lunak. Setelah bulan kedua payudara akan bertambah ukurannya dan vena-vena dibawah kulit akan lebih terlihat, Putih payudara akan lebih besar, kehitaman dan tegak, Setelah bulan pertama cairan kuning bernama kolostrum akan keluar. Kolostrum ini berasal dari kelenjar-kelenjar asinus yang mulai bersekresi.

Meskipun dapat dikeluarkan, air susu belum dapat diproduksi karena hormon prolaktin ditekan oleh prolaktin inhibiting hormone. Setelah persalinan kadar progesteron dan estrogen menurun sehingga pengaruh inhibisi progesterone terhadap α -laktalbumin akan hilang. Peningkatan prolaktin akan merangsang sintesis lactose dan pada akhirnya akan meningkatkan produksi air susu (Prawirohardjo, 2010)

b. Trimester II (Dua)

1) Uterus

Pada trimester ini uterus akan membesar sehingga uterus akan menyentuh dinding abdominal dan hampir menyentuh hati, mendorong usus ke samping dan ke atas. Pada trimester kedua ini

kontraksi dapat di deteksi dengan pemeriksaan bimanual. (Rimalinda, 2015). Perubahan bentuk dan ukuran uterus :

- a) Pada kehamilan 16 minggu, tingginya rahim (uterus) setengah dari jarak simfisis dan pusat. Plasenta telah terbentuk seluruhnya.
- b) Pada kehamilan 20 minggu, fundus rahim terletak 3 jari dibawah pusat sedangkan pada umur 24 minggu tepat ditepi atas pusat.
- c) Pada kehamilan 28 minggu, tingginya fundus uteri sekitar 3 jari diatas pusat atau sepertiga antara pusat dan prosesus xifoideus. (Manuaba, 2010)

2) Vagina

Pada kehamilan trimester ke dua ini terjadinya peningkatan cairan vagina selama kehamilan adalah normal. Cairan biasanya jernih, pada saat ini biasanya agak kenyal dan mendekati persalihan menjadi cair. Yang terpenting adalah tetap menjaga kebersihan. (Rismalinda, 2015).

3) Payudara

Pada trimester kedua ini, payudara akan semakin membesar dan mengeluarkan cairan yang kekuningan yang disebut dengan colostrum. Keluarnya kolostrum ini adalah makanan bayi pertama kali yang kaya akan protein, colostrum akan keluar bila puting di pencet. Aelora payudara makin hitam karena hiperpigmentasi

c. Trimester III

1) Uterus

Perubahan bentuk dan ukuran uterus :

- a) Pada kehamilan 32 minggu, tingginya setengah jarak prosesus xifoideus dan pusat.
- b) Pada kehamilan 36 minggu, tinggi fundus uteri sekitar 1 jari dibawah prosesus xifoideus. Kepala bayi belum masuk Pintu Atas Panggul (PAP).

c) Pada kehamilan 40 minggu, fundus uteri turun setinggi 3 jari dibawah prosesus xifoideus, karena kepala janin sudah masuk Pintu Atas Panggul (PAP). (Manuaba, 2010)

2) Serviks

Pembukaan serviks merupakan mekanisme yang terjadi saat jaringan ikat serviks yang keras dan panjang secara progresif melunak dan memendek dari atas ke bawah. Serat otot yang melunak sejajar os serviks internal tertarik ke atas, masuk ke segmen bawah uterus dan berada di sekitar bagian presentasi janin dan air ketuban.

3) Vagina

Dinding vagina mengalami banyak perubahan yang merupakan persiapan untuk mengalami peregangan pada waktu persalinan dengan meningkatkan ketebalan mukosa. Peningkatan volume secret vagina juga terjadi, dimana sekresi akan berwarna keputihan menebal, dan PH antar 3,5-6 yang merupakan hasil dari peningkatan produksi asam laktat glikogen yang dihasilkan oleh epitel vagina sebagai aksi dari *Lactobacillus acidophilus*.

9. Perubahan Psikologi Pada Ibu Hamil Trimester I, II dan III

Menurut Romauli 2014 Adapun Perubahan Psikologi Yaitu :

a. Trimester I (periode penyesuaian)

Kadar hormon estrogen dan progesteron segera setelah konsepsi mengalami 33 peningkatan sehingga menyebabkan mual muntah pada pagi hari, lemas, lelah dan membesarnya payudara. Hal ini menyebabkan ibu merasa tidak sehat dan terkadang membenci, kecewa, cemas, sedih dan menolak kehamilannya. Pada trimester pertama ini, ibu hamil selalu mencari tanda-tanda untuk meyakinkan bahwa dirinya sedang hamil

b. Trimester 2 (periode kesehatan yang baik)

Pada trimester ke 2 ini sudah tidak seperti trimester sebelumnya, ibu sudah merasa lebih sehat. Tubuh ibu sudah terbiasa dengan kadar hormon yang tinggi, rasa tidak nyaman dengan kehamilannya sudah berkurang dan menerima kehamilannya. Ibu merasa lebih stabil, dalam mengatur

diri dan kondisi juga lebih baik dan menyenangkan, ibu mulai terbiasa dengan perubahan fisik yang terjadi pada dirinya.

c. Trimester 3 (periode penantian dengan penuh kewaspadaan)

Trimester 3 ini sering disebut periode menunggu dan waspada karena ibu tidak sabar menunggu kelahiran bayinya. Terkadang ibu khawatir dengan bayinya yang akan lahir sewaktu waktu. Keadaan ini menyebabkan ibu menjadi lebih waspada terjadinya tanda atau gejala terjadinya persalinan. Sering terjadi ibu yang khawatir dengan bayinya apabila lahir dengan keadaan tidak normal. Rasa tidak nyaman akibat kehamilan timbul kembali pada trimester ini, banyak ibu yang merasa dirinya aneh dan jelek.

10. Ketidak Nyamanan Dan Penanganan Selama Kehamilan

a. Trimester pertama

1) Mual dan muntah

Diakibatkan karna meningkatnya kadar HCG, estrogen / progesterone. Penanganan : Hindari bau yang menyengat dan faktor penyebab, makan sedikit tapi sering, hindari makanan yang berminyak dan berbumbu yang merangsang.

b. Keputihan

Hyperplasia mukosa vagina, meningkatnya produksi lendir dan kelenjar endocervikal sebagai akibat dan peningkatan kadar estrogen. Penanganan: menjaga kebersihan vulva, memakai pakaian dalam yang terbuat dari bahan katun, hindari pakaian dalam yang terbuat dari bahan nilon.

c. Trimester ke Dua

1) Kram kaki

Karna adanya tegang pada otot betis dan otot telapak kaki, diduga adanya ketidakseimbangan mineral di dalam tubuh ibu yang memicu gangguan pada system persyarafan otot-otot tubuh. Penanganan : lakukan senam hamil secara teratur karna senam hamil dapat memperlancar aliran darah dalam tubuh, meningkatkan

komsumsi makanan yang tinggi kandungan kalsium dan magnesium seperti sayuran serta susu.

2) Sembelit

Karna peningkatan kadar progesterone menyebabkan peristaltic usus menjadi lambat. Penyerapan air di dalam kolon meningkat karna efek samping dari penggunaan zat besi. Penanganan : tingkatkan intake cairan, serat di dalam menu makanan, istirahat yang cukup, senamhamil, membiasakan BAB secara teratur.

d. Trimester Ke Tiga

1) Sering buang air kecil

Adanya tekanan pada kandung kemih akibat semakin besar ukuran janin. Penanganan : perbanyak minum pada pagi dan siang hari dan mengurai minum pada malam hari.

2) Sesak nafas

Karna semakin besar ukuran janin di dalam uterus sehingga menekan diafragma. Penanganan : lakukan senam hamil secara teratur (Marni, 2011).

11. Tanda bahaya dan komplikasi ibu dan janin pada kehamilan

a. Perdarahan pervaginam pada kehamilan muda Perdarahan pervaginam dalam kehamilan terbagi menjadi 2 yaitu sebelum 24 minggu dan setelah 24 minggu usia kehamilan.

1) Perdarahan sebelum 24 minggu disebabkan oleh :

a) *Implantation bleeding* : sedikit perdarahan saat trophoblast melekat pada endometrium. Bleeding terjadi saat implantasi 8 – 12 hari setelah fertilisasi

b) *Abortion* : 15% terjadi pada aborsi spontan sebelum 12 minggu usia kehamilan dan sering pada primigravida.

c) *Hydatidiform mola* : akibat dari degenerasi chorionic villi pada awal kehamilan. Embrio mati dan di reabsorpsi / mola terjadi di dekat fetus. Sering terjadi pada wanita perokok, mempunyai riwayat multipara.

- d) *Ectopic pregnancy* : ovum dan sperma yang berfertilisasi kemudian berimplantasi di luar dari uterine cavity, 95% berada di tuba, bisa juga berimplantasi di ovarium, abdominal cavity
- e) *Cervical lesion* : lesi pada serviks
- f) *Vaginitis* : infeksi pada vagina.

Perdarahan pada awal kehamilan yang abnormal bersifat merah segar, banyak dan adanya nyeri perut.

2) Perdarahan lebih dari 24 minggu :

Antepartum haemorrhage adalah komplikasi serius karena bisa menyebabkan kematian maternal dan bayi. ada 2 jenis yaitu :

- a) Plasenta previa : akibat dari letak plasenta yang abnormal, biasanya plasenta ini terletak sebagian atau total plasenta terletak pada segmen bawah Rahim
 - b) Solusio plasenta : terlepasnya plasenta sebelum waktunya
- Penanganan : Tanyakan pada ibu tentang karakteristik perdarahan, kapan mulai terjadi, seberapa banyak, warnanya, adakah gumpalan, rasa nyeri ketika perdarahan.

- (1) Periksa tekanan darah ibu, suhu, nadi, dan denyut jantung janin.
- (2) Lakukan pemeriksaan eksternal, rasakan apakah perut bagian bawah teraba lembut, kenyal ataupun keras.
- (3) Jangan lakukan pemeriksaan dalam, apabila mungkin periksa dengan speculum.

3) Hipertensi

Gestational hypertensional adalah adanya tekanan darah 140/90 mmHg atau lebih atau peningkatan 20 mmHg pada tekanan diastolic setelah 20 minggu usia kehamilan dengan pemeriksaan minimal 2 kali setelah 24 jam pada wanita yang sebelumnya normotensive.

Apabila diikuti proteinuria dan oedema maka di katagorikan sebagai preeklamsi, bila di tambah adanya kejang maka di sebut eklamsi.

Penanganan:

- a) Tanyakan pada ibu mengenai tekanan darah sebelum dan selama kehamilan serta tanda-tanda preeklamsi.
 - b) Tanyakan tentang riwayat tekanan darah tinggi dan preeklamsi pada ibu dan keluarga.
 - c) Periksa dan monitor tekanan darah, protein urine, refleks dan oedema.
 - d) Anjurkan ibu untuk rutin ANC dan perispakan rujukan untuk persalinan.
- b. Nyeri perut bagian bawah

Nyeri perut bagian bawah perlu dicermati karena kemungkinan peningkatan kontraksi uterus dan mungkin mengarah pada adanya tanda-tanda ancaman keguguran. Nyeri yang membahayakan bersifat hebat, menetap, dan tidak hilang setelah ibu istirahat. Hal ini bisa berhubungan dengan appendicitis, kehamilan ektopik, aborsi, radang panggul, ISK.

Penanganan:

- 1) Tanyakan pada ibu mengenai karakteristik nyeri, kapan terjadi, seberapa hebat, kapan mulai dirasakan, apakah berkurang bila ibu istirahat.
 - 2) Tanyakan pada ibu mengenai tanda gejala lain yang mungkin menyertai misalnya muntah, mual, diare, dan demam.
 - 3) Lakukan pemeriksaan luar dan dalam, periksa adanya nyeri di bagian pinggang dalam.
 - 4) Lakukan pemeriksaan proteinuria
- c. Sakit kepala yang hebat

Sakit kepala dan pusing sering terjadi selama kehamilan, sakit kepala yang bersifat hebat dan terus menerus dan tidak hilang bila di bawa istirahat adalah sakit kepala yang abnormal. Bila ibu merasakan sakit kepala hebat di tambah dengan adanya pandangan kabur bisa jadi adalah gejala pre eklamsi.

Penanganan :

- 1) Tanyakan ibu jika ia mengalami odema pada muka / tangan
- 2) Lakukan pemeriksaan tekanan darah, adanya proteinuria, refleks dan oedema
- 3) Bengkak di wajah dan tangan

Bengkak yang muncul pada sore hari dan biasanya hilang bila istirahat dengan kaki ditinggikan adalah hal yang normal pada ibu hamil. Bengkak merupakan masalah yang serius apabila muncul pada muka dan tangan, tidak hilang setelah beristirahat, dan disertai dengan keluhan fisik lainnya. Hal tersebut mungkin merupakan tanda-tanda adanya anemia, gagal jantung, ataupun preeklamsi.

Penanganan:

- 1) Tanyakan pada ibu apakah mengalami sakit kepala
- 2) Periksa pembengkakan terjadi di mana, kapan hilang, dan karakteristik
- 3) Ukur tekanan darah
- 4) Lakukan pemeriksaan hemoglobin, lihat warna konjungtiva ibu, telapak tangan

d. Gerakan Janin Tidak Terasa

Secara normal ibu merasakan adanya gerakan janin pada bulan ke 5 atau ke 6 usia kehamilan, namun ada beberapa ibu yang merasakan gerakan janin lebih awal.

Jika janin tidur gerakan janin menjadi lemah. Gerakan janin dapat ibu rasakan pada saat ibu istirahat, makan, dan berbaring. Biasanya janin bergerak paling sedikit 3 kali dalam 3 jam (Rismalinda, 2015).

Penanganan:

- 1) Tanyakan ibu kapan merasakan gerakan janin terakhir kali
- 2) Dengarkan denyut jantung janin menggunakan dopler
- 3) Rujuk agar mendapatkan pemeriksaan ultrasound

B. Persalinan

1. Pengertian Persalinan

Persalinan adalah serangkaian kejadian yang berakhir dengan pengeluaran bayi cukup bulan atau hampir cukup bulan, disusul dengan pengeluaran plasenta dan selaput janin dari tubuh ibu (Diana, 2019). Persalinan merupakan proses membuka dan menipisnya serviks sehingga janin dapat turun ke jalan lahir. Persalinan dan kelahiran normal merupakan proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu) dengan adanya kontraksi rahim pada ibu. Prosedur secara ilmiah lahirnya bayi dan plasenta dari rahim melalui proses yang dimulai dengan terdapat kontraksi uterus yang menimbulkan terjadinya dilatasi serviks atau pelebaran mulut rahim (Irawati, Muliani, & Arsyad, 2019).

Persalinan adalah suatu kejadian yang berakhir dengan pengeluaran bayi yang cukup bulan atau hampir cukup bulan yang kemudian, disusul dengan pengeluaran placenta dan selaput janin. Dalam proses persalinan dapat terjadi perubahan-perubahan fisik yaitu, ibu akan merasa sakit pinggang dan perut bahkan sering mendapatkan kesulitan dalam bernafas dan perubahan-perubahan psikis yaitu merasa takut kalau apabila terjadi bahaya atas dirinya pada saat persalinan, takut yang dihubungkan dengan pengalaman yang sudah lalu misalnya mengalami kesulitan pada persalinan yang lalu (Rinata, 2018).

2. Fisiologi Persalinan

Perubahan fisiologis dan psikologis selama persalinan bersifat dramatis dan sering dianggap ringan. Waktu dan intensitas perubahan bervariasi antar berbagai sistem, tetapi semuanya dirancang guna memberi kesempatan kepada ibu untuk merawat janinnya dan mempersiapkan proses persalinannya. Sebagian besar wanita menganggap bahwa persalinan adalah peristiwa kodrati yang harus dilalui tetapi ada juga yang menganggap sebagai peristiwa khusus yang sangat menentukan kehidupan selanjutnya. Perubahan fisiologis ini nantinya akan mempengaruhi jalannya persalinan (Fitriana, 2018).

3. Tujuan Asuhan Persalinan Normal

Tujuan persalinan normal adalah menjaga kelangsungan hidup dan memberikan derajat kesehatan yang tinggi bagi ibu dan bayinya, melalui upaya yang terintegrasi dan lengkap, tetapi dengan intervensi yang seminimal mungkin agar prinsip keamanan dan kualitas pelayanan dapat terjaga pada tingkat yang diinginkan (optimal). Melalui pendekatan ini maka setiap 40 intervensi yang diaplikasikan dalam Asuhan Persalinan Normal (APN) harus mempunyai alasan dan bukti ilmiah yang kuat tentang manfaat intervensi tersebut bagi kemajuan dan keberhasilan proses persalinan (JNPK-KR, 2017).

4. Etiologi Persalinan

Ada beberapa teori yang menjelaskan tentang sebab terjadinya persalinan adalah :

a. Penurunan kadar Estrogen dan Progesteron Hormon progesterone

Menimbulkan relaksasi otot-otot rahim, sebaliknya hormon estrogen meninggikan kerentanan otot-otot rahim. Selama kehamilan terdapat keseimbangan antara kadar progesteron dan estrogen di dalam darah, tetapi pada akhir kehamilan kadar progesteron menurun sehingga timbul his.

b. Teori oksitosin

Menjelang persalinan, terjadi peningkatan reseptor oksitosin dan otot Rahim, sehingga mudah terangsang saat disuntikkan oksitosin dan menimbulkan kontraksi. Diduga bahwa oksitosin dapat meningkatkan pembentukan prostaglandin dan persalinan dapat berlangsung terus.

c. Teori ketegangan otot Rahim

Keadaan otot uterus yang terus membesar dan menjadi tegang mengakibatkan iskemia otot-otot uterus. Hal ini merupakan faktor yang dapat mengganggu sirkulasi uteroplasenter sehingga plasenta mengalami degenerasi. Otot Rahim mempunyai kemampuan meregang sampai batas tertentu. Apabila batas tersebut sudah terlewati, maka akan terjadi kontraksi sehingga persalinan dapat dimulai.

d. Teori prostaglandin

Prostaglandin sangat meningkatkan cairan amnion dan desidua dari minggu ke-15 hingga aterm, dan kadarnya meningkat hingga kewaktu partus. Diperkirakan terjadinya penurunan progesterone dapat memicu interleikin-1 untuk dapat melakukan “hidrolisis gliserofosfolipid”, sehingga terjadi pelepasan dari asam arakidonat menjadi prostaglandin, PGE2 dan PGF2 alfa. Terbukti pula bahwa saat memulainya persalinan, terdapat penimbunan dalam jumlah besar asam arakidonat dan prostaglandin dalam cairan amnion. Disamping itu, terjadi pembentukan prostasiklin dalam myometrium, desidua, dan korion leave. Prostaglandin dalam melunakan serviks dan merangsang kontraksi bila diberikan dalam bentuk infus, per os, atau secara intravaginal.

e. Teori janin

Terdapat hubungan hipofisis dan kelenjar suprarenal yang menghasilkan sinyal kemudian diarahkan kepada maternal sebagai tanda bahwa janin telah siap lahir namun mekanisme ini belum diketahui secara pasti.

f. Teori berkurangnya nutrisi

Teori berkurangnya nutrisi pada janin diungkapkan oleh Hippocrates untuk pertama kalinya. Hasil konsepsi akan segera dikeluarkan bila nutrisi telah berkurang.

g. Teori plasenta menjadi tua

Plasenta yang semakin tua seiring dengan bertambahnya usia kehamilan akan menyebabkan turunya kadar estrogen sehingga timbulnya kontraksi Rahim (Yulizawati et al., 2018).

5. Tanda Mulainya Persalinan.

Tanda – tanda bahwa persalinan sudah dekat yaitu :

a. Tanda persalinan sudah dekat

1) Lightening Menjelang minggu ke-36 pada primigravida, terjadi penurunan fundus uterus karena kepala bayi sudah masuk ke dalam panggul. Penyebab dari proses ini adalah sebagai berikut :

- a) Kontraksi Braxton Hicks
- b) Ketegangan dinding perut
- c) Ketegangan ligamentum rotundum
- d) Gaya berat janin, kepala kearah bawah uterus Masuknya kepala janin kedalam panggul dapat dirasakan oleh wanita hamil dengan tanda-tanda sebagai berikut:
 - (1)Terasa ringan dibagian atas dan rasa sesak berkurang
 - (2)Dibagian bawah terasa penuh dan mengganjal
 - (3)Kesulitan saat berjalan
 - (4)Sering berkemih
 Gambaran lightening pada primigravida menunjukkan hubungan normal antara ketiga P, yaitu: power (his); passage (jalan lahir); dan passenger (bayi dan plasenta). Pada multipara gambarannya menjadi tidak sejelas pada primigravida, karena masuknya kepala janin kedalam panggul terjadi bersamaan dengan proses persalinan.

b. Terjadinya his permulaan

Pada saat hamil muda sering terjadi kontraksi Braxton Hicks yang kadang dirasakan sebagai keluhan karena rasa sakit yang ditimbulkan. Biasanya pasien mengeluh adanya rasa sakit di pinggang dan terasa sangat mengganggu, terutama pada pasien dengan ambang rasa sakit yang rendah. Adanya perubahan kadar hemoglobin esterogen dan progesterone menyebabkan oksitosin semakin meningkat dan dapat menjalankan fungsinya dengan efektif untuk menimbulkan kontraksi atau his permulaan. His permulaan ini sering diistilahkan sebagai his palsu dengan ciri-ciri sebagai berikut:

- 1) Rasa nyeri ringan di bagian bawah
- 2) Datang tidak teratur
- 3) Tidak ada perubahan pada serviks atau tidak ada tandatanda kemajuan persalinan
- 4) Durasi pendek
- 5) Tidak bertambah bila beraktivitas

c. Tanda masuk dalam persalinan Terjadinya his persalinan. Karakter dari his persalinan:

- 1) Pinggang terasa sakit menjalar kedepan
- 2) Sifat his teratur, interval makin pendek, dan kekuatan makin besar
- 3) Terjadi perubahan pada serviks
- 4) Jika pasien menambah aktivitasnya, misalnya dengan berjalan, maka kekuatannya bertambah.

d. Pengeluaran lendir dan darah (penanda persalinan) Dengan adanya his persalinan, terjadi perubahan pada serviks yang menimbulkan.

- 1) Pendataran dan pembukaan
- 2) Pembukaan menyebabkan selaput lendir yang terdapat pada kenalis servikalis terlepas
- 3) Terjadi perdarahan karena kapiler pembuluh darah pecah

e. Pengeluaran cairan

Sebagian pasien mengeluarkan air ketuban akibat pecahnya selaput ketuban. Jika ketuban sudah pecah, maka ditargetkan persalinan dapat berlangsung dalam 24 jam. Namun jika ternyata tidak tercapai, maka persalinan akhirnya diakhiri dengan tindakan tertentu, misalnya ekstraksi vakum, atau section caesaria. (Kurniarum, 2016)

6. Faktor yang Mempengaruhi Proses Persalinan

Menurut Kuswanti dan Melina, 2014 faktor yang mempengaruhi proses persalinan yaitu :

a. Power (kekuatan/tenaga)

Kekuatan yang mendorong janin saat persalinan adalah his, kontraksi otot-otot perut, kontraksi diafragma dan aksi dari ligament.

b. His (Kontraksi Uterus)

His adalah kontraksi otot - otot rahim pada persalinan. Sifat his yang baik dan sempurna yaitu : Kontraksi yang simetris, fundus dominan, yaitu kekuatan paling tinggi berada di fundus uteri, kekuatan seperti meremas rahim, setelah adanya kontraksi, diikuti dengan adanya relaksasi, pada

setiap his menyebabkan terjadinya perubahan pada serviks, yaitu menipis dan membuka. Pembagian dan sifat-sifat his :

- 1) His pendahuluan : His tidak kuat, tidak teratur dan menyebabkan bloody show.
- 2) His pembukaan : His pembukaan serviks sampai terjadi pembukaan 10 cm, mulai kuat, teratur dan terasa sakit atau nyeri.
- 3) 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.
- 4) His pelepasan uri (kala III) : Kontraksi sedang untuk melepaskan dan melahirkan plasenta.
- 5) His pengiring Kontraksi lemah, masih sedikit nyeri, pengecilan rahim dalam beberapa jam atau hari.

c. Passage (jalan lahir)

Dalam obstetrik dikenal ada empat macam bentuk panggul menurut Caldwell dan Moloy dengan masing-masing berciri sebagai berikut:

1) Jenis Ginekoid

Panggul jenis ini merupakan bentuk paling baik, karena dengan bentuk panggul yang hampir bulat seperti ini memungkinkan kepala bayi mengadakan penyesuaian saat proses persalinan.

2) Jenis Android

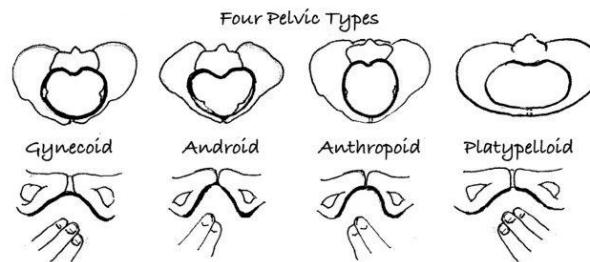
Ciri jenis ini adalah bentuk pintu atas panggulnya hampir seperti segitiga. Panggul jenis ini umumnya dimiliki pria, namun ada juga wanita yang mempunyai panggul jenis ini.

3) Jenis Platipeloid

Panggul jenis ini seperti panggul jenis ginekoid, hanya mengalami penyempitan pada arah muka belakang.

4) Jenis Antropoid

Panggul jenis ini mempunyai ciri berupa bentuknya yang lonjong seperti telur.



Gambar 2.1 Jenis – jenis panggul

Sumber : Sulistyawati, 2010

d. Ukuran-ukuran panggul

Ukuran panggul digunakan untuk menemukan garis besar bentuk dan ukuran panggul apabila dikombinasikan dengan pemeriksaan dalam.

Ukuran-ukuran panggul luar :

- 1) Distansia Spinarum Jarak antara kedua spina iliaka anterio superior sinistra dan dekstra, jaraknya 24-26 cm.
- 2) Distansia Kristarum Jarak terpanjang antara dua tempat yang simetris pada krista iliaka kanan dan kiri, jaraknya 28-30 cm.
- 3) Konjugata eksterna/ boudelogue Merupakan jarak bagian atas simpisis dan proesus spinosus lumbal 5, jaraknya 18-20 cm.
- 4) Distansia Intertrokantrika Merupakan jarak antara kedua trokanter mayor.
- 5) Distansia Tuberum Jarak antara tuber ischii kanan dan kiri. Untuk mengukurnya dipakai jangka panggul Osceander, jaraknya 10,5 cm.

7. Jenis Persalinan

- a. Persalinan Spontan Yaitu persalinan yang berlangsung dengan kekuatan ibu sendiri, melalui jalan lahir ibu tersebut.
- b. Persalinan Buatan Bila persalinan dibantu dengan tenaga dari luar misalnya ekstraksi forceps, atau dilakukan operasi Sectio Caesaria.

- c. Persalinan Anjuran Persalinan yang tidak dimulai dengan sendirinya tetapi baru berlangsung setelah pemecahan ketuban, 88 pemberian pitocin atau prostaglandin (Yulizawati et al., 2018)

8. Tahapan Persalinan (Kala I,II,III,dan IV)

a. Kala I

Kala I persalinan dimulai sejak terjadinya kontraksi uterus dan pembukaan servix hingga mencapai pembukaan lengkap (10 cm). Persalinan kala I berlangsung 18-24 jam dimana primi memiliki rentang waktu 12 jam dan multi memiliki rentang waktu 10 jam serta kala I terbagi menjadi dua fase yaitu fase laten dan fase aktif.

1) Fase laten persalinan

- a) Dimulai sejak awal kontraksi yang menyebabkan penipisan dan pembukaan servix secara bertahap
- b) Pembukaan servix dari 1 sampai 4 cm
- c) Biasanya berlangsung di bawah hingga 7 sampai 8 jam

2) Fase aktif, berlangsung selama 6 jam dan dibagi atas 3 subfase terbagi atas tiga subfase.

- a) Fase akselerasi: berlangsung 2 jam, pembukaan menjadi 4 cm.
- b) Fase dilatasi maksimal: berlangsung dengan cepat menjadi 9 cm dalam waktu 2 jam.
- c) Fase deselerasi: dalam waktu 2 jam pembukaan 10 cm(lengkap)

Asuhan yang diberikan pada Kala I yaitu:

1) Penggunaan Partograf

Merupakan alat untuk mencatat informasi berdasarkan observasi atau riwayat dan pemeriksaan fisik pada ibu dalam persalinan dan alat penting khususnya untuk membuat keputusan klinis selama kala I. Kegunaan partograf yaitu mengamati dan mencatat informasi kemajuan persalinan dengan memeriksa dilatasi serviks selama pemeriksaan dalam, menentukan persalinan berjalan normal dan mendeteksi dini persalinan lama sehingga bidan dapat membuat deteksi dini mengenai kemungkinan

persalina lama dan jika digunakan secara tepat dan konsisten, maka partograf akan membantu penolong untuk pemantauan kemajuan persalinan, kesejahteraan ibu dan janin, mencatat asuhan yang diberikan selama persalinan dan kelahiran, mengidentifikasi secara dini adanya penyulit, membuat keputusan klinik yang sesuai dan tepat waktu, partograf harus digunakan untuk semua ibu dalam fase aktif kala I, tanpa menghiraukan apakah persalinan normal atau dengan komplikasi di semua tempat, secara rutin oleh semua penolong persalinan Marmi (2012).

2) Penurunan Kepala Janin

Penurunan dinilai melalui palpasi abdominal. Pencatatan penurunan bagian terbawah atau presentasi janin, setiap kali melakukan pemeriksaan dalam atau setiap 4 jam, atau lebih sering jika ada tanda-tanda penyulit. Kata-kata "turunnya kepala" dan garis tidak terputus dari 0-5, tertera di sisi yang sama dengan angka pembukaan serviks. Berikan tanda "O" pada garis waktu yang sesuai. Hubungkan tanda "O" dari setiap pemeriksaan dengan garis tidak terputus.

3) Kontraksi Uterus

Periksa frekuensi dan lamanya kontraksi uterus setiap jam fase laten dan tiap 30 menit selama fase aktif. Nilai frekuensi dan lamanya kontraksi selama 10 menit. Catat lamanya kontraksi dalam hitungan detik dan gunakan lambang yang sesuai yaitu: kurang dari 20 detik titik-titik, antara 20 dan 40 detik diarsir dan lebih dari 40 detik diblok. Catat temuan-temuan dikotak yang bersesuaian dengan waktu penilai.

4) Keadaan Janin

a) Denyut Jantung Janin (DJJ)

Nilai dan catat denyut jantung janin (DJJ) setiap 30 menit (lebih sering jika ada tanda-tanda gawat janin). Setiap kotak pada bagian ini menunjukkan waktu 30 menit. Skala angka di

sebelah kolom paling kiri menunjukkan DJJ. Catat DJJ dengan memberi tanda titik pada garis yang sesuai dengan angka yang menunjukkan DJJ, kemudian hubungkan titik yang satu dengan titik lainnya dengan garis tidak terputus. Kisaran normal DJJ terpapar pada partograf di antara garis tebal angka 180 dan 100, tetapi penolong harus sudah waspada bila DJJ di bawah 120 atau di atas 160 kali/menit.

b) Warna dan Adanya Air Ketuban

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

c) Molase Tulang Kepala Janin

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

d) Keadaan Ibu

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

e) Informasi tentang ibu

Tentang nama dan umur, GPA, nomor register, tanggal dan waktu mulai dirawat, waktu pecahnya selaput ketuban. Waktu pencatatan kondisi ibu dan bayi pada fase aktif adalah DJJ tiap 30 menit, frekuensi dan lamanya kontraksi uterus tiap 30 menit, nadi tiap 30 menit tanda dengan titik, pembukaan serviks setiap 4 jam, penurunan setiap 4 jam, tekanan darah setiap 4 jam tandai dengan panah, suhu setiap 2 jam, urin, aseton, protein tiap 2 - 4 jam (catat setiap kali berkemih) (Sofian, 2013).

f) Memberikan Dukungan Persalinan

Asuhan yang mendukung selama persalinan merupakan ciri pertanda dari kebidanan, artinya kehadiran yang aktif dan ikut serta dalam kegiatan yang sedang berlangsung. Jika seorang bidan sibuk, maka ia harus memastikan bahwa ada seorang pendukung yang hadir dan membantu wanita yang sedang dalam persalinan. Kelima kebutuhan seorang wanita dalam persalinan yaitu asuhan tubuh atau fisik, kehadiran seorang pendamping, keringanan dan rasa sakit, penerimaan atas sikap dan perilakunya serta informasi dan kepastian tentang hasil yang aman yaitu :

(1) Mengurangi Rasa Sakit

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

(2) Persiapan Persalinan

Hal yang perlu dipersiapkan yakni ruang bersalin dan asuhan bayi baru lahir, perlengkapan dan obat esensial, rujukan (bila diperlukan), asuhan sayang ibu dalam kala 1, upaya pencegahan infeksi yang diperlukan (Sofian, 2013).

b. Kala II

1) Pengertian Persalinan kala II

Dimulai dengan pembukaan lengkap dari serviks dan berakhir dengan lahirnya bayi. Proses ini berlangsung 1-2 jam pada primi dan ½-1 jam pada multi

2) Tanda dan gejala kala II

Tanda – tanda bahwa kala II persalinan sudah dekat adalah:

- a) Ibu ingin meneran
- b) Perineum menonjol
- c) Vulva vagina dan sphincter anus membuka
- d) Jumlah pengeluaran air ketuban meningkat
- e) His lebih kuat dan lebih cepat 2-3 menit sekali.
- f) Pembukaan lengkap (10 cm)
- g) Pada Primigravida berlangsung rata-rata 1-2 jam dan multipara rata-rata ½-1 jam
- h) Pemantauan
 - (1) Tenaga atau usaha mengedan dan kontraksi uterus
 - (2) Janin yaitu penurunan presentasi janin dan kembali normalnya detak jantung bayi setelah kontraksi
 - (3) Kondisi ibu sebagai berikut:

Table 2.3 Tanda – tanda persalinan

Kemajuan persalinan tenaga	Kondisi pasien	Kondisi janin penumpang
Usaha mengedan Palpasi kontraksi uterus (control setiap 10 menit) 1. Frekuensi 2. Lamanya 3. Kekuatan	Periksa nadi dan tekanan darah selama 30 menit. Respon keseluruhan pada kala II: 1. Keadaan dehidrasi 2. Perubahan sikap/perilaku 3. Tingkat tenaga (yang memiliki)	Periksa detak jantung janin setiap 15 menit atau lebih sering dilakukan dengan makin dekatnya kelahiran Penurunan presentasi dan perubahan posisi Warna cairan tertentu

Sumber: Yulizawati et al., 2018

c. Kala III

Kala tiga disebut juga kala persalinan plasenta. Lahirnya plasenta dapat diperkirakan dengan memperhatikan tanda-tanda sebagai berikut:

- 1) Uterus menjadi bundar
- 2) Uterus terdorong keatas karena plasenta dilepas ke segmen bawah Rahim
- 3) Tali pusat bertambah Panjang
- 4) Terjadi perdarahan (adanya semburan darah secara tiba-tiba);
- 5) Biasanya plasenta akan lepas dalam waktu kurang lebih 6-15 menit setelah bayi lahir

d. Kala IV (2 jam setelah melahirkan)

Kala IV persalinan ditetapkan berlangsung kira-kira dua jam setelah plasenta lahir. Periode ini merupakan masa pemulihan yang terjadi segera jika homeostatis berlangsung dengan baik. Pada tahap ini, kontraksi otot Rahim meningkat sehingga pembuluh darah terjepit untuk menghentikan perdarahan. Pada kala ini dilakukan observasi terhadap tekanan darah, pernafasan, nadi, kontraksi otot Rahim dan perdarahan selama 2 jam pertama. Selain itu juga dilakukan penjahitan luka episiotomy. Setelah 2 jam, bila keadaan baik, ibu dipindahkan ke ruangan bersama bayinya (Yulizawati et al., 2018)

9. Mekanisme Persalinan

Turunnya kepala dibagi dalam beberapa fase sebagai berikut:

a. Masuknya kepala janin dalam PAP

- 1) Masuknya kepala ke dalam PAP terutama pada primigravida terjadi pada bulan terakhir kehamilan tetapi pada multipara biasanya terjadi pada permulaan persalinan.
- 2) Masuknya kepala ke dalam PAP biasanya dengan sutura sagitalis melintang menyesuaikan dengan letak punggung.
- 3) Jika sutura sagitalis dalam diameter anteroposterior dari PAP maka masuknya kepala akan menjadi sulit karena menempati ukuran yang terkecil dari PAP

- 4) Jika sutura sagitalis pada posisi di tengah-tengah jalan lahir yaitu tepat di antara symphysis dan promontorium, maka dikatakan dalam posisi "synclitismus" pada posisi synclitismus os parietale depan dan belakang sama tingginya.
- 5) Jika sutura sagitalis agak ke depan mendekati symphysis atau agak ke belakang mendekati promontorium, maka yang kita hadapi adalah posisi "asynclitismus"
- 6) Acynclitismus posterior adalah posisi sutura sagitalis mendekati symphysis dan os parietale belakang lebih rendah dari os parietale depan (Yulizawati et al., 2018).

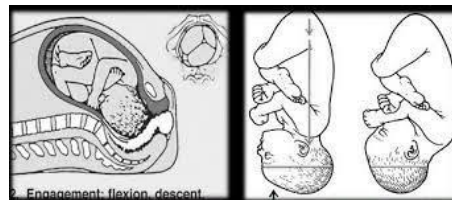
b. Majunya Kepala janin

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

c. Fleksi

- 1) Fleksi kepala janin memasuki ruang panggul dengan ukuran yang paling kecil yaitu dengan diameter suboccipito bregmatikus (9,5 cm) menggantikan suboccipito frontalis (11 cm).
- 2) Fleksi disebabkan karena janin didorong maju dan sebaliknya mendapat tahanan dari pinggir PAP, cervix, dinding panggul atau dasar panggul

- 3) Akibat adanya dorongan di atas kepala janin menjadi fleksi karena moment yang menimbulkan fleksi lebih besar daripada moment yang menimbulkan defleksi
- 4) Sampai di dasar panggul kepala janin berada dalam posisi fleksi maksimal. Kepala turun menemui diafragma pelvis yang berjalan dari belakang atas ke bawah depan
- 5) Akibat kombinasi elastisitas diafragma pelvis dan tekanan intra uterin yang disebabkan oleh his yang berulang-ulang, kepala mengadakan rotasi yang disebut sebagai putaran paksi dalam.



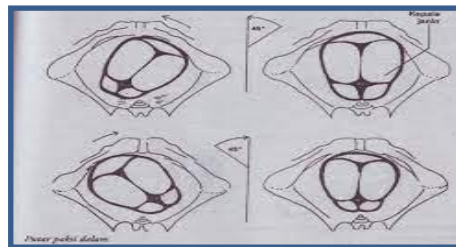
Gambar 2.2 Kepala Fleksi

Sumber: Yulizawati et al., 2018

d. Putaran paksi dalam

- 1) Putaran paksi dalam adalah pemutaran dari bagian depan sedemikian rupa sehingga bagian terendah dari bagian depan memutar ke depan ke bawah symphysis.
- 2) Pada presentasi belakang kepala bagian terendah adalah daerah ubun-ubun kecil dan bagian ini akan memutar ke depan ke bawah symphysis.
- 3) Putaran paksi dalam mutlak diperlukan untuk kelahiran kepala, karena putaran paksi merupakan suatu usaha untuk menyesuaikan posisi kepala dengan bentuk jalan lahir khususnya bentuk bidang tengah dan pintu bawah panggul
- 4) Putaran paksi dalam terjadi bersamaan dengan majunya kepala dan tidak terjadi sebelum kepala sampai di Hodge III, kadang – kadang baru terjadi setelah kepala sampai di dasar panggul
- 5) Sebab – sebab terjadinya putaran paksi dalam:

- a) Pada letak fleksi, bagian kepala merupakan bagian terendah dari kepala.
- b) Bagian terendah dari kepala mencari tahanan yang paling sedikit terdapat sebelah depan atas dimana terdapat hiatus genitalis antara muskulus levator ani kiri dan kanan.
- c) Ukuran terbesar dari bidang tengah panggul ialah diameter anteroposterior



Gambar 2.3 Putaran paksi dalam

Sumber: Kurniarum, 2016

e. Ekstensi

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

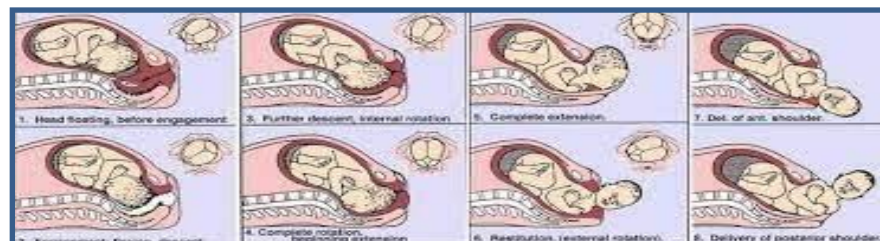
5) Sesudah kepala lahir, kepala segera mengadakan rotasi, yang disebut putaran paksi luar.

f. Ekstensi

- a) Setelah putaran paksi dalam selesai dan kepala sampai di dasar panggul, terjadilah ekstensi atau defleksi dari kepala. Hal ini disebabkan karena sumbu jalan lahir pada pintu bawah panggul mengarah ke depan di atas, sehingga kepala harus mengadakan ekstensi untuk dapat melewati pintu bawah panggul
- b) Jika tidak terjadi ekstensi maka kepala akan tertekan pada perineum dan menembusnya
- c) Kepala bekerja dengan 2 kekuatan yaitu satu mendesak ke bawah dan satunya lagi menolak ke atas karena adanya tahanan dasar panggul
- d) Setelah subocciput tertahan di pinggir bawah symphysis, maka yang dapat maju adalah bagian yang berhadapan dengan subocciput.

g. Putaran paksi luar

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



Gambar 2.4
Gerakan Kepala Janin Pada Defleksi Dan Putaran Paksi Luar dan Kelahiran Bahu
Depan Kemudian Bahu Belakang (Sumber: Kurniarum, 2016)

6. Jenis Persalinan Menurut Usia Kehamilan

Menurut usia kehamilan, persalinan dapat dibagi empat macam, yaitu:

- a. *Abortus* (keguguran). Penghentian dan pengeluaran hasil konsepsi dari jalan lahir sebelum mampu hidup di luar kandungan. Usia kehamilan biasanya mencapai kurang dari 28 minggu dan berat janin kurang dari 1.000 gram.
- b. *Partus prematurus*. Pengeluaran hasil konsepsi baik secara spontan atau buatan sebelum usia kehamilan 28-36 minggu dengan berat janin kurang dari 2.499 gram.
- c. *Partus matures* atau *aterm* (cukup bulan). Pengeluaran hasil konsepsi yang spontan ataupun buatan antara usia kehamilan 37-42 minggu dengan berat janin lebih dari 2.500 gram.
- d. *Partus postmaturus* (*serotinus*). Pengeluaran hasil konsepsi yang spontan ataupun buatan melebihi usia kehamilan 42 minggu dan tampak tanda-tanda janin posmatur (Jannah,2015)

7. Jenis Persalinan

Pengertian persalinan dapat diartikan menjadi tiga bagian menurut cara persalian, yaitu sebagai berikut:

- a. Persalinan normal atau disebut juga persalinan spontan. Pada persalian ini, proses kelahiran bayi pada letak belakang kepala (LBK) dengan tenaga ibu sendiri berlangsung tanpa bantuan alat serta tidak melukai ibu dan bayi yang umumnya berlangsung kurang dari 24 jam (Jannah, 2015).
- b. Persalian abnormal/buatan, Persalinan pervaginam dengan menggunakan bantuan alat, seperti ekstraksi dengan *forseps* atau *vakum* atau melalui dinding perut dengan operasi *section caesarea* atau SC (Jannah, 2015).
- c. Persalinan anjuran. Persalinan tersebut tidak dimulai dengan sendirinya, seperti dengan pemecahan ketubsn dan pemberian prostaglandin (Jannah, 2015).

8. Lima Benang Merah Asuhan Persalinan

Lima aspek dasar atau lima benang merah dalam asuhan persalinan baik normal maupun Patologis termasuk bayi baru lahir.

1. Langkah Pengambilan Keputusan Klinik

Pada saat seorang pasien datang pada bidan, maka yang pertama kali dilakukan bidan adalah melakukan pendekatan komunikasi terapeutik dengan ucapan salam, bersikap sopan, terbuka, dan siap untuk melayani. Setelah terbina hubungan baik saling percaya, barulah bidan melakukan pengumpulan data (*anamnesis*). Data yang pertama dikumpulkan adalah data subjektif, yaitu data yang didapatkan langsung dari pasien (Sodakh, 2013).

2. Asuhan Sayang Ibu dan Sayang Bayi

Asuhan sayang ibu adalah asuhan yang menghargai budaya, kepercayaan, dan keinginan sang ibu. Berikut ini merupakan asuhan sayang ibu dan sayang bayi dalam melahirkan:

- 1) Panggil ibu sesuai namanya, hargai dan jaga martabatnya.
- 2) Jelaskan semua asuhan dari perawatan kepada ibu sebelum mamulai asuhan.
- 3) Jelaskan proses persalinan kepada ibu dan keluarga.
- 4) Anjurkan ibu untuk bertanya dan membicarakan rasa takut atau khawatir.
- 5) Dengarkan dan tanggapi pertanyaan dan kekhawatiran ibu.
- 6) Berikan dukungan, besarkan dan tentramkan hatinya serta anggota keluarganya.
- 7) Anjurkan ibu untuk ditemani suami dan atau anggota keluarga lain selama persalinan.
- 8) Ajarkan suami dan anggota keluarga tentang bagaimana mereka memperhatikan dan mendukung ibu selama persalinan.
- 9) Laksanakan praktik pencegahan infeksi yang baik secara konsisten.
- 10) Hargai privasi ibu.
- 11) Anjurkan ibu untuk mencoba berbagai posisi selama persalinan.

- 12) Anjurkan ibu untuk minum dan makan makanan ringan sepanjang ia menginginkannya.
 - 13) Hargai dan perbolehkan praktik-praktik tradisional yang tidak merugikan kesehatan ibu.
 - 14) Hindari tindakan yang berlebihan dan merugikan seperti episiotomi, pencukuran, dan klisma.
 - 15) Anjurkan ibu untuk memeluk bayinya sesegera mungkin untuk melakukan kontak kulit ibu-bayi, inisiasi menyusui dini dan membangun hubungan psikologis.
 - 16) Membantu memulai pemberian ASI.
 - 17) Mempersiapkan persalinan dan kelahiran bayi dengan baik dan mencukupi semua bahan yang diperlukan. Siap untuk resusitasi bayi baru lahir pada setiap kelahiran (Nurasiah, 2012).
3. Prinsip dan Praktik Pencegahan Infeksi Prinsip-prinsip pencegahan infeksi:
- a. Setiap orang dianggap dapat menularkan penyakit infeksi.
 - b. Setiap orang harus dianggap berisiko terkena infeksi.
 - c. Permukaan benda atau alat yang bersentuhan dengan permukaan kulit/mukosa/ darah harus diproses secara benar.
 - d. Bila tidak diketahui telah diproses, maka dianggap masih terkontaminasi.
 - e. Risiko infeksi tidak bisa dihilangkan secara total, namun dapat dikurangi hingga sekecil mungkin (Sodakh, 2013).

Setiap bidan perlu memperhatikan tindakan pencegahan infeksi yang dilaksanakan pada saat menolong persalinan, yaitu antara lain:

- a) Cuci tangan dengan langkah-langkah yang benar sebelum melakukan tindakan dan sesudah melakukan tindakan.
- b) Selalu menggunakan sarung tangan pada saat melakukan tindakan.
- c) Menggunakan pelindung diri lengkap pada saat menolong persalihan.
- d) Upayakan pemberian pelayanan dengan teknik aseptik.
- e) Setelah alat digunakan hendaknya diproses sesuai prosedur pemrosesan

laan bekas pakai.

- f) Perlu diupayakan bahwa peralatan tajam dilakukan dengan benar karena akan sangat berisiko pada penolong persalinan terutama pada petugas kebersihan.
- g) Tindakan pencegahan infeksi yang lain adalah bagaimana bidan mengupayakan kebersihan lingkungan dan sanitasi untuk memutuskan rantai penularan penyakit (Sodakh, 2013).

4. Pencatatan (Dokumentasi)

Pada setiap pelayanan atau asuhan, harus selalu harus memperhatikan pencatatan atau dokumentasi. Manfaat dari dokumentasi adalah sebagai berikut:

- a. Aspek legal atau landasan hukum bagi bidan dalam pelayanannya.
- b. Aspek manajemen, dokumentasi dapat mengidentifikasi mutu pelayanan seorang bidan dan juga dapat dipakai untuk mengatur kebutuhan sarana yang perlu dipersiapkan seorang bidan pada saat praktik klinik.
- c. Aspek pembelajaran, dokumentasi merupakan asset yang sangat berharga bagi bidan dalam pelayanannya karena data sebelumnya yang sudah didokumentasikan dapat dipakai sebagai referensi atau acuan saat menghadapi masalah atau kasus sebelumnya seorang bidan dapat mengulangi pelayanan atau asuhan yang pernah diberikan pada klien.

Hal-hal yang perlu diingkar oleh seorang bidan mengenai dokumentasi adalah:

- a) Catat semua data: hasil pengumpulan data, pemeriksaan, diagnosis, obat-obatan yang diberikan, serta semua asuhan yang diberikan pada ibu dan bayi.
- b) Jika tidak dicatat, dapat dianggap bahwa asuhan tersebut tidak dilakukan.
- c) Pastikan setiap partograf telah diisi dengan lengkap, benar, dan tepat waktu, serta sebelum persalinan dan sesudah persalinan berlangsung.

Bentuk dokumentasi dapat berupa SOAP atau menggunakan manajemen asuhan kebidanan dengan yang lain. Akan tetapi, pada persalinan, dokumentasi yang digunakan adalah partograf.

5. Hal Penting dalam Rujukan

a. Lokasi Rujukan

Bidan harus mengetahui lokasi rujukan agar dapat mengetahui secara pasti jarak yang harus ditempuh saat merujuk dan waktu yang harus disediakan saat mengantar ibu ke lokasi rujukan.

b. Ketersediaan Pelayanan

Pada saat merujuk, bidan perlu mengetahui ketersediaan pelayanan yang ada di rumah sakit tempat rujukan apakah sesuai dengan yang diperlukan oleh ibu dan bayi. Bidan harus dapat memastikan bahwa lokasi yang dituju dapat memberikan pelayanan yang komprehensif kepada ibu dan bayinya.

c. Biaya Pelayanan

Biaya merupakan faktor yang sangat dominan pada keluarga dengan ekonomi yang kurang mampu dalam proses rujukan, dengan demikian biaya sangat dipertimbangkan apabila dikaitkan dengan kondisi kesehatan ibu atau bayi.

d. Jarak Tempuh

Jarak tempuh tempat rujukan perlu diperhitungkan karena akan mempengaruhi persiapan yang perlu dipersiapkan, misalnya: bidan harus ikut merujuk sehingga dapat mempertimbangkan waktu berapa lama bidan meninggalkan tempat pratiknya; peralatan apa yang perlu disiapkan selama dalam rujukan; dan keluarga siapa yang perlu ikut sehingga perlu dipertimbangkan siapa yang harus di rumah agar apabila ditinggalkan dengan jarak tempuh yang jauh, sementara pelayanan di rumah tetap berjalan. Selain itu, surat-surat yang dibutuhkan juga perlu disiapkan, apabila jarak tempuh jauh dan ibu atau bayi perlu dirujuk segera, maka surat rujukan dapat dibuat pada saat telah tiba di rumah sakit. Obat-obatan perlu disiapkan dalam jumlah yang cukup

agar tidak kekurangan di perjalanan. Kendaraan dibutuhkan, bila tidak cukup jauh mungkin dapat dipertimbangkan untuk menggunakan kendaraan seadanya dengan pertimbangan cukup layak untuk jalan (Sondakh, 2013).

9. 60 Langkah Asuhan Persalinan Normal

60 langkah asuhan persalinan normal (Prawirohardjo, 2016).

a. Melihat Tanda dan Gejala Kala Dua

1. Mengamati tanda dan gejala persalinan kala dua.

- a) Ibu mempunyai keinginan untuk meneran.
- b) Ibu merasakan tekanan yang semakin meningkat pada *rektum* dan/atau *vagina*.
- c) *Perineum* menonjol.
- d) *Vulva vagina* dan *sfincter anal* membuka.

(Prawirohardjo, 2016).

b. Menyiapkan Pertolongan Persalinan

2. Memastikan perlengkapan, bahan, dan obat-obatan esensial siap digunakan. Memeriksa ampul oksitosin 10 unit dan menempatkan tabung suntik steril sekali pakai di dalam partus set.
3. Mengenakan baju penutup atau celemek plastik yang bersih.
4. Melepaskan semua perhiasan yang dipakai di bawah siku, mencuci kedua tangan dengan sabun dan air bersih yang mengalir dan mengeringkan tangan dengan handuk satu kali pakai/pribadi yang bersih.
5. Memakai satu sarung dengan DTT atau steril untuk semua pemeriksaan dalam.
6. Mengisap oksitosin 10 unit ke dalam tabung suntik (dengan memakai sarung tangan disinfeksi tingkat tinggi atau steril) dan meletakkan kembali di partus set/wadah disinfeksi tingkat tinggi atau steril tanpa mengontaminasi tabung suntik). (Prawirohardjo, 2016).

c. Memastikan Pembukaan Lengkap Dan Keadaan Janin Baik

7. Membersihkan *vulva* dan *perineum*, menyekanya dengan hati-hati dari depan ke belakang dengan menggunakan kapas atau kassa yang telah di basahi dengan air disinfeksi tingkat tinggi, Jika mulut *vagina*, *perineum* atau *anus* terkontaminasi oleh kotoran ibu, membersihkannya dengan seksama dengan cara menyeka dari depan ke belakang. Membuang kapas atau kassa yang terkontaminasi (meletakkan kedua sarung tangan tersebut dengan benar di dalam larutan dokumentasi, langkah .
8. Dengan menggunakan teknik aseptik, melakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan bahwa pembukaan serviks sudah lengkap. Bila selaput ketuban belum pecah, sedangkan pembukaan sudah lengkap, lakukan amniotomi.
9. Mendekontaminasi sarung tangan dengan cara mencelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan kotor ke dalam larutan klorin 0,5 % dan kemudian melepaskannya dalam keadaan terbalik serta merendam nyadi dalam larutan klorin 0,5 % selama 10 menit. Mencuci kedua tangan (seperti di atas).
10. Memeriksa Denyut Jantung Janin (DJJ) setelah *kontraksi* berakhir untuk memastikan bahwa DJJ dalam batas normal (120-180 kali/menit).
 - i. Mengambil tindakan yang sesuai jika DJJ tidak normal.
 - ii. Mendokumentasikan hasil-hasil pemeriksaan dalam, DJJ, dan semua hasil-hasil penilaian serta asuhan lainnya pada partograf (Prawirohardjo, 2016).

d. Menyiapkan Ibu Dan Keluarga Untuk Membantu Proses Pimpinan Meneran

11. Memberi tahu ibu pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik. Membantu ibu berada dalam posisi yang nyaman sesuai dengan keinginannya.

- a. Tunggu hingga ibu mempunyai keinginan untuk meneran. Melanjutkan pemantauan kesehatan dan kenyamanan ibu serta janin sesuai dengan pedoman persalinan aktif dan mendokumentasikan temuan – temuan.
 - b. Jelaskan pada anggota keluarga tentang bagaimana peran mereka untuk mendukung dan memberi semangat pada ibu untuk meneran secara benar.
12. Meminta bantuan keluarga untuk menyiapkan posisi ibu untuk meneran. (Pada saat ada his, bantu ibu dalam posisi setengah duduk dan pastikan ia merasa nyaman).
13. Melakukan pimpinan meneran pada saat ibu mempunyai dorongan yang kuat untuk meneran:
- a) Memimbing ibu untuk meneran saat ibu mempunyai keinginan untuk meneran.
 - b) Mendukung dan memberi semangat atas usaha ibu untuk meneran.
 - c) Membantu ibu mengambil posisi yang nyaman sesuai dengan pilihannya (tidak meminta ibu berbaring terlentang).
 - d) Menganjurkan ibu untuk beristirahat diantara *kontraksi*.
 - e) Menganjurkan keluarga untuk mendukung dan memberi semangat pada ibu.
 - f) Menganjurkan asupan cairan per oral.
 - g) Menilai DJJ setiap lima menit.
 - h) Jika bayi belum lahir atau kelahiran bayi belum akan terjadi segera dalam waktu 120 menit (2 jam) meneran untuk ibu *primipara* atau 60 menit (1 jam) untuk ibu *multipara*, merujuk segera. Jika ibu tidak mempunyai keinginan untuk meneran.
 - i) Menganjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok atau mengambil posisi yang aman. Jika ibu belum ingin meneran dalam 60 menit, anjurkan ibu untuk mulai meneran pada puncak kontraksi-kontraksi tersebut dan beristirahat di antara kontraksi.
 - j) Jika bayi belum lahir atau kelahiran bayi belum akan terjadi segera

setelah 60 menit meneran, merujuk ibu dengan segera.
(Prawirohardjo, 2016).

e. Persiapan Pertolongan Kelahiran Bayi

14. Jika kepala bayi telah membuka *vulva* dengan diameter 5- 6 cm, letakkan handuk bersih di atas perut ibu untuk mengeringkan bayi.
15. Meletakkan kain yang bersih dilipat 1/3 bagian dibawah bokong ibu.
16. Membuka partus set.
17. Memakai sarung tangan DTT atau steril pada kedua tangan.
(Prawirohardjo, 2016).

f. Menolong Kelahiran Bayi Lahirnya Kepala

18. Saat kepala bayi membuka *vulva* dengan diameter 5-6 cm, lindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi dengan kain tadi, letakkan tangan yang lain di kepala bayi dan lakukan tekanan yang lembut dan tidak menghambat pada kepala bayi, membiarkan kepala bayi keluar perlahan-lahan. Menganjurkan ibu untuk meneran perlahan-lahan atau bernapas cepat saat kepala lahir.
19. Dengan lembut menyeka muka, mulut, dan hidung bayi dengan kain atau kasa yang bersih (Langkah ini tidak harus dilakukan).
20. Memeriksa lilitan tali pusat dan mengambil tindakan yang sesuai jika hal itu terjadi, dan kemudian meneruskan segera proses kelahiran bayi:
 - a. Jika tali pusat melilit leher secara longgar, lepaskan lewat bagian atas kepala bayi.
 - b. Jika tali pusat melilit leher dengan erat, mengklempnya di dua tempat dan memotongnya.
21. Tunggu kepala bayi melakukan putaran paksi luar secara spontan
(Prawirohardjo, 2016)

g. Lahirnya Bahu

22. Setelah kepala melakukan putaran paksi luar, tempatkanlah kedua tangan di masing-masing sisi muka bayi. Menganjurkan ibu untuk meneran saat kontraksi

23. berikutnya. Dengan lembut menariknya ke arah bawah dan ke arah luar hingga bahu anterior muncul di bawah arkus pubis, dan kemudian dengan lembut menarik ke arah atas dan ke arah luar untuk melahirkan bahu posterior.
24. Setelah kedua bahu dilahirkan, menelusurkan tangan mulai kepala bayi yang berada di bagian bawah ke arah perineum, membiarkan bahu dan lengan posterior lahir ke tangan tersebut. Mengendalikan kelahiran siku dan tangan bayi saat melewati perineum, gunakan lengan bagian bawah untuk menyangga tubuh bayi saat dilahirkan. Menggunakan tangan anterior (bagian atas) untuk mengendalikan siku dan tangan anterior bayi saat keduanya lahir.
25. Setelah tubuh dan lengan lahir, menelusurkan tangan yang ada di atas (anterior) dari punggung ke arah kaki bayi untuk menyangganya saat punggung kaki lahir. Memegang kedua mata kaki bayi dengan hati-hati membantu kelahiran bayi. (Prawirohardjo, 2016)

h. Penanganan Bayi Baru Lahir

26. Menilai bayi dengan cepat (dalam 30 detik), kemudian meletakkan bayi di atas perut ibu dengan posisi kepala bayi sedikit lebih rendah dari tubuhnya (bila tali pusat terlalu pendek, meletakkan bayi di tempat yang memungkinkan). Bila bayi mengalami asfiksia, lakukan resusitasi (lihat bab 26. Resusitasi Neonatus)
27. Segera membungkus kepala dan badan bayi dengan handuk dan biarkan kontak kulit ibu-bayi. Lakukan penyuntikan oksitosin/i.m. (lihat keterangan di bawah).
28. Menjepit tali pusat menggunakan klem kira-kira 3 cm dari pusat bayi. Melakukan urutan pada tali pusat mulai dari klem ke arah ibu dan memasang klem kedua 2 cm dari klem pertama (ke arah ibu).
29. Memegang tali pusat dengan satu tangan, melindungi bayi dari gunting dan memotong tali pusat di antara dua klem tersebut.
30. Mengeringkan bayi, mengganti handuk yang basah dan menyelimuti bayi dengan kain atau selimut yang bersih dan kering, menutupi bagian

kepala, membiarkan tali pusat terbuka. Jika bayi mengalami kesulitan bernapas, ambil tindakan yang sesuai.

31. Memberikan bayi kepada ibunya dan menganjurkan ibu untuk memeluk bayinya dan memulai pemberian ASI jika ibu menghendakinya (Prawirohardjo, 2016).

i. Oksitosin

32. Meletakkan kain yang bersih dan kering. Melakukan palpasi abdomen untuk menghilangkan kemungkinan adanya bayi kedua.
33. Memberi kepada ibu bahwa ia akan disuntik
34. Dalam waktu 2 menit setelah kelahiran bayi, berikan suntikan oksitosin 10 unit IM di gluteus atau 1/3 atas paha kanan ibu bagian luar, setelah mengaspirasinya terlebih dahulu. (Prawirohardjo, 2016)

j. Pengendalian Tali Pusat Terkendali

35. Memindahkan klem pada tali pusat.
36. Meletakkan satu tangan di atas kain yang ada di perut ibu, tepat di atas tulang pubis, dan menggunakan tangan ini untuk melakukan palpasi kontraksi dan menstabilkan uterus. Memegang tali pusat dan klem dengan tangan lain.
37. Menunggu uterus berkontraksi dan kemudian melakukan penegangan ke arah bawah pada tali pusat dengan lembut.
38. Lakukan tekanan yang berlawanan arah pada bagian bawah uterus dengan cara menekan uterus ke arah atas dan belakang (dorso kranial) dengan hati-hati untuk membantu mencegah terjadinya inversio uteri.
 - a) Jika plasenta tidak lahir setelah 30-40 detik, hentikan penegangan tali pusat dan menunggu hingga kontraksi berikut mulai. Jika uterus tidak berkontraksi, meminta ibu atau seorang anggota keluarga untuk melakukan merangsang puting susu (Prawirohardjo, 2016).

k. Mengeluarkan Plasenta

39. Setelah plasenta terlepas, meminta ibu untuk meneran sambil menarik tali pusat ke arah bawah dan kemudian ke arah atas, mengikuti kurva jalan lahir sambil meneruskan tekanan berlawanan arah pada uterus.

- a) Jika tali pusat bertambah panjang pindahkan klem hingga berjarak sekitar 5-10 cm dari vulva.
 - b) Jika plasenta tidak lepas setelah melakukan penegangan tali pusat 15 menit:
 - (1) Menulangi pemberian oksitosin 10 unit IM.
 - (2) Menilai kandung kemih penuh dan dilakukan *kateterisasi* kandung kemih dengan menggunakan aseptik jika perlu.
 - (3) Meminta keluarga untuk menyiapkan rujukan. Mengulangi penegangan tali pusat 15 menit berikutnya.
 - (4) Merujuk ibu Jika plasenta tidak lahir dalam 30 menit sejak kelahiran bayi.
40. Jika plasenta muncul di introitus vagina, melanjutkan kelahiran plasenta dengan menggunakan kedua tangan dan dengan hati-hati memutar plasenta hingga selaput ketuban terpinil. Dengan lembut perlahan melahirkan selaput ketuban tersebut.
- a) Jika selaput ketuban robek, pakai sarung tangan disinfeksi tingkat tinggi atau steril untuk memeriksa vagina dan serviks ibu dengan seksama. Menggunakan jari-jari tangan atau klem atau forseps disinfeksi tingkat tinggi atau steril untuk melepaskan bagian selaput yang tertinggal (Prawirohardjo, 2016).
 - b) Segera setelah plasenta dan selaput ketuban lahir, lakukan masase uterus, meletakkan telapak tangan di fundus dan melakukan masase dengan gerakan melingkar dengan lembut hingga uterus berkontraksi (fundus teraba keras). (Prawirohardjo, 2016).

1. Menilai Perdarahan

41. Memeriksa kedua sisi plasenta baik yang menempel ke ibu maupun janin dan selaput ketuban untuk memastikan bahwa plasenta dan selaput ketuban lengkap dan utuh. Meletakkan plasenta ke dalam kantong plastik atau tempat khusus. Jika uterus tidak berkontraksi setelah melakukan masase selama 15 detik mengambil tindakan yang sesuai

42. Mengevaluasi adanya laserasi pada vagina dan perineum dan segera menjahitan laserasi yang mengalami pendarahan aktif (Prawirohardjo, 2016).

m. Melakukan Prosedur Pasca Persalinan

43. Menilai ulang uterus berkontraksi dengan baik.

44. Mencilupkan kedua tangan yang memakai sarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5%; membilas kedua tangan yang masih bersarung tangan tersebut dengan air disinfeksi tingkat tinggi dan mengeringkannya dengan kain yang bersih dan kering.

45. Menempatkan klem tali pusat disinfeksi tingkat tinggi atau steril atau mengikat tali disinfeksi tingkat tinggi dengan simpul mati sekeliling tali pusat sekitar 1 cm dari pusat.

46. Mengikat satu lagi simpul mati di bagian pusat yang berseberangan dengan simpul mati yang pertama.

47. Melepaskan klem bedah dan meletakkannya ke dalam larutan klorin 0,5%.

48. Menyelimuti kembali bayi dan menutupi bagian kepalanya. Memastikan handuk atau kainnya bersih atau kering.

49. Menganjurkan ibu untuk memulai pemberian ASI.

50. Lanjutkan pemantauan kontraksi dan mencegah pendarahan pervaginam.

a) 2-3 kali dalam 15 menit pertama pasca persalinan.

b) Setiap 15 menit pada 1 jam pertama pascapersalinan.

c) Setiap 20-30 menit pada jam ke kedua pascapersalinan.

d) Jika uterus tidak berkontraksi dengan baik, laksanakan perawatan yang sesuai untuk menatalaksanakan atonia uteri.

e) Jika ditemukan laserasi yang memerlukan penjahitan, lakukan penjahitan dengan anestesia lokal dan menggunakan teknik yang sesuai.

51. Mengajarkan ibu/keluarga bagaimana melakukan massase uterus dan memeriksa kontraksi.

52. Mengevaluasi kehilangan darah.
53. Memeriksa tekanan darah, nadi ibu dan keadaan kandung kemih setiap 15 menit selama 1 jam pertama pascapersalinan setiap 30 menit selama jam kedua pasca persalinan.
- a) Memeriksa temperatur tubuh ibu setiap jam selama 2 jam pertama pascapersalinan
 - b) Melakukan tindakan yang sesuai untuk temuan yang tidak normal (Prawirohardjo, 2016).
- n. Kebersihan dan keamanan
54. Tempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan clorin 0.5% untuk dekontaminasi (10 menit). Mencuci dan membilas peralatan setelah dekontaminasi.
55. Membuang bahan-bahan yang terkontaminasi ketempat sampah yang sesuai.
56. Bersihkan ibu dengan menggunakan air disinfeksi tingkat tinggi. Membersihkan sisa cairan ketuban, lendir dan darah. Membantu ibu memakaikan pakaian yang bersih dan kering.
57. Memastikan bahwa ibu nyaman. Membantu ibu memberikan ASI. Mengnjurkan keluarga untuk memberi ibu minuman dan makanan yang di inginkannya.
58. Mendekontaminasi daerah yang digunakan untuk melahirkan dengan larutan klorin 0,5% dan membilas dengan air bersih.
59. Mencilupkan sarung tangan kotor ke dalam larutan klorin 0,5%, membalikkan bagian dalam keluar dan merendamnya dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit. Dan Cuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir. (Prawirohardjo, 2016).
- o. Dekontaminasi
60. Lengkapi partograf (halaman depan dan belakang). (Prawirohardjo, 2016).

C. NIFAS

1. Pengertian Masa Nifas

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

Masa nifas (PostPartum) adalah masa di mulai setelah kelahiran plasenta dan berakhir ketika alat kandungan kembali semula seperti sebelum hamil, yang berlangsung selama 6 minggu atau 42 hari. Selama masa pemulihan tersebut berlangsung, ibu akan mengalami banyak perubahan fisik yang bersifat fisiologis dan banyak memberikan ketidak nyamanan pada awal postpartum, yang tidak menutup kemungkinan untuk menjadi patologis bila tidak diikuti dengan perawatan yang baik (Yulia and Hakim, 2020).

2. Tahapan Masa Nifas

Menurut Wulandari, (2019) Ada beberapa tahapan yang di alami oleh wanita selama masa nifas, yaitu sebagai berikut :

- a) Immediate puerperium, yaitu waktu 0-24 jam setelah melahirkan. ibu telah di perbolehkan berdiri atau jalan-jalan
- b) Early puerperium, yaitu waktu 1 – 7 hari pemulihan setelah melahirkan. pemulihan menyeluruh alat-alat reproduksi berlangsung selama 6 minggu
- c) Later puerperium, yaitu waktu 1 – 6 minggu setelah melahirkan, inilah waktu yang diperlukan oleh ibu untuk pulih dan sehat sempurna. Waktu sehat bisa bermingguminggu, bulan dan tahun

3. Perubahan Fisiologi Masa Nifas

a. Perubahan fisiologis masa nifas pada sistem reproduksi

Perubahan alat – alat genital baik interna maupun eksterna kembali seperti semula seperti sebelum hamil disebut involusi. Bidan dapat membantu ibu untuk mengatasi dan memahami perubahan – perubahan seperti:

1) Involusi Uterus

Involusi atau pengerutan uterus merupakan suatu proses dimana uterus kembali ke kondisi sebelum hamil dengan berat hanya 60 gram. Proses involusi uterus menurut (Marmi, 2015) antara lain, sebagai berikut:

a) Iskemia miometrium

Iskemia miometrium disebabkan oleh kontraksi dan retraksi yang terus-menerus dari uterus setelah pengeluaran plasenta membuat uterus relatif anemia dan menyebabkan serat otot atrofi.

b) Atrofi jaringan

Atrofi jaringan terjadi sebagai reaksi penghentian hormon esterogen saat pelepasan plasenta.

c) Autolisis

Autolisis merupakan proses penghancuran diri sendiri yang terjadi di dalam otot uterus. Enzim proteolitik akan memendekkan jaringan otot yang telah sempat mengendur hingga panjangnya 10 kali dari semula dan lebar lima kali dari semula selama kehamilan atau dapat juga dikatakan sebagai perusakan secara langsung jaringan hipertrofi yang berlebihan. Hal ini disebabkan karena penurunan hormon esterogen dan progesteron.

d) Efek oksitosin

Oksitosin menyebabkan terjadinya kontraksi dan retraksi otot uterus sehingga akan menekan pembuluh darah yang mengakibatkan berkurangnya suplai darah ke uterus. Proses ini membantu untuk mengurangi perdarahan. Penurunan ukuran uterus yang cepat itu dicerminkan oleh perubahan lokasi uterus ketika turun keluar dari abdomen dan kembali menjadi organ pelvis.

2) Involusi tempat plasenta

Uteri pada bekas inflasi plasenta merupakan luka yang kasar dan menonjol kedalam kavum uteri. Segera setelah plasenta lahir, dengan cepat luka mengecil, pada akhir minggu kedua hanya sebesar 3-4 cm

dan pada akhir nifas 1-2cm. Penyembuhan luka bekas plasenta khas sekali. Pada permulaan nifas bekas plasenta mengandung banyak pembuluh darah besar yang tersumbat oleh thrombus. Luka bekas plasenta tidak meninggalkan parut. Hal ini disebabkan karena diikuti pertumbuhan endometrium baru di bawah permukaan luka. Regenerasi endometrium terjadi ditempat implantasi plasenta selama sekitar 6 minggu. Pertumbuhan kelenjar endometrium ini berlangsung didalam decidua basalis. Pertumbuhan kelenjar ini mengikis pembuluh darah yang membeku pada tempat implantasi plasenta hingga terkelupas dan tak dipakai lagi pada pembuangan lochea (Yanti & Sundawati, 2014).

3) Perubahan ligamen

Setelah bayi lahir, ligamen dan diafragma pelvis fasia yang meregang sewaktu kehamilan dan saat melahirkan, kembali seperti sedia kala. Perubahan ligamen yang dapat terjadi pasca melahirkan antara lain: ligamentum rotundum menjadi kendur yang mengakibatkan letak uterus menjadi retrofleksi; ligamen, fasia, jaringan penunjang alat genitalia menjadi agak kendur (Yanti & Sundawati, 2014).

4) Perubahan serviks

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

Oleh karena hiperpalpasi dan retraksi serviks, robekan serviks dapat sembuh. Namun demikian setelah involusi, ostium eksterium tidak sama waktu sebelum hamil pada umumnya ostium eksternum

lebih besar, ada retak-retak dan robek-robekan pada pinggirnya terutama pada pinggir sampingnya (Yanti & Sundawati, 2014).

5) Lochea

Lochea adalah ekskresi cairan rahim selama masa nifas dan mempunyai reaksi basa/alkalis yang membuat organisme berkembang lebih cepat dari pada kondisi asam, yang ada pada vagina normal. Lochea mempunyai bau yang amis (anyir) meskipun tidak terlalu menyengat dan volumenya 205 berbeda-beda pada setiap wanita. Lochea mengalami perubahan karena proses involusi. Lochea dapat dibagi menjadi lochea rubra, sanguilenta, serosa, dan alba. Perbedaan masing-masing lochea dapat dilihat sebagai berikut :

Table 2.4 Perubahan Warna Lochea

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

Sumber : Yanti & Sundawati, 2014

Umunya jumlah lochea lebih sedikit bila wanita postpartum dalam posisi berbaring dari pada berdiri. Hal ini terjadi akibat pembuangan bersatu divagina bagian atas saat wanita posisi berbaring dan kemudian akan mengalir keluar saat berdiri. Total jumlah rata-rata pengeluaran lochea sekitar 240 hingga 270 ml (Yanti & Sundawati, 2014).

6) Perubahan vulva, vagina dan perineum

Selama proses persalinan vulva dan vagina mengalami penekanan serta peregangan, setelah beberapa hari persalinan kedua organ ini kembali dalam keadaan kendur. Rugae timbul kembali pada minggu ke tiga. Himen tampak sebagai tonjolan kecil dan dalam proses pembentukan berubah menjadi kulae mitiformis yang khas bagi wanita multipara. Ukuran vagina akan selalu lebih besar dibandingkan keadaan saat sebelum persalinan pertama.

Perubahan pada perineum pasca melahirkan terjadi pada saat perineum mengalami robekan. Robekan jalan lahir dapat terjadi secara spontan atau dilakukan episiotomi dengan insisi tertentu. Meskipun demikian, latihan otot perineum dapat mengembalikan tonus tersebut dan dapat mengencangkan vagina hingga tingkat tertentu hal ini dapat dilakukan pada akhir puerperium dengan latihan harian (Yanti & Sundawati, 2014).

b. Perubahan Sistem Pencernaan

Biasanya ibu mengalami konstipasi setelah persalinan. Hal ini disebabkan karena pada waktu melahirkan alat pencernaan mendapat tekanan yang menyebabkan kolon menjadi kosong, pengeluaran cairan yang berlebihan pada waktu persalinan, kurangnya asupan makan, hemoroid dan kurangnya aktivitas tubuh.

c. Perubahan Sistem Perkemihan

Setelah proses persalinan berlangsung, biasanya ibu akan sulit untuk buang air kecil dalam 24 jam pertama. Penyebab dari keadaan ini adalah terdapat spasme sfinkter dan edema leher kandung kemih setelah mengalami kompresi (tekanan) antara kepala janin dan tulang pubis selama persalinan berlangsung. Kadar hormon estrogen yang bersifat menahan air akan mengalami penurunan yang mencolok. Keadaan tersebut disebut "diuresis".

d. Perubahan Sistem Muskuloskeletal

Otot-otot uterus berkontraksi segera setelah partus, pembuluh darah yang berada di antara anyaman otot-otot uterus akan terjepit, sehingga akan menghentikan perdarahan. Ligamen-ligamen, diafragma pelvis, serta fasia yang meregang pada waktu persalinan, secara berangsur-angsur menjadi ciut dan pulih kembali. Stabilisasi secara sempurna terjadi pada 6-8 minggu setelah persalinan.

e. Perubahan Sistem Kardiovaskuler

Setelah persalinan, shunt akan hilang tiba-tiba. Volume darah bertambah, sehingga akan menimbulkan dekompensasi kordis pada penderita vitum cordia. Hal ini dapat diatasi dengan mekanisme kompensasi dengan timbulnya hemokonsentrasi sehingga volume darah kembali seperti sediakala. Pada umumnya, hal ini terjadi pada hari ketiga sampai kelima postpartum.

f. Perubahan Tanda-tanda Vital

Pada masa nifas, tanda – tanda vital yang harus dikaji antara lain :

1) Suhu badan

Dalam 1 hari (24 jam) post partum, suhu badan akan naik sedikit ($37,50 - 38^{\circ} C$) akibat dari kerja keras waktu melahirkan, kehilangan cairan dan kelelahan. Apabila dalam keadaan normal, suhu badan akan menjadi biasa. Biasanya pada hari ketiga suhu badan naik lagi karena ada pembentukan Air Susu Ibu (ASI). Bila suhu tidak turun, kemungkinan adanya infeksi pada endometrium.

2) Nadi

Denyut nadi normal pada orang dewasa 60-80 kali per menit. Denyut nadi sehabis melahirkan biasanya akan lebih cepat. Denyut nadi yang melebihi 100x/ menit, harus waspada kemungkinan dehidrasi, infeksi atau perdarahan post partum.

3) Tekanan darah

Tekanan darah biasanya tidak berubah. Kemungkinan tekanan darah akan lebih rendah setelah ibu melahirkan karena ada

perdarahan. Tekanan darah tinggi pada saat post partum menandakan terjadinya preeklampsia post partum.

4) Pernafasan

Keadaan pernafasan selalu berhubungan dengan keadaan suhu dan denyut nadi. Bila suhu nadi tidak normal, pernafasan juga akan mengikutinya, kecuali apabila ada gangguan khusus pada saluran nafas. Bila pernafasan pada masa post partum menjadi lebih cepat, kemungkinan ada tanda-tanda syok (Dewi, 2012).

g. Perawatan Puerperium

Perawatan masa puerperium Menurut Anggraeni (2010), perawatan puerperium lebih aktif dengan dianjurkan untuk melakukan mobilisasi dini (early mobilization). Perawatan mobilisasi secara dini mempunyai keuntungan, sebagai berikut:

- 1) Melancarkan pengeluaran lochea, mengurangi infeksi perineum
- 2) Memperlancar involusi alat kandungan
- 3) Melancarkan fungsi alat gastrointestinal dan alat perkemihan
- 4) Meningkatkan kelancaran peredaran darah ,sehingga mempercepat fungsi ASI pengeluaran sisa metabolisme.

4. Kebutuhan pada Masa Nifas

Menurut Setyo Retno Wulandari (2011), Ada beberapa macam kebutuhan saat nifas:

a. Nutrisi

Kebutuhan gizi pada masa nifas terutama bila menyusui akan meningkat 25% karena berguna untuk proses kesembuhan karena sehabis melahirkan dan untuk memproduksi air susu yang cukup untuk menyehatkan bayi. Semua itu akan meningkatkan tiga kali dari kebutuhan biasa. Selama menyusui ibu membutuhkan tambahan protein di atas normal sebesar 20 gram/hari. Maka dari itu ibu dianjurkan makan-makanan mengandung asam lemak omega 3 yang banyak terdapat di ikan kakap, tongkol, dan lemuru.

b. Ambulasi

Di sebut juga early ambulation. Early ambulation adalah kebijakan untuk sekelas mungkin membimbing klien keluar dari tempat tidurnya dan membimbingnya secepat mungkin berjalan. Klien sudah diperbolehkan bangun dari tempat tidur dan dalam 24-48 jam postpartum. Keuntungannya early ambulation adalah :

- 1) Klien merasa lebih baik, lebih sehat dan lebih kuat.
- 2) Faal usus dan kandung kencing lebih baik.
- 3) Dapat lebih memungkinkan dalam menggajari ibu untuk merawat atau memelihara anaknya, memandikan dan lain-lain selama ibu masih dalam perawatan.(Eka, 2014).

c. Eliminasi

1) Miksi (BAK)

Miksi di sebut normal bila dapat buang air kecil spontan setiap 3-4 jam dan ibu di usahakan dapat buang air kecil.

2) Defekasi (BAB)

Biasanya 2-3 hari post partum masih sulit buang air besar. Jika klien pada hari ketiga belum juga buang air besar maka diberikan laksan supositoria dan minum air hangat. Agar dapat buang air besar secara teratur dapat dilakukan dengan diit teratur, pemberian cairan yang banyak, makanan cukup serat,olah raga (Haryani, 2012).

d. Kebersihan diri / perineum

Mandi di tempat tidur dilakukan sampai ibu dapat mandi sendiri dikamar mandi sendiri, yang terutama di bersihkan adalah putting susu dan mammae dilanjutkan perineum

1) Perawatan perineum

Apabila setelah buang air kecil atau buang air besar perineum di bersihkan secara rutin. Caranya di mulsi dsri simpisis sampai anal sehingga tidak terjadi infeksi cara membersihkannya dengan sabun yang lembut minimal sekali sehari. Biasanya ibu merasa takut pada kemungkinan jahitan akan lepas, juga merasa sakit sehingga perineum

tidak di bersihkan atau di cuci. Ibu di beri tahu caranya mengganti pembalut yaitu bagian dalamnya jangan sampai terkontaminasi oleh tangan. Pembalut yang sudah kotor harus diganti paling sedikit 4 kali dalam sehari (Mochtar, 2015)

2) Perawatan payudara

- a) Menjaga payudara tetap bersih dan kering terutama putting susu dengan menggunakan BH yang menyongkong payudara
- b) Apabila putting susu lecet oleskan colostrum atau ASI yang keluar pada sekitar putting susu setiap selesai menyusui. Menyusui tetap di lakukan di mulai dari putting yang tidak lecet.
- c) Apabila lecet sangat berat dapat diistirahatkan selama 24 jam, ASI di keluarkan dan di minumkan dengan mnenggunakan sendok.
- d) Untuk menghilangkan nyeri ibu dapat di berikan paracetamol 1 tablet setiap 4- 6 jam. Istirahat Anjurkan ibu untuk :
 - (1)Istirahat cukup untuk mengurangi kecelakaan
 - (2)Tidur siang atau istirahat saat bayi tidur
 - (3)Kembali ke kegiatan rumah tangga secara perlahan – lahan
 - (4)Menggatur kegiatan rumahnya sehingga dapat menyediakan waktu untuk istirahat pada siang kira-kira 2jam dm malam 7-8 jam. Kurang isirahat pada ibu nifas mengakibatkan :
Menggurangi jumlah ASI 2) Memperlambat involusi, yang akhirnya bisa menyebabkan perdarahan dan depresi (Marisah, 2011).

e. Seksual

Apabila perdarahan sudah berhenti dan episiotomy sudah sembuh maka coitus bisa dilakukan pada 3-4 minggu post-partum. Ada juga yang berpendapat bahwa coitus dapat dilakukan setelah masa nifas berdasarkan teori bahwa saat itu bekas luka plasenta baru sembuh (proses penyembuhan luka post-partum sampai dengan 6 minggu). Secara fisik aman untuk melakukan hubungan suami istri begitu darah merah berhenti dan ibu dapat memasukkan kedua jarinya

kedalam vagina tanpa rasa nyeri, aman untuk melakukan hubungan suami istri (coitus).

f. Senam nifas

Senam nifas adalah senam yang di lakukan sejak hari pertama melahirkan setiap hari sampai hari ke sepuluh, terdiri dari sederetan gerakan tubuh yang di lakukan untuk mempercepat pemulihan keadaan ibu. Tujuan di lakukannya senam nifas pada ibu setelah melahirkan :

- 1) Mengurangi rasa sakit pada otot-otot dan memperbaiki perdarahan
- 2) Menggencangkan otot-otot perut dan perineum
- 3) Melancarkan pengeluaran lochea dan mempercepat involusi
- 4) Menghindarkan kelainan, misalnya : emboli, thrombosis, dll
- 5) Untuk mempercepat penyembuhan, mencegah komplikasi dan meningkatkan otot-otot punggung, pelvis dan abdomen
- 6) Kegel exercise : untuk membantu penyembuhan luka perineum
- 7) Meredakan hemoroid dan varikosis vulva
- 8) Meningankan perasaan bahwa “segala sudah berantakan”
- 9) Membangkitkan kembali pengendalian atas otot-otot spinkter.
- 10) Memperbaiki respon seksual Manfaat senam nifas antara lain :
 - a) Senam nifas membantu memperbaiki sirkulasi darah
 - b) Senam nifas membantu memperbaiki sikap tubuh dan punggung setelah melahirkan
 - c) Memperbaiki otot tonus
 - d) Memperbaiki pelvis dan peregangan otot abdomen
 - e) Memperbaiki juga memperkuat otot panggul
 - f) Membantu ibu untuk lebih rileks dan segar pasca melahirkan

g. Keluarga berencana

Idealnya setelah melahirkan boleh hamil lagi setelah dua tahun. Pada dasarnya ibu tidak mengalami ovulasi selama menyusui eksklusif atau penuh enam bulan dan ibu belum mendapatkan haid (metode

amenorhe laktasi). Meskipun setiap metode kontrasepsi beresiko, tetapi menggunakan kontrasepsi jauh lebih aman (Sulisetyawati, 2018)

h. Pemberian ASI

Hal – hal yang perlu diberitahukan mengenai pemberian ASI, yaitu

:

- 1) Menyusui segera setelah lahir minimal 30 menit bayi telah disusukan
- 2) Ajarkan cara menyusui yang benar.
- 3) Memberikan ASI secara penuh 6 bulan tanpa makanan lain (ASI eksklusif)
- 4) Menyusui tanpa jadwal, sesuka bayi
- 5) Di luar menyusui jangan memberikan dot / kempeng pada bayi, tapi berikan asi dengan sendok
- 6) Penyapihan bertahap meningkatkan frekuensi makanan dan menurunkan frekuensi pemberian ASI.

5. Komplikasi Pada Masa Nifas

Menurut Setyo Retno Wulanjani, 201, Mengatakan bahwa komplikasi masa nifas adalah sebagai berikut :

a. Pendarahan Pervaginam

Pendarahan pervaginam yang melebihi 300 ml setelah bersalin didefinisikan sebagai pendarahan pasca persalinan.

Terdapat beberapa masalah mengenai definisi ini :

- 1) Perkiraan kehilangan darah biasanya tidak yang sebenarnya, kadang-kadang hanya setengah dari biasanya. Darah juga tersebar pada spon, handuk dan kain didalam ember dan lantai.
- 2) Volume darah yang hilang juga bervariasi akibatnya sesuai dengan kadar hemoglobin ibu. Seorang ibu dengan kadar HB normal akan berakibat fatal pada anemia. Seseorang ibu yang sehat dan tidak anemia pun dapat mengalami akibat fatal dari kehilangan darah.
- 3) Pendarahan dapat terjadi dengan lambat untuk jangka waktu beberapa jam dan kondisi ini dapat tidak dikenali sampai terjadi syok. Penilaian resiko pada saat antenatal tidak dapat memperkirakan akan terjadinya pendarahan pasca persalinan.

4) Penanganan aktif kala III sebaiknya dilakukan pada semua wanita yang bersalin karena hal ini dapat menurunkan insiden perdarahan pasca persalinan 70 akibat atonia uteri. Semua ibu pasca bersalin fase persalinan.

b. Infeksi Masa Nifas

Infeksi nifas adalah keadaan yang mencakup semua peradangan alat-alat genitalia dalam masa nifas. Masuknya kuman dapat terjadi dalam kehamilan, waktu persalinan, dan nifas. Demam nifas adalah demam dalam masa nifas oleh sebab apa pun. Mordibitas puerpuralis adalah kenaikan suhu badan sampai 38°C atau lebih selama 2 hari dalam 10 hari pertama post-partum, kecuali pada hari pertama. Suhu diukur 4 kali secara oral. Infeksi terjadi pada vulva, vagina, dan serviks.

c. Endometritis

Endometritis adalah infeksi yang terjadi pada endometrium. Jenis infeksi ini biasanya yang paling sering terjadi. Kuman-kuman yang masuk endometrium. Biasanya pada luka bekas implantasi plasenta dan dalam waktu singkat.

d. Septicemia dan Pyemia

Ini merupakan infeksi umum yang disebabkan oleh kuman-kuman yang sangat pathogen. Infeksi ini sangat berbahaya dan tergolong 50% penyebab kematian karena infeksi.

e. Peritonitis

Peritonitis (radang selaput rongga perut) adalah peradangan yang disebabkan oleh infeksi pada selaput rongga perut (peritoneum). Infeksi nifas dapat menyebar melalui pembuluh darah di dalam uterus, langsung mencapai peritoneum dan menyebabkan peritonitis atau melalui jaringan di antara kedua lembar lagamentum latum yang menyebabkan parametritis. Peritonitis yang tidak menjadi peritonitis umum hanya terbatas pada daerah pelvis.

f. Parametritis

Parametritis merupakan peradangan pada parametrium. Parametrium merupakan lapisan terluar yang melapisi uterus. Parametritis juga mempunyai nama lain yaitu selulitis pelvika.

g. Thrombophlebitis

Thrombophlebitis merupakan kelainan pada masa nifas yaitu masa setelah melahirkan di mana terjadi sumbatan pembuluh darah yang disebabkan oleh adanya darah yang membeku.

h. Luka perineum

Perlukaan perineum pada umumnya terjadi unilateral, namun dapat juga bilateral. Perlukaan pada diafragma urogenitalis dan muskulu levator ani, yang terjadi pada waktu persalinan normal atau persalinan dengan alat, dapat terjadi tanpa luka pada kulit perineum atau pada vagina, sehingga tidak kelihatan dari luar. Perlukaan demikian dapat melemahkan dasar panggul, sehingga mudah terjadi prolaps genitalis.

6. Kebijakan Program Nasional Nifas

Seorang bidan pada saat memberikan asuhan kepada ibu dalam masa nifas, ada beberapa hal yang harus dilakukan, akan tetapi pemberian asuhan kebidanan pada ibu masa nifas tergantung dari kondisi ibu sesuai dengan masa perkembangannya antara lain dalam literatur Saifudin (2006):

a. Kunjungan ke-1 (6-8 jam setelah persalinan)

Mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri; mendeteksi dan merawat penyebab lain perdarahan: rujuk bila perdarahan berlanjut; memberikan konseling pada ibu atau salah satu anggota keluarga bagaimana mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri; pemberian ASI awal; melakukan hubungan antara ibu dan bayi baru lahir; menjaga bayi tetap sehat dengan cara 24 mencegah hipotermia; jika petugas kesehatan menolong persalinan, ia harus tinggal dengan ibu dan bayi baru lahir untuk 2 jam pertama setelah kelahiran, atau sampai ibu dan bayi dalam keadaan sehat.

b. Kunjungan ke-2 (6 hari setelah persalinan)

Memastikan involusi uterus berjalan normal: uterus berkontraksi, fundus di bawah umbilikus, tidak ada perubahan abnormal, tidak ada bau, menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi atau makanan, cairan, dan istirahat; memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak memperlihatkan tanda-tanda penyulit; memberikan konseling pada ibu mengenai asuhan pada bayi, tali pusat, menjaga bayi tetap hangat dan merawat bayi sehari-hari.

c. Kunjungan ke-3 (2 minggu setelah persalinan), sama seperti diatas.

d. Kunjungan ke-4 (6 minggu setelah persalinan), menanyakan pada ibu tentang penyuli-penyulit yang ia atau bayi alami; memberikan konseling untuk KB secara dini.

D. BAYI BARU LAHIR

1. Pengertian Bayi Baru Lahir

Bayi baru lahir (neonatus) adalah bayi yang berusia 0-28 hari (Kementerian Kesehatan RI, 2010). Bayi baru lahir adalah bayi berusia satu jam yang lahir pada usia kehamilan 37-42 minggudan berat badannya 2.500-4000 gram (Dewi, 2010). Bayi baru lahir atau neonatus adalah masa kehidupan (0-28 hari), dimana terjadi perubahan yang sangat besar dari kehidupan di dalam rahim menuju luar rahim dan terjadi pematangan organ hampir pada semua sistem. Bayi hingga umur kurang satu bulan merupakan golongan umur yang memiliki risiko gangguan kesehatan paling tinggi dan berbagai masalah kesehatan bisa muncul, sehingga tanpa penanganan yang tepat bisa berakibat fatal (Kemenkes RI, 2020).

Periode ini merupakan periode yang sangat rentan terhadap suatu infeksi sehingga menimbulkan suatu penyakit. Periode ini juga masih membutuhkan penyempurnaan dalam penyesuaian tubuhnya secara fisiologis untuk dapat hidup di luar kandungan seperti sistem pernapasan, sirkulasi, termoregulasi dan kemampuan menghasilkan glukosa (Juwita & Priskusanti, 2020). Bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir dalam

presentasi belakang kepala melalui vagina tanpa memakai alat (Jamil et al., 2017). Kriteria bayi normal adalah lahir dengan umur kehamilan genap 37 minggu sampai 42 minggu, dengan berat badan lahir 2500–4000 gram, panjang badan: 48–52 cm, lingkaran dada: 30– 38 cm, nilai Apgar 7–10 dan tanpa cacat bawaan (Ribek et al., 2018). Lingkaran kepala bayi baru lahir yang normal adalah 34–35 cm, dimana ukuran lingkaran kepala mempunyai hubungan dengan perkembangan bayi yaitu pertumbuhan lingkaran kepala umumnya mengikuti pertumbuhan otak, sehingga bila ada hambatan/gangguan pada pertumbuhan lingkaran kepala, pertumbuhan otak juga biasanya terhambat (Ribek et al., 2013)

2. Klasifikasi bayi baru lahir

Neonatus dikelompokkan menjadi dua kelompok (Juwita & Priskusanti, 2020), yaitu:

a. Neonatus menurut masa gestasinya Masa gestasi atau dapat disebut dengan umur kehamilan merupakan waktu dari konsepsi yang dihitung dari ibu hari pertama haid terakhir (HPHT) pada ibu sampai dengan bayi lahir (Novieastari et al., 2020).

1) Bayi kurang bulan: bayi yang lahir 294 hari (>42 minggu).

2) Bayi cukup bulan: bayi yang lahir antara 259–293 hari (37 minggu–42 minggu).

3) Bayi lebih bulan: bayi yang lahir >294 hari (>42 minggu).

b. Neonatus menurut berat badan saat lahir , Bayi lahir ditimbang berat badannya dalam satu jam pertama jika bayi lahir di fasilitas kesehatan dan jika bayi lahir di rumah maka penimbangannya dilakukan dalam waktu 24 jam pertama setelah kelahiran (Novieastari et al., 2020).

1) Bayi berat badan lahir rendah: bayi yang lahir dengan berat badan <2,5 kg

2) Bayi berat badan lahir cukup: bayi yang lahir dengan berat badan antara 2,5 kg–4 kg.

3) Bayi berat badan lahir lebih: bayi yang lahir dengan berat badan >4 kg

3. Lingkup Neonatus Normal

Menurut Depkes RI (2014), asuhan segera, aman dan bersih untuk bayi baru lahir ialah:

a. Pencegahan infeksi

Bayi baru lahir sangat rentan terhadap infeksi yang disebabkan oleh paparan atau kontaminasi mikroorganisme selama proses persalinan berlangsung maupun beberapa saat setelah lahir. Sebelum menangani bayi baru lahir, pastikan penolong persalinan telah melakukan upaya pencegahan infeksi sebagai berikut:

- 1) Cuci tangan dengan seksama sebelum dan setelah bersentuhan dengan bayi.
- 2) Pakai sarung tangan bersih pada saat menangani bayi yang belum dimandikan.
- 3) Pastikan semua peralatan dan bahan yang digunakan bersih.
- 4) Pastikan semua pakaian, handuk, selimut kain yang digunakan untuk bayi, sudah dalam keadaan bersih.

b. Penilaian awal

Segera setelah lahir, letakkan bayi diatas kain bersih dan kering yang disiapkan pada perut ibu lakukan penilaian awal dengan menjawab 2 pertanyaan antara lain:

- 1) Apakah bayi menangis kuat dan atau bernafas tanpa kesulitan ?
- 2) Apakah bayi bergerak dengan aktif atau lemas?

Jika bayi bernafas atau bernafas megap-megap atau lemah maka segera lakukan tindakan resusitasi bayi baru lahir.

c. Pencegahan kehilangan panas.

Bayi baru lahir dapat kehilangan panas tubuhnya melalui cara berikut:

- 1) Evaporasi adalah jalan utama bayi kehilangan panas. Kehilangan panas dapat terjadi kerana adanya penguapan cairan ketuban pada permukaan tubuh oleh panas tubuh bayi sendiri. Ini dikarenakan setelah lahir tubuh bayi tidak segera dikeringkan dan diselimuti.

- 2) Konduksi adalah kehilangan panas tubuh melalui kontak langsung antara tubuh bayi dengan permukaan yang dingin.
 - 3) Konveksi adalah kehilangan panas tubuh yang terjadi saat bayi terpapar udara sekitar yang lebih dingin. Bayi yang dilahirkan atau ditempatkan didalam ruangan yang dingin akan cepat mengalami kehilangan panas.
 - 4) Radiasi adalah kehilangan panas yang terjadi karena bayi berada didekat benda-benda yang mempunyai suhu tubuh lebih rendah dan suhu tubuh bayi. Bayi bisa kehilangan panas dengan cara ini karena benda- benda tersebut menyerap radiasi panas tubuh bayi. Cara mencegah kehilangan panas melalui upaya sebagai berikut:
 - a) Keringkan tubuh bayi tanpa membersihkan verniks
 - b) Letakkan bayi agar terjadi kontak kulit ibu ke kulit bayi
 - c) Selimuti ibu dan bayi dan pakaikan topi dikepala bayi
 - d) Jangan segera menimbang atau memandikan bayi baru lahir
 - e) Tempatkan bayi di lingkungan yang hangat
- d. Pemotongan dan perawatan tali pusat

Setelah penilaian sepiantas dan tidak ada tanda asfiksia pada bayi, dilakukan manajemen bayi baru lahir normal dengan mengeringkan bayi mulai dari muka, kepala, dan bagian tubuh lainnya kecuali bagian tangan tanpa membersihkan verniks, kemudian bayi diletakkan di atas dada atau perut ibu. Setelah pemberian oksitosin pada ibu, lakukan pemotongan tali pusat dengan satu tangan melindungi perut bayi. Perawatan tali pusat adalah dengan tidak membungkus tali pusat atau mengoleskan cairan/bahan apa pun pada tali pusat (Kementerian Kesehatan RI, 2013).

Perawatan rutin untuk tali pusat adalah selalu cuci tangan sebelum memegangnya, menjaga tali pusat tetap kering dan terpapar udara, membersihkan dengan air, menghindari dengan alkohol karena menghambat pelepasan tali pusat, dan melipat popok di bawah umbilikus (Lissauer, 2013)

e. Inisiasi Menyusu Dini (IMD)

Setelah bayi lahir dan tali pusat dipotong, segera letakkan bayi tengkurap di dada ibu, kulit bayi kontak dengan kulit ibu untuk melaksanakan proses IMD selama 1 jam. Biarkan bayi mencari, menemukan puting, dan mulai menyusu. Sebagian besar bayi akan berhasil melakukan IMD dalam waktu 60-90 menit, menyusu pertama biasanya berlangsung pada menit ke- 45-60 dan berlangsung selama 10-20 menit dan bayi cukup menyusu dari satu payudara (Kementerian Kesehatan RI, 2013).

Jika bayi belum menemukan puting ibu dalam waktu 1 jam, posisikan bayi lebih dekat dengan puting ibu dan biarkan kontak kulit dengan kulit selama 30- 60 menit berikutnya. Jika bayi masih belum melakukan IMD dalam waktu 2 jam, lanjutkan asuhan perawatan neonatal esensial lainnya (menimbang, pemberian vitamin K, salep mata, serta pemberian gelang pengenalan) kemudian dikembalikan lagi kepada ibu untuk belajar menyusu (Kementerian Kesehatan RI, 2013).

f. Pencegahan kehilangan panas

Melalui tunda mandi selama 6 jam, kontak kulit bayi dan ibu serta menyelimuti kepala dan tubuh bayi (Kementerian Kesehatan RI, 2013).

g. Pemberian salep mata/tetes mata

Pemberian salep atau tetes mata diberikan untuk pencegahan infeksi mata. Beri bayi salep atau tetes mata antibiotika profilaksis (tetrasiklin 1%, oxytetrasiklin 1% atau antibiotika lain). Pemberian salep atau tetes mata harus tepat 1 jam setelah kelahiran. Upaya pencegahan infeksi mata tidak efektif jika diberikan lebih dari 1 jam setelah kelahiran (Kementerian Kesehatan RI, 2013).

h. Pencegahan perdarahan

Melalui penyuntikan vitamin K1 dosis tunggal di paha kiri Semua bayi baru lahir harus diberi penyuntikan vitamin K1 (Phytomenadione) 1 mg intramuskuler di paha kiri, untuk mencegah perdarahan BBL akibat defisiensi vitamin yang dapat dialami oleh sebagian bayi baru lahir

(Kementerian Kesehatan RI, 2010). Pemberian vitamin K sebagai profilaksis melawan hemorrhagic disease of the newborn dapat 76 diberikan dalam suntikan yang memberikan pencegahan lebih terpercaya, atau secara oral yang membutuhkan beberapa dosis untuk mengatasi absorpsi yang bervariasi dan proteksi yang kurang pasti pada bayi (Lissauer, 2013). Vitamin K dapat diberikan dalam waktu 6 jam setelah lahir (Lowry, 2014).

i. Pemberian imunisasi Hepatitis B (HB 0) dosis tunggal di paha kanan

Imunisasi Hepatitis B diberikan 1-2 jam di paha kanan setelah penyuntikan vitamin K1 yang bertujuan untuk mencegah penularan Hepatitis B melalui jalur ibu ke bayi yang dapat menimbulkan kerusakan hati (Kementerian Kesehatan RI, 2010).

j. Pemeriksaan Bayi Baru Lahir (BBL)

Pemeriksaan BBL bertujuan untuk mengetahui sedinimungkin kelainan pada bayi. Bayi yang lahir di fasilitas kesehatan dianjurkan tetap berada di fasilitas tersebut selama 24 jam karena risiko terbesar kematian BBL terjadi pada 24 jam pertama kehidupan. Saat kunjungan tindak lanjut (KN) yaitu 1 kali pada umur 1- 3 hari, 1 kali pada umur 4-7 hari dan 1 kali pada umur 8-28 hari (Kementerian Kesehatan RI, 2010).

k. Pemberian ASI eksklusif

ASI eksklusif adalah pemberian ASI tanpa makanan dan minuman tambahan lain pada bayi berusia 0-6 bulan dan jika memungkinkan dilanjutkan dengan pemberian ASI dan makanan pendamping sampai usia 2 tahun. Pemberian ASI eksklusif mempunyai dasar hukum yang diatur dalam SK Menkes Nomor 450/Menkes/SK/IV/2004 tentang pemberian ASI Eksklusif pada bayi 0-6 bulan. Setiap bayi mempunyai hak untuk dipenuhi kebutuhan dasarnya seperti Inisiasi Menyusu Dini (IMD), ASI Eksklusif, dan imunisasi serta pengamanan dan perlindungan bayi baru lahir dari upaya penculikan dan perdagangan bayi.

4. Tanda – tanda bahaya bayi baru lahir (BBL) dan Neonatus

Beberapa tanda bahaya pada bayi baru lahir harus diwaspadai, dideteksi lebih dini untuk segera dilakukan penanganan agar tidak mengancam nyawa bayi. Menurut Dewi (2012), beberapa tanda bahaya pada bayi baru lahir tersebut, antara lain:

- a. Pernafasan sulit atau lebih dari 60 kali permenit.
- b. Retraksi dada saat inspirasi.
- c. Suhu terlalu panas lebih dari 38 derajat selsius, terlalu dingin atau kurang dari 36 derajat selsius.
- d. Warna abnormal yaitu kulit atau bibir biru atau pucat, memar atau sangat kuning (terutama pada 24 jam pertama)
- e. Gangguan pada gastrointestinal bayi seperti: mekonium tidak keluar setelah 3 hari pertama kelahiran, urine tidak keluar dalam 24 jam pertama, muntah terus-menerus, distensi abdomen, feses hijau atau berlendir atau berdarah.
- f. Bayi menggigil lemas, mengantuk, lunglai, kejang-kejang halus, tidak tenang, menangis terus-menerus, mata bengkak dan mengeluarkan cairan.

5. Pelayanan Kesehatan Neonatus

Menurut pedoman Kemenkes RI (2010), pelayanan kesehatan neonatus adalah pelayanan kesehatan sesuai standar yang diberikan oleh tenaga kesehatan yang kompeten kepada neonatus sedikitnya 3 kali, selama periode 0 sampai dengan 28 hari setelah lahir, baik di fasilitas kesehatan maupun melalui kunjungan rumah

- a. Kunjungan neonatal ke-1 (KN 1) dilakukan pada kurun waktu 6-48 jam setelah lahir.
- b. Kunjungan neonatal ke-2 (KN 2) dilakukan pada kurun waktu hari ke 3 sampai dengan hari ke 7 setelah lahir.
- c. Kunjungan neonatal ke-3 (KN 3) dilakukan pada kurun waktu hari ke 8 sampai dengan hari ke 28 hari setelah lahir.
 - 1) Kunjungan Neonatal hari ke 1 (KN 1)

- a) Untuk bayi yang lahir di fasilitas kesehatan pelayanan dapat dilakukan sebelum bayi pulang dari fasilitas kesehatan (lebih dari 24 jam).
- b) Untuk bayi yang lahir dirumah, bila bidan meninggalkan bayi sebelum 24 jam, maka pelayanan dilaksanakan pada 6-24 jam setelah lahir.

Hal-hal yang dilaksanakan:

(1)Jaga kehangatan tubuh bayi.

(2)Berikan air susu ibu (ASI) eksklusif, Cegah infeksi dan perawatan tali pusat

2) Kunjungan neonatal hari ke 2-6

Pada hari 2-6 setelah lahir, ada hal yang perlu diperhatikan dalam asuhan pada bayi, yaitu sebagai berikut:

a) Minum

Pastikan bayi diberi minum sesegera mungkin setelah lahir (dalam waktu 30 menit) atau dalam 3 jam setelah masuk rumah sakit, kecuali apabila pemberian minum harus ditunda karena masalah tertentu.

Air susu ibu (ASI) merupakan makanan yang terbaik bagi bayi. Air susu ibu (ASI) diketahui mengandung zat gizi yang paling sesuai untuk pertumbuhan dan perkembangan bayi, baik kualitas maupun kuantitasnya. Berikan air susu ibu (ASI) sesering mungkin sesuai dengan keinginan ibu (jika payudara sudah penuh) yaitu setiiah 2-3 jam (paling sedikit setiap 4 jam), bergantian antara payudara kiri dan kanan.

Anjurkan ibu memberikan air susu ibu (ASI) eksklusif. Berikan air susu ibu (ASI) saja (ASI eksklusif) sampai bayi berusia 6 bulan. Selanjutnya pemberian air susu ibu (ASI) diberikan hingga anak berusia 2 tahun, dengan penambahan makanan lunak atau padat yang disebut makanan pendamping ASI (MP-ASI). Banyak sekali keuntungan yang diperoleh dari air susu ibu (ASI).

b) Buang Air Besar (BAB)

Kotoran yang dikeluarkan bayi baru lahir pada hari pertama kehidupannya adalah berupa mekoneum. Warna mekoneum adalah hijau kehitaman, terdiri atas: mukus, sel epitel, cairan amnion yang tertelan, asa lemak dan pigmen empedu. Mekoneum dikeluarkan seluruhnya 2-3 hari setelah lahir. Pada hari 4-5 warna feses bayi berubah menjadi kuning.

Frekuensi buang air besar (BAB) bayi sedikitnya sekali dalam sehari. Pemberian air susu ibu (ASI) cenderung membuat frekuensi buang air besar (BAB) bayi lebih sering. Pada hari ke 4-5 produksi air susu ibu (ASI) sudah banyak maka bayi akan air susu ibu (BAB) 5 kali atau lebih dalam sehari. Tapi saat bayi berumur 3-4 minggu frekuensi berkurang menjadi satu kali dalam sehari. Sedangkan bayi yang diberikan susu formula akan lebih sering BAB, tetapi lebih cenderung mengalami konstipasi.

c) Buang Air Kecil (BAK)

Bayi baru lahir harus sudah buang air kecil (BAK) dalam waktu 24 jam setelah lahir. Hari selanjutnya bayi akan buang air kecil (BAK) sebanyak 6-8 kali atau hari. Pada awalnya volume urine bayi sebanyak 20-30 ml/hari, meningkat menjadi 100-200 ml/hari. Pada akhir minggu pertama. Warna urine keruh atau merah muda dan berangsur-angsur jernih karena intake cairan meningkat.

d) Tidur

Memasuki bulan pertama kehidupan, bayi baru lahir hanya menghabiskan waktunya untuk tidur. Macam tidur bayi adalah tidur aktif atau tidur ringan atau tidur lelap. Pada siang hari hanya 15% waktu digunakan bayi dalam keadaan terjaga, yaitu untuk menangis, gerakan motorik, sadar dan mengantuk. Sisa waktu yang 85% lainnya digunakan bayi untuk tidur.

E. Keluarga Berencana

1. Pengertian Akseptor

Peserta KB (akseptor) adalah pasangan usia subur (PUS) dimana salah seorang menggunakan salah satu cara atau alat kontrasepsi untuk tujuan mencegah kehamilan, baik melalui program maupun non program. PUS adalah pasangan suami isteri yang masih berpotensi untuk mempunyai keturunan atau biasanya ditandai dengan belum datangnya masa menopause (berhenti menstruasi bagi isteri) (BKKBN, 2016).

2. Pengertian Kontrasepsi

Keluarga berencana adalah usaha untuk mengukur jumlah dan jarak anak yang diinginkan. Agar dapat mencapai hal tersebut, maka dibuatlah beberapa cara atau alternative untuk mencegah ataupun menunda kehamilan. Cara-cara tersebut termasuk kontrasepsi atau pencegahan kehamilan dan perencanaan keluarga (Erni., dkk, 2022).

Selain definisi tersebut masih ada beberapa definisi lain tentang KB dalam buku Pelayanan Keluarga Berencana karangan (Slistyawati, 2016) yaitu:

- a. Menurut undang-undang No. 10/ 1992 KB adalah upaya peningkatan kepedulian dalam mewujudkan keluarga kecil yang bahagia sejahtera.
- b. Menurut WHO KB adalah tindakan yang membantu individu atau pasutri untuk mendapatkan obyektif-obyektif tertentu, menghindari kehamilan yang tidak diinginkan, mendapatkan kelahiran yang diinginkan, mengatur interval diantara kehamilan, dan menentukan jumlah anak dalam keluarga

3. Tujuan Menggunakan Alat Kontrasepsi

Dari buku (Erni., dkk, 2022), tujuan dari penggunaan alat kontrasepsi yaitu:

- a. Menunda
- b. Menjarakkan
- c. Mengakhiri

4. Macam – Macam Kontrasepsi

Menurut Mulyani (2013) ada beberapa macam metode kontrasepsi yaitu:

- a. Metode Keluarga Berencana Alamiah (KBA)
- b. Metode kalender
- c. Metode suhu basal
- d. Metode senggama terputus
- e. Metode barrier
 - 1) Diafragma
 - 2) Spermisida
- f. Kondom
- g. Kontrasepsi pil
 - 1) Mini pil (Progesteron).
 - 2) Pil kombinasi (progesteron dan estrogen)
- h. Kondom
- i. Kontrasepsi Suntik
 - 1) Suntik kombinasi (suntik satu bulan)
 - 2) Suntik tri bulan atau progestin
- j. Kontrasepsi Intra Uterine Device (IUD)
- k. Kontrasepsi Implant (mengandung hormon progesteron)
- l. Kontrasepsi mantap
 - 1) Tubektomi (MOW)
 - 2) Vasektomi (MOP)

5. Kontrasepsi Suntik Tiga Bulan

a. Pengertian

Kontrasepsi adalah pencegahan terbuahnya sel telur oleh sel sperma (konsepsi) atau pencegahan menempelnya sel telur yang telah dibuahi ke dinding rahim (Irianto, 2014). Kontrasepsi hormonal adalah alat bantu atau obat kontrasepsi yang bertujuan untuk mencegah terjadinya konsepsi sebagai akibat pertemuan antara sel telur yang matang dengan sel sperma dengan menggunakan alat atau obat-obatan

dimana bahan bakunya mengandung preparat estrogen dan progesterone (Marmi, 2016). Tersedia jenis Kontrasepsi suntikan yang hanya mengandung progestin yaitu Depoprovera mengandung 150 Mili Gram (mg) Depo Medroxy Progesterone Asetat (DMPA), yang diberikan setiap tiga bulan dengan cara disuntikan intramuscular (Marmi, 2016).

b. Mekanisme Kerja Kontrasepsi Suntik

1) Primer : Mencegah ovulasi

Kadar Follicle Stimulating Hormone (FSH) dan Luteinizing Hormon (LH) menurun dan tidak terjadi sentakan Luteinizing Hormon (LH surge). Respon kelenjar hypophyse terhadap gonadotropin releaseing hormone eksogenous tidak berubah, sehingga memberi kesan proses terjadi di hipotalamus daripada di kelenjar hypophyse. Ini berbeda dengan Pil Oral Kombinasi (POK), yang tampaknya menghambat ovulasi melalui efek langsung pada kelenjar hypophyse. Penggunaan kontrasepsi suntikan tidak menyebabkan keadaan hopi-estrogenik (Prawirohardjo, 2011). Pada pemakaian Depo Medroxy Progesterone Asetat (DMPA), endometrium menjadi dangkal dan atrofis dengan kelenjar-kelenjar yang tidak aktif. Sering stroma menjadi oedematous. Dengan pemakaian jangka lama, endometrium dapat menjadi sedemikian sedikitnya, sehingga tidak didapatkan atau hanya didapatkan sedikit sekali jaringan bisa dilakukan biopsi. Tetapi perubahan-perubahan tersebut akan kembali menjadi normal dalam waktu 90 hari setelah suntikan Depo Medroxy Progesterone Asetat (DMPA) yang terakhir (Prawirohardjo, 2011).

2) Sekunder

Mekanisme kerja KB suntik progestin meliputi :

1. Lendir servik menjadi kental dan sedikit, sehingga merupakan barrier terhadap spermatozoa.
2. Membuat endometrium menjadi kurang baik/layak untuk implantasi ovum yang telah dibuahi.
3. Mungkin mempengaruhi kecepatan transport ovum didalam tuba fallopi (Prawirohardjo, 2011).

c. Efektivitas

Kontrasepsi suntik progestin memiliki efektivitas tinggi yaitu 0,3 kehamilan per 100 perempuan per tahun, asalkan penyuntikannya dilakukan secara teratur sesuai jadwal yang telah ditentukan. Tingginya minat pemakaian alat kontrasepsi ini oleh karena murah, aman, sederhana, efektif dan dapat dipakai pada pasca persalinan (Marmi, 2016).

d. Keuntungan Kontrasepsi Suntik Progestin

Ada beberapa keuntungan dari penggunaan kontrasepsi suntik progestin diantaranya adalah :

- 1) Sangat efektif untuk pencegahan kehamilan jangka panjang.
- 2) Tidak berpengaruh pada hubungan suami istri, tidak mengandung estrogen sehingga tidak berdampak serius pada penyakit jantung dan gangguan pembekuan darah.
- 3) Tidak memiliki pengaruh terhadap Air Susu Ibu (ASI).
- 4) Klien tidak perlu menyimpan pil, dapat digunakan oleh perempuan >35 tahun sampai perimenopause.
- 5) Membantu mencegah kanker endometrium dan kehamilan ektopik, menurunkan kejadian penyakit jinak payudara.
- 6) Mencegah beberapa penyebab penyakit radang panggul, menurunkan krisis anemia bulan sabit (Marmi, 2016).

e. Kerugian Kontrasepsi Suntik Progestin

Ada beberapa kerugian dari penggunaan kontrasepsi suntik progestin diantaranya adalah :

- 1) Sering ditemukan gangguan haid.
- 2) Klien sangat bergantung pada tempat sarana pelayanan kesehatan.
- 3) Tidak dapat dihentikan sewaktu-waktu sebelum suntikan berikutnya.
- 4) Permasalahan kenaikan berat badan merupakan efek samping tersering.
- 5) Tidak menjamin perlindungan terhadap penularan infeksi menular seksual, hepatitis B maupun Human Immuno Deficiency Virus (HIV).
- 6) Terlambatnya kesuburan setelah penghentian pemakaian.

- 7) Terlambat kembalinya kesuburan bukan karena terjadinya kerusakan/kelainan pada organ melainkan karena belum habisnya pelepasan obat suntikan.
- 8) Terjadinya perubahan lipid serum pada penggunaan jangka panjang.
- 9) Pada penggunaan jangka panjang dapat menimbulkan kekeringan pada vagina, menurunkan libido, sakit kepala, nervositas dan jerawat (Marmi, 2016).

f. Yang boleh menggunakan KB suntik progestin

Yang boleh untuk menggunakan kontrasepsi suntik progestin adalah :

- 1) Usia reproduksi, setelah melahirkan.
- 2) Menghendaki kontrasepsi jangka panjang, menyusui dan membutuhkan kontrasepsi yang sesuai.
- 3) Menggunakan obat untuk epilepsi (Fenitoin dan Barbiurat) atau obat tuberkolosis (Rifampisin), setelah abortus atau keguguran.
- 4) Tekanan darah >180/110 mmHg, dengan masalah pembekuan darah atau anemia bulan sabit.
- 5) Mendekati usia menopause yang tidak mau atau tidak boleh menggunakan pil kontrasepsi kombinasi.
- 6) Sering lupa menggunakan pil kontrasepsi, tidak dapat menggunakan kontrasepsi estrogen (Marmi, 2016).

g. Yang tidak boleh menggunakan KB suntik progestin

Yang tidak boleh untuk menggunakan kontrasepsi suntik progestin adalah :

- 1) Hamil atau dicurigai hamil.
- 2) Perdarahan pervaginam yang belum jelas penyebabnya.
- 3) Menderita kanker payudara atau riwayat kanker payudara dan diabetes dengan komplikasi.

h. Efek samping KB suntik progestin

Efek samping yang paling sering terjadi dari penggunaan kontrasepsi suntik adalah gangguan haid seperti amenorrhea, spotting dan metrorrhagia. Pola haid yang normal dapat menjadi amenorrhea,

perdarahan tidak teratur, perdarahan bercak, perdarahan dalam frekuensi yang lama. Efek pada pola haid tergantung pada lama pemakaian (Marmi, 2016).

Pada akseptor KB suntik Depo Medroxy Progesterone Asetat (DMPA) dengan gangguan haid berupa amenorrhea disebabkan oleh progesterone dalam komponen Depo Medroxy Progesterone Asetat (DMPA) menekan Luteinizing Hormone (LH). Meningkatnya Depo Medroxy Progesterone Asetat (DMPA) dalam darah akan menghambat Luteinizing Hormone (LH), perkembangan folikel dan ovulasi selama beberapa bulan, selain itu Depo Medroxy Progesterone Asetat (DMPA) juga mempengaruhi penurunan Gonadotropin Releasing Hormone (GnRH) dari hipotalamus yang menyebabkan pelepasan Follicle Stimulating Hormone (FSH) dan Luteinizing Hormone (LH) dari hipofisis anterior berkurang. Penurunan Follicle Stimulating Hormone (FSH) akan menghambat perkembangan folikel sehingga tidak terjadinya ovulasi atau pembuahan. Pada pemakaian Depo Medroxy Progesterone Asetat (DMPA) menyebabkan endometrium menjadi dangkal dan atrofis dengan kelenjar-kelenjar yang tidak aktif sehingga membuat endometrium menjadi kurang baik atau layak untuk implantasi dari ovum yang telah dibuahi (Hartanto, 2010).

Efek samping yang paling umum dari penggunaan KB suntik mulai dari tidak haid selama beberapa bulan hingga terjadi perdarahan hebat, hal ini terjadi karena perubahan hormon setelah dilakukan suntik KB. Sekitar 50 persen wanita akan berhenti mengalami menstruasi sebagai dampak dari suntik KB. Periode menstruasi akan kembali saat tidak lagi menggunakan suntik KB ini. Bagi para wanita yang berhenti mengalami haid biasanya akan mengalami perdarahan hanya dengan bercak-bercak yang keluar secara tiba-tiba. Efek perubahan ini adalah efek yang wajar, bukan sesuatu yang berbahaya (Setiaji, 2018).

i. Waktu mulai menggunakan KB suntik Progestin

Waktu penggunaan kontrasepsi suntik progestin adalah :

- a. Setiap saat selama siklus haid selama akseptor tidak haid.
- b. Mulai hari pertama sampai ke-7 siklus haid.
- c. Pada ibu yang tidak haid, suntikan pertama dapat diberikan setiap saat, asalkan ibu tidak hamil. Selama tujuh hari setelah suntikan tidak boleh berhubungan seksual.
- d. Ibu yang menggunakan kontrasepsi hormonal lain dan ingin mengganti dengan kontrasepsi suntikan. Bila ibu tidak hamil, suntikan pertama dapat segera diberikan atau tidak perlu menunggu sampai haid berikutnya datang.

F. Standar Asuhan Kebidanan Dan Dasar Hukum Wewenang Bidan

Standar pelayanan Kebidanan digunakan untuk menentukan kompetensi yang diperlukan bidan dalam menjalankan praktik sehari-hari. Standar Pelayanan Kebidanan juga dapat digunakan untuk menilai mutu pelayanan, menyusun rencana diklat bidan, dan pengembangan kurikulum bidan (Kemenkes, 2014).

Standar 3 : Identifikasi ibu hamil

Bidan melakukan kunjungan rumah dengan berinteraksi dengan masyarakat secara berkala untuk memberikan penyuluhan dan memotivasi ibu, suami dan anggota keluarganya agar mendorong ibu untuk memeriksakan kehamilannya sejak dini dan secara teratur (Syafudin, Hamidah, 2017).

Standar 4 : Pemeriksaan dan pemantauan antenatal

Bidan memberikan sedikitnya 4 kali pelayanan antenatal. Pemeriksaan meliputi anamnesa dan pemantauan ibu dan janin dengan seksama untuk menilai apakah perkembangan berlangsung normal. Bidan juga harus mengenal kehamilan resti/kelainan, khususnya anemia, kurang gizi, hipertensi, PMS/ infeksi HIV, memberikan pelayanan imunisasi , nasehat dan penyuluhan kesehatan serta tugas terkait lainnya yang diberikan oleh puskesmas. Mereka harus mencatat data yang tepat pada setiap kunjungan. Bila ditemukan kelainan, mereka harus

mampu mengambil tindakan yang diperlukan dan merujuknya untuk tindakan selanjutnya (Syafrudin, Hamidah, 2017).

Standar 5 : Palpasi Abdominal

Bidan melakukan pemeriksaan abdominal secara seksama dan melakukan palpasi untuk memperkirakan usia kehamilan, serta bila umur kehamilan bertambah, memeriksa posisi, bagian terendah janin dan masuknya kepala janin kedalam rongga panggul, untuk mencari kelainan serta melakukan rujukan tepat waktu (Syafrudin, Hamidah, 2017).

Standar 6 : Pengelolaan anemia pada kehamilan

Bidan melakukan tindakan pencegahan, penemuan, penanganan dan rujukan semua kasus anemia pada kehamilan sesuai dengan ketentuan yang berlaku (Syafrudin, Hamidah, 2017).

Standar 7 : Pengelolaan Dini Hipertensi pada Kehamilan

Bidan menemukan secara dini setiap kenaikan tekanan darah pada kehamilan dan mengenali tanda-tanda serta gejala preeklamsia, serta mengambil tindakan yang tepat dan merujuknya (Syafrudin, Hamidah, 2017).

Standar 8 : Persiapan persalinan

Bidan memberikan saran yang tepat kepada ibu hamil, suami serta keluarganya pada trimester ketiga, untuk memastikan bahwa persiapan persalinan yang bersih dan aman serta suasana yang menyenangkan akan direncanakan dengan baik, disamping persiapan transportasi dan biaya untuk merujuk, bila terjadi keadaan gawat darurat. Bidan hendaknya melakukan kunjungan rumah untuk hal ini (Syafrudin, Hamidah, 2017).

Berdasarkan undang-undang kebidanan Nomor 4 tahun 2019 tentang izin dan penyelenggaraan praktik bidan.

1. Pasal 46

Dalam menyelenggarakan Praktik Kebidanan, Bidan memiliki tugas dan wewenang dalam memberikan pelayanan yang meliputi:

- a. Pelayanan kesehatan ibu, Pelayanan kesehatan anak, pelayanan kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana.
- b. pelaksanaan tugas berdasarkan pelimpahan wewenang, pelaksanaan tugas

dalam keadaan keterbatasan tertentu.

- c. Tugas Bidan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat dilaksanakan secara bersama atau sendiri, pelaksanaan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan secara bertanggung jawab dan akuntabel.

2. Pasal 47

Dalam menyelenggarakan Praktik Kebidanan, Bidan dapat berperan sebagai:

- a. pemberi Pelayanan Kebidanan, pengelola Pelayanan Kebidanan, penyuluh dan konselor.
- b. pendidik, pembimbing, dan fasilitator klinik, penggerak peran serta masyarakat dan pemberdayaan perempuan, peneliti.
- c. Peran Bidan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

3. Pasal 49

Dalam menjalankan tugas memberikan pelayanan kesehatan ibu sebagaimana dimaksud dalam Pasal 46 ayat (1) huruf a, Bidan berwenang:

- a. Memberikan Asuhan Kebidanan pada masa sebelum hamil.
- b. Memberikan Asuhan Kebidanan Pada Masa Kehamilan Normal.
- c. Memberikan Asuhan Kebidanan Pada Masa Persalinan Dan Menolong Persalinan Normal.
- d. Memberikan Asuhan Kebidanan Pada Masa Nifas.
- e. Melakukan Pertolongan Pertama Kegawatdaruratan Ibu Hamil, Bersalin, Nifas, Dan Rujukan.
- f. Melakukan Deteksi Dini Kasus Risiko Dan Komplikasi Pada Masa Kehamilan, Masa Persalinan, Pascapersalinan, Masa Nifas, Serta Asuhan Pasca keguguran dan dilanjutkan dengan rujukan.

4. Pasal 61

Bidan dalam melaksanakan Praktik Kebidanan berkewajiban:

- a. Memberikan Pelayanan Kebidanan Sesuai Dengan Kompetensi, Kewenangan, Dan Mematuhi Kode Etik, Standar Profesi, Standar Pelayanan Profesi, Standar Prosedur Operasional.

- b. Memberikan Informasi Yang Benar, Jelas, Dan Lengkap Mengenai Tindakan Kebidanan Kepada Klien Dan/Atau Keluarganya Sesuai Kewenangannya
 - c. Memperoleh Persetujuan Dari Klien Atau Keluarganya Atas Tindakan Yang Akan Diberikan.
 - d. Merujuk Klien Yang Tidak Dapat Ditangani Ke Dokter Atau Fasilitas Pelayanan Kesehatan.
 - e. Mendokumentasikan Asuhan Kebidanan Sesuai Dengan Standar.
 - f. Menjaga Kerahasiaan Kesehatan Klien.
 - g. Menghormati Hak Klien.
 - h. Melaksanakan Tindakan Pelimpahan Wewenang Dari Dokter Sesuai Dengan Kompetensi Bidan.
 - i. Melaksanakan Penugasan Khusus Yang Ditetapkan Oleh Pemerintah Pusat.
 - j. Meningkatkan mutu Pelayanan Kebidanan.
 - k. Mempertahankan dan meningkatkan pengetahuan dan/atau keterampilannya melalui pendidikan dan/atau pelatihan.
 - l. Melakukan pertolongan gawat darurat. Peraturan menteri kesehatan republik indonesia nomor 37 tahun 2017 tentang pelayanan kesehatan tradisional integrasi
5. Pasal 1
- a. Asuhan kebidanan dilaksanakan dengan mengkombinasikan pelayanan kebidanan komplementer, serta telah menjadi bagian penting dari praktik kebidanan baik bersifat sebagai pelengkap maupun pengganti dalam keadaan tertentu.
6. Pasal 5
- a) Penyelenggaraan pelayanan kesehatan tradisional integrasi di fasilitas pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud dalam pasal 3 ayat (2) harus:
 - 1) Menggunakan pelayanan kesehatan tradisional komplementer yang memenuhi kriteria tertentu.

- 2) Terintegrasi paling sedikit dengan satu pelayanan kesehatan konvensional yang ada di fasilitas pelayanan kesehatan
 - 3) Aman, bermanfaat, bermutu, dan sesuai dengan standar.
 - 4) Berfungsi sebagai pelengkap pelayanan kesehatan konvensional.
- b) Kriteria tertentu sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a meliputi:
- 1) Terbukti secara ilmiah.
 - 2) Dilaksanakan sesuai dengan kebutuhan terbaik pasien.
 - 3) Memiliki potensi promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, dan meningkatkan kualitas hidup pasien secara fisik, mental, dan sosial.

7. Pasal 6

Pelayanan kesehatan tradisional integrasi harus dilakukan dengan tata laksana:

- a. Pendekatan holistik dengan menelaah dimensi fisik, mental, spiritual, sosial, dan budaya dari pasien.
- b. Mengutamakan hubungan dan komunikasi efektif antara tenaga kesehatan dan pasien.
- c. Diberikan secara rasional.
- d. Diselenggarakan atas persetujuan pasien (informed consent). mengutamakan pendekatan alamiah, meningkatkan kemampuan penyembuhan sendiri.
- e. Pemberian terapi bersifat individual.

G. Manajemen Kebidanan

1. Manajemen Kebidanan Menurut Hellen Varney

Menurut Varney (2007), manajemen kebidanan merupakan proses pemecahan masalah yang di gunakan sebagai metode untuk mengorganisasikan pikiran dan tindakan dengan urutan logis dan menguntungkan, menguraikan perilaku yang diharapkan dari pemberian asuhan yang berdasarkan teori ilmiah, penemuan, ketrampilan dalam

rangkaian atau tahapan yang logis untuk pengambilan keputusan yang berfokus pada klien.

Langkah-langkah kebidanan adalah sebagai berikut :

a. Langkah I (pengumpulan data dasar)

Pada langkah ini kegiatan yang dilakukan adalah pengkajian dengan mengumpulkan semua data yang diperlukan untuk mengevaluasi klien secara lengkap.

b. Langkah II (interpretasi data dasar)

Diagnosis yang dirumuskan adalah diagnosis dalam lingkup praktik kebidanan yang tergolong pada nomenklatur standard diagnosis, sedangkan perihwal yang berkaitan dengan pengalaman klien ditemukan dari hasil pengkajian.

c. Langkah III (identifikasi diagnose atau masalah potensial)

Pada langkah ini mengidentifikasi masalah atau diagnose potensial lain berdasarkan rangkaian diagnose atau masalah yang sesuai identifikasi. Berdasarkan temuan tersebut, bidan dapat melakukan antisipasi agar diagnosis atau masalah tersebut tidak terjadi.

d. Langkah IV (identifikasi kebutuhan yang memerlukan penanganan segera)

Pada langkah ini di rencanakan bidan adalah mengidentifikasi perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter untuk dikonsultasikan atau diganti bersama dengan anggota tim kesehatan lain sesuai dengan kondisi klien.

e. Langkah V (perencanaan asuhan yang menyeluruh)

Pada langkah ini direncanakan asuhan yang menyeluruh ditentukan berdasarkan langkah-langkah sebelumnya. Rencana asuhan yang menyeluruh tidak hanya meliputi hal yang sudah teridentifikasi dari kondisi klien atau dari setiap masalah yang berkaitan, tetapi dilihat juga dari kondisi klien atau dari setiap masalah yang berkaitan tetapi dilihat juga dari apa yang akan diperkirakan terjadi selanjutnya.

f. Langkah VI (pelaksanaan)

Pada langkah ini kegiatan yang akan dilakukan adalah melaksanakan rencana asuhan yang sudah dibuat pada langkah ke-5 secara aman dan efisien.

g. Langkah VII (megevaluasi)

Pada langkah ini dilakukan adalah melakukan evaluasi keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan mencakup pemenuhan kebutuhan, untuk menilai apakah sudah benar-benar telah terpenuhi sesuai dengan kebutuhan yang telah teridentifikasi dalam diagnose dan masalah.

2. Pendokumentasian (SOAP)

Menurut Kepmenkes No. 938/MENKES/SK/VIII/2007, bidan melakukan pencatatan secara lengkap, akurat, singkat, dan jelas mengenai keadaan/kejadian yang ditemukan dan dilakukan dalam memberikan asuhan kebidanan. Kriteriaan pencatatan Assuhan Kebidanan adalah:

- a. Pencatatan dilakukan segera setelah melaksanakan asuhan pada formulir yang tersedia (Rekam medis/ KMS/ Status Pasien/ Buku KIA)
- b. Ditulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP
- c. S adalah data subjektif, mencatat hasil anamnesa.
- d. O adalah data objektif, mencatat hasil pemeriksaan.
- e. A adalah hasil analisis, mencatat diagnosa dan masalah kebidanan.
- f. P adalah penatalaksanaan, mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan secara komperhensif; penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi/follow up dan rujukan.

H. Kerangka Berpikir



Gambar. 2.4 Kerangka Berpikir

Asuhan Kebidanan Komprehensif Pada Ny. S

I. Kerangka Konsep

Kewenangan Bidan
Asuhan Kebidanan Komprehensif
Hamil Penerapan Asuhan Kebidanan pada Ibu Hamil Kunjungan Pertama : Usia Kehamilan 24 Minggu 4 Hari
Bersalin Asuhan Kebidanan dalam persalinan yang dipantau dari kala I sampai kala IV melalui Partograf
Nifas Asuhan Kebidanan Pada ibu nifas sesuai Standar Pelayanan Kesehatan Ibu Nifas (KF) Kunjungan Nifas 1 (KF1) : 6-48 Jam Kunjungan Nifas 2 (KF2) : 6 Hari Kunjungan Nifas 3 (KF3) : 13 Hari
Bayi Baru Lahir Asuhan Kebidanan Pada Bayi Baru Lahir sesuai Standar Pelayanan Neonatus (KN) Kunjungan Neonatus 1 (KN1) : 6-48 Jam Kunjungan Neonatus 2 (KN2) : 6 Hari Kunjungan Neonatus 3 (KN3) : 13 Hari
Keluarga Berencana Asuhan Kebidanan Pada Pelayanan Keluarga Berencana Kunjungan KB : 13 hari (Konseling KB)

Gambar 2.5 Kerangka Konsep

Asuhan Kebidanan Komprehensif Pada Ny. S

BAB III

METODE LAPORAN KASUS

A. Jenis Laporan Kasus

Metode yang digunakan dalam asuhan komprehensif pada ibu hamil, bersalin, nifas, BBL dan KB ini adalah metode penelitian deskriptif dan jenis penelitian deskriptif yang digunakan adalah studi penelaahan kasus (*Case Study*), yakni dengan cara meneliti suatu permasalahan melalui suatu kasus yang terdiri dari unit tunggal. Unit tunggal disini dapat berisi satu orang, sekelompok penduduk yang terkena suatu masalah. Unit yang menjadi kasus tersebut secara mendalam dianalisis baik dari segi yang berhubungan dengan keadaan kasus itu sendiri, faktor-faktor yang mempengaruhi, tindakan dan reaksi kasus terhadap suatu perlakuan atau pemaparan tertentu (Gahayu, 2019).

B. Tempat dan Waktu

Lokasi pengambilan pada kasus ini diwilayah Kerja BPM Minarti Pringapus yang dilakukan pada November 2022 dan berakhir Maret 2023

C. Subyek Laporan Kasus

Subjek pada kasus penelitian ini yaitu Ny. S yang sedang hamil kemudian dilakukan Asuhan Kebidanan persalinan, nifas, bayi baru lahir dan KB di BPM Minarti, S.Tr.Keb.

D. Teknik Pengumpulan

1. Data Primer

Data yang diperoleh dari wawancara, Observasi dan pemeriksaan langsung pada ibu serta dokumentasi

2. Data Sekunder

Data sekunder didapatkan dari Buku KIA ibu

E. Alat dan Bahan

Dalam melakukan Asuhan Komprehensi pada Ibu Hamil sampai Ber KB menggunakan Alat dan bahan dalam pengambilan data (set alat tulis, Tensimeter, Termometer, Timbangan, Alat ukur tinggi badan, Metline, Jam tangan, alat DJJ)

BAB IV

TINJUAN KASUS DAN PEMBAHASAN

A. Gambaran Lokasi Studi Kasus

Penelitian Laporan Kasus diambil di wilayah kerja Praktek Mandiri Bidan (PMB) Minarti Pringapus dibawah tanggung jawab Bd. Minarti S.Tr.Keb. PMB Minarti terletak dijalan Jl. Raya Karangjati - Pringapus, RT.05/RW.03, Ngabean, Pringapus, Kec. Pringapus, Kabupaten Semarang, Jawa Tengah 50214. No SIPB 08/33/22/BD-P/01/010/2022.

PMB Minarti memiliki 2 orang bidan yang Mempunyai fasilitas, ruang bersalin dengan 1 tempat tidur, ruang nifas dengan 2 tempat tidur, ruang KB dengan 1 tempat tidur dan ruang periksa. PMB Minarti melayani pemeriksaan Pelayanan Umum, Pelayanan Kehamilan, Pelayanan KB, Pelayanan imunisasi (Pukul 06.00 – 21.00 WIB) dan Pelayanan Persalinan 24 jam.

B. Tinjauan Kasus

A. Data Subjektif

1. Identitas

Data Pasien		Penanggung Jawab
Nama	: Ny. S	: Tn. S
Umur	: 22 Tahun	: 32 Tahun
Agama	: Islam	: Islam
Suku/bangsa	: Jawa/Indonesia	: Jawa/Indonesia
Pendidikan	: SMP	: SMP
Pekerjaan	: IRT	: Karyawan Swasta
Alamat	: Mranak 4/8 Pringapus	

2. Keluhan Utama (Anamnesis)

Ibu mengatakan hamil anak ke-2, dengan suami kedua

Ibu mengatakan tidak pernah keguguran.

Ibu mengatakan hasil PP Test Positif (+) bulan juli 2022

Ibu mengatakan merasakan gerakan janin aktif

Ibu mengatakan tidak ada keluhan .

3. Riwayat Menstruasi :

Menarche : 14 Tahun
Siklus : ±26- 28 Hari
Banyaknya : 3x ganti pembalut/hari
Dismenorhea : kadang-kadang
Teratur/tidak : Teratur
Lamanya : 6 hari
Sifat Darah : Encer, warna merah muda
HPHT : 07 – 06 – 2022
TP : 14-03-2023

4. Riwayat kehamilan, persalinan, dan nifas yang lalu

No	Umur	UK	Jenis Persalina n	Komplikasi		Penolo ng	Bayi			Nifas	
				Ibu	Bayi		Jk	BB	PB	ASI	Keadaa n
1.	2016	Aterm	Spontan	-	-	Bidan	permpua n	2500	47	2 th	Sehat
2.	Hamil Ini 2022										

5. Riwayat kehamilan ini

HPHT : 07 Juni 2022
TP : 14 Maret 2023
Gerakan Janin : 14 minggu pertama
Keluhan
TM I : Mual, Muntah Dan Pusing
TM II : T.a.a
TM III : Sakit Pinggang

6. Riwayat KB

Ibu mengatakan tidak menggunakan KB

7. Riwayat Perkawinan

Usia Menikah : 21
Status Perkawinan : Sah

Menikah : 2 kali

Lama Perkawinan : belum 1 tahun

8. Pola Kebiasaan Sehari – hari

No.	Pola Kebiasaan	Sebelum Hamil	Selama Hamil
1.	Nutrisi	Nafsu makan ibu baik, dalam sehari ibu makan 2-3 kali, porsi makan sedang, nutrisi yang ibu makan terdiri dari nasi, lauk dan sayur, tidak ada alergi terhadap makanan apapun, ibu minum air sering dalam sehari \pm 8 gelas	Nafsu makan ibu sedikit menurun saat kehamilan awal, tetapi setelah trimester kedua nafsu makan ibu baik, dalam sehari ibu makan 3 kali, porsi makan sedang, nutrisi yang ibu makan terdiri dari nasi, lauk dan sayur, tidak ada alergi terhadap makanan apapun, ibu minum air sering dalam sehari \pm 9 gelas.
2.	Eliminasi	Frekuensi kencing ibu dalam sehari yaitu 4 x, tidak ada keluhan sering kencing atau yang lainnya. Ibu buang air besar teratur yaitu 1-2 kali sehari, tidak ada keluhan buang ai besar	Frekuensi kencing ibu dalam sehari yaitu \pm 7 kali , ada keluhan sering kencing saat kehamilan akhir. Ibu buang air besar teratur yaitu 1 kali sehari, tidak ada keluhan buang air besar.
3.	Aktivitas	Memasak, Mencuci baju, Membersihkan rumah. Dan mengasuh anak	Memasak, Mencuci baju, Membersihkan rumah. Dan mengasuh anak
4.	Istirahat	Ibu setiap hari istirahat teratur. Siang \pm 2 jam dan malam \pm 7 jam. Tidak ada keluhan istirahat.	Ibu istirahat teratur setiap hari, siang \pm 2 jam dan malam \pm 8 jam, istirahat ibu sedikit terganggu pada malam hari karena seing terbangun untuk kencing
5.	Personal hygiene Mandi Gosok gigi Cuci rambut Ganti baju Ganti CD+pembalut	2x sehari 2x sehari 3x seminggu 2x sehari 3-4 x sehari	2x sehari 2x sehari 3x seminggu 2x sehari

9. Riwayat Kesehatan

- a. Sekarang Saat ini ibu tidak sedang menderita penyakit jantung, darah tinggi, kencing manis, batuk darah, ginjal, asma, epilepsi, malaria, penyakit kelamin, HIV/AIDS.

- b. Dahulu Sebelumnya ibu tidak pernah menderita penyakit jantung, darah tinggi, kencing manis, batuk darah, ginjal, asma, epilepsi, malaria, penyakit kelamin, HIV/AIDS.
- c. Keluarga Didalam keluarga ibu maupun keluarga suami tidak ada yang menderita penyakit jantung, darah tinggi, kencing manis, batuk darah, ginjal, asma, epilepsi, malaria, penyakit kelamin, HIV/AIDS, serta tidak ada riwayat keturunan kembar didalam keluarga ibu.

10. Riwayat Psikososial Dan Budaya

- a. Keadaan Psikososial Hubungan ibu dengan suami, keluarga dan lingkungannya baik. Komunikasi sehari-hari menggunakan bahasa jawa. Kehamilan ini direncanakan oleh ibu dan suami sehingga ibu mendapatkan perhatian dan dukungan dari suami dan keluarga. Suami berperan sebagai pencari nafkah dan pengambil keputusan didalam keluarga.
- b. Kebiasaan Hidup Sehat Ibu tidak mempunyai kebiasaan merokok, minum-minuman keras, mengkonsumsi obat-obatan terlarang, mengkonsumsi jamu jamuan. Ibu memeriksakan dirinya ditenga kesehatan jika sakit/kesehatannya terganggu.

c. Rencana Persalinan

Tempat	: BPM Minarti
Persiapan biaya persalinan	: BPJS dan Mandiri
Persiapan kendaraan	: Kendaraan sendiri
Pendamping persalinan	: Suami dan keluarga

B. Data Objektif

1. Pemeriksaan Umum

Keadaan umum	: Baik
Kesadran	: Composmentis
Tanda – tanda Vital	
Tekanan Darah	: 120/80mmHg
Nadi	: 80x/menit

Pernapasan : 20x/menit
BB Sebelum hamil : 66 Kg
BB Saat ini : 74 Kg
TB : 155 cm
LILA : 30 cm
IMT : 30, 08 Kg/m²

2. Pemeriksaan Fisik

Muka : Simetris, tidak pucat, tidak ada cloasma gravidarum, tidak odema.

Mata : Sklera putih, konjungtiva merah muda.

Hidung : Lubang simetris, tidak ada pernafasan cuping hidung, tidak ada sekret, tidak ada polip.

Telinga : Lubang simetris, tidak ada serumen, tidak ada cairan

Payudara : Puting menonjol, ada hiperpigmentasi areolla, tidak ada benjolan, tidak ada nyeri tekan, colostrum belum keluar.

Abdomen : Ada linea nigra, ada linea alba, tidak ada striae gravidarum albican, tidak ada bekas operasi, pembesaran memanjang sesuai usia kehamilan, kandung kemih kosong

Palpasi Leopold

Leopold I : Teraba lunak, tidak melenting (Bokong).

Leopold II : Teraba datar, keras, memanjang disisi kanan perut ibu (PUKA), teraba bagian kecil disisi kiri perut ibu (ekstremitas janin).

Leopold III : Bagian terendah janin teraba keras, bulat, melenting (kepala).

Mc Donalt : 24 cm

DJJ : 146 x/menit.

TBJ : $(19-12) \times 155 = 1.240$ gram.

Genetalia : Ibu menatakan tidak odema, tidak ada varises, tidak ada peradangan, tidak ada kondiloma akuminata.
Anus : ibu mengatakan Tidak ada hemoroid.
Ekstremitas atas : Simetris, tidak odema, tidak ada perlukaan
Ekstremitas bawah : Simetris, tidak odema, tidak ada perlukaan, tidak ada varises, reflek patella positif.

3. Pemeriksaan Laboratorium

HB : 13,7gr
HBsAg : Non Reaktif
HIV : Non Reaktif
Syifilis : Non Reaktif
Protein urine : Negatif

4. Pemeriksaan Penunjang (USG)

- a. Tempat : Dr. Mira, Sp. OG
- b. Usia Kehamilan : 5 minggu
- c. Tafsiran Persalinan : 14 Maret 2023

C. Interpretasi Data

Diagnosa Kebidanan

Ny. S G2P1A0, Usia kehamilan 24 minggu 4 hari, Memanjang, PU-KA, Persentasi Kepala, Konvergen Janin Intra Uterin Tunggal Hidup

DS:

Ibu mengatakan ini kehamilan kedua

Ibu mengatakan tidak ada keluhan

HPHT : 07 – 06 – 2022

DO:

Tekanan Darah : 120/80mmHg

Nadi : 80x/menit

Pernapasan : 20x/menit

BB Sebelum hamil : 66 Kg

BB Saat ini : 74 Kg

TB : 155 cm

LILA : 30 cm
IMT : 30,08 Kg/m²

Abdomen :

Leopold I : Teraba lunak, tidak melenting (Bokong).

Leopold II : Teraba datar, keras, memanjang disisi kanan perut ibu (PUKA), teraba bagian kecil disisi kiri perut ibu (ekstremitas janin).

Leopold III : Bagian terendah janin teraba keras, bulat, melenting (kepala).

Mc Donalt : 29 cm

DJJ : 146 x/menit.

D. Masalah Diagnosa Potensial

Tidak ada

E. Kebutuhan Dan Tindakan Segera

Tidak ada

F. Perencanaan

Minggu, 27 November 2022, Pukul 11.20 Wib

1. Bina hubungan baik dengan ibu dan keluarga.
2. Lakukan Pemeriksaan fisik, TTV, Leopold dan DJJ
3. Anjurkan ibu melakukan senam hamil atau yoga kehamilan
4. Anjurkan ibu istirahat yang cukup minimal tidur 8 jam, tidak beraktivitas berlebihan
5. Anjurkan ibu mengkonsumsi makan bergizi
6. Anjurkan ibu mengkonsumsi vitamin kehamilan sesuai jadwal
7. Anjurkan ibu melakukan kunjungan ulang 1 bulan lagi atau jika merasa ada keluhan

G. Penatalaksanaan

Minggu, 27 November 2022, Pukul 11.20 Wib

1. Membina hubungan baik dengan ibu dan keluarga.
2. Melakukan Pemeriksaan TTV
Tekanan Darah : 120/80mmHg
Nadi : 80x/menit

Pernapasan : 20x/menit
LILA : 30 cm
IMT : 30,08 Kg/m²

3. Melakukan Pemeriksaan Fisik

- a) Payudara : Puting menonjol, ada hiperpigmentasi areolla, tidak ada benjolan, tidak ada nyeri tekan, colostrum belum keluar.
- b) Abdomen : Ada linea nigra, ada linea alba, tidak ada striae gravidarum albican, tidak ada bekas operasi, pembesaran memanjang sesuai usia kehamilan, kandung kemih kosong
- c) Ekstermitas tidak ada pembengkakan, tidak ada varises
- d) Abdomen :
 - Leopold I : Teraba lunak, tidak melenting (Bokong).
 - Leopold II: Teraba datar, keras, memanjang disisi kanan perut ibu (PUKA), teraba bagian kecil disisi kiri perut ibu (ekstremitas janin).
 - Leopold III : Bagian terendah janin teraba keras, bulat, melenting (kepala).
 - Mc Donalt : 24 cm ($24-12 \times 155 = 1860$ gram)
 - DJJ : 146 x/menit.

- 2. Menganjurkan ibu melakukan senam hamil atau yoga kehamilan
- 3. Menganjurkan ibu istirahat yang cukup minimal tidur 8 jam, dan beristirahat disiang hari, tidak beraktivitas berlebihan
- 4. Menganjurkan ibu mengkonsumsi makan bergizi yang mengandung karbohidrat, protein, mineral dan mengkonsumsi air putih minimal 8 gelas sehari
- 5. Menganjurkan ibu mengkonsumsi vitamin kehamilan sesuai jadwal
- 6. Menganjurkan ibu melakukan kunjungan ulang 1 bulan lagi atau jika merasa ada keluhan

H. Evaluasi


Minggu, 27 November 2022, Pukul 11.20 Wib

- 1. Ibu mengetahui hasil pemeriksaan dan mengetahui keadaan dirinya dan janin

2. Ibu mau mengikuti saran bidan untuk melakukan senam hamil / yoga kehamilan
3. Ibu mengkonsumsi Vitamin kehamilan sesuai jadwal dan teratur
4. Ibu bersedia melakukan kunjungan ulang untuk memeriksakan kehamilannya
5. Pendokumentasian

Tabel Observasi Perkembangan

**Asuhan Komplementer Ny. A Umur 22 Tahun G2P1A0 UK 38 Minggu
Dengan Metode Kontrasepsi Kb Suntik 3 Bulan Di Bpm Minarti, S.Tr.Keb**

Subjektif	Objektif	Analisa	Penatalaksanaan	Dokumentasi
Kehamilan				
<p>(Kunjungan 27 November 2022)</p> <p>1. Pasien bernama Ny. S umur 22 Tahun ,kehamilan yang kedua dengan suami kedua</p> <p>2. Ibu mengatakan tidak ada keluhan yang dirasakan</p> <p>3. Ibu mengatakan tablet tambah darah dan kalsium diminum teratur</p>	<p>1. Pemeriksaan Umum Keadaan Umum : Baik Kesadaran: Composmentis</p> <p>2. Tanda-Tanda Vital Tekanan Darah: 120/80 mmHg Nadi: 80 x/Menit Suhu : 36,6⁰C Pernafasan: 20 x/Menit Berat Badan: 72 kg Tinggi Badan :</p>	<p>Ny. S Umur 22 Tahun , G2P1A0 umur kehamilan 24 minggu 4 hari janin tunggal, hidup intra uteri, letak memanjang, Puka, Presentasi Kepala,</p> <p>1. Masalah kebidanan Tidak ada</p> <p>2. Kebutuhan Tidak ada</p> <p>3. Diagnosa Potensial Tidak ada</p> <p>4. Antisipasi segera</p>	<p>1. Membina hubungan baik dengan ibu dan keluarga.</p> <p>2. Memberitahu hasil pemeriksaan Usia Kehamilan Sekarang 24 minggu dengan HPL 14 Maret 2023, keadaan ibu dan bayi baik, TFU sesuai Usia kehamilan</p> <p>3. Memberitahu ibu ketidaknyamanan kehamilan pada</p>	

<p>setiap malam.</p> <p>4. Ibu mengatakan waktu tidur dan istirahatnya teratur</p> <p>5. Ibu mengatakan gerakan bayinya aktif</p>	<p>155cm</p> <p>3. Pemeriksaan Fisik</p> <p>Payudara : Bentuk Simetris puting susu menonjol, terjadi hiperpigmentasi, tidak ada benjolan, kolostrum belum keluar.</p> <p>Abdomen :</p> <p>Leopold I : TFU 24 cm, 1 jari diatas pusat . Pada fundus teraba bundar, tidak melenting, agak lunak (bokong). Tafsiran berat janin (19-12) x 155 = 1.240 gram.</p> <p>Leopold II : Di</p>	<p>Tidak ada</p>	<p>trimester II, seperti sakit punggung, sering kencing dan lainnya</p> <p>4. Memberitahu ibu tanda bahaya kehamilan trimester II seperti adanya pengeluaran darah, pergerakan janin tidak aktif, tekanan darah tinggi dan lainnya</p> <p>5. Menganjurkan ibu melakukan senam hamil atau yoga kehamilan 1 minggu 1x</p> <p>6. Menganjurkan ibu</p>	
---	---	------------------	--	--

	<p>bagian kiri teraba bagian-bagian kecil (eksterimatas) dan di sebelah kanan teraba bagian keras seperti papan (punggung).</p> <p>Leopold III : Teraba bagian bundar, keras, ketika digoyangkan melenting (persentasi kepala). DJJ 144 x/m</p>		<p>berolahraga seperti jalan-jalan disekitar rumah 10 – 15 menit tiap pagi</p> <p>7. Menganjurkan ibu istirahat yang cukup minimal tidur 8 jam, dan beristirahat disiang hari, tidak beraktivitas berlebihan</p> <p>8. Menganjurkan ibu mengkonsumsi makan bergizi yang mengandung karbohidrat, protein, mineral dan mengkonsumsi air putih minimal 8</p>	
--	---	--	---	--

			<p>9. Menganjurkan ibu mengonsumsi vitamin kehamilan sesuai jadwal</p> <p>10. Menganjurkan ibu melakukan kunjungan ulang 1 bulan lagi atau jika merasa ada keluhan</p>	
Persalinan				
<p>1. Ibu mengatakan pada pukul 08.00 Wib Tanggal 26 Februari ada pengeluaran darah lendir dan perut terasa mulas</p> <p>2. Ibu mengatakan mulas dan nyeri</p>	<p>Identitas By Ny. S</p> <p>Jenis kelamin : Laki-laki</p> <p>Tanggal Lahir : 27 Februari 2023</p> <p>BB : 3100 gram</p> <p>PB : 50 cm,</p> <p>LK : 34 cm</p>	-	-	-

<p>menjalar ke pinggang semakin sering sejak jam 1 pagi (27 Februari 2023)</p> <p>3. Ibu mengatakan jam 03.00 Wib datang ke BPM Minarti dengan pembukaan 3 cm</p> <p>4. Ibu mengatakan VT kedua di jam 08.00 pembukaan 7 cm</p> <p>5. Ibu mengatakan pembukaan lengkap jam 11.00 Wib Tanggal 27 Februari 2023</p> <p>6. Ibu mengatakan melahirkan anak keduanya Pukul 11.20</p>				
---	--	--	--	--

<p>Wib Tanggal 27 Februari 2023 berjenis kelamin Laki-laki BB : 3100 gram PB : 50 cm, LK : 34 cm</p>				
Nifas				
<p>Kunjungan K1 (27 Februari 2023)</p> <p>1. Ibu mengatakan setelah melahirkan perutnya masih terasa mules dan nyeri diarea jahitan</p> <p>2. Ibu mengatakan 1 jam setelah persalinan ibu sudah bisa berjalan ke toilet untuk buang air kecil,</p>	<p>Kunjungan K1</p> <p>1. Pemeriksaan Umum TD : 123/70 mmHg N : 89x/ menit</p> <p>Kunjungan K2 (05 Maret 2023)</p> <p>1. Pemeriksaan Umum TD : 135/90 mmHg, BB : 72 kg TFU : 3 Jari diatas</p>	<p>Kunjungan K1</p> <p>Ny. S umur 22 Tahun P2A0 6 jam post partum</p> <p>1. Masalah Tidak ada</p> <p>2. Diagnosa Potensial Tidak ada</p> <p>3. Antisipasi Tindakan segera Tidak ada</p>	<p>1. Menjelaskan pada ibu hasil pemeriksaan bahwa kondisi ibu baik, Tanda2 Vital dalam batas Normal, TFU sudah tidak teraa, Luka Jahitan sudah kering dan tidak ada tanda-tanda infeksi</p> <p>2. Memberi penkes</p>	

<p>3. Ibu mengatakan sudah bisa menggendong bayinya dan menyusui bayinya</p> <p>4. Ibu mengatakan saat setelah melahirkan ASI nya langsung keluar sedikit2</p>	<p>Symphisis</p> <p>Kunjungan K3 (11 Maret 2023)</p> <p>1. Pemeriksaan Umum Keadaan umum: baik kesadaran: composmentis, TD: 120/80 mmHg, Nadi : 80 Suhu : 36,4°C Nadi : 84 x/menit, Pernafasan : 20 x/meni BB : 70 kg.</p>	<p>Kunjungan K2</p> <p>Ny. S umur 22 Tahun P2A0 6 jam post partum</p> <p>1. Masalah Tidak ada</p> <p>2. Diagnosa Potensial Tidak ada</p> <p>3. Antisipasi Tindakan segera Tidak ada</p>	<p>tentang nutrisi atau gizi seimbang bagi ibu menyusui selama masa nifas yaitu karbohidrat, protein, lemak, vitamin dan mineral, minum air putih 3 liter setiap hari.</p>	
<p>Kunjungan K2 (05 Maret 2023)</p> <p>1. Ibu mengatakan tidak ada keluhan, ASI nya lancar dan bayi menyusu dengan baik</p>	<p>2. Pemeriksaan fisik Mata : Konjungtiva tidak anemis, tampak</p>	<p>Kunjungan K3</p> <p>Ny. S umur 22 Tahun P2A0 13 Hari post partum</p> <p>1. Masalah Tidak ada</p> <p>2. Diagnosa Potensial Tidak ada</p>	<p>3. Mengingatkan ibu untuk menjaga kebersihan genetalia nya setelah buang air kecil (BAK) atau buang air besar (BAB) dan cebok dari arah depan ke belakang, mengganti celana</p>	
<p>Kunjungan K3 (11 Maret 2023)</p> <p>1. Ibu mengatakan tidak</p>				

<p>ada keluhan, ASI nya lancar dan bayi menyusu dengan baik</p> <p>2. Ibu mengatakan pengeluaran darah masih ada sedikit</p> <p>3. Ibu mengatakan tidak ada pantangan dengan makanannya, ibu makan nasi lengkap dengan lauk pauk, sayur dan buah.</p> <p>4. Ibu mengatakan minum air putihnya kurang lebih 3 liter, kadang mengkonsumsi air kelapa dan jus buah</p> <p>5. Ibu mengatakan tidak ada masalah dalam</p>	<p>putih pada sklera</p> <p>Payudara : Pengeluaran ASI, hyperpigmentasi areolla, puting susu menonjol,</p> <p>Abdomen : TFU tidak teraba</p> <p>Genetalia : pengeluaran lochea serosa, dan luka jahit yang sudah kering .</p> <p>Anus : Tidak tampak hemoroid</p> <p>Ekstremitas : Tidak oedema, tidak ada varises</p>	<p>3. Antisipasi Tindakan segera Tidak ada</p>	<p>dalam atau pembalut setiap selesai buang air kecil (BAK) atau buang air besar (BAB). Ibu mengerti dan bersedia melakukan anjuran bidan.</p> <p>4. Memberikan konseling kepada ibu tentang pentingnya pemberian ASI selama 6 bulan dan tidak memberikan makanan tambahan selain ASI sebelum bayi berusia 6 bulan. Ibu disarankan menyusui bayinya</p>	
--	--	--	---	--

<p>BAK dan BAB nya.</p> <p>6. Ibu mengatakan istirahatnya cukup, ibu dibantu suami dan keluarga dalam mengasuh anak</p> <p>7. Ibu mengatakan kadang melakukan tugas rumah seperti memasak dan menyapu</p> <p>8. Ibu mengatakan keluarganya sangat membantu dalam pengasuhan bayi sehingga beliau tidak kesusahan selama masa nifas</p> <p>Ibu mengatakan setelah selesai masa nifas akan</p>			<p>setiap 2 jam sekali jika bayi tidur maka harus dibangunkan.</p> <p>5. Menjelaskan kembali tanda-tanda bahaya masa nifas yaitu nyeri diluka bekas jahitan, keluar cairan abnormal yang berbau dan bernanah, bengkak diwajah, tangan dan kaki atau sakit kepala dan kejang, demam lebih dari 2 hari, payudara bengkak dan merah disertai rasa sakit, dan depresi. Dan menganjurkan ibu</p>	
--	--	--	---	--

<p>kembali kunjungan ke PMB Minarti untuk melakukan suntik KB tiga bulan</p>			<p>untuk segera periksa jika ada salah satu tanda bahaya. Ibu mengerti penjelasan bidan dan akan memeriksakan diri jika menemui salah satu tanda bahaya tersebut</p> <p>6. Menganjurkan ibu untuk melakukan perawatan payudara pada masa nifas yang bertujuan merangsang produksi air susu ibu (ASI), mencegah Bendungan ASI, mencegah puting tidak tersumbat dan</p>	
--	--	--	---	--

			<p>membantu puting yang tenggelam</p> <p>a. Menyiapkan kursi kecil untuk tempat kaki, handuk, 2 waslap, 2 waskom yang berisi air hangat dan air dingin, minyak kelapa/minyak bayi, dan kapas.</p> <p>b. Posisi ibu duduk dengan kaki diletakkan pada kursi kecil, alat didekatkan, baju atas ibu dilepas dan menutup punggung dengan</p>	
--	--	--	--	--

			<p>handuk.</p> <p>c. Mengompres bagian hitam pada payudara/areola dengan kapas berminyak selama 3-5 menit kemudian bersihkan dengan kapas lembab.</p> <p>d. Mengoles minyak pada kedua tangan dan melakukan masase pada payudara, yaitu meletakkan kedua telapak tangan diantara kedua payudara, urutlah</p>	
--	--	--	--	--

			<p>dari tengah keatas kemudian mengelilingi payudara hingga mengangkat payudara. Melakukan gerakan sebanyak 15-20 kali.</p> <p>e. Menyangga payudara dengan 1 tangan, tangan yang lain mengurut payudara dengan sisi kelingking dari pangkal ke arah puting, lakukan hingga</p>	
--	--	--	---	--

			<p>payudara tidak tegang.</p> <p>f. Mengurut dari pangkal payudara kearah areolla mmae mulai dari atas, samping dan bawah dengan menggunakan ruas jari, lakukan hingga payudara tidak tegang.</p> <p>g. Membersihkan payudara dari minyak kemudian mengompres payudara dengan air hangat kemudian air</p>	
--	--	--	---	--

			<p>dingin secara bergantian sebanyak 15 kali.</p> <p>h. Terakhir keringkan payudara dengan handuk. Ibu mengerti dan dapat melakukan.</p> <p>7. KIE alat kontrasepsi keluarga berencana (KB) yang cocok untuk ibu menyusui dan kapan menggunakannya. Ibu mengerti dan memilih keluarga berencana (KB) suntik 3 bulan</p>	
--	--	--	---	--

			8. Menganjurkan ibu melakukan kunjungan jika ada keluhan yang dirasakan. Ibu bersedia melakukan anjuran.	
Bayi baru lahir				
Kunjungan KN1 (27 Ferbuari 2023) 1. Ibu mengatakan telah melahirkan anaknya tanggal 27 Februari 2023, Pukul 11.20 WIB. Jenis kelamin Laki-laki, BB : 3100 gram, PB : 50 cm	Kunjungan KN1 (27 Ferbuari 2023) 1. Berat badan : 3100gram 2. Panjang badan : 50 cm 3. Lingkar kepala : 34 Cm Kunjungan KN2 (05 Maret 2023)	Kunjungan KN1 (27 Ferbuari 2023) Bayi A umur 0 hari Neonatus Cukup Bulan Masalah : tidak ada Diagnosa Potensial : Tidak ada Tindakan Segera : Tidak ada Kunjungan KN2 (05	Kunjungan KN1 (27 Ferbuari 2023) 1. Pemberian Injeksi vitamin K, 2. Pemberian Salap mata 3. Injeksi HB0 Kunjungan KN3 (11 Maret 2023) 1. Memberitahu pada ibu hasil pemeriksaan	

<p>Maret 2023)</p> <p>1. Ibu mengatakan bayinya sehat, menyusui dengan baik dan tali pusat sudah lepas</p> <p>Kunjungan KN3 (11 Maret 2023)</p> <p>1. Ibu mengatakan bayinya sehat dan aktif, menyusui dengan baik dan tali pusat sudah lepas</p> <p>2. Ibu mengatakan BAB dan BAK tidak ada masalah pada bayinya</p>	<p>Berat Badan :3 300gram</p> <p>Kunjungan KN3 (11 Maret 2023)</p> <p>1. Keadaan Umum: baik Kesadaran: composmentis</p> <p>Tangis bayi : kuat</p> <p>Warna kulit kemerahan, tidak kebiruan dan tidak kuning</p> <p>Tonus otot : kuat</p> <p>Nadi : 142 x/mnt</p> <p>Pernafasan : 30x/mnt</p>	<p>Maret 2023)</p> <p>Bayi A umur 6 hari</p> <p>Neonatus Cukup Bulan</p> <p>Masalah : tidak ada</p> <p>Diagnosa Potensial : Tidak ada</p> <p>Tindakan Segera : Tidak ada</p> <p>Kunjungan KN3 (11 Maret 2023)</p> <p>Bayi A umur 13 hari</p> <p>Neonatus Cukup Bulan</p> <p>Masalah : tidak ada</p> <p>Diagnosa Potensial : Tidak ada</p> <p>Tindakan Segera : Tidak ada</p>	<p>bayi dalam keadaan sehat, reflek bayi bagus</p> <p>2. Menganjurkan ibu menyusui bayinya secara on demand setiap 2 jam. Menyusui secara teratur dan benar akan membuat produksi ASI semakin lancar.</p> <p>3. Memberikan KIE bayi hanya diberi ASI sampai usia 6 bulan tanpa makanan tambahan dan Asi eksklusif sampai usia 2 tahun</p> <p>4. Memberikan penkes</p>	
---	---	--	---	--

			<p>tentang cara menyusui yang benar yaitu</p> <ol style="list-style-type: none">3) Cuci tangan dengan air dan sabun.4) Ibu duduk dengan nyaman dan posisi punggung tegak sejajar punggung kursi, kaki diberi penyangga sehingga tidak menggantung.5) Oleskan sedikit ASI pada puting susu dan areola.6) Bayi menghadap ke payudara ibu.7) Perut ibu dan perut	
--	--	--	---	--


			<p>bayi menempel, meletakkan satu tangan bayi di belakang badan ibu. telinga dan badan bayi membentuk satu garis lurus.</p> <p>8) Kepala bayi berada dilengkungan siku ibu dan bokong bayi berada di lengan ibu.</p> <p>9) Pegang payudara dengan ibu jari diatas dan jari yang lain menopang di bawah serta jangan menekan puting</p>	
--	--	--	--	--

			<p>susu atau areola.</p> <p>10) Rangsang mulut bayi untuk membuka dengan cara menyentuh pipi dengan puting susu atau menyentuh sudut mulut bayi.</p> <p>11) Setelah mulut bayi membuka lebar, masukkan puting susu dan sebagian besar areola ke mulut bayi.</p> <p>12) Pastikan hisapan bayi benar , yaitu Areola, yaitu tampak lebih</p>	
--	--	--	---	--

			<p>banyak areola di atas mulut bayi. Mulut, yaitu mulut bayi terbuka lebar. Bibir yaitu, bibir bawah bayi terlipat keluar (dower). Dagu, yaitu dagu bayi menempel ke payudara ibu</p> <p>13) Setelah selesai menyusui anjurkan ibu melepaskan isapan bayi dengan jari kelingking dimasukkan ke mulut bayi melalui sudut mulut atau dagu ditekan ke</p>	
--	--	--	--	--

			<p>bawah, untuk menghindari puting lecet.</p> <p>14) Menyendawakan bayi setelah selesai menyusui dengan cara menepuk punggung bayi secara perlahan agar bayi tidak gumoh. Bayi telah disendawakan dan telah di sendawa.</p> <p>7. Menjelaskan tanda-tanda bahaya pada bayi yaitu tidak mau menyusu, kejang, lemah, sesak nafas (lebih besar/sama</p>	
--	--	--	--	--

			<p>dengan 60 x/ menit), bayi merintih atau menangis terus-menerus, demam atau panas tinggi, kulit dan mata bayi kuning dan diare. Menganjurkan ibu untuk segera memeriksakan bayinya jika ada salah satu tanda bahaya yang dialami bayi</p> <p>8. Memberitahu ibu untuk melakukan kunjungan ke tenaga kesehatan agar bayi mendapat imunisasi BCG sebelum usia 2 bulan sesuai tanggal</p>	
--	--	--	--	--

			yang telah ditetapkan BPM Minarti 9. Melakukan Dokumentasi	
KB				
<ol style="list-style-type: none"> Ibu mengatakan ingin menggunakan KB suntik 3 bulan Ibu mengatakan akan tetap memberikan ASI secara eksklusif sampai usia bayi 2 tahun Ibu mengatakan masih ada pengeluaran darah nifas Ibu mengatakan tidak ada keluhan 	<p>TD : 122/82 mmhg, BB : 70 kg</p>	<p>Ny. S Umur 22 Tahun P2A0 Akseptor baru KB suntik tiga bulan</p>	-	

I. Pembahasan

1. Kelemahan Penelitian

Dalam memberikan asuhan kebidanan komprehensif terhadap Ny. C di ditemui beberapa hambatan dan keterbatasan yang menyebabkan pelaksanaan studi kasus tidak berjalan dengan maksimal. Keterbatasan-keterbatasan tersebut antara lain adalah :

a. Penjaringan pasien

Kesulitan yang ditemui pada awal pelaksanaan laporan tugas COC adalah dalam hal penjaringan pasien. Untuk menemukan pasien yang sesuai dengan persyaratan yang diajukan dari pihak institusi sangatlah sulit. Beberapa pasien pun tidak bersedia untuk dijadikan subjek penulis dalam studi kasus ini dengan berbagai alasan.

b. Waktu yang terbatas

Pelaksanaan asuhan kebidanan komprehensif yang bersamaan dengan kegiatan Praktek diluar kota menyebabkan kesulitan bagi penulis untuk mengatur waktu. Waktu yang tersedia untuk pelaksanaan asuhan

2. Asuhan Kehamilan

Klien bernama Ny. "S" usia 22 tahun G2P1A0 hamil 38 minggu janin tunggal, hidup, intrauteri, presentasi kepala, yang bertempat tinggal di Kelurahan pringapus. Ny. "S" saat ini sedang hamil anak kedua dan mengatakan belum pernah keguguran. Ny. S mengatakan sudah TT 5 kali, Mengonsumsi Table FE dan Kalk secara teratur, Ny. S juga sudah melakukan pemeriksaan laboratorium dengan HB 13.7 g/%, HbsAg nonreaktif, HIV nonreaktif dan golongan darah B.

Hasil pemeriksaan berat badan Ny. S adalah 76.5 kg. Ny. S mengatakan sebelum hamil berat badannya 66 kg. Sehingga Ny. S mengalami kenaikan berat badan sekitar 9,5 kg. Kenaikan berat badan ibu hamil dapat dikatakan normal apabila mengalami kenaikan berat badan sekitar 6,5 kg - 16,5 kg (Sukarni, 2013).

Saat dilakukan pengukuran tinggi badan, Ny. S memiliki tinggi

badan 155 cm. Menurut Pantikawati pada tahun 2010 mengemukakan bahwa tinggi badan ibu hamil kurang dari 149 cm tergolong resiko tinggi yaitu dikhawatirkan panggul ibu sempit dan pengukuran tinggi badan ini dilakukan sebagai deteksi dini adanya panggul sempit atau ketidak sesuaian antara besar bayi dan luas panggul. Penulis berpendapat tidak terjadi kesenjangan antara teori dan praktek karena dari hasil pemeriksaan tinggi badan Ny. S didapatkan hasil yang tidak kurang dari 149 cm.

Tekanan darah Ny. S dalam keadaan normal, tekanan darah pada pemeriksaan yaitu 120/80 mmHg. Sesuai dengan teori yang dinyatakan oleh Depkes RI pada 2009 tekanan darah yang normal adalah 110/80 mmHg - 140/90 mmHg. Hasil pemeriksaan Lila Ny. S adalah 30 cm. Menurut (Kusmiyanti, 2009) lila ibu hamil normalnya yaitu 28,7 cm – 36 cm. Pengukuran Lila hanya dilakukan pada kontak pertama oleh tenaga kesehatan di trimester I untuk skrining ibu hamil berisiko Kurang Energi Kronis (KEK). Ibu hamil dengan KEK akan dapat melahirkan bayi berat lahir rendah (BBLR).

Selama kehamilan, Ny. S memeriksakan kehamilannya secara teratur. Pada trimester I Ny. S melakukan pemeriksaan kehamilan sebanyak 2 kali, pada trimester II sebanyak 3 kali, pada trimester III sebanyak 5 kali. Pada kunjungan K I *Antenatal Care* (ANC) hasil pemeriksaan Leopold I mengukur tinggi fundus uteri dengan metlin yaitu tinggi fundus uteri 24 cm dalam usia kehamilan 24 minggu. DJJ 144 x/menit.

Konseling diberikan pada Ny. S meliputi Anjuran melakukan Senam hamil / joga hamil, tidak beraktivitas berat, istirahat dan makan bergizi, mengkonsumsi vitamin kehamilan secara teratur, menganjurkan melakukan kunjungan ulang untuk pemeriksaan kehamilan selanjutnya

3. Asuhan Persalinan

Ibu mengatakan pada pukul 08.00 Wib Tanggal 26 Februari ada pengeluaran darah lendir dan perut terasa mulas . Ibu mengatakan mulas dan nyeri menjalar ke pinggang semakin sering sejak jam 1 pagi (27 Februari 2023). Ibu mengatakan jam 03.00 Wib datang ke BPM Minarti

dengan pembukaan 3 cm. Ibu mengatakan VT kedua di jam 08.00 pembukaan 7 cm. Ibu mengatakan pembukaan lengkap jam 11.00 Wib Tanggal 27 Februari 2023. Ibu mengatakan melahirkan anak keduanya Pukul 11.20 Wib Tanggal 27 Februari 2023 berjenis kelamin Laki-laki, BB : 3100 gram, PB : 50 cm, Lk : 34 cm. IMD 1 Jam.

4. Asuhan Nifas

Standar Asuhan Kunjungan pada Masa Nifas sebanyak 4 kali, kunjungan pertama 6-8 jam, kunjungan kedua 6 hari, kunjungan ketiga 2 minggu, dan kunjungan keempat 6 minggu post partum (Manuaba, 2010). Kunjungan Masa Nifas bertujuan untuk menilai kondisi kesehatan ibu dan bayi, pencegahan terhadap kemungkinan adanya gangguan kesehatan ibu nifas dan bayinya, mendeteksi adanya komplikasi yang terjadi di masa nifas, serta menangani komplikasi atau masalah yang timbul.

Ny. S mendapatkan asuhan kebidanan sebanyak 3 kali yaitu 6 jam post partum, 6 hari post partum dan 11 hari post partum. Kunjungan pertama dan kedua dilakukan di BPM Bu Minarti S.Tr. Keb tidak ditemukan masalah pada Ny. S. Hasil pemeriksaan ibu dalam keadaan baik,

Kunjungan ke tiga yaitu asuhan 11 hari post partum dilakuka pada tanggal 11 Maret 2023 dirumah Ny. S. Pada kunjungan ini Ibu mengatakan tidak ada keluhan, ASI nya lancar dan bayi menyusu dengan baik, Ibu mengatakan tidak ada pantangan dengan makanannya, ibu makan nasi lengkap dengan lauk pauk, sayur dan buah, minum air putihnya kurang lebih 3 liter, kadang mengkonsumsi air kelapa dan jus buah. Tidak ada masalah dalam BAK dan BAB nya. Ibu mengatakan istirahatnya cukup, ibu dibantu suami dan keluarga dalam mengasuh anak, Ibu mengatakan keluarganya sangat membantu dalam pengasuhan bayi sehingga beliau tidak kesusahan selama masa nifas. Hasil Pemeriksaan Umum ibu dalam keadaan baik, terlihat bahagia mengasuh anaknya. Pemeriksaan TTV didapat TD: 120/80 mmHg, Nadi : 80, Suhu : 36,4°C, Nadi : 84 x/menit, Pernafasan : 20 x/menit, Pengeluaran ASI, hyperpigmentasi areolla, puting susu menonjol Tfu tidak teraba, pengeluaran lochea serosa, dan luka jahit

yang sudah kering. Pemeriksaan fisik tidak ditemukan masalah, semua dalam batas normal

Pada kunjungan ini juga dilakukan konseling KB dan Ibu mengatakan setelah selesai masa nifas akan kembali kunjungan ke PMB Minarti untuk melakukan suntik KB tiga bulan..

5. Bayi Baru Lahir

Bayi Ny. S lahir pada tanggal 27 Februari 2023, Pukul 11.20 WIB. Jenis kelamin Laki-laki, BB : 3100 gram, PB : 50 cm, ibu mengatakan bayinya segera menangis setelah lahir dan dilakukan IMD selama 1 jam. Berdasarkan catatan Buku KIA Bayi Ny. S sudah mendapatkan Injeksi Vitamin K, Pemberian Salap Mata dan Injeksi HB0

6. Keluarga Berencana

Ibu melakukan kunjungan ke BPM Minarti Tanggal 12 Maret 2023 Ibu mengatakan telah mendapat anjuran untuk menggunakan KB IUD, Tetapi Suami tidak menyetujui. Ibu mengatakan ingin menggunakan KB suntik tiga bulan untuk menjaga jarak kehamilan dan agar tidak mengganggu pengeluaran ASI karena ibu ingin menyusui secara eksklusif selama 2 tahun.

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Asuhan kebidanan secara komprehensif dari masa hamil, bersalin, bayi baru lahir, nifas dan keluarga berencana pada Ny. S yang dimulai pada usia kehamilan trimester dua usia kehamilan 24 minggu 4 hari sampai dengan 6 minggu Post Partum hingga menggunakan keluarga berencana (KB), dapat diambil kesimpulan sebagai berikut : Asuhan kebidanan pada kehamilan ibu berjalan sesuai dengan usia kehamilan dan fisiologis, kehamilan ibu dimulai dari usia kehamilan 24 minggu 4 hari dengan diagnosa Ny. S umur 22 Tahun, G2P1A0 usia kehamilan 38 janin hidup tunggal intra uterin. Asuhan kebidanan pada persalinan ibu dilakukan secara spontan, Kala I selama 3 jam, kala II 20 menit, Kala III selama 10 menit Kala IV selama 2 jam pengawasan. Dan hasil ditemukan kondisi sehat. Asuhan kebidanan pada masa nifas berlangsung normal, 6 jam post partum tidak ada perdarahan, kontraksi uterus keras, lochea rubra, luka lecet perineum tidak ada tanda infeksi, kandung kemih kosong, tanda vital normal ibu sudah mendapatkan vitamin A sebanyak 2 kali dengan dosis 200.000 IU, nifas 6 hari sampai 6 minggu berjalan sesuai dan sehat. Asuhan kebidanan pada bayi baru lahir, bayi lahir sehat, menangis kuat, bayi sudah mendapatkan imunisasi vitamin K, hepatitis B, tetes mata, langsung setelah lahir, pemeriksaan fisik tidak ada kelainan. Asuhan kebidanan pada KB, klien memutuskan menggunakan kb suntik 3 bulan saat 14 hari masa nifas.

B. Saran

Penulis ingin menyumbangkan saran di akhir penulisan laporan tugas akhir ini dalam mengupayakan peningkatan pelayanan kesehatan khususnya dalam asuhan kebidanan komprehensif, yaitu sebagai berikut :

1. Bagi institusi

Diharapkan semakin memperbaharui skill yang akan diajarkan dan selalu mengikuti perkembangan ilmu kebidanan terkini, sehingga mampu

meningkatkan profesionalitas kinerja mahasiswa kebidanan nantinya setelah terjun di masyarakat. Selain itu, diharapkan lebih menyamakan persepsi dalam pencapaian target asuhan yang telah ditetapkan.

2. Bagi Klien

- a. Diharapkan dapat menambah wawasan dan pengetahuan ibu tentang masa hamil, bersalin, bayi baru lahir, nifas, neonatus dan KB sehingga dapat menjalaninya tanpa adanya komplikasi.
- b. Diharapkan dapat menjadi penambah wawasan bagi klien bahwa kehamilan dengan grande multipara, usia resiko tinggi dan anemia akan menimbulkan dampak atau resiko yang dapat terjadi pada ibu dan bayi hingga menyebabkan kematian jika tidak di berikan pendampingan yang berkelanjutan dari tenaga kesehatan.
- c. Diharapkan dapat membawa bayi ke fasilitas kesehatan untuk di imunisasi sesuai jadwal yang terdapat di buku KIA.

3. Bagi Mahasiswa Kebidanan

- a. Diharapkan selalu memaksimalkan diri dalam mengaplikasikan ilmu yang diperoleh di bangku perkuliahan selama praktek di lapangan.
- b. Diharapkan dari saat praktek ke lapangan, mahasiswa menggunakan alat kesehatan pribadi masing-masing untuk melakukan asuhan yang ingin dicapainya sehingga tidak bergantung pada alat kesehatan milik institusi.
- c. Diharapkan dalam pelaksanaa Laporan COC berikutnya dapat lebih baik dan lebih memahami lagi baik dalam penulisan maupun pelaksanaan asuhan.

DAFTAR PUSTAKA

- Affandi., B. 2012. *Buku Panduan Praktis Pelayanan Kontrasepsi Edisi 4*. Jakarta: PT Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Anggraini, Yetti. 2010. *Asuhan Kebidanan Masa Nifas*. Yogyakarta: Pustaka Rahima
- Ambarwati, E,R,Diah, W. 2010. *Asuhan Kebidanan Nifas*. Yogyakarta: Nuha Medika
- Astuti, Sri., dkk. 2015. *Asuhan Ibu Dalam Masa Kehamilan Buku Ajar Kebidanan Antenatal Care (ANC)*. Jakarta: Erlangga
- Damayanti, Ika Putri, dkk. 2014. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Komprehensif Pada Ibu Bersalin Dan Bayi Baru Lahir*. Yogyakarta: DeePublish
- Diana, S. 2017. *Model Asuhan Kebidanan Continuity Of Care*. Surakarta: CV. Kekata Grup
- Dewi, V.N.L., dan T. Sunarsih. 2011. *Asuhan Kehamilan untuk Kebidanan*. Jakarta: Salemba Medika
- Jannah, Nurul. 2013. *Konsep Dokumentasi Kebidanan*. Jogjakarta: Ar-Ruz Media
- Juwita, S., & Priskusanti, R. D. (2020). *Asuhan Neonatus*. Pasururuan: Qiara Media. [https://books.google.co.id/books?id=xDDwDwAAQBAJ&pg=PA2&dq=klasifikasi+bayi+menurut+berat+lahir+dan+masa+gestasi&hl=jv&sa=X&ved=2ahUKEwiXyIjynrPuAhWUub30KHcu7A0kQuwUwAXoECAIQCA#v=onepage&q=klasifikasi bayi menurut berat lahir dan masagestasi&f=false](https://books.google.co.id/books?id=xDDwDwAAQBAJ&pg=PA2&dq=klasifikasi+bayi+menurut+berat+lahir+dan+masa+gestasi&hl=jv&sa=X&ved=2ahUKEwiXyIjynrPuAhWUub30KHcu7A0kQuwUwAXoECAIQCA#v=onepage&q=klasifikasi%20bayi%20menurut%20berat%20lahir%20dan%20masa%20gestasi&f=false).
- Kurniarum, A. (2016). *Asuhan Kebidanan Persalinan dan Bayi Baru Lahir*. <http://bppsdmk.kemkes.go.id/pusdiksdmk/wpcontent/uploads/2017/08/Asuhan-Kebidanan-Persalinan-dan-BBLKomprehensif.pdf>
- Kemenkes RI. (2020). *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2019*. Jakarta: Kemenkes RI. <https://www.kemkes.go.id/folder/view/01/structure-publikasi-pusdatin-profil-kesehatan.html>
- JNPK – KR. 2017. *Asuhan Persalinan Normal*. Jakarta: JNPK – KR
- Legawati. 2018. *Asuhan Persalinan dan Bayi Baru Lahir*. Malang: Wineka Medika
- Hidayat. (2010). *Buku ajar keperawatan maternitas edisi 4*. Jakarta : EGC

- Manuaba, I.A.C. 2010. *Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan, dan KB Untuk Pendidikan Bidan. Ed. 2.* Jakarta: EGC
- Manuaba, IBG, dkk. 2013. *Ilmu Kebidanan Penyakit Kandungan dan KB.* Jakarta: EGC
- Manuaba, I., Manuaba, I. & Manuaba, I. F., 2014. *Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan, dan KB. 2 ed.* Jakarta: EGC.
- Marmi. 2011. *Asuhan Kebidanan Pada Masa Antenatal.* Yogyakarta: Pustaka Pelajar
- Maritalia, Dewi. 2012. *Asuhan Kebidanan Nifas dan Menyusui.* Yogyakarta: Pustaka Pelajar
- Mulyani, dan M. Rinawati. 2013. *Keluarga Berencana dan Alat Kontrasepsi.* Yogyakarta: Nuha Medika
- Mulati, Erna, (ed.). 2015. *Buku Ajar Kesehatan Ibu dan Anak Continuum Of Carelife Cycle.* Jakarta: Kemenkes
- Prawirohardjo, S. 2010. *Ilmu Kebidanan.* Jakarta: Bina Pustaka.
- Prawirohardjo, Sarwono. 2011. *Ilmu Kandungan.* Jakarta: PT Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo
- Rismalinda (2015). *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Kehamilan.* Jakarta
- Romauli, S. 2014. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan I.* Yogyakarta: Nuha Medika.
- Rukiah, A.Y., dkk. 2013. *Asuhan Kebidanan I Kehamilan. Edisi Revisi.* Jakarta: Trans Info Media.
- Rukiyah. 2010. *Asuhan Kebidanan IV Patologi Kebidanan.* Jakarta: Trans Info Medika
- Sofian, Amru. 2013. *Sinopsis Obstetri.* Jakarta: EGC
- Sulistiyawati, A, dan Nurwandani W. 2018. *Asuhan Persalinan Konsep Persalinan Secara Komprehensif Dalam Asuhan Kebidanan.* Yogyakarta: Pustaka Baru
- Sondakh, J. J. 2016. *Asuhan Kebidanan Persalinan dan Bayi baru Lahir.* Malang: Penerbit Erlangga.
- Tando. 2016. *Asuhan Kebidanan Neonatus, Bayi, dan Anak*
- Walyani, E. S. (2015). *Asuhan Kebidanan pada Kehamilan.* Yogyakarta: Pustaka Baru.

- Widiastini, Luh Putu (2014). *Asuhan Kebidanan Pada Ibu Bersalin dan BBL*. Bogor: IN MEDIA
- Wulandari, Setyo Retno. (2011). *Asuhan kebidanan ibu masa nifas*. Yogyakarta : Gosyen Publishing.
- Yulizawati, Insani, A. A., Sinta, L. El, & Andriani, F. (2018). *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Pada Persalina*. Indomedia Pustaka.



**ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF PADA NY."A"
UMUR 31 TAHUN DENGAN MIOPIA**

Continuity Of Care (COC)

Oleh

TUTI HARIYATI

161221001

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI BIDAN
FAKULTAS KESEHATAN
UNIVERSITAS NGUDI WALUYO
2023**

HALAMAN PERSETUJUAN

Laporan *Continuity Of Care* (COC) Berjudul :

**ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF PADA NY. A UMUR 31 TAHUN
DENGAN MIOPIA DI BPM MINARTI, S.Tr.Keb**

Disusun Oleh :

TUTI HARIYATI

NIM. 161221001

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI BIDAN
FAKULTAS KESEHATAN
UNIVERSITAS NGUDI WALUYO**

Laporan Tugas Akhir *Continuity Of Care* (COC) Ini Telah Diperiksa, Disetujui Dan Siap Untuk Diserahkan Kepada Program Studi Pendidikan Profesi Bidan Program Profesi Fakultas Kesehatan Universitas Ngudi Waluyo

Ungaran, 27 Juni 2023

Pembimbing Akademik



Ida Sofiyanti, S.Si.T., M.Keb

NIDN : 0602018501

HALAMAN PENGESAHAN

Laporan *Continuity Of Care* (COC) Berjudul :
ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF PADA NY. A UMUR 31 TAHUN
DENGAN MIOPIA DI BPM MINARTI, S.Tr.Keb

Disusun Oleh :

TUTI HARIYATI

NIM. 161221001

Telah dipersentasikan dengan Pembimbing Akademik Program Studi Pendidikan Profesi Bidan Program Profesi, Fakultas Kesehatan Universitas Ngudi Waluyo, pada :

Hari : Selasa

Tanggal : 27 Juni 2023

Pembimbing



Ida Sofiyanti, S.Si.T., M.Keb

NIDN : 0602018501



Dekan Fakultas Kesehatan

Eko Susilo S.Kep., Ners., M.Kep

NIDN.0627097501

Ketua Program Studi



Ida Sofiyanti, S.Si.T., M.Keb

NIDN.0602018501

PERNYATAAN ORISINALITAS

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Tuti Hariyati

Nim : 161221001

Mahasiswa : Program Pendidikan Pofesi Bidan/ Ilmu Kesehatan

Dengan ini menyatakan bahwa :

1. *Continuity Of Care* (COC) Berjudul “Asuhan Kebidanan Komprehensif pada Ny. A Umur 31 Tahun dengan Miopia Di BPM Minarti, S.Tr.Keb Pringapus” adalah *Continuity Of Care* (COC) asli dan belum pernah diajukan untuk mendapatkan gelar akademik apapun di Perguruan Tinggi manapun.
2. *Continuity Of Care* (COC) ini merupakan ide dan hasil karya murni saya yang dibimbing dan dibantu oleh tim pembimbing dan Narasumber.
3. *Continuity Of Care* (COC) ini tidak memuat karya atau pendapat orang lain yang telah dipublikasi kecuali secara tertulis dicantumkan dalam naskah sebagai acuan dengan menyebutkan nama pengarang dan judul aslinya serta dicantumkan dalam daftar pustaka.
4. Pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya dan apabila dikemudian hari terdapat penyimpangan dan ketidak benaran dalam pernyataan ini, saya bersedia menerima sanksi lain sesuai dengan norma yang berlaku di Universitas Ngudi Waluyo.

Pembimbing



Ida Sofiyanti S.Si.T.,M.Keb

NIDN : 0602018501

Ungaran, 27 Juni 2023

Yang membuat pernyataan



Tuti Hariyati

NIM. 161221001

KESEDIAAN PUBLIKASI

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Tuti Hariyati

Nim : 161221001

Mahasiswa : Program Pofesi Kebidanan Fakultas Kesehatan
Universitas Ngudi Waluyo.

Menyatakan memberi kewenangan kepada Universitas Ngudi Waluyo untuk menyimpan, mengalih media atau formatkan, merawat dan mempublikasikan Laporan *Continuity Of Care* (COC) saya dengan judul “ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF PADA NY. A UMUR 31 TAHUN DENGAN MIOPIA DI BPM MINARTI, S.Tr.Keb” untuk kepentingan akademis.

Ungaran, 27 Juni 2023

Yang Membuat Pernyataan



Tuti Hariyati

161221001

KATA PENGATAR

Puji syukur penulis ucapkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa, yang telah melimpahkan Rahmat-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan penyusunan Laporan Tugas Akhir dengan judul “ Asuhan Kebidanan Komprehensif Pada Ny. A Umur 31 Tahun G1P0A0 Usia Kehamilan, 39 Minggu 5 Hari dari Kehamilan, Bersalin, Masa Nifas dan Bayi Baru lahir hingga Keluarga Berencana di Bidan Praktik Mandiri Di BPM Minarti S.Tr.Keb Desa Pringapus Kabupaten Semarang Tahun 2023”.

Laporan kasus ini ditulis sebagai pedoman untuk melaksanakan Continuity of care (COC) yang menjadi salah satu syarat tuntas dalam menempuh Pendidikan di Program Studi Pendidikan Profesi Bidan Program Profesi Fakultas Kesehatan Universitas Ngudi Waluyo. Pada kesempatan ini penulis menyampaikan ucapan terimakasih dan penghargaan yang setinggi-tingginya kepada yang terhormat:

1. Prof. dr. Subyantoro, M. Hum, selaku Rektor Universitas Ngudi Waluyo.
2. Bapak Eko Susilo, S.Kep., Ns., M.Kep selaku Ketua Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Ngudi Waluyo.
3. Ibu Ida Sofiyanti, S.SiT., M. Keb, selaku Ketua Program Studi Pendidikan Profesi Bidan sekaligus sebagai Pembimbing Akademik.
4. Seluruh Dosen Program Pendidikan Profesi Bidan dan Seluruh Staff Universitas Ngudi Waluyo.
5. Kepada Kedua Orang Tua saya yang selalu memberikan Dukungan dan Doa.
6. Kepada Ny. Anik dan keluarga yang telah bersedia dikaji dalam pengkajian laporan asuhan kebidanan komunitas ini

Laporan kasus ini di buat berdasarkan buku sumber dan arahan dari pembimbing. Namun dalam pembuatan laporan ini masih banyak kesalahan baik penulisan dan isi dari laporan ini. Untuk itu, penulis mengharapkan kritik dan saran dari pembaca. Mudah – mudahan laporan ini dapat bermanfaat dan menjadi acuan untuk pengembangan inovasi dalam bidang pendidikan kebidanan.

Ungaran, 27 Juni 2023

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN COVER.....	i
LEMBAR PERSETUJUAN.....	ii
LEMBAR PENGESAHAN	iii
PERNYATAAN ORISINILITAS.....	iv
KESEDIAAN PUBLIKASI.....	v
KATA PENGANTAR	vi
DAFTAR ISI.....	vii
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	6
C. Tujuan.....	6
D. Manfaat.....	6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	8
A. Kehamilan	8
B. Persalinan	27
C. Nifas	59
D. Bayi Baru Lahir	72
E. Keluarga Berencana	81
F. Standar Asuhan Kebidanan dan Dasar Hukum Wewenang Bidan	84
G. Manajemen Kebidanan.....	89
H. Miopia Dalam Kehamilan	91
I. Kerangka Berpikir	98
J. Kerangka Konsep	99
BAB III METODE LAPORAN KASUS.....	100
A. Jenis Laporan Kasus	100
B. Tempat dan Waktu	100
C. Subjek Laporan Kasus.....	100
D. Teknik Pengumpulan.....	100
E. Alat dan Bahan	100

BAB IV TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN	101
A. Gambaran Lokasi Studi Kasus	101
B. Tinjauan Kasus	101
C. Interpretasi Data	106
D. Masalah Diagnosa Potensial.....	107
E. Kebutuhan Tindakan Segera	107
F. Perencanaan.....	107
G. Pelaksanaan	108
H. Evaluasi	109
I. Pembahasan	129
BAB V PENUTUP.....	141
A. Kesimpulan.....	141
B. Saran.....	141
DAFTAR PUSTAKA	143

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Asuhan kebidanan komprehensif merupakan asuhan menyeluruh manajemen kebidanan mulai dari ibu hamil, bersalin, sampai bayi baru lahir sehingga persalinan dapat berlangsung aman dan bayi yang dilahirkan selamat dan sehat sampai masa nifas (Lapau, 2015). Kehamilan, persalinan, nifas dan bayi baru lahir merupakan suatu keadaan yang fisiologis namun dalam prosesnya terdapat kemungkinan suatu keadaan yang dapat mengancam jiwa ibu dan bayi bahkan dapat menyebabkan kematian (Damayanti dkk, 2014).

Asuhan Kebidanan Continuity of Care (COC) merupakan asuhan kebidanan berkesinambungan yang diberikan kepada ibu dan bayi dimulai pada saat kehamilan, persalinan, bayi baru lahir, nifas dan keluarga berencana, dengan adanya asuhan COC maka perkembangan kondisi ibu setiap saat akan terpantau dengan baik, selain itu asuhan berkelanjutan yang dilakukan bidan dapat membuat ibu lebih percaya dan terbuka karena sudah mengenal pemberiasuhan. Asuhan kebidanan secara COC adalah salah satu upaya untuk menurunkan Angka kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB) (Diana, 2017)

Angka Kematian Ibu (AKI) merupakan salah satu indikator keberhasilan layanan suatu negara. Setiap hari, sekitar 830 wanita meninggal karena sebab yang dapat dicegah terkait dengan kehamilan dan persalinan. 99% dari semua kematian ibu terjadi di negara berkembang. Sekitar 830 wanita meninggal karena komplikasi kehamilan atau persalinan di seluruh dunia setiap hari. Komplikasi 11 yang menyebabkan kematian ibu yaitu perdarahan hebat setelah melahirkan, infeksi, tekanan darah tinggi selama kehamilan (pre-eklampsia dan eklampsia), komplikasi dari persalinan, dan aborsi yang tidak aman (WHO, 2019).

Berdasarkan data World Health Organization (WHO) pada tahun 2019, Angka Kematian Ibu (AKI) masih tinggi sekitar 295.000 wanita meninggal

selama dan setelah kehamilan dan persalinan. Sebagian besar dari kematian ini (94%) terjadi dirangkaian daya rendah dan sebagian besar dapat di cegah (WHO, 2019).

Angka Kematian Ibu di Indonesia dari data Profil Indonesia Tahun 2021 Jumlah kematian ibu yang dihimpun dari pencatatan program kesehatan keluarga di Kementerian Kesehatan meningkat setiap tahun. Pada tahun 2021 menunjukkan 7.389 kematian di Indonesia. Jumlah ini menunjukkan peningkatan dibandingkan tahun 2020 sebesar 4.627 kematian. Berdasarkan penyebab, sebagian besar kematian ibu pada tahun 2021 terkait COVID-19 sebanyak 2.982 kasus, perdarahan sebanyak 1.330 kasus, dan hipertensi dalam kehamilan sebanyak 1.077 kasus (Profil Kesehatan Indonesia, 2021).

Tren kematian anak dari tahun ke tahun menunjukkan penurunan, data yang dilaporkan kepada Direktorat Gizi dan Kesehatan Ibu dan Anak menunjukkan jumlah kematian balita pada tahun 2021 sebanyak 27.566 kematian balita, menurun dibandingkan tahun 2020, yaitu sebanyak 28.158 kematian. Dari seluruh kematian balita, 73,1% diantaranya terjadi pada masa neonatal (20.154 kematian). Dari seluruh kematian neonatal yang dilaporkan, sebagian besar diantaranya (79,1%) terjadi pada usia 0-6 hari, sedangkan kematian pada usia 7-28 hari sebesar 20,9% (Profil Kesehatan Indonesia, 2021).

Di Provinsi Jawa tengah secara umum terjadi penurunan kematian ibu selama periode 2017- 2019 namun pada tahun 2020 ini terlihat mulai naik lagi dan tahun 2021 sudah mencapai 199 per 100.000 kelahiran hidup, Kabupaten/ Kota dengan jumlah kasus kematian ibu tertinggi adalah Kabupaten Brebes sebanyak 105 kasus, diikuti Grobogan 84 kasus, dan Klaten 45 kasus. Kabupaten/ Kota dengan kasus kematian ibu terendah adalah Kota Magelang dengan 2 kasus, diikuti Kota Tegal dengan 3 kasus, Sebesar 50,7 persen kematian maternal di Provinsi Jawa Tengah terjadi pada waktu nifas Sementara berdasarkan kelompok umur, kejadian kematian maternal terbanyak adalah pada usia 20-34 tahun yaitu sebesar 65,4 persen. Masih ditemukan

sekitar 1,4 persen kematian ibu yang terjadi pada kelompok umur <20 tahun (Profil Kesehatan Provinsi Jawa Tengah, 2021).

AKN di Jawa Tengah tahun 2021 sebesar 5,9 per 1.000 kelahiran hidup. Perhatian terhadap upaya penurunan angka kematian neonatal (0-28 hari) menjadi penting karena kematian neonatal memberi kontribusi terhadap 74,3 persen kematian bayi di Provinsi Jawa Tengah. Tren angka kematian neonatal, bayi dan balita dari tahun ke tahun sudah menunjukkan penurunan, Kabupaten/ Kota dengan AKN tertinggi adalah Kota Magelang dan terendah adalah Kota Surakarta. Sebesar 42,9 persen kabupaten/ kota mempunyai AKN yang lebih rendah dibandingkan AKN tingkat provinsi, Sebagian besar kematian neonatal di Provinsi Jawa Tengah tahun 2021 disebabkan karena BBLR dan asfiksia (Profil Kesehatan Provinsi Jawa Tengah, 2021).

Selama kehamilan peningkatan risiko miopia atau mengarah ke keadaan miopia biasanya terjadi. Namun keadaan sebaliknya berkebalikan saat melahirkan atau tahap menyusui. Adanya estrogen reseptor telah diajukan sebagai penyebab perubahan fisiologi pada kornea dan lensa selama kehamilan. Selain itu juga menjadi pemicu terjadinya keadaan miopia yang memburuk dan penurunan akomodasi. Kornea menjadi menebal antara 1 dan 16 μm disertai edematosa sekunder terhadap resistensi cairan dalam kehamilan. Terdapat bukti bahwa selama kehamilan kornea menebal dan terjadi pengeluaran cairan pada stroma yang dikaitkan dengan aktivasi dari reseptor estrogen dan juga karena peningkatan hormonal yang menyebabkan elastisitas dan biomekanikal dari jaringan kornea.

Beberapa penelitian telah melaporkan bahwa perubahan refraktif selama kehamilan ditemukan pada 14% kasus wanita hamil yakni ketajaman penglihatan, gangguan refraktif serta terjadinya miopia, perubahan yang bersifat sementara dan akan kembali seperti sebelum hamil dalam beberapa bulan setelah persalinan. Kesepakatan umum bahwa terjadinya miopia disebabkan oleh penambahan lengkung lensa, di mana perubahan refraktif berkembang seiring dengan perubahan lengkung kornea ataupun ketebalannya. Penelitian lain juga mengemukakan bahwa seseorang yang hamil

dengan riwayat gangguan refraktif sebelumnya maka akan memperburuk fungsi refraktif pada pertengahan usia kehamilan. Patologi okular telah dianggap sebagai hal yang penting dalam menentukan metode persalinan. Miopia dan faktor risiko untuk pelepasan retina (retinal detachment) jarang digunakan sebagai indikasi dilakukan seksio sesarea sebelumnya. Miopia merupakan gangguan refraksi dengan -6 D diklasifikasikan sebagai miopia tinggi dan di sisi lain juga sebagai miopia patologis dengan komplikasi seperti katarak, glaukoma, makula degeneratif, dan pelepasan retina (retinal detachment) yang dapat memicu kebutaan.

Ibu hamil dengan mata minus, terutama mata minus dengan kacamata minus 6 ke atas, berisiko mengalami komplikasi. Komplikasi mata minus yang tinggi adalah ablasi retina (robeknya retina), pecah pembuluh darah, katarak, dan glaukoma. Pada mata minus atau miopi, terutama yang minusnya tinggi, dapat terjadi komplikasi berupa terbentuknya pembuluh darah baru di retina yang rentan mengalami perdarahan. Selain itu, penderita mata minus juga rentan mengalami kerusakan retina, yang dikhawatirkan akan memburuk saat melahirkan secara normal. Ketika melahirkan normal, pembuluh darah baru di retina tersebut bisa pecah hingga menimbulkan perdarahan di retina. Kerusakan struktur retina yang telah terjadi sebelumnya juga dikhawatirkan menyebabkan retina robek saat melahirkan. Kedua hal tersebutlah yang menjadi pertimbangan dokter kandungan dan dokter mata untuk menyarankan ibu hamil melahirkan dengan operasi caesar.

Pada kehamilan terjadi perubahan hormonal, beberapa penelitian telah menunjukkan bahwa hormon androgen, estrogen, dan atau reseptor progesteron yang terdapat di jaringan okular seperti glandula lakrimal, glandula meibomian, konjungtiva, kornea, iris atau badan siliaris, lensa, retina atau uvea. Selama kehamilan, berbagai perubahan fisiologi terjadi pada tubuh akibat dari perubahan hormonal yang berasal dari plasenta. Adanya plasenta ini menyebabkan perubahan baik secara sistemik maupun lokal termasuk pada mata. Ketajaman mata rata-rata berkurang dari trimester pertama hingga trimester terakhir. Pada keadaan setelah persalinan, ketajaman penglihatan

akan kembali seperti sebelum kehamilan. Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Pizzarel, melaporkan bahwa seseorang yang menderita miopia gejala yang timbul semakin memburuk selama kehamilan dibanding dengan yang tidak menderita myopia

Untuk menurunkan AKI dan AKB maka diperlukan tenaga kesehatan yang mempunyai kewenangan dalam memberikan pelayanan kepada ibu dan anak salah satunya yaitu seorang bidan. Dimana bidan sebagai tenaga kesehatan yang harus kreatif dalam menjalankan kebijakan kebijakan yang dapat membantu dalam meningkatkan pelayanan kesehatan terutama bagi ibu dan anak sehingga mempunyai peran penting untuk membantu kesehatan diindonesia terutama mampu dalam membantu menurunkan AKI dan AKB (Dinkes Jateng, 2017;h.10).

Selain itu mahasiswa juga melakukan asuhan berkelanjutan atau COC (continuity of care) yang merupakan konsep pembelajaran berbasis pasien dan mahasiswa dapat belajar langsung dari pasien. Selain itu, mahasiswa juga berpartisipasi aktif dalam pengalaman COC (continuity of care) sehingga mampu mengembangkan dan memberikan perawatan berpusat pada wanita. Agar mencapai COC (continuity of care) yang benar mahasiswa diminta untuk menyediakan sejumlah perawatan di bidang kebidanan, yang melibatkan pasien yang berbeda selama masa antenatal care, intranatal care, dan pasca kelahiran (Yanti dkk, 2015).

Pada Pelaksanaan Continuity Of Care dilaksanakan di BPM Minarti. BPM Minarti ini menerima pemeriksaan kehamilan, persalinan, nifas, Bayi Baru Lahir , KB dan Pengobatan Umum lainnya. Pada Pelaksanaan tindakan kehamilan persalinan nifas, BBL dilakukan dirumah untuk kunjungan selanjutnya bidan melakukan kunjungan rumah untuk memberikan pelayanan yang optimal sesuai standart kunjungan setelah bersalin. Dari Standart alat APN di BPM Minarti sudah terpenuhi dengan baik.

Hasil Studi pendahuluan pada tanggal 26 November 2022 Pukul 15.00 Wib, dengan melakukan kunjungan rumah Dusun Kemasan RT 4 / RW 5 Desa Klepu Kec. Pringapus, Kabupaten Semarang, Jawa Tengah didapatkan data

klien hamil anak pertama dengan usia kehamilan 29 minggu, tidak pernah keguguran, menderita miopia -4

Berdasarkan latar belakang diatas penulis tertarik untuk melakukan asuhan kebidanan komprehensif pada Ny A selama masa kehamilan, persalinan, nifas, bayi baru lahir (BBL), dan Keluarga berencana dan melakukan pendokumentasian di BPM Minarti, S.Tr.Keb

B. Rumusan Masalah

“Bagaimana penerapan asuhan kebidanan komprehensif pada Ny. A pada masa kehamilan, persalinan, Nifas, BBL dan KB di BPM Minarti, S.Tr.Keb Pringapus Tahun 2023?”

C. Tujuan

1. Tujuan Umum

Memberikan asuhan kebidanan secara *continuity of care* (berkesinambungan) pada Ny. A Umur 31 Tahun G1P0A0 pada masa kehamilan, persalinan, Nifas, BBL dan KB

2. Tujuan Khusus

- a. Melakukan Asuhan Kebidanan Pada Ibu Hamil
- b. Melakukan Asuhan Kebidanan Pada Ibu Bersalin
- c. Melakukan Asuhan Kebidanan Pada Ibu Nifas
- d. Melakukan Asuhan Kebidanan Pada BBL
- e. Melakukan Asuhan Kebidanan Pada KB

D. Manfaat

1. Bagi Pasien

Pasien mendapatkan asuhan kebidanan komprehensif yang sesuai dengan standar pelayanan kebidanan dan menambah pengetahuan mengenai kehamilan, persalinan, Nifas dan BBL, Pasien dapat mendeteksi lebih dini masalah yang terjadi selama Kehamilan, Bersalin, Nifas, bbl dan BerKB

2. Bagi Penulis

Untuk menambah wawasan, kompetensi diri dan mempraktikan teori yang di dapat secara langsung di lapangan dalam memberikan asuhan kebidanan komprehensif pada ibu hamil, bersalin, Nifas dan BBL.

3. Bagi Pendidikan

Dapat menambah referensi kepustakaan, sumber bacaan dan bahan pelajaran terutama yang berkaitan dengan asuhan kebidanan komprehensif pada ibu hamil, bersalin, nifas dan BBL.

4. Bagi Bidan Praktik Klinik

Sebagai bahan masukan agar dapat mempertahankan dan meningkatkan mutu pelayanan kebidanan secara komprehensif terutama pada ibu hamil, bersalin, Nifas dan BBL

BAB II

TINJUAN PUSTAKA

A. Konsep Kehamilan

1. Pengertian Kehamilan

Kehamilan Proses kehamilan merupakan mata rantai yang bersinambung dan terdiri dari : ovulasi, migrasi spermatozoa dan ovum, konsepsi dan pertumbuhan zigot, nidasi (implantasi) pada uterus, pembentukan plasenta dan tumbuh kembang hasil konsepsi sampai aterm. (Manuaba, 2010) Masa kehamilan dimulai dari konsepsi sampai lahirnya janin. Lamanya hamil normal adalah 280 hari (40 minggu atau 9 bulan 7 hari) dihitung dari hari pertama haid terakhir (Prawirohardjo,2011)

Kehamilan merupakan proses yang alamiah perubahan-perubahan yang terjadi pada wanita selama kehamilan normal adalah bersifat fisiologis. Oleh karena itu, asuhan yang diberikan adalah asuhan yang meminimalkan intervensi. Bidan harus memfasilitasi proses alamiah dari kehamilan dan menghindari tindakan-tindakan yang bersifat medis yang tidak terbukti manfaatnya.(Dartiwen dan Nurhayati, 2019)

Hari pertama haid terakhir ibu guna menentukan usia kehamilan dan memperkirakan tanggal kelahiran. rumus sederhana menentukan tanggal kelahiran yaitu tanggal ditambah 7, sedangkan bulan ditambah 3 (dihitung dari hari pertama haid terakhir). (Atiqoh, 2020)

2. Klasifikasi kehamilan

a. Kehamilan diklasifikasikan dalam 3 trimester menurut Sarwono, 2011.

- 1) Trimester kesatu, dimulai dari konsepsi sampai 3 bulan (0- 12 minggu).
- 2) Trimester kedua dari bulan keempat sampai 6 bulan (13-27 minggu).
- 3) Trimester ketiga dari bulan ketujuh sampai 9 bulan (28-40 minggu).

Menurut Muslihatun (2011) usia kehamilan (usia gestasi) adalah masa sejak terjadinya konsepsi sampai dengan saat kelahiran, dihitung dari hari pertama haid terakhir (mesntrual age of pregnancy). Kehamilan

cukup bulan (term/ aterm adalah usia kehamilan 37 – 42 minggu (259 – 294 hari) lengkap. Kehamilan kurang bulan (preterm) adalah masa gestasi kurang dari 37 minggu (259 hari). Dan kehamilan lewat waktu (postterm) adalah masa gestasi lebih dari 42 minggu 16 (294 hari).

- b. Standart minimal Kunjungan Kehamilan Sebaiknya ibu memperoleh sedikitnya 4 kali kunjungan selama kehamilan , yang terdistribusi dalam 3 trimester, yaitu sbb:
- 1) 1 kali pada trimester I
 - 2) 1 kali pada trimester II
 - 3) 2 kali pada trimester III

3. Proses Kehamilan

a. Fertilisasi

Yaitu bertemunya sel telur dan sel sperma. Tempat bertemunya ovum dan sperma paling sering adalah didaerah ampulla tuba. Sebelum keduanya bertemu, maka akan terjadi 3 fase yaitu:

- 1) Tahap penembusan korona radiata Dari 200 – 300 juta hanya 300 – 500 yang sampai di tuba fallopi yang bisa menembus korona radiata karena sudah mengalami proses kapasitasasi.
- 2) Penembusan zona pellusida Spermatozoa lain ternyata bisa menempel dizona pellusida, tetapi hanya satu terlihat mampu menembus oosit.
- 3) Tahap penyatuan oosit dan membran sel sperma Setelah menyatu maka akan dihasilkan zigot yang mempunyai kromosom diploid (44 autosom dan 2 gonosom) dan terbentuk jenis kelamin baru (XX untuk wanita dan XY untuk laki - laki)

b. Pembelahan

Setelah itu zigot akan membelah menjadi tingkat 2 sel (30 jam), 4 sel , 8 sel, sampai dengan 16 sel disebut blastomer (3 hari) dan membentuk sebuah gumpalan bersusun longgar. Setelah 3 hari sel – sel tersebut akan membelah membentuk morula (4 hari). Saat morula masuk rongga rahim, cairan mulai 17 menembus zona pellusida masuk kedalam ruang antar sel yang ada di massa sel dalam. Berangsur – angsur ruang

antar sel menyatu dan akhirnya terbentuklah sebuah rongga/blastokel sehingga disebut blastokista (4 – 5 hari). Sel bagian dalam disebut embrioblas dan sel diluar disebut trofoblas. Zona pellusida akhirnya menghilang sehingga trofoblast bisa masuk endometrium dan siap berimplantasi (5 – 6 hari) dalam bentuk blastokista tingkat lanjut.

c. Nidasi / implantasi

Yaitu penanaman sel telur yang sudah dibuahi (pada stadium blastokista) kedalam dinding uterus pada awal kehamilan. Biasanya terjadi pada pars superior korpus uteri bagian anterior/posterior. Pada saat implantasi selaput lendir rahim sedang berada pada fase sekretorik (2 – 3 hari setelah ovulasi). Pada saat ini, kelenjar rahim dan pembuluh nadi menjadi berkelok – kelok. Jaringan ini mengandung banyak cairan (Marjati,dkk.2010)

4. Pertumbuhan dan Perkembangan Embrio

a. Masa pre embrionic Berlangsung selama 2 minggu sesudah terjadinya fertilisasi terjadi proses pembelahan sampai dengan nidasi. Kemudian bagian inner cell mass akan membentuk 3 lapisan utama yaitu ekstoderm, endoderm serta mesoderm.

1) Masa embrionic

Berlangsung sejak 2 – 6 minggu sistem utama didalam tubuh telah ada didalam bentuk rudimenter. Jantung menonjol dari tubuh dan mulai berdenyut. Seringkali disebut masa organogenesis/ masa pembentukan organ.

2) Masa fetal

Berlangsung setelah 2 minggu ke-8 sampai dengan bayi lahir Minggu ke 12 : Panjang tubuh kira – kira 9 cm, berat 14 gram, sirkulasi tubuh berfungsi secara penuh, tractus renalis mulsi berfungsi, terdapat refleks menghisap dan menelan, genitalia tampak dan dapat ditentukan jenis kelaminnya.

- a) Minggu ke 16 : Panjang badan 16 cm, berat 10 gram, kulit sangat transparan sehingga vaso darah terlihat, deposit lemak subkutan lemak terjadi rambut mulai tumbuh pada tubuh.
- b) Minggu ke 20 : Kepala sekarang tegak dan merupakan separuh PB, wajah nyata, telinga pada tempatnya, kelopak mata, lais dan kuku tumbuh sempurna. Skeleton terlihat pada pemeriksaan sinar X kelenjar minyak telah aktif dan verniks kaseosa akan melapisi tubuh fetus, gerakan janin dapat ibu setelah kehamilan minggu ke 18, traktus renalis mulai berfungsi dan sebanyak 7 – 17 ml urine dikeluarkan setiap 24 jam.
- c) Minggu ke 24 : Kulit sangat keriput, lanugo menjadi lebih gelap dengan vernix kaseosa meningkat. Fetus akan menyepak dalam merespon rangsangan.
- d) Minggu ke 28 : Mata terbuka, alis dan bulu mata telah berkembang dengan baik, rambut menutupi kepala, lebih banyak deposit lemak subkutan menyebabkan kerutan kulit berkurang, testis turun ke skrotum.
- e) Minggu ke 32 : Lanugo mulai berkurang, tubuh mulai lebih membulat karena lemak disimpan disana, testis terus turun.
- f) Minggu ke 36 : Lanugo sebagian besar terkelupas, tetapi kulit masih tertutup verniks kaseosa, testis fetus laki – laki terdapat didalam skrotum pada minggu ke 36 ovarium perempuan masih berada di sekitar batas pelvis, kuku jari tangan dan kaki sampai mencapai ujung jari, umbilikus sekarang terlihat lebih dipusat abdomen.
- g) Minggu ke 40 : Osifikasi tulang tengkorak masih belum sempurna, tetapi keadaan ini merupakan keuntungan dan memudahkan fetus melalui jalan lahir. Sekarang terdapat cukup jaringan lemak subkutan dan fetus mendapatkan tambahan BB hampir 1 kg pada minggu tersebut (Marjati,dkk, 2010)

5. Tanda dan Gejala Kehamilan

a. Tanda presumtif kehamilan

- 1) Amenore (terlambat datang bulan) Konsepsi dan nidasi menyebabkan tidak terjadinya pembentukan folikel de Graff dan ovulasi di ovarium. Gejala ini sangat penting karena umumnya wanita hamil tidak dapat haid lagi selama kehamilan, dan perlu diketahui hari pertama haid terakhir untuk menentukan tuanya kehamilan dan tafsiran persalinan.
- 2) Mual muntah Umumnya terjadi pada kehamilan muda dan sering terjadi pada pagi hari. Progesteron dan estrogen mempengaruhi pengeluaran asam lambung yang berlebihan sehingga menimbulkan mual muntah.
- 3) Ngidam Menginginkan makanan/minuman tertentu, sering terjadi pada bulan-bulan pertama kehamilan tetapi menghilang seiring tuanya kehamilan.
- 4) Sinkope atau pingsan, Terjadi sirkulasi ke daerah kepala (sentral) menyebabkan iskemia susunan saraf dan menimbulkan sinkope/pingsan dan akan menghilang setelah umur kehamilan lebih dari 16 minggu.
- 5) Payudara tegang
Pengaruh estrogen, progesteron, dan somatomotropin menimbulkan deposit lemak, air, dan garam pada payudara menyebabkan rasa sakit terutama pada kehamilan pertama.
- 6) Anoreksia nervosa
Pada bulan-bulan pertama terjadi anoreksia (tidak nafsu makan), tapi setelah itu nafsu makan muncul lagi.
- 7) Sering kencing
Hal ini sering terjadi karena kandung kencing pada bulan-bulan pertama kehamilan tertekan oleh uterus yang mulai membesar. Pada triwulan kedua umumnya keluhan ini hilang karena uterus yang membesar keluar rongga panggul.

8) Konstipasi/obstipasi

Hal ini terjadi karena tonus otot menurun disebabkan oleh pengaruh hormone estrogen.

9) Epulis

Hipertrofi gusi disebut epulis dapat terjadi pada kehamilan.

10) Pigmentasi

Terjadi pada kehamilan 12 minggu keatas

a) Pipi : Cloasma gravidarum

b) Keluarnya melanophore stimulating hormone hipofisis anterior menyebabkan pigmentasi yang berlebihan pada kulit.

c) Perut : Striae livide - Striae albican

d) Linea alba makin menghitam

e) Payudara : hipepigmentasi areola mammae

f) Varises atau penampakan pembuluh vena Karena pengaruh estrogen dan progesteron terjadi penampakan pembuluh darah vena. Terutama bagi mereka yang mempunyai bakat. Penampakan pembuluh darah itu terjadi disekitar genitalia eksterna, kaki dan betis erta payudara.

b. Tanda Kemungkinan (Probability Sign)

1) Pembesaran Perut Terjadi akibat pembesaran uterus. Hal ini terjadi pada bulan keempat kehamilan.

a) Tanda Hegar Tanda Hegar adalah pelunakan dan dapat ditekannya isthmus uterus.

b) Tanda Goodel Pelunakan serviks

c) Tanda Chadwicks Perubahan warna menjadi keunguan pada vulva dan mukosa vagina termasuk juga porsio dan serviks.

d) Tanda Piskacek Pembesaran uterus yang tidak simetris. Terjadi karena ovum berimplantasi pada daerah dekat dengan kornu sehingga daerah tersebut berkembang lebih dulu.

e) Kontraksi Braxton Hicks Peregangan sel – sel otot uterus, akibat meningkatnya actomycin didalam otot uterus. Kontraksi ini tidak

beritmik, sporadis, tidak nyeri, biasanya timbul pada kehamilan 8 minggu.

- f) Teraba Ballotement Ketukan yang mendadak pada uterus menyebabkan janin bergerak dalam cairan ketuban yang dapat dirasakan oleh tangan pemeriksa.
- g) Pemeriksaan tes biologi kehamilan (planotest) positif Pemeriksaan ini adaah untuk mendeteksi adanya hCG yang diproduksi oleh sinsitotrofoblas sel selama kehamilan. Hormon ini disekresi diperedaran darah ibu (pada plasma darah), dan diekskresi pada urine ibu.

c. Tanda Pasti (Positive Sign)

- 1) Gerakan janin Dalam rahim Gerakan janin ini harus dapat diraba dengan jelas oleh pemeriksa. Gerakan ini baru dapat dirasakan pada usia kehamilan sekitar 20 minggu.
- 2) Denyut jantung janin Dapat didengar pada usia 12 minggu dengan menggunakan alat fetal electrocardiograf (misalnya doppler).
- 3) Bagian bagian janin Bagian besar janin (kepala dan bokong) serta bagian kecil janin (lengan dan kaki) dapat diraba dengan jelas pada usia kehamilan lebih tua (trimester akhir)
- 4) Kerangka janin Kerangka janin dapat dilihat dengan foto rontgen maupun USG (Marjati dkk, 2010)

6. Tanda Bahaya Kehamilan

Menurut kementerian kesehatan (2013) 6 masalah ini bisa menyebabkan keguguran atau kelahiran dini(prematur) yang membahayakan ibu dan bayi yaitu:

- a. Perdarahan Pada Hamil Muda Maupun Hamil Tua
- b. Bengkak Dikaki, Tangan Atau Wajah Disertai Sakit Kepala Atau Kejang.
- c. Demam Atau Panas Tinggi
- d. Air ketuban keluar sebelum waktunya
- d. Bayi Dikandung Gerakannya Berkurang Atau Tidak Bergerak
- e. Muntah terus (tidak mau makan)

7. Antenatal Care (ANC)

ANC adalah upaya preventif program pelayanan kesehatan obstetric untuk optimalisasi luaran maternal dan neonatal melalui serangkaian kegiatan pemantauan rutin selama kehamilan. (Prawirohardjo, 2010).

a. Tujuan ANC

- 1) Memonitor kemajuan kehamilan guna memastikan kesehatan ibu dan perkembangan bayi yang normal
- 2) Mengenali secara dini penyimpangan dari normal dan memberikan penatalaksanaan yang di perlukan
- 3) Membina hubungan saling percaya antara ibu dan bidan dalam rangka mempersiapkan ibu dan keluarga secara fisik, emosional, dan logis untuk menghadapi kelahiran serta serta kemungkinan adanya komplikasi.(Rismalinda, 2015)

b. Kebijakan Program Asuhan ANC

Menurut teori (Rismalinda,2015), ditinjau dari tuanya kehamilan, kehamilan dibagi dalam 3 bagian, yaitu:

- 1) Kehamilan triwulan pertama (antara 0 – 14 minggu)
- 2) Kehamilan triwulan kedua (antara 14 – 28 minggu)
- 3) Kehamilan triwulan ketiga (antara 28 – 40 minggu)

c. Standar Pelayanan Minimal Antenatal

Pelayanan antenatal sesuai standar adalah pelayanan yang diberikan ibu hamil minimal 4 kali selama kehamilan dengan jadwal satu kali pada trimester pertama, satu kali pada trimester kedua dan dua kali pada trimester ketiga yang dilakukan oleh bidan atau dokter spesialis kebidanan baik yang bekerja di fasilitas pelayanan kesehatan pemerintah maupun swasta yang memiliki Surat Tanda Registrasi (STR).

Pemeriksaan Antenatal Care terbaru sesuai dengan standar pelayanan yaitu minimal 6 kali pemeriksaan selama kehamilan,dan minimal 2 kali pemeriksaan oleh dokter pada trimester I dan III. 2 kali pada trimester pertama (kehamilan hingga 12 minggu), 1 kali pada trimester kedua (kehamilan diatas 12 minggu sampai 26 minggu), 3 kali

pada trimester ketiga (kehamilan diatas 24 minggu sampai 40 minggu) (Buku KIA Terbaru Revisi tahun 2020).

d. Standar Asuhan Pelayanan Pemeriksaan Kehamilan / ANC.

Menurut Depkes RI (2014) Dalam melakukan pemeriksaan antenatal, tenaga kesehatan harus memberikan pelayanan yang berkualitas sesuai standar terdiri dari :

- 1) Timbang Berat Badan dan ukur tinggi badan Penimbangan berat badan pada setiap kali kunjungan antenatal dilakukan untuk mendeteksi adanya gangguan pertumbuhan janin. Penambahan berat badan yang kurang dari 9 kilogram selama kehamilan atau kurang dari 1 kilogram setiap bulannya menunjukkan adanya gangguan pertumbuhan janin. Pengukuran tinggi badan pada pertama kali kunjungan dilakukan untuk menapis adanya faktor risiko pada ibu hamil. Tinggi badan ibu hamil kurang dari 145 cm meningkatkan risiko untuk terjadinya CPD (Cephalo Pelvic Disproportion).
- 2) Ukur Tekanan Darah
Pengukuran tekanan darah pada setiap kali kunjungan antenatal dilakukan untuk mendeteksi adanya hipertensi (tekanan darah 140/90 mmHg pada kehamilan dan preeklampsia (hipertensi) disertai edema wajah dan atau tungkai bawah dan atau proteinuria).
- 3) Nilai Status Gizi (ukur lingkar lengan Atas/LILA)
LILA <23,5 cm, resiko KEK (kurang energi kronis)
- 4) Ukur Tinggi Fundus Uteri Pengukuran tinggi fundus pada setiap kali kunjungan antenatal dilakukan untuk mendeteksi pertumbuhan janin sesuai atau tidak sesuai dengan umur kehamilan, kemungkinan ada gangguan pertumbuhan janin. Standar pengukuran menggunakan pita ukur setelah kehamilan 24 minggu.

Tabel 2.1 Ukuran tinggi Fundus Uteri

Usia kehamilan (Minggu)	Tinggi Fundus Uteri
12	3 jari diatas simfisis
16	Pertengahan Pusat-simfisis
20	3 jari dibawah pusat
24	Setinggi pusat
28	3 jari diatas pusat
32	Pertengahan pusat-prosesus xiphoideus (px)
36	1 jari dibawah prosesus xiphoideus (px)
40	3 jari di bawah prosesus xiphoideus

- 5) Beri Imunisasi Tetanus Toksoid (TT) Untuk mencegah terjadinya tetanus neonatorum, ibu hamil harus mendapat imunisasi TT. Pada saat kontak pertama., ibu hamil di skrining status imunisasi TT, Pemberian imunisasi TT pada ibu hamil , sesuai dengan status imunisasi saat ini.

Table 2.2 Jadwal Imunisasi Tetanus Toxoid

TT Ke	Interval	Lama Perlindungan
TT1	Pada kunjungan antenatal pertama	
TT2	4 Minggu setelah TT1	3 Tahun
TT3	6 bulan setelah TT2	5 tahun
TT4	1 Tahun setelah TT3	10 Tahun
TT5	1 Tahun setelah TT4	35 tahun atau seumur hidup

- 6) Beri Tablet Tambah Darah (Zat Besi)

Untuk mencegah anemia gizi besi, setiap ibu hamil harus mendapat tablet zat besi minimal 90 tablet selama kehamilan diberikan sejak kontak pertama.

- 7) Pemeriksaan Hb

Pemeriksaan Hb yang sederhana yakni dengan cara Talquis dan dengan cara Sahli. Pemeriksaan Hb dilakukan pada kunjungan ibu hamil pertama kali, lalu periksa lagi menjelang persalinan. Pemeriksaan Hb adalah salah satu upaya untuk mendeteksi Anemia pada ibu hamil. Menurut WHO kadar Hb terdiri dari :

- a) Normal : 11,5 gr%
- b) Anemia ringan : 9-11 gr%
- c) Anemia sedang : 7-8,9 gr% d. Anemia berat : < 7 gr%

8) Temu wicara / Konseling Komunikasi yang baik antara pasien dan tenaga kesehatan, sangat penting dibina dari sejak awal melalui temu wicara dapat ditemukan kesepakatan untuk melakukan rujukan apabila terjadi komplikasi-komplikasi pada saat kehamilan.

8. Perubahan Fisiologis Pada Ibu Hamil Trimester I, II dan III

a. Trimester 1 (satu)

1) Uterus

Selama kehamilan uterus akan beradaptasi untuk menerima hasil konsepsi sampai nanti persalinan. Pada usia kehamilan 12 minggu uterus berukuran kira-kira seperti buah jeruk besa

2) Serviks

Serviks merupakan organ yang kompleks dan heterogen yang mengalami perubahan yang luar biasa selama kehamilan dan persalinan. Satu bulan setelah konsepsi serviks akan menjadi lebih lunak dan menjadi kebiruan. Serviks bersifat seperti katub yang bertanggung jawab menjaga janin di dalam uterus sampai akhir kehamilan dan selama kehamilan. Selama kehamilan serviks tetap tertutup rapat, melindungi janin dari kontaminasi eksternal, dan menahan isi uterus. Panjang uterus tetap sama yaitu kurang lebih 2,5 cm selama kehamilan tetapi menjadi lebih lunak karna adanya peningkatan estrogen dan progesteron dan menjadi berwarna kebiruan dikarenakan peningkatan vaskularitas.

3) ovarium

Proses ovulasi selama kehamilan akan terhenti dan pematangan folikel baru juga ditunda. hanya satu korpus luteum yang dapat ditemukan di ovarium. Folikel ini akan berfungsi maksimal selama 6-7 minggu awal kehamilan dan setelah itu akan berperan sebagai

penghasil progesteron dalam jumlah yang relatif minimal (Prawirohardjo, 2010).

4) Vagina

Dinding vagina mengalami banyak perubahan yang merupakan persiapan untuk mengalami peregangan pada waktu persalinan dengan meningkatnya ketebalan mukosa, mengendorornya jaringan ikat dan hipertrofi sel otot polos. Peningkatan volume sekresi vagina juga terjadi, dimana sekresi akan berwarna keputihan, menebal dan PH antara 3,5-6 yang merupakan hasil dari peningkatan produksi asam laktat glikogen yang dihasilkan oleh epitel vagina sebagai aksi dari *Lactobacillus acidophilus* (Prawirohardjo, 2010).

5) Payudara

Pada awal kehamilan perempuan akan merasakan payudaranya menjadi lunak. Setelah bulan kedua payudara akan bertambah ukurannya dan vena-vena dibawah kulit akan lebih terlihat, Putih payudara akan lebih besar, kehitaman dan tegak, Setelah bulan pertama cairan kuning bernama kolostrum akan keluar. Kolostrum ini berasal dari kelenjar-kelenjar asinus yang mulai bersekresi.

Meskipun dapat dikeluarkan, air susu belum dapat diproduksi karena hormon prolaktin ditekan oleh prolaktin inhibiting hormone. Setelah persalinan kadar progesteron dan estrogen menurun sehingga pengaruh inhibisi progesterone terhadap α -laktalbumin akan hilang. Peningkatan prolaktin akan merangsang sintesis lactose dan pada akhirnya akan meningkatkan produksi air susu (Prawirohardjo, 2010)

b. Trimester II (Dua)

1) Uterus

Pada trimester ini uterus akan membesar sehingga uterus akan menyentuh dinding abdominal dan hampir menyentuh hati, mendorong usus ke samping dan ke atas. Pada trimester kedua ini kontraksi dapat di deteksi dengan pemeriksaan bimanual. (Rimalinda, 2015). Perubahan bentuk dan ukuran uterus :

- a) Pada kehamilan 16 minggu, tingginya rahim (uterus) setengah dari jarak simfisis dan pusat. Plasenta telah terbentuk seluruhnya.
- b) Pada kehamilan 20 minggu, fundus rahim terletak 3 jari dibawah pusat sedangkan pada umur 24 minggu tepat ditepi atas pusat.
- c) Pada kehamilan 28 minggu, tingginya fundus uteri sekitar 3 jari diatas pusat atau sepertiga antara pusat dan prosesus xifoideus. (Manuaba, 2010)

2) Vagina

Pada kehamilan trimester ke dua ini terjadinya peningkatan cairan vagina selama kehamilan adalah normal. Cairan biasanya jernih, pada saat ini biasanya agak kenyal dan mendekati persalihan menjadi cair. Yang terpenting adalah tetap menjaga kebersihan. (Rismalinda, 2015).

3) Payudara

Pada trimester kedua ini, payudara akan semakin membesar dan mengeluarkan cairan yang kekuningan yang disebut dengan colostrum. Keluarnya kolostrum ini adalah makanan bayi pertama kali yang kaya akan protein, colostrum akan keluar bila puting di pencet. Aelora payudara makin hitam karena hiperpigmentasi

c. Trimester III

1) Uterus

Perubahan bentuk dan ukuran uterus :

- a) Pada kehamilan 32 minggu, tingginya setengah jarak prosesus xifoideus dan pusat.
- b) Pada kehamilan 36 minggu, tinggi fundus uteri sekitar 1 jari dibawah prosesus xifoideus. Kepala bayi belum masuk Pintu Atas Panggul (PAP).
- c) Pada kehamilan 40 minggu, fundus uteri turun setinggi 3 jari dibawah prosesus xifoideus, karena kepala janin sudah masuk Pintu Atas Panggul (PAP). (Manuaba, 2010)

2) Serviks

Pembukaan serviks merupakan mekanisme yang terjadi saat jaringan ikat serviks yang keras dan panjang secara progresif melunak dan memendek dari atas ke bawah. Serat otot yang melunak sejajar os serviks internal tertarik ke atas, masuk ke segmen bawah uterus dan berada di sekitar bagian presentasi janin dan air ketuban.

3) Vagina

Dinding vagina mengalami banyak perubahan yang merupakan persiapan untuk mengalami peregangan pada waktu persalinan dengan meningkatkan ketebalan mukosa. Peningkatan volume secret vagina juga terjadi, dimana sekresi akan berwarna keputihan menebal, dan PH antar 3,5-6 yang merupakan hasil dari peningkatan produksi asam laktat glukogen yang dihasilkan oleh epitel vagina sebagai aksi dari *Lactobacillus acidophilus*.

9. Perubahan Psikologi Pada Ibu Hamil Trimester I, II dan III

Menurut Romauli 2014 Adapun Perubahan Psikologi Yaitu :

a. Trimester I (periode penyesuaian)

Kadar hormon estrogen dan progesteron segera setelah konsepsi mengalami 33 peningkatan sehingga menyebabkan mual muntah pada pagi hari, lemas, lelah dan membesarnya payudara. Hal ini menyebabkan ibu merasa tidak sehat dan terkadang membenci, kecewa, cemas, sedih dan menolak kehamilannya. Pada trimester pertama ini, ibu hamil selalu mencari tanda-tanda untuk meyakinkan bahwa dirinya sedang hamil

b. Trimester 2 (periode kesehatan yang baik)

Pada trimester ke 2 ini sudah tidak seperti trimester sebelumnya, ibu sudah merasa lebih sehat. Tubuh ibu sudah terbiasa dengan kadar hormon yang tinggi, rasa tidak nyaman dengan kehamilannya sudah berkurang dan menerima kehamilannya. Ibu merasa lebih stabil, dalam mengatur diri dan kondisi juga lebih baik dan menyenangkan, ibu mulai terbiasa dengan perubahan fisik yang terjadi pada dirinya.

c. Trimester 3 (periode penantian dengan penuh kewaspadaan)

Trimester 3 ini sering disebut periode menunggu dan waspada karena ibu tidak sabar menunggu kelahiran bayinya. Terkadang ibu khawatir dengan bayinya yang akan lahir sewaktu waktu. Keadaan ini menyebabkan ibu menjadi lebih waspada terjadinya tanda atau gejala terjadinya persalinan. Sering terjadi ibu yang khawatir dengan bayinya apabila lahir dengan keadaan tidak normal. Rasa tidak nyaman akibat kehamilan timbul kembali pada trimester ini, banyak ibu yang merasa dirinya aneh dan jelek. Disamping itu ibu juga merasaa sedih karena akan berpisah dengan bayinya dan kehilangan perhatian khusus yang diterimanya selama hamil

10. Ketidak Nyamanan Dan Penanganan Selama Kehamilan

a. Trimester pertama

1) Mual dan muntah

Diakibatkan karna meningkatnya kadar HCG, estrogen / progesterone. Penanganan : Hindari bau yang menyengat dan faktor penyebab, makan sedikit tapisering, hindari makanan yang berminyak dan berbumbu yang merangsang.

b. Trimester ke Dua

1) Kram kaki

Karna adanya tegang pada otot betis dan otot telapak kaki, diduga adanya ketidakseimbangan mineral di dalam tubuh ibu yang memicu gangguan pada system persyarafan otot-otot tubuh. Penanganan : lakukan senam hamil secara teratur karna senam hamil dapat memperlancar aliran darah dalam tubuh, meningkatkan komsumsi makanan yang tinggi kandungan kalsium dan magnesium seperti sayuran serta susu.

2) Sembelit

Karna peningkatan kadar progesterone menyebabkan peristaltic usus menjadi lambat. Penyerapan air di dalam kolon meningkat karan efek samping dari penggunaan zat besi.

Penanganan : tingkatkan intake cairan, serat di dalam menu makanan, istirahat yang cukup, senam hamil, membiasakan BAB secara teratur.

c. Trimester Ke Tiga

1) Sering buang air kecil

Adanya tekanan pada kandung kemih akibat semakin besar ukuran janin. Penanganan : perbanyak minum pada pagi dan siang hari dan mengurangi minum pada malam hari.

2) Nyeri Punggung

Nyeri punggung (low back pain) merupakan hal fisiologis yang terjadi pada ibu hamil, Keluhan ini dimulai pada usia kehamilan 12 minggu dan akan meningkat pada saat usia kehamilan 24 minggu hingga menjelang persalinan. Nyeri biasanya terasa di punggung bagian bawah, terkadang menyebar sampai turun ke kaki. Terdapat juga variasi besar dalam keparahan gejala di antara individu. Beberapa ibu mengalami kekakuan atau ketidaknyamanan yang bersifat sementara, sedangkan ibu lain mengalami kekakuan atau ketidaknyamanan yang berat. Rasa nyeri sering dirasakan ibu pada waktu malam hari. Hal ini diakibatkan oleh pengaruh aliran darah ke vena ke arah lumbal sebagai peralihan cairan dari intraseluler ke arah ekstraseluler akibat dari aktivitas yang dilakukan ibu (Irianti, 2013). Nyeri biasanya diperburuk oleh lamanya waktu berdiri atau duduk, membungkukkan tubuh dan mengangkat. Beberapa ibu juga mengalami nyeri di atas simfisis pubis atau spina toraks di waktu yang sama (Robson, 2012). Penyebab awal terjadinya back pain (nyeri punggung) adalah dipengaruhi oleh perubahan hormon dan postural karena uterus yang berisi janin mengubah pusat gravitasi ibu. Pusat gaya tarik bumi akan bergeser ke arah anggota gerak bawah (tungkai kaki) disini bisa terjadi kenaikan mobilitas dari sendi-sendi tubuh sendi sakrokoksigea, sakroiliaka, dan pubis. Perubahan sendi dapat ikut berpengaruh pada perubahan postur ibu

hamil dan dapat menimbulkan rasa tidak nyaman di punggung terutama terjadi pada masa-masa akhir kehamilan. (Robson, 2012)

Beberapa upaya yang dapat dilakukan untuk mengurangi nyeri punggung adalah posisi / sikap tubuh yang baik selama melakukan aktivitas, gunakan bra yang menopang dengan ukuran yang tepat, gunakan kasur yang keras, gunakan bantal ketika tidur untuk meluruskan punggung, hindari mengangkat barang berat, Posisi duduk sebaiknya duduklah dengan posisi bersandar dengan kaki yang menapak langsung pada lantai, hindari penggunaan high heel selama hamil, terutama pada trimester ketiga kehamilan (Robson, 2012).

11. Tanda bahaya dan komplikasi ibu dan janin pada kehamilan

a. Perdarahan pervaginam pada kehamilan muda Perdarahan pervaginam dalam kehamilan terbagi menjadi 2 yaitu sebelum 24 minggu dan setelah 24 minggu usia kehamilan.

1) Perdarahan sebelum 24 minggu disebabkan oleh :

a) *Implantation bleeding* : sedikit perdarahan saat trophoblast melekat pada endometrium. Bleeding terjadi saat implantasi 8 – 12 hari setelah fertilisasi

b) *Abortion* : 15% terjadi pada aborsi spontan sebelum 12 minggu usia kehamilan dan sering pada primigravida.

c) *Hydatidiform mola* : akibat dari degenerasi chorionic villi pada awal kehamilan. Embrio mati dan di reabsorpsi / mola terjadi di dekat fetus. Sering terjadi pada wanita perokok, mempunyai riwayat multipara.

d) *Ectopic pregnancy* : ovum dan sperma yang berfertilisasi kemudian berimplantasi di luar dari uterine cavity, 95% berada di tuba, bisa juga berimplantasi di ovarium, abdominal cavity

e) *Cervical lesion* : lesi pada serviks

f) *Vaginitis* : infeksi pada vagina.

Perdarahan pada awal kehamilan yang abnormal bersifat merah segar, banyak dan adanya nyeri perut.

2) Perdarahan lebih dari 24 minggu :

Antepartum haemorrhage adalah komplikasi serius karena bisa menyebabkan kematian maternal dan bayi. ada 2 jenis yaitu :

a) Plasenta previa : akibat dari letak plasenta yang abnormal, biasanya plasenta ini terletak sebagian atau total plasenta terletak pada segmen bawah Rahim

b) Solusio plasenta : terlepasnya plasenta sebelum waktunya
Penanganan : Tanyakan pada ibu tentang karakteristik perdarahan, kapan mulai terjadi, seberapa banyak, warnanya, adakah gumpalan, rasa nyeri ketika perdarahan.

(1) Periksa tekanan darah ibu, suhu, nadi, dan denyut jantung janin.

(2) Lakukan pemeriksaan eksternal, rasakan apakah perut bagian bawah teraba lembut, kenyal ataupun keras.

(3) Jangan lakukan pemeriksaan dalam, apabila mungkin periksa dengan speculum.

3) Hipertensi

Gestational hypertension adalah adanya tekanan darah 140/90 mmHg atau lebih atau peningkatan 20 mmHg pada tekanan diastolic setelah 20 minggu usia kehamilan dengan pemeriksaan minimal 2 kali setelah 24 jam pada wanita yang sebelumnya normotensive.

Apabila diikuti proteinuria dan oedema maka di kategorikan sebagai preeklamsi, bila di tambah adanya kejang maka di sebut eklamsi.

Penanganan:

a) Tanyakan pada ibu mengenai tekanan darah sebelum dan selama kehamilan serta tanda-tanda preeklamsi.

b) Tanyakan tentang riwayat tekanan darah tinggi dan preeklamsi pada ibu dan keluarga.

c) Periksa dan monitor tekanan darah, protein urine, refleks dan oedema.

d) Anjurkan ibu untuk rutin ANC dan perispakan rujukan untuk persalinan.

b. Nyeri perut bagian bawah

Nyeri perut bagian bawah perlu dicermati karena kemungkinan peningkatan kontraksi uterus dan mungkin mengarah pada adanya tanda-tanda ancaman keguguran. Nyeri yang membahayakan bersifat hebat, menetap, dan tidak hialng setelah ibu istirahat. Hal ini bisa berhubungan dengan appemdicitis, kemahilan ektopik, aborsi, radang panggul, ISK.

Penanganan:

- 1) Tanyakan pada ibu mengenai karakteristik nyeri, kapan terjadi, seberapa hebat, kapanmmulai dirasakan, apakah berkurang bila ibu istirahat.
- 2) Tanyakan pada ibu menganaik tanda gejala lain yang mungkin menyertai misalnya muntah, mual, diare, dan demam.
- 3) Lakukan pemeriksaan luar dan dalam, periksa adanya nyeri di bagian pinggang dalam.
- 4) Lakukan pemeriksaan proteinuria

c. Sakit kepala yang hebat

Sakit kepa dan pusing sering terjadi selama kehamilan, sakit kepala yang berisfat hebat dan terus menerus dan tidak hilang bila di bawa istihat adalah sakit kepala yang abnormal. Bila ibu merasakan sakit kepala hebat di tambah dengan adanya pandangan kabur bisa jadi adalah gejala pre eklamsi.

Penanganan :

- 1) Tanyakan ibu jika ia mengalami odema pada muka / tangan
- 2) Lakukan permeriksaan tekanan darah, adanya proteinuria, refleks dan oedema
- 3) Bengkak di wajah dan tangan

Bengkak yang muncul pada sore hari dan biasanya hilang bila istirahat dengan kaki ditinggikan adalah hal yang normal pada ibu hamil. Bengkak merupakan masalah yang serius apabila muncul pada muka dan tangan, tidak hilang setelah beristirahat, dan disertai dengan keluhan fisik lainnya. Hal tersebut mungkin merupakan tanda-tanda adanya anemia, gagal jantung, ataupun preeklamsi.

Penanganan:

- 1) Tanyakan pada ibu apakah mengalami sakit kepala
- 2) Periksa pembengkakan terjadi di mana, kapan hilang, dan karakteristik
- 3) Ukur tekanan darah
- 4) Lakukan pemeriksaan hemoglobin, lihat warna konjungtiva ibu, telapak tangan

d. Gerakan Janin Tidak Terasa

Secara normal ibu merasakan adanya gerakan janin pada bulan ke 5 atau ke 6 usia kehamilan, namun ada beberapa ibu yang merasakan gerakan janin lebih awal.

Jika janin tidur gerakan janin menjadi lemah. Gerakan janin dapat ibu rasakan pada saat ibu istirahat, makan, dan berbaring. Biasanya janin bergerak paling sedikit 3 kali dalam 3 jam (Rismalinda, 2015).

Penanganan:

- 1) Tanyakan ibu kapan merasakan gerakan janin terakhir kali
- 2) Dengarkan denyut jantung janin menggunakan dopler
- 3) Rujuk agar mendapatkan pemeriksaan ultrasound

B. Persalinan

1. Penertian Persalinan

Persalinan adalah serangkaian kejadian yang berakhir dengan pengeluaran bayi cukup bulan atau hampir cukup bulan, disusul dengan pengeluaran plasenta dan selaput janin dari tubuh ibu (Diana, 2019). Persalinan merupakan proses membuka dan menipisnya serviks sehingga

janin dapat turun ke jalan lahir. Persalinan dan kelahiran normal merupakan proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu) dengan adanya kontraksi rahim pada ibu. Prosedur secara ilmiah lahirnya bayi dan plasenta dari rahim melalui proses yang dimulai dengan terdapat kontraksi uterus yang menimbulkan terjadinya dilatasi serviks atau pelebaran mulut rahim (Irawati, Muliani, & Arsyad, 2019).

Persalinan adalah suatu kejadian yang berakhir dengan pengeluaran bayi yang cukup bulan atau hampir cukup bulan yang kemudian, disusul dengan pengeluaran placenta dan selaput janin. Dalam proses persalinan dapat terjadi perubahan-perubahan fisik yaitu, ibu akan merasa sakit pinggang dan perut bahkan sering mendapatkan kesulitan dalam bernafas dan perubahan-perubahan psikis yaitu merasa takut kalau apabila terjadi bahaya atas dirinya pada saat persalinan, takut yang dihubungkan dengan pengalaman yang sudah lalu misalnya mengalami kesulitan pada persalinan yang lalu (Rinata, 2018).

2. Fisiologi Persalinan

Perubahan fisiologis dan psikologis selama persalinan bersifat dramatis dan sering dianggap ringan. Waktu dan intensitas perubahan bervariasi antar berbagai sistem, tetapi semuanya dirancang guna memberi kesempatan kepada ibu untuk merawat janinnya dan mempersiapkan proses persalinannya. Sebagian besar wanita menganggap bahwa persalinan adalah peristiwa kodrati yang harus dilalui tetapi ada juga yang menganggap sebagai peristiwa khusus yang sangat menentukan kehidupan selanjutnya. Perubahan fisiologis ini nantinya akan mempengaruhi jalannya persalinan (Fitriana, 2018).

3. Tujuan Asuhan Persalinan Normal

Tujuan persalinan normal adalah menjaga kelangsungan hidup dan memberikan derajat kesehatan yang tinggi bagi ibu dan bayinya, melalui upaya yang terintegrasi dan lengkap, tetapi dengan intervensi yang seminimal mungkin agar prinsip keamanan dan kualitas pelayanan dapat terjaga pada tingkat yang diinginkan (optimal). Melalui pendekatan ini maka

setiap 40 intervensi yang diaplikasikan dalam Asuhan Persalinan Normal (APN) harus mempunyai alasan dan bukti ilmiah yang kuat tentang manfaat intervensi tersebut bagi kemajuan dan keberhasilan proses persalinan (JNPK-KR, 2017).

4. Etiologi Persalinan

Ada beberapa teori yang menjelaskan tentang sebab terjadinya persalinan adalah :

a. Penurunan kadar Estrogen dan Progesteron Hormon progesterone

Menimbulkan relaksasi otot-otot rahim, sebaliknya hormon estrogen meninggikan kerentanan otot-otot rahim. Selama kehamilan terdapat keseimbangan antara kadar progesteron dan estrogen di dalam darah, tetapi pada akhir kehamilan kadar progesteron menurun sehingga timbul his.

b. Teori oksitosin

Menjelang persalinan, terjadi peningkatan reseptor oksitosin dan otot Rahim, sehingga mudah terangsang saat disuntikkan oksitosin dan menimbulkan kontraksi. Diduga bahwa oksitosin dapat meningkatkan pembentukan prostaglandin dan persalinan dapat berlangsung terus.

c. Teori ketegangan otot Rahim

Keadaan otot uterus yang terus membesar dan menjadi tegang mengakibatkan iskemia otot-otot uterus. Hal ini merupakan faktor yang dapat mengganggu sirkulasi uteroplasenter sehingga plasenta mengalami degenerasi. Otot Rahim mempunyai kemampuan meregang sampai batas tertentu. Apabila batas tersebut sudah terlewati, maka akan terjadi kontraksi sehingga persalinan dapat dimulai.

d. Teori prostaglandin

Prostaglandin sangat meningkatkan cairan amnion dan desidua dari minggu ke-15 hingga aterm, dan kadarnya meningkat hingga kewaktu partus. Diperkirakan terjadinya penurunan progesterone dapat memicu interleikin-1 untuk dapat melakukan “hidrolisis gliserofosfolipid”, sehingga terjadi pelepasan dari asam arakidonat menjadi prostaglandin,

PGE2 dan PGF2 alfa. Terbukti pula bahwa saat memulainya persalinan, terdapat penimbunan dalam jumlah besar asam arakidonat dan prostaglandin dalam cairan amnion. Disamping itu, terjadi pembentukan prostasiklin dalam myometrium, desidua, dan korion leave. Prostaglandin dalam melunakan serviks dan merangsang kontraksi bila diberikan dalam bentuk infus, per os, atau secara intravaginal.

e. Teori janin

Terdapat hubungan hipofisis dan kelenjar suprarenal yang menghasilkan sinyal kemudian diarahkan kepada maternal sebagai tanda bahwa janin telah siap lahir namun mekanisme ini belum diketahui secara pasti.

f. Teori berkurangnya nutrisi

Teori berkurangnya nutrisi pada janin diungkapkan oleh Hippocrates untuk pertama kalinya. Hasil konsepsi akan segera dikeluarkan bila nutrisi telah berkurang.

g. Teori plasenta menjadi tua

Plasenta yang semakin tua seiring dengan bertambahnya usia kehamilan akan menyebabkan turunya kadar esterogen sehingga timbulnya kontraksi Rahim (Yulizawati et al., 2018).

5. Tanda Mulainya Persalinan.

Tanda – tanda bahwa persalinan sudah dekat yaitu :

a. Tanda persalinan sudah dekat

1) Lightening Menjelang minggu ke-36 pada primigravida, terjadi penurunan fundus uterus karena kepala bayi sudah masuk ke dalam panggul. Penyebab dari proses ini adalah sebagai berikut :

a) Kontraksi Braxton Hicks

b) Ketegangan dinding perut

c) Ketegangan ligamentum rotundum

d) Gaya berat janin, kepala kearah bawah uterus Masuknya kepala janin kedalam panggul dapat dirasakan oleh wanita hamil dengan tanda-tanda sebagai berikut:

- (1) Terasa ringan dibagian atas dan rasa sesak berkurang
 - (2) Dibagian bawah terasa penuh dan mengganjal
 - (3) Kesulitan saat berjalan
 - (4) Sering berkemih
- Gambaran lightening pada primigravida menunjukkan hubungan normal antara ketiga P, yaitu: power (his); passage (jalan lahir); dan passenger (bayi dan plasenta). Pada multipara gambarannya menjadi tidak sejelas pada primigravida, karena masuknya kepala janin kedalam panggul terjadi bersamaan dengan proses persalinan.

b. Terjadinya his permulaan

Pada saat hamil muda sering terjadi kontraksi Braxton Hicks yang kadang dirasakan sebagai keluhan karena rasa sakit yang ditimbulkan. Biasanya pasien mengeluh adanya rasa sakit di pinggang dan terasa sangat mengganggu, terutama pada pasien dengan ambang rasa sakit yang rendah. Adanya perubahan kadar hemoglobin esterogen dan progesterone menyebabkan oksitosin semakin meningkat dan dapat menjalankan fungsinya dengan efektif untuk menimbulkan kontraksi atau his permulaan. His permulaan ini sering diistilahkan sebagai his palsu dengan ciri-ciri sebagai berikut:

- 1) Rasa nyeri ringan di bagian bawah
- 2) Datang tidak teratur
- 3) Tidak ada perubahan pada serviks atau tidak ada tandatanda kemajuan persalinan
- 4) Durasi pendek
- 5) Tidak bertambah bila beraktivitas

c. Tanda masuk dalam persalinan Terjadinya his persalinan. Karakter dari his persalinan:

- 1) Pinggang terasa sakit menjalar kedepan
- 2) Sifat his teratur, interval makin pendek, dan kekuatan makin besar
- 3) Terjadi perubahan pada serviks

4) Jika pasien menambah aktivitasnya, misalnya dengan berjalan, maka kekuatannya bertambah.

d. Pengeluaran lendir dan darah (penanda persalinan) Dengan adanya his persalinan, terjadi perubahan pada serviks yang menimbulkan.

1) Pendataran dan pembukaan

2) Pembukaan menyebabkan selaput lendir yang terdapat pada kenalis servikalis terlepas

3) Terjadi perdarahan karena kapiler pembuluh darah pecah

e. Pengeluaran cairan

Sebagian pasien mengeluarkan air ketuban akibat pecahnya selaput ketuban. Jika ketuban sudah pecah, maka ditargetkan persalinan dapat berlangsung dalam 24 jam. Namun jika ternyata tidak tercapai, maka persalinan akhirnya diakhiri dengan tindakan tertentu, misalnya ekstraksi vakum, atau section caesaria. (Kurniarum, 2016)

6. Faktor yang Mempengaruhi Proses Persalinan

Menurut Kuswanti dan Melina, 2014 faktor yang mempengaruhi proses persalinan yaitu :

a. Power (kekuatan/tenaga)

Kekuatan yang mendorong janin saat persalinan adalah his, kontraksi otot-otot perut, kontraksi diafragma dan aksi dari ligament.

b. His (Kontraksi Uterus)

His adalah kontraksi otot - otot rahim pada persalinan. Sifat his yang baik dan sempurna yaitu : Kontraksi yang simetris, fundus dominan, yaitu kekuatan paling tinggi berada di fundus uteri, kekuatan seperti meremas rahim, setelah adanya kontraksi, diikuti dengan adanya relaksasi, pada setiap his menyebabkan terjadinya perubahan pada serviks, yaitu menipis dan membuka. Pembagian dan sifat-sifat his :

1) His pendahuluan : His tidak kuat, tidak teratur dan menyebabkan bloody show.

2) His pembukaan : His pembukaan serviks sampai terjadi pembukaan 10 cm, mulai kuat, teratur dan terasa sakit atau nyeri.

- 3) 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.
- 4) His pelepasan uri (kala III) : Kontraksi sedang untuk melepaskan dan melahirkan plasenta.
- 5) His pengiring Kontraksi lemah, masih sedikit nyeri, pengecilan rahim dalam beberapa jam atau hari.

c. Passage (jalan lahir)

Dalam obsterik dikenal ada empat macam bentuk panggul menurut Caldwell dan Moloy dengan masing-masing berciri sebagai berikut:

1) Jenis Ginekoid

Panggul jenis ini merupakan bentuk paling baik, karena dengan bentuk panggul yang hampir bulat seperti ini memungkinkan kepala bayi mengadakan penyesuaian saat proses persalinan.

2) Jenis Android

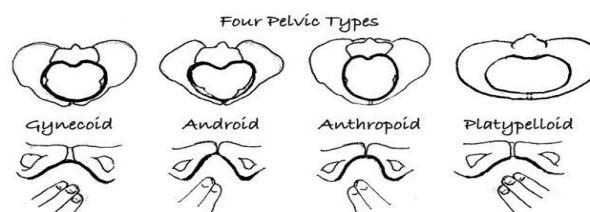
Ciri jenis ini adalah bentuk pintu atas panggulnya hampir seperti segitiga. Panggul jenis ini umumnya dimiliki pria, namun ada juga wanita yang mempunyai panggul jenis ini.

3) Jenis Platipeloid

Panggul jenis ini seperti panggul jenis ginekoid, hanya mengalami penyempitan pada arah muka belakang.

4) Jenis Antropoid

Panggul jenis ini mempunyai ciri berupa bentuknya yang lonjong seperti telur.



Gambar 2.1 Bentuk Panggul
Sumber : Sulistyawati, 2010

d. Ukuran-ukuran panggul

Ukuran panggul digunakan untuk menemukan garis besar bentuk dan ukuran panggul apabila dikombinasikan dengan pemeriksaan dalam.

Ukuran-ukuran panggul luar :

- 1) Distansia Spinarum Jarak antara kedua spina iliaca anterio superior sinistra dan dekstra, jaraknya 24-26 cm.
- 2) Distansia Kristarum Jarak terpanjang antara dua tempat yang simetris pada krista iliaca kanan dan kiri, jaraknya 28-30 cm.
- 3) Konjugata eksterna/ boudelogue Merupakan jarak bagian atas simpisis dan proesus spinosus lumbal 5, jaraknya 18-20 cm.
- 4) Distansia Intertrokantrika Merupakan jarak antara kedua trokanter mayor.
- 5) Distansia Tuberum Jarak antara tuber ischii kanan dan kiri. Untuk mengukurnya dipakai jangka panggul Osceander, jaraknya 10,5 cm.

7. Jenis Persalinan

- a. Persalinan Spontan Yaitu persalinan yang berlangsung dengan kekuatan ibu sendiri, melalui jalan lahir ibu tersebut.
- b. Persalinan Buatan Bila persalinan dibantu dengan tenaga dari luar misalnya ekstraksi forceps, atau dilakukan operasi Sectio Caesaria.
- c. Persalinan Anjuran Persalinan yang tidak dimulai dengan sendirinya tetapi baru berlangsung setelah pemecahan ketuban, 88 pemberian pitocin atau prostaglandin (Yulizawati et al., 2018)

Pengertian persalinan dapat diartikan menjadi tiga bagian menurut cara persalian, yaitu sebagai berikut:

- a. Persalinan normal atau disebut juga persalinan spontan. Pada persalian ini, proses kelahiran bayi pada letak belakang kepala (LBK) dengan tenaga ibu sendiri berlangsung tanpa bantuan alat serta tidak melukai ibu dan bayi yang umumnya berlangsung kurang dari 24 jam (Jannah, 2015).
- b. Persalian abnormal/buatan, Persalinan pervaginam dengan menggunakan bantuan alat, seperti ekstraksi dengan *forseps* atau *vakum* atau melalui dinding perut dengan operasi *section caesarea* atau SC (Jannah, 2015).

- c. Persalinan anjuran. Persalinan tersebut tidak dimulai dengan sendirinya, seperti dengan pemecahan ketubsn dan pemberian prostaglandin (Jannah, 2015).

8. Tahapan Persalinan (Kala I,II,III,dan IV)

a. Kala I

Kala I persalinan dimulai sejak terjadinya kontraksi uterus dan pembukaan servix hingga mencapai pembukaan lengkap (10 cm). Persalinan kala I berlangsung 18-24 jam dimana primi memiliki rentang waktu 12 jam dan multi memiliki rentang waktu 10 jam serta kala I terbagi menjadi dua fase yaitu fase laten dan fase aktif.

1) Fase laten persalinan

- a) Dimulai sejak awal kontraksi yang menyebabkan penipisan dan pembukaan servix secara bertahap
- b) Pembukaan servix dari 1 sampai 4 cm
- c) Biasanya berlangsung di bawah hingga 7 smapai 8 jam

2) Fase aktif, berlangsung selama 6 jam dan dibagi atas 3 subfase terbagi atas tiga subfase.

- a) Fase akselerasi: berlangsung 2 jam,pembukaan menjadi 4 cm.
- b) Fase dilatasi maksimal: berlangsung dengan cepat menjadi 9 cm dalam waktu 2 jam.
- c) Fase deselerasi:dalam waktu 2 jam pembukaan 10 cm(lengkap)

Asuhan yang diberikan pada Kala I yaitu:

1) Penggunaan Partograf

Merupakan alat untuk mencatat informasi berdasarkan observasi atau riwayat dan pemeriksaan fisik pada ibu dalam persalinan dan alat penting khususnya untuk membuat keputusan klinis selama kala I. Kegunaan partograf yaitu mengamati dan mencatat informasi kemajuan persalinan dengan memeriksa dilatasi serviks selama pemeriksaan dalam, menentukan persalinan berjalan normal dan mendeteksi dini persalinan lama sehingga bidan dapat membuat deteksi dini mengenai kemungkinan

persalina lama dan jika digunakan secara tepat dan konsisten, maka partograf akan membantu penolong untuk pemantauan kemajuan persalinan, kesejahteraan ibu dan janin, mencatat asuhan yang diberikan selama persalinan dan kelahiran, mengidentifikasi secara dini adanya penyulit, membuat keputusan klinik yang sesuai dan tepat waktu, partograf harus digunakan untuk semua ibu dalam fase aktif kala I, tanpa menghiraukan apakah persalinan normal atau dengan komplikasi di semua tempat, secara rutin oleh semua penolong persalinan Marmi (2012).

2) Penurunan Kepala Janin

Penurunan dinilai melalui palpasi abdominal. Pencatatan penurunan bagian terbawah atau presentasi janin, setiap kali melakukan pemeriksaan dalam atau setiap 4 jam, atau lebih sering jika ada tanda-tanda penyulit. Kata-kata "turunnya kepala" dan garis tidak terputus dari 0-5, tertera di sisi yang sama dengan angka pembukaan serviks. Berikan tanda "O" pada garis waktu yang sesuai. Hubungkan tanda "O" dari setiap pemeriksaan dengan garis tidak terputus.

3) Kontraksi Uterus

Periksa frekuensi dan lamanya kontraksi uterus setiap jam fase laten dan tiap 30 menit selama fase aktif. Nilai frekuensi dan lamanya kontraksi selama 10 menit. Catat lamanya kontraksi dalam hitungan detik dan gunakan lambang yang sesuai yaitu: kurang dari 20 detik titik-titik, antara 20 dan 40 detik diarsir dan lebih dari 40 detik diblok. Catat temuan-temuan dikotak yang bersesuaian dengan waktu penilai.

4) Keadaan Janin

a) Denyut Jantung Janin (DJJ)

Nilai dan catat denyut jantung janin (DJJ) setiap 30 menit (lebih sering jika ada tanda-tanda gawat janin). Setiap kotak pada bagian ini menunjukkan waktu 30 menit. Skala angka di

sebelah kolom paling kiri menunjukkan DJJ. Catat DJJ dengan memberi tanda titik pada garis yang sesuai dengan angka yang menunjukkan DJJ, kemudian hubungkan titik yang satu dengan titik lainnya dengan garis tidak terputus. Kisaran normal DJJ terpapar pada partograf di antara garis tebal angka 180 dan 100, tetapi penolong harus sudah waspada bila DJJ di bawah 120 atau di atas 160 kali/menit.

b) Warna dan Adanya Air Ketuban

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

c) Molase Tulang Kepala Janin

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

d) Keadaan Ibu

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

e) Informasi tentang ibu

Tentang nama dan umur, GPA, nomor register, tanggal dan waktu mulai dirawat, waktu pecahnya selaput ketuban. Waktu pencatatan kondisi ibu dan bayi pada fase aktif adalah DJJ tiap 30 menit, frekuensi dan lamanya kontraksi uterus tiap 30 menit, nadi tiap 30 menit tanda dengan titik, pembukaan serviks setiap 4 jam, penurunan setiap 4 jam, tekanan darah setiap 4 jam tandai dengan panah, suhu setiap 2 jam, urin, aseton, protein tiap 2 - 4 jam (catat setiap kali berkemih) (Sofian, 2013).

f) Memberikan Dukungan Persalinan

Asuhan yang mendukung selama persalinan merupakan ciri pertanda dari kebidanan, artinya kehadiran yang aktif dan ikut serta dalam kegiatan yang sedang berlangsung. Jika seorang bidan sibuk, maka ia harus memastikan bahwa ada seorang pendukung yang hadir dan membantu wanita yang sedang dalam persalinan. Kelima kebutuhan seorang wanita dalam persalinan yaitu asuhan tubuh atau fisik, kehadiran seorang pendamping, keringanan dan rasa sakit, penerimaan atas sikap dan perilakunya serta informasi dan kepastian tentang hasil yang aman yaitu :

(1) Mengurangi Rasa Sakit

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

(2) Persiapan Persalinan

Hal yang perlu dipersiapkan yakni ruang bersalin dan asuhan bayi baru lahir, perlengkapan dan obat esensial, rujukan (bila diperlukan), asuhan sayang ibu dalam kala 1, upaya pencegahan infeksi yang diperlukan (Sofian, 2013).

b. Kala II

1) Pengertian Persalinan kala II

Dimulai dengan pembukaan lengkap dari serviks dan berakhir dengan lahirnya bayi. Proses ini berlangsung 1-2 jam pada primi dan ½-1 jam pada multi

2) Tanda dan gejala kala II

Tanda – tanda bahwa kala II persalinan sudah dekat adalah:

- a) Ibu ingin meneran
- b) Perineum menonjol
- c) Vulva vagina dan sphincter anus membuka
- d) Jumlah pengeluaran air ketuban meningkat
- e) His lebih kuat dan lebih cepat 2-3 menit sekali.
- f) Pembukaan lengkap (10 cm)
- g) Pada Primigravida berlangsung rata-rata 1-2 jam dan multipara rata-rata ½-1 jam
- h) Pemantauan
 - (1) Tenaga atau usaha mengedan dan kontraksi uterus
 - (2) Janin yaitu penurunan presentasi janin dan kembali normalnya detak jantung bayi setelah kontraksi
 - (3) Kondisi ibu sebagai berikut:

Table 2.3 Tanda – tanda persalinan

Kemajuan persalinan tenaga	Kondisi pasien	Kondisi janin penumpang
Usaha mengedan Palpasi kontraksi uterus (control setiap 10 menit) 1. Frekuensi 2. Lamanya 3. Kekuatan	Periksa nadi dan tekanan darah selama 30 menit. Respon keseluruhan pada kala II: 1. Keadaan dehidrasi 2. Perubahan sikap/perilaku 3. Tingkat tenaga (yang memiliki)	Periksa detak jantung janin setiap 15 menit atau lebih sering dilakukan dengan makin dekatnya kelahiean Penurunan presentasi dan perubahan posisi Warna cairan tertentu

Sumber: Yulizawati et al., 2018

c. Kala III

Kala tiga disebut juga kala persalinan plasenta. Lahirnya plasenta dapat diperkirakan dengan memperhatikan tanda-tanda sebagai berikut:

- 1) Uterus menjadi bundar
- 2) Uterus terdorong keatas karena plasenta dilepas ke segmen bawah Rahim
- 3) Tali pusat bertambah Panjang
- 4) Terjadi perdarahan (adanya semburan darah secara tiba-tiba);
- 5) Biasanya plasenta akan lepas dalam waktu kurang lebih 6-15 menit setelah bayi lahir

d. Kala IV (2 jam setelah melahirkan)

Kala IV persalinan ditetapkan berlangsung kira-kira dua jam setelah plasenta lahir. Periode ini merupakan masa pemulihan yang terjadi segera jika homeostatis berlangsung dengan baik. Pada tahap ini, kontraksi otot Rahim meningkat sehingga pembuluh darah terjepit untuk menghentikan perdarahan. Pada kala ini dilakukan observasi terhadap tekanan darah, pernafasan, nadi, kontraksi otot Rahim dan perdarahan selama 2 jam pertama. Selain itu juga dilakuakn penjahitan luka episiotomy. Setelah 2 jam, bila keadaan baik, ibu dipindahkan keruangan bersama bayinya (Yulizawati et al., 2018)

9. Mekanisme Persalinan

Turunnya kepala dibagi dalam beberapa fase sebagai berikut:

a. Masuknya kepala janin dalam PAP

- 1) Masuknya kepala ke dalam PAP terutama pada primigravida terjadi pada bulan terakhir kehamilan tetapi pada multipara biasanya terjadi pada permulaan persalinan.
- 2) Masuknya kepala ke dalam PAP biasanya dengan sutura sagitalis melintang menyesuaikan dengan letak punggung.
- 3) Jika sutura sagitalis dalam diameter anteroposterior dari PAP maka masuknya kepala akan menjadi sulit karena menempati ukuran yang terkecil dari PAP

- 4) Jika sutura sagitalis pada posisi di tengah-tengah jalan lahir yaitu tepat di antara symphysis dan promontorium, maka dikatakan dalam posisi "synclitismus" pada posisi synclitismus os parietale depan dan belakang sama tingginya.
- 5) Jika sutura sagitalis agak ke depan mendekati symphysis atau agak ke belakang mendekati promontorium, maka yang kita hadapi adalah posisi "asynclitismus"
- 6) Acynclitismus posterior adalah posisi sutura sagitalis mendekati symphysis dan os parietale belakang lebih rendah dari os parietale depan (Yulizawati et al., 2018).

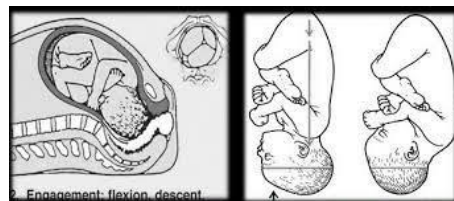
b. Majunya Kepala janin

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

c. Fleksi

- 1) Fleksi kepala janin memasuki ruang panggul dengan ukuran yang paling kecil yaitu dengan diameter suboccipito bregmatikus (9,5 cm) menggantikan suboccipito frontalis (11 cm).
- 2) Fleksi disebabkan karena janin didorong maju dan sebaliknya mendapat tahanan dari pinggir PAP, cervix, dinding panggul atau dasar panggul

- 3) Akibat adanya dorongan di atas kepala janin menjadi fleksi karena moment yang menimbulkan fleksi lebih besar daripada moment yang menimbulkan defleksi
- 4) Sampai di dasar panggul kepala janin berada dalam posisi fleksi maksimal. Kepala turun menemui diafragma pelvis yang berjalan dari belakang atas ke bawah depan
- 5) Akibat kombinasi elastisitas diafragma pelvis dan tekanan intra uterin yang disebabkan oleh his yang berulang-ulang, kepala mengadakan rotasi yang disebut sebagai putaran paksi dalam.



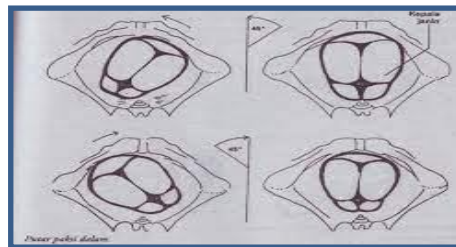
Gambar 2.2 Kepala Fleksi

Sumber: Yulizawati et al., 2018

d. Putaran paksi dalam

- 1) Putaran paksi dalam adalah pemutaran dari bagian depan sedemikian rupa sehingga bagian terendah dari bagian depan memutar ke depan ke bawah symphysis.
- 2) Pada presentasi belakang kepala bagian terendah adalah daerah ubun-ubun kecil dan bagian ini akan memutar ke depan ke bawah symphysis.
- 3) Putaran paksi dalam mutlak diperlukan untuk kelahiran kepala, karena putaran paksi merupakan suatu usaha untuk menyesuaikan posisi kepala dengan bentuk jalan lahir khususnya bentuk bidang tengah dan pintu bawah panggul
- 4) Putaran paksi dalam terjadi bersamaan dengan majunya kepala dan tidak terjadi sebelum kepala sampai di Hodge III, kadang – kadang baru terjadi setelah kepala sampai di dasar panggul
- 5) Sebab – sebab terjadinya putaran paksi dalam:

- a) Pada letak fleksi, bagian kepala merupakan bagian terendah dari kepala.
- b) Bagian terendah dari kepala mencari tahanan yang paling sedikit terdapat sebelah depan atas dimana terdapat hiatus genitalis antara muskulus levator ani kiri dan kanan.
- c) Ukuran terbesar dari bidang tengah panggul ialah diameter anteroposterior



Gambar 2.3 Putaran paksi dalam

Sumber: Kurniarum, 2016

e. Ekstensi

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

5) Sesudah kepala lahir, kepala segera mengadakan rotasi, yang disebut putaran paksi luar.

f. Ekstensi

a) Setelah putaran paksi dalam selesai dan kepala sampai di dasar panggul, terjadilah ekstensi atau defleksi dari kepala. Hal ini disebabkan karena sumbu jalan lahir pada pintu bawah panggul mengarah ke depan di atas, sehingga kepala harus mengadakan ekstensi untuk dapat melewati pintu bawah panggul

b) Jika tidak terjadi ekstensi maka kepala akan tertekan pada perineum dan menembusnya

c) Kepala bekerja dengan 2 kekuatan yaitu satu mendesak ke bawah dan satunya lagi menolak ke atas karena adanya tahanan dasar panggul

d) Setelah subocciput tertahan di pinggir bawah symphysis, maka yang dapat maju adalah bagian yang berhadapan dengan subocciput.

g. Putaran paksi luar

1) Putaran paksi luar adalah gerakan kembali sebelum putaran paksi dalam terjadi, untuk menyesuaikan kedudukan kepala dengan punggung janin.

2) Bahu melintasi PAP dalam posisi miring.

3) Di dalam rongga panggul bahu akan menyesuaikan diri dengan bentuk panggul yang dilaluinya hingga di dasar panggul, apabila kepala telah dilahirkan bahu akan berada dalam posisi depan belakang.

4) Selanjutnya dilahirkan bahu depan terlebih dulu baru kemudian bahu belakang, kemudian bayi lahir seluruhnya (Kurniarum, 2016)



Gambar 2.4

Gerakan Kepala Janin Pada Defleksi Dan Putaran Paksi Luar dan Kelahiran Bahu Depan Kemudian Bahu Belakang (Sumber: Kurniarum, 2016)

10. Jenis Persalinan Menurut Usia Kehamilan

Menurut usia kehamilan, persalinan dapat dibagi empat macam, yaitu:

- a. *Abortus* (keguguran). Penghentian dan pengeluaran hasil konsepsi dari jalan lahir sebelum mampu hidup di luar kandungan. Usia kehamilan biasanya mencapai kurang dari 28 minggu dan berat janin kurang dari 1.000 gram.
- b. *Partus prematurus*. Pengeluaran hasil konsepsi baik secara spontan atau buatan sebelum usia kehamilan 28-36 minggu dengan berat janin kurang dari 2.499 gram.
- c. *Partus matures* atau *aterm* (cukup bulan). Pengeluaran hasil konsepsi yang spontan ataupun buatan antara usia kehamilan 37-42 minggu dengan berat janin lebih dari 2.500 gram.
- d. *Partus postmaturus* (*serotinus*). Pengeluaran hasil konsepsi yang spontan ataupun buatan melebihi usia kehamilan 42 minggu dan tampak tanda-tanda janin posmatur (Jannah,2015)

11. Lima Benang Merah Asuhan Persalinan

Lima aspek dasar atau lima benang merah dalam asuhan persalinan baik normal maupun Patologis termasuk bayi baru lahir.

1. Langkah Pengambilan Keputusan Klinik

Pada saat seorang pasien datang pada bidan, maka yang pertama kali dilakukan bidan adalah melakukan pendekatan komunikasi terapeutik dengan ucapan salam, bersikap sopan, terbuka, dan siap untuk melayani. Setelah terbina hubungan baik saling percaya, barulah bidan melakukan pengumpulan data (*anamnesis*). Data yang pertama dikumpulkan adalah data subjektif, yaitu data yang didapatkan langsung dari pasien (Sodakh, 2013).

2. Asuhan Sayang Ibu dan Sayang Bayi

Asuhan sayang ibu adalah asuhan yang menghargai budaya, kepercayaan, dan keinginan sang ibu. Banyak penelitian menunjukkan bahwa ibu-ibu di Indonesia tidak mau meminta tenaga terlatih untuk

memberi asuhan persalinan dan melahirkan bayi. Sebagaimana dari mereka beralasan bahwa penolong terlatih tidak memperhatikan kebutuhan atau kebudayaan, tradisi keinginan pribadi para ibu dalam persalinan dan kelahiran bayi. Berikut ini merupakan asuhan sayang ibu dan sayang bayi dalam melahirkan:

- 1) Panggil ibu sesuai namanya, hargai dan jaga martabatnya.
- 2) Jelaskan semua asuhan dari perawatan kepada ibu sebelum mamulai asuhan.
- 3) Jelaskan proses persalinan kepada ibu dan keluarga.
- 4) Anjurkan ibu untuk bertanya dan membicarakan rasa takut atau khawatir.
- 5) Dengarkan dan tanggapi pertanyaan dan kekhawatiran ibu.
- 6) Berikan dukungan, besarkan dan tentramkan hatinya serta anggota keluarganya.
- 7) Anjurkan ibu untuk ditemani suami dan atau anggota keluarga lain selama persalinan.
- 8) Ajarkan suami dan anggota keluarga tentang bagaimana mereka memperhatikan dan mendukung ibu selama persalinan.
- 9) Laksanakan praktik pencegahan infeksi yang baik secara konsisten.
- 10) Hargai privasi ibu.
- 11) Anjurkan ibu untuk mencoba berbagai posisi selama persalinan.
- 12) Anjurkan ibu untuk minum dan makan makanan ringan sepanjang ia menginginkannya.
- 13) Hargai dan perbolehkan praktik-praktik tradisional yang tidak merugikan kesehatan ibu.
- 14) Hindari tindakan yang berlebihan dan merugikan seperti episiotomi, pencukuran, dan klisma.
- 15) Anjurkan ibu untuk memeluk bayinya sesegera mungkin untuk melakukan kontak kulit ibu-bayi, inisiasi menyusui dini dan membangun hubungan psikologis.
- 16) Membantu memulai pemberian ASI.

- 17) Mempersiapkan persalinan dan kelahiran bayi dengan baik dan mencukupi semua bahan yang diperlukan. Siap untuk resusitasi bayi baru lahir pada setiap kelahiran (Nurasiah, 2012).
3. Prinsip dan Praktik Pencegahan Infeksi Prinsip-prinsip pencegahan infeksi:
 - a. Setiap orang dianggap dapat menularkan penyakit infeksi.
 - b. Setiap orang harus dianggap berisiko terkena infeksi.
 - c. Permukaan benda atau alat yang bersentuhan dengan permukaan kulit/mukosa/ darah harus diproses secara benar.
 - d. Bila tidak diketahui telah diproses, maka dianggap masih terkontaminasi.
 - e. Risiko infeksi tidak bisa dihilangkan secara total, namun dapat dikurangi hingga sekecil mungkin (Sodakh, 2013).

Setiap biidan perlu memperhatikan tindakan pencegahan infeksi yang dilaksanakan pada saat menolong persalinan, yaitu antara lain:

- a) Cuci tangan dengan langkah-langkah yang benar sebelum melakukan tindakan dan sesudah melakukan tindakan.
 - b) Selalu menggunakan sarung tangan pada saat melakukan tindakan.
 - c) Menggunakan pelindung diri lengkap pada saat menolong persalinaan.
 - d) Upayakan pemberian pelayanan dengan teknik aseptik.
 - e) Setelah alat digunakan hendaknya diproses sesuai prosedur pemrosesan alat bekas pakai.
 - f) Perlu diupayakan bahwa peralatan tajam dilakukan dengan benar karena akan sangat berisiko pada penolong persalinan terutama pada petugas kebersihan.
 - g) Tindakan pencegahan infeksi yang lain adalah bagaimana bidan mengupayakan kebersihan lingkungan dan sanitasi untuk memutuskan rantai penularan penyakit (Sodakh, 2013).
4. Pencatatan (Dokumentasi)

Pada setiap pelayanan atau asuhan, harus selalu harus memperhatikan pencatatan atau dokumentasi. Manfaat dari dokumentasi

adalah sebagai berikut:

- a. Aspek legal atau landasan hukum bagi bidan dalam pelayanannya.
- b. Aspek manajemen, dokumentasi dapat mengidentifikasi mutu pelayanan seorang bidan dan juga dapat dipakai untuk mengatur kebutuhan saran yang perlu dipersiapkan seorang bidan pada saat praktik klinik.
- c. Aspek pembelajaran, dokumentasi merupakan asset yang sangat berharga bagi bidan dalam pelayanannya karena data sebelumnya yang sudah didokumentasikan dapat dipakai sebagai referensi atau acuan saat menghadapi masalah atau kasus sebelumnya seorang bidan dapat mengulangi pelayanan atau asuhan yang pernah diberikan pada klien.

Hal-hal yang perlu diingkar oleh seorang bidan mengenai dokumentasi adalah:

- a) Catat semua data: hasil pengumpulan data, pemeriksaan, diagnosis, obat-obatan yang diberikan, serta semua asuhan yang diberikan pada ibu dan bayi.
- b) Jika tidak dicatat, dapat dianggap bahwa asuhan tersebut tidak dilakukan.
- c) Pastikan setiap partograf telah diisi dengan lengkap, benar, dan tepat waktu, serta sebelum persalinan dan sesudah persalinan berlangsung.

Bentuk dokumentasi dapat berupa SOAP atau menggunakan manajemen asuhan kebidanan dengan yang lain. Akan tetapi, pada persalinan, dokumentasi yang digunakan adalah partograf.

5. Hal Penting dalam Rujukan

a. Lokasi Rujukan

Bidan harus mengetahui lokasi rujukan agar dapat mengetahui secara pasti jarak yang harus ditempuh saat merujuk dan waktu yang harus disediakan saat mengantar ibu ke lokasi rujukan. Dengan demikian, ibu ataupun bayinya mendapatkan rujukan yang tepat waktu dan menurunkan angka kesakitan atau angka kematian ibu dan bayi.

Rujukan yang terlambat akan memengaruhi kondisi ibu dan bayinya.

b. Ketersediaan Pelayanan

Pada saat merujuk, bidan perlu mengetahui ketersediaan pelayanan yang ada di rumah sakit tempat rujukan apakah sesuai dengan yang diperlukan oleh ibu dan bayi. Bidan harus dapat memastikan bahwa lokasi yang dituju dapat memberikan pelayanan yang komprehensif kepada ibu dan bayinya. Selain itu, hal ini juga penting agar apabila ibu perlu dilakukan *section caesarea* atau penanganan lainnya yang berkaitan dengan kegawatdaruratan, bidan tidak kesulitan atau menentukan tempat mana yang sesuai dengan penanganan yang diharapkan oleh bidan.

c. Biaya Pelayanan

Hal-hal mengenai pembiayaan juga sangat penting untuk disampaikan kepada ibu karena berkaitan dengan tingkat sosial ekonomi ibu atau keluarga. Pada saat bidan merujuk, sebaiknya sesuai dengan pertimbangan ibu dan keluarga terutama hal yang terkait dengan jumlah pembiayaan yang harus dipersiapkan. Biaya merupakan faktor yang sangat dominan pada keluarga dengan ekonomi yang kurang mampu dalam proses rujukan, dengan demikian biaya sangat dipertimbangkan apabila dikaitkan dengan kondisi kesehatan ibu atau bayi.

d. Jarak Tempuh

Jarak tempuh tempat rujukan perlu diperhitungkan karena akan memengaruhi persiapan yang perlu dipersiapkan, misalnya: bidan harus ikut merujuk sehingga dapat mempertimbangkan waktu berapa lama bidan meninggalkan tempat pratiknya; peralatan apa yang perlu disiapkan selama dalam rujukan; dan keluarga siapa yang perlu ikut sehingga perlu dipertimbangkan siapa yang harus di rumah agar apabila ditinggalkan dengan jarak tempuh yang jauh, sementara pelayanan di rumah tetap berjalan. Selain itu, surat-surat yang dibutuhkan juga perlu disiapkan, apabila jarak tempuh jauh dan ibu atau bayi perlu

dirujuk segera, maka surat rujukan dapat dibuat pada saat telah tiba di rumah sakit. Obat-obatan perlu disiapkan dalam jumlah yang cukup agar tidak kekurangan di perjalanan. Kendaraan dibutuhkan, bila tidak cukup jauh mungkin dapat dipertimbangkan untuk menggunakan kendaraan seadanya dengan pertimbangan cukup layak untuk jalan (Sondakh, 2013).

12. 60 Langkah Asuhan Persalinan Normal

60 langkah asuhan persalinan normal (Prawirohardjo, 2016).

a. Melihat Tanda dan Gejala Kala Dua

a) Mengamati tanda dan gejala persalinan kala dua.

- a) Ibu mempunyai keinginan untuk meneran.
- b) Ibu merasakan tekanan yang semakin meningkat pada *rektum* dan/atau *vagina*.
- c) *Perineum* menonjol.
- d) *Vulva vagina* dan *sfincter anal* membuka.

(Prawirohardjo, 2016).

b. Menyiapkan Pertolongan Persalinan

2. Memastikan perlengkapan, bahan, dan obat-obatan esensial siap digunakan. Memeriksa ampul oksitosin 10 unit dan menempatkan tabung suntik steril sekali pakai di dalam partus set.
3. Mengenakan baju penutup atau celemek plastik yang bersih.
4. Melepaskan semua perhiasan yang di pakai di bawah siku, mencuci kedua tangan dengan sabun dan air bersih yang mengalir dan mengeringkan tangan dengan handuk satu kali pakai/pribadi yang bersih.
5. Memakai satu sarung dengan DTT atau steril untuk semua pemeriksaan dalam.
6. Mengisap oksitosin 10 unit ke dalam tabung suntik (dengan memakai sarung tangan disinfeksi tingkat tinggi atau steril) dan meletakkan kembali di partus set/wadah disinfeksi tingkat tinggi atau steril tanpa mengontaminasi tabung suntik). (Prawirohardjo, 2016)

c. Memastikan Pembukaan Lengkap Dan Keadaan Janin Baik

7. Membersihkan *vulva* dan *perineum*, menyekanya dengan hati-hati dari depan ke belakang dengan menggunakan kapas atau kassa yang telah di basahi dengan air disinfeksi tingkat tinggi, Jika mulut *vagina*, *perineum* atau *anus* terkontaminasi oleh kotoran ibu, membersihkannya dengan seksama dengan cara menyeka dari depan ke belakang. Membuang kapas atau kassa yang terkontaminasi (meletakkan kedua sarung tangan tersebut dengan benar di dalam larutan dokumentasi, langkah .
8. Dengan menggunakan teknik aseptik, melakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan bahwa pembukaan serviks sudah lengkap. Bila selaput ketuban belum pecah, sedangkan pembukaan sudah lengkap, lakukan amniotomi.
9. Mendekontaminasi sarung tangan dengan cara mencelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan kotor ke dalam larutan klorin 0,5 % dan kemudian melepaskannya dalam keadaan terbalik serta merendam nyadi dalam larutan klorin 0,5 % selama 10 menit. Mencuci kedua tangan (seperti di atas).
10. Memeriksa Denyut Jantung Janin (DJJ) setelah *kontraksi* berakhir untuk memastikan bahwa DJJ dalam batas normal (120-180 kali/menit).
 - i. Mengambil tindakan yang sesuai jika DJJ tidak normal.
 - ii. Mendokumentasikan hasil-hasil pemeriksaan dalam, DJJ, dan semua hasil-hasil penilaian serta asuhan lainnya pada partograf (Prawirohardjo, 2016).

d. Menyiapkan Ibu Dan Keluarga Untuk Membantu Proses Pimpinan Meneran

11. Memberi tahu ibu pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik. Membantu ibu berada dalam posisi yang nyaman sesuai dengan keinginannya.

- a. Tunggu hingga ibu mempunyai keinginan untuk meneran. Melanjutkan pemantauan kesehatan dan kenyamanan ibu serta janin sesuai dengan pedoman persalinan aktif dan mendokumentasikan temuan – temuan.
 - b. Jelaskan pada anggota keluarga tentang bagaimana peran mereka untuk mendukung dan memberi semangat pada ibu untuk meneran secara benar.
12. Meminta bantuan keluarga untuk menyiapkan posisi ibu untuk meneran. (Pada saat ada his, bantu ibu dalam posisi setengah duduk dan pastikan ia merasa nyaman).
 13. Melakukan pimpinan meneran pada saat ibu mempunyai dorongan yang kuat untuk meneran:
 - a) Memimbing ibu untuk meneran saat ibu mempunyai keinginan untuk meneran.
 - b) Mendukung dan memberi semangat atas usaha ibu untuk meneran.
 - c) Membantu ibu mengambil posisi yang nyaman sesuai dengan pilihannya (tidak meminta ibu berbaring terlentang).
 - d) Menganjurkan ibu untuk beristirahat diantara *kontraksi*.
 - e) Menganjurkan keluarga untuk mendukung dan memberi semangat pada ibu.
 - f) Menganjurkan asupan cairan per oral.
 - g) Menilai DJJ setiap lima menit.
 - h) Jika bayi belum lahir atau kelahiran bayi belum akan terjadi segera dalam waktu 120 menit (2 jam) meneran untuk ibu *primipara* atau 60 menit (1 jam) untuk ibu *multipara*, merujuk segera. Jika ibu tidak mempunyai keinginan untuk meneran.
 - i) Menganjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok atau mengambil posisi yang aman. Jika ibu belum ingin meneran dalam 60 menit, anjurkan ibu untuk mulai meneran pada puncak kontraksi-kontraksi tersebut dan beristirahat di antara kontraksi.
 - j) Jika bayi belum lahir atau kelahiran bayi belum akan terjadi segera

setelah 60 menit meneran, merujuk ibu dengan segera.
(Prawirohardjo, 2016).

e. Persiapan Pertolongan Kelahiran Bayi

14. Jika kepala bayi telah membuka *vulva* dengan diameter 5- 6 cm, letakkan handuk bersih di atas perut ibu untuk mengeringkan bayi.
15. Meletakkan kain yang bersih dilipat 1/3 bagian dibawah bokong ibu.
16. Membuka partus set.
17. Memakai sarung tangan DTT atau steril pada kedua tangan.
(Prawirohardjo, 2016).

f. Menolong Kelahiran Bayi Lahirnya Kepala

18. Saat kepala bayi membuka *vulva* dengan diameter 5-6 cm, lindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi dengan kain tadi, letakkan tangan yang lain di kepala bayi dan lakukan tekanan yang lembut dan tidak menghambat pada kepala bayi, membiarkan kepala bayi keluar perlahan-lahan. Menganjurkan ibu untuk meneran perlahan-lahan atau bernapas cepat saat kepala lahir.
19. Dengan lembut menyeka muka, mulut, dan hidung bayi dengan kain atau kasa yang bersih (Langkah ini tidak harus dilakukan).
20. Memeriksa lilitan tali pusat dan mengambil tindakan yang sesuai jika hal itu terjadi, dan dan kemudian meneruskan segers proses kelahiran bayi:
 - a. Jika tali pusat melilit leher secara longgar, lepaskan lewat bagian atas kepala bayi.
 - b. Jika tali pusat melilit leher dengan erat, mengklempnya di dua tempat dan memotongnya.
21. Tunggu kepala bayi melakukan putaran paksi luar secara spontan
(Prawirohardjo, 2016)

g. Lahirnya Bahu

22. Setelah kepala melakukan putaran paksi luar, tempatkanlah kedua tangan di masing-masing sisi muka bayi. Menganjurkan ibu untuk meneran saat kontraksi

23. berikutnya. Dengan lembut menariknya ke arah bawah dan ke arah luar hingga bahu anterior muncul di bawah arkus pubis, dan kemudian dengan lembut menarik ke arah atas dan ke arah luar untuk melahirkan bahu posterior.
24. Setelah kedua bahu dilahirkan, menelusurkan tangan mulai kepala bayi yang berada di bagian bawah ke arah perineum, membiarkan bahu dan lengan posterior lahir ke tangan tersebut. Mengendalikan kelahiran siku dan tangan bayi saat melewati perineum, gunakan lengan bagian bawah untuk menyangga tubuh bayi saat dilahirkan. Menggunakan tangan anterior (bagian atas) untuk mengendalikan siku dan tangan anterior bayi saat keduanya lahir.
25. Setelah tubuh dan lengan lahir, menelusurkan tangan yang ada di atas (anterior) dari punggung ke arah kaki bayi untuk menyangganya saat punggung kaki lahir. Memegang kedua mata kaki bayi dengan hati-hati membantu kelahiran bayi. (Prawirohardjo, 2016)

h. Penanganan Bayi Baru Lahir

26. Menilai bayi dengan cepat (dalam 30 detik), kemudian meletakkan bayi di atas perut ibu dengan posisi kepala bayi sedikit lebih rendah dari tubuhnya (bila tali pusat terlalu pendek, meletakkan bayi di tempat yang memungkinkan). Bila bayi mengalami asfiksia, lakukan resusitasi (lihat bab 26. Resusitasi Neonatus)
27. Segera membungkus kepala dan badan bayi dengan handuk dan biarkan kontak kulit ibu-bayi. Lakukan penyuntikan oksitosin/i.m. (lihat keterangan di bawah).
28. Menjepit tali pusat menggunakan klem kira-kira 3 cm dari pusat bayi. Melakukan urutan pada tali pusat mulai dari klem ke arah ibu dan memasang klem kedua 2 cm dari klem pertama (ke arah ibu).
29. Memegang tali pusat dengan satu tangan, melindungi bayi dari gunting dan memotong tali pusat di antara dua klem tersebut.
30. Mengeringkan bayi, mengganti handuk yang basah dan menyelimuti bayi dengan kain atau selimut yang bersih dan kering, menutupi bagian

kepala, membiarkan tali pusat terbuka. Jika bayi mengalami kesulitan bernapas, ambil tindakan yang sesuai.

31. Memberikan bayi kepada ibunya dan menganjurkan ibu untuk memeluk bayinya dan memulai pemberian ASI jika ibu menghendakinya (Prawirohardjo, 2016).

i. Oksitosin

32. Meletakkan kain yang bersih dan kering. Melakukan palpasi abdomen untuk menghilangkan kemungkinan adanya bayi kedua.
33. Memberi kepada ibu bahwa ia akan disuntik
34. Dalam waktu 2 menit setelah kelahiran bayi, berikan suntikan oksitosin 10 unit IM di gluteus atau 1/3 atas paha kanan ibu bagian luar, setelah mengaspirasinya terlebih dahulu. (Prawirohardjo, 2016)

j. Pengendalian Tali Pusat Terkendali

35. Memindahkan klem pada tali pusat.
36. Meletakkan satu tangan di atas kain yang ada di perut ibu, tepat di atas tulang pubis, dan menggunakan tangan ini untuk melakukan palpasi kontraksi dan menstabilkan uterus. Memegang tali pusat dan klem dengan tangan lain.
37. Menunggu uterus berkontraksi dan kemudian melakukan penegangan ke arah bawah pada tali pusat dengan lembut.
38. Lakukan tekanan yang berlawanan arah pada bagian bawah uterus dengan cara menekan uterus ke arah atas dan belakang (dorso kranial) dengan hati-hati untuk membantu mencegah terjadinya inversio uteri.
 - a) Jika plasenta tidak lahir setelah 30-40 detik, hentikan penegangan tali pusat dan menunggu hingga kontraksi berikut mulai. Jika uterus tidak berkontraksi, meminta ibu atau seorang anggota keluarga untuk melakukan merangsang puting susu (Prawirohardjo, 2016).

k. Mengeluarkan Plasenta

39. Setelah plasenta terlepas, meminta ibu untuk meneran sambil menarik tali pusat ke arah bawah dan kemudian ke arah atas, mengikuti kurva jalan lahir sambil meneruskan tekanan berlawanan arah pada uterus.

- a) Jika tali pusat bertambah panjang pindahkan klem hingga berjarak sekitar 5-10 cm dari *vulva*.
 - b) Jika *plasenta* tidak lepas setelah melakukan penegangan tali pusat 15 menit:
 - (1) Menulangi pemberian oksitosin 10 unit IM.
 - (2) Menilai kandung kemih penuh dan dilakukan *kateterisasi* kandung kemih dengan menggunakan aseptik jika perlu.
 - (3) Meminta keluarga untuk menyiapkan rujukan. Mengulangi penegangan tali pusat 15 menit berikutnya.
 - (4) Merujuk ibu Jika *plasenta* tidak lahir dalam 30 menit sejak kelahiran bayi.
40. Jika *plasenta* muncul di *introitus vagina*, melanjutkan kelahiran *plasenta* dengan menggunakan kedua tangan dan dengan hati-hati memutar *plasenta* hingga selaput ketuban terpinil. Dengan lembut perlahan melahirkan selaput ketuban tersebut.
- a) Jika selaput ketuban robek, pakai sarung tangan disinfeksi tingkat tinggi atau steril untuk memeriksa *vagina* dan *serviks* ibu dengan seksama. Menggunakan jari-jari tangan atau klem atau forceps disinfeksi tingkat tinggi atau steril untuk melepaskan bagian selaput yang tertinggal (Prawirohardjo, 2016).
 - b) Segera setelah *plasenta* dan selaput ketuban lahir, lakukan *masase uterus*, meletakkan telapak tangan di *fundus* dan melakukan *masase* dengan gerakan melingkar dengan lembut hingga *uterus berkontraksi* (*fundus* teraba keras). (Prawirohardjo, 2016).

1. Menilai Perdarahan

41. Memeriksa kedua sisi *plasenta* baik yang menempel ke ibu maupun janin dan selaput ketuban untuk memastikan bahwa *plasenta* dan selaput ketuban lengkap dan utuh. Meletakkan *plasenta* ke dalam kantong plastik atau tempat khusus. Jika uterus tidak berkontraksi setelah melakukan *masase* selama 15 detik mengambil tindakan yang sesuai

42. Mengevaluasi adanya *laserasi* pada *vagina* dan *perineum* dan segera menjahitan laserasi yang mengalami pendarahan aktif (Prawirohardjo, 2016).

m. Melakukan Prosedur Pasca Persalinan

43. Menilai ulang *uterus berkontraksi* dengan baik.

44. Mencelupkan kedua tangan yang memakai sarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5%; membilas kedua tangan yang masih bersarung tangan tersebut dengan air disinfeksi tingkat tinggi dan mengeringkannya dengan kain yang bersih dan kering.

45. Menempatkan klem tali pusat disinfeksi tingkat tinggi atau steril atau mengikat tali disinfeksi tingkat tinggi dengan simpul mati sekeliling tali pusat sekitar 1 cm dari pusat.

46. Mengikat satu lagi simpul mati di bagian pusat yang berseberangan dengan simpul mati yang pertama.

47. Melepaskan klem bedah dan meletakkannya ke dalam larutan klorin 0,5%.

48. Menyelimuti kembali bayi dan menutupi bagian kepalanya. Memastikan handuk atau kainnya bersih atau kering.

49. Menganjurkan ibu untuk memulai pemberian ASI.

50. Lanjutkan pemantauan *kontraksi* dan mencegah pendarahan pervaginam.

a) 2-3 kali dalam 15 menit pertama pasca persalinan.

b) Setiap 15 menit pada 1 jam pertama pascapersalinan.

c) Setiap 20-30 menit pada jam ke kedua pascapersalinan.

d) Jika *uterus* tidak *berkontraksi* dengan baik, laksanakan perawatan yang sesuai untuk menatalaksanakan *atonia uteri*.

e) Jika ditemukan laserasi yang memerlukan penjahitan, lakukan penjahitan dengan anestesia lokal dan menggunakan teknik yang sesuai.

51. Mengajarkan ibu/keluarga bagaimana melakukan *massase uterus* dan memeriksa *kontraksi*.

52. Mengevaluasi kehilangan darah.
 53. Memeriksa tekanan darah, nadi ibu dan keadaan kandung kemih setiap 15 menit selama 1 jam pertama pascapersalinan setiap 30 menit selama jam kedua pasca persalinan.
 - a) Memeriksa temperatur tubuh ibu setiap jam selama 2 jam pertama pascapersalinan
 - b) Melakukan tindakan yang sesuai untuk temuan yang tidak normal (Prawirohardjo, 2016).
- n. Kebersihan dan keamanan
54. Tempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan clorin 0.5% untuk dekontaminasi (10 menit). Mencuci dan membilas peralatan setelah dekontaminasi.
 55. Membuang bahan-bahan yang terkontaminasi ketempat sampah yang sesuai.
 56. Bersihkan ibu dengan menggunakan air disinfeksi tingkat tinggi. Membersihkan sisa cairan ketuban, lendir dan darah. Membantu ibu memakaikan pakaian yang bersih dan kering.
 57. Memastikan bahwa ibu nyaman. Membantu ibu memberikan ASI. Mengnjurkan keluarga untuk memberi ibu minuman dan makanan yang di inginkannya.
 58. Mendekontaminasi daerah yang digunakan untuk melahirkan dengan larutan klorin 0,5% dan membilas dengan air bersih.
 59. Mencilupkan sarung tangan kotor ke dalam larutan klorin 0,5%, membalikkan bagian dalam keluar dan merendamnya dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit. Dan Cuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir. (Prawirohardjo, 2016).
- o. Dekontaminasi
60. Lengkapi partograf (halaman depan dan belakang). (Prawirohardjo, 2016).

C. NIFAS

1. Pengertian Masa Nifas

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

Masa nifas (PostPartum) adalah masa di mulai setelah kelahiran plasenta dan berakhir ketika alat kandungan kembali semula seperti sebelum hamil, yang berlangsung selama 6 minggu atau 42 hari. Selama masa pemulihan tersebut berlangsung, ibu akan mengalami banyak perubahan fisik yang bersifat fisiologis dan banyak memberikan ketidak nyamanan pada awal postpartum, yang tidak menutup kemungkinan untuk menjadi patologis bila tidak diikuti dengan perawatan yang baik (Yulia and Hakim, 2020).

2. Tahapan Masa Nifas

Menurut Wulandari, (2019) Ada beberapa tahapan yang di alami oleh wanita selama masa nifas, yaitu sebagai berikut :

- a) Immediate puerperium, yaitu waktu 0-24 jam setelah melahirkan. ibu telah di perbolehkan berdiri atau jalan-jalan
- b) Early puerperium, yaitu waktu 1 – 7 hari pemulihan setelah melahirkan. pemulihan menyeluruh alat-alat reproduksi berlangsung selama 6 minggu
- c) Later puerperium, yaitu waktu 1 – 6 minggu setelah melahirkan, inilah waktu yang diperlukan oleh ibu untuk pulih dan sehat sempurna. Waktu sehat bisa bermingguminggu, bulan dan tahun

3. Perubahan Fisiologi Masa Nifas

a. Perubahan fisiologis masa nifas pada sistem reproduksi

Perubahan alat – alat genital baik interna maupun eksterna kembali seperti semula seperti sebelum hamil disebut involusi. Bidan dapat membantu ibu untuk mengatasi dan memahami perubahan – perubahan seperti:

1) Involusi Uterus

Involusi atau pengerutan uterus merupakan suatu proses dimana uterus kembali ke kondisi sebelum hamil dengan berat hanya 60 gram. Proses involusi uterus menurut (Marmi, 2015) antara lain, sebagai berikut:

a) Iskemia miometrium

Iskemia miometrium disebabkan oleh kontraksi dan retraksi yang terus-menerus dari uterus setelah pengeluaran plasenta membuat uterus relatif anemia dan menyebabkan serat otot atrofi.

b) Atrofi jaringan

Atrofi jaringan terjadi sebagai reaksi penghentian hormon esterogen saat pelepasan plasenta.

c) Autolisis

Autolisis merupakan proses penghancuran diri sendiri yang terjadi di dalam otot uterus. Enzim proteolitik akan memendekkan jaringan otot yang telah sempat mengendur hingga panjangnya 10 kali dari semula dan lebar lima kali dari semula selama kehamilan atau dapat juga dikatakan sebagai perusakan secara langsung jaringan hipertrofi yang berlebihan. Hal ini disebabkan karena penurunan hormon esterogen dan progesteron.

d) Efek oksitosin

Oksitosin menyebabkan terjadinya kontraksi dan retraksi otot uterus sehingga akan menekan pembuluh darah yang mengakibatkan berkurangnya suplai darah ke uterus. Proses ini membantu untuk mengurangi perdarahan. Penurunan ukuran uterus yang cepat itu dicerminkan oleh perubahan lokasi uterus ketika turun keluar dari abdomen dan kembali menjadi organ pelvis.

2) Involusi tempat plasenta

Uteri pada bekas inflasi plasenta merupakan luka yang kasar dan menonjol kedalam kavum uteri. Segera setelah plasenta lahir, dengan cepat luka mengecil, pada akhir minggu kedua hanya sebesar 3-4 cm

dan pada akhir nifas 1-2cm. Penyembuhan luka bekas plasenta khas sekali. Pada permulaan nifas bekas plasenta mengandung banyak pembuluh darah besar yang tersumbat oleh thrombus. Luka bekas plasenta tidak meninggalkan parut. Hal ini disebabkan karena diikuti pertumbuhan endometrium baru di bawah permukaan luka. Regenerasi endometrium terjadi ditempat implantasi plasenta selama sekitar 6 minggu. Pertumbuhan kelenjar endometrium ini berlangsung didalam decidua basalis. Pertumbuhan kelenjar ini mengikis pembuluh darah yang membeku pada tempat implantasi plasenta hingga terkelupas dan tak dipakai lagi pada pembuangan lochea (Yanti & Sundawati, 2014).

3) Perubahan ligamen

Setelah bayi lahir, ligamen dan diafragma pelvis fasia yang meregang sewaktu kehamilan dan saat melahirkan, kembali seperti sedia kala. Perubahan ligamen yang dapat terjadi pasca melahirkan antara lain: ligamentum rotundum menjadi kendur yang mengakibatkan letak uterus menjadi retrofleksi; ligamen, fasia, jaringan penunjang alat genitalia menjadi agak kendur (Yanti & Sundawati, 2014).

4) Perubahan serviks

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

Oleh karena hiperpalpasi dan retraksi serviks, robekan serviks dapat sembuh. Namun demikian setelah involusi, ostium eksterium tidak sama waktu sebelum hamil pada umumnya ostium eksternum

lebih besar, ada retak-retak dan robek-robekan pada pinggirnya terutama pada pinggir sampingnya (Yanti & Sundawati, 2014).

5) Lochea

Lochea adalah ekskresi cairan rahim selama masa nifas dan mempunyai reaksi basa/alkalis yang membuat organisme berkembang lebih cepat dari pada kondisi asam, yang ada pada vagina normal. Lochea mempunyai bau yang amis (anyir) meskipun tidak terlalu menyengat dan volumenya 205 berbeda-beda pada setiap wanita. Lochea mengalami perubahan karena proses involusi. Lochea dapat dibagi menjadi lochea rubra, sanguilenta, serosa, dan alba. Perbedaan masing-masing lochea dapat dilihat sebagai berikut :

Table 2.4 Perubahan Warna Lochea

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

Sumber : Yanti & Sundawati, 2014

Umunya jumlah lochea lebih sedikit bila wanita postpartum dalam posisi berbaring dari pada berdiri. Hal ini terjadi akibat pembuangan bersatu divagina bagian atas saat wanita posisi berbaring dan kemudian akan mengalir keluar saat berdiri. Total jumlah rata-rata pengeluaran lochea sekitar 240 hingga 270 ml (Yanti & Sundawati, 2014).

6) Perubahan vulva, vagina dan perineum

Selama proses persalinan vulva dan vagina mengalami penekanan serta peregangan, setelah beberapa hari persalinan kedua organ ini kembali dalam keadaan kendur. Rugae timbul kembali pada minggu ke tiga. Himen tampak sebagai tonjolan kecil dan dalam proses pembentukan berubah menjadi kulae mitiformis yang khas bagi wanita multipara. Ukuran vagina akan selalu lebih besar dibandingkan keadaan saat sebelum persalinan pertama.

Perubahan pada perineum pasca melahirkan terjadi pada saat perineum mengalami robekan. Robekan jalan lahir dapat terjadi secara spontan atau dilakukan episiotomi dengan insisi tertentu. Meskipun demikian, latihan otot perineum dapat mengembalikan tonus tersebut dan dapat mengencangkan vagina hingga tingkat tertentu hal ini dapat dilakukan pada akhir puerperium dengan latihan harian (Yanti & Sundawati, 2014).

b. Perubahan Sistem Pencernaan

Biasanya ibu mengalami konstipasi setelah persalinan. Hal ini disebabkan karena pada waktu melahirkan alat pencernaan mendapat tekanan yang menyebabkan kolon menjadi kosong, pengeluaran cairan yang berlebihan pada waktu persalinan, kurangnya asupan makan, hemoroid dan kurangnya aktivitas tubuh.

c. Perubahan Sistem Perkemihan

Setelah proses persalinan berlangsung, biasanya ibu akan sulit untuk buang air kecil dalam 24 jam pertama. Penyebab dari keadaan ini adalah terdapat spasme sfinkter dan edema leher kandung kemih setelah mengalami kompresi (tekanan) antara kepala janin dan tulang pubis selama persalinan berlangsung. Kadar hormon estrogen yang bersifat menahan air akan mengalami penurunan yang mencolok. Keadaan tersebut disebut "diuresis".

d. Perubahan Sistem Muskuloskeletal

Otot-otot uterus berkontraksi segera setelah partus, pembuluh darah yang berada di antara anyaman otot-otot uterus akan terjepit, sehingga akan menghentikan perdarahan. Ligamen-ligamen, diafragma pelvis, serta fasia yang meregang pada waktu persalinan, secara berangsur-angsur menjadi ciut dan pulih kembali. Stabilisasi secara sempurna terjadi pada 6-8 minggu setelah persalinan.

e. Perubahan Sistem Kardiovaskuler

Setelah persalinan, shunt akan hilang tiba-tiba. Volume darah bertambah, sehingga akan menimbulkan dekompensasi kordis pada penderita vitum cordia. Hal ini dapat diatasi dengan mekanisme kompensasi dengan timbulnya hemokonsentrasi sehingga volume darah kembali seperti sediakala. Pada umumnya, hal ini terjadi pada hari ketiga sampai kelima postpartum.

f. Perubahan Tanda-tanda Vital

Pada masa nifas, tanda – tanda vital yang harus dikaji antara lain :

1) Suhu badan

Dalam 1 hari (24 jam) post partum, suhu badan akan naik sedikit ($37,50 - 38^{\circ} \text{C}$) akibat dari kerja keras waktu melahirkan, kehilangan cairan dan kelelahan. Apabila dalam keadaan normal, suhu badan akan menjadi biasa. Biasanya pada hari ketiga suhu badan naik lagi karena ada pembentukan Air Susu Ibu (ASI). Bila suhu tidak turun, kemungkinan adanya infeksi pada endometrium.

2) Nadi

Denyut nadi normal pada orang dewasa 60-80 kali per menit. Denyut nadi sehabis melahirkan biasanya akan lebih cepat. Denyut nadi yang melebihi 100x/ menit, harus waspada kemungkinan dehidrasi, infeksi atau perdarahan post partum.

3) Tekanan darah

Tekanan darah biasanya tidak berubah. Kemungkinan tekanan darah akan lebih rendah setelah ibu melahirkan karena ada

perdarahan. Tekanan darah tinggi pada saat post partum menandakan terjadinya preeklampsia post partum.

4) Pernafasan

Keadaan pernafasan selalu berhubungan dengan keadaan suhu dan denyut nadi. Bila suhu nadi tidak normal, pernafasan juga akan mengikutinya, kecuali apabila ada gangguan khusus pada saluran nafas. Bila pernafasan pada masa post partum menjadi lebih cepat, kemungkinan ada tanda-tanda syok (Dewi, 2012).

g. Perawatan Puerperium

Perawatan masa puerperium Menurut Anggraeni (2010), perawatan puerperium lebih aktif dengan dianjurkan untuk melakukan mobilisasi dini (early mobilization). Perawatan mobilisasi secara dini mempunyai keuntungan, sebagai berikut:

- 1) Melancarkan pengeluaran lochea, mengurangi infeksi perineum
- 2) Memperlancar involusi alat kandungan
- 3) Melancarkan fungsi alat gastrointestinal dan alat perkemihan
- 4) Meningkatkan kelancaran peredaran darah, sehingga mempercepat fungsi ASI pengeluaran sisa metabolisme.

4. Kebutuhan pada Masa Nifas

Menurut Setyo Retno Wulandari (2011), Ada beberapa macam kebutuhan saat nifas:

a. Nutrisi

Kebutuhan gizi pada masa nifas terutama bila menyusui akan meningkat 25% karena berguna untuk proses kesembuhan karena sehabis melahirkan dan untuk memproduksi air susu yang cukup untuk menyehatkan bayi. Semua itu akan meningkatkan tiga kali dari kebutuhan biasa. Selama menyusui ibu membutuhkan tambahan protein di atas normal sebesar 20 gram/hari. Maka dari itu ibu dianjurkan makan-makanan mengandung asam lemak omega 3 yang banyak terdapat di ikan kakap, tongkol, dan lemuru.

b. Ambulasi

Di sebut juga early ambulation. Early ambulation adalah kebijakan untuk sekelas mungkin membimbing klien keluar dari tempat tidurnya dan membimbingnya secepat mungkin berjalan. Klien sudah di perbolehkan bangun dari tempat tidur dan dalam 24-48 jam postpartum. Keuntungannya early ambulation adalah :

- 1) Klien merasa lebih baik, lebih sehat dan lebih kuat.
- 2) Faal usus dan kandung kencing lebih baik.
- 3) Dapat lebih memungkinkan dalam menggajari ibu untuk merawat atau memelihara anaknya, memandikan dan lain-lain selama ibu masih dalam perawatan.(Eka, 2014).

c. Eliminasi

1) Miksi (BAK)

Miksi di sebut normal bila dapat buang air kecil spontan setiap 3-4 jam dan ibu di usahakan dapat buang air kecil.

2) Defekasi (BAB)

Biasanya 2-3 hari post partum masih sulit buang air besar. Jika klien pada hari ketiga belum juga buang air besar maka diberikan laksan supositoria dan minum air hangat. Agar dapat buang air besar secara teratur dapat dilakukan dengan diit teratur, pemberian cairan yang banyak, makanan cukup serat,olah raga (Haryani, 2012).

d. Kebersihan diri / perineum

Mandi di tempat tidur dilakukan sampai ibu dapat mandi sendiri dikamar mandi sendiri, yang terutama di bersihkan adalah putting susu dan mammae dilanjutkan perineum

1) Perawatan perineum

Apabila setelah buang air kecil atau buang air besar perineum di bersihkan secara rutin. Caranya di mulsi dsri simpisis sampai anal sehingga tidak terjadi infeksi cara membersihkannya dengan sabun yang lembut minimal sekali sehari. Biasanya ibu merasa takut pada kemungkinan jahitan akan lepas, juga merasa sakit sehingga perineum

tidak di bersihkan atau di cuci. Ibu di beri tahu caranya mengganti pembalut yaitu bagian dalamnya jangan sampai terkontaminasi oleh tangan. Pembalut yang sudah kotor harus diganti paling sedikit 4 kali dalam sehari (Mochtar, 2015)

2) Perawatan payudara

- a) Menjaga payudara tetap bersih dan kering terutama putting susu dengan menggunakan BH yang menyongkong payudara
- b) Apabila putting susu lecet oleskan colostrum atau ASI yang keluar pada sekitar putting susu setiap selesai menyusui. Menyusui tetap di lakukan di mulai dari putting yang tidak lecet.
- c) Apabila lecet sangat berat dapat diistirahatkan selama 24 jam, ASI di keluarkan dan di minumkan dengan mnenggunakan sendok.
- d) Untuk menghilangkan nyeri ibu dapat di berikan paracetamol 1 tablet setiap 4- 6 jam. Istirahat Anjurkan ibu untuk :
 - (1)Istirahat cukup untuk mengurangi kecelakaan
 - (2)Tidur siang atau istirahat saat bayi tidur
 - (3)Kembali ke kegiatan rumah tangga secara perlahan – lahan
 - (4)Menggatur kegiatan rumahnya sehingga dapat menyediakan waktu untuk istirahat pada siang kira-kira 2jam dm malam 7-8 jam. Kurang isirahat pada ibu nifas mengakibatkan :
 - (a)Menggurangi jumlah ASI 2) Memperlambat involusi, yang akhirnya bisa menyebabkan perdarahan
 - (b)Depresi (Marisah, 2011).

e. Seksual

Apabila perdarahan sudah berhenti dan episiotomy sudah sembuh maka coitus bisa dilakukan pada 3-4 minggu post-partum. Ada juga yang berpendapat bahwa coitus dapat dilakukan setelah masa nifas berdasarkan teori bahwa saat itu bekas luka plasenta baru sembuh (proses penyembuhan luka post-partum sampai dengan 6 minggu). Secara fisik aman untuk melakukan hubungan suami istri begitu darah merah berhenti dan ibu dapat memasukkan kedua jarinya

kedalam vagina tanpa rasa nyeri, aman untuk melakukan hubungan suami istri (coitus).

f. Senam nifas

Senam nifas adalah senam yang di lakukan sejak hari pertama melahirkan setiap hari sampai hari ke sepuluh, terdiri dari sederetan gerakan tubuh yang di lakukan untuk mempercepat pemulihan keadaan ibu. Tujuan di lakukannya senam nifas pada ibu setelah melahirkan :

- 1) Mengurangi rasa sakit pada otot-otot, Memperbaiki perdarahan, Menggencangkan otot-otot perut dan perineum
- 2) Melancarkan pengeluaran lochea, Mempercepat involusi
- 3) Menghindarkan kelainan, misalnya : emboli, thrombosis, dll
- 4) Untuk mempercepat penyembuhan, mencegah komplikasi dan meningkatkan otot-otot punggung, pelvis dan abdomen
- 5) Kegel exercise : untuk membantu penyembuhan luka perineum
- 6) Meredakan hemoroid dan varikosis vulva
- 7) Meningankan perasaan bahwa “segala sudah berantakan
- 8) Membangkitkan kembali pengendalian atas otot-otot spinkter.
- 9) Memperbaiki respon seksual Manfaat senam nifas antara lain :
 - a) Senam nifas membantu memperbaiki sirkulasi darah
 - b) Senam nifas membantu memperbaiki sikap tubuh dan punggung setelah melahirkan
 - c) Memperbaiki otot tonus
 - d) Memperbaiki pelvis dan peregangan otot abdomen
 - e) Memperbaiki juga memperkuat otot panggul
 - f) Membantu ibu untuk lebih rileks dan segar pasca melahirkan

g. Keluarga berencana

Idealnya setelah melahirkan boleh hamil lagi setelah dua tahun. Pada dasarnya ibu tidak mengalami ovulasi selama menyusui eksklusif atau penuh enam bulan dan ibu belum mendapatkan haid (metode

amenorhe laktasi). Meskipun setiap metode kontrasepsi beresiko, tetapi menggunakan kontrasepsi jauh lebih aman (Sulisetyawati, 2018)

h. Pemberian ASI

Hal – hal yang perlu diberitahukan mengenai pemberian ASI, yaitu:

- 1) Menyusui segera setelah lahir minimal 30 menit bayi telah disusukan
- 2) Ajarkan cara menyusui yang benar.
- 3) Memberikan ASI secara penuh 6 bulan tanpa makanan lain (ASI eksklusif)
- 4) Menyusui tanpa jadwal, sesuka bayi
- 5) Di luar menyusui jangan memberikan dot / kempeng pada bayi, tapi berikan asi dengan sendok
- 6) Penyapihan bertahap meningkatkan frekuensi makanan dan menurunkan frekuensi pemberian ASI.

5. Komplikasi Pada Masa Nifas

Menurut Setyo Retno Wulanjani, 201, Mengatakan bahwa komplikasi masa nifas adalah sebagai berikut :

- a. Pendarahan Pervaginam Perdarahan pervaginam yang melebihi 300 ml setelah bersalin didefinisikan sebagai perdarahan pasca persalinan. Terdapat beberapa masalah mengenai definisi ini :
 - 1) Perkiraan kehilangan darah biasanya tidak yang sebenarnya, kadang-kadang hanya setengah dari biasanya. Darah juga tersebar pada spon, handuk dan kain didalam ember dan lantai.
 - 2) Volume darah yang hilang juga bervariasi akibatnya sesuai dengan kadar hemoglobin ibu. Seorang ibu dengan kadar HB normal akan berakibat fatal pada anemia. Seseorang ibu yang sehat dan tidak anemia pun dapat mengalami akibat fatal dari kehilangan darah.
 - 3) Perdarahan dapat terjadi dengan lambat untuk jangka waktu beberapa jam dan kondisi ini dapat tidak dikenali sampai terjadi syok. Penilaian resiko pada saat antenatal tidak dapat memperkirakan akan terjadinya perdarahan pasca persalinan.

4) Penanganan aktif kala III sebaiknya dilakukan pada semua wanita yang bersalin karena hal ini dapat menurunkan insiden perdarahan pasca persalinan 70 akibat atonia uteri. Semua ibu pasca bersalin fase persalinan.

b. Infeksi Masa Nifas

Infeksi nifas adalah keadaan yang mencakup semua peradangan alat-alat genitalia dalam masa nifas. Masuknya kuman dapat terjadi dalam kehamilan, waktu persalinan, dan nifas. Demam nifas adalah demam dalam masa nifas oleh sebab apa pun. Mordibitas puerpuralis adalah kenaikan suhu badan sampai 38°C atau lebih selama 2 hari dalam 10 hari pertama post-partum, kecuali pada hari pertama. Suhu diukur 4 kali secara oral. Infeksi terjadi pada vulva, vagina, dan serviks.

c. Endometritis

Endometritis adalah infeksi yang terjadi pada endometrium. Biasanya pada luka bekas implantasi plasenta dan dalam waktu singkat.

d. Septicemia dan Pyemia

Ini merupakan infeksi umum yang disebabkan oleh kuman yang sangat pathogen. Infeksi ini sangat berbahaya dan tergolong 50% penyebab kematian karena infeksi.

e. Peritonitis

Peritonitis (radang selaput rongga perut) adalah peradangan yang disebabkan oleh infeksi pada selaput rongga perut (peritoneum). Infeksi nifas dapat menyebar melalui pembuluh darah di dalam uterus, langsung mencapai peritoneum dan menyebabkan peritonitis atau melalui jaringan di antara kedua lembar lagamentum latum yang menyebabkan parametritis. Peritonitis yang tidak menjadi peritonitis umum hanya terbatas pada daerah pelvis.

f. Parametritis

Parametritis merupakan peradangan pada parametrium. Parametrium merupakan lapisan terluar yang melapisi uterus. Parametritis juga mempunyai nama lain yaitu sellulitis pelvika.

g. Thrombophlebitis

Thrombophlebitis merupakan kelainan pada masa nifas yaitu masa setelah melahirkan di mana terjadi sumbatan pembuluh darah yang disebabkan oleh adanya darah yang membeku.

h. Luka perineum

Perlukaan perineum pada umumnya terjadi unilateral, namun dapat juga bilateral. Perlukaan pada diafragma urogenitalis dan muskulu levator ani, yang terjadi pada waktu persalinan normal atau persalinan dengan alat, dapat terjadi tanpa luka pada kulit perineum atau pada vagina, sehingga tidak kelihatan dari luar. Perlukaan demikian dapat melemahkan dasar panggul, sehingga mudah terjadi prolaps genitalis.

6. Kebijakan Program Nasional Nifas

Seorang bidan pada saat memberikan asuhan kepada ibu dalam masa nifas, ada beberapa hal yang harus dilakukan, akan tetapi pemberian asuhan kebidanan pada ibu masa nifas tergantung dari kondisi ibu sesuai dengan masa perkembangannya antara lain dalam literature saifudin (2006):

a. Kunjungan ke-1 (6-8 jam setelah persalinan)

Mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri; mendeteksi dan merawat penyebab lain perdarahan: rujuk bila perdarahan berlanjut; memberikan konseling pada ibu atau salah satu anggota keluarga bagaimana mencegah perdarahan masa nifas karena tonia uteri; pemberian ASI awal; melakukan hubungan antara ibu dan bayi baru lahir; menjaga bayi tetap sehat dengan cara 24 mencegah hipotermia; jika petugas kesehatan menolong persalinan, ia harus tinggal dengan ibu dan bayi baru lahir untuk 2 jam pertama setelah kelahiran, atau sampai ibu dan bayi dalam keadaan sehat.

b. Kunjungan ke-2 (6 hari setelah persalinan)

Memastikan involusi uterus berjalan normal: uterus berkontraksi, fundus di bawah umbilikus, tidak ada perubahan abnormal, tidak ada bau, menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi atau makanan, cairan, dan istirahat; memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak

memperlihatkan tanda-tanda penyulit; memberikan konseling pada ibu mengenai asuhan pada bayi, tali pusat, menjaga bayi tetap hangat dan merawat bayi sehari-hari.

- c. Kunjungan ke-3 (2 minggu setelah persalinan), sama seperti diatas.
- d. Kunjungan ke-4 (6 minggu setelah persalinan), menanyakan pada ibu tentang penyuli-penyulit yang ia atau bayi alami; memberikan konseling untuk KB secara dini.

D. BAYI BARU LAHIR

1. Pengertian Bayi Baru Lahir

Bayi baru lahir (neonatus) adalah bayi yang berusia 0-28 hari (Kementerian Kesehatan RI, 2010). Bayi baru lahir adalah bayi berusia satu jam yang lahir pada usia kehamilan 37-42 minggu dan berat badannya 2.500-4000 gram (Dewi, 2010). Bayi baru lahir atau neonatus adalah masa kehidupan (0–28 hari), dimana terjadi perubahan yang sangat besar dari kehidupan di dalam rahim menuju luar rahim dan terjadi pematangan organ hampir pada semua sistem. Bayi hingga umur kurang satu bulan merupakan golongan umur yang memiliki risiko gangguan kesehatan paling tinggi dan berbagai masalah kesehatan bisa muncul, sehingga tanpa penanganan yang tepat bisa berakibat fatal (Kemenkes RI, 2020).

Periode ini merupakan periode yang sangat rentan terhadap suatu infeksi sehingga menimbulkan suatu penyakit. Periode ini juga masih membutuhkan penyempurnaan dalam penyesuaian tubuhnya secara fisiologis untuk dapat hidup di luar kandungan seperti sistem pernapasan, sirkulasi, termoregulasi dan kemampuan menghasilkan glukosa (Juwita & Prisusanti, 2020). Bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir dalam presentasi belakang kepala melalui vagina tanpa memakai alat (Jamil et al., 2017). Kriteria bayi normal adalah lahir dengan umur kehamilan genap 37 minggu sampai 42 minggu, dengan berat badan lahir 2500–4000 gram, panjang badan: 48–52 cm, lingkaran dada: 30– 38 cm, nilai Apgar 7–10 dan tanpa cacat bawaan (Ribek et al., 2018). Lingkar kepala bayi baru lahir yang

normal adalah 34–35 cm, dimana ukuran lingkaran kepala mempunyai hubungan dengan perkembangan bayi yaitu pertumbuhan lingkaran kepala umumnya mengikuti pertumbuhan otak, sehingga bila ada hambatan/gangguan pada pertumbuhan lingkaran kepala, pertumbuhan otak juga biasanya terhambat (Ribek et al., 2013)

2. Klasifikasi bayi baru lahir

Neonatus dikelompokkan menjadi dua kelompok (Juwita & Priskusanti, 2020), yaitu:

a. Neonatus menurut masa gestasinya Masa gestasi atau dapat disebut dengan umur kehamilan merupakan waktu dari konsepsi yang dihitung dari ibu hari pertama haid terakhir (HPHT) pada ibu sampai dengan bayi lahir (Novieastari et al., 2020).

1) Bayi kurang bulan: bayi yang lahir <294 hari (<42 minggu).

2) Bayi cukup bulan: bayi yang lahir antara 259–293 hari (37 minggu–42 minggu).

3) Bayi lebih bulan: bayi yang lahir >294 hari (>42 minggu).

b. Neonatus menurut berat badan saat lahir, Bayi lahir ditimbang berat badannya dalam satu jam pertama jika bayi lahir di fasilitas kesehatan dan jika bayi lahir di rumah maka penimbangannya dilakukan dalam waktu 24 jam pertama setelah kelahiran (Novieastari et al., 2020).

1) Bayi berat badan lahir rendah: bayi yang lahir dengan berat badan <2,5 kg

2) Bayi berat badan lahir cukup: bayi yang lahir dengan berat badan antara 2,5 kg–4 kg.

3) Bayi berat badan lahir lebih: bayi yang lahir dengan berat badan >4 kg

3. Lingkup Neonatus Normal

Menurut Depkes RI (2014), asuhan segera, aman dan bersih untuk bayi baru lahir ialah:

a. Pencegahan infeksi

Bayi baru lahir sangat rentan terhadap infeksi yang disebabkan oleh paparan atau kontaminasi mikroorganisme selama proses persalinan berlangsung maupun beberapa saat setelah lahir. Sebelum menangani bayi baru lahir, pastikan penolong persalinan telah melakukan upaya pencegahan infeksi sebagai berikut:

- 1) Cuci tangan dengan seksama sebelum dan setelah bersentuhan dengan bayi.
- 2) Pakai sarung tangan bersih pada saat menangani bayi yang belum dimandikan.
- 3) Pastikan semua peralatan dan bahan yang digunakan bersih.
- 4) Pastikan semua pakaian, handuk, selimut kain yang digunakan untuk bayi, sudah dalam keadaan bersih.

b. Penilaian awal

Segera setelah lahir, letakkan bayi diatas kain bersih dan kering yang disiapkan pada perut ibu lakukan penilaian awal dengan menjawab 2 pertanyaan antara lain:

- 1) Apakah bayi menangis kuat dan atau bernafas tanpa kesulitan ?
- 2) Apakah bayi bergerak dengan aktif atau lemas?

Jika bayi bernafas atau bernafas megap-megap atau lemah maka segera lakukan tindakan resusitasi bayi baru lahir.

c. Pencegahan kehilangan panas.

Bayi baru lahir dapat kehilangan panas tubuhnya melalui cara berikut:

- 1) Evaporasi adalah jalan utama bayi kehilangan panas. Kehilangan panas dapat terjadi kerana adanya penguapan cairan ketuban pada permukaan tubuh oleh panas tubuh bayi sendiri. Ini dikarenakan setelah lahir tubuh bayi tidak segera dikeringkan dan diselimuti.
- 2) Konduksi adalah kehilangan panas tubuh melalui kontak langsung antara tubuh bayi dengan permukaan yang dingin.

- 3) Konveksi adalah kehilangan panas tubuh yang terjadi saat bayi terpapar udara sekitar yang lebih dingin. Bayi yang dilahirkan atau ditempatkan didalam ruangan yang dingin akan cepat mengalami kehilangan panas.
 - 4) Radiasi adalah kehilangan panas yang terjadi karena bayi berada didekat benda-benda yang mempunyai suhu tubuh lebih rendah dan suhu tubuh bayi. Bayi bisa kehilangan panas dengan cara ini karena benda- benda tersebut menyerap radiasi panas tubuh bayi. Cara mencegah kehilangan panas melalui upaya sebagai berikut:
 - a) Keringkan tubuh bayi tanpa membersihkan verniks
 - b) Letakkan bayi agar terjadi kontak kulit ibu ke kulit bayi
 - c) Selimuti ibu dan bayi dan pakaikan topi dikepala bayi
 - d) Jangan segera menimbang atau memandikan bayi baru lahir
 - e) Tempatkan bayi di lingkungan yang hangat
- d. Pemotongan dan perawatan tali pusat

Setelah penilaian sepintas dan tidak ada tanda asfiksia pada bayi, dilakukan manajemen bayi baru lahir normal dengan mengeringkan bayi mulai dari muka, kepala, dan bagian tubuh lainnya kecuali bagian tangan tanpa membersihkan verniks, kemudian bayi diletakkan di atas dada atau perut ibu. Setelah pemberian oksitosin pada ibu, lakukan pemotongan tali pusat dengan satu tangan melindungi perut bayi. Perawatan tali pusat adalah dengan tidak membungkus tali pusat atau mengoleskan cairan/bahan apa pun pada tali pusat (Kementerian Kesehatan RI, 2013).

Perawatan rutin untuk tali pusat adalah selalu cuci tangan sebelum memegangnya, menjaga tali pusat tetap kering dan terpapar udara, membersihkan dengan air, menghindari dengan alkohol karena menghambat pelepasan tali pusat, dan melipat popok di bawah umbilikus (Lissauer, 2013)

- e. Inisiasi Menyusu Dini (IMD)

Setelah bayi lahir dan tali pusat dipotong, segera letakkan bayi tengkurap di dada ibu, kulit bayi kontak dengan kulit ibu untuk

melaksanakan proses IMD selama 1 jam. Biarkan bayi mencari, menemukan puting, dan mulai menyusui. Sebagian besar bayi akan berhasil melakukan IMD dalam waktu 60-90 menit, menyusui pertama biasanya berlangsung pada menit ke- 45-60 dan berlangsung selama 10-20 menit dan bayi cukup menyusui dari satu payudara (Kementerian Kesehatan RI, 2013).

Jika bayi belum menemukan puting ibu dalam waktu 1 jam, posisikan bayi lebih dekat dengan puting ibu dan biarkan kontak kulit dengan kulit selama 30- 60 menit berikutnya. Jika bayi masih belum melakukan IMD dalam waktu 2 jam, lanjutkan asuhan perawatan neonatal esensial lainnya (menimbang, pemberian vitamin K, salep mata, serta pemberian gelang pengenalan) kemudian dikembalikan lagi kepada ibu untuk belajar menyusui (Kementerian Kesehatan RI, 2013).

f. Pencegahan kehilangan panas

Melalui tunda mandi selama 6 jam, kontak kulit bayi dan ibu serta menyelimuti kepala dan tubuh bayi (Kementerian Kesehatan RI, 2013).

g. Pemberian salep mata/tetes mata

Pemberian salep atau tetes mata diberikan untuk pencegahan infeksi mata. Beri bayi salep atau tetes mata antibiotika profilaksis (tetrasiklin 1%, oxytetrasiklin 1% atau antibiotika lain). Pemberian salep atau tetes mata harus tepat 1 jam setelah kelahiran. Upaya pencegahan infeksi mata tidak efektif jika diberikan lebih dari 1 jam setelah kelahiran (Kementerian Kesehatan RI, 2013).

h. Pencegahan perdarahan

Melalui penyuntikan vitamin K1 dosis tunggal di paha kiri Semua bayi baru lahir harus diberi penyuntikan vitamin K1 (Phytomenadione) 1 mg intramuskuler di paha kiri, untuk mencegah perdarahan BBL akibat defisiensi vitamin yang dapat dialami oleh sebagian bayi baru lahir (Kementerian Kesehatan RI, 2010). Pemberian vitamin K sebagai profilaksis melawan hemorrhagic disease of the newborn dapat diberikan dalam suntikan yang memberikan pencegahan lebih terpercaya,

atau secara oral yang membutuhkan beberapa dosis untuk mengatasi absorpsi yang bervariasi dan proteksi yang kurang pasti pada bayi (Lissauer, 2013). Vitamin K dapat diberikan dalam waktu 6 jam setelah lahir (Lowry, 2014).

i. Pemberian imunisasi Hepatitis B (HB 0) dosis tunggal di paha kanan

Imunisasi Hepatitis B diberikan 1-2 jam di paha kanan setelah penyuntikan vitamin K1 yang bertujuan untuk mencegah penularan Hepatitis B melalui jalur ibu ke bayi yang dapat menimbulkan kerusakan hati (Kementerian Kesehatan RI, 2010).

j. Pemeriksaan Bayi Baru Lahir (BBL)

Pemeriksaan BBL bertujuan untuk mengetahui sedinimungkin kelainan pada bayi. Bayi yang lahir di fasilitas kesehatan dianjurkan tetap berada di fasilitas tersebut selama 24 jam karena risiko terbesar kematian BBL terjadi pada 24 jam pertama kehidupan. Saat kunjungan tindak lanjut (KN) yaitu 1 kali pada umur 1- 3 hari, 1 kali pada umur 4-7 hari dan 1 kali pada umur 8-28 hari (Kementerian Kesehatan RI, 2010).

k. Pemberian ASI eksklusif

ASI eksklusif adalah pemberian ASI tanpa makanan dan minuman tambahan lain pada bayi berusia 0-6 bulan dan jika memungkinkan dilanjutkan dengan pemberian ASI dan makanan pendamping sampai usia 2 tahun. Pemberian ASI eksklusif mempunyai dasar hukum yang diatur dalam SK Menkes Nomor 450/Menkes/SK/IV/2004 tentang pemberian ASI Eksklusif pada bayi 0-6 bulan. Setiap bayi mempunyai hak untuk dipenuhi kebutuhan dasarnya seperti Inisiasi Menyusu Dini (IMD), ASI Eksklusif, dan imunisasi serta pengamanan dan perlindungan bayi baru lahir dari upaya penculikan dan perdagangan bayi.

4. Tanda – tanda bahaya bayi baru lahir (BBL) dan Neonatus

Beberapa tanda bahaya pada bayi baru lahir harus diwaspadai, dideteksi lebih dini untuk segera dilakukan penanganan agar tidak mengancam nyawa bayi. Menurut Dewi (2012), beberapa tanda bahaya pada bayi baru lahir tersebut, antara lain:

- a. Pernafasan sulit atau lebih dari 60 kali permenit.
- b. Retraksi dada saat inspirasi.
- c. Suhu terlalu panas lebih dari 38 derajat selsius, terlalu dingin atau kurang dari 36 derajat selsius.
- d. Warna abnormal yaitu kulit atau bibir biru atau pucat, memar atau sangat kuning (terutama pada 24 jam pertama)
- e. Gangguan pada gastrointestinal bayi seperti: mekonium tidak keluar setelah 3 hari pertama kelahiran, urine tidak keluar dalam 24 jam pertama, muntah terus-menerus, distensi abdomen, feses hijau atau berlendir atau berdarah.
- f. Bayi menggigil lemas, mengantuk, lunglai, kejang-kejang halus, tidak tenang, menangis terus-menerus, mata bengkak dan mengeluarkan cairan.

5. Pelayanan Kesehatan Neonatus

Menurut pedoman Kemenkes RI (2010), pelayanan kesehatan neonatus adalah pelayanan kesehatan sesuai standar yang diberikan oleh tenaga kesehatan yang kompeten kepada neonatus sedikitnya 3 kali, selama periode 0 sampai dengan 28 hari setelah lahir, baik di fasilitas kesehatan maupun melalui kunjungan rumah

- a. Kunjungan neonatal ke-1 (KN 1) dilakukan pada kurun waktu 6-48 jam setelah lahir.
- b. Kunjungan neonatal ke-2 (KN 2) dilakukan pada kurun waktu hari ke 3 sampai dengan hari ke 7 setelah lahir.
- c. Kunjungan neonatal ke-3 (KN 3) dilakukan pada kurun waktu hari ke 8 sampai dengan hari ke 28 hari setelah lahir.
 - 1) Kunjungan Neonatal hari ke 1 (KN 1)
 - a) Untuk bayi yang lahir di fasilitas kesehatan pelayanan dapat dilakukan sebelum bayi pulang dari fasilitas kesehatan (lebih dari 24 jam).

b) Untuk bayi yang lahir dirumah, bila bidan meninggalkan bayi sebelum 24 jam, maka pelayanan dilaksanakan pada 6-24 jam setelah lahir.

Hal-hal yang dilaksanakan:

(1)Jaga kehangatan tubuh bayi.

(2)Berikan air susu ibu (ASI) eksklusif.

(3)Cegah infeksi.

(4)Rawat tali pusat

2) Kunjungan neonatal hari ke 2-6

Pada hari 2-6 setelah lahir, ada hal yang perlu diperhatikan dalam asuhan pada bayi, yaitu sebagai berikut:

a) Minum

Pastikan bayi diberi minum sesegera mungkin setelah lahir (dalam waktu 30 menit) atau dalam 3 jam setelah masuk rumah sakit, kecuali apabila pemberian minum harus ditunda karena masalah tertentu.

Air susu ibu (ASI) merupakan makanan yang terbaik bagi bayi. Air susu ibu (ASI) diketahui mengandung zat gizi yang paling sesuai untuk pertumbuhan dan perkembangan bayi, baik kualitas maupun kuantitasnya. Berikan air susu ibu (ASI) sesering mungkin sesuai dengan keinginan ibu (jika payudara sudah penuh) yaitu setia 2-3 jam (paling sedikit setiap 4 jam), bergantian antara payudara kiri dan kanan.

Anjurkan ibu memberikan air susu ibu (ASI) eksklusif. Berikan air susu ibu (ASI) saja (ASI eksklusif) sampai bayi berusia 6 bulan. Selanjutnya pemberian air susu ibu (ASI) diberikan hingga anak berusia 2 tahun, dengan penambahan makanan lunak atau padat yang disebut makanan pendamping ASI (MP-ASI). Banyak sekali keuntungan yang diperoleh dari air susu ibu (ASI). Tidak saja dalam keuntungan pertumbuhan dan perkembangan bayi, tetapi juga hubungan kasih sayang antara ibu dan bayi yang akan

memberikan dukungan sangat besar terhadap terjadinya proses pembentukan emosi positif pada anak, dan berbagai keuntungan bagi ibu.

b) Buang Air Besar (BAB)

Kotoran yang dikeluarkan bayi baru lahir pada hari pertama kehidupannya adalah berupa mekoneum. Warna mekoneum adalah hijau kehitaman, terdiri atas: mukus, sel epitel, cairan amnion yang tertelan, asa lemak dan pigmen empedu. Mekoneum dikeluarkan seluruhnya 2-3 hari setelah lahir. Pada hari 4-5 warna feses bayi berubah menjadi kuning.

Frekuensi buang air besar (BAB) bayi sedikitnya sekali dalam sehari. Pemberian air susu ibu (ASI) cenderung membuat frekuensi buang air besar (BAB) bayi lebih sering. Pada hari ke 4-5 produksi air susu ibu (ASI) sudah banyak maka bayi akan air susu ibu (BAB) 5 kali atau lebih dalam sehari. Tapi saat bayi berumur 3-4 minggu frekuensi berkurang menjadi satu kali dalam sehari. Sedangkan bayi yang diberikan susu formula akan lebih sering BAB, tetapi lebih cenderung mengalami konstipasi.

c) Buang Air Kecil (BAK)

Bayi baru lahir harus sudah buang air kecil (BAK) dalam waktu 24 jam setelah lahir. Hari selanjutnya bayi akan buang air kecil (BAK) sebanyak 6-8 kali atau hari. Pada awalnya volume urine bayi sebanyak 20-30 ml/hari, meningkat menjadi 100-200 ml/hari. Pada akhir minggu pertama. Warna urine keruh atau merah muda dan berangsur-angsur jernih karena intake cairan meningkat.

d) Tidur

Memasuki bulan pertama kehidupan, bayi baru lahir hanya menghabiskan waktunya untuk tidur. Macam tidur bayi adalah tidur aktif atau tidur ringan atau tidur lelap. Pada siang hari hanya 15% waktu digunakan bayi dalam keadaan terjaga, yaitu untuk

menangis, gerakan motorik, sadar dan mengantuk. Sisa waktu yang 85% lainnya digunakan bayi untuk tidur.

E. Keluarga Berencana

1. Pengertian Akseptor

Peserta KB (akseptor) adalah pasangan usia subur (PUS) dimana salah seorang menggunakan salah satu cara atau alat kontrasepsi untuk tujuan mencegah kehamilan, baik melalui program maupun non program. PUS adalah pasangan suami isteri yang masih berpotensi untuk mempunyai keturunan atau biasanya ditandai dengan belum datangnya masa menopause (berhenti menstruasi bagi isteri) (BKKBN, 2016).

2. Pengertian Kontrasepsi

Keluarga berencana adalah usaha untuk mengukur jumlah dan jarak anak yang diinginkan. Agar dapat mencapai hal tersebut, maka dibuatlah beberapa cara atau alternative untuk mencegah ataupun menunda kehamilan. Cara-cara tersebut termasuk kontrasepsi atau pencegahan kehamilan dan perencanaan keluarga (Erni,. dkk, 2022).

Selain definisi tersebut masih ada beberapa definisi lain tentang KB dalam buku Pelayanan Keluarga Berencana karangan (Slistyawati, 2016) yaitu:

- a. Menurut undang-undang No. 10/ 1992 KB adalah upaya peningkatan kepedulian dalam mewujudkan keluarga kecil yang bahagia sejahtera.
- b. Menurut WHO KB adalah tindakan yang membantu individu atau pasutri untuk mendapatkan obyektif-obyektif tertentu, menghindari kehamilan yang tidak diinginkan, mendapatkan kelahiran yang diinginkan, mengatur interval diantara kehamilan, dan menentukan jumlah anak dalam keluarga

3. Tujuan Menggunakan Alat Kontrasepsi

Dari buku (Erni,. dkk, 2022), tujuan dari penggunaan alat kontrasepsi yaitu:

- a. Menunda
- b. Menjarakkan

c. Mengakhiri

4. Macam – Macam Kontrasepsi

Menurut Mulyani (2013) ada beberapa macam-metode kontrasepsi yaitu:

a. Metode kalender

Metode kalender atau pantang berkala adalah cara atau metode kontrasepsisederhana yang dilakukan oleh pasangan suami istri dengan tidak melakukan senggamaatau hubungan seksual pada masa subur atau ovulasi.

Prinsip kerja metode kalender ini berpedoman kepada kenyataan bahwa wanita dalam siklus haidnya mengalami ovulasi (subur) hanya satu kali dalam sebulan,

dan biasanya terjadi beberapa hari sebelum atau sesudah hari ke-14 dari haid yang akan datang. Sel telur dapat hidup selama 6-24 jam, sedangkan sel mani sperma selama 48-72 jam

b. Metode suhu basal

Suhu basal adalah suhu tubuh sebelum ada aktifitas apapun, biasanya

diambil pada saat bangun tidur dan belum meninggalkan tempat tidur. Suhu basal akan meningkat setelah ovulasi terjadi. Pencatatan suhu basal dilakukan setiap hari. Prinsip yang digunakan dalam metode suhu basal tubuh adalah menentukan masa subur, yaitu 4 hari sebelum ovulasi karena sperma dapat hidup sampai 4 atau 5 hari. Metode ini berdasarkan kenaikan suhu tubuh setelah ovulasi sampai hari sebelummenstrusasi berikutnya. Untuk mengetahui suhu tubuh benar-benar naik maka harus dengan thermometer yang sama dan pada tempat yang sama (dimulut, anus, vagina) setiap pagi setelah bangun tidur sebelum melakukan aktivitas, serta melakukan pencatatan

c. Metode senggama terputus

d. Metode barrier

1) Diafragma

- 2) Spermisida
- e. Kondom
- f. Kontrasepsi pil
 - 1) Mini pil (Progesteron).
 - 2) Pil kombinasi (progesteron dan estrogen)
- g. Kondom
- h. Kontrasepsi Suntik
 - 1) Suntik kombinasi (suntik satu bulan)
 - 2) Suntik tri bulan atau progestin
- i. Kontrasepsi Intra Uterine Device (IUD)
- j. Kontrasepsi Implant (mengandung hormon progesteron)
- k. Kontrasepsi mantap
 - 1) Tubektomi (MOW)
 - 2) Vasektomi (MOP)
- 5. Cara kerja kontrasepsi

Dari buku (Jalilah & Prapitasari, 2021), cara kerja macam- macam KB sebagai berikut :

- a. Implant
 - 1) Hormon yang terdapat pada implant dilepaskan secara perlahan-lahan dan mengentalkan lendir pada mulut rahim sehingga menghambat pergerakan sperma. Hal ini membuat kemungkinan sperma bertemu sel telur lebih kecil dan tidak terjadi
 - 2) Selain hormon itu juga mengganggu pembentukan lapisan pada dinding rahim atau endometrium. Sehingga sel telur yang sudah dibuahi sulit menempel pada dinding rahim dan kehamilan tidak terjadi.
- b. Suntik 3 bulan
 - 1) Mencegah pelepasan sel telur dari indung telur
 - 2) Mengentalkan lendir leher rahim sehingga dapat mengganggu pertemuan antara sperma dan sel telur
- c. Suntik 1 bulan

- 1) Mencegah pelepasan sel telur dari indung telur
- 2) Mengentalkan lendir leher rahim sehingga dapat mengganggu pertemuan antara sperma dan sel telur.

d. IUD

- 1) Menghambat sperma untuk masuk ke saluran sel telur
- 2) Mencegah sperma dan sel telur bertemu sehingga tidak terjadi kehamilan
- 3) Membuat sperma sulit masuk ke dalam alat reproduksi perempuan dan mengurangi kemampuan sperma untuk melakukan pembuahan.

e. Pil kb kombinasi

- 1) Mencegah pelepasan sel telur dari indung telur
- 2) Mengentalkan lendir leher rahim sehingga dapat mengganggu pertemuan antara sperma dan sel telur

f. Mini pil

- 1) Mencegah pelepasan sel telur dari indung telur
- 2) Mengentalkan lendir leher rahim sehingga dapat mengganggu pertemuan antara sperma dan sel telur

g. Kondom

- 1) Menghalangi agar sperma tidak memasuki vagina sehingga mencegah kehamilan
- 2) Menghalangi masuknya bakteri, virus atau jamur masuk ke vagina sehingga mencegah penularan infeksi menular seksual dan HIV
- 3) Kondom hanya untuk satu kali pakai.

F. Standar Asuhan Kebidanan Dan Dasar Hukum Wewenang Bidan

Standar pelayanan Kebidanan digunakan untuk menentukan kompetensi yang diperlukan bidan dalam menjalankan praktik sehari-hari. Standar Pelayanan Kebidanan juga dapat digunakan untuk menilai mutu pelayanan, menyusun rencana diklat bidan, dan pengembangan kurikulum bidan (Kemenkes, 2014).

Standar 3 : Identifikasi ibu hamil

Bidan melakukan kunjungan rumah dengan berinteraksi dengan masyarakat secara berkala untuk memberikan penyuluhan dan memotivasi ibu, suami dan anggota keluarganya agar mendorong ibu untuk memeriksakan kehamilannya sejak dini dan secara teratur (Syafudin, Hamidah, 2017).

Standar 4 : Pemeriksaan dan pemantauan antenatal

Bidan memberikan sedikitnya 4 kali pelayanan antenatal. Pemeriksaan meliputi anamnesa dan pemantauan ibu dan janin dengan seksama untuk menilai apakah perkembangan berlangsung normal. Bidan juga harus mengenal kehamilan resti/kelainan, khususnya anemia, kurang gizi, hipertensi, PMS/ infeksi HIV, memberikan pelayanan imunisasi , nasehat dan penyuluhan kesehatan serta tugas terkait lainnya yang diberikan oleh puskesmas. Mereka harus mencatat data yang tepat pada setiap kunjungan. Bila ditemukan kelainan, mereka harus mampu mengambil tindakan yang diperlukan dan merujuknya untuk tindakan selanjutnya (Syafudin, Hamidah, 2017).

Standar 5 : Palpasi Abdominal

Bidan melakukan pemeriksaan abdominal secara seksama dan melakukan palpasi untuk memperkirakan usia kehamilan, serta bila umur kehamilan bertambah, memeriksa posisi, bagian terendah janin dan masuknya kepala janin kedalam rongga panggul, untuk mencari kelainan serta melakukan rujukan tepat waktu (Syafudin, Hamidah, 2017).

Standar 6 : Pengelolaan anemia pada kehamilan

Bidan melakukan tindakan pencegahan, penemuan, penanganan dan rujukan semua kasus anemia pada kehamilan sesuai dengan ketentuan yang berlaku (Syafudin, Hamidah, 2017).

Standar 7 : Pengelolaan Dini Hipertensi pada Kehamilan

Bidan menemukan secara dini setiap kenaikan tekanan darah pada kehamilan dan mengenali tanda-tanda serta gejala preeklamsia, serta mengambil tindakan yang tepat dan merujuknya (Syafudin, Hamidah, 2017).

Standar 8 : Persiapan persalinan

Bidan memberikan saran yang tepat kepada ibu hamil, suami serta

keluarganya pada trimester ketiga, untuk memastikan bahwa persiapan persalinan yang bersih dan aman serta suasana yang menyenangkan akan direncanakan dengan baik, disamping persiapan transportasi dan biaya untuk merujuk, bila terjadi keadaan gawat darurat. Bidan hendaknya melakukan kunjungan rumah untuk hal ini (Syafrudin, Hamidah, 2017).

Berdasarkan undang-undang kebidanan Nomor 4 tahun 2019 tentang izin dan penyelenggaraan praktik bidan.

1. Pasal 46

Dalam menyelenggarakan Praktik Kebidanan, Bidan memiliki tugas dan wewenang dalam memberikan pelayanan yang meliputi:

- a. Pelayanan kesehatan ibu, Pelayanan kesehatan anak.
- b. pelayanan kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana, pelaksanaan tugas berdasarkan pelimpahan wewenang, pelaksanaan tugas dalam keadaan keterbatasan tertentu.
- c. Tugas Bidan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat dilaksanakan secara bersama atau sendiri.
- d. Pelaksanaan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan secara bertanggung jawab dan akuntabel.

2. Pasal 47

Dalam menyelenggarakan Praktik Kebidanan, Bidan dapat berperan sebagai:

- a. pemberi Pelayanan Kebidanan, pengelola Pelayanan Kebidanan, penyuluh dan konselor.
- b. pendidik, pembimbing, dan fasilitator klinik, penggerak peran serta masyarakat dan pemberdayaan perempuan. peneliti.
- c. Peran Bidan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

3. Pasal 49

Dalam menjalankan tugas memberikan pelayanan kesehatan ibu sebagaimana dimaksud dalam Pasal 46 ayat (1) huruf a, Bidan berwenang:

- a. Memberikan Asuhan Kebidanan pada masa sebelum hamil.

- a. Memberikan Asuhan Kebidanan Pada Masa Kehamilan Normal.
- b. Memberikan Asuhan Kebidanan Pada Masa Persalinan Dan Menolong Persalinan Normal.
- c. Memberikan Asuhan Kebidanan Pada Masa Nifas.
- d. Melakukan Pertolongan Pertama Kegawatdaruratan Ibu Hamil, Bersalin, Nifas, Dan Rujukan.
- e. Melakukan Deteksi Dini Kasus Risiko Dan Komplikasi Pada Masa Kehamilan, Masa Persalinan, Pascapersalinan, Masa Nifas, Serta Asuhan Pasca keguguran dan dilanjutkan dengan rujukan.

4. Pasal 61

Bidan dalam melaksanakan Praktik Kebidanan berkewajiban:

- a. Memberikan Pelayanan Kebidanan Sesuai Dengan Kompetensi, Kewenangan, Dan Mematuhi Kode Etik, Standar Profesi, Standar Pelayanan Profesi, Standar Prosedur Operasional.
- b. Memberikan Informasi Yang Benar, Jelas, Dan Lengkap Mengenai Tindakan Kebidanan Kepada Klien Dan/Atau Keluarganya Sesuai Kewenangannya
- c. Memperoleh Persetujuan Dari Klien Atau Keluarganya Atas Tindakan Yang Akan Diberikan.
- d. Merujuk Klien Yang Tidak Dapat Ditangani Ke Dokter Atau Fasilitas Pelayanan Kesehatan.
- e. Mendokumentasikan Asuhan Kebidanan Sesuai Dengan Standar.
- f. Menjaga Kerahasiaan Kesehatan Klien.
- g. Menghormati Hak Klien.
- h. Melaksanakan Tindakan Pelimpahan Wewenang Dari Dokter Sesuai Dengan Kompetensi Bidan.
- i. Melaksanakan Penugasan Khusus Yang Ditetapkan Oleh Pemerintah Pusat.
- j. Meningkatkan mutu Pelayanan Kebidanan.
- k. Mempertahankan dan meningkatkan pengetahuan dan/atau keterampilannya melalui pendidikan dan/atau pelatihan.

1. Melakukan pertolongan gawat darurat.

Peraturan menteri kesehatan republik indonesia nomor 37 tahun 2017 tentang pelayanan kesehatan tradisional integrase

5. Pasal 1

a. Asuhan kebidanan dilaksanakan dengan mengkombinasikan pelayanan kebidanan komplementer, serta telah menjadi bagian penting dari praktik kebidanan baik bersifat sebagai pelengkap maupun pengganti dalam keadaan tertentu.

6. Pasal 5

a) Penyelenggaraan pelayanan kesehatan tradisional integrasi di fasilitas pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud dalam pasal 3 ayat (2) harus:

- 1) Menggunakan pelayanan kesehatan tradisional komplementer yang memenuhi kriteria tertentu.
- 2) Terintegrasi paling sedikit dengan satu pelayanan kesehatan konvensional yang ada di fasilitas pelayanan kesehatan
- 3) Aman, bermanfaat, bermutu, dan sesuai dengan standar.
- 4) Berfungsi sebagai pelengkap pelayanan kesehatan konvensional.

b) Kriteria tertentu sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a meliputi:

- 1) Terbukti secara ilmiah.
- 2) Dilaksanakan sesuai dengan kebutuhan terbaik pasien.
- 3) Memiliki potensi promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, dan meningkatkan kualitas hidup pasien secara fisik, mental, dan sosial.

7. Pasal 6

Pelayanan kesehatan tradisional integrasi harus dilakukan dengan tata laksana:

- a. Pendekatan holistik dengan menelaah dimensi fisik, mental, spiritual, sosial, dan budaya dari pasien.
- b. Mengutamakan hubungan dan komunikasi efektif antara tenaga kesehatan dan pasien.

- c. Diberikan secara rasional.
- d. Diselenggarakan atas persetujuan pasien (informed consent).
- e. Mengutamakan pendekatan alamiah.
- f. Meningkatkan kemampuan penyembuhan sendiri.
- g. Pemberian terapi bersifat individual.

G. Manajemen Kebidanan

1. Manajemen Kebidanan Menurut Hellen Varney

Menurut Varney (2007), manajemen kebidanan merupakan proses pemecahan masalah yang di gunakan sebagai metode untuk mengorganisasikan pikiran dan tindakan dengan urutan logis dan menguntungkan, menguraikan perilaku yang diharapkan dari pemberian asuhan yang berdasarkan teori ilmiah, penemuan, ketrampilan dalam rangkaian atau tahapan yang logis untuk pengambilan keputusan yang berfokus pada klien. Langkah-langkah kebidanan adalah sebagai berikut :

a. Langkah I (pengumpulan data dasar)

Pada langkah ini kegiatan yang dilakukan adalah pengkajian dengan mengumpulkan semua data yang diperlukan untuk mengevaluasi klien secara lengkap.

b. Langkah II (interpretasi data dasar)

Pada langkah ini kegiatan yang dilakukan adalah menginterpretasi data semua data dasar yang telah dikumpulkan sehingga ditemukan diagnosis atau masalah. Diagnosis yang dirumuskan adalah diagnosis dalam lingkup praktik kebidanan yang tergolong pada nomenklatur standard diagnosis, sedangkan perihal yang berkaitan dengan pengalaman klien ditemukan dari hasil pengkajian.

c. Langkah III (identifikasi diagnose atau masaah potensial)

Pada langkah ini mengidentifikasi masalah atau diagnose potensial lain berdasarkan rangkaian diagnose atau masalah yang sesuai identifikasi. Berdasarkan temuan tersebut, bidan dapat melakukan antisipasi agar diagnosis atau masalah tersebut tidak terjadi.

- d. Langkah IV (identifikasi kebutuhan yang memerlukan penanganan segera)

Pada langkah ini di rencanakan bidan adalah mengidentifikasi perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter untuk dikonsultasikan atau diganti bersama dengan anggota tim kesehatan lain sesuai dengan kondisi klien.

- e. Langkah V (perencanaan asuhan yang menyeluruh)

Pada langkah ini direncanakan asuhan yang menyeluruh ditentukan berdasarkan langkah-langkah sebelumnya. Rencana asuhan yang menyeluruh tidak hanya meliputi hal yang sudah teridentifikasi dari kondisi klien atau dari setiap masalah yang berkaitan, tetapi dilihat juga dari kondisi klien atau dari setiap masalah yang berkaitan tetapi dilihat juga dari apa yang akan diperkirakan terjadi selanjutnya.

- f. Langkah VI (pelaksanaan)

Pada langkah ini kegiatan yang akan dilakukan adalah melaksanakan rencana asuhan yang sudah dibuat pada langkah ke-5 secara aman dan efisien.

- g. Langkah VII (megevaluasi)

Pada langkah ini dilakukan adalah melakukan evaluasi keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan mencakup pemenuhan kebutuhan, untuk menilai apakah sudah benar-benar telah terpenuhi sesuai dengan kebutuhan yang telah teridentifikasi dalam diagnose dan masalah.

2. Pendokumentasian (SOAP)

Menurut Kepmenkes No. 938/MENKES/SK/VIII/2007, bidan melakukan pencatatan secara lengkap, akurat, singkat, dan jelas mengenai keadaan/kejadian yang ditemukan dan dilakukan dalam memberikan asuhan kebidanan. Kriteria pencatatan Assuhan Kebidanan adalah:

- a. Pencatatan dilakukan segera setelah melaksanakan asuhan pada formulir yang tersedia (Rekam medis/ KMS/ Status Pasien/ Buku KIA)
- b. Ditulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP
- c. S adalah data subjektif, mencatat hasil anamnesa.

- d. O adalah data objektif, mencatat hasil pemeriksaan.
- e. A adalah hasil analisis, mencatat diagnosa dan masalah kebidanan.
- f. P adalah penatalaksanaan, mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan secara komprehensif; penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi/follow up dan rujukan.

H. Miopia Dalam Kehamilan

1. Pengertian Miopia

Miopia adalah keadaan refraksi mata dalam kondisi mata istirahat (tanpa akomodasi), berkas cahaya sejajar berasal dari objek jauh tak terhingga akan difokuskan pada satu titik fokus di depan retina. Miopia dapat disebabkan karena panjang bola mata lebih dari rata-rata (miopia aksial) atau karena lensa dan kornea terlalu cembung (miopia refraktif) (Iskandar, et al. 2020).

Etiologi dan patogenesis pada miopia secara umum tidak diketahui secara pasti dan banyak faktor memegang peranan penting dari waktu ke waktu misalnya konvergen yang berlebihan, akomodasi yang berlebihan, lapisan okular kongestif, kelainan pertumbuhan okuler, avitaminosis dan disfungsi endokrin. Teori miopia menurut sudut pandang biologi menyatakan bahwa miopia ditentukan secara genetik. Pengaruh faktor herediter telah diteliti secara luas. Macammacam faktor lingkungan sebelum hamil, saat hamil dan setelah melahirkan telah didapatkan untuk operasi penyebab myopia. Namun beberapa penelitian wanita hamil dengan miopia ada kaitannya dengan efek hormonal. Beberapa penelitian telah menunjukkan bahwa hormon androgen, estrogen, dan atau reseptor progesteron yang terdapat di jaringan okular seperti kelenjar lakrimal, kelenjar meibom, konjungtiva, kornea, iris atau badan siliaris, lensa, retina atau uvea.

Selama kehamilan peningkatan risiko miopia atau mengarah ke keadaan miopia biasanya terjadi. Namun keadaan sebaliknya berkebalikan

saat melahirkan atau tahap menyusui. Adanya estrogen reseptor telah diajukan sebagai penyebab perubahan fisiologi pada kornea dan lensa selama kehamilan. Selain itu juga menjadi pemicu terjadinya keadaan miopia yang memburuk dan penurunan akomodasi. Kornea menjadi menebal antara 1 dan 16 μm disertai edematosa sekunder terhadap resistensi cairan dalam kehamilan. Terdapat bukti bahwa selama kehamilan kornea menebal dan terjadi pengeluaran cairan pada stroma yang dikaitkan dengan aktivasi dari reseptor estrogen dan juga karena peningkatan hormonal yang menyebabkan elastisitas dan biomekanikal dari jaringan kornea.

Beberapa penelitian telah melaporkan bahwa perubahan refraktif selama kehamilan ditemukan pada 14% kasus wanita hamil yakni ketajaman penglihatan, gangguan refraktif serta terjadinya miopia, perubahan yang bersifat sementara dan akan kembali seperti sebelum hamil dalam beberapa bulan setelah persalinan. Kesepakatan umum bahwa terjadinya miopia disebabkan oleh penambahan lengkung lensa, di mana perubahan refraktif berkembang seiring dengan perubahan lengkung kornea ataupun ketebalannya. Penelitian lain juga mengemukakan bahwa seseorang yang hamil dengan riwayat gangguan refraktif sebelumnya maka akan memperburuk fungsi refraktif pada pertengahan usia kehamilan. Patologi okular telah dianggap sebagai hal yang penting dalam menentukan metode persalinan. Miopia dan faktor risiko untuk pelepasan retina (retinal detachment) jarang digunakan sebagai indikasi dilakukan seksio sesarea sebelumnya. Miopia merupakan gangguan refraksi dengan -6 D diklasifikasikan sebagai miopia tinggi dan di sisi lain juga sebagai miopia patologis dengan komplikasi seperti katarak, glaukoma, makula degeneratif, dan pelepasan retina (retinal detachment) yang dapat memicu kebutaan.

Pada kehamilan terjadi perubahan hormonal, beberapa penelitian telah menunjukkan bahwa hormon androgen, estrogen, dan atau reseptor progesteron yang terdapat di jaringan okular seperti glandula lakrimal, glandula meibomian, konjungtiva, kornea, iris atau badan siliaris, lensa, retina atau uvea. Selama kehamilan, berbagai perubahan fisiologi terjadi

pada tubuh akibat dari perubahan hormonal yang berasal dari plasenta. Adanya plasenta ini menyebabkan perubahan baik secara sistemik maupun lokal termasuk pada mata. Ketajaman mata rata-rata berkurang dari trimester pertama hingga trimester terakhir. Pada keadaan setelah persalinan, ketajaman penglihatan akan kembali seperti sebelum kehamilan. Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Pizzarel, melaporkan bahwa seseorang yang menderita miopia gejala yang timbul semakin memburuk selama kehamilan dibanding dengan yang tidak menderita miopia

2. Klasifikasi Miopia

Dikenal dua bentuk miopia, yaitu:

- a. Miopia refraktif, yang disebabkan oleh penambahan indeks bias atau kekuatan pembiasan pada media penglihatan.
- b. Miopia aksial, yang disebabkan oleh penambahan panjang sumbu anteroposterior mata.

Menurut derajat beratnya, miopia dapat dibagi menjadi 3 stadium, yaitu:

- a. Miopia ringan, dengan ukuran lebih kecil dari 3 dioptri.
- b. Miopia sedang, dengan ukuran antara 3-6 dioptri.
- c. Miopia berat, dengan ukuran lebih besar dari 6 dioptri.

Menurut perjalanannya, miopia dikenal dalam 3 bentuk:

- a. Miopia stasioner/simpleks, miopia yang menetap setelah dewasa.
- b. Miopia progresif, miopia yang bertambah terus pada usia dewasa karena penambahan panjang bola mata.
- c. Miopia maligna/progresif/degeneratif/patologik, miopia yang berjalan secara progresif, dapat mengakibatkan ablasio retina dan kebutaan

3. Gejala klinis

- a. Gejala subjektif miopia antara lain:
 - 1) Kabur bila melihat jauh
 - 2) Membaca atau melihat benda kecil harus dari jarak dekat
 - 3) Lemas lelah bila membaca (karena konvergensi yang tidak sesuai dengan akomodasi)

- 4) Astenovergens yakni titik mata tidak berakomodasi tetapi berkonvergensi sangat kuat, gejalanya seperti lekas lelah, silau, dan pusing.
- b. Gejala objektif miopia antara lain:
- 1) Miopia simpleks :
 - (a) Pada segmen anterior ditemukan bilik mata yang dalam dan pupil yang relatif lebar. Kadang-kadang ditemukan bola mata yang agak menonjol.
 - (b) Pada segmen posterior biasanya terdapat gambaran yang normal atau dapat disertai kresen miopia (myopic crescent) yang ringan di sekitar papil saraf optik.
 - 2) Miopia patologik :
 - (a) Gambaran pada segmen anterior serupa dengan miopia simpleks
 - (b) Gambaran yang ditemukan pada segmen posterior berupa kelainan-kelainan pada badan kaca : dapat ditemukan kekeruhan berupa pendarahan atau degenerasi yang terlihat sebagai floaters atau luapan, atau benda-benda yang mengapung dalam badan kaca. Kadang-kadang ditemukan ablasio badan kaca yang dianggap belum jelas hubungannya dengan keadaan miopia.
 - (c) Papil saraf optik : terlihat pigmentasi peripapil, kresen miopia, papil terlihat lebih pucat yang meluas terutama ke bagian temporal. Kresen miopia dapat ke seluruh lingkaran papil sehingga seluruh papil dikelilingi oleh daerah koroid yang atrofi dan pigmentasi yang tidak teratur.
 - (d) Makula : berupa pigmentasi di daerah retina, kadang-kadang ditemukan perdarahan subretina pada daerah makula.
 - (e) Retina bagian perifer : berupa degenerasi kista retina bagian perifer
 - (f) Seluruh lapisan fundus yang tersebar luas berupa penipisan koroid dan retina. Akibat penipisan ini maka bayangan koroid tampak lebih jelas dan disebut sebagai fundus trigroid.

4. Penanganan dan Pencegahan

a. Penanganan

- 1) Jika pada persalinan sebelumnya terdapat penipisan retina, lakukan tindakan perlekatan kembali (scleral buckling, vitrectomy, laser atau cryopexy) jauh sebelum hari persalinan. Bila berhasil dilekatkan dengan baik kemungkinan bisa melahirkan normal.
- 2) Pertimbangan boleh melahirkan normal atau tidak, tergantung besarnya minus mata., besarnya janin, luas panggul, dan faktor lain yang berhubungan dengan keberadaan penyulit persalinan. Secara statistik, risiko ablasio retina partus pervaginam pada ibu hamil dengan miopia 0 D s/d - 4,75 D sekitar 1/6662, pada - 5D s/d -9,75 D risiko meningkat menjadi 1/1335. Dan lebih dari -10 D risiko ini menjadi 1/148. Dengan kata lain, penambahan faktor risiko pada miopia rendah tiga kali sedangkan pada miopia tinggi meningkat menjadi 300 kali.
- 3) Jika ada kelengkungan, pendataran dan penipisan retina cukup parah, persalinan harus dilakukan secara seksio sesarea. Jika terjadi ablasio retina saat hamil atau bersalin, retina harus dilekatkan kembali secepatnya melalui operasi.

b. Cara mencegah komplikasi miopia (pada miopia > 6 D):

- 1) Jangan mengedan saat buang air besar, perbanyak konsumsi serat.
- 2) Jangan mengangkat beban berat.
- 3) Sebelum persalinan tiba, pastikan anda memeriksakan dan mendiskusikan kondisi mata ke dokter spesialis mata dan dokter ahli kandungan, sehingga dapat menentukan pilihan bersalin yang aman.

5. Komplikasi Miopia

- a. Ablasio retina
- b. Katarak
- c. Glaukoma
- d. Makulopati Miopia

Berdasarkan data statistik, terdapat beberapa faktor predisposisi yang dapat memudahkan terjadinya komplikasi pada penderita miopia yang hamil, yaitu:

- a. Memiliki kelainan mata rabun yg cukup besar, terutama minus 4-7.
- b. Mengalami robekan retina pada salah satu mata.
- c. Memiliki riwayat keluarga yang menderita robekan retina.
- d. Memiliki kelainan mata jenis lainnya seperti gangguan retina, cairan bola mata merembes.
- e. Pernah operasi katarak
- f. Pernah mengalami trauma dan benturan cukup keras di mata.
- g. Memiliki aktivitas rutin yang menyebabkan peningkatan tekanan dalam bola mata seperti: mengangkat beban berat, sulit buang air besar.

6. Kontroversi Persalinan Pervaginam pada Miopia

Menurut penelitian Chiu, et al, memaparkan bahwa 34% dokter spesialis kandungan dan kebidanan di Kanada merekomendasikan persalinan per abdomen atau bantuan instrumen pada wanita hamil dengan faktor risiko RRD, namun hanya 4% dokter spesialis mata di Kanada merekomendasikan intervensi saat persalinan pada wanita hamil dengan faktor risiko RRD tersebut. Banyak dokter spesialis mata dan spesialis kandungan dan kebidanan menganggap miopia tinggi, adanya degenerasi retina perifer, riwayat operasi ablasio retina, retinopati diabetik, atau glaukoma adalah indikasi terminasi kehamilan per abdomen. Proses persalinan normal dengan manuver Valsalva dianggap meningkatkan kemungkinan ablasio retina. Saat ini belum dapat terbukti bahwa miopia tinggi dan riwayat operasi retina meningkatkan risiko ablasio retina saat persalinan per vaginam.

Stres fisiologis persalinan tidak terbukti meningkatkan risiko RRD pada wanita hamil. Dahulu RRD dipercaya akibat manuver Valsalva saat persalinan kala dua, namun teori ini sudah ditinggalkan karena peningkatan tekanan intraokular saat manuver Valsalva dianggap merata ke segala arah pada bola mata yang tertutup. Tekanan ini tidak berdampak pada pergerakan

retraksi vitreus ke suatu arah yang dapat menyebabkan robekan retina atau ablasio retina.

Menurut Chiu, et al, menyatakan bahwa ablasio retina setelah persalinan spontan merupakan ablasio retina eksudatif, bukan ablasio retina regmatogen (RRD), dan sebagian besar diakibatkan oleh preeklampsia. Adanya kebingungan terhadap terminologi ablasio retina (eksudatif dan regmatogen) mengakibatkan persepsi bahwa manuver Valsalva pada saat persalinan pervaginam dapat menyebabkan RRD. Ablasio retina eksudatif disebabkan oleh perpindahan cairan ke ruang subretina tanpa ada robekan retina, sehingga membutuhkan penanganan berbeda.

Metode persalinan tidak memengaruhi risiko ablasio retina eksudatif, yang biasanya membaik secara spontan setelah persalinan. Peningkatan tekanan intraabdominal tidak terbukti meningkatkan tekanan intraokular. Peningkatan tekanan intraokular hanya bisa disebabkan kondisi yang memengaruhi penyerapan aqueous di bilik anterior mata, seperti glaukoma. Selain itu, peningkatan tekanan intraokular juga bukan merupakan faktor risiko RRD.

Indikasi persalinan perabdominam pada pasien miopia adalah adanya neovaskularisasi koroid dan subretinal (dengan bintik Fuchs) karena berisiko tinggi perdarahan subretinal dengan kehilangan pandangan akut (acute visual loss). Namun, keadaan ini sangat jarang. Lesi degeneratif perifer di retina terkait peningkatan risiko ablasio retina sebaiknya diterapi dengan laser fotokoagulasi setidaknya satu bulan sebelum persalinan.

Kesimpulan dari Analisis yang berjudul "Kontroversi Persalinan Spontan pada Miopia Tinggi yang di lakukan oleh Iskandar, et al Tahun 2020" Tidak terdapat bukti bahwa persalinan spontan pada wanita miopia meningkatkan risiko ablasio retina regmatogen (RRD). Pasien yang ditemukan ablasio retina setelah persalinan spontan merupakan ablasio retina eksudatif, sebagian besar akibat preeklampsia dan biasanya membaik spontan setelah persalinan. Setiap pasien hamil dengan miopia patologis atau lesi degeneratif perifer retina sebaiknya dikonsulkan ke dokter spesialis

mata saat hamil trimester pertama untuk menentukan penatalaksanaan yang paling tepat dan mode persalinan yang paling aman

I. Kerangka Berpikir



Gambar. 2.1 Kerangka Berpikir
Asuhan Kebidanan Komprehensif Pada Ny. A
Umur 30 Tahun

J. Kerangka Konsep

Kewenangan Bidan
Asuhan Kebidanan Komprehensif
Hamil Penerapan Asuhan Kebidanan pada Ibu Hamil Kunjungan Pertama : Usia Kehamilan 29 Minggu
Bersalin Asuhan Kebidanan dalam persalinan yang dipantau dari kala I sampai kala IV melalui Partograf
Nifas Asuhan Kebidanan Pada ibu nifas sesuai Standar Pelayanan Kesehatan Ibu Nifas (KF) Kunjungan Nifas 1 (KF1) : 6-48 Jam Kunjungan Nifas 2 (KF2) : 3-7 Hari Kunjungan Nifas 3 (KF3) : 8-28 Hari Kunjungan Nifas 4 (KF4) : 29-42 Hari
Bayi Baru Lahir Asuhan Kebidanan Pada Bayi Baru Lahir sesuai Standar Pelayanan Neonatus (KN) Kunjungan Neonatus 1 (KN1) : 6-48 Jam Kunjungan Neonatus 2 (KN2) : 3-7 Hari Kunjungan Neonatus 3 (KN3) : 8-28 Hari
Keluarga Berencana Asuhan Kebidanan Pada Pelayanan Keluarga Berencana Kunjungan KB : (Konseling KB)

BAB III

METODE LAPORAN KASUS

A. Jenis Laporan Kasus

Metode yang digunakan dalam asuhan komprehensif pada ibu hamil, bersalin, nifas, BBL dan KB ini adalah metode penelitian deskriptif dan jenis penelitian deskriptif yang digunakan adalah studi penelaahan kasus (*Case Study*), yakni dengan cara meneliti suatu permasalahan melalui suatu kasus yang terdiri dari unit tunggal. Unit tunggal disini dapat berisi satu orang, sekelompok penduduk yang terkena suatu masalah. Unit yang menjadi kasus tersebut secara mendalam dianalisis baik dari segi yang berhubungan dengan keadaan kasus itu sendiri, faktor-faktor yang mempengaruhi, tindakan dan reaksi kasus terhadap suatu perlakuan atau pemaparan tertentu (Gahayu, 2019).

B. Tempat dan Waktu

Lokasi pengambilan pada kasus ini diwilayah Kerja BPM Minarti Pringapus yang dilakukan pada November 2022 dan berakhir April 2023

C. Subyek Laporan Kasus

Subjek pada kasus penelitian ini yaitu Ny. A yang sedang hamil kemudian dilakukan Asuhan Kebidanan persalinan, nifas, bayi baru lahir dan KB di BPM Minarti, S.Tr.Keb.

D. Teknik Pengumpulan

1. Data Primer

Data yang diperoleh dari wawancara, Observasi dan pemeriksaan langsung pada ibu serta dokumentasi

2. Data Sekunder

Data sekunder didapatkan dari Buku KIA ibu

E. Alat dan Bahan

Dalam melakukan Asuhan Komprehensi pada Ibu Hamil sampai Ber KB menggunakan Alat dan bahan dalam pengambilan data (set alat tulis, Tensimeter, Termometer, Timbangan, Alat ukur tinggi badan, Metline, Jam tangan, alat DJJ)

BAB IV

TINJUAN KASUS DAN PEMBAHASAN

A. Gambaran Lokasi Studi Kasus

Penelitian Laporan Kasus diambil di wilayah kerja Praktek Mandiri Bidan (PMB) Minarti Pringapus dibawah tanggung jawab Bd. Minarti S.Tr.Keb. PMB Minarti terletak dijalan Jl. Raya Karangjati - Pringapus, RT.05/RW.03, Ngabean, Pringapus, Kec. Pringapus, Kabupaten Semarang, Jawa Tengah 50214. No SIPB 08/33/22/BD-P/01/010/2022.

PMB Minarti memiliki 2 orang bidan yang Mempunyai fasilitas, ruang bersalin dengan 1 tempat tidur, ruang nifas dengan 2 tempat tidur, ruang KB dengan 1 tempat tidur dan ruang periksa. PMB Minarti melayani pemeriksaan Pelayanan Umum, Pelayanan Kehamilan, Pelayanan KB, Pelayanan imunisasi (Pukul 06.00 – 21.00 WIB) dan Pelayanan Persalinan 24 jam.

B. Tinjauan Kasus

A. Data Subjektif

1. Identitas

Data Pasien		Penanggung Jawab
Nama	: Ny. A	: Tn. F
Umur	: 32 Tahun	: 34 Tahun
Agama	: Islam	: Islam
Suku/bangsa	: Jawa/Indonesia	: Jawa/Indonesia
Pendidikan	: S1	: D3
Pekerjaan	: GURU	: Karyawan Swasta
Alamat	: Kemasan 4/5 Klepu	
N0 Telepon	: 085641259022	

2. Keluhan Utama (Anamnesis)

Ibu mengatakan hamil anak pertama, tidak pernah keguguran.

Ibu mengatakan merasakan gerakan janin aktif

Ibu mengatakan mulai merasa sakit pinggang

Ibu mengatakan pengguna kacamata (Miopia -4)

3. Riwayat Menstruasi :

Menarche : 14 Tahun

Siklus : ±33 Hari

Banyaknya : 4x ganti pembalut/hari

Dismenorea : kadang-kadang

Teratur/tidak : Teratur

Lamanya : 7 hari

Sifat Darah : Encer, warna merah muda

HPHT : 02-05-2022,

TP : 09-02-2023

4. Riwayat kehamilan, persalinan, dan nifas yang lalu

No	Umur	UK	Jenis Persalinan	Komplikasi		Penolong	Bayi			Nifas	
				Ibu	Bayi		Jk	BB	PB	ASI	Keadaan
1.	Hamil Ini 2022										

5. Riwayat kehamilan ini

HPHT : 02 Mei 2022

TP : 09 Februari 2023

Gerakan Janin : 14 minggu pertama

Keluhan

TM I : Mual, Muntah Dan Pusing

TM II : Pilek

TM III : Sakit Pinggang

6. Riwayat KB

Ibu mengatakan tidak menggunakan KB

7. Riwayat Perkawinan

Usia Menikah : 29

Status Perkawinan : Sah

Menikah : 1 kali

Lama Perkawinan : 1 tahun

8. Pola Kebiasaan Sehari – hari

No.	Pola Kebiasaan	Sebelum Hamil	Selama Hamil
1.	Nutrisi	Nafsu makan ibu baik, dalam sehari ibu makan 2-3 kali, porsi makan sedang, nutrisi yang ibu makan terdiri dari nasi, lauk dan sayur, tidak ada alergi terhadap makanan apapun, ibu minum air sering dalam sehari \pm 10 gelas	Nafsu makan ibu sedikit menurun saat kehamilan awal, tetapi setelah trimester kedua nafsu makan ibu baik, dalam sehari ibu makan 3 kali, porsi makan sedang, nutrisi yang ibu makan terdiri dari nasi, lauk dan sayur, tidak ada alergi terhadap makanan apapun, ibu minum air sering dalam sehari \pm 12 gelas.
2.	Eliminasi	Frekuensi kencing ibu dalam sehari yaitu 4 x, tidak ada keluhan sering kencing atau yang lainnya. Ibu buang air besar teratur yaitu 1-2 kali sehari, tidak ada keluhan buang ai besar	Frekuensi kencing ibu dalam sehari yaitu \pm 7 kali , ada keluhan sakit pinggang saat awal TM III. Ibu buang air besar teratur yaitu 1 kali sehari, tidak ada keluhan buang air besar.
3.	Aktivitas	Guru, Memasak, Mencuci baju, Membersihkan rumah.	Ibu bekerja sebagai Guru, Ibu masih mengerjakan pekerjaan rumah seperti Memasak, Mencuci baju, Membersihkan rumah.
4.	Istirahat	Ibu setiap hari istirahat teratur. Siang \pm 2 jam dan malam \pm 7 jam. Tidak ada keluhan istirahat.	Ibu istirahat teratur setiap hati, siang \pm 1 jam dan malam \pm 7 jam,
5.	Personal hygiene Mandi Gosok gigi Cuci rambut Ganti baju Ganti CD+pembalut	2x sehari 2x sehari 3x seminggu 2x sehari 3-4 x sehari	2x sehari 2x sehari 3x seminggu 2x sehari

9. Riwayat Kesehatan

- a. Sekarang Saat ini ibu tidak sedang menderita penyakit jantung, darah tinggi, kencing manis, batuk darah, ginjal, asma, epilepsi, malaria, penyakit kelamin, HIV/AIDS. Ibu menderita Miopia -4

- b. Dahulu Sebelumnya ibu tidak pernah menderita penyakit jantung, darah tinggi, kencing manis, batuk darah, ginjal, asma, epilepsi, malaria, penyakit kelamin, HIV/AIDS.
- c. Keluarga Didalam keluarga ibu ada riwayat Diabetes dan Hipertensi dari Bapak

10. Riwayat Psikososial Dan Budaya

- a. Keadaan Psikososial Hubungan ibu dengan suami, keluarga dan lingkungannya baik. Komunikasi sehari-hari menggunakan bahasa Jawa. Kehamilan ini direncanakan oleh ibu dan suami sehingga ibu mendapatkan perhatian dan dukungan dari suami dan keluarga. Suami berperan sebagai pencari nafkah dan pengambil keputusan didalam keluarga.
- b. Kebiasaan Hidup Sehat Ibu tidak mempunyai kebiasaan merokok, minum-minuman keras, mengkonsumsi obat-obatan terlarang, mengkonsumsi jamu jamuan. Ibu memeriksakan dirinya ditenga kesehatan jika sakit/kesehatannya terganggu.
- c. Rencana Persalinan

Tempat	: RS Puri Asih Salatiga
Persiapan biaya persalinan	: BPJS dan Mandiri
Persiapan kendaraan	: Kendaraan sendiri
Pendamping persalinan	: Suami dan keluarga

B. Data Objektif

1. Pemeriksaan Umum

Keadaan umum	: Baik
Kesadran	: Composmentis
Tanda – tanda Vital	
Tekanan Darah	: 100/80mmHg
Nadi	: 80x/menit
Pernapasan	: 20x/menit
BB Sebelum hamil	: 59 Kg

BB Saat ini : 78 Kg
TB : 158 cm
LILA : 29 cm
IMT : 31,3 Kg/m²

2. Pemeriksaan Fisik

Muka : Simetris, tidak pucat, tidak ada cloasma gravidarum, tidak odema.

Mata : Sklera putih, konjungtiva merah muda.

Hidung : Lubang simetris, tidak ada pernafasan cuping hidung, tidak ada sekret, tidak ada polip.

Telinga : Lubang simetris, tidak ada serumen, tidak ada cairan

Payudara : Puting menonjol, ada hiperpigmentasi areolla, tidak ada benjolan, tidak ada nyeri tekan, colostrum belum keluar.

Abdomen : Ada linea nigra, ada linea alba, tidak ada striae gravidarum albican, tidak ada bekas operasi, pembesaran perut sesuai usia kehamilan

Palpasi Leopold

Leopold I : Teraba lunak, tidak melenting (Bokong).

Leopold II : Teraba datar, keras, memanjang disisi kanan perut ibu (PUKA), teraba bagian kecil disisi kiri perut ibu (ekstremitas janin).

Leopold III : Bagian terendah janin teraba keras, bulat, melenting (kepala).

Mc Donalt : 27 cm

DJJ : 146 x/menit.

TBJ : $((27-12) \times 155 = 2.325 \text{ gram.})$

Genetalia : Ibu mengatakan tidak odema, tidak ada varises, tidak ada peradangan, tidak ada kondiloma akuminata.

Anus : ibu mengatakan Tidak ada hemoroid.
Ekstremitas atas : Simetris, tidak odema, tidak ada perlukaan
Ekstremitas bawah : Simetris, tidak odema, tidak ada perlukaan, tidak ada varises, reflek patella positif.

3. Pemeriksaan Laboratorium

HB : 12 gr/%
Gilda : AB
HBsAg : Non Reaktif
HIV : Non Reaktif
Syifilis : Non Reaktif
Protein urine : Negatif

4. Pemeriksaan Penunjang (USG)

a. Tempat : Dr. Mira, Sp.OG
b. Tanggal : 21 Juni 2022
c. Usia Kehamilan : 5-6 minggu
d. Tafsiran Persalinan : 16 Februari 2023

C. Interpretasi Data

Diagnosa Kebidanan

Ny. A G1P0A0 Umur 31 Tahun usia kehamilan 29 minggu 5 hari
Memanjang, PU-KA, Persentasi Kepala, Konvergen Janin Intra Uterin
Tunggal Hidup

DS:

Ibu mengatakan ini kehamilan Pertama tidak pernah keguguran

Ibu mengatakan menderita miopia -4

Ibu mengatakan mulai merasa sakit punggung

HPHT : 02-05-2022

DO:

Tekanan Darah : 110/80mmHg

Nadi : 80x/menit

Pernapasan : 20x/menit

BB Sebelum hamil : 59 Kg

BB Saat ini : 78 Kg
TB : 158 cm
LILA : 29 cm
IMT : 31,03 Kg/m²

Abdomen :

Leopold I : Teraba lunak, tidak melenting (Bokong).

Leopold II : Teraba datar, keras, memanjang disisi kanan perut ibu (PUKA), teraba bagian kecil disisi kiri perut ibu (ekstremitas janin).

Leopold III : Bagian terendah janin teraba keras, bulat, melenting (kepala).

Mc Donalt : 27 cm

DJJ : 146 x/menit.

D. Masalah Diagnosa Potensial

Ketidaknyamanan TM III : sakit punggung

Miopia -4 : terjadinya ablatio retina regmatogen akibat peningkatan tekanan intraokular saat mengejan

E. Kebutuhan Dan Tindakan Segera

Kebutuhan : Penatalaksanaan Nyeri Punggung dengan kompres hangat dan Pijat Punggung

F. Perencanaan

Sabtu, 26 November 2022, Pukul 15.00 Wib

1. Bina hubungan baik dengan ibu dan keluarga.
2. Lakukan Pemeriksaan fisik, TTV, Leopold dan DJJ
3. Anjurkan ibu melakukan kompres punggung
4. Anjurkan ibu melakukan senam hamil atau yoga kehamilan
5. Anjurkan ibu istirahat yang cukup minimal tidur 8 jam, tidak beraktivitas berlebihan
6. Anjurkan ibu mengkonsumsi makan bergizi
7. Anjurkan ibu mengkonsumsi vitamin kehamilan sesuai jadwal
8. Anjurkan ibu melakukan kunjungan ulang 1 bulan lagi atau jika merasa ada keluhan

G. Penatalaksanaan

Sabtu, 26 November 2022, Pukul 15.00 Wib

1. Memberitahu ibu hasil pemeriksaan TTV dalam batas normal, Usia Kehamilan Sekarang 29 minggu, Kepala bayi belum masuk PAP. DJJ 146x/m dengan tafsiran BB 1860 gram
2. Memberitahu ibu penderita Miopia di bawah 5 masih bisa melahirkan secara normal dengan pengawasan dokter, disarankan kepada ibu untuk melahirkan di RS
3. Memberitahu ibu ketidaknyamanan kehamilan pada trimester III, seperti sakit punggung, yang sekarang ibu rasa, dikarenakan beban Rahim atau bayi yang bertambah besar berada di atas daerah pelvis sehingga menyebabkan pelvis bergeser ke depan yang menyebabkan pinggang semakin melengkung dan karena Kepala bayi yang sudah masuk PAP menyebabkan ketidaknyamanan di bagian bawah perut ibu
4. Memberitahu ibu cara meringankan sakit punggung yaitu dengan dilakukan dengan pijatan atau kompres hangat. Ibu bisa menggunakan bantal pemanas atau kompres hangat di area yang terasa nyeri. Dengan begitu, otot menjadi lebih rileks, sehingga sakit punggung dapat mereda. Ibu juga bisa melakukan olahraga ringan seperti peregangan secara rutin setiap harinya dan melakukan pijat pada punggung.
5. Memberitahu ibu hindari membungkuk berlebihan, mengangkat beban, dan berjalan tanpa istirahat, sepatu atau sandal hak tinggi, mengangkat beban yang berat dan hindari tidur terlentang terlalu lama karena dapat menyebabkan sirkulasi darah menjadi terhambat.
6. Mengajarkan ibu melakukan senam hamil atau yoga kehamilan yang bermanfaat Mengatasi kram dan nyeri punggung, Memperbaiki sirkulasi darah, Membuat tubuh segar dan kuat dalam aktivitas sehari-hari, Tidur lebih nyenyak dan mengurangi stress
7. Mengajarkan ibu istirahat yang cukup minimal tidur 8 jam, dan beristirahat disiang hari, tidak beraktivitas berlebihan
2. Mengajarkan ibu mengkonsumsi makan bergizi yang mengandung

karbohidrat, protein, mineral dan mengkonsumsi air putih minimal 8 gelas sehari


3. Menganjurkan ibu mengkonsumsi vitamin kehamilan sesuai jadwal
4. Menganjurkan ibu melakukan kunjungan ulang 2 minggu lagi atau jika merasa ada keluhan

H. Evaluasi

Minggu, 27 November 2022, Pukul 11.20 Wib

1. Ibu mengetahui hasil pemeriksaan dan mengetahui keadaan dirinya dan janin
2. Ibu mengetahui penyebab keluhan yang dirasakan
3. Ibu mau mengikuti saran bidan untuk melakukan senam hamil / yoga kehamilan
4. Ibu mengkonsumsi Vitamin kehamilan sesuai jadwal dan teratur
5. Ibu bersedia melakukan kunjungan ulang untuk memeriksakan kehamilannya
6. Pendokumentasia

Tabel Observasi Perkembangan
Asuhan Komplementer Ny. A Umur 30 Tahun G1P0A0 UK 39 Minggu
Dengan HARI DENGAN MIOPIA -4 Di Bpm Minarti, S.Tr.Keb

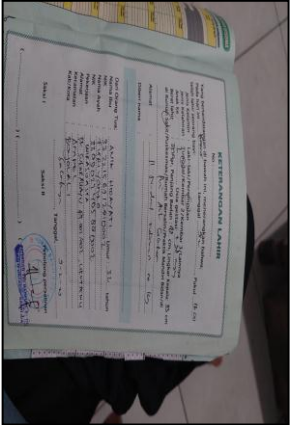
Subjektif	Objektif	Analisa	Penatalaksanaan	Dokumentasi
Kehamilan				
<p>(Kunjungan 26 November 2022)</p> <p>1. Ibu mengatakan hamil anak pertama, tidak pernah keguguran.</p> <p>2. Ibu mengatakan merasakan gerakan janin aktif</p> <p>3. Ibu mengatakan mulai merasa sakit pinggang</p> <p>4. Ibu mengatakan pengguna kaca mata</p>	<p>1. Pemeriksaan Umum</p> <p>TD : 110/80mmHg</p> <p>Nadi : 80x/menit</p> <p>Pernapasan : 20x/menit</p> <p>BB Sebelum hamil : 59 Kg</p> <p>BB Saat ini : 78 Kg</p> <p>TB : 158 cm</p> <p>LILA : 29 cm</p> <p>IMT : 31, 03 Kg/m²</p> <p>2. Palpasi Abdomen : Leopold I :</p>	<p>Ny. A G1P0A0 Umur 30 Tahun usia kehamilan 29 minggu 5 hari Janin Tunggal Hidup Intrauterin, Memanjang, PUKA, Konvergen</p> <p>Masalah:</p> <p>Ketidaknyamanan TM III : sakit punggung</p> <p>Miopia -4 :</p> <p>Diagnosa Potensial : Terjadinya ablatio retina regmatogen</p>	<p>1. Memberitahu ibu hasil pemeriksaan TTV dalam batas normal, Usia Kehamilan Sekarang 29 minggu, Kepala bayi belum masuk PAP. DJJ 146x/m dengan tafsiran BB 1860 gram</p> <p>2. Memberitahu ibu penderita Miopia di bawah 5 masih bisa melahirkan secara normal dengan pengawasan dokter, disarankan kepada ibu</p>	

(Miopia -4)	<p>(Bokong). Leopold II : kanan perut ibu (PUKA), kiri perut ibu (ekstremitas janin). Leopold III: (kepala). Mc Donalt : 27 cm DJJ : 146 x/menit.</p>	<p>akibat peningkatan tekanan intraokular saat mencejan</p>	<p>untuk melahirkan di RS</p> <p>3. Memberitahu ibu ketidaknyamanan kehamilan pada trimester III, seperti sakit punggung, yang sekarang ibu rasa, dikarenakan beban Rahim atau bayi yang bertambah besar berada di atas daerah pelvis sehingga menyebabkan pelvis bergeser ke depan yang menyebabkan pinggang semakin melengkung dan karena Kepala bayi yang sudah masuk PAP menyebab ketidaknyaman di bagian bawah perut ibu .</p>	
-------------	---	---	---	--

			<p>4. Memberitahu ibu cara meringankan sakit punggung yaitu dengan dilakukan dengan pijatan atau kompres hangat. Ibu bisa menggunakan bantal pemanas atau kompres hangat di area yang terasa nyeri. Dengan begitu, otot menjadi lebih rileks, sehingga sakit punggung dapat mereda. Ibu juga bisa melakukan olahraga ringan seperti peregangan secara rutin setiap harinya</p> <p>5. Memberitahu ibu hindari membungkuk berlebihan, mengangkat beban, dan</p>	
--	--	--	---	--

			<p>berjalan tanpa istirahat, sepatu atau sandal hak tinggi, mengangkat beban yang berat dan hindari tidur terlentang terlalu lama karena dapat menyebabkan sirkulasi darah menjadi terhambat.</p> <p>6. Menganjurkan ibu melakukan senam hamil atau yoga kehamilan yang bermanfaat Mengatasi kram dan nyeri punggung, Memperbaiki sirkulasi darah, Membuat tubuh segar dan kuat dalam aktivitas sehari-har, Tidur lebih nyenyak dan mengurangi stress</p>	
--	--	--	---	--

			<p>7. Menganjurkan ibu istirahat yang cukup minimal tidur 8 jam, dan beristirahat disiang hari, tidak beraktivitas berlebihan</p> <p>8. Menganjurkan ibu mengkonsumsi makan bergizi yang mengandung karbohidrat, protein, mineral dan mengkonsumsi air putih minimal 8 gelas sehari</p> <p>9. Menganjurkan ibu mengkonsumsi vitamin kehamilan sesuai jadwal</p> <p>10. Menganjurkan ibu melakukan kunjungan ulang 2 minggu lagi atau jika merasa ada keluhan</p>	
--	--	--	--	--

Parsalinan				
1. Tanggal 09 Februari 2023 Jam 08.00 wib, Ibu mengeluh mulas2 menjalar ke pinggang. Pukul 10.00 Ketuban pecah di rumah	Data didapat dari Buku KIA Identitas By Ny. A Jenis kelamin : Perempuan Tanggal Lahir : 09 Februari 2023 Di RS Puri Asih Salatiga	-	-	
2. Ibu datang RS Puri Asih Jam 10. 30 wib pembukaan 1 cm. Ibu mengatakan diberikan obat yang dimasukan melalui vagina.	BB : 2720 gram PB : 48 cm, LK : 33 cm			
3. Ibu mengatakan				


<p>Jam 14.30 wib pembukaan 4 cm,</p> <p>4. Ibu mengatakan Jam 15.40 Wib pembukaan lengkap. Pada jam 16.00 wib, ibu mengatakan melahirkan anak pertamanya berjenis kelamin Perempuan, BB 2720 gram, PB 48 cm, LK 33 cm,</p> <p>5. Ibu mengatakan plasenta lahir tidak lama setelah bayi lahir, ibu Mendapat luka laserasi derajat</p>				
--	--	--	--	--

2				
Nifas				
<p>Data Sekunder Kunjungan K1 (09 Februari 2023)</p> <p>1. Ibu mengatakan setelah melahirkan perutnya masih terasa mules dan nyeri diarea jahitan</p> <p>2. Ibu mengatakan 1 jam setelah persalinan ibu sudah bisa berjalan ke toilet untuk buang air kecil,</p> <p>3. Ibu mengatakan sudah bisa menggendong</p>	<p>Data Sekunder Kunjungan K1 (09 Februari 2023)</p> <p>Vit A</p> <p>Kunjungan K2 (13 Februari 2023)</p> <p>Kunjungan K3 (06 April 2023)</p> <p>Keadaan Umum : Baik</p> <p>TD : 120/80 MMhg</p> <p>Nadi : 80 x/m</p> <p>Pernafasan : 20 x/m</p> <p>Suhu : 36.7 C</p> <p>BB : 76 kg</p> <p>Tfu tidak teraba</p>	<p>Data Sekunder Kunjungan K3 (06 April 2023)</p> <p>Kunjungan K3</p> <p>Ny. S umur 22</p> <p>Tahun P2A0 56 Hari post partum</p> <p>1. Masalah Tidak ada</p> <p>2. Diagnosa Potensial Tidak ada</p> <p>3. Antisipasi Tindakan segera Tidak ada</p>	<p>1. Memberitahu ibu hasil pemeriksaan TTV dalam batas normal, TFU sudah tidak teraba, Payudara ibu penuh dan kencang</p> <p>2. Memberitahu ibu tidak berpantang dalam makanan, mengkonsumsi makan beraneka ragam seperti oatmeal, labu, kacang-kacangan, alpukat, sayuran hijau, biji-bijian, dan makanan tinggi protein untuk merangsang ASI</p>	

<p>bayinya dan menyusui bayinya</p> <p>4. Ibu mengatakan saat setelah melahirkan ASI nya keluar cuma sedikit</p> <p>Kunjungan K2 (13 Februari 2023)</p> <p>1. Ibu mengatakan tidak ada keluhan</p> <p>2. Ibu mengatakan ASI nya masih sedikit</p> <p>Kunjungan K3 (06 April 2023)</p>	<p>Payudara penuh, puting menonjol.</p>		<p>3. Menganjurkan ibu sering menyusui bayinya untuk merangsang produksi ASI dan lebih banyak mengkonsumsi air putih minimal 2 liter sehari</p> <p>4. Memberitahu ibu memperhatikan waktu istirahatnya, ibu bisa ikut tidur jika bayi sedang tidur</p> <p>5. Memberitahu ibu perawatan payudara selama menyusui</p> <p>6. Memberitahu ibu KIE untuk persiapan pemilihan KB</p> <p>7. Menganjurkan ibu</p>	
---	---	--	---	--

<p>1. Ibu mengatakan tidak ada keluhan, ASI nya lancar dan bayi menyusui dengan baik</p> <p>2. Ibu mengatakan tidak ada pantangan dengan makanannya, ibu makan nasi lengkap dengan lauk pauk, sayur dan buah.</p> <p>3. Ibu mengatakan minum air putihnya kurang lebih 3 liter, kadang mengkonsumsi air kelapa dan jus buah</p>			<p>melakukan kunjungan jika ada keluhan yang dirasakan. Ibu bersedia melakukan anjuran.</p>	
---	--	--	---	--

<p>4. Ibu mengatakan tidak ada masalah dengan luka jahitan, BAK dan BAB nya lancar</p>				
<p>5. Ibu mengatakan sudah melakukan aktivitas mengajarnya sebagai guru</p>				
<p>6. Ibu mengatakan masih bingung memilih KB yang akan digunakan, dikarenakan beliau takut gemuk dan suami tidak mengizinkan menggunakan IUD</p>				

Bayi Baru Lahir				
<p>Data Sekunder Kunjungan KN1 (09 Februari 2023)</p> <p>1. Ibu mengatakan telah melahirkan anaknya tanggal 09 Februari 2023, Pukul 16.00 WIB. Jenis kelamin Perempuan, BB : 2720 gram, PB : 48 cm, LK : 33 cm</p>	<p>Data Sekunder Kunjungan KN1 (09 Februari 2023)</p> <p>Lahir tanggal 09 Februari 2023, Pukul 16.00 WIB. Jenis kelamin Perempuan, BB : 2720 gram, PB : 48 cm, LK : 33 cm</p> <p>Injeksi Vit K, Salep Mata dan HB0</p>	<p>Data Sekunder Kunjungan KN1 (09 Februari 2023)</p> <p>Bayi A umur 0 hari Neonatus Cukup Bulan</p>	<p>Kunjungan KN3 (06 April 2023)</p> <p>1. Memberitahu pada ibu hasil pemeriksaan bayi dalam keadaan sehat, reflek bayi bagus</p> <p>2. Menganjurkan ibu menyusui bayinya secara on demand setiap 2 jam. Menyusui secara teratur dan benar akan membuat produksi ASI semakin lancar.</p> <p>3. Memberikan KIE bayi hanya diberi ASI sampai usia 6 bulan tanpa makanan tambahan dan</p>	
<p>Data Sekunder Kunjungan KN2 (13 Februari 2023)</p> <p>1. Ibu mengatakan</p>	<p>Data Sekunder Kunjungan KN2 (13 Februari 2023)</p> <p>BB : 2800 gram</p>	<p>Data Sekunder Kunjungan KN2 (13 Februari 2023)</p> <p>Bayi A umur 5 hari Neonatus Cukup Bulan</p>		

<p>bayinya sehat, dan aktif</p> <p>Kunjungan KN3 (06 April 2023)</p> <p>1. Ibu mengatakan bayinya sehat dan aktif, menyusu dengan baik dan tali pusat sudah lepas 7 hari setelah kelahiran</p> <p>2. Ibu mengatakan BAB dan BAK tidak ada masalah pada bayinya</p> <p>3. Ibu mengatakan bayinya sering tummy time dan sudah bisa</p>	<p>Kunjungan KN3 (06 April 2023)</p> <p>BB : 3600 gram</p> <p>Tangis bayi : kuat</p> <p>Warna kulit tidak pucat tidak kebiruan dan tidak kuning</p> <p>Tonus otot : kuat</p> <p>Nadi : 142 x/mnt</p> <p>Pernafasan : 30x/mnt</p> <p>Grasp reflex (refleks menggenggam)</p> <p>Reflex tonic neck reflex (Menoleh)</p> <p>Rooting reflex (Mencari)</p> <p>Moro Reflex (Terkejut)</p> <p>Sucking reflex (refleks menghisap)</p>	<p>Masalah : tidak ada</p> <p>Diagnosa Potensial : Tidak ada</p> <p>Tindakan Segera : Tidak ada</p>	<p>Asi eksklusif sampai usia 2 tahun</p> <p>4. Memberikan penkes tentang cara menyusui yang benar yaitu</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Cuci tangan dengan air dan sabun. b. Ibu duduk dengan nyaman dan posisi punggung tegak sejajar punggung kursi, kaki diberi penyangga sehingga tidak menggantung. c. Oleskan sedikit ASI pada puting susu dan areola. d. Bayi menghadap ke payudara ibu. 	
---	--	---	---	--

<p>mengangkat kepala</p> <p>4. Ibu mengatakan besok jadwal kunjungan Imunisasi BCG dan Polio 1</p>	<p>Reflex Babinski</p>		<p>e. Perut ibu dan perut bayi menempel, meletakkan satu tangan bayi di belakang badan ibu. telinga dan badan bayi membentuk satu garis lurus.</p> <p>f. Kepala bayi berada dilengkungan siku ibu dan bokong bayi berada di lengan ibu.</p> <p>g. Pegang payudara dengan ibu jari diatas dan jari yang lain menopang di bawah serta jangan menekan puting susu atau areola.</p>	
--	------------------------	--	---	--

			<p>h. Rangsang mulut bayi untuk membuka dengan cara menyentuh pipi dengan putting susu atau menyentuh sudut mulut bayi.</p> <p>i. Setelah mulut bayi membuka lebar, masukkan putting susu dan sebagian besar areola ke mulut bayi.</p> <p>j. Pastikan hisapan bayi benar , yaitu Areola, yaitu tampak lebih banyak areola diatas mulut bayi. Mulut, yaitu mulut bayi terbuka lebar. Bibir yaitu, bibir bawah bayi</p>	
--	--	--	---	--

			<p>terlipat keluar (dower). Dagu, yaitu dagu bayi menempel ke payudara ibu</p> <p>k. Setelah selesai menyusui anjurkan ibu melepaskan isapan bayi dengan jari kelingking dimasukkan ke mulut bayi melalui sudut mulut atau dagu ditekan ke bawah, untuk menghindari puting lecet.</p> <p>l. Menyendawakan bayi setelah selesai menyusui dengan cara menepuk punggung bayi secara perlahan</p>	
--	--	--	---	--

			<p>agar bayi tidak gumoh. Bayi telah disendawakan dan telah disendawa.</p> <p>6. Menjelaskan tanda-tanda bahaya pada bayi yaitu tidak mau menyusu, kejang, lemah, sesak nafas (lebih besar/sama dengan 60 x/ menit), bayi merintih atau menangis terus-menerus, demam atau panas tinggi, kulit dan mata bayi kuning dan diare. Menganjurkan ibu untuk segera memeriksakan bayinya jika ada salah satu tanda bahaya yang dialami bayi</p>	
--	--	--	--	--

			7. Memberitahu ibu untuk melakukan kunjungan ke tenaga kesehatan agar bayi mendapat imunisasi BCG sebelum usia 2 bulan sesuai tanggal yang telah ditetapkan BPM Minarti	
			8. Melakukan Dokumentasi	
Keluarga Berencana				
1. Ibu mengatakan sudah selesai masa nifas dan belum berhubungan seksual	Keadaan Umum : Baik TD : 120/80 MMhg Nadi : 80 x/m Pernafasan : 20 x/m Suhu : 36.7 C	Ny. A Umur 30 Tahun P1A0 PostPartum 56 Hari	5. Melakukan pemeriksaan TTV	
2. Ibu mengatakan masih bingung memilih KB yang akan digunakan	BB : 76 kg Tfu tidak teraba Payudara penuh, puting menonjol.		6. Melakukan KIE pemilihan KB yang ibu inginkan	
3. Ibu mengatakan			7. Menganjurkan ibu dan suami untuk berdiskusi tentang KB yang akan digunakan.	

ingin menggunakan KB IUD tetapi suami tidak mengizinkan 4. Ibu tidak ingin menggunakan KB yang mengandung hormon karena takut BB nya naik				
---	--	--	--	--

C. Pembahasan

1. Kelemahan Penelitian

Dalam memberikan asuhan kebidanan komprehensif terhadap Ny. A di temui beberapa hambatan dan keterbatasan yang menyebabkan pelaksanaan studi kasus tidak berjalan dengan maksimal. Keterbatasan-keterbatasan tersebut antara lain adalah :

1. Penjaringan pasien

Kesulitan yang ditemui pada awal pelaksanaan laporan tugas COC adalah dalam hal penjaringan pasien. Untuk menemukan pasien yang sesuai dengan persyaratan yang diajukan dari pihak institusi sangatlah sulit. Beberapa pasien pun tidak bersedia untuk dijadikan subjek penulis dalam studi kasus ini dengan berbagai alasan.

2. Waktu yang terbatas

Pelaksanaan asuhan kebidanan komprehensif yang bersamaan dengan kegiatan Praktek diluar kota menyebabkan kesulitan bagi penulis untuk mengatur waktu. Waktu yang tersedia untuk pelaksanaan asuhan

2. Asuhan Kehamilan

Asuhan dilakukan Pada Ny. A Umur 31 tahun G1P0A0 yang bertempat tinggal di Kelurahan pringapus. Ny. A saat ini sedang hamil anak pertama dan mengatakan tidak pernah keguguran. Ny. A mengatakan selama hamil beliau mengeluh mual, pusing, pilek dan TM III punggungnya terasa sakit.

Hasil pemeriksaan berat badan Ny. A adalah 80 kg. Ny. A mengatakan sebelum hamil berat badannya 64 kg. Sehingga Ny. A mengalami kenaikan berat badan sekitar 16 kg. Kenaikan berat badan ibu hamil dapat dikatakan normal apabila mengalami kenaikan berat badan sekitar 6,5 kg - 16,5 kg (Sukarni, 2013).

Saat dilakukan pengukuran tinggi badan, Ny. A memiliki tinggi badan 158 cm. Menurut Rochyati 2011, mengemukakan bahwa tinggi badan ibu hamil kurang dari 145 cm tergolong resiko tinggi yaitu

dikhawatirkan panggul ibu sempit dan pengukuran tinggi badan ini dilakukan sebagai deteksi dini adanya panggul sempit atau ketidak sesuaian antara besar bayi dan luas panggul. Pada penelitian yang dilakukan di Puskesmas Tegalorejo Yogyakarta (2016) pada ibu hamil dengan tinggi badan kurang dari 145 cm sebanyak 60 pasien yang dikelompokkan dalam dua kelompok yaitu 30 pasien kelompok ibu dengan tinggi badan kurang dari 145 cm dan 30 pasien dikelompokkan ibu dengan tinggi badan lebih dari 145 cm, pada ibu hamil dengan tinggi badan kurang dari 145 cm mengalami Cephalo Pelvic Disproportion (CPD) sebanyak 5 pasien. Berdasarkan data tersebut resiko terjadinya Cephalo Pelvic Disproportion (CPD) pada ibu yang memiliki tinggi badan kurang dari 145 adalah 1.6 kali lebih besar dibandingkan pada ibu yang memiliki tinggi badan lebih dari 145 cm. Penulis berpendapat tidak terjadi kesenjangan antara teori dan praktek karena dari hasil pemeriksaan tinggi badan Ny. A didapatkan hasil yang tidak kurang dari 145 cm.

Hasil pemeriksaan Lila Ny. A adalah 29 cm. Menurut Kemenkes, RI (2015) lila ibu hamil normalnya yaitu 28,7 cm – 36 cm. Pengukuran Lila hanya dilakukan pada kontak pertama oleh tenaga kesehatan di trimester I untuk skrining ibu hamil berisiko Kurang Energi Kronis (KEK). Ibu hamil dengan KEK akan dapat melahirkan bayi berat lahir rendah (BBLR).. Jika masukan gizi untuk ibu hamil dari makanan tidak seimbang dengan kebutuhan tubuh maka akan terjadi defisiensi zat gizi. Kekurangan zat gizi dan rendahnya derajat kesehatan ibu hamil masih sangat rawan, hal ini ditandai masih tingginya angka kematian ibu yang disebabkan oleh perdarahan karena anemia gizi dan KEK selama masa kehamilan (Yuliasuti, 2014). Penulis berpendapat tidak terjadi kesenjangan antara teori dan praktek, karena dari hasil pemeriksaan didapatkan hasil Lila Ny. A tidak kurang dari 23,5 cm .

Pemberian tablet Fe sangat penting untuk menghindari terjadinya anemia dalam kehamilan. Ny. A rutin mengkonsumsi tablet Fe selama hamil. Hal ini sejalan dengan kemenkes 2018, yang mengatakan

Kebutuhan kandungan zat besi (*Fe*) pada ibu hamil adalah sekitar 800 mg. Adapun kebutuhan tersebut terdiri atas 300 mg yang dibutuhkan untuk janin dan 500 gram untuk menambah masa hemoglobin maternal. Kelebihan sekitar 200 mg dapat diekskresikan melalui usus, kulit, dan urine. Pada makanan ibu hamil, tiap 100 kalori dapat menghasilkan sebanyak 8-10 mg Fe. Satu tablet zat besi mengandung 60 mg elemental iron dan 0,25 folic acid. Apabila ibu hamil mengonsumsi satu tablet zat besi (mengandung 60 mg Fe), maka diharapkan jumlah zat besi yang diserap tubuh sebesar 6 – 8 mg zat besi. Apabila pola ini diterapkan selama 90 hari, maka terdapat sekitar 720 mg zat besi yang diperoleh dari suplementasi dan ditambah sebesar 180 mg zat besi dari asupan harian ibu dengan asumsi diserap secara maksimum. Oleh karena itu, ibu hamil perlu mengonsumsi satu Tablet Tambah Darah (TTD)/hari minimal 90 hari selama masa kehamilan sebagai upaya pencegahan kejadian anemia saat kehamilan. Berdasarkan teori diatas menurut penulis tidak ada kesenjangan antara teori dan praktek pada Ny. A

Imunisasi tetanus toksoid adalah preparat toksin tetanus yang di inaktifkan untuk meningkatkan anti generasinya. Toksin kuman tetanus yang telah dilemahkan dan dimurnikan kemudian diberikan pada bayi, anak, ibu sebagai usaha memberikan perlindungan terhadap penyakit tetanus. Imunisasi tetanus toxoid ini juga diberikan pada ibu hamil dan wanita yang akan menikah (calon pengantin). Pemberian imunisasi tetanus artinya pemberian kekebalan terhadap penyakit tetanus kepada ibu hamil dan bayi yang dikandungnya. Imunisasi Tetanus berguna untuk melindungi bayi terhadap penyakit tetanus neonatorum. Memberi kekebalan terhadap penyakit tetanus terhadap ibu dan janin yang dikandungnya, sehingga pada saat melahirkan ibu dan bayi terhindar dari penyakit tetanus. Antitoksin yang melewati plasenta kejanin pasca imunisasi aktif pada ibu dapat mencegah kejadian tetanus neonatorum.

Jika seorang ibu hamil anak pertama yang dan pernah diberikan imunisasi tetanus maka ia harus mendapatkan paling sedikitnya dua kali

(suntikan) selama kehamilan (pertama pada saat kunjungan antenatal dan kedua pada empat minggu kemudian). Saat dilakukan anamnesa mengenai imunisasi TT Ny. A mengatakan telah mendapat imunisasi TT saat bayi sebanyak 1 kali, saat sekolah 2 kali dan saat menikah 1 kali dan hamil anak pertama 1 kali. Hal ini sesuai dengan konsep imunisasi TT. Pemberian imunisasi TT pada saat ibu hamil, disesuaikan dengan status imunisasi TT ibu saat ini sehingga apabila Imunisasi TT5 sudah didapatkan (*TT Long live*) tidak perlu diberikan imunisasi TT lagi.

Menurut penulis tidak terjadi kesenjangan antara teori dan praktek dikarenakan imunisasi TT Ny. A baru sampai TT4. Sesuai dengan teori yang sudah dijelaskan di atas Ny. A harus mendapatkan TT5 1 tahun lagi

Pemeriksaan laboratorium Ny. A dilakukan di Puskesmas Pringapus pada tanggal 01 September 2022 dengan Hasil HB 10.5 g/%, HBSAG Nonreaktif, HIV Nonreaktif. Pada tanggal 10 Januari 2023 Ny. A Cek HB Kembali dengan Nilai 12 g/%. Hb yang normal yaitu 11 gr % sebagai dasarnya. Hb 9 – 10 gr % disebut anemia ringan. Hb 7-8 gr% disebut anemia sedang. Hb <7 gr% disebut anemia berat, pemeriksaan dan pengawasan Hb pada ibu hamil dilakukan pada saat TM III. Kadar Hb pada ibu menurut penulis tidak ada kesenjangan antara teori dan praktek pada saat dilakukan pemeriksaan didapatkan hasil kadar Hemoglobin darah Ny. A 12 gr%.

Pemeriksaan laboratorium berupa tes protein urine dan PMS tidak dilakukan pada Ny. A karena tidak ada keluhan ataupun tanda gejala yang mengarah pada hal tersebut. Hal ini didukung dengan teori yang dinyatakan oleh (Depkes RI, 2010) bahwa pemeriksaan urine untuk tes protein dan urine glukosa dapat dilakukan atas indikasi, bila ada kelainan ibu dirujuk. Sedangkan untuk pemeriksaan khusus seperti test PMS dapat dilakukan apabila ada indikasi dan pada daerah yang rawan. Menurut penulis tidak terjadi kesenjangan antara teori dan praktek dikarenakan Ny. A tidak terindikasi dan tidak ditemukannya tanda dan gejala untuk dilakukannya tes protein urine maupun PMS.

Pada Data sekunder di Buku KIA Ny. A dan Hasil pemeriksaan Tekanan Darah saat kunjungan dilakukan tekanan darah Ny. A yaitu 120/80 mmHg. Sesuai dengan teori yang dinyatakan oleh Depkes RI pada 2019 tekanan darah yang normal adalah 110/80 mmHg - 140/90 mmHg, dan pemeriksaan tekanan darah sangat penting untuk mengetahui standar normal, tinggi atau rendah yaitu dengan cara menghitung MAP. Hal ini dilakukan sebagai deteksi adanya hipertensi atau hipotensi dan preeklamsi dalam kehamilan. Penulis berpendapat dengan adanya pemeriksaan tekanan darah pada kunjungan, dapat diketahui pula ibu beresiko atau tidak dalam kehamilannya dan menurut penulis tak terjadi kesenjangan antara teori dan praktek dikarenakan tekanan darah Ny. A saat pemeriksaan dalam batas normal yaitu 120/80 mmHg.

Pengukuran tinggi fundus uteri (TFU) merupakan salah satu dari 10T yaitu kebijakan program pemerintah untuk menurunkan angka kematian ibu, dimana pengukuran TFU adalah indikator untuk melihat kesejahteraan ibu dan janin. Tinggi fundus uteri (TFU) dapat digunakan untuk menentukan usia kehamilan atau menentukan taksiran berat badan janin (TBJ). Hasil pemeriksaan Leopold I mengukur tinggi fundus uteri dengan metlin yaitu tinggi fundus uteri 27 cm dalam usia kehamilan 29 minggu 5 hari. Menurut penulis tidak terdapat kesenjangan antara teori dan praktek karena TFU pada usia kehamilan 29 minggu sesuai dengan teori.

Tabel 4.1 Tinggi Fundus Uteri Menurut Mc. Donald

No	Usia Kehamilan	Tinggi Fundus Uteri
1	22 Minggu	20-24 cm di atas simfisis
2	28 Minggu	26-30 cm di atas simfisis
3	30 Minggu	28-32 cm di atas simfisis
4	32 Minggu	30-34 cm di atas simfisis
5	34 Minggu	32-36 cm di atas simfisis
6	36 Minggu	34-38 cm di atas simfisis
7	38 Minggu	36-40 cm di atas simfisis
8	40 Minggu	38-42 cm di atas simfisis

Sumber : Saifuddin, 2014.

Pemeriksaan palpasi Leopold pada Ny. A, presentasi janin normal

yaitu kepala sebagai bagian terendah janin dan saat didengarkan DJJ dalam keadaan normal yaitu 140 x/menit. Sesuai dengan teori yang dikemukakan oleh (Manuaba, 2010) detak jantung janin normal antara 120-160 kali per menit. Pemeriksaan ini digunakan untuk menentukan frekuensi denyut jantung janin per menit, teratur atau tidak, dimana letak punctum maksimum (Manuaba dkk., 2010).

Letak dan presentasi janin dalam rahim merupakan salah satu faktor penting yang berpengaruh terhadap proses persalinan. Menentukan presentasi janin dimulai pada akhir trimester II dan setiap kali kunjungan ANC. Pemeriksaan ini dimaksudkan untuk mengetahui letak janin. Jika pada trimester III bagian bawah janin bukan kepala, atau kepala janin belum masuk PAP berarti ada kelainan posisi janin, atau kelainan panggul sempit.

Penulis berpendapat tidak terjadi kesenjangan antara teori dan praktek pada saat dilakukannya pemeriksaan pada Ny. A. Posisi janin Ny. A tidak mengalami kelainan letak, DJJ normal karena tidak melebihi 160 x/menit, hal ini dilakukan untuk menjadi acuan tenaga kesehatan dalam mendiagnosa klien. Sehingga dapat dilakukan asuhan selanjutnya berdasarkan diagnosa yang telah ditentukannya.

Selama kehamilan, Ny. A memeriksakan kehamilannya secara teratur. Pada trimester 1 Ny. A melakukan pemeriksaan kehamilan sebanyak 2 kali, pada trimester II sebanyak 3 kali, pada trimester III sebanyak 5 kali. Konseling diberikan pada Ny. A meliputi Anjuran tetap mengkonsumsi makan bergizi seimbang, minum tablet Fe secara teratus, melakukan kompres hangat untuk mengatasi sakit punggung, melakukan Senam hamil / joga hamil, tidak beraktifvitas berat, istiahat dan makan bergizi, mengkonsumsi vitamin kehamilan secara teratur, konseling miopia dalam kehamilan dan menganjurkan melakukan kunjungan ulang untuk pemeriksaan kehamilan selanjutnya.

3. Asuhan Persalinan

Persalinan adalah pengeluaran hasil konsepsi yang dapat hidup dari dalam uterus ke dunia luar. Persalinan dan kelahiran normal merupakan proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung dalam waktu 18 jam tanpa komplikasi baik ibu maupun janinnya (Jannah, 2015). Proses persalinan terbagi menjadi 2 fase yaitu fase laten (8 jam) dimana serviks membuka sampai 3 cm dan fase aktif (7 jam) dimana serviks 4- 10 cm, lamanya kala I untuk primigravida berlangsung 12 jam sedangkan multigravida 8 jam. Berdasarkan Kurve Friedman, diperhitungkan pembukaan primigravida 1 cm per jam dan pembukaan multigravida 2 cm per jam. Dengan perhitungan tersebut maka waktu pembukaan lengkap dapat diperkirakan (Ari Sulistyawati, 2013).

Dari data yang diperoleh saat wawancara dengan Ny. A mengatakan merasa mulas dari jam 08.00 tanggal 09 Februari 2023. Jam 10.00 wib Ny. A tiba di RS Puri Asih, dilakukan VT Jam 10.30 wib dengan pembukaan 1 cm ketuban negatif. Ny. A mengatakan Dokter Penanggung Jawab memberikan obat yang diberikan lewat vagina untuk merangsang pembukaan. Ibu mengatakan 1 minggu sebelumnya sudah melakukan USG keadaan ketuban cukup. Pada jam 14.00 wib dilakukan VT ulang dengan pembukaan 4 cm. Pada jam 15.00 wib ibu mengatakan mulasnya semakin sering. Jam 15.40 wib dilakukan VT ulang dengan pembukaan 10 cm. Ibu mengatakan bayinya lahir jam 16.00 wib dengan BB 2720 Gram dan Pb 48 cm. Kala I pada Ny A berlangsung selama 9 jam 40 menit.

Kala II Persalinan Ny. A adalah 20 menit. Teori Kumalasari, 2015 mengatakan bahwa Kala II pada primigravida berlangsung 1,5-2 jam dan pada multigravida berlangsung $\frac{1}{2}$ -1 jam

Batasan kala III, masa setelah lahirnya bayi dan berlangsungnya proses pengeluaran plasenta. Tanda-tanda pelepasan plasenta, terjadi perubahan bentuk uterus dan tinggi fundus uteri, tali pusat memanjang, atau menjulur keluar melalui vagina atau vulva, adanya semburan 14 29 darah

secara tiba-tiba kala III, berlangsung tidak lebih dari 30 menit (Asrinah, 2010). Ny. A mengatakan Plasenta lahir tidak lama setelah bayi lahir.

Asuhan dan Pemantauan pada Kala IV. Menurut Reni Saswita, 2011 asuhan dan pemantauan pada kala IV yaitu:

1. Lakukan rangsangan taktil (seperti pemijatan) pada uterus, untuk merangsang uterus berkontraksi.
2. Evaluasi tinggi fundus dengan meletakkan jari tangan secara melintang antara pusat dan fundus uteri.
3. Perkirakan kehilangan darah secara keseluruhan.
4. Periksa perineum dari perdarahan aktif (misalnya apakah ada laserasi atau episotomi).
5. Evaluasi kondisi ibu secara umum
6. Dokumentasikan semua asuhan dan temuan selama kala IV persalinan di halaman belakang partograf segera setelah asuhan diberikan atau setelah penilaian dilakukan.

Ny. A mengatakan saat persalinan dilakukan episiotomi dan dilakukan pejahitan dengan anestesi. Ny. A mengatakan setelah selesai dibersihkan Ny. A mendapat terapi nyeri, antibiotik, tablet fe dan vitamin A.

Menurut dr. Theresia Rina Yunita untuk kelainan mata di bawah minus 5 masih cukup aman untuk melahirkan normal. Hal tersebut sejalan dengan teori dr. Supriyatiningasih, SpOG, M.Kes, bagian Ilmu Obstetri dan Ginekologi dan dr. Nur Shani Meida, SpM, M.Kes, bagian Ilmu Penyakit Mata dalam Buku yang berjudul Kehamilan Dan Gangguan Penglihatan (Pregnancy and visual disorder) Pertimbangan boleh melahirkan normal atau tidak, tergantung besarnya minus mata, besarnya janin, luas panggul, dan faktor lain yang berhubungan dengan keberadaan penyulit persalinan. Sebelum persalinan ibu hamil wajib memeriksakan dan mendiskusikan kondisi mata ke dokter spesialis mata dan dokter ahli kandungan, sehingga dapat menentukan pilihan bersalin yang aman.

Sebelum persalinan Ny. A sudah berkonsultasi dengan dr. Indah Tri H, Sp.OG terkait dengan miopia yang dialami Ny. A.

8. Asuhan Nifas

Standar Asuhan Kunjungan pada Masa Nifas sebanyak 4 kali, kunjungan pertama 6-8 jam, kunjungan kedua 6 hari, kunjungan ketiga 2 minggu, dan kunjungan keempat 6 minggu post partum (Manuaba, 2010). Kunjungan Masa Nifas bertujuan untuk menilai kondisi kesehatan ibu dan bayi, pencegahan terhadap kemungkinan adanya gangguan kesehatan ibu nifas dan bayinya, mendeteksi adanya komplikasi yang terjadi di masa nifas, serta menangani komplikasi atau masalah yang timbul.

Ny. A mendapatkan asuhan kebidanan sebanyak 3 kali yaitu 6 jam post partum, 5 hari post partum dan 27 hari post partum.

Kunjungan ke empat yaitu asuhan 56 hari post partum dilakukan pada tanggal 06 April 2023 di rumah Ny. A. Pada kunjungan ini Ibu mengatakan tidak ada keluhan, ASI nya lancar dan bayi menyusu dengan baik, Ibu mengatakan tidak ada pantangan dengan makanannya, ibu makan nasi lengkap dengan lauk pauk, sayur dan buah, minum air putihnya kurang lebih 3 liter, kadang mengkonsumsi air kelapa dan jus buah. Tidak ada masalah dalam BAK dan BAB nya. Ibu mengatakan istirahatnya cukup, ibu dibantu suami dan keluarga dalam mengasuh anak. Hasil Pemeriksaan Umum ibu dalam keadaan baik, terlihat bahagia mengasuh anaknya. Pemeriksaan TTV didapat TD: 120/80 mmHg, Nadi : 80, Suhu : 36,4°C, Pengeluaran ASI, hyperpigmentasi areolla, puting susu menonjol Tfui tidak teraba, pengeluaran lochea dan luka jahit yang sudah kering. Pemeriksaan fisik tidak ditemukan masalah, semua dalam batas normal.

9. Bayi Baru Lahir

Pada masa neonatal (0-28 hari) terjadi perubahan yang sangat besar dari kehidupan di dalam rahim dan terjadi pematangan organ hampir pada semua sistem. Bayi hingga usia kurang satu bulan merupakan golongan umur yang memiliki risiko gangguan kesehatan paling tinggi dan berbagai masalah kesehatan bisa muncul. Sehingga tanpa penanganan yang tepat, bisa berakibat fatal. Beberapa upaya kesehatan dilakukan untuk mengendalikan risiko pada kelompok ini di antaranya dengan

mengupayakan agar persalinan dapat dilakukan oleh tenaga kesehatan di fasilitas kesehatan serta menjamin tersedianya pelayanan kesehatan sesuai standar pada kunjungan bayi baru lahir. Kunjungan neonatal idealnya dilakukan 3 kali yaitu pada umur 6-48 jam, umur 3-7 hari, dan umur 8-28 hari.

Indikator yang menggambarkan upaya kesehatan yang dilakukan untuk mengurangi risiko kematian pada periode neonatal yaitu 6-48 jam setelah lahir adalah cakupan Kunjungan Neonatal Pertama atau KN1. Pelayanan dalam kunjungan ini (Manajemen Terpadu Balita Muda) antara lain meliputi termasuk konseling perawatan bayi baru lahir, ASI eksklusif, pemberian vitamin K1 injeksi dan Hepatitis B0 injeksi (bila belum diberikan).

Tujuan dari kunjungan neonatus, yaitu melakukan pemeriksaan ulang pada bayi baru lahir, meninjau penyuluhan dan pedoman antisipasi bersama orang tua, mengidentifikasi gejala penyakit, serta mendidik dan mendukung orang tua.

Kunjungan pertama dan kedua telah dilakukan di RS Puri Asih dan Bayi Ny. A telah melakukan imunisasi HB-0 pada 09 Februari 2023 diRS Puri Asih. Kunjungan Neonatus ke- 27 hari setelah bayi lahir, bayi Ny. A mendapat Imunisasi BCG dan Polio tetes.

By Ny. A mendapatkan asuhan kebidanan sebanyak 3 kali sesuai dengan Teori yang dikemukakan sehingga Penulis berpendapat bahwa tidak ditemukannya kesenjangan antara teori dengan praktik.

10. Keluarga Berencana

KB pasca persalinan merupakan upaya pencegahan kehamilan dengan menggunakan alat dan obat kontrasepsi segera setelah melahirkan sampai dengan 42 hari/ 6 minggu setelah melahirkan (BKKBN, 2017). Menurut USAID (2011:4), penggunaan KB pada perempuan postpartum dapat berdampak signifikan pada:

- a. Mengurangi angka kematian dan kesakitan pada ibu.
- b. Mengurangi angka kematian dan kesakitan pada bayi.

- c. Mencegah resiko atau kehamilan yang tidak diinginkan.
- d. Mencegah kehamilan yang tidak diinginkan pada perempuan mudan dan tua, ketika besarnya resiko kematian ibu dan bayi. .
- e. Memungkinkan perempuan ntuk mengatur jarak kehamilan.

Pada tanggal 06 Maret 2023 dilakukan Kunjungan kerumah Ny. A, dari hasil wawancara Ibu mengatakan sudah selesai masa nifas dan ibu ingin KB alami, sebelumnya Ibu mengatakan ingin menggunakan KB IUD tetapi suami tidak mengizinkan. Ibu tidak ingin menggunakan KB yang mengandung hormon karena takut BB nya naik. Hasil pemeriksaan umum TTV dalam batas normal, BB 76 kg.

KB alami berdasarkan pada siklus masa subur dan tidak masa subur, dasar utamanya yaitu saat terjadinya ovulasi. Untuk menentukan saat ovulasi ada 3 cara, yaitu : metode kalender, suhu basal, dan metode lendir serviks. Teknik- Teknik yang digunakan untuk mengidentifikasi fase subur dalam siklus menstruasi, yaitu Metode Kalender, Metode Suhu Basal, Metode Lendir Serviks, Metode Sim to Thermal, Metode Coitus Interuptus

Indikasi KB Alami Metode KB alami ini cocok digunakan untuk: Wanita usia reproduksi dengan siklus haid teratur maupun tidak teratur, berat badan kurus maupun gemuk, tidak dapat menggunakan metode kontrasepsi lain dan pasangan suami istri memiliki kemauan untuk mengobservasi, mencatat, dan menilai tanda dan gejala masa subur.

Keuntungan Penggunaan KB alami : Dapat mencegah kehamilan, bila digunakan dengan benar, Membantu mencapai kehamilan, bila pasangan menginginkan kehamilan, Tidak memiliki efek samping, Memiliki biaya yang murah atau bahkan tanpa biaya.

Kekurangan : Tingkat keefektifan relatif rendah dibanding metode kontrasepsi lain sekitar 80 – 91 % dengan tingkat kehamilan 9 - 20 % kehamilan per 100 perempuan dalam satu tahun pertama, Keefektifan tergantung dari ketaatan dan konsistensi dalam mengikuti instruksi., Tidak memberikan perlindungan terhadap infeksi menular seksual (IMS),

Memerlukan pemantauan rutin terhadap tanggal, suhu basal, dan lendir leher rahim.

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Asuhan kebidanan secara komprehensif dari masa hamil, bersalin, bayi baru lahir, nifas dan keluarga berencana pada Ny. A yang dimulai pada usia kehamilan trimester tiga usia kehamilan 29 minggu 5 hari sampai dengan 6 minggu Post Partum, dapat diambil kesimpulan sebagai berikut : Asuhan kebidanan pada kehamilan ibu berjalan sesuai dengan usia kehamilan dan fisiologis, kehamilan ibu dimulai dari usia kehamilan 29 minggu 5 hari dengan diagnosa Ny. A umur 31 Tahun, G1P0A0 usia kehamilan 39 janin hidup tunggal intra uterin dengan masalah miopia. Asuhan kebidanan pada persalinan ibu dilakukan secara spontan, Kala I selama 1 jam 40 menit, kala II 20 menit, Kala III selama 10 menit Kala IV selama 2 jam pengawasan. Dan hasil ditemukan kondisi sehat. Asuhan kebidanan pada masa nifas berlangsung normal, 6 jam post partum tidak ada perdarahan, kontraksi uterus keras, lochea rubra, luka perineum tidak ada tanda infeksi, kandung kemih kosong, tanda vital normal ibu sudah mendapatkan vitamin A sebanyak 2 kali dengan dosis 200.000 IU, nifas 6 hari sampai 6 minggu berjalan sesuai dan sehat. Asuhan kebidanan pada bayi baru lahir, bayi lahir sehat, menangis kuat, bayi sudah mendapatkan imunisasi vitamin K, hepatitis B, tetes mata, langsung setelah lahir, pemeriksaan fisik tidak ada kelainan. Asuhan kebidanan pada KB, klien belum memutuskan kb yang ingin digunakan

B. Saran

Penulis ingin menyumbangkan saran di akhir penulisan laporan tugas akhir ini dalam mengupayakan peningkatan pelayanan kesehatan khususnya dalam asuhan kebidanan komprehensif, yaitu sebagai berikut :

1. Bagi intitusi

Diharapkan semakin memperbaharui skill yang akan diajarkan dan selalu mengikuti perkembangan ilmu kebidanan terkini, sehingga mampu

meningkatkan profesionalitas kinerja mahasiswa kebidanan nantinya setelah terjun di masyarakat. Selain itu, diharapkan lebih menyamakan persepsi dalam pencapaian target asuhan yang telah ditetapkan.

2. Bagi Klien

- a. Diharapkan dapat menambah wawasan dan pengetahuan ibu tentang masa hamil, bersalin, bayi baru lahir, nifas, neonatus dan KB sehingga dapat menjalaninya tanpa adanya komplikasi.
- b. Diharapkan dapat menjadi penambah wawasan bagi klien bahwa kehamilan dengan grande multipara, usia resiko tinggi dan anemia akan menimbulkan dampak atau resiko yang dapat terjadi pada ibu dan bayi hingga menyebabkan kematian jika tidak di berikan pendampingan yang berkelanjutan dari tenaga kesehatan.
- c. Diharapkan dapat membawa bayi ke fasilitas kesehatan untuk di imunisasi sesuai jadwal yang terdapat di buku KIA.

3. Bagi Mahasiswa Kebidanan

- a. Diharapkan selalu memaksimalkan diri dalam mengaplikasikan ilmu yang diperoleh di bangku perkuliahan selama praktek di lapangan.
- b. Diharapkan dari saat praktek ke lapangan, mahasiswa menggunakan alat kesehatan pribadi masing-masing untuk melakukan asuhan yang ingin dicapainya sehingga tidak bergantung pada alat kesehatan milik institusi.
- c. Diharapkan dalam pelaksanaa Laporan COC berikutnya dapat lebih baik dan lebih memahami lagi baik dalam penulisan maupun pelaksanaan asuhan.

DAFTAR PUSTAKA

- Affandi., B. 2012. *Buku Panduan Praktis Pelayanan Kontrasepsi Edisi 4*. Jakarta: PT Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Anggraini, Yetti. 2010. *Asuhan Kebidanan Masa Nifas*. Yogyakarta: Pustaka Rahima
- Ambarwati, E,R,Diah, W. 2010. *Asuhan Kebidanan Nifas*. Yogyakarta: Nuha Medika
- Astuti, Sri., dkk. 2015. *Asuhan Ibu Dalam Masa Kehamilan Buku Ajar Kebidanan Antenatal Care (ANC)*. Jakarta: Erlangga
- Damayanti, Ika Putri, dkk. 2014. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Komprehensif Pada Ibu Bersalin Dan Bayi Baru Lahir*. Yogyakarta: DeePublish
- Diana, S. 2017. *Model Asuhan Kebidanan Continuity Of Care*. Surakarta: CV. Kekata Grup
- Dewi, V.N.L., dan T. Sunarsih. 2011. *Asuhan Kehamilan untuk Kebidanan*. Jakarta: Salemba Medika
- Jannah, Nurul. 2013. *Konsep Dokumentasi Kebidanan*. Jogjakarta: Ar-Ruz Media
- Juwita, S., & Priskusanti, R. D. (2020). *Asuhan Neonatus*. Pasururuan: Qiara Media. [https://books.google.co.id/books?id=xDDwDwAAQBAJ&pg=PA2&dq=klasifikasi+bayi+menurut+berat+lahir+dan+masa+gestasi&hl=jv&sa=X&ved=2ahUKEwiXyIjynrPuAhWUub30KHcu7A0kQuwUwAXoECAIQCA#v=onepage&q=klasifikasi bayi menurut berat lahir dan masagestasi&f=false](https://books.google.co.id/books?id=xDDwDwAAQBAJ&pg=PA2&dq=klasifikasi+bayi+menurut+berat+lahir+dan+masa+gestasi&hl=jv&sa=X&ved=2ahUKEwiXyIjynrPuAhWUub30KHcu7A0kQuwUwAXoECAIQCA#v=onepage&q=klasifikasi%20bayi%20menurut%20berat%20lahir%20dan%20masa%20gestasi&f=false).
- Kurniarum, A. (2016). *Asuhan Kebidanan Persalinan dan Bayi Baru Lahir*. <http://bppsdmk.kemkes.go.id/pusdiksdmk/wpcontent/uploads/2017/08/Asuhan-Kebidanan-Persalinan-dan-BBLKomprehensif.pdf>
- Kemenkes RI. (2020). *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2019*. Jakarta: Kemenkes RI. <https://www.kemkes.go.id/folder/view/01/structure-publikasi-pusdatin-profil-kesehatan.html>
- JNPK – KR. 2017. *Asuhan Persalinan Normal*. Jakarta: JNPK – KR
- Legawati. 2018. *Asuhan Persalinan dan Bayi Baru Lahir*. Malang: Wineka Medika
- Hidayat. (2010). *Buku ajar keperawatan maternitas edisi 4*. Jakarta : EGC

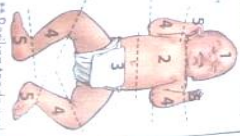
- Manuaba, I.A.C. 2010. *Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan, dan KB Untuk Pendidikan Bidan. Ed. 2.* Jakarta: EGC
- Manuaba, IBG, dkk. 2013. *Ilmu Kebidanan Penyakit Kandungan dan KB.* Jakarta: EGC
- Manuaba, I., Manuaba, I. & Manuaba, I. F., 2014. *Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan, dan KB. 2 ed.* Jakarta: EGC.
- Marmi. 2011. *Asuhan Kebidanan Pada Masa Antenatal.* Yogyakarta: Pustaka Pelajar
- Maritalia, Dewi. 2012. *Asuhan Kebidanan Nifas dan Menyusui.* Yogyakarta: Pustaka Pelajar
- Mulyani, dan M. Rinawati. 2013. *Keluarga Berencana dan Alat Kontrasepsi.* Yogyakarta: Nuha Medika
- Mulati, Erna, (ed.). 2015. *Buku Ajar Kesehatan Ibu dan Anak Continuum Of Carelife Cycle.* Jakarta: Kemenkes
- Prawirohardjo, S. 2010. *Ilmu Kebidanan.* Jakarta: Bina Pustaka.
- Prawirohardjo, Sarwono. 2011. *Ilmu Kandungan.* Jakarta: PT Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo
- Rismalinda (2015). *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Kehamilan.* Jakarta
- Romauli, S. 2014. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan I.* Yogyakarta: Nuha Medika.
- Rukiah, A.Y., dkk. 2013. *Asuhan Kebidanan I Kehamilan. Edisi Revisi.* Jakarta: Trans Info Media.
- Rukiyah. 2010. *Asuhan Kebidanan IV Patologi Kebidanan.* Jakarta: Trans Info Medika
- Sofian, Amru. 2013. *Sinopsis Obstetri.* Jakarta: EGC
- Sulistiyawati, A, dan Nurwandani W. 2018. *Asuhan Persalinan Konsep Persalinan Secara Komprehensif Dalam Asuhan Kebidanan.* Yogyakarta: Pustaka Baru
- Sondakh, J. J. 2016. *Asuhan Kebidanan Persalinan dan Bayi baru Lahir.* Malang: Penerbit Erlangga.
- Tando. 2016. *Asuhan Kebidanan Neonatus, Bayi, dan Anak*
- Walyani, E. S. (2015). *Asuhan Kebidanan pada Kehamilan.* Yogyakarta: Pustaka Baru.

- Widiastini, Luh Putu (2014). *Asuhan Kebidanan Pada Ibu Bersalin dan BBL*. Bogor: IN MEDIA
- Wulandari, Setyo Retno. (2011). *Asuhan kebidanan ibu masa nifas*. Yogyakarta : Gosyen Publishing.
- Yulizawati, Insani, A. A., Sinta, L. El, & Andriani, F. (2018). *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Pada Persalina*. Indomedia Pustaka.

PELAYANAN KESEHATAN NEONATUS (0-28 HARI)

pelayanan kesehatan neonatus menggunakan pendekatan MITS algoritma bayi muda umur <2 bulan

0-6 jam	6-48 jam (KN1)	3-7 hari (KN2)	8-28 hari (KN3)
Kondisi: BB: 3100gr PB: 50cm LK: 34cm Hissi Menyusu Dini (MD) <input checked="" type="checkbox"/> VIT KI <input checked="" type="checkbox"/> Salep/Tetes <input checked="" type="checkbox"/> Mata <input checked="" type="checkbox"/> Imunisasi HB <input checked="" type="checkbox"/> Tgl/b/dh: Jam: Nomor Batch:	Menyusu <input checked="" type="checkbox"/> Tali Pusat <input checked="" type="checkbox"/> VIT KI* <input checked="" type="checkbox"/> Salep/Tetes Mata* <input checked="" type="checkbox"/> Imunisasi HB* <input checked="" type="checkbox"/> Tgl/b/dh: Jam: Nomor Batch:	Menyusu <input checked="" type="checkbox"/> Tali Pusat <input checked="" type="checkbox"/> Tanda bahaya identifikasi kuning <input checked="" type="checkbox"/> Imunisasi HB* <input checked="" type="checkbox"/> Tgl/b/dh: Jam: Nomor Batch:	Menyusu <input checked="" type="checkbox"/> Tali Pusat <input checked="" type="checkbox"/> Tanda bahaya identifikasi kuning <input checked="" type="checkbox"/> Imunisasi HB* <input checked="" type="checkbox"/> Tgl/b/dh: Jam: Nomor Batch:
Masalah: tidak ada	Masalah: tidak ada	Masalah: tidak ada	Masalah: tidak ada
Dirujuk ke: ** -	Dirujuk ke: ** -	Dirujuk ke: ** -	Dirujuk ke: ** -
Nama jelas petugas: bidan minarti	Nama jelas petugas: bidan minarti	Nama jelas petugas:	Nama jelas petugas:



** Berikan tanda pada bagian tubuh mana bayi tampak kuning dengan melingkari angka

Catatan penting:

Nama Terang:

KETERANGAN LAHIR

No. 05/2/023

yang berdatangan di bawah ini, menerangkan bahwa tanggal 21.02.2023 pukul 11.20 WIB

peada hari ini: **Satin**

jenis kelamin: **laki-laki** **Barempuan**

jenis kelahiran: **Tunggal/Kembar 2/Kembar 3** lainnya **usia gestasi: 38 minggu**

berat lahir: **3100 gr**, Panjang Badan: **50 cm**, Lingkar Kepala: **34 cm**

di Rumah Sakit/Puskesmas/Rumah Bersalin/Praktik Mandiri Bidan/bdi **PMB Minarti / J-TT: KTB**

Alamat: **Pinggirpuri / RT 05 / RW 03**

Diberi nama: **Alfariz Padewa Anum**

Dari Orang Tua: **Salsabila, Sahwa Kamla umur: 22 tahun**

Nama Ibu: **3322134302030002**

NIK: **Sri utowudo**

Nama Ayah: **3322105050400001**

NIK: **Karyawati**

pekerjaan: **Mahak wigi, wonorejo**

Alamat: **Pinggirpus**

Kecamatan: **Semarang**

Kab/kota: **Pinggirpuri**

Tanggal: **21.02.2023**

Saksi I: **Saksi II**





**ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF PADA NY."F"
UMUR 31 TAHUN DI BPM MINARTI, S.Tr.Keb**

Continuity Of Care (COC)

Oleh

TUTI HARIYATI

161221001

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI BIDAN
FAKULTAS KESEHATAN
UNIVERSITAS NGUDI WALUYO
2023**

HALAMAN PERSETUJUAN

Laporan *Continuity Of Care* (COC) Berjudul :

**ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF PADA NY. F
UMUR 31 TAHUN DI BPM MINARTI, S.Tr.Keb**

Disusun Oleh :

TUTI HARIYATI

NIM. 161221001

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI BIDAN
FAKULTAS KESEHATAN
UNIVERSITAS NGUDI WALUYO**

Laporan Tugas Akhir *Continuity Of Care* (COC) Ini Telah Diperiksa, Disetujui Dan Siap Untuk Diserahkan Kepada Program Studi Pendidikan Profesi Bidan Program Profesi Fakultas Kesehatan Universitas Ngudi Waluyo

Ungaran, 27 Juni 2023

Pembimbing Akademik



Ida Sofiyanti, S.Si.T., M.Keb

NIDN : 0602018501

HALAMAN PENGESAHAN

Laporan *Continuity Of Care* (COC) Berjudul :
ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF PADA NY. F
UMUR 31 TAHUN DI BPM MINARTI, S.Tr.Keb

Disusun Oleh :

TUTI HARIYATI

NIM. 161221001

Telah dipersentasikan dengan Pembimbing Akademik Program Studi Pendidikan Profesi
Bidan Program Profesi, Fakultas Kesehatan Universitas Ngudi Waluyo, pada :

Hari : Selasa

Tanggal : 27 Juni 2023

Pembimbing



Ida Sofiyanti, S.Si.T., M.Keb

NIDN : 0602018501

Dekan Fakultas Kesehatan



Eko Susilo, S.Kep., Ners., M,Kep

NIDN.0627097501

Ketua Program Studi



Ida Sofiyanti, S.Si.T., M.Keb

NIDN.0602018501

PERNYATAAN ORISINALITAS

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Tuti Hariyati

Nim : 161221001

Mahasiswa : Program Pendidikan Pofesi Bidan / Ilmu Kesehatan

Dengan ini menyatakan bahwa :

1. *Continuity Of Care* (COC) Berjudul “Asuhan Kebidanan Komprehensif pada Ny. F Umur 31 Tahun DI BPM Minarti, S.Tr.Keb Pringapus” adalah *Continuity Of Care* (COC) asli dan belum pernah diajukan untuk mendapatkan gelar akademik apapun di Perguruan Tinggi manapun.
2. *Continuity Of Care* (COC) ini merupakan ide dan hasil karya murni saya yang dibimbing dan dibantu oleh tim pembimbing dan Nrasumber.
3. *Continuity Of Care* (COC) ini tidak memuat kaeya atau pendapat orang lain yang telah dipublikasi kecuali secara tertulis dicantumkan dalam naskah sebagai acuan dengan menyebutkan nama pengarang dan judul aslinya serta dicantumkan dalam daftar pustaka.
4. Pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya dan apabila dikemudian hari terdapat penyimpangan dan ketidak benaran dalam pernyataan ini, saya bersedia menerima sanksi lain sesuai dengan norma yang berlaku di Universitas Ngudi Waluyo.

Ungaran, 27 Juni 2023

Pembimbing

Yang membuat pernyataan



Ida Sofiyanti, S.Si.T., M.Keb

NIDN : 0602018501



Tuti Hariyati

NIM. 161221001

KESEDIAAN PUBLIKASI

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Tuti Hariyati

Nim : 161221001

Mahasiswa : Program Pofesi Kebidanan Fakultas Kesehatan
Universitas Ngudi Waluyo.

Menyatakan memberi kewenangan kepada Universitas Ngudi Waluyo untuk menyimpan, mengalih media atau formatkan, merawat dan mempublikasikan Laporan *Continuity Of Care* (COC) saya dengan judul “ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF PADA NY. F UMUR 31 TAHUN DI BPM MINARTI, S.Tr.Keb” untuk kepentingan akademis.

Ungaran, 27 Juni 2023

Yang Membuat Pernyataan



Tuti Hariyati

161221001

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis ucapkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa, yang telah melimpahkan Rahmat-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan penyusunan Laporan Tugas Akhir dengan judul “ Asuhan Kebidanan Komprehensif Pada Ny. F Umur 31 Tahun G2P1A0 Usia Kehamilan, 38 Minggu 4 hari dari Kehamilan, Bersalin, Masa Nifas dan Bayi Baru lahir hingga Keluarga Berencana di Bidan Praktik Mandiri Di BPM Minarti S.Tr.Keb Desa Pringapus Kabupaten Semarang Tahun 2023”.

Laporan kasus ini ditulis sebagai pedoman untuk melaksanakan Continuity of care (COC) yang menjadi salah satu syarat tuntas dalam menempuh Pendidikan di Program Studi Pendidikan Profesi Bidan Program Profesi Fakultas Kesehatan Universitas Ngudi Waluyo. Pada kesempatan ini penulis menyampaikan ucapan terimakasih dan penghargaan yang setinggi-tingginya kepada yang terhormat:

1. Prof. dr. Subyantoro, M. Hum, selaku Rektor Universitas Ngudi Waluyo.
2. Bapak Eko Susilo, S.Kep., Ns., M.Kep selaku Ketua Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Ngudi Waluyo.
3. Ibu Ida Sofiyanti, S.SiT., M. Keb, selaku Ketua Program Studi Pendidikan Profesi Bidan sekaligus sebagai Pembimbing Akademik.
4. Seluruh Dosen Program Pendidikan Profesi Bidan dan Seluruh Staff Universitas Ngudi Waluyo.
5. Kepada Kedua Orang Tua saya yang selalu memberikan Dukungan dan Doa.
6. Kepada Ny. Fifin dan keluarga yang telah bersedia dikaji dalam pengkajian laporan asuhan kebidanan komunitas ini

Laporan kasus ini di buat berdasarkan buku sumber dan arahan dari pembimbing. Namun dalam pembuatan laporan ini masih banyak kesalahan baik penulisan dan isi dari laporan ini. Untuk itu, penulis mengharapkan kritik dan saran dari pembaca. Mudah – mudahan laporan ini dapat bermanfaat dan menjadi acuan untuk pengembangan inovasi dalam bidang pendidikan kebidanan.

Ungaran, 27 Juni 2023

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN COVER.....	i
LEMBAR PERSETUJUAN.....	ii
LEMBAR PENGESAHAN	iii
PERNYATAAN ORISINILITAS.....	iv
KESEDIAAN PUBLIKASI.....	v
KATA PENGANTAR	vi
DAFTAR ISI.....	vii
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	4
C. Tujuan.....	4
D. Manfaat.....	4
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	6
A. Kehamilan	6
B. Persalinan	25
C. Nifas	36
D. Bayi Baru Lahir	69
E. Keluarga Berencana	78
F. Standar Asuhan Kebidanan dan Dasar Hukum Wewenang Bidan	87
G. Manajemen Kebidanan.....	91
H. Kerangka Berpikir	94
I. Kerangka Konsep	95
BAB III METODE LAPORAN KASUS.....	96
A. Jenis Laporan Kasus	96
B. Tempat dan Waktu	96
C. Subjek Laporan Kasus.....	96
D. Teknik Pengumpulan.....	96
E. Alat dan Bahan	96

BAB IV TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN	97
A. Gambaran Lokasi Studi Kasus	97
B. Tinjauan Kasus	97
C. Interpretasi Data	102
D. Masalah Diagnosa Potensial.....	103
E. Kebutuhan Tindakan Segera	103
F. Perencanaan.....	103
G. Pelaksanaan	104
H. Evaluasi	105
I. Pembahasan.....	118
BAB V PENUTUP.....	122
A. Kesimpulan.....	122
B. Saran.....	122
DAFTAR PUSTAKA	124

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Asuhan kebidanan komprehensif merupakan asuhan menyeluruh manajemen kebidanan mulai dari ibu hamil, bersalin, sampai bayi baru lahir sehingga persalinan dapat berlangsung aman dan bayi yang dilahirkan selamat dan sehat sampai masa nifas (Lapau, 2015). Kehamilan, persalinan, nifas dan bayi baru lahir merupakan suatu keadaan yang fisiologis namun dalam prosesnya terdapat kemungkinan suatu keadaan yang dapat mengancam jiwa ibu dan bayi bahkan dapat menyebabkan kematian (Damayanti dkk, 2014).

Asuhan Kebidanan Continuity of Care (COC) merupakan asuhan kebidanan berkesinambungan yang diberikan kepada ibu dan bayi dimulai pada saat kehamilan, persalinan, bayi baru lahir, nifas dan keluarga berencana, dengan adanya asuhan COC maka perkembangan kondisi ibu setiap saat akan terpantau dengan baik, selain itu asuhan berkelanjutan yang dilakukan bidan dapat membuat ibu lebih percaya dan terbuka karena sudah mengenal pemberiasuhan. Asuhan kebidanan secara COC adalah salah satu upaya untuk menurunkan Angka kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB) (Diana, 2017)

Angka Kematian Ibu (AKI) merupakan salah satu indikator keberhasilan layanan suatu negara. Setiap hari, sekitar 830 wanita meninggal karena sebab yang dapat dicegah terkait dengan kehamilan dan persalinan. 99% dari semua kematian ibu terjadi di negara berkembang. Sekitar 830 wanita meninggal karena komplikasi kehamilan atau persalinan di seluruh dunia setiap hari. Komplikasi 11 yang menyebabkan kematian ibu yaitu perdarahan hebat setelah melahirkan, infeksi, tekanan darah tinggi selama kehamilan (pre-eklampsia dan eklampsia), komplikasi dari persalinan, dan aborsi yang tidak aman (WHO, 2019).

Berdasarkan data World Health Organization (WHO) pada tahun 2019, Angka Kematian Ibu (AKI) masih tinggi sekitar 295.000 wanita meninggal

selama dan setelah kehamilan dan persalinan. Sebagian besar dari kematian ini (94%) terjadi dirangkaian daya rendah dan sebagian besar dapat di cegah (WHO, 2019).

Angka Kematian Ibu di Indonesia dari data Profil Indonesia Tahun 2021 Jumlah kematian ibu yang dihimpun dari pencatatan program kesehatan keluarga di Kementerian Kesehatan meningkat setiap tahun. Pada tahun 2021 menunjukkan 7.389 kematian di Indonesia. Jumlah ini menunjukkan peningkatan dibandingkan tahun 2020 sebesar 4.627 kematian. Berdasarkan penyebab, sebagian besar kematian ibu pada tahun 2021 terkait COVID-19 sebanyak 2.982 kasus, perdarahan sebanyak 1.330 kasus, dan hipertensi dalam kehamilan sebanyak 1.077 kasus (Profil Kesehatan Indonesia, 2021).

Tren kematian anak dari tahun ke tahun menunjukkan penurunan, data yang dilaporkan kepada Direktorat Gizi dan Kesehatan Ibu dan Anak menunjukkan jumlah kematian balita pada tahun 2021 sebanyak 27.566 kematian balita, menurun dibandingkan tahun 2020, yaitu sebanyak 28.158 kematian. Dari seluruh kematian balita, 73,1% diantaranya terjadi pada masa neonatal (20.154 kematian). Dari seluruh kematian neonatal yang dilaporkan, sebagian besar diantaranya (79,1%) terjadi pada usia 0-6 hari, sedangkan kematian pada usia 7-28 hari sebesar 20,9% (Profil Kesehatan Indonesia, 2021).

Di Provinsi Jawa tengah secara umum terjadi penurunan kematian ibu selama periode 2017- 2019 namun pada tahun 2020 ini terlihat mulai naik lagi dan tahun 2021 sudah mencapai 199 per 100.000 kelahiran hidup, Kabupaten/ Kota dengan jumlah kasus kematian ibu tertinggi adalah Kabupaten Brebes sebanyak 105 kasus, diikuti Grobogan 84 kasus, dan Klaten 45 kasus. Kabupaten/ Kota dengan kasus kematian ibu terendah adalah Kota Magelang dengan 2 kasus, diikuti Kota Tegal dengan 3 kasus, Sebesar 50,7 persen kematian maternal di Provinsi Jawa Tengah terjadi pada waktu nifas Sementara berdasarkan kelompok umur, kejadian kematian maternal terbanyak adalah pada usia 20-34 tahun yaitu sebesar 65,4 persen. Masih ditemukan sekitar 1,4 persen kematian ibu yang terjadi pada kelompok umur <20 tahun (Profil Kesehatan Provinsi Jawa Tengah, 2021).

AKN di Jawa Tengah tahun 2021 sebesar 5,9 per 1.000 kelahiran hidup. Perhatian terhadap upaya penurunan angka kematian neonatal (0-28 hari) menjadi penting karena kematian neonatal memberi kontribusi terhadap 74,3 persen kematian bayi di Provinsi Jawa Tengah. Tren angka kematian neonatal, bayi dan balita dari tahun ke tahun sudah menunjukkan penurunan, Kabupaten/ Kota dengan AKN tertinggi adalah Kota Magelang dan terendah adalah Kota Surakarta. Sebesar 42,9 persen kabupaten/ kota mempunyai AKN yang lebih rendah dibandingkan AKN tingkat provinsi, Sebagian besar kematian neonatal di Provinsi Jawa Tengah tahun 2021 disebabkan karena BBLR dan asfiksia (Profil Kesehatan Provinsi Jawa Tengah, 2021).

Untuk menurunkan AKI dan AKB maka diperlukan tenaga kesehatan yang mempunyai kewenangan dalam memberikan pelayanan kepada ibu dan anak salah satunya yaitu seorang bidan. Dimana bidan sebagai tenaga kesehatan yang harus kreatif dalam menjalankan kebijakan kebijakan yang dapat membantu dalam meningkatkan pelayanan kesehatan terutama bagi ibu dan anak sehingga mempunyai peran penting untuk membantu kesehatan di Indonesia terutama mampu dalam membantu menurunkan AKI dan AKB (Dinkes Jateng, 2017;h.10).

Selain itu mahasiswa juga melakukan asuhan berkelanjutan atau COC (continuity of care) yang merupakan konsep pembelajaran berbasis pasien dan mahasiswa dapat belajar langsung dari pasien. Selain itu, mahasiswa juga berpartisipasi aktif dalam pengalaman COC (continuity of care) sehingga mampu mengembangkan dan memberikan perawatan berpusat pada wanita. Agar mencapai COC (continuity of care) yang benar mahasiswa diminta untuk menyediakan sejumlah perawatan di bidang kebidanan, yang melibatkan pasien yang berbeda selama masa antenatal care, intranatal care, dan pasca kelahiran (Yanti dkk, 2015).

Pada Pelaksanaan Continuity Of Care dilaksanakan di Klinik Istika. Klinik Istika ini menerima pemeriksaan kehamilan, persalinan, nifas, Bayi Baru Lahir, KB dan Pengobatan Umum lainnya. Pada Pelaksanaan tindakan kehamilan persalinan nifas, BBL dilakukan dirumah untuk kunjungan

selanjutnya bidan melakukan kunjungan rumah untuk memberikan pelayanan yang optimal sesuai standart kunjungan setelah bersalin. Dari Standart alat APN di BPM hermayanti sudah terpenuhi dengan baik.

Berdasarkan latar belakang diatas penulis tertarik untuk melakukan asuhan kebidanan komprehensif pada Ny F selama masa kehamilan, persalinan, nifas, bayi baru lahir (BBL), dan Keluarga berencana dan melakukan pendokumentasian di BPM Minarti, S.Tr.Keb

B. Rumusan Masalah

“Bagaimana penerapan asuhan kebidanan komprehensif pada Ny. F pada masa kehamilan, persalinan, Nifas, BBL dan KB di BPM Minarti, S.Tr.Keb Pringapus Tahun 2023?”

C. Tujuan

1. Tujuan Umum

Memberikan asuhan kebidanan secara *continuity of care* (berkesinambungan) pada Ny. F Umur 31 Tahun G2P1A0 pada masa kehamilan, persalinan, Nifas, BBL dan KB

2. Tujuan Khusus

- a. Melakukan Asuhan Kebidanan Pada Ibu Hamil
- b. Melakukan Asuhan Kebidanan Pada Ibu Bersalin
- c. Melakukan Asuhan Kebidanan Pada Ibu Nifas
- d. Melakukan Asuhan Kebidanan Pada BBL
- e. Melakukan Asuhan Kebidanan Pada KB

D. Manfaat

1. Bagi Pasien

Pasien mendapatkan asuhan kebidanan komprehensif yang sesuai dengan standar pelayanan kebidanan dan menambah pengetahuan mengenai kehamilan, persalinan, Nifas dan BBL, Pasien dapat mendeteksi lebih dini masalah yang terjadi selama Kehamilan, Bersalin, Nifas, bbl dan BerKB

2. Bagi Penulis

Untuk menambah wawasan, kompetensi diri dan mempraktikkan teori yang di dapat secara langsung di lapangan dalam memberikan asuhan kebidanan komprehensif pada ibu hamil, bersalin, Nifas dan BBL.

3. Bagi Pendidikan

Dapat menambah referensi kepustakaan, sumber bacaan dan bahan pelajaran terutama yang berkaitan dengan asuhan kebidanan komprehensif pada ibu hamil, bersalin, nifas dan BBL.

4. Bagi Bidan Praktik Klinik

Sebagai bahan masukan agar dapat mempertahankan dan meningkatkan mutu pelayanan kebidanan secara komprehensif terutama pada ibu hamil, bersalin, Nifas dan BBL

BAB II

TINJUAN PUSTAKA

A. Konsep Kehamilan

1. Pengertian Kehamilan

Kehamilan Proses kehamilan merupakan mata rantai yang bersinambung dan terdiri dari : ovulasi, migrasi spermatozoa dan ovum, konsepsi dan pertumbuhan zigot, nidasi (implantasi) pada uterus, pembentukan plasenta dan tumbuh kembang hasil konsepsi sampai aterm. (Manuaba, 2010) Masa kehamilan dimulai dari konsepsi sampai lahirnya janin. Lamanya hamil normal adalah 280 hari (40 minggu atau 9 bulan 7 hari) dihitung dari hari pertama haid terakhir (Prawirohardjo,2011)

Kehamilan merupakan proses yang alamiah perubahan-perubahan yang terjadi pada wanita selama kehamilan normal adalah bersifat fisiologis. Oleh karena itu, asuhan yang diberikan adalah asuhan yang meminimalkan intervensi. Bidan harus memfasilitasi proses alamiah dari kehamilan dan menghindari tindakan-tindakan yang bersifat medis yang tidak terbukti manfaatnya.(Dartiwen dan Nurhayati, 2019)

Hari pertama haid terakhir ibu guna menentukan usia kehamilan dan memperkirakan tanggal kelahiran. rumus sederhana menentukan tanggal kelahiran yaitu tanggal ditambah 7, sedangkan bulan ditambah 3 (dihitung dari hari pertama haid terakhir). (Atiqoh, 2020)

2. Klasifikasi kehamilan

a. Kehamilan diklasifikasikan dalam 3 trimester menurut Sarwono, 2011.

- 1) Trimester kesatu, dimulai dari konsepsi sampai 3 bulan (0- 12 minggu).
- 2) Trimester kedua dari bulan keempat sampai 6 bulan (13-27 minggu).
- 3) Trimester ketiga dari bulan ketujuh sampai 9 bulan (28-40 minggu).

Menurut Muslihatun (2011) usia kehamilan (usia gestasi) adalah masa sejak terjadinya konsepsi sampai dengan saat kelahiran, dihitung dari hari pertama haid terakhir (mesntrual age of pregnancy). Kehamilan

cukup bulan (term/ aterm adalah usia kehamilan 37 – 42 minggu (259 – 294 hari) lengkap. Kehamilan kurang bulan (preterm) adalah masa gestasi kurang dari 37 minggu (259 hari). Dan kehamilan lewat waktu (postterm) adalah masa gestasi lebih dari 42 minggu 16 (294 hari).

- b. Standart minimal Kunjungan Kehamilan Sebaiknya ibu memperoleh sedikitnya 4 kali kunjungan selama kehamilan , yang terdistribusi dalam 3 trimester, yaitu sbb:
- 1) 1 kali pada trimester I
 - 2) 1 kali pada trimester II
 - 3) 2 kali pada trimester III

3. Proses Kehamilan

a. Fertilisasi

Yaitu bertemunya sel telur dan sel sperma. Tempat bertemunya ovum dan sperma paling sering adalah didaerah ampulla tuba. Sebelum keduanya bertemu, maka akan terjadi 3 fase yaitu:

- 1) Tahap penembusan korona radiata Dari 200 – 300 juta hanya 300 – 500 yang sampai di tuba fallopi yang bisa menembus korona radiata karena sudah mengalami proses kapasitasasi.
- 2) Penembusan zona pellusida Spermatozoa lain ternyata bisa menempel dizona pellusida, tetapi hanya satu terlihat mampu menembus oosit.
- 3) Tahap penyatuan oosit dan membran sel sperma Setelah menyatu maka akan dihasilkan zigot yang mempunyai kromosom diploid (44 autosom dan 2 gonosom) dan terbentuk jenis kelamin baru (XX untuk wanita dan XY untuk laki - laki)

b. Pembelahan

Setelah itu zigot akan membelah menjadi tingkat 2 sel (30 jam), 4 sel , 8 sel, sampai dengan 16 sel disebut blastomer (3 hari) dan membentuk sebuah gumpalan bersusun longgar. Setelah 3 hari sel – sel tersebut akan membelah membentuk morula (4 hari). Saat morula masuk rongga rahim, cairan mulai 17 menembus zona pellusida masuk kedalam ruang antar sel yang ada di massa sel dalam. Berangsur – angsur ruang

antar sel menyatu dan akhirnya terbentuklah sebuah rongga/blastokel sehingga disebut blastokista (4 – 5 hari). Sel bagian dalam disebut embrioblas dan sel diluar disebut trofoblas. Zona pellusida akhirnya menghilang sehingga trofoblast bisa masuk endometrium dan siap berimplantasi (5 – 6 hari) dalam bentuk blastokista tingkat lanjut.

c. Nidasi / implantasi

Yaitu penanaman sel telur yang sudah dibuahi (pada stadium blastokista) kedalam dinding uterus pada awal kehamilan. Biasanya terjadi pada pars superior korpus uteri bagian anterior/posterior. Pada saat implantasi selaput lendir rahim sedang berada pada fase sekretorik (2 – 3 hari setelah ovulasi). Pada saat ini, kelenjar rahim dan pembuluh nadi menjadi berkelok – kelok. Jaringan ini mengandung banyak cairan (Marjati,dkk.2010)

4. Pertumbuhan dan Perkembangan Embrio

a. Masa pre embrionic Berlangsung selama 2 minggu sesudah terjadinya fertilisasi terjadi proses pembelahan sampai dengan nidasi. Kemudian bagian inner cell mass akan membentuk 3 lapisan utama yaitu ekstoderm, endoderm serta mesoderm.

1) Masa embrionic

Berlangsung sejak 2 – 6 minggu sistem utama didalam tubuh telah ada didalam bentuk rudimenter. Jantung menonjol dari tubuh dan mulai berdenyut. Seringkali disebut masa organogenesis/ masa pembentukan organ.

2) Masa fetal

Berlangsung setelah 2 minggu ke-8 sampai dengan bayi lahir Minggu ke 12 : Panjang tubuh kira – kira 9 cm, berat 14 gram, sirkulasi tubuh berfungsi secara penuh, tractus renalis mulsi berfungsi, terdapat refleks menghisap dan menelan, genitalia tampak dan dapat ditentukan jenis kelaminnya.

- a) Minggu ke 16 : Panjang badan 16 cm, berat 10 gram, kulit sangat transparan sehingga vaso darah terlihat, deposit lemak subkutan lemak terjadi rambut mulai tumbuh pada tubuh.
- b) Minggu ke 20 : Kepala sekarang tegak dan merupakan separuh PB, wajah nyata, telinga pada tempatnya, kelopak mata, lais dan kuku tumbuh sempurna. Skeleton terlihat pada pemeriksaan sinar X kelenjar minyak telah aktif dan verniks kaseosa akan melapisi tubuh fetus, gerakan janin dapat ibu setelah kehamilan minggu ke 18, traktus renalis mulai berfungsi dan sebanyak 7 – 17 ml urine dikeluarkan setiap 24 jam.
- c) Minggu ke 24 : Kulit sangat keriput, lanugo menjadi lebih gelap dengan vernix kaseosa meningkat. Fetus akan menyepak dalam merespon rangsangan.
- d) Minggu ke 28 : Mata terbuka, alis dan bulu mata telah berkembang dengan baik, rambut menutupi kepala, lebih banyak deposit lemak subkutan menyebabkan kerutan kulit berkurang, testis turun ke skrotum.
- e) Minggu ke 32 : Lanugo mulai berkurang, tubuh mulai lebih membulat karena lemak disimpan disana, testis terus turun.
- f) Minggu ke 36 : Lanugo sebagian besar terkelupas, tetapi kulit masih tertutup verniks kaseosa, testis fetus laki – laki terdapat didalam skrotum pada minggu ke 36 ovarium perempuan masih berada di sekitar batas pelvis, kuku jari tangan dan kaki sampai mencapai ujung jari, umbilikus sekarang terlihat lebih dipusat abdomen.
- g) Minggu ke 40 : Osifikasi tulang tengkorak masih belum sempurna, tetapi keadaan ini merupakan keuntungan dan memudahkan fetus melalui jalan lahir. Sekarang terdapat cukup jaringan lemak subkutan dan fetus mendapatkan tambahan BB hampir 1 kg pada minggu tersebut (Marjati,dkk, 2010)

5. Tanda dan Gejala Kehamilan

a. Tanda presumtif kehamilan

- 1) Amenore (terlambat datang bulan) Konsepsi dan nidasi menyebabkan tidak terjadinya pembentukan folikel de Graff dan ovulasi di ovarium. Gejala ini sangat penting karena umumnya wanita hamil tidak dapat haid lagi selama kehamilan, dan perlu diketahui hari pertama haid terakhir untuk menentukan tuanya kehamilan dan tafsiran persalinan.
- 2) Mual muntah Umumnya terjadi pada kehamilan muda dan sering terjadi pada pagi hari. Progesteron dan estrogen mempengaruhi pengeluaran asam lambung yang berlebihan sehingga menimbulkan mual muntah.
- 3) Ngidam Menginginkan makanan/minuman tertentu, sering terjadi pada bulan-bulan pertama kehamilan tetapi menghilang seiring tuanya kehamilan.
- 4) Sinkope atau pingsan, Terjadi sirkulasi ke daerah kepala (sentral) menyebabkan iskemia susunan saraf dan menimbulkan sinkope/pingsan dan akan menghilang setelah umur kehamilan lebih dari 16 minggu.
- 5) Payudara tegang
Pengaruh estrogen, progesteron, dan somatomotropin menimbulkan deposit lemak, air, dan garam pada payudara menyebabkan rasa sakit terutama pada kehamilan pertama.
- 6) Anoreksia nervosa
Pada bulan-bulan pertama terjadi anoreksia (tidak nafsu makan), tapi setelah itu nafsu makan muncul lagi.
- 7) Sering kencing
Hal ini sering terjadi karena kandung kencing pada bulan-bulan pertama kehamilan tertekan oleh uterus yang mulai membesar. Pada triwulan kedua umumnya keluhan ini hilang karena uterus yang membesar keluar rongga panggul.

8) Konstipasi/obstipasi

Hal ini terjadi karena tonus otot menurun disebabkan oleh pengaruh hormone estrogen.

9) Epulis

Hipertrofi gusi disebut epulis dapat terjadi pada kehamilan.

10) Pigmentasi

Terjadi pada kehamilan 12 minggu keatas

a) Pipi : Cloasma gravidarum

b) Keluarnya melanophore stimulating hormone hipofisis anterior menyebabkan pigmentasi yang berlebihan pada kulit.

c) Perut : Striae livide - Striae albican

d) Linea alba makin menghitam

e) Payudara : hipepigmentasi areola mammae

f) Varises atau penampakan pembuluh vena Karena pengaruh estrogen dan progesteron terjadi penampakan pembuluh darah vena. Terutama bagi mereka yang mempunyai bakat. Penampakan pembuluh darah itu terjadi disekitar genitalia eksterna, kaki dan betis erta payudara.

b. Tanda Kemungkinan (Probability Sign)

1) Pembesaran Perut Terjadi akibat pembesaran uterus. Hal ini terjadi pada bulan keempat kehamilan.

a) Tanda Hegar Tanda Hegar adalah pelunakan dan dapat ditekannya isthmus uterus.

b) Tanda Goodel Pelunakan serviks

c) Tanda Chadwicks Perubahan warna menjadi keunguan pada vulva dan mukosa vagina termasuk juga porsio dan serviks.

d) Tanda Piskacek Pembesaran uterus yang tidak simetris. Terjadi karena ovum berimplantasi pada daerah dekat dengan kornu sehingga daerah tersebut berkembang lebih dulu.

e) Kontraksi Braxton Hicks Peregangan sel – sel otot uterus, akibat meningkatnya actomycin didalam otot uterus. Kontraksi ini tidak

beritmik, sporadis, tidak nyeri, biasanya timbul pada kehamilan 8 minggu.

- f) Teraba Ballotement Ketukan yang mendadak pada uterus menyebabkan janin bergerak dalam cairan ketuban yang dapat dirasakan oleh tangan pemeriksa.
- g) Pemeriksaan tes biologi kehamilan (planotest) positif Pemeriksaan ini adaah untuk mendeteksi adanya hCG yang diproduksi oleh sinsitotrofoblas sel selama kehamilan. Hormon ini disekresi diperedaran darah ibu (pada plasma darah), dan diekskresi pada urine ibu.

c. Tanda Pasti (Positive Sign)

- 1) Gerakan janin Dalam rahim Gerakan janin ini harus dapat diraba dengan jelas oleh pemeriksa. Gerakan ini baru dapat dirasakan pada usia kehamilan sekitar 20 minggu.
- 2) Denyut jantung janin Dapat didengar pada usia 12 minggu dengan menggunakan alat fetal electrocardiograf (misalnya doppler).
- 3) Bagian bagian janin Bagian besar janin (kepala dan bokong) serta bagian kecil janin (lengan dan kaki) dapat diraba dengan jelas pada usia kehamilan lebih tua (trimester akhir)
- 4) Kerangka janin Kerangka janin dapat dilihat dengan foto rontgen maupun USG (Marjati dkk, 2010)

6. Tanda Bahaya Kehamilan

Menurut kementerian kesehatan (2013) 6 masalah ini bisa menyebabkan keguguran atau kelahiran dini(prematur) yang membahayakan ibu dan bayi yaitu:

- a. Perdarahan Pada Hamil Muda Maupun Hamil Tua
- b. Bengkak Dikaki, Tangan Atau Wajah Disertai Sakit Kepala Atau Kejang.
- c. Demam Atau Panas Tinggi
- d. Air ketuban keluar sebelum waktunya
- d. Bayi Dikandung Gerakannya Berkurang Atau Tidak Bergerak
- e. Muntah terus (tidak mau makan)

7. Antenatal Care (ANC)

ANC adalah upaya preventif program pelayanan kesehatan obstetric untuk optimalisasi luaran maternal dan neonatal melalui serangkaian kegiatan pemantauan rutin selama kehamilan. (Prawirohardjo, 2010).

a. Tujuan ANC

- 1) Memonitor kemajuan kehamilan guna memastikan kesehatan ibu dan perkembangan bayi yang normal
- 2) Mengenali secara dini penyimpangan dari normal dan memberikan penatalaksanaan yang di perlukan
- 3) Membina hubungan saling percaya antara ibu dan bidan dalam rangka mempersiapkan ibu dan keluarga secara fisik, emosional, dan logis untuk menghadapi kelahiran serta serta kemungkinan adanya komplikasi.(Rismalinda, 2015)

b. Kebijakan Program Asuhan ANC

Menurut teori (Rismalinda,2015), ditinjau dari tuanya kehamilan, kehamilan dibagi dalam 3 bagian, yaitu:

- 1) Kehamilan triwulan pertama (antara 0 – 14 minggu)
- 2) Kehamilan triwulan kedua (antara 14 – 28 minggu)
- 3) Kehamilan triwulan ketiga (antara 28 – 40 minggu)

c. Standar Pelayanan Minimal Antenatal

Pelayanan antenatal sesuai standar adalah pelayanan yang diberikan ibu hamil minimal 4 kali selama kehamilan dengan jadwal satu kali pada trimester pertama, satu kali pada trimester kedua dan dua kali pada trimester ketiga yang dilakukan oleh bidan atau dokter spesialis kebidanan baik yang bekerja di fasilitas pelayanan kesehatan pemerintah maupun swasta yang memiliki Surat Tanda Registrasi (STR).

Pemeriksaan Antenatal Care terbaru sesuai dengan standar pelayanan yaitu minimal 6 kali pemeriksaan selama kehamilan,dan minimal 2 kali pemeriksaan oleh dokter pada trimester I dan III. 2 kali pada trimester pertama (kehamilan hingga 12 minggu), 1 kali pada trimester kedua (kehamilan diatas 12 minggu sampai 26 minggu), 3 kali

pada trimester ketiga (kehamilan diatas 24 minggu sampai 40 minggu)
(Buku KIA Terbaru Revisi tahun 2020).

d. Standar Asuhan Pelayanan Pemeriksaan Kehamilan / ANC.

Menurut Depkes RI (2014) Dalam melakukan pemeriksaan antenatal, tenaga kesehatan harus memberikan pelayanan yang berkualitas sesuai standar terdiri dari :

- 1) Timbang Berat Badan dan ukur tinggi badan Penimbangan berat badan pada setiap kali kunjungan antenatal dilakukan untuk mendeteksi adanya gangguan pertumbuhan janin. Penambahan berat badan yang kurang dari 9 kilogram selama kehamilan atau kurang dari 1 kilogram setiap bulannya menunjukkan adanya gangguan pertumbuhan janin. Pengukuran tinggi badan pada pertama kali kunjungan dilakukan untuk menapis adanya faktor risiko pada ibu hamil. Tinggi badan ibu hamil kurang dari 145 cm meningkatkan risiko untuk terjadinya CPD (Cephalo Pelvic Disproportion).
- 2) Ukur Tekanan Darah
Pengukuran tekanan darah pada setiap kali kunjungan antenatal dilakukan untuk mendeteksi adanya hipertensi (tekanan darah 140/90 mmHg pada kehamilan dan preeklampsia (hipertensi) disertai edema wajah dan atau tungkai bawah dan atau proteinuria).
- 3) Nilai Status Gizi (ukur lingkar lengan Atas/LILA)
LILA <23,5 cm, resiko KEK (kurang energi kronis)
- 4) Ukur Tinggi Fundus Uteri Pengukuran tinggi fundus pada setiap kali kunjungan antenatal dilakukan untuk mendeteksi pertumbuhan janin sesuai atau tidak sesuai dengan umur kehamilan, kemungkinan ada gangguan pertumbuhan janin. Standar pengukuran menggunakan pita ukur setelah kehamilan 24 minggu

Tabel 2.1 Ukuran tinggi Fundus Uteri

Usia kehamilan (Minggu)	Tinggi Fundus Uteri
12	3 jari diatas simfisis
16	Pertengahan Pusat-simfisis
20	3 jari dibawah pusat
24	Setinggi pusat
28	3 jari diatas pusat
32	Pertengahan pusat-prosesus xiphoideus (px)
36	1 jari dibawah prosesus xiphoideus (px)
40	3 jari di bawah prosesus xiphoideus

5) Beri Imunisasi Tetanus Toksoid (TT) Untuk mencegah terjadinya tetanus neonatorum, ibu hamil harus mendapat imunisasi TT. Pada saat kontak pertama., ibu hamil di skrining status imunisasi TT, Pemberian imunisasi TT pada ibu hamil , sesuai dengan status imunisasi saat ini.

Table 2.2 Jadwal Imunisasi Tetanus Toxoid

TT Ke	Interval	Lama Perlindungan
TT1	Pada kunjungan antenatal pertama	
TT2	4 Minggu setelah TT1	3 Tahun
TT3	6 bulan setelah TT2	5 tahun
TT4	1 Tahun setelah TT3	10 Tahun
TT5	1 Tahun setelah TT4	35 tahun atau seumur hidup

6) Beri Tablet Tambah Darah (Zat Besi)

Untuk mencegah anemia gizi besi, setiap ibu hamil harus mendapat tablet zat besi minimal 90 tablet selama kehamilan diberikan sejak kontak pertama.

7) Pemeriksaan Hb

Pemeriksaan Hb yang sederhana yakni dengan cara Talquist dan dengan cara Sahli. Pemeriksaan Hb dilakukan pada kunjungan ibu hamil pertama kali, lalu periksa lagi menjelang persalinan. Pemeriksaan Hb adalah salah satu upaya untuk mendeteksi Anemia pada ibu hamil. Menurut WHO kadar Hb terdiri dari :

- a) Normal : 11,5 gr%
- b) Anemia ringan : 9-11 gr%
- c) Anemia sedang : 7-8,9 gr% d. Anemia berat : < 7 gr%

8) Temu wicara / Konseling Komunikasi yang baik antara pasien dan tenaga kesehatan, sangat penting dibina dari sejak awal melalui temu wicara dapat ditemukan kesepakatan untuk melakukan rujukan apabila terjadi komplikasi-komplikasi pada saat kehamilan.

8. Perubahan Fisiologis Pada Ibu Hamil Trimester I, II dan III

a. Trimester 1 (satu)

1) Uterus

Selama kehamilan uterus akan beradaptasi untuk menerima hasil konsepsi sampai nanti persalinan. Pada usia kehamilan 12 minggu uterus berukuran kira-kira seperti buah jeruk besa

2) Serviks

Serviks merupakan organ yang kompleks dan heterogen yang mengalami perubahan yang luar biasa selama kehamilan dan persalinan. Satu bulan setelah konsepsi serviks akan menjadi lebih lunak dan menjadi kebiruan. Serviks bersifat seperti katub yang bertanggung jawab menjaga janin di dalam uterus sampai akhir kehamilan dan selama kehamilan. Selama kehamilan serviks tetap tertutup rapat, melindungi janin dari kontaminasi eksternal, dan menahan isi uterus. Panjang uterus tetap sama yaitu kurang lebih 2,5 cm selama kehamilan tetapi menjadi lebih lunak karna adanya peningkatan estrogen dan progesteron dan menjadi berwarna kebiruan dikarenakan peningkatan vaskularitas.

3) ovarium

Proses ovulasi selama kehamilan akan terhenti dan pematangan folikel baru juga ditunda. hanya satu korpus luteum yang dapat ditemukan di ovarium. Folikel ini akan berfungsi maksimal selama 6-7 minggu awal kehamilan dan setelah itu akan berperan sebagai

penghasil progesteron dalam jumlah yang relatif minimal (Prawirohardjo, 2010).

4) Vagina

Dinding vagina mengalami banyak perubahan yang merupakan persiapan untuk mengalami peregangan pada waktu persalinan dengan meningkatnya ketebalan mukosa, mengendorornya jaringan ikat dan hipertrofi sel otot polos. Peningkatan volume sekresi vagina juga terjadi, dimana sekresi akan berwarna keputihan, menebal dan PH antara 3,5-6 yang merupakan hasil dari peningkatan produksi asam laktat glikogen yang dihasilkan oleh epitel vagina sebagai aksi dari *Lactobacillus acidophilus* (Prawirohardjo, 2010).

5) Payudara

Pada awal kehamilan perempuan akan merasakan payudaranya menjadi lunak. Setelah bulan kedua payudara akan bertambah ukurannya dan vena-vena dibawah kulit akan lebih terlihat, Putih payudara akan lebih besar, kehitaman dan tegak, Setelah bulan pertama cairan kuning bernama kolostrum akan keluar. Kolostrum ini berasal dari kelenjar-kelenjar asinus yang mulai bersekresi.

Meskipun dapat dikeluarkan, air susu belum dapat diproduksi karena hormon prolaktin ditekan oleh prolaktin inhibiting hormone. Setelah persalinan kadar progesteron dan estrogen menurun sehingga pengaruh inhibisi progesterone terhadap α -laktalbumin akan hilang. Peningkatan prolaktin akan merangsang sintesis lactose dan pada akhirnya akan meningkatkan produksi air susu (Prawirohardjo, 2010)

b. Trimester II (Dua)

1) Uterus

Pada trimester ini uterus akan membesar sehingga uterus akan menyentuh dinding abdominal dan hampir menyentuh hati, mendorong usus ke samping dan ke atas. Pada trimester kedua ini kontraksi dapat di deteksi dengan pemeriksaan bimanual. (Rimalinda, 2015). Perubahan bentuk dan ukuran uterus :

- a) Pada kehamilan 16 minggu, tingginya rahim (uterus) setengah dari jarak simfisis dan pusat. Plasenta telah terbentuk seluruhnya.
- b) Pada kehamilan 20 minggu, fundus rahim terletak 3 jari dibawah pusat sedangkan pada umur 24 minggu tepat ditepi atas pusat.
- c) Pada kehamilan 28 minggu, tingginya fundus uteri sekitar 3 jari diatas pusat atau sepertiga antara pusat dan prosesus xifoideus. (Manuaba, 2010)

2) Vagina

Pada kehamilan trimester ke dua ini terjadinya peningkatan cairan vagina selama kehamilan adalah normal. Cairan biasanya jernih, pada saat ini biasanya agak kenyal dan mendekati persalinaan menjadi cair. Yang terpenting adalah tetap menjaga kebersihan. (Rismalinda, 2015).

3) Payudara

Pada trimester kedua ini, payudara akan semakin membesar dan mengeluarkan cairan yang kekuningan yang disebut dengan colostrum. Keluarnya kolostrum ini adalah makanan bayi pertama kali yang kaya akan protein, colostrum akan keluar bila puting di pencet. Aelora payudara makin hitam karena hiperpigmentasi

c. Trimester III

1) Uterus

Perubahan bentuk dan ukuran uterus :

- a) Pada kehamilan 32 minggu, tingginya setengah jarak prosesus xifoideus dan pusat.
- b) Pada kehamilan 36 minggu, tinggi fundus uteri sekitar 1 jari dibawah prosesus xifoideus. Kepala bayi belum masuk Pintu Atas Panggul (PAP).
- c) Pada kehamilan 40 minggu, fundus uteri turun setinggi 3 jari dibawah prosesus xifoideus, karena kepala janin sudah masuk Pintu Atas Panggul (PAP). (Manuaba, 2010)

2) Serviks

Pembukaan serviks merupakan mekanisme yang terjadi saat jaringan ikat serviks yang keras dan panjang secara progresif melunak dan memendek dari atas ke bawah. Serat otot yang melunak sejajar os serviks internal tertarik ke atas, masuk ke segmen bawah uterus dan berada di sekitar bagian presentasi janin dan air ketuban.

3) Vagina

Dinding vagina mengalami banyak perubahan yang merupakan persiapan untuk mengalami peregangan pada waktu persalinan dengan meningkatkan ketebalan mukosa. Peningkatan volume secret vagina juga terjadi, dimana sekresi akan berwarna keputihan menebal, dan PH antar 3,5-6 yang merupakan hasil dari peningkatan produksi asam laktat glukogen yang dihasilkan oleh epitel vagina sebagai aksi dari *Lactobacillus acidophilus*.

9. Perubahan Psikologi Pada Ibu Hamil Trimester I, II dan III

Menurut Romauli 2014 Adapun Perubahan Psikologi Yaitu :

a. Trimester I (periode penyesuaian)

Kadar hormon estrogen dan progesteron segera setelah konsepsi mengalami 33 peningkatan sehingga menyebabkan mual muntah pada pagi hari, lemas, lelah dan membesarnya payudara. Hal ini menyebabkan ibu merasa tidak sehat dan terkadang membenci, kecewa, cemas, sedih dan menolak kehamilannya. Pada trimester pertama ini, ibu hamil selalu mencari tanda-tanda untuk meyakinkan bahwa dirinya sedang hamil

b. Trimester 2 (periode kesehatan yang baik)

Pada trimester ke 2 ini sudah tidak seperti trimester sebelumnya, ibu sudah merasa lebih sehat. Tubuh ibu sudah terbiasa dengan kadar hormon yang tinggi, rasa tidak nyaman dengan kehamilannya sudah berkurang dan menerima kehamilannya. Ibu merasa lebih stabil, dalam mengatur diri dan kondisi juga lebih baik dan menyenangkan, ibu mulai terbiasa dengan perubahan fisik yang terjadi pada dirinya.

c. Trimester 3 (periode penantian dengan penuh kewaspadaan)

Trimester 3 ini sering disebut periode menunggu dan waspada karena ibu tidak sabar menunggu kelahiran bayinya. Terkadang ibu khawatir dengan bayinya yang akan lahir sewaktu waktu. Keadaan ini menyebabkan ibu menjadi lebih waspada terjadinya tanda atau gejala terjadinya persalinan. Sering terjadi ibu yang khawatir dengan bayinya apabila lahir dengan keadaan tidak normal. Rasa tidak nyaman akibat kehamilan timbul kembali pada trimester ini, banyak ibu yang merasa dirinya aneh dan jelek. Disamping itu ibu juga merasaa sedih karena akan berpisah dengan bayinya dan kehilangan perhatian khusus yang diterimanya selama hamil

10. Ketidak Nyamanan Dan Penanganan Selama Kehamilan

a. Trimester pertama

1) Mual dan muntah

Diakibatkan karna meningkatnya kadar HCG, estrogen / progesterone. Penanganan : Hindari bau yang menyengat dan faktor penyebab, makan sedikit tapisering, hindari makanan yang berminyak dan berbumbu yang merangsang.

b. Keputihan

Hyperplasia mukosa vagina, meningkatnya produksi lendir dan kelenjar endocervikal sebagai akibat dan peningkatan kadar estrogen. Penanganan: menjaga kebersihan vulva, memakai pakaian dalam yang terbuat dari bahan katun, hindari pakaian dalam yang terbuat dari bahan nilon.

c. Trimester ke Dua

1) Kram kaki

Karna adanya tegang pada otot betis dan otot telapak kaki, diduga adanya ketidakseimbangan mineral di dalam tubuh ibu yang memicu gangguan pada system persyarafan otot-otot tubuh. Penanganan : lakukan senam hamil secara teratur karna senam hamil dapat memperlancar aliran darah dalam tubuh, meningkatkan

komsumsi makanan yang tinggi kandungan kalsium dan magnesium seperti sayuran serta susu.

2) Sembelit

Karna peningkatan kadar progesterone menyebabkan peristaltic usus menjadi lambat. Penyerapan air di dalam kolon meningkat karan efek samping dari penggunaan zat besi. Penanganan : tingkatkan intac cairan, serat di dalam menu makanan, istirahat yang cukup, senamhamil, membiasakan BAB secara teratur.

d. Trimester Ke Tiga

1) Sering buang air kecil

Adanya tekanan pada kandung kemih akibat semakinbesar ukuran janin. Penanganan : perbanyak minum pada pagi dan siang hari dan mengurai minum pada malam hari.

2) Sesak nafas

Karna semakin besar ukuran janin di dalam uterus sehingga menekan diafragma. Penanganan : lakukan senam hamil secara teratur (Marni, 2011).

11. Tanda bahaya dan komplikasi ibu dan janin pada kehamilan

a. Perdarahan pervaginam pada kehamilan muda Perdarahan pervaginam dalam kehamilan terbagi menjadi 2 yaitu sebelum 24 minggu dan setelah 24 minggu usia kehamilan.

1) Perdarahan sebelum 24 minggu disebabkan oleh :

a) *Implantation bleeding* : sedikit perdarahan saat trophoblast melekat pada endometrium. Bleeding terjadi saat implantasi 8 – 12 hari setelah fertilisasi

b) *Abortion* : 15% terjadi pada aborsi spontan sebelum 12 minggu usia kehamilan dan sering pada primigravida.

c) *Hydatidiform mola* : akibat dari degenerasi chorionic villi pada awal kehamilan. Embrio mati dan di reabsorpsi / mola terjadi di dekat fetus. Sering terjadi pada wanita perokok, mempunyai riwayat multipara.

- d) *Ectopic pregnancy* : ovum dan sperma yang berfertilisasi kemudian berimplantasi di luar dari uterine cavity, 95% berada di tuba, bisa juga berimplantasi di ovarium, abdominal cavity
- e) *Cervical lesion* : lesi pada serviks
- f) *Vaginitis* : infeksi pada vagina.

Perdarahan pada awal kehamilan yang abnormal bersifat merah segar, banyak dan adanya nyeri perut.

2) Perdarahan lebih dari 24 minggu :

Antepartum haemorrhage adalah komplikasi serius karena bisa menyebabkan kematian maternal dan bayi. ada 2 jenis yaitu :

a) *Plasenta previa* : akibat dari letak plasenta yang abnormal, biasanya plasenta ini terletak sebagian atau total plasenta terletak pada segmen bawah Rahim

b) *Solusio plasenta* : terlepasnya plasenta sebelum waktunya
Penanganan : Tanyakan pada ibu tentang karakteristik perdarahan, kapan mulai terjadi, seberapa banyak, warnanya, adakah gumpalan, rasa nyeri ketika perdarahan.

(1) Periksa tekanan darah ibu, suhu, nadi, dan denyut jantung janin.

(2) Lakukan pemeriksaan eksternal, rasakan apakah perut bagian bawah teraba lembut, kenyal ataupun keras.

(3) Jangan lakukan pemeriksaan dalam, apabila mungkin periksa dengan speculum.

3) Hipertensi

Gestional hipertensional adalah adanya tekanan darah 140/90 mmHg atau lebih atau peningkatan 20 mmHg pada tekanan diastolic setelah 20 minggu usia kehamilan dengan pemeriksaan minimal 2 kali setelah 24 jam pada wanita yang sebelumnya normotensive.

Apabila diikuti proteinuria dan oedema maka di katagorikan sebagai preeklamsi, bila di tambah adanya kejang maka di sebut eklamsi.

Penanganan:

- a) Tanyakan pada ibu mengenai tekanan darah sebelum dan selama kehamilan serta tanda-tanda preeklamsi.
 - b) Tanyakan tentang riwayat tekanan darah tinggi dan preeklamsi pada ibu dan keluarga.
 - c) Periksa dan monitor tekanan darah, protein urine, refleks dan oedema.
 - d) Anjurkan ibu untuk rutin ANC dan perispakan rujukan untuk persalinan.
- b. Nyeri perut bagian bawah

Nyeri perut bagian bawah perlu dicermati karena kemungkinan peningkatan kontraksi uterus dan mungkin mengarah pada adanya tanda-tanda ancaman keguguran. Nyeri yang membahayakan bersifat hebat, menetap, dan tidak hilang setelah ibu istirahat. Hal ini bisa berhubungan dengan appendicitis, kehamilan ektopik, aborsi, radang panggul, ISK.

Penanganan:

- 1) Tanyakan pada ibu mengenai karakteristik nyeri, kapan terjadi, seberapa hebat, kapan mulai dirasakan, apakah berkurang bila ibu istirahat.
 - 2) Tanyakan pada ibu mengenai tanda gejala lain yang mungkin menyertai misalnya muntah, mual, diare, dan demam.
 - 3) Lakukan pemeriksaan luar dan dalam, periksa adanya nyeri di bagian pinggang dalam.
 - 4) Lakukan pemeriksaan proteinuria
- c. Sakit kepala yang hebat

Sakit kepala dan pusing sering terjadi selama kehamilan, sakit kepala yang bersifat hebat dan terus menerus dan tidak hilang bila di bawa istirahat adalah sakit kepala yang abnormal. Bila ibu merasakan sakit kepala hebat di tambah dengan adanya pandangan kabur bisa jadi adalah gejala pre eklamsi.

Penanganan :

- 1) Tanyakan ibu jika ia mengalami odema pada muka / tangan
- 2) Lakukan pemeriksaan tekanan darah, adanya proteinuria, refleks dan oedema
- 3) Bengkak di wajah dan tangan

Bengkak yang muncul pada sore hari dan biasanya hilang bila istirahat dengan kaki ditinggikan adalah hal yang normal pada ibu hamil. Bengkak merupakan masalah yang serius apabila muncul pada muka dan tangan, tidak hilang setelah beristirahat, dan di sertai dengan keluhan fisik lainnya. Hal tersebut mungkin merupakan tanda-tanda adanya anemia, gagal jantung, ataupun preeklamsi.

Penanganan:

- 1) Tanyakan pada ibu apakah mengalami sakit kepala
- 2) Periksa pembengkakan terjadi di mana, kapan hilang, dan karakteristik
- 3) Ukur tekanan darah
- 4) Lakukan pemeriksaan hemoglobin, lihat warna konjungtiva ibu, telapak tangan

d. Gerakan Janin Tidak Terasa

Secara normal ibu merasakan adanya gerakan janin pada bulan ke 5 atau ke 6 usia kehamilan, namun ada beberapa ibu yang merasakan gerakan janin lebih awal.

Jika janin tidur gerakan janin menjadi lemah. Gerakan janin dapat ibu rasakan pada saat ibu istirahat, makan, dan berbaring. Biasanya janin bergerak paling sedikit 3 kali dalam 3 jam (Rismalinda, 2015).

Penanganan:

- 1) Tanyakan ibu kapan merasakan gerakan janin terakhir kali
- 2) Dengarkan denyut jantung janin menggunakan dopler
- 3) Rujuk agar mendapatkan pemeriksaan ultrasound

B. Persalinan

1. Penertian Persalinan

Persalinan adalah serangkaian kejadian yang berakhir dengan pengeluaran bayi cukup bulan atau hampir cukup bulan, disusul dengan pengeluaran plasenta dan selaput janin dari tubuh ibu (Diana, 2019). Persalinan merupakan proses membuka dan menipisnya serviks sehingga janin dapat turun ke jalan lahir. Persalinan dan kelahiran normal merupakan proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu) dengan adanya kontraksi rahim pada ibu. Prosedur secara ilmiah lahirnya bayi dan plasenta dari rahim melalui proses yang dimulai dengan terdapat kontraksi uterus yang menimbulkan terjadinya dilatasi serviks atau pelebaran mulut rahim (Irawati, Muliani, & Arsyad, 2019).

Persalinan adalah suatu kejadian yang berakhir dengan pengeluaran bayi yang cukup bulan atau hampir cukup bulan yang kemudian, disusul dengan pengeluaran placenta dan selaput janin. Dalam proses persalinan dapat terjadi perubahan-perubahan fisik yaitu, ibu akan merasa sakit pinggang dan perut bahkan sering mendapatkan kesulitan dalam bernafas dan perubahan-perubahan psikis yaitu merasa takut kalau apabila terjadi bahaya atas dirinya pada saat persalinan, takut yang dihubungkan dengan pengalaman yang sudah lalu misalnya mengalami kesulitan pada persalinan yang lalu (Rinata, 2018).

2. Fisiologi Persalinan

Perubahan fisiologis dan psikologis selama persalinan bersifat dramatis dan sering dianggap ringan. Waktu dan intensitas perubahan bervariasi antar berbagai sistem, tetapi semuanya dirancang guna memberi kesempatan kepada ibu untuk merawat janinnya dan mempersiapkan proses persalinannya. Sebagian besar wanita menganggap bahwa persalinan adalah peristiwa kodrati yang harus dilalui tetapi ada juga yang menganggap sebagai peristiwa khusus yang sangat menentukan kehidupan selanjutnya. Perubahan fisiologis ini nantinya akan mempengaruhi jalannya persalinan (Fitriana, 2018).

3. Tujuan Asuhan Persalinan Normal

Tujuan persalinan normal adalah menjaga kelangsungan hidup dan memberikan derajat kesehatan yang tinggi bagi ibu dan bayinya, melalui upaya yang terintegrasi dan lengkap, tetapi dengan intervensi yang seminimal mungkin agar prinsip keamanan dan kualitas pelayanan dapat terjaga pada tingkat yang diinginkan (optimal). Melalui pendekatan ini maka setiap 40 intervensi yang diaplikasikan dalam Asuhan Persalinan Normal (APN) harus mempunyai alasan dan bukti ilmiah yang kuat tentang manfaat intervensi tersebut bagi kemajuan dan keberhasilan proses persalinan (JNPK-KR, 2017).

4. Etiologi Persalinan

Ada beberapa teori yang menjelaskan tentang sebab terjadinya persalinan adalah :

a. Penurunan kadar Estrogen dan Progesteron Hormon progesterone

Menimbulkan relaksasi otot-otot rahim, sebaliknya hormon estrogen meninggikan kerentanan otot-otot rahim. Selama kehamilan terdapat keseimbangan antara kadar progesteron dan estrogen di dalam darah, tetapi pada akhir kehamilan kadar progesteron menurun sehingga timbul his.

b. Teori oksitosin

Menjelang persalinan, terjadi peningkatan reseptor oksitosin dan otot Rahim, sehingga mudah terangsang saat disuntikkan oksitosin dan menimbulkan kontraksi. Diduga bahwa oksitosin dapat meningkatkan pembentukan prostaglandin dan persalinan dapat berlangsung terus.

c. Teori ketegangan otot Rahim

Keadaan otot uterus yang terus membesar dan menjadi tegang mengakibatkan iskemia otot-otot uterus. Hal ini merupakan faktor yang dapat mengganggu sirkulasi uteroplasenter sehingga plasenta mengalami degenerasi. Otot Rahim mempunyai kemampuan meregang sampai batas tertentu. Apabila batas tersebut sudah terlewati, maka akan terjadi kontraksi sehingga persalinan dapat dimulai.

d. Teori prostaglandin

Prostaglandin sangat meningkatkan cairan amnion dan desidua dari minggu ke-15 hingga aterm, dan kadarnya meningkat hingga kewaktu partus. Diperkirakan terjadinya penurunan progesterone dapat memicu interleikin-1 untuk dapat melakukan “hidrolisis gliserofosfolipid”, sehingga terjadi pelepasan dari asam arakidonat menjadi prostaglandin, PGE2 dan PGF2 alfa. Terbukti pula bahwa saat memulainya persalinan, terdapat penimbunan dalam jumlah besar asam arakidonat dan prostaglandin dalam cairan amnion. Disamping itu, terjadi pembentukan prostasiklin dalam myometrium, desidua, dan korion leave. Prostaglandin dalam melunakan serviks dan merangsang kontraksi bila diberikan dalam bentuk infus, per os, atau secara intravaginal.

e. Teori janin

Terdapat hubungan hipofisis dan kelenjar suprarenal yang menghasilkan sinyal kemudian diarahkan kepada maternal sebagai tanda bahwa janin telah siap lahir namun mekanisme ini belum diketahui secara pasti.

f. Teori berkurangnya nutrisi

Teori berkurangnya nutrisi pada janin diungkapkan oleh Hippocrates untuk pertama kalinya. Hasil konsepsi akan segera dikeluarkan bila nutrisi telah berkurang.

g. Teori plasenta menjadi tua

Plasenta yang semakin tua seiring dengan bertambahnya usia kehamilan akan menyebabkan turunya kadar esterogen sehingga timbulnya kontraksi Rahim (Yulizawati et al., 2018).

5. Tanda Mulainya Persalinan.

Tanda – tanda bahwa persalinan sudah dekat yaitu :

a. Tanda persalinan sudah dekat

1) Lightening Menjelang minggu ke-36 pada primigravida, terjadi penurunan fundus uterus karena kepala bayi sudah masuk ke dalam panggul. Penyebab dari proses ini adalah sebagai berikut :

1. Kontraksi Braxton Hicks
2. Ketegangan dinding perut
3. Ketegangan ligamentum rotundum
4. Gaya berat janin, kepala kearah bawah uterus Masuknya kepala janin kedalam panggul dapat dirasakan oleh wanita hamil dengan tanda-tanda sebagai berikut:

(1)Terasa ringan dibagian atas dan rasa sesak berkurang

(2)Dibagian bawah terasa penuh dan mengganjal

(3)Kesulitan saat berjalan

(4)Sering berkemih Gambaran lightening pada primigravida menunjukkan hubungan normal antara ketiga P, yaitu: power (his); passage (jalan lahir); dan passenger (bayi dan plasenta). Pada multipara gambarannya menjadi tidak sejelas pada primigravida, karena masuknya kepala janin kedalam panggul terjadi bersamaan dengan proses persalinan.

b. Terjadinya his permulaan

Pada saat hamil muda sering terjadi kontraksi Braxton Hicks yang kadang dirasakan sebagai keluhan karena rasa sakit yang ditimbulkan. Biasanya pasien mengeluh adanya rasa sakit di pinggang dan terasa sangat mengganggu, terutama pada pasien dengan ambang rasa sakit yang rendah. Adanya perubahan kadar hemoglobin esterogen dan progesterone menyebabkan oksitosin semakin meningkat dan dapat menjalankan fungsinya dengan efektif untuk menimbulkan kontraksi atau his permulaan. His permulaan ini sering diistilahkan sebagai his palsu dengan ciri-ciri sebagai berikut:

- 1) Rasa nyeri ringan di bagian bawah
- 2) Datang tidak teratur

- 3) Tidak ada perubahan pada serviks atau tidak ada tandatanda kemajuan persalinan
 - 4) Durasi pendek
 - 5) Tidak bertambah bila beraktivitas
- c. Tanda masuk dalam persalinan Terjadinya his persalinan. Karakter dari his persalinan:
- 1) Pinggang terasa sakit menjalar kedepan
 - 2) Sifat his teratur, interval makin pendek, dan kekuatan makin besar
 - 3) Terjadi perubahan pada serviks
 - 4) Jika pasien menambah aktivitasnya, misalnya dengan berjalan, maka kekuatannya bertambah.
- d. Pengeluaran lendir dan darah (penanda persalinan) Dengan adanya his persalinan, terjadi perubahan pada serviks yang menimbulkan.
- 1) Pendataran dan pembukaan
 - 2) Pembukaan menyebabkan selaput lendir yang terdapat pada kenalis servikalis terlepas
 - 3) Terjadi perdarahan karena kapiler pembuluh darah pecah
- e. Pengeluaran cairan
- Sebagian pasien mengeluarkan air ketuban akibat pecahnya selaput ketuban. Jika ketuban sudah pecah, maka ditargetkan persalinan dapat berlangsung dalam 24 jam. Namun jika ternyata tidak tercapai, maka persalinan akhirnya diakhiri dengan tindakan tertentu, misalnya ekstraksi vakum, atau section caesaria. (Kurniarum, 2016)
6. Faktor yang Mempengaruhi Proses Persalinan
- Menurut Kuswanti dan Melina (2014) faktor yang mempengaruhi proses persalinan yaitu :
- a. Power (kekuatan/tenaga)

Kekuatan yang mendorong janin saat persalinan adalah his, kontraksi otot-otot perut, kontraksi diafragma dan aksi dari ligament.
 - b. His (Kontraksi Uterus)

His adalah kontraksi otot - otot rahim pada persalinan. Sifat his yang baik dan sempurna yaitu : Kontraksi yang simetris, fundus dominan, yaitu kekuatan paling tinggi berada di fundus uteri, kekuatan seperti meremas rahim, setelah adanya kontraksi, diikuti dengan adanya relaksasi, pada setiap his menyebabkan terjadinya perubahan pada serviks, yaitu menipis dan membuka. Pembagian dan sifat-sifat his :

- 1) His pendahuluan : His tidak kuat, tidak teratur dan menyebabkan bloody show.
- 2) His pembukaan : His pembukaan serviks sampai terjadi pembukaan 10 cm, mulai kuat, teratur dan terasa sakit atau nyeri.
- 3) 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.
- 4) His pelepasan uri (kala III) : Kontraksi sedang untuk melepaskan dan melahirkan plasenta.
- 5) His pengiring Kontraksi lemah, masih sedikit nyeri, pengecilan rahim dalam beberapa jam atau hari.

c. Passage (jalan lahir)

Dalam obsterik dikenal ada empat macam bentuk panggul menurut Caldwell dan Moloy dengan masing-masing berciri sebagai berikut:

1) Jenis Ginekoid

Panggul jenis ini merupakan bentuk paling baik, karena dengan bentuk panggul yang hampir bulat seperti ini memungkinkan kepala bayi mengadakan penyesuaian saat proses persalinan.

2) Jenis Android

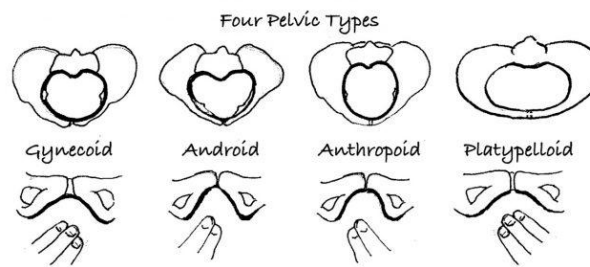
Ciri jenis ini adalah bentuk pintu atas panggulnya hampir seperti segitiga. Panggul jenis ini umumnya dimiliki pria, namun ada juga wanita yang mempunyai panggul jenis ini.

3) Jenis Platipeloid

Panggul jenis ini seperti panggul jenis ginekoid, hanya mengalami penyempitan pada arah muka belakang.

4) Jenis Antropoid

Panggul jenis ini mempunyai ciri berupa bentuknya yang lonjong seperti telur.



Gambar 2.1 Jenis – jenis pangg

Sumber : Sulistyawati, 2010

d. Ukuran-ukuran panggul

Ukuran panggul digunakan untuk menemukan garis besar bentuk dan ukuran panggul apabila dikombinasikan dengan pemeriksaan dalam. Ukuran-ukuran panggul luar :

- 1) Distansia Spinarum Jarak antara kedua spina iliaca anterio superior sinistra dan dekstra, jaraknya 24-26 cm.
- 2) Distansia Kristarum Jarak terpanjang antara dua tempat yang simetris pada krista iliaca kanan dan kiri, jaraknya 28-30 cm.
- 3) Konjugata eksterna/ boudelogue Merupakan jarak bagian atas simpisis dan proesus spinosus lumbal 5, jaraknya 18-20 cm.
- 4) Distansia Intertrokantrika Merupakan jarak antara kedua trokanter mayor.
- 5) Distansia Tuberum Jarak antara tuber ischii kanan dan kiri. Untuk mengukurnya dipakai jangka panggul Osceander, jaraknya 10,5 cm.

7. Jenis Persalinan

- a. Persalinan Spontan Yaitu persalinan yang berlangsung dengan kekuatan ibu sendiri, melalui jalan lahir ibu tersebut.
- b. Persalinan Buatan Bila persalinan dibantu dengan tenaga dari luar misalnya ekstraksi forceps, atau dilakukan operasi Sectio Caesaria.

- c. Persalinan Anjuran Persalinan yang tidak dimulai dengan sendirinya tetapi baru berlangsung setelah pemecahan ketuban, 88 pemberian pitocin atau prostaglandin (Yulizawati et al., 2018)

Pengertian persalinan dapat diartikan menjadi tiga bagian menurut cara persalian, yaitu sebagai berikut:

- a. Persalinan normal atau disebut juga persalinan spontan. Pada persalian ini, proses kelahiran bayi pada letak belakang kepala (LBK) dengan tenaga ibu sendiri berlangsung tanpa bantuan alat serta tidak melukai ibu dan bayi yang umumnya berlangsung kurang dari 24 jam (Jannah, 2015).
- b. Persalian abnormal/buatan, Persalinan pervaginam dengan menggunakan bantuan alat, seperti ekstraksi dengan *forceps* atau *vakum* atau melalui dinding perut dengan operasi *section caesarea* atau SC (Jannah, 2015).
- c. Persalinan anjuran. Persalinan tersebut tidak dimulai dengan sendirinya, seperti dengan pemecahan ketubsn dan pemberian prostaglandin (Jannah, 2015).

Menurut usia kehamilan, persalinan dapat dibagi empat macam, yaiitu:

- a. *Abortus* (keguguran). Penghentian dan pengeluaran hasil konsepsi dari jalan lahir sebelum mampu hidup di luar kandungan. Usia kehamilan biasanya mencapai kurang dari 28 minggu dan berat janin kurang dari 1.000 gram.
- b. *Partus prematurus*. Pengeluaran hasil konsepsi baik secara spontan atau buatan sebelum usia kehamilan 28-36 minggu dengan berat janin kurang dari 2.499 gram.
- c. *Partus matures* atau *aterm* (cukup bulan). Pengeluaran hasil konsepsi yang spontan ataupun buatan antara usia kehamilan 37-42 minggu dengan berat janin lebih dari 2.500 gram.
- d. *Partus postmaturus* (*serotinus*). Pengeluaran hasil konsepsi yang spontam ataupun buatan melebihi usia kehamilan 42 minggu dan tampak tanda-tanda janin posmatur (Jannah, 2015)

8. Tahapan Persalinan (Kala I,II,III,dan IV)

a. Kala I

Kala I persalinan dimulai sejak terjadinya kontraksi uterus dan pembukaan servix hingga mencapai pembukaan lengkap (10 cm). Persalinan kala I berlangsung 18-24 jam dimana primi memiliki rentang waktu 12 jam dan multi memiliki rentang waktu 10 jam serta kala I terbagi menjadi dua fase yaitu fase laten dan fase aktif.

1) Fase laten persalinan

1. Dimulai sejak awal kontraksi yang menyebabkan penipisan dan pembukaan servix secara bertahap
2. Pembukaan servix dari 1 sampai 4 cm
3. Biasanya berlangsung di bawah hingga 7 sampai 8 jam

2) Fase aktif, berlangsung selama 6 jam dan dibagi atas 3 subfase terbagi atas tiga subfase.

1. Fase akselerasi: berlangsung 2 jam, pembukaan menjadi 4 cm.
2. Fase dilatasi maksimal: berlangsung dengan cepat menjadi 9 cm dalam waktu 2 jam.
3. Fase deselerasi: dalam waktu 2 jam pembukaan 10 cm (lengkap)

Asuhan yang diberikan pada Kala I yaitu:

1) Penggunaan Partograf

Merupakan alat untuk mencatat informasi berdasarkan observasi atau riwayat dan pemeriksaan fisik pada ibu dalam persalinan dan alat penting khususnya untuk membuat keputusan klinis selama kala I. Kegunaan partograf yaitu mengamati dan mencatat informasi kemajuan persalinan dengan memeriksa dilatasi serviks selama pemeriksaan dalam, menentukan persalinan berjalan normal dan mendeteksi dini persalinan lama sehingga bidan dapat membuat deteksi dini mengenai kemungkinan persalinan lama dan jika digunakan secara tepat dan konsisten, maka partograf akan membantu penolong untuk pemantauan kemajuan persalinan, kesejahteraan ibu dan janin, mencatat asuhan yang diberikan selama persalinan dan kelahiran, mengidentifikasi secara

dini adanya penyulit, membuat keputusan klinik yang sesuai dan tepat waktu, partograf harus digunakan untuk semua ibu dalam fase aktif kala I, tanpa menghiraukan apakah persalinan normal atau dengan komplikasi disemua tempat, secara rutin oleh semua penolong persalinan Marmi (2012).

2) Penurunan Kepala Janin

Penurunan dinilai melalui palpasi abdominal. Pencatatan penurunan bagian terbawah atau presentasi janin, setiap kali melakukan pemeriksaan dalam atau setiap 4 jam, atau lebih sering jika ada tanda-tanda penyulit. Kata-kata "turunnya kepala" dan garis tidak terputus dari 0-5, tertera di sisi yang sama dengan angka pembukaan serviks. Berikan tanda "O" pada garis waktu yang sesuai. Hubungkan tanda "O" dari setiap pemeriksaan dengan garis tidak terputus.

3) Kontraksi Uterus

Periksa frekuensi dan lamanya kontraksi uterus setiap jam fase laten dan tiap 30 menit selama fase aktif. Nilai frekuensi dan lamanya kontraksi selama 10 menit. Catat lamanya kontraksi dalam hitungan detik dan gunakan lambang yang sesuai yaitu: kurang dari 20 detik titik-titik, antara 20 dan 40 detik diarsir dan lebih dari 40 detik diblok. Catat temuan-temuan dikotak yang bersesuaian dengan waktu penilai.

4) Keadaan Janin

a) Denyut Jantung Janin (DJJ)

Nilai dan catat denyut jantung janin (DJJ) setiap 30 menit (lebih sering jika ada tanda-tanda gawat janin). Setiap kotak pada bagian ini menunjukkan waktu 30 menit. Skala angka di sebelah kolom paling kiri menunjukkan DJJ. Catat DJJ dengan memberi tanda titik pada garis yang sesuai dengan angka yang menunjukkan DJJ, kemudian hubungkan titik yang satu dengan titik lainnya dengan garis tidak terputus. Kisaran normal DJJ

terpapar pada partograf di antara garis tebal angka 180 dan 100, tetapi penolong harus sudah waspada bila DJJ di bawah 120 atau di atas 160 kali/menit.

b) Warna dan Adanya Air Ketuban

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

c) Molase Tulang Kepala Janin

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

d) Keadaan Ibu

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

e) Informasi tentang ibu

Tentang nama dan umur, GPA, nomor register, tanggal dan waktu mulai dirawat, waktu pecahnya selaput ketuban. Waktu pencatatan kondisi ibu dan bayi pada fase aktif adalah DJJ tiap 30 menit, frekuensi dan lamanya kontraksi uterus tiap 30 menit, nadi tiap 30 menit tanda dengan titik, pembukaan

serviks setiap 4 jam, penurunan setiap 4 jam, tekanan darah setiap 4 jam tandai dengan panah, suhu setiap 2 jam, urin, aseton, protein tiap 2 - 4 jam (catat setiap kali berkemih) (Sofian, 2013).

f) Memberikan Dukungan Persalinan

Asuhan yang mendukung selama persalinan merupakan ciri pertanda dari kebidanan, artinya kehadiran yang aktif dan ikut serta dalam kegiatan yang sedang berlangsung. Jika seorang bidan sibuk, maka ia harus memastikan bahwa ada seorang pendukung yang hadir dan membantu wanita yang sedang dalam persalinan. Kelima kebutuhan seorang wanita dalam persalinan yaitu asuhan tubuh atau fisik, kehadiran seorang pendamping, keringanan dan rasa sakit, penerimaan atas sikap dan perilakunya serta informasi dan kepastian tentang hasil yang aman yaitu :

(1) Mengurangi Rasa Sakit

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

(2) Persiapan Persalinan

Hal yang perlu dipersiapkan yakni ruang bersalin dan asuhan bayi baru lahir, perlengkapan dan obat esensial, rujukan (bila diperlukan), asuhan sayang ibu dalam kala 1, upaya pencegahan infeksi yang diperlukan (Sofian, 2013).

b. Kala II

1) Pengertian Persalinan kala II

Dimulai dengan pembukaan lengkap dari serviks dan berakhir dengan lahirnya bayi. Proses ini berlangsung 1-2 jam pada primi dan ½-1 jam pada multi

2) Tanda dan gejala kala II

Tanda – tanda bahwa kala II persalinan sudah dekat adalah:

1. Ibu ingin meneran
2. Perineum menonjol
3. Vulva vagina dan sphincter anus membuka
4. Jumlah pengeluaran air ketuban meningkat
5. His lebih kuat dan lebih cepat 2-3 menit sekali.
6. Pembukaan lengkap (10 cm)
7. Pada Primigravida berlangsung rata-rata 1-2 jam dan multipara rata-rata ½-1 jam
8. Pemantauan
 - (1) Tenaga atau usaha mengedan dan kontraksi uterus
 - (2) Janin yaitu penurunan presentasi janin dan kembali normalnya detak jantung bayi setelah kontraksi
 - (3) Kondisi ibu sebagai berikut:

Table 2.3 Tanda – tanda persalinan

Kemajuan persalinan tenaga	Kondisi pasien	Kondisi janin penumpang
Usaha mengedan Palpasi kontraksi uterus (control setiap 10 menit) 1. Frekuensi 2. Lamanya 3. Kekuatan	Periksa nadi dan tekanan darah selama 30 menit. Respon keseluruhan pada kala II: 1. Keadaan dehidrasi 2. Perubahan sikap/perilaku 3. Tingkat tenaga (yang memiliki)	Periksa detak jantung janin setiap 15 menit atau lebih sering dilakukan dengan makin dekatnya kelahiran Penurunan presentasi dan perubahan posisi Warna cairan tertentu

Sumber: Yulizawati et al., 2018

c. Kala III

Kala tiga disebut juga kala persalinan plasenta. Lahirnya plasenta dapat diperkirakan dengan memperhatikan tanda-tanda sebagai berikut:

- 1) Uterus menjadi bundar

- 2) Uterus terdorong keatas karena plasenta dilepas ke segmen bawah Rahim
- 3) Tali pusat bertambah Panjang
- 4) Terjadi perdarahan (adanya semburan darah secara tiba-tiba);
- 5) Biasanya plasenta akan lepas dalam waktu kurang lebih 6-15 menit setelah bayi lahir

d. Kala IV (2 jam setelah melahirkan)

Kala IV persalinan ditetapkan berlangsung kira-kira dua jam setelah plasenta lahir. Periode ini merupakan masa pemulihan yang terjadi segera jika homeostatis berlangsung dengan baik. Pada tahap ini, kontraksi otot Rahim meningkat sehingga pembuluh darah terjepit untuk menghentikan perdarahan. Pada kala ini dilakukan observasi terhadap tekanan darah, pernafasan, nadi, kontraksi otot Rahim dan perdarahan selama 2 jam pertama. Selain itu juga dilakukan penjahitan luka episiotomy. Setelah 2 jam, bila keadaan baik, ibu dipindahkan ke ruangan bersama bayinya (Yulizawati et al., 2018)

9. Mekanisme Persalinan

Turunnya kepala dibagi dalam beberapa fase sebagai berikut:

a. Masuknya kepala janin dalam PAP

- 1) Masuknya kepala ke dalam PAP terutama pada primigravida terjadi pada bulan terakhir kehamilan tetapi pada multipara biasanya terjadi pada permulaan persalinan.
- 2) Masuknya kepala ke dalam PAP biasanya dengan sutura sagitalis melintang menyesuaikan dengan letak punggung.
- 3) Jika sutura sagitalis dalam diameter anteroposterior dari PAP maka masuknya kepala akan menjadi sulit karena menempati ukuran yang terkecil dari PAP
- 4) Jika sutura sagitalis pada posisi di tengah-tengah jalan lahir yaitu tepat di antara symphysis dan promontorium, maka dikatakan dalam posisi "synclitismus" pada posisi synclitismus os parietale depan dan belakang sama tingginya.

- 5) Jika sutura sagitalis agak ke depan mendekati symphysis atau agak ke belakang mendekati promontorium, maka yang kita hadapi adalah posisi "asynclitismus"
- 6) Acynclitismus posterior adalah posisi sutura sagitalis mendekati symphysis dan os parietale belakang lebih rendah dari os parietale depan (Yulizawati et al., 2018).

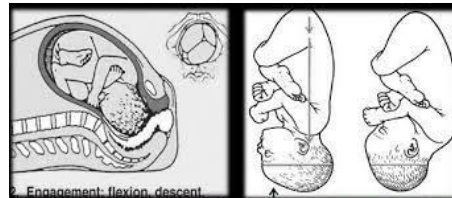
b. Majunya Kepala janin

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

c. Fleksi

- 1) Fleksi kepala janin memasuki ruang panggul dengan ukuran yang paling kecil yaitu dengan diameter suboccipito bregmatikus (9,5 cm) menggantikan suboccipito frontalis (11 cm).
- 2) Fleksi disebabkan karena janin didorong maju dan sebaliknya mendapat tahanan dari pinggir PAP, cervix, dinding panggul atau dasar panggul
- 3) Akibat adanya dorongan di atas kepala janin menjadi fleksi karena moment yang menimbulkan fleksi lebih besar daripada moment yang menimbulkan defleksi
- 4) Sampai di dasar panggul kepala janin berada dalam posisi fleksi maksimal. Kepala turun menemui diafragma pelvis yang berjalan dari belakang atas ke bawah depan

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

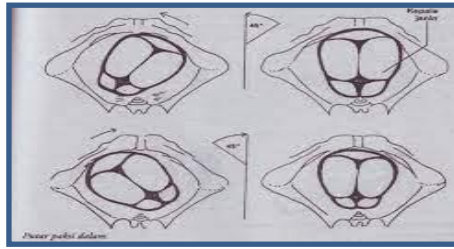


Gambar 2.2 Kepala Fleksi

Sumber: Yulizawati et al., 2018

d. Putaran paksi dalam

- 1) Putaran paksi dalam adalah pemutaran dari bagian depan sedemikian rupa sehingga bagian terendah dari bagian depan memutar ke depan ke bawah symphysis.
- 2) Pada presentasi belakang kepala bagian terendah adalah daerah ubun-ubun kecil dan bagian ini akan memutar ke depan ke bawah symphysis.
- 3) Putaran paksi dalam mutlak diperlukan untuk kelahiran kepala, karena putaran paksi merupakan suatu usaha untuk menyesuaikan posisi kepala dengan bentuk jalan lahir khususnya bentuk bidang tengah dan pintu bawah panggul
- 4) Putaran paksi dalam terjadi bersamaan dengan majunya kepala dan tidak terjadi sebelum kepala sampai di Hodge III, kadang – kadang baru terjadi setelah kepala sampai di dasar panggul
- 5) Sebab – sebab terjadinya putaran paksi dalam:
 - a) Pada letak fleksi, bagian kepala merupakan bagian terendah dari kepala.
 - b) Bagian terendah dari kepala mencari tahanan yang paling sedikit terdapat sebelah depan atas dimana terdapat hiatus genitalis antara muskulus levator ani kiri dan kanan.
 - c) Ukuran terbesar dari bidang tengah panggul ialah diameter anteroposterior



Gambar 2.3 Putaran paksi dalam

Sumber: Kurniarum, 2016

e. Ekstensi

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

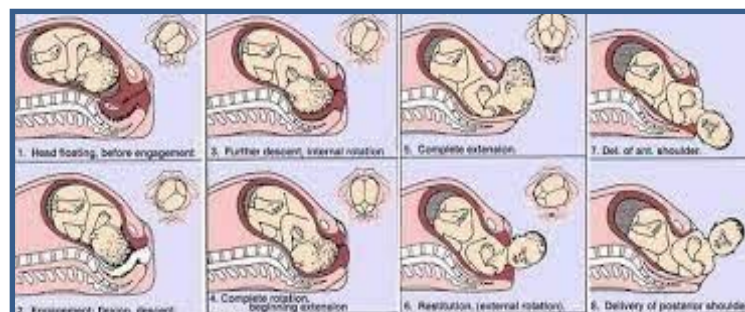
f. Ekstensi

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

- b) Jika tidak terjadi ekstensi maka kepala akan tertekan pada perineum dan menembusnya
- c) Kepala bekerja dengan 2 kekuatan yaitu satu mendesak ke bawah dan satunya lagi menolak ke atas karena adanya tahanan dasar panggul
- d) Setelah subocciput tertahan di pinggir bawah symphysis, maka yang dapat maju adalah bagian yang berhadapan dengan subocciput.

g. Putaran paksi luar

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



Gambar 2.4

Gerakan Kepala Janin Pada Defleksi Dan Putaran Paksi Luar dan Kelahiran Bahu Depan Kemudian Bahu Belakang (Sumber: Kurniarum, 2016)

10. Lima Benang Merah Asuhan Persalinan

Lima aspek dasar atau lima benang merah dalam asuhan persalinan baik normal maupun Patologis termasuk bayi baru lahir.

1. Langkah Pengambilan Keputusan Klinik

Pada saat seorang pasien datang pada bidan, maka yang pertama kali dilakukan bidan adalah melakukan pendekatan komunikasi terapeutik

dengan ucapan salam, bersikap sopan, terbuka, dan siap untuk melayani. Setelah terbina hubungan baik saling percaya, barulah bidan melakukan pengumpulan data (*anamnesis*). Data yang pertama dikumpulkan adalah data subjektif, yaitu data yang didapatkan langsung dari pasien (Sodakh, 2013).

2. Asuhan Sayang Ibu dan Sayang Bayi

Asuhan sayang ibu adalah asuhan yang menghargai budaya, kepercayaan, dan keinginan sang ibu. Banyak penelitian menunjukkan bahwa ibu-ibu di Indonesia tidak mau meminta tenaga terlatih untuk memberi asuhan persalinan dan melahirkan bayi. Sebagaimana dari mereka beralasan bahwa penolong terlatih tidak memperhatikan kebutuhan atau kebudayaan, tradisi keinginan pribadi para ibu dalam persalinan dan kelahiran bayi. Berikut ini merupakan asuhan sayang ibu dan sayang bayi dalam melahirkan:

- 1) Panggil ibu sesuai namanya, hargai dan jaga martabatnya.
- 2) Jelaskan semua asuhan dari perawatan kepada ibu sebelum mamulai asuhan.
- 3) Jelaskan proses persalinan kepada ibu dan keluarga.
- 4) Anjurkan ibu untuk bertanya dan membicarakan rasa takut atau khawatir.
- 5) Dengarkan dan tanggap pertanyaan dan kekhawatiran ibu.
- 6) Berikan dukungan, besarkan dan tentramkan hatinya serta anggota keluarganya.
- 7) Anjurkan ibu untuk ditemani suami dan atau anggota keluarga lain selama persalinan.
- 8) Ajarkan suami dan anggota keluarga tentang bagaimana mereka memperhatikan dan mendukung ibu selama persalinan.
- 9) Laksanakan praktik pencegahan infeksi yang baik secara konsisten.
- 10) Hargai privasi ibu.
- 11) Anjurkan ibu untuk mencoba berbagai posisi selama persalinan.
- 12) Anjurkan ibu untuk minum dan makan makanan ringan sepanjang ia

menginginkannya.

- 13) Hargai dan perbolehkan praktik-praktik tradisional yang tidak merugikan kesehatan ibu.
 - 14) Hindari tindakan yang berlebihan dan merugikan seperti episiotomi, pencukuran, dan klisma.
 - 15) Anjurkan ibu untuk memeluk bayinya sesegera mungkin untuk melakukan kontak kulit ibu-bayi, inisiasi menyusui dini dan membangun hubungan psikologis.
 - 16) Membantu memulai pemberian ASI.
 - 17) Mempersiapkan persalinan dan kelahiran bayi dengan baik dan mencukupi semua bahan yang diperlukan. Siap untuk resusitasi bayi baru lahir pada setiap kelahiran (Nurasiah, 2012).
3. Prinsip dan Praktik Pencegahan Infeksi Prinsip-prinsip pencegahan infeksi:
- a. Setiap orang dianggap dapat menularkan penyakit infeksi.
 - b. Setiap orang harus dianggap berisiko terkena infeksi.
 - c. Permukaan benda atau alat yang bersentuhan dengan permukaan kulit/mukosa/ darah harus diproses secara benar.
 - d. Bila tidak diketahui telah diproses, maka dianggap masih terkontaminasi.
 - e. Risiko infeksi tidak bisa dihilangkan secara total, namun dapat dikurangi hingga sekecil mungkin (Sodakh, 2013).

Setiap biidan perlu memperhatikan tindakan pencegahan infeksi yang dilaksanakan pada saat menolong persalinan, yaitu antara lain:

- a) Cuci tangan dengan langkah-langkah yang benar sebelum melakukan tindakan dan sesudah melakukan tindakan.
- b) Selalu menggunakan sarung tangan pada saat melakukan tindakan.
- c) Menggunakan pelindung diri lengkap pada saat menolong persalihan.
- d) Upayakan pemberian pelayanan dengan teknik aseptik.
- e) Setelah alat digunakan hendaknya diproses sesuai prosedur pemrosesan alat bekas pakai.

- f) Perlu diupayakan bahwa peralatan tajam dilakukan dengan benar karena akan sangat berisiko pada penolong persalinan terutama pada petugas kebersihan.
- g) Tindakan pencegahan infeksi yang lain adalah bagaimana bidan mengupayakan kebersihan lingkungan dan sanitasi untuk memutuskan rantai penularan penyakit (Sodakh, 2013).

4. Pencatatan (Dokumentasi)

Pada setiap pelayanan atau asuhan, harus selalu harus memperhatikan pencatatan atau dokumentasi. Manfaat dari dokumentasi adalah sebagai berikut:

- (1)Aspek legal atau landasan hokum bagi bidan dalam pelayanannya.
- (2)Aspek manajemen, dokumentasi dapat mengidentifikasi mutu pelayanan seorang bidan dan juga dapat dipakai untuk mengatur kebutuhan saran yang perlu dipersiapkan sorang bidan pada saat praktik klinik.
- (3)Aspek pembelajaran, dokumentasi merupakan asset yang sangat berharga bagi bidan dalam pelayanannya karena data sebelumnya yang sudah didokumentasikan dapat dipakai sebagai referensi atau acuan saat menghadapi masalah atau kasus sbelumnya seorang bidan dapat mengulangi pelayanan atau asuhan yang pernah diberikan pada klien.

Hal-hal yang perlu diingar oleh seorang bidan mengenai dokumentasi adalah:

- a) Catat semua data: hasil pengumpulan data, pemeriksaan, diagnosis, obat-obatan yang diberikan, serta semua asuhan yang diberikan pada ibu dan bayi.
- b) Jika tidak dicatat, dapat dianggap bahwa asuhan tersebut tidak dilakukan.
- c) Pastikan setiap partograf telah diisi dengan lengkap, benar, dan tepat waktu, serta sebelum persalinan dan sesudah persalinan berlangsung.

Bentuk dokumentasi dapat berupa SOAP atau menggunakan

manajemen asuhan kebidanan dengan yang lain. Akan tetapi, pada persalinan, dokumentasi yang digunakan adalah partograf.

5. Hal Penting dalam Rujukan

(1) Lokasi Rujukan

Bidan harus mengetahui lokasi rujukan agar dapat mengetahui secara pasti jarak yang harus ditempuh saat merujuk dan waktu yang harus disediakan saat mengantar ibu ke lokasi rujukan. Dengan demikian, ibu ataupun bayinya mendapatkan rujukan yang tepat waktu dan menurunkan angka kesakitan atau angka kematian ibu dan bayi. Rujukan yang terlambat akan memengaruhi kondisi ibu dan bayinya.

(2) Ketersediaan Pelayanan

Pada saat merujuk, bidan perlu mengetahui ketersediaan pelayanan yang ada di rumah sakit tempat rujukan apakah sesuai dengan yang diperlukan oleh ibu dan bayi. Bidan harus dapat memastikan bahwa lokasi yang dituju dapat memberikan pelayanan yang komprehensif kepada ibu dan bayinya. Selain itu, hal ini juga penting agar apabila ibu perlu dilakukan *section caesarea* atau penanganan lainnya yang berkaitan dengan kegawatdaruratan, bidan tidak kesulitan atau menentukan tempat mana yang sesuai dengan penanganan yang diharapkan oleh bidan.

(3) Biaya Pelayanan

Hal-hal mengenai pembiayaan juga sangat penting untuk disampaikan kepada ibu karena berkaitan dengan tingkat sosial ekonomi ibu atau keluarga. Pada saat bidan merujuk, sebaiknya sesuai dengan pertimbangan ibu dan keluarga terutama hal yang terkait dengan jumlah pembiayaan yang harus dipersiapkan. Biaya merupakan faktor yang sangat dominan pada keluarga dengan ekonomi yang kurang mampu dalam proses rujukan, dengan demikian biaya sangat dipertimbangkan apabila dikaitkan dengan kondisi kesehatan ibu atau bayi.

(4) Jarak Tempuh

Jarak tempuh tempat rujukan perlu diperhitungkan karena akan memengaruhi persiapan yang perlu dipersiapkan, misalnya: bidan harus ikut merujuk sehingga dapat mempertimbangkan waktu berapa lama bidan meninggalkan tempat pratiknya; peralatan apa yang perlu disiapkan selama dalam rujukan; dan keluarga siapa yang perlu ikut sehingga perlu dipertimbangkan siapa yang harus di rumah agar apabila ditinggalkan dengan jarak tempuh yang jauh, sementara pelayanan di rumah tetap berjalan. Selain itu, surat-surat yang dibutuhkan juga perlu disiapkan, apabila jarak tempuh jauh dan ibu atau bayi perlu dirujuk segera, maka surat rujukan dapat dibuat pada saat telah tiba di rumah sakit. Obat-obatan perlu disiapkan dalam jumlah yang cukup agar tidak kekurangan di perjalanan. Kendaraan dibutuhkan, bila tidak cukup jauh mungkin dapat dipertimbangkan untuk menggunakan kendaraan seadanya dengan pertimbangan cukup layak untuk jalan (Sondakh, 2013).

11. 60 Langkah Asuhan Persalinan Normal

60 langkah asuhan persalinan normal (Prawirohardjo, 2016).

a. Melihat Tanda dan Gejala Kala Dua

1. Mengamati tanda dan gejala persalinan kala dua.

- a) Ibu mempunyai keinginan untuk meneran.
- b) Ibu merasakan tekanan yang semakin meningkat pada *rektum* dan/atau *vagina*.
- c) *Perineum* menonjol.
- d) *Vulva vagina* dan *sfincter anal* membuka.

(Prawirohardjo, 2016).

b. Menyiapkan Pertolongan Persalinan

2. Memastikan perlengkapan, bahan, dan obat-obatan esensial siap digunakan. Memeriksa ampul oksitosin 10 unit dan menempatkan tabung suntik steril sekali pakai di dalam partus set.
3. Mengenakan baju penutup atau celemek plastik yang bersih.

4. Melepaskan semua perhiasan yang di pakai di bawah siku, mencuci kedua tangan dengan sabun dan air bersih yang mengalir dan mengeringkan tangan dengan handuk satu kali pakai/pribadi yang bersih.
 5. Memakai satu sarung dengan DTT atau steril untuk semua pemeriksaan dalam.
 6. Mengisap oksitosin 10 unit ke dalam tabung suntik (dengan memakai sarung tangan disinfeksi tingkat tinggi atau steril) dan meletakkan kembali di partus set/wadah disinfeksi tingkat tinggi atau steril tanpa mengontaminasi tabung suntik). (Prawirohardjo, 2016).
- c. Memastikan Pembukaan Lengkap Dan Keadaan Janin Baik
7. Membersihkan *vulva* dan *perineum*, menyekanya dengan hati-hati dari depan ke belakang dengan menggunakan kapas atau kassa yang telah di basahi dengan air disinfeksi tingkat tinggi, Jika mulut *vagina*, *perineum* atau *anus* terkontaminasi oleh kotoran ibu, membersihkannya dengan seksama dengan cara menyeka dari depan ke belakang. Membuang kapas atau kassa yang terkontaminasi (meletakkan kedua sarung tangan tersebut dengan benar di dalam larutan dokumentasi, langkah .
 8. Dengan menggunakan teknik aseptik, melakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan bahwa pembukaan serviks sudah lengkap. Bila selaput ketuban belum pecah, sedangkan pembukaan sudah lengkap, lakukan amniotomi.
 9. Mendekontaminasi sarung tangan dengan cara mencelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan kotor ke dalam larutan klorin 0,5 % dan kemudian melepaskannya dalam keadaan terbalik serta merendam nyadi dalam larutan klorin 0,5 % selama 10 menit. Mencuci kedua tangan (seperti di atas).
 10. Memeriksa Denyut Jantung Janin (DJJ) setelah *kontraksi* berakhir untuk memastikan bahwa DJJ dalam batas normal (120-180 kali/menit).

- i. Mengambil tindakan yang sesuai jika DJJ tidak normal.
 - ii. Mendokumentasikan hasil-hasil pemeriksaan dalam, DJJ, dan semua hasil-hasil penilaian serta asuhan lainnya pada partograf (Prawirohardjo, 2016).
- d. Menyiapkan Ibu Dan Keluarga Untuk Membantu Proses Pimpinan Meneran
11. Memberi tahu ibu pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik. Membantu ibu berada dalam posisi yang nyaman sesuai dengan keinginannya.
 - a. Tunggu hingga ibu mempunyai keinginan untuk meneran. Melanjutkan pemantauan kesehatan dan kenyamanan ibu serta janin sesuai dengan pedoman persalinan aktif dan mendokumentasikan temuan – temuan.
 - b. Jelaskan pada anggota keluarga tentang bagaimana peran mereka untuk mendukung dan memberi semangat pada ibu untuk meneran secara benar.
 12. Meminta bantuan keluarga untuk menyiapkan posisi ibu untuk meneran. (Pada saat ada his, bantu ibu dalam posisi setengah duduk dan pastikan ia merasa nyaman).
 13. Melakukan pimpinan meneran pada saat ibu mempunyai dorongan yang kuat untuk meneran:
 - a) Memimbing ibu untuk meneran saat ibu mempunyai keinginan untuk meneran.
 - b) Mendukung dan memberi semangat atas usaha ibu untuk meneran.
 - c) Membantu ibu mengambil posisi yang nyaman sesuai dengan pilihannya (tidak meminta ibu berbaring terlentang).
 - d) Menganjurkan ibu untuk beristirahat diantara *kontraksi*.
 - e) Menganjurkan keluarga untuk mendukung dan memberi semangat pada ibu.
 - f) Menganjurkan asupan cairan per oral.
 - g) Menilai DJJ setiap lima menit.

- h) Jika bayi belum lahir atau kelahiran bayi belum akan terjadi segera dalam waktu 120 menit (2 jam) meneran untuk ibu *primipara* atau 60 menit (1 jam) untuk ibu *multipara*, merujuk segera. Jika ibu tidak mempunyai keinginan untuk meneran.
- i) Menganjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok atau mengambil posisi yang aman. Jika ibu belum ingin meneran dalam 60 menit, anjurkan ibu untuk mulai meneran pada puncak kontraksi-kontraksi tersebut dan beristirahat di antara kontraksi.
- j) Jika bayi belum lahir atau kelahiran bayi belum akan terjadi segera setelah 60 menit meneran, merujuk ibu dengan segera. (Prawirohardjo, 2016).

e. Persiapan Pertolongan Kelahiran Bayi

- 14. Jika kepala bayi telah membuka *vulva* dengan diameter 5- 6 cm, letakkan handuk bersih di atas perut ibu untuk mengeringkan bayi.
- 15. Meletakkan kain yang bersih dilipat 1/3 bagian dibawah bokong ibu.
- 16. Membuka partus set.
- 17. Memakai sarung tangan DTT atau steril pada kedua tangan. (Prawirohardjo, 2016).

f. Menolong Kelahiran Bayi Lahirnya Kepala

- 18. Saat kepala bayi membuka *vulva* dengan diameter 5-6 cm, lindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi dengan kain tadi, letakkan tangan yang lain di kepala bayi dan lakukan tekanan yang lembut dan tidak menghambat pada kepala bayi, membiarkan kepala bayi keluar perlahan-lahan. Menganjurkan ibu untuk meneran perlahan-lahan atau bernapas cepat saat kepala lahir.
- 19. Dengan lembut menyeka muka, mulut, dan hidung bayi dengan kain atau kasa yang bersih (Langkah ini tidak harus dilakukan).
- 20. Memeriksa lilitan tali pusat dan mengambil tindakan yang sesuai jika hal itu terjadi, dan dan kemudian meneruskan segera proses kelahiran bayi:

- a. Jika tali pusat melilit leher secara longgar, lepaskan lewat bagian atas kepala bayi.
 - b. Jika tali pusat melilit leher dengan erat, mengklemnya di dua tempat dan memotongnya.
21. Tunggu kepala bayi melakukan putaran paksi luar secara spontan (Prawirohardjo, 2016)

g. Lahirnya Bahu

22. Setelah kepala melakukan putaran paksi luar, tempatkanlah kedua tangan di masing-masing sisi muka bayi. Menganjurkan ibu untuk meneran saat kontraksi
23. berikutnya. Dengan lembut menariknya ke arah bawah dan ke arah luar hingga bahu anterior muncul di bawah arkus pubis, dan kemudian dengan lembut menarik ke arah atas dan ke arah luar untuk melahirkan bahu posterior.
24. Setelah kedua bahu dilahirkan, menelusurkan tangan mulai kepala bayi yang berada di bagian bawah ke arah perineum, membiarkan bahu dan lengan posterior lahir ke tangan tersebut. Mengendalikan kelahiran siku dan tangan bayi saat melewati perineum, gunakan lengan bagian bawah untuk menyangga tubuh bayi saat dilahirkan. Menggunakan tangan anterior (bagian atas) untuk mengendalikan siku dan tangan anterior bayi saat keduanya lahir.
25. Setelah tubuh dan lengan lahir, menelusurkan tangan yang ada di atas (anterior) dari punggung ke arah kaki bayi untuk menyangganya saat punggung kaki lahir. Memegang kedua mata kaki bayi dengan hati-hati membantu kelahiran bayi. (Prawirohardjo, 2016)

h. Penanganan Bayi Baru Lahir

26. Menilai bayi dengan cepat (dalam 30 detik), kemudian meletakkan bayi di atas perut ibu dengan posisi kepala bayi sedikit lebih rendah dari tubuhnya (bila tali pusat terlalu pendek, meletakkan bayi di tempat yang memungkinkan). Bila bayi mengalami asfiksia, lakukan resusitasi (lihat bab 26. Resusitasi Neonatus)

27. Segera membungkus kepala dan badan bayi dengan handuk dan biarkan kontak kulit ibu-bayi. Lakukan penyuntikan oksitosin/i.m. (lihat keterangan di bawah).
28. Menjepit tali pusat menggunakan klem kira-kira 3 cm dari pusat bayi. Melakukan urutan pada tali pusat mulai dari klem ke arah ibu dan memasang klem kedua 2 cm dari klem pertama (ke arah ibu).
29. Memegang tali pusat dengan satu tangan, melindungi bayi dari gunting dan memotong tali pusat di antara dua klem tersebut.
30. Mengeringkan bayi, mengganti handuk yang basah dan menyelimuti bayi dengan kain atau selimut yang bersih dan kering, menutupi bagian kepala, membiarkan tali pusat terbuka. Jika bayi mengalami kesulitan bernapas, ambil tindakan yang sesuai.
31. Memberikan bayi kepada ibunya dan menganjurkan ibu untuk memeluk bayinya dan memulai pemberian ASI jika ibu menghendaknya (Prawirohardjo, 2016).

i. Oksitosin

32. Meletakkan kain yang bersih dan kering. Melakukan palpasi abdomen untuk menghilangkan kemungkinan adanya bayi kedua.
33. Memberi kepada ibu bahwa ia akan disuntik
34. Dalam waktu 2 menit setelah kelahiran bayi, berikan suntikan oksitosin 10 unit IM di gluteus atau 1/3 atas paha kanan ibu bagian luar, setelah mengaspirasinya terlebih dahulu. (Prawirohardjo, 2016)

j. Pengendalian Tali Pusat Terkendali

35. Memindahkan klem pada tali pusat.
36. Meletakkan satu tangan di atas kain yang ada di perut ibu, tepat di atas tulang pubis, dan menggunakan tangan ini untuk melakukan palpasi kontraksi dan menstabilkan uterus. Memegang tali pusat dan klem dengan tangan lain.
37. Menunggu uterus berkontraksi dan kemudian melakukan penegangan ke arah bawah pada tali pusat dengan lembut.
38. Lakukan tekanan yang berlawanan arah pada bagian bawah uterus

dengan cara menekan uterus ke arah atas dan belakang (dorso kranial) dengan hati-hati untuk membantu mencegah terjadinya inversio uteri.

- a) Jika plasenta tidak lahir setelah 30-40 detik, hentikan penegangan tali pusat dan menunggu hingga kontraksi berikut mulai. Jika uterus tidak berkontraksi, meminta ibu atau seorang anggota keluarga untuk melakukan merangsang puting susu (Prawirohardjo, 2016).

k. Mengeluarkan Plasenta

39. Setelah plasenta terlepas, meminta ibu untuk meneran sambil menarik tali pusat ke arah bawah dan kemudian ke arah atas, mengikuti kurva jalan lahir sambil meneruskan tekanan berlawanan arah pada uterus.

- a) Jika tali pusat bertambah panjang pindahkan klem hingga berjarak sekitar 5-10 cm dari *vulva*.

b) Jika *plasenta* tidak lepas setelah melakukan penegangan tali pusat 15 menit:

(1) Menulangi pemberian oksitosin 10 unit IM.

(2) Menilai kandung kemih penuh dan dilakukan *kateterisasi* kandung kemih dengan menggunakan aseptik jika perlu.

(3) Meminta keluarga untuk menyiapkan rujukan. Mengulangi penegangan tali pusat 15 menit berikutnya.

(4) Merujuk ibu Jika *plasenta* tidak lahir dalam 30 menit sejak kelahiran bayi.

40. Jika *plasenta* muncul di *introitus vagina*, melanjutkan kelahiran *plasenta* dengan menggunakan kedua tangan dan dengan hati-hati memutar *plasenta* hingga selaput ketuban terpilin. Dengan lembut perlahan melahirkan selaput ketuban tersebut.

- a) Jika selaput ketuban robek, pakai sarung tangan disinfeksi tingkat tinggi atau steril untuk memeriksa *vagina* dan *serviks* ibu dengan seksama. Menggunakan jari-jari tangan atau klem atau forseps disinfeksi tingkat tinggi atau steril untuk melepaskan bagian selaput yang tertinggal (Prawirohardjo, 2016).

b) Segera setelah plasenta dan selaput ketuban lahir, lakukan *masase*

uterus, meletakkan telapak tangan di *fundus* dan melakukan *masase* dengan gerakan melingkar dengan lembut hingga *uterus berkontraksi* (*fundus* teraba keras).(Prawirohardjo, 2016).

l. Menilai Perdarahan

41. Memeriksa kedua sisi *plasenta* baik yang menempel ke ibu maupun janin dan selaput ketuban untuk memastikan bahwa *plasenta* dan selaput ketuban lengkap dan utuh. Meletakkan *plasenta* ke dalam kantung palstik atau tempat khusus. Jika uterus tidak berkontraksi setelah melakukan masase selama 15 detik mengambil tindakan yang sesuai
42. Mengevaluasi adanya *laserasi* pada *vagina* dan *perineum* dan segera menjahitan laserasi yang mengalami pendarahan aktif (Prawirohardjo, 2016).

m. Melakukan Prosedur Pasca Persalinan

43. Menilai ulang *uterus berkontraksi* dengan baik.
44. Menceleupkan kedua tangan yang memakai sarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5%; membilas kedua tangan yang masih bersarung tangan tersebut dengan air disinfeksi tingkat tinggi dan mengeringkannya dengan kain yang bersih dan kering.
45. Menempatkan klem tali pusat disinfeksi tingkat tinggi atau steril atau mengikat tali disinfeksi tingkat tinggi dengan simpul mati sekeliling tali pusat sekitar 1 cm dari pusat.
46. Mengikat satu lagi simpul mati di bagian pusat yang berseberangan dengan simpul mati yang pertama.
47. Melepaskan klem bedah dan meletakkannya ke dalam larutan klorin 0,5%.
48. Menyelimuti kembali bayi dan menutupi bagian kepalanya. Memastikan handuk atau kainnya bersih atau kering.
49. Menganjurkan ibu untuk memulai pemberian ASI.
50. Lanjutkan pemantauan *kontraksi* dan mencegah pendarahan pervaginam.

- a) 2-3 kali dalam 15 menit pertama pasca persalinan.
 - b) Setiap 15 menit pada 1 jam pertama pascapersalinan.
 - c) Setiap 20-30 menit pada jam ke kedua pascapersalinan.
 - d) Jika *uterus* tidak *berkontraksi* dengan baik, laksanakan perawatan yang sesuai untuk menatalaksanakan *atonia uteri*.
 - e) Jika ditemukan laserasi yang memerlukan penjahitan, lakukan penjahitan dengan anestesia lokal dan menggunakan teknik yang sesuai.
51. Mengajarkan ibu/keluarga bagaimana melakukan *massase uterus* dan memeriksa *kontraksi*.
52. Mengevaluasi kehilangan darah.
53. Memeriksa tekanan darah, nadi ibu dan keadaan kandung kemih setiap 15 menit selama 1 jam pertama pascapersalinan setiap 30 menit selama jam kedua pasca persalinan.
- a) Memeriksa temperatur tubuh ibu setiap jam selama 2 jam pertama pascapersalinan
 - b) Melakukan tindakan yang sesuai untuk temuan yang tidak normal (Prawirohardjo, 2016).
- n. Kebersihan dan keamanan
54. Tempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan clorin 0.5% untuk dekontaminasi (10 menit). Mencuci dan menbilas peralatan setelah dekontaminasi.
55. Membuang bahan-bahan yang terkontaminasi ketempat sampah yang sesuai.
56. Bersihkan ibu dengan menggunakan air disinfeksi tingkat tinggi. Membersihkan sisa cairan ketuban, lendir dan darah. Membantu ibu memakaikan pakaian yang bersih dan kering.
57. Memastikan bahwa ibu nyaman. Membantu ibu memberikan ASI. Mengjurkan keluarga untuk memberi ibu minuman dan makanan yang diinginkannya.
58. Mendekontaminasi daerah yang digunakan untuk melahirkan dengan

larutan klorin 0,5% dan membilas dengan air bersih.

59. Menceleupkan sarung tangan kotor ke dalam larutan klorin 0,5%, membalikkan bagian dalam keluar dan merendamnya dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit. Dan Cuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir. (Prawirohardjo, 2016).

o. Dekontaminasi

60. Lengkapi partograf (halaman depan dan belakang). (Prawirohardjo, 2016).

C. NIFAS

1. Pengertian Masa Nifas

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

Masa nifas (PostPartum) adalah masa di mulai setelah kelahiran plasenta dan berakhir ketika alat kandungan kembali semula seperti sebelum hamil, yang berlangsung selama 6 minggu atau 42 hari. Selama masa pemulihan tersebut berlangsung, ibu akan mengalami banyak perubahan fisik yang bersifat fisiologis dan banyak memberikan ketidak nyamanan pada awal postpartum, yang tidak menutup kemungkinan untuk menjadi patologis bila tidak diikuti dengan perawatan yang baik (Yulia and Hakim, 2020).

2. Tahapan Masa Nifas

Menurut Wulandari, (2019) Ada beberapa tahapan yang di alami oleh wanita selama masa nifas, yaitu sebagai berikut :

- a) Immediate puerperium, yaitu waktu 0-24 jam setelah melahirkan. ibu telah di perbolehkan berdiri atau jalan-jalan
- b) Early puerperium, yaitu waktu 1 – 7 hari pemulihan setelah melahirkan. pemulihan menyeluruh alat-alat reproduksi berlangsung selama 6 minggu

c) Later puerperium, yaitu waktu 1 – 6 minggu setelah melahirkan, inilah waktu yang diperlukan oleh ibu untuk pulih dan sehat sempurna. Waktu sehat bisa berminggu-minggu, bulan dan tahun

3. Perubahan Fisiologi Masa Nifas

a. Perubahan fisiologis masa nifas pada sistem reproduksi

Perubahan alat – alat genital baik interna maupun eksterna kembali seperti semula seperti sebelum hamil disebut involusi. Bidan dapat membantu ibu untuk mengatasi dan memahami perubahan – perubahan seperti:

1) Involusi Uterus

Involusi atau pengerutan uterus merupakan suatu proses dimana uterus kembali ke kondisi sebelum hamil dengan berat hanya 60 gram. Proses involusi uterus menurut (Marmi, 2015) antara lain, sebagai berikut:

a) Iskemia miometrium

Iskemia miometrium disebabkan oleh kontraksi dan retraksi yang terus-menerus dari uterus setelah pengeluaran plasenta membuat uterus relatif anemia dan menyebabkan serat otot atrofi.

b) Atrofi jaringan

Atrofi jaringan terjadi sebagai reaksi penghentian hormon esterogen saat pelepasan plasenta.

c) Autolisis

Autolisis merupakan proses penghancuran diri sendiri yang terjadi di dalam otot uterus. Enzim proteolitik akan memendekkan jaringan otot yang telah sempat mengendur hingga panjangnya 10 kali dari semula dan lebar lima kali dari semula selama kehamilan atau dapat juga dikatakan sebagai perusakan secara langsung jaringan hipertrofi yang berlebihan. Hal ini disebabkan karena penurunan hormon esterogen dan progesteron.

d) Efek oksitosin

Oksitosin menyebabkan terjadinya kontraksi dan retraksi otot uterus sehingga akan menekan pembuluh darah yang mengakibatkan berkurangnya suplai darah ke uterus. Proses ini membantu untuk mengurangi perdarahan. Penurunan ukuran uterus yang cepat itu dicerminkan oleh perubahan lokasi uterus ketika turun keluar dari abdomen dan kembali menjadi organ pelvis.

2) Involusi tempat plasenta

Uteri pada bekas insisi plasenta merupakan luka yang kasar dan menonjol ke dalam kavum uteri. Segera setelah plasenta lahir, dengan cepat luka mengecil, pada akhir minggu kedua hanya sebesar 3-4 cm dan pada akhir nifas 1-2cm. Penyembuhan luka bekas plasenta khas sekali. Pada permulaan nifas bekas plasenta mengandung banyak pembuluh darah besar yang tersumbat oleh thrombus. Luka bekas plasenta tidak meninggalkan parut. Hal ini disebabkan karena diikuti pertumbuhan endometrium baru di bawah permukaan luka. Regenerasi endometrium terjadi ditempat implantasi plasenta selama sekitar 6 minggu. Pertumbuhan kelenjar endometrium ini berlangsung didalam decidua basalis. Pertumbuhan kelenjar ini mengikis pembuluh darah yang membeku pada tempat implantasi plasenta hingga terkelupas dan tak dipakai lagi pada pembuangan lochea (Yanti & Sundawati, 2014).

3) Perubahan ligamen

Setelah bayi lahir, ligamen dan diafragma pelvis fasial yang meregang sewaktu kehamilan dan saat melahirkan, kembali seperti sedia kala. Perubahan ligamen yang dapat terjadi pasca melahirkan antara lain: ligamentum rotundum menjadi kendur yang mengakibatkan letak uterus menjadi retrofleksi; ligamen, fasial, jaringan penunjang alat genitalia menjadi agak kendur (Yanti & Sundawati, 2014).

4) Perubahan serviks

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

Oleh karena hiperpalpasi dan retraksi serviks, robekan serviks dapat sembuh. Namun demikian setelah involusi, ostium eksterium tidak sama waktu sebelum hamil pada umumnya ostium eksternum lebih besar, ada retak-retak dan robek-robekan pada pinggirnya terutama pada pinggir sampingnya (Yanti & Sundawati, 2014).

5) Lochea

Lochea adalah ekskresi cairan rahim selama masa nifas dan mempunyai reaksi basa/alkalis yang membuat organisme berkembang lebih cepat dari pada kondisi asam, yang ada pada vagina normal. Lochea mempunyai bau yang amis (anyir) meskipun tidak terlalu menyengat dan volumenya 205 berbeda-beda pada setiap wanita. Lochea mengalami perubahan karena proses involusi. Lochea dapat dibagi menjadi lochea rubra, sanguilenta, serosa, dan alba. Perbedaan masing-masing lochea dapat dilihat sebagai berikut :

Table 2.4 Perubahan Warna Lochea

Lochea	Waktu	Warna	Ciri – ciri
Rubra	1-3 hari	Merah	Terdiri dari sel desidua, verniks caseosa, rambut lanugo, sisa mekonium dan sisa darah
Sanguilenta	3-7 hari	Putih bercampur merah	Sisa darah bercampur lendir
Serosa	7-14 hari	Putih bercampur merah	Lebih sedikit darah lebih banyak serum, juga terdiri leukosit dan robekan laserasi plasenta

Alba	>14 hari	Putih	Mengandung leokosit, selaput lendir serviks dan serabut jaringan yang mati
------	----------	-------	--

Sumber : Yanti & Sundawati, 2014

Umunya jumlah lochea lebih sedikit bila wanita postpartum dalam posisi berbaring dari pada berdiri. Hal ini terjadi akibat pembuangan bersatu divagina bagian atas saat wanita posisi berbaring dan kemudian akan mengalir keluar saat berdiri. Total jumlah rata-rata pengeluaran lochea sekitar 240 hingga 270 ml (Yanti & Sundawati, 2014).

6) Perubahan vulva, vagina dan perineum

Selama proses persalinan vulva dan vagina mengalami penekanan sertaperegangan, setelah beberapa hari persalinan kedua organ ini kembali dalam keadaan kendur. Rugae timbul kembali pada minggu ke tiga. Himen tampak sebagai tonjolan kecil dan dalam proses pembentukan berubah menjadi kulae mitiformis yang khas bagi wanita multipara. Ukuran vagina akan selalu lebih besar dibandingkan keadaan saat sebelum persalinan pertama.

Perubahan pada perineum pasca melahirkan terjadi pada saat perineum mengalami robekan. Robekan jalan lahir dapat terjadi secara spontan atau dilakukan episiotomi dengan insisi tertentu. Meskipun demikian, latihan otot perineum dapat mengembalikan tonus tersebut dan dapat mengencangkan vagina hingga tingkat tertentu hal ini dapat dilakukan pada akhir puerperium dengan latihan harian (Yanti & Sundawati, 2014).

b. Perubahan Sistem Pencernaan

Biasanya ibu mengalami konstipasi setelah persalinan. Hal ini disebabkan karena pada waktu melahirkan alat pencernaan mendapat tekanan yang menyebabkan kolon menjadi kosong, pengeluaran cairan yang berlebihan pada waktu persalinan, kurangnya asupan makan, hemoroid dan kurangnya aktivitas tubuh.

c. Perubahan Sistem Perkemihan

Setelah proses persalinan berlangsung, biasanya ibu akan sulit untuk buang air kecil dalam 24 jam pertama. Penyebab dari keadaan ini adalah terdapat spasme sfinkter dan edema leher kandung kemih setelah mengalami kompresi (tekanan) antara kepala janin dan tulang pubis selama persalinan berlangsung. Kadar hormon estrogen yang bersifat menahan air akan mengalami penurunan yang mencolok. Keadaan tersebut disebut “diuresis”.

d. Perubahan Sistem Muskuloskeletal

Otot-otot uterus berkontraksi segera setelah partus, pembuluh darah yang berada di antara anyaman otot-otot uterus akan terjepit, sehingga akan menghentikan perdarahan. Ligamen-ligamen, diafragma pelvis, serta fascia yang meregang pada waktu persalinan, secara berangsur-angsur menjadi ciut dan pulih kembali. Stabilisasi secara sempurna terjadi pada 6-8 minggu setelah persalinan.

e. Perubahan Sistem Kardiovaskuler

Setelah persalinan, shunt akan hilang tiba-tiba. Volume darah bertambah, sehingga akan menimbulkan dekompensasi kordis pada penderita vitum cordia. Hal ini dapat diatasi dengan mekanisme kompensasi dengan timbulnya hemokonsentrasi sehingga volume darah kembali seperti sediakala. Pada umumnya, hal ini terjadi pada hari ketiga sampai kelima postpartum.

f. Perubahan Tanda-tanda Vital

Pada masa nifas, tanda – tanda vital yang harus dikaji antara lain :

1) Suhu badan

Dalam 1 hari (24 jam) post partum, suhu badan akan naik sedikit ($37,50 - 38^{\circ} C$) akibat dari kerja keras waktu melahirkan, kehilangan cairan dan kelelahan. Apabila dalam keadaan normal, suhu badan akan menjadi biasa. Biasanya pada hari ketiga suhu badan naik lagi karena ada pembentukan Air Susu Ibu (ASI). Bila suhu tidak turun, kemungkinan adanya infeksi pada endometrium.

2) Nadi

Denyut nadi normal pada orang dewasa 60-80 kali per menit. Denyut nadi sehabis melahirkan biasanya akan lebih cepat. Denyut nadi yang melebihi 100x/ menit, harus waspada kemungkinan dehidrasi, infeksi atau perdarahan post partum.

3) Tekanan darah

Tekanan darah biasanya tidak berubah. Kemungkinan tekanan darah akan lebih rendah setelah ibu melahirkan karena ada perdarahan. Tekanan darah tinggi pada saat post partum menandakan terjadinya preeklamsi post partum.

4) Pernafasan

Keadaan pernafasan selalu berhubungan dengan keadaan suhu dan denyut nadi. Bila suhu nadi tidak normal, pernafasan juga akan mengikutinya, kecuali apabila ada gangguan khusus pada saluran nafas. Bila pernafasan pada masa post partum menjadi lebih cepat, kemungkinan ada tanda-tanda syok (Dewi, 2012).

g. Perawatan Puerperium

Perawatan masa puerperium Menurut Anggraeni (2010), perawatan puerperium lebih aktif dengan dianjurkan untuk melakukan mobilisasi dini (early mobilization). Perawatan mobilisasi secara dini mempunyai keuntungan, sebagai berikut:

- 1) Melancarkan pengeluaran lochea, mengurangi infeksi perineum
- 2) Memperlancar involusi alat kandungan
- 3) Melancarkan fungsi alat gastrointestinal dan alat perkemihan
- 4) Meningkatkan kelancaran peredaran darah ,sehingga mempercepat fungsi ASI pengeluaran sisa metabolisme.

4. Kebutuhan pada Masa Nifas

Menurut Setyo Retno Wulandari (2011), Ada beberapa macam kebutuhan saat nifas:

a. Nutrisi

Kebutuhan gizi pada masa nifas terutama bila menyusui akan meningkat 25% karena berguna untuk proses kesembuhan karena sehabis melahirkan dan untuk memproduksi air susu yang cukup untuk menyehatkan bayi. Semua itu akan meningkatkan tiga kali dari kebutuhan biasa. Selama menyusui ibu membutuhkan tambahan protein di atas normal sebesar 20 gram/hari. Maka dari itu ibu dianjurkan makan-makanan mengandung asam lemak omega 3 yang banyak terdapat di ikan kakap, tongkol, dan lemuru.

b. Ambulasi

Di sebut juga early ambulation. Early ambulation adalah kebijakan untuk sekelas mungkin membimbing klien keluar dari tempat tidurnya dan membimbingnya secepat mungkin berjalan. Klien sudah di perbolehkan bangun dari tempat tidur dan dalam 24-48 jam postpartum. Keuntungannya early ambulation adalah :

- 1) Klien merasa lebih baik, lebih sehat dan lebih kuat.
- 2) Faal usus dan kandung kencing lebih baik.
- 3) Dapat lebih memungkinkan dalam menggajari ibu untuk merawat atau memelihara anaknya, memandikan dan lain-lain selama ibu masih dalam perawatan.(Eka, 2014).

c. Eliminasi

1) Miksi (BAK)

Miksi di sebut normal bila dapat buang air kecil spontan setiap 3-4 jam dan ibu di usahakan dapat buang air kecil.

2) Defekasi (BAB)

Biasanya 2-3 hari post partum masih sulit buang air besar. Jika klien pada hari ketiga belum juga buang air besar maka diberikan laksan supositoria dan minum air hangat. Agar dapat buang air besar secara teratur dapat dilakukan dengan diit teratur, pemberian cairan yang banyak, makanan cukup serat,olah raga (Haryani, 2012).

d. Kebersihan diri / perineum

Mandi di tempat tidur dilakukan sampai ibu dapat mandi sendiri dikamar mandi sendiri, yang terutama di bersihkan adalah puting susu dan mammae dilanjutkan perineum

1) Perawatan perineum

Apabila setelah buang air kecil atau buang air besar perineum di bersihkan secara rutin. Caranya di mulsi dsri simpisis sampai anal sehingga tidak terjadi infeksi cara membersihkannya dengan sabun yang lembut minimal sekali sehari. Biasanya ibu merasa takut pada kemungkinan jahitan akan lepas, juga merasa sakit sehingga perineum tidak di bersihkan atau di cuci. Ibu di beri tahu caranya mengganti pembalut yaitu bagian dalamnya jangan sampai terkontaminasi oleh tangan. Pembalut yang sudah kotor harus diganti paling sedikit 4 kali dalam sehari (Mochtar, 2015)

2) Perawatan payudara

- a) Menjaga payudara tetap bersih dan kering terutama puting susu dengan menggunakan BH yang menyongkong payudara
- b) Apabila puting susu lecet oleskan colostrum atau ASI yang keluar pada sekitar puting susu setiap selesai menyusui. Menyusui tetap di lakukan di mulai dari puting yang tidak lecet.
- c) Apabila lecet sangat berat dapat diistirahatkan selama 24 jam, ASI di keluarkan dan di minumkan dengan mnenggunakan sendok.
- d) Untuk menghilangkan nyeri ibu dapat di berikan paracetamol 1 tablet setiap 4- 6 jam. Istirahat Anjurkan ibu untuk :
 - (1)Istirahat cukup untuk mengurangi kecelakaan
 - (2)Tidur siang atau istirahat saat bayi tidur
 - (3)Kembali ke kegiatan rumah tangga secara perlahan – lahan
 - (4)Menggatur kegiatannya sehingga dapat menyediakan waktu untuk istirahat pada siang kira-kira 2jam dm malam 7-8 jam. Kurang isirahat pada ibu nifas mengakibatkan :

(a) Mengurangi jumlah ASI 2) Memperlambat involusi, yang akhirnya bisa menyebabkan perdarahan

(b) Depresi (Marisah, 2011).

e. Seksual

Apabila perdarahan sudah berhenti dan episiotomy sudah sembuh maka coitus bisa dilakukan pada 3-4 minggu post-partum. Ada juga yang berpendapat bahwa coitus dapat dilakukan setelah masa nifas berdasarkan teori bahwa saat itu bekas luka plasenta baru sembuh (proses penyembuhan luka post-partum sampai dengan 6 minggu). Secara fisik aman untuk melakukan hubungan suami istri begitu darah merah berhenti dan ibu dapat memasukkan kedua jarinya kedalam vagina tanpa rasa nyeri, aman untuk melakukan hubungan suami istri (coitus).

f. Senam nifas

Senam nifas adalah senam yang dilakukan sejak hari pertama melahirkan setiap hari sampai hari ke sepuluh, terdiri dari sederetan gerakan tubuh yang dilakukan untuk mempercepat pemulihan keadaan ibu. Tujuan dilakukannya senam nifas pada ibu setelah melahirkan :

- 1) Mengurangi rasa sakit pada otot-otot
- 2) Memperbaiki perdarahan
- 3) Menggencangkan otot-otot perut dan perineum
- 4) Melancarkan pengeluaran lochea
- 5) Mempercepat involusi
- 6) Menghindarkan kelainan, misalnya : emboli, thrombosis, dll
- 7) Untuk mempercepat penyembuhan, mencegah komplikasi dan meningkatkan otot-otot punggung, pelvis dan abdomen
- 8) Kegel exercise : untuk membantu penyembuhan luka perineum
- 9) Meredakan hemoroid dan varikosis vulva
- 10) Meningankan perasaan bahwa “segala sudah berantakan
- 11) Membangkitkan kembali pengendalian atas otot-otot spinkter.

12) Memperbaiki respon seksual Manfaat senam nifas antara lain :

- a) Senam nifas membantu memperbaiki sirkulasi darah
- b) Senam nifas membantu memperbaiki sikap tubuh dan punggung setelah melahirkan
- c) Memperbaiki otot tonus
- d) Memperbaiki pelvis dan peregangan otot abdomen
- e) Memperbaiki juga memperkuat otot panggul
- f) Membantu ibu untuk lebih rileks dan segar pasca melahirkan

g. Keluarga berencana

Idealnya setelah melahirkan boleh hamil lagi setelah dua tahun. Pada dasarnya ibu tidak mengalami ovulasi selama menyusui eksklusif atau penuh enam bulan dan ibu belum mendapatkan haid (metode amenorhe laktasi). Meskipun setiap metode kontrasepsi beresiko, tetapi menggunakan kontrasepsi jauh lebih aman (Sulisetyawati, 2018)

h. Pemberian ASI

Hal – hal yang perlu diberitahukan mengenai pemberian ASI, yaitu

:

- 1) Menyusui segera setelah lahir minimal 30 menit bayi telah disusukan
- 2) Ajarkan cara menyusui yang benar.
- 3) Memberikan ASI secara penuh 6 bulan tanpa makanan lain (ASI eksklusif)
- 4) Menyusui tanpa jadwal, sesuka bayi
- 5) Di luar menyusui jangan memberikan dot / kempeng pada bayi, tapi berikan asi dengan sendok
- 6) Penyapihan bertahap meningkatkan frekuensi makanan dan menurunkan frekuensi pemberian ASI.

5. Komplikasi Pada Masa Nifas

Menurut Setyo Retno Wulanjani, 201, Mengatakan bahwa komplikasi masa nifas adalah sebagai berikut :

- a. Pendarahan Pervaginam Perdarahan pervaginam yang melebihi 300 ml setelah bersalin didefinisikan sebagai perdarahan pasca persalinan. Terdapat beberapa masalah mengenai definisi ini :
- 1) Perkiraan kehilangan darah biasanya tidak yang sebenarnya, kadang-kadang hanya setengah dari biasanya. Darah juga tersebar pada spon, handuk dan kain didalam ember dan lantai.
 - 2) Volume darah yang hilang juga bervariasi akibatnya sesuai dengan kadar hemoglobin ibu. Seorang ibu dengan kadar HB normal akan berakibat fatal pada anemia. Seseorang ibu yang sehat dan tidak anemia pun dapat mengalami akibat fatal dari kehilangan darah.
 - 3) Perdarahan dapat terjadi dengan lambat untuk jangka waktu beberapa jam dan kondisi ini dapat tidak dikenali sampai terjadi syok. Penilaian resiko pada saat antenatal tidak dapat memperkirakan akan terjadinya perdarahan pasca persalinan.
 - 4) Penanganan aktif kala III sebaiknya dilakukan pada semua wanita yang bersalin karena hal ini dapat menurunkan insiden perdarahan pasca persalinan 70 akibat atonia uteri. Semua ibu pasca bersalin fase persalinan.

b. Infeksi Masa Nifas

Infeksi nifas adalah keadaan yang mencakup semua peradangan alat-alat genitalia dalam masa nifas. Masuknya kuman dapat terjadi dalam kehamilan, waktu persalinan, dan nifas. Demam nifas adalah demam dalam masa nifas oleh sebab apa pun. Mordibitas puerpuralis adalah kenaikan suhu badan sampai 38°C atau lebih selama 2 hari dalam 10 hari pertama post-partum, kecuali pada hari pertama. Suhu diukur 4 kali secara oral. Infeksi terjadi pada vulva, vagina, dan serviks.

c. Endometritis

Endometritis adalah infeksi yang terjadi pada endometrium. Jenis infeksi ini biasanya yang paling sering terjadi. Kuman-kuman yang masuk endometrium. Biasanya pada luka bekas implantasi plasenta dan dalam waktu singkat.

d. Septicemia dan Pyemia

Ini merupakan infeksi umum yang disebabkan oleh kuman-kuman yang sangat pathogen. Infeksi ini sangat berbahaya dan tergolong 50% penyebab kematian karena infeksi.

e. Peritonitis

Peritonitis (radang selaput rongga perut) adalah peradangan yang disebabkan oleh infeksi pada selaput rongga perut (peritoneum). Infeksi nifas dapat menyebar melalui pembuluh darah di dalam uterus, langsung mencapai peritoneum dan menyebabkan peritonitis atau melalui jaringan di antara kedua lembar lamina peritoneum yang menyebabkan parametritis. Peritonitis yang tidak menjadi peritonitis umum hanya terbatas pada daerah pelvis.

f. Parametritis

Parametritis merupakan peradangan pada parametrium. Parametrium merupakan lapisan terluar yang melapisi uterus. Parametritis juga mempunyai nama lain yaitu selulitis pelvika.

g. Thrombophlebitis

Thrombophlebitis merupakan kelainan pada masa nifas yaitu masa setelah melahirkan di mana terjadi sumbatan pembuluh darah yang disebabkan oleh adanya darah yang membeku.

h. Luka perineum

Perluasan perineum pada umumnya terjadi unilateral, namun dapat juga bilateral. Perluasan pada diafragma urogenitalis dan muskulu levator ani, yang terjadi pada waktu persalinan normal atau persalinan dengan alat, dapat terjadi tanpa luka pada kulit perineum atau pada vagina, sehingga tidak kelihatan dari luar. Perluasan demikian dapat melemahkan dasar panggul, sehingga mudah terjadi prolaps genitalis.

6. Kebijakan Program Nasional Nifas

Seorang bidan pada saat memberikan asuhan kepada ibu dalam masa nifas, ada beberapa hal yang harus dilakukan, akan tetapi pemberian asuhan

kebidanan pada ibu masa nifas tergantung dari kondisi ibu sesuai dengan masa perkembangannya antara lain dalam literature saifudin (2006):

a. Kunjungan ke-1 (6-8 jam setelah persalinan)

Mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri; mendeteksi dan merawat penyebab lain perdarahan: rujuk bila perdarahan berlanjut; memberikan konseling pada ibu atau salah satu anggota keluarga bagaimana mencegah perdarahan masa nifas karena tonia uteri; pemberian ASI awal; melakukan hubungan antara ibu dan bayi baru lahir; menjaga bayi tetap sehat dengan cara 24 mencegah hipotermia; jika petugas kesehatannya menolong persalinan, ia harus tinggal dengan ibu dan bayi baru lahir untuk 2 jam pertama setelah kelahiran, atau sampai ibu dan bayi dalam keadaan sehat.

b. Kunjungan ke-2 (6 hari setelah persalinan)

Memastikan involusi uterus berjalan normal: uterus berkontraksi, fundus di bawah umbilikus, tidak ada perubahan abnormal, tidak ada bau, menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi atau makanan, cairan, dan istirahat; memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak memperlihatkan tanda-tanda penyulit; memberikan konseling pada ibu mengenai asuhan pada bayi, tali pusat, menjaga bayi tetap hangat dan merawat bayi sehari-hari.

c. Kunjungan ke-3 (2 minggu setelah persalinan), sama seperti diatas.

d. Kunjungan ke-4 (6 minggu setelah persalinan), menanyakan pada ibu tentang penyuli-penyulit yang ia atau bayi alami; memberikan konseling untuk KB secara dini.

D. BAYI BARU LAHIR

1. Pengertian Bayi Baru Lahir

Bayi baru lahir (neonatus) adalah bayi yang berusia 0-28 hari (Kementerian Kesehatan RI, 2010). Bayi baru lahir adalah bayi berusia satu jam yang lahir pada usia kehamilan 37-42 minggu dan berat badannya 2.500-4000 gram (Dewi, 2010). Bayi baru lahir atau neonatus adalah masa

kehidupan (0–28 hari), dimana terjadi perubahan yang sangat besar dari kehidupan di dalam rahim menuju luar rahim dan terjadi pematangan organ hampir pada semua sistem. Bayi hingga umur kurang satu bulan merupakan golongan umur yang memiliki risiko gangguan kesehatan paling tinggi dan berbagai masalah kesehatan bisa muncul, sehingga tanpa penanganan yang tepat bisa berakibat fatal (Kemenkes RI, 2020).

Periode ini merupakan periode yang sangat rentan terhadap suatu infeksi sehingga menimbulkan suatu penyakit. Periode ini juga masih membutuhkan penyempurnaan dalam penyesuaian tubuhnya secara fisiologis untuk dapat hidup di luar kandungan seperti sistem pernapasan, sirkulasi, termoregulasi dan kemampuan menghasilkan glukosa (Juwita & Prisusanti, 2020). Bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir dalam presentasi belakang kepala melalui vagina tanpa memakai alat (Jamil et al., 2017). Kriteria bayi normal adalah lahir dengan umur kehamilan genap 37 minggu sampai 42 minggu, dengan berat badan lahir 2500–4000 gram, panjang badan: 48–52 cm, lingkaran dada: 30– 38 cm, nilai Apgar 7–10 dan tanpa cacat bawaan (Ribek et al., 2018). Lingkar kepala bayi baru lahir yang normal adalah 34–35 cm, dimana ukuran lingkaran kepala mempunyai hubungan dengan perkembangan bayi yaitu pertumbuhan lingkaran kepala umumnya mengikuti pertumbuhan otak, sehingga bila ada hambatan/gangguan pada pertumbuhan lingkaran kepala, pertumbuhan otak juga biasanya terhambat (Ribek et al., 2013)

2. Klasifikasi bayi baru lahir

Neonatus dikelompokkan menjadi dua kelompok (Juwita & Prisusanti, 2020), yaitu:

a. Neonatus menurut masa gestasinya Masa gestasi atau dapat disebut dengan umur kehamilan merupakan waktu dari konsepsi yang dihitung dari ibu hari pertama haid terakhir (HPHT) pada ibu sampai dengan bayi lahir (Novieastari et al., 2020).

1) Bayi kurang bulan: bayi yang lahir 294 hari (>42 minggu).

2) Bayi cukup bulan: bayi yang lahir antara 259–293 hari (37 minggu–42 minggu).

3) Bayi lebih bulan: bayi yang lahir >294 hari (>42 minggu).

b. Neonatus menurut berat badan saat lahir , Bayi lahir ditimbang berat badannya dalam satu jam pertama jika bayi lahir di fasilitas kesehatan dan jika bayi lahir di rumah maka penimbangannya dilakukan dalam waktu 24 jam pertama setelah kelahiran (Novieastari et al., 2020).

1) Bayi berat badan lahir rendah: bayi yang lahir dengan berat badan <2,5 kg

2) Bayi berat badan lahir cukup: bayi yang lahir dengan berat badan antara 2,5 kg–4 kg.

3) Bayi berat badan lahir lebih: bayi yang lahir dengan berat badan >4 kg

3. Lingkup Neonatus Normal

Menurut Depkes RI (2014), asuhan segera, aman dan bersih untuk bayi baru lahir ialah:

a. Pencegahan infeksi

Bayi baru lahir sangat rentan terhadap infeksi yang disebabkan oleh paparan atau kontaminasi mikroorganisme selama proses persalinan berlangsung maupun beberapa saat setelah lahir. Sebelum menangani bayi baru lahir, pastikan penolong persalinan telah melakukan upaya pencegahan infeksi sebagai berikut:

1) Cuci tangan dengan seksama sebelum dan setelah bersentuhan dengan bayi.

2) Pakai sarung tangan bersih pada saat menangani bayi yang belum dimandikan.

3) Pastikan semua peralatan dan bahan yang digunakan bersih.

4) Pastikan semua pakaian, handuk, selimut kain yang digunakan untuk bayi, sudah dalam keadaan bersih.

b. Penilaian awal

Segera setelah lahir, letakkan bayi diatas kain bersih dan kering yang disiapkan pada perut ibu lakukan penilaian awal dengan menjawab 2 pertanyaan antara lain:

- 1) Apakah bayi menangis kuat dan atau bernafas tanpa kesulitan ?
- 2) Apakah bayi bergerak dengan aktif atau lemas?

Jika bayi bernafas atau bernafas megap-megap atau lemah maka segera lakukan tindakan resusitasi bayi baru lahir.

c. Pencegahan kehilangan panas.

Bayi baru lahir dapat kehilangan panas tubuhnya melalui cara berikut:

- 1) Evaporasi adalah jalan utama bayi kehilangan panas. Kehilangan panas dapat terjadi kerana adanya penguapan cairan ketuban pada permukaan tubuh oleh panas tubuh bayi sendiri. Ini dikarenakan setelah lahir tubuh bayi tidak segera dikeringkan dan diselimuti.
- 2) Konduksi adalah kehilangan panas tubuh melalui kontak langsung antara tubuh bayi dengan permukaan yang dingin.
- 3) Konveksi adalah kehilangan panas tubuh yang terjadi saat bayi terpapar udara sekitar yang lebih dingin. Bayi yang dilahirkan atau ditempatkan didalam ruangan yang dingin akan cepat mengalami kehilangan panas.
- 4) Radiasi adalah kehilangan panas yang terjadi karena bayi berada didekat benda-benda yang mempunyai suhu tubuh lebih rendah dan suhu tubuh bayi. Bayi bisa kehilangan panas dengan cara ini karena benda- benda tersebut menyerap radiasi panas tubuh bayi. Cara mencegah kehilangan panas melalui upaya sebagai berikut:
 - a) Keringkan tubuh bayi tanpa membersihkan verniks
 - b) Letakkan bayi agar terjadi kontak kulit ibu ke kulit bayi
 - c) Selimuti ibu dan bayi dan pakaikan topi dikepala bayi
 - d) Jangan segera menimbang atau memandikan bayi baru lahir
 - e) Tempatkan bayi di lingkungan yang hangat

d. Pemotongan dan perawatan tali pusat

Setelah penilaian sepiantas dan tidak ada tanda asfiksia pada bayi, dilakukan manajemen bayi baru lahir normal dengan mengeringkan bayi mulai dari muka, kepala, dan bagian tubuh lainnya kecuali bagian tangan tanpa membersihkan verniks, kemudian bayi diletakkan di atas dada atau perut ibu. Setelah pemberian oksitosin pada ibu, lakukan pemotongan tali pusat dengan satu tangan melindungi perut bayi. Perawatan tali pusat adalah dengan tidak membungkus tali pusat atau mengoleskan cairan/bahan apa pun pada tali pusat (Kementerian Kesehatan RI, 2013).

Perawatan rutin untuk tali pusat adalah selalu cuci tangan sebelum memegangnya, menjaga tali pusat tetap kering dan terpapar udara, membersihkan dengan air, menghindari dengan alkohol karena menghambat pelepasan tali pusat, dan melipat popok di bawah umbilikus (Lissauer, 2013)

e. Inisiasi Menyusu Dini (IMD)

Setelah bayi lahir dan tali pusat dipotong, segera letakkan bayi tengkurap di dada ibu, kulit bayi kontak dengan kulit ibu untuk melaksanakan proses IMD selama 1 jam. Biarkan bayi mencari, menemukan puting, dan mulai menyusu. Sebagian besar bayi akan berhasil melakukan IMD dalam waktu 60-90 menit, menyusu pertama biasanya berlangsung pada menit ke- 45-60 dan berlangsung selama 10-20 menit dan bayi cukup menyusu dari satu payudara (Kementerian Kesehatan RI, 2013).

Jika bayi belum menemukan puting ibu dalam waktu 1 jam, posisikan bayi lebih dekat dengan puting ibu dan biarkan kontak kulit dengan kulit selama 30- 60 menit berikutnya. Jika bayi masih belum melakukan IMD dalam waktu 2 jam, lanjutkan asuhan perawatan neonatal esensial lainnya (menimbang, pemberian vitamin K, salep mata, serta pemberian gelang pengenal) kemudian dikembalikan lagi kepada ibu untuk belajar menyusu (Kementerian Kesehatan RI, 2013).

f. Pencegahan kehilangan panas

Melalui tunda mandi selama 6 jam, kontak kulit bayi dan ibu serta menyelimuti kepala dan tubuh bayi (Kementerian Kesehatan RI, 2013).

g. Pemberian salep mata/tetes mata

Pemberian salep atau tetes mata diberikan untuk pencegahan infeksi mata. Beri bayi salep atau tetes mata antibiotika profilaksis (tetrasiklin 1%, oxytetrasiklin 1% atau antibiotika lain). Pemberian salep atau tetes mata harus tepat 1 jam setelah kelahiran. Upaya pencegahan infeksi mata tidak efektif jika diberikan lebih dari 1 jam setelah kelahiran (Kementerian Kesehatan RI, 2013).

h. Pencegahan perdarahan

Melalui penyuntikan vitamin K1 dosis tunggal di paha kiri Semua bayi baru lahir harus diberi penyuntikan vitamin K1 (Phytomenadione) 1 mg intramuskuler di paha kiri, untuk mencegah perdarahan BBL akibat defisiensi vitamin yang dapat dialami oleh sebagian bayi baru lahir (Kementerian Kesehatan RI, 2010). Pemberian vitamin K sebagai profilaksis melawan hemorrhagic disease of the newborn dapat 76 diberikan dalam suntikan yang memberikan pencegahan lebih terpercaya, atau secara oral yang membutuhkan beberapa dosis untuk mengatasi absorpsi yang bervariasi dan proteksi yang kurang pasti pada bayi (Lissauer, 2013). Vitamin K dapat diberikan dalam waktu 6 jam setelah lahir (Lowry, 2014).

i. Pemberian imunisasi Hepatitis B (HB 0) dosis tunggal di paha kanan

Imunisasi Hepatitis B diberikan 1-2 jam di paha kanan setelah penyuntikan vitamin K1 yang bertujuan untuk mencegah penularan Hepatitis B melalui jalur ibu ke bayi yang dapat menimbulkan kerusakan hati (Kementerian Kesehatan RI, 2010).

j. Pemeriksaan Bayi Baru Lahir (BBL)

Pemeriksaan BBL bertujuan untuk mengetahui sedinimungkin kelainan pada bayi. Bayi yang lahir di fasilitas kesehatan dianjurkan tetap berada di fasilitas tersebut selama 24 jam karena risiko terbesar kematian

BBL terjadi pada 24 jam pertama kehidupan. saat kunjungan tindak lanjut (KN) yaitu 1 kali pada umur 1- 3 hari, 1 kali pada umur 4-7 hari dan 1 kali pada umur 8-28 hari (Kementerian Kesehatan RI, 2010).

k. Pemberian ASI eksklusif

ASI eksklusif adalah pemberian ASI tanpa makanan dan minuman tambahan lain pada bayi berusia 0-6 bulan dan jika memungkinkan dilanjutkan dengan pemberian ASI dan makanan pendamping sampai usia 2 tahun. Pemberian ASI eksklusif mempunyai dasar hukum yang diatur dalam SK Menkes Nomor 450/Menkes/SK/IV/2004 tentang pemberian ASI Eksklusif pada bayi 0-6 bulan. Setiap bayi mempunyai hak untuk dipenuhi kebutuhan dasarnya seperti Inisiasi Menyusu Dini (IMD), ASI Eksklusif, dan imunisasi serta pengamanan dan perlindungan bayi baru lahir dari upaya penculikan dan perdagangan bayi.

4. Tanda – tanda bahaya bayi baru lahir (BBL) dan Neonatus

Beberapa tanda bahaya pada bayi baru lahir harus diwaspadai, dideteksi lebih dini untuk segera dilakukan penanganan agar tidak mengancam nyawa bayi. Menurut Dewi (2012), beberapa tanda bahaya pada bayi baru lahir tersebut, antara lain:

- a. Pernafasan sulit atau lebih dari 60 kali permenit.
- b. Retraksi dada saat inspirasi.
- c. Suhu terlalu panas lebih dari 38 derajat selsius, terlalu dingin atau kurang dari 36 derajat selsius.
- d. Warna abnormal yaitu kulit atau bibir biru atau pucat, memar atau sangat kuning (terutama pada 24 jam pertama)
- e. Gangguan pada gastrointestinal bayi seperti: mekonium tidak keluar setelah 3 hari pertama kelahiran, urine tidak keluar dalam 24 jam pertama, muntah terus-menerus, distensi abdomen, feses hijau atau berlendir atau berdarah.
- f. Bayi menggigil lemas, mengantuk, lunglai, kejang-kejang halus, tidak tenang, menangis terus-menerus, mata bengkak dan mengeluarkan cairan.

5. Pelayanan Kesehatan Neonatus

Menurut pedoman Kemenkes RI (2010), pelayanan kesehatan neonatus adalah pelayanan kesehatan sesuai standar yang diberikan oleh tenaga kesehatan yang kompeten kepada neonatus sedikitnya 3 kali, selama periode 0 sampai dengan 28 hari setelah lahir, baik di fasilitas kesehatan maupun melalui kunjungan rumah

- a. Kunjungan neonatal ke-1 (KN 1) dilakukan pada kurun waktu 6-48 jam setelah lahir.
- b. Kunjungan neonatal ke-2 (KN 2) dilakukan pada kurun waktu hari ke 3 sampai dengan hari ke 7 setelah lahir.
- c. Kunjungan neonatal ke-3 (KN 3) dilakukan pada kurun waktu hari ke 8 sampai dengan hari ke 28 hari setelah lahir.

1) Kunjungan Neonatal hari ke 1 (KN 1)

- a) Untuk bayi yang lahir di fasilitas kesehatan pelayanan dapat dilakukan sebelum bayi pulang dari fasilitas kesehatan (lebih dari 24 jam).
- b) Untuk bayi yang lahir dirumah, bila bidan meninggalkan bayi sebelum 24 jam, maka pelayanan dilaksanakan pada 6-24 jam setelah lahir.

Hal-hal yang dilaksanakan:

- (1) Jaga kehangatan tubuh bayi.
- (2) Berikan air susu ibu (ASI) eksklusif.
- (3) Cegah infeksi.
- (4) Rawat tali pusat

2) Kunjungan neonatal hari ke 2-6

Pada hari 2-6 setelah lahir, ada hal yang perlu diperhatikan dalam asuhan pada bayi, yaitu sebagai berikut:

a) Minum

Pastikan bayi diberi minum sesegera mungkin setelah lahir (dalam waktu 30 menit) atau dalam 3 jam setelah masuk rumah

sakit, kecuali apabila pemberian minum harus ditunda karena masalah tertentu.

Air susu ibu (ASI) merupakan makanan yang terbaik bagi bayi. Air susu ibu (ASI) diketahui mengandung zat gizi yang paling sesuai untuk pertumbuhan dan perkembangan bayi, baik kualitas maupun kuantitasnya. Berikan air susu ibu (ASI) sesering mungkin sesuai dengan keinginan ibu (jika payudara sudah penuh) yaitu setiap 2-3 jam (paling sedikit setiap 4 jam), bergantian antara payudara kiri dan kanan.

Anjurkan ibu memberikan air susu ibu (ASI) eksklusif. Berikan air susu ibu (ASI) saja (ASI eksklusif) sampai bayi berusia 6 bulan. Selanjutnya pemberian air susu ibu (ASI) diberikan hingga anak berusia 2 tahun, dengan penambahan makanan lunak atau padat yang disebut makanan pendamping ASI (MP-ASI). Banyak sekali keuntungan yang diperoleh dari air susu ibu (ASI). Tidak saja dalam keuntungan pertumbuhan dan perkembangan bayi, tetapi juga hubungan kasih sayang antara ibu dan bayi yang akan memberikan dukungan sangat besar terhadap terjadinya proses pembentukan emosi positif pada anak, dan berbagai keuntungan bagi ibu.

b) Buang Air Besar (BAB)

Kotoran yang dikeluarkan bayi baru lahir pada hari pertama kehidupannya adalah berupa mekoneum. Warna mekoneum adalah hijau kehitaman, terdiri atas: mukus, sel epitel, cairan amnion yang tertelan, asa lemak dan pigmen empedu. Mekoneum dikeluarkan seluruhnya 2-3 hari setelah lahir. Pada hari 4-5 warna feses bayi berubah menjadi kuning.

Frekuensi buang air besar (BAB) bayi sedikitnya sekali dalam sehari. Pemberian air susu ibu (ASI) cenderung membuat frekuensi buang air besar (BAB) bayi lebih sering. Pada hari ke 4-5 produksi air susu ibu (ASI) sudah banyak maka bayi akan air susu

ibu (BAB) 5 kali atau lebih dalam sehari. Tapi saat bayi berumur 3-4 minggu frekuensi berkurang menjadi satu kali dalam sehari. Sedangkan bayi yang diberikan susu formula akan lebih sering BAB, tetapi lebih cenderung mengalami konstipasi.

c) Buang Air Kecil (BAK)

Bayi baru lahir harus sudah buang air kecil (BAK) dalam waktu 24 jam setelah lahir. Hari selanjutnya bayi akan buang air kecil (BAK) sebanyak 6-8 kali atau hari. Pada awalnya volume urine bayi sebanyak 20-30 ml/hari, meningkat menjadi 100-200 ml/hari. Pada akhir minggu pertama. Warna urine keruh atau merah muda dan berangsur-angsur jernih karena intake cairan meningkat.

d) Tidur

Memasuki bulan pertama kehidupan, bayi baru lahir hanya menghabiskan waktunya untuk tidur. Macam tidur bayi adalah tidur aktif atau tidur ringan atau tidur lelap. Pada siang hari hanya 15% waktu digunakan bayi dalam keadaan terjaga, yaitu untuk menangis, gerakan motorik, sadar dan mengantuk. Sisa waktu yang 85% lainnya digunakan bayi untuk tidur.

E. Keluarga Berencana

1. Pengertian Akseptor

Peserta KB (akseptor) adalah pasangan usia subur (PUS) dimana salah seorang menggunakan salah satu cara atau alat kontrasepsi untuk tujuan mencegah kehamilan, baik melalui program maupun non program. PUS adalah pasangan suami isteri yang masih berpotensi untuk mempunyai keturunan atau biasanya ditandai dengan belum datangnya masa menopause (berhenti menstruasi bagi isteri) (BKKBN, 2016).

2. Pengertian Kontrasepsi

Keluarga berencana adalah usaha untuk mengukur jumlah dan jarak anak yang diinginkan. Agar dapat mencapai hal tersebut, maka dibuatlah beberapa cara atau alternative untuk mencegah ataupun menunda

kehamilan. Cara-cara tersebut termasuk kontrasepsi atau pencegahan kehamilan dan perencanaan keluarga (Erni., dkk, 2022).

Selain definisi tersebut masih ada beberapa definisi lain tentang KB dalam buku Pelayanan Keluarga Berencana karangan (Slistyawati, 2016) yaitu:

- a. Menurut undang-undang No. 10/ 1992 KB adalah upaya peningkatan kepedulian dalam mewujudkan keluarga kecil yang bahagia sejahtera.
- b. Menurut WHO KB adalah tindakan yang membantu individu atau pasutri untuk mendapatkan obyektif-obyektif tertentu, menghindari kehamilan yang tidak diinginkan, mendapatkan kelahiran yang diinginkan, mengatur interval diantara kehamilan, dan menentukan jumlah anak dalam keluarga

3. Tujuan Menggunakan Alat Kontrasepsi

Dari buku (Erni., dkk, 2022), tujuan dari penggunaan alat kontrasepsi yaitu:

- a. Menunda
- b. Menjarakkan
- c. Mengakhiri

4. Macam – Macam Kontrasepsi

Menurut Mulyani (2013) ada beberapa macam metode kontrasepsi yaitu:

- a. Metode Keluarga Berencana Alamiah (KBA)
- b. Metode kalender
- c. Metode suhu basal
- d. Metode senggama terputus
- e. Metode barrier
 - 1) Diafragma
 - 2) Spermisida
- f. Kondom
- g. Kontrasepsi pil
 - 1) Mini pil (Progesteron).
 - 2) Pil kombinasi (progesteron dan estrogen)

- h. Kondom
 - i. Kontrasepsi Suntik
 - 1) Suntik kombinasi (suntik satu bulan)
 - 2) Suntik tri bulan atau progestin
 - j. Kontrasepsi Intra Uterine Device (IUD)
 - k. Kontrasepsi Implant (mengandung hormon progesteron)
 - l. Kontrasepsi mantap
 - 1) Tubektomi (MOW)
 - 2) Vasektomi (MOP)
5. Cara kerja kontrasepsi

Dari buku (Jalilah & Prapitasari, 2021), cara kerja macam- macam KB sebagai berikut :

a. Implant

- 1) Hormon yang terdapat pada implant dilepaskan secara perlahan-lahan dan mengentalkan lendir pada mulut rahim sehingga menghambat pergerakan sperma. Hal ini membuat kemungkinan sperma bertemu sel telur lebih kecil dan tidak terjadi
- 2) Selain hormon itu juga mengganggu pembentukan lapisan pada dinding rahim atau endometrium. Sehingga sel telur yang sudah dibuahi sulit menempel pada dinding rahim dan kehamilan tidak terjadi.

b. Suntik 3 bulan

- 1) Mencegah pelepasan sel telur dari indung telur
- 2) Mengentalkan lendir leher rahim sehingga dapat mengganggu pertemuan antara sperma dan sel telur

c. Suntik 1 bulan

- 1) Mencegah pelepasan sel telur dari indung telur
- 2) Mengentalkan lendir leher rahim sehingga dapat mengganggu pertemuan antara sperma dan sel telur.

d. IUD

- 1) Menghambat sperma untuk masuk ke saluran sel telur

- 2) Mencegah sperma dan sel telur bertemu sehingga tidak terjadi kehamilan
- 3) Membuat sperma sulit masuk ke dalam alat reproduksi perempuan dan mengurangi kemampuan sperma untuk melakukan pembuahan.

e. Pil kb kombinasi

- 1) Mencegah pelepasan sel telur dari indung telur
- 2) Mengentalkan lendir leher rahim sehingga dapat mengganggu pertemuan antara sperma dan sel telur

f. Mini pil

- 1) Mencegah pelepasan sel telur dari indung telur
- 2) Mengentalkan lendir leher rahim sehingga dapat mengganggu pertemuan antara sperma dan sel telur

g. Kondom

- 1) Menghalangi agar sperma tidak memasuki vagina sehingga mencegah kehamilan
- 2) Menghalangi masuknya bakteri, virus atau jamur masuk ke vagina sehingga mencegah penularan infeksi menular seksual dan HIV
- 3) Kondom hanya untuk satu kali pakai.

6. Kontrasepsi Suntik Tiga Bulan

a. Pengertian

Kontrasepsi adalah pencegahan terbuahnya sel telur oleh sel sperma (konsepsi) atau pencegahan menempelnya sel telur yang telah dibuahi ke dinding rahim (Irianto, 2014). Kontrasepsi hormonal adalah alat bantu atau obat kontrasepsi yang bertujuan untuk mencegah terjadinya konsepsi sebagai akibat pertemuan antara sel telur yang matang dengan sel sperma dengan menggunakan alat atau obat-obatan dimana bahan bakunya mengandung preparat estrogen dan progesterone (Marmi, 2016).

Kontrasepsi suntik adalah alat kontrasepsi berupa cairan yang berisi hormone progesterone yang disuntikan ke tubuh wanita secara periodik (1 bulan atau 3 bulan sekali) (Irianto, 2014).

Kontrasepsi suntik adalah alat kontrasepsi berupa cairan yang disuntikan kedalam tubuh wanita secara periodik dan mengandung hormonal, kemudian masuk kedalam pembuluh darah diserap sedikit demi sedikit oleh tubuh yang berguna untuk mencegah timbulnya kehamilan (Marmi, 2016).

Berdasarkan pengertian diatas maka dapat disimpulkan kontrasepsi adalah alat yang digunakan untuk mencegah, menghambat dan menjarangkan terjadinya kehamilan.

Tersedia jenis Kontrasepsi suntikan yang hanya mengandung progestin yaitu Depoprovera mengandung 150 Mili Gram (mg) Depo Medroxy Progesterone Asetat (DMPA), yang diberikan setiap tiga bulan dengan cara disuntikan intramuscular (Marmi, 2016).

b. Mekanisme Kerja Kontrasepsi Suntik

1) Primer : Mencegah ovulasi

Kadar Follicle Stimulating Hormone (FSH) dan Luteinizing Hormon (LH) menurun dan tidak terjadi sentakan Luteinizing Hormon (LH surge). Respon kelenjar hypophyse terhadap gonadotropin releaseing hormone eksogenous tidak berubah, sehingga memberi kesan proses terjadi di hipotalamus daripada di kelenjar hypophyse. Ini berbeda dengan Pil Oral Kombinasi (POK), yang tampaknya menghambat ovulasi melalui efek langsung pada kelenjar hypophyse. Penggunaan kontrasepsi suntikan tidak menyebabkan keadaan hopi-estrogenik (Prawirohardjo, 2011).

Pada pemakaian Depo Medroxy Progesterone Asetat (DMPA), endometrium menjadi dangkal dan atrofis dengan kelenjar-kelenjar yang tidak aktif. Sering stroma menjadi oedematous. Dengan pemakaian jangka lama, endometrium dapat menjadi sedemikian sedikitnya, sehingga tidak didapatkan atau hanya didapatkan sedikit sekali jaringan bisa dilakukan biopsi. Tetapi perubahan-perubahan tersebut akan kembali menjadi normal dalam waktu 90 hari setelah suntikan Depo Medroxy Progesterone Asetat (DMPA) yang terakhir (Prawirohardjo, 2011).

2) Sekunder

Mekanisme kerja KB suntik progestin meliputi :

1. Lendir servik menjadi kental dan sedikit, sehingga merupakan barrier terhadap spermatozoa.
2. Membuat endometrium menjadi kurang baik/layak untuk implantasi ovum yang telah dibuahi.
3. Mungkin mempengaruhi kecepatan transport ovum didalam tuba fallopi (Prawirohardjo, 2011).

c. Efektivitas

Kontrasepsi suntik progestin memiliki efektivitas tinggi yaitu 0,3 kehamilan per 100 perempuan per tahun, asalkan penyuntikannya dilakukan secara teratur sesuai jadwal yang telah ditentukan. Tingginya minat pemakaian alat kontrasepsi ini oleh karena murah, aman, sederhana, efektif dan dapat dipakai pada pasca persalinan (Marmi, 2016).

d. Keuntungan Kontrasepsi Suntik Progestin

Ada beberapa keuntungan dari penggunaan kontrasepsi suntik progestin diantaranya adalah :

- 1) Sangat efektif.
- 2) Pencegahan kehamilan jangka panjang.
- 3) Tidak berpengaruh pada hubungan suami istri.
- 4) Tidak mengandung estrogen sehingga tidak berdampak serius pada penyakit jantung dan gangguan pembekuan darah.
- 5) Tidak memiliki pengaruh terhadap Air Susu Ibu (ASI).
- 6) Klien tidak perlu menyimpan pil.
- 7) Dapat digunakan oleh perempuan >35 tahun sampai perimenopause.
- 8) Membantu mencegah kanker endometrium dan kehamilan ektopik.
- 9) Menurunkan kejadian penyakit jinak payudara.
- 10) Mencegah beberapa penyebab penyakit radang panggul.
- 11) Menurunkan krisis anemia bulan sabit (Marmi, 2016).

e. Kerugian Kontrasepsi Suntik Progestin

Ada beberapa kerugian dari penggunaan kontrasepsi suntik progestin diantaranya adalah :

- 1) Sering ditemukan gangguan haid.
- 2) Klien sangat bergantung pada tempat sarana pelayanan kesehatan.
- 3) Tidak dapat dihentikan sewaktu-waktu sebelum suntikan berikutnya.
- 4) Permasalahan kenaikan berat badan merupakan efek samping tersering.
- 5) Tidak menjamin perlindungan terhadap penularan infeksi menular seksual, hepatitis B maupun Human Immuno Deficiency Virus (HIV).
- 6) Terlambatnya kesuburan setelah penghentian pemakaian.
- 7) Terlambat kembalinya kesuburan bukan karena terjadinya kerusakan/kelainan pada organ melainkan karena belum habisnya pelepasan obat suntikan.
- 8) Terjadinya perubahan lipid serum pada penggunaan jangka panjang.
- 9) Pada penggunaan jangka panjang dapat menimbulkan kekeringan pada vagina, menurunkan libido, sakit kepala, nervositas dan jerawat (Marmi, 2016).

f. Yang boleh menggunakan KB suntik progestin

Yang boleh untuk menggunakan kontrasepsi suntik progestin adalah :

- 1) Usia reproduksi.
- 2) Setelah melahirkan.
- 3) Menghendaki kontrasepsi jangka panjang.
- 4) Menyusui dan membutuhkan kontrasepsi yang sesuai.
- 5) Menggunakan obat untuk epilepsi (Fenitoin dan Barbiurat) atau obat tuberkolosis (Rifampisin).
- 6) Setelah abortus atau keguguran.
- 7) Tekanan darah $>180/110$ mmHg, dengan masalah pembekuan darah atau anemia bulan sabit.
- 8) Mendekati usia menopause yang tidak mau atau tidak boleh menggunakan pil kontrasepsi kombinasi.
- 9) Sering lupa menggunakan pil kontrasepsi.

10) Tidak dapat menggunakan kontrasepsi estrogen (Marmi, 2016).

g. Yang tidak boleh menggunakan KB suntik progestin

Yang tidak boleh untuk menggunakan kontrasepsi suntik progestin adalah :

- 1) Hamil atau dicurigai hamil.
- 2) Perdarahan pervaginam yang belum jelas penyebabnya.
- 3) Menderita kanker payudara atau riwayat kanker payudara dan diabetes dengan komplikasi.

h. Efek samping KB suntik progestin

Efek samping yang paling sering terjadi dari penggunaan kontrasepsi suntik adalah gangguan haid seperti amenorrhea, spotting dan metrorrhagia. Pola haid yang normal dapat menjadi amenorrhea, perdarahan tidak teratur, perdarahan bercak, perdarahan dalam frekuensi yang lama. Efek pada pola haid tergantung pada lama pemakaian. Perdarahan intermenstrual dan perdarahan bercak berkurang dengan jalannya waktu, sedangkan kejadian amenorrhea bertambah besar. Insiden yang tinggi dari amenorrhea diduga berhubungan dengan atropi endometrium. Sedangkan sebab-sebab dari perdarahan tidak teratur masih belum jelas dan nampaknya tidak ada hubungan dengan perubahan-perubahan kadar hormon. Depo Medroxy Progesterone Asetat (DMPA) lebih sering menyebabkan perdarahan (Marmi, 2016).

Pada akseptor KB suntik Depo Medroxy Progesterone Asetat (DMPA) dengan gangguan haid berupa amenorrhea disebabkan oleh progesterone dalam komponen Depo Medroxy Progesterone Asetat (DMPA) menekan Luteinizing Hormone (LH). Meningkatnya Depo Medroxy Progesterone Asetat (DMPA) dalam darah akan menghambat Luteinizing Hormone (LH), perkembangan folikel dan ovulasi selama beberapa bulan, selain itu Depo Medroxy Progesterone Asetat (DMPA) juga mempengaruhi penurunan Gonadotropin Releasing Hormone (GnRH) dari hipotalamus yang menyebabkan pelepasan Follicle Stimulating Hormone (FSH) dan Luteinizing Hormone (LH) dari hipofisis anterior berkurang

penurunan Follicle Stimulating Hormone (FSH) akan menghambat perkembangan folikel sehingga tidak terjadinya ovulasi atau pembuahan. Pada pemakaian Depo Medroxy Progesterone Asetat (DMPA) menyebabkan endometrium menjadi dangkal dan atrofis dengan kelenjar-kelenjar yang tidak aktif sehingga membuat endometrium menjadi kurang baik atau layak untuk implantasi dari ovum yang telah dibuahi (Hartanto, 2010).

Efek samping yang paling umum dari penggunaan KB suntik mulai dari tidak haid selama beberapa bulan hingga terjadi perdarahan hebat, hal ini terjadi karena perubahan hormon setelah dilakukan suntik KB. Sekitar 50 persen wanita akan berhenti mengalami menstruasi sebagai dampak dari suntik KB. Periode menstruasi akan kembali saat tidak lagi menggunakan suntik KB ini. Bagi para wanita yang berhenti mengalami haid biasanya akan mengalami perdarahan hanya dengan bercak-bercak yang keluar secara tiba-tiba. Efek perubahan ini adalah efek yang wajar, bukan sesuatu yang berbahaya (Setiaji, 2018).

i. Waktu mulai menggunakan KB suntik Progestin

Waktu penggunaan kontrasepsi suntik progestin adalah :

- a. Setiap saat selama siklus haid selama akseptor tidak haid.
- b. Mulai hari pertama sampai ke-7 siklus haid.
- c. Pada ibu yang tidak haid, suntikan pertama dapat diberikan setiap saat, asalkan ibu tidak hamil. Selama tujuh hari setelah suntikan tidak boleh berhubungan seksual.
- d. Ibu yang menggunakan kontrasepsi hormonal lain dan ingin mengganti dengan kontrasepsi suntikan. Bila ibu tidak hamil, suntikan pertama dapat segera diberikan atau tidak perlu menunggu sampai haid berikutnya datang.

Bila ibu sedang menggunakan kontrasepsi suntikan jenis lain dan ingin mengganti dengan kontrasepsi suntikan yang lain lagi, kontrasepsi suntikan yang akan diberikan dimulai pada saat jadwal kontrasepsi suntikan berikutnya (Marmi, 2016).

F. Standar Asuhan Kebidanan Dan Dasar Hukum Wewenang Bidan

Standar pelayanan Kebidanan digunakan untuk menentukan kompetensi yang diperlukan bidan dalam menjalankan praktik sehari-hari. Standar Pelayanan Kebidanan juga dapat digunakan untuk menilai mutu pelayanan, menyusun rencana diklat bidan, dan pengembangan kurikulum bidan (Kemenkes, 2014).

Standar 3 : Identifikasi ibu hamil

Bidan melakukan kunjungan rumah dengan berinteraksi dengan masyarakat secara berkala untuk memberikan penyuluhan dan memotivasi ibu, suami dan anggota keluarganya agar mendorong ibu untuk memeriksakan kehamilannya sejak dini dan secara teratur (Syafrudin, Hamidah, 2017).

Standar 4 : Pemeriksaan dan pemantauan antenatal

Bidan memberikan sedikitnya 4 kali pelayanan antenatal. Pemeriksaan meliputi anamnesa dan pemantauan ibu dan janin dengan seksama untuk menilai apakah perkembangan berlangsung normal. Bidan juga harus mengenal kehamilan resti/kelainan, khususnya anemia, kurang gizi, hipertensi, PMS/ infeksi HIV, memberikan pelayanan imunisasi , nasehat dan penyuluhan kesehatan serta tugas terkait lainnya yang diberikan oleh puskesmas. Mereka harus mencatat data yang tepat pada setiap kunjungan. Bila ditemukan kelainan, mereka harus mampu mengambil tindakan yang diperlukan dan merujuknya untuk tindakan selanjutnya (Syafrudin, Hamidah, 2017).

Standar 5 : Palpasi Abdominal

Bidan melakukan pemeriksaan abdominal secara seksama dan melakukan palpasi untuk memperkirakan usia kehamilan, serta bila umur kehamilan bertambah, memeriksa posisi, bagian terendah janin dan masuknya kepala janin kedalam rongga panggul, untuk mencari kelainan serta melakukan rujukan tepat waktu (Syafrudin, Hamidah, 2017).

Standar 6 : Pengelolaan anemia pada kehamilan

Bidan melakukan tindakan pencegahan, penemuan, penanganan dan rujukan semua kasus anemia pada kehamilan sesuai dengan ketentuan yang berlaku (Syafrudin, Hamidah, 2017).

Standar 7 : Pengelolaan Dini Hipertensi pada Kehamilan

Bidan menemukan secara dini setiap kenaikan tekanan darah pada kehamilan dan mengenali tanda-tanda serta gejala preeklamsia, serta mengambil tindakan yang tepat dan merujuknya (Syafrudin, Hamidah, 2017).

Standar 8 : Persiapan persalinan

Bidan memberikan saran yang tepat kepada ibu hamil, suami serta keluarganya pada trimester ketiga, untuk memastikan bahwa persiapan persalinan yang bersih dan aman serta suasana yang menyenangkan akan direncanakan dengan baik, disamping persiapan transportasi dan biaya untuk merujuk, bila terjadi keadaan gawat darurat. Bidan hendaknya melakukan kunjungan rumah untuk hal ini (Syafrudin, Hamidah, 2017).

Berdasarkan undang-undang kebidanan Nomor 4 tahun 2019 tentang izin dan penyelenggaraan praktik bidan.

1. Pasal 46

Dalam menyelenggarakan Praktik Kebidanan, Bidan memiliki tugas dan wewenang dalam memberikan pelayanan yang meliputi:

- a. Pelayanan kesehatan ibu, Pelayanan kesehatan anak, pelayanan kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana.
- b. pelaksanaan tugas berdasarkan pelimpahan wewenang.
- c. pelaksanaan tugas dalam keadaan keterbatasan tertentu.
- d. Tugas Bidan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat dilaksanakan secara bersama atau sendiri.
- e. Pelaksanaan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan secara bertanggung jawab dan akuntabel.

2. Pasal 47

Dalam menyelenggarakan Praktik Kebidanan, Bidan dapat berperan sebagai:

- a. Pemberi Pelayanan Kebidanan, pengelola Pelayanan Kebidanan, penyuluh dan konselor.
- b. Pendidik, pembimbing, dan fasilitator klinik, penggerak peran serta masyarakat dan pemberdayaan perempuan. peneliti.

- c. Peran Bidan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

3. Pasal 49

Dalam menjalankan tugas memberikan pelayanan kesehatan ibu sebagaimana dimaksud dalam Pasal 46 ayat (1) huruf a, Bidan berwenang:

- a. Memberikan Asuhan Kebidanan pada masa sebelum hamil.
- b. Memberikan Asuhan Kebidanan Pada Masa Kehamilan Normal.
- c. Memberikan Asuhan Kebidanan Pada Masa Persalinan Dan Menolong Persalinan Normal.
- d. Memberikan Asuhan Kebidanan Pada Masa Nifas.
- e. Melakukan Pertolongan Pertama Kegawatdaruratan Ibu Hamil, Bersalin, Nifas, Dan Rujukan.
- f. Melakukan Deteksi Dini Kasus Risiko Dan Komplikasi Pada Masa Kehamilan, Masa Persalinan, Pascapersalinan, Masa Nifas, Serta Asuhan Pasca keguguran dan dilanjutkan dengan rujukan.

4. Pasal 61

Bidan dalam melaksanakan Praktik Kebidanan berkewajiban:

- a. Memberikan Pelayanan Kebidanan Sesuai Dengan Kompetensi, Kewenangan, Dan Mematuhi Kode Etik, Standar Profesi, Standar Pelayanan Profesi, Standar Prosedur Operasional.
- b. Memberikan Informasi Yang Benar, Jelas, Dan Lengkap Mengenai Tindakan Kebidanan Kepada Klien Dan/Atau Keluarganya Sesuai Kewenangannya
- c. Memperoleh Persetujuan Dari Klien Atau Keluarganya Atas Tindakan Yang Akan Diberikan.
- d. Merujuk Klien Yang Tidak Dapat Ditangani Ke Dokter Atau Fasilitas Pelayanan Kesehatan.
- e. Mendokumentasikan Asuhan Kebidanan Sesuai Dengan Standar.
- f. Menjaga Kerahasiaan Kesehatan Klien.
- g. Menghormati Hak Klien.
- h. Melaksanakan Tindakan Pelimpahan Wewenang Dari Dokter Sesuai

Dengan Kompetensi Bidan.

- i. Melaksanakan Penugasan Khusus Yang Ditetapkan Oleh Pemerintah Pusat.
- j. Meningkatkan mutu Pelayanan Kebidanan.
- k. Mempertahankan dan meningkatkan pengetahuan dan/atau keterampilannya melalui pendidikan dan/atau pelatihan.
- l. Melakukan pertolongan gawat darurat.

Peraturan menteri kesehatan republik indonesia nomor 37 tahun 2017 tentang pelayanan kesehatan tradisional integrasi

5. Pasal 1

- a. Asuhan kebidanan dilaksanakan dengan mengkombinasikan pelayanan kebidanan komplementer, serta telah menjadi bagian penting dari praktik kebidanan baik bersifat sebagai pelengkap maupun pengganti dalam keadaan tertentu.

6. Pasal 5

- a) Penyelenggaraan pelayanan kesehatan tradisional integrasi di fasilitas pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud dalam pasal 3 ayat (2) harus:

- 1) Menggunakan pelayanan kesehatan tradisional komplementer yang memenuhi kriteria tertentu.
- 2) Terintegrasi paling sedikit dengan satu pelayanan kesehatan konvensional yang ada di fasilitas pelayanan kesehatan
- 3) Aman, bermanfaat, bermutu, dan sesuai dengan standar.
- 4) Berfungsi sebagai pelengkap pelayanan kesehatan konvensional.

- b) Kriteria tertentu sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a meliputi:

- 1) Terbukti secara ilmiah.
- 2) Dilaksanakan sesuai dengan kebutuhan terbaik pasien.
- 3) Memiliki potensi promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, dan meningkatkan kualitas hidup pasien secara fisik, mental, dan sosial.

7. Pasal 6

Pelayanan kesehatan tradisional integrasi harus dilakukan dengan tata laksana:

- a. Pendekatan holistik dengan menelaah dimensi fisik, mental, spiritual, sosial, dan budaya dari pasien.
- b. Mengutamakan hubungan dan komunikasi efektif antara tenaga kesehatan dan pasien.
- c. Diberikan secara rasional.
- d. Diselenggarakan atas persetujuan pasien (informed consent).
- e. Mengutamakan pendekatan alamiah.
- f. Meningkatkan kemampuan penyembuhan sendiri.
- g. Pemberian terapi bersifat individual.

G. Manajemen Kebidanan

1. Manajemen Kebidanan Menurut Hellen Varney

Menurut Varney (2007), manajemen kebidanan merupakan proses pemecahan masalah yang di gunakan sebagai metode untuk mengorganisasikan pikiran dan tindakan dengan urutan logis dan menguntungkan, menguraikan perilaku yang diharapkan dari pemberian asuhan yang berdasarkan teori ilmiah, penemuan, ketrampilan dalam rangkaian atau tahapan yang logis untuk pengambilan keputusan yang berfokus pada klien. Langkah-langkah kebidanan adalah sebagai berikut :

a. Langkah I (pengumpulan data dasar)

Pada langkah ini kegiatan yang dilakukan adalah pengkajian dengan mengumpulkan semua data yang diperlukan untuk mengevaluasi klien secara lengkap.

b. Langkah II (interpretasi data dasar)

Pada langkah ini kegiatan yang dilakukan adalah menginterpretasi data semua data dasar yang telah dikumpulkan sehingga ditemukan diagnosis atau masalah. Diagnosis yang dirumuskan adalah diagnosis dalam lingkup praktik kebidanan yang tergolong pada nomenklatur

standard diagnosis, sedangkan perihai yang berkaitan dengan pengalaman klien ditemukan dari hasil pengkajian.

c. Langkah III (identifikasi diagnose atau masalah potensial)

Pada langkah ini mengidentifikasi masalah atau diagnose potensial lain berdasarkan rangkaian diagnose atau masalah yang sesuai identifikasi. Berdasarkan temuan tersebut, bidan dapat melakukan antisipasi agar diagnosis atau masalah tersebut tidak terjadi.

d. Langkah IV (identifikasi kebutuhan yang memerlukan penanganan segera)

Pada langkah ini direncanakan bidan adalah mengidentifikasi perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter untuk dikonsultasikan atau diganti bersama dengan anggota tim kesehatan lain sesuai dengan kondisi klien.

e. Langkah V (perencanaan asuhan yang menyeluruh)

Pada langkah ini direncanakan asuhan yang menyeluruh ditentukan berdasarkan langkah-langkah sebelumnya. Rencana asuhan yang menyeluruh tidak hanya meliputi hal yang sudah teridentifikasi dari kondisi klien atau dari setiap masalah yang berkaitan, tetapi dilihat juga dari kondisi klien atau dari setiap masalah yang berkaitan tetapi dilihat juga dari apa yang akan diperkirakan terjadi selanjutnya.

f. Langkah VI (pelaksanaan)

Pada langkah ini kegiatan yang akan dilakukan adalah melaksanakan rencana asuhan yang sudah dibuat pada langkah ke-5 secara aman dan efisien.

g. Langkah VII (mengevaluasi)

Pada langkah ini dilakukan adalah melakukan evaluasi keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan mencakup pemenuhan kebutuhan, untuk menilai apakah sudah benar-benar telah terpenuhi sesuai dengan kebutuhan yang telah teridentifikasi dalam diagnose dan masalah.

2. Pendokumentasian (SOAP)

Menurut Kepmenkes No. 938/MENKES/SK/VIII/2007, bidan melakukan pencatatan secara lengkap, akurat, singkat, dan jelas mengenai keadaan/kejadian yang ditemukan dan dilakukan dalam memberikan asuhan kebidanan. Kriteria pencatatan Assuhan Kebidanan adalah:

- a. Pencatatan dilakukan segera setelah melaksanakan asuhan pada formulir yang tersedia (Rekam medis/ KMS/ Status Pasien/ Buku KIA)
- b. Ditulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP
- c. S adalah data subjektif, mencatat hasil anamnesa.
- d. O adalah data objektif, mencatat hasil pemeriksaan.
- e. A adalah hasil analisis, mencatat diagnosa dan masalah kebidanan.
- f. P adalah penatalaksanaan, mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan secara komperhensif; penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi/follow up dan rujukan.

H. Kerangka Berpikir



Gambar. 2.5 Kerangka Berpikir
Asuhan Kebidanan Komprehensif Pada Ny. F

I. Kerangka Konsep

Kewenangan Bidan
Asuhan Kebidanan Komprehensif
Hamil Penerapan Asuhan Kebidanan pada Ibu Hamil Kunjungan Pertama : Usia Kehamilan 22 Minggu 5 Hari Kunjungan Kedua : Usia Kehamilan 36 Minggu
Bersalin Asuhan Kebidanan dalam persalinan yang dipantau dari kala I sampai kala IV melalui Partograf
Nifas Asuhan Kebidanan Pada ibu nifas sesuai Standar Pelayanan Kesehatan Ibu Nifas (KF) Kunjungan Nifas 1 (KF1) : 6-48 Jam Kunjungan Nifas 2 (KF2) : 3-7 Hari Kunjungan Nifas 3 (KF3) : 8-28 Hari Kunjungan Nifas 4 (KF4) : 29-42 Hari
Bayi Baru Lahir Asuhan Kebidanan Pada Bayi Baru Lahir sesuai Standar Pelayanan Neonatus (KN) Kunjungan Neonatus 1 (KN1) : 6-48 Jam Kunjungan Neonatus 2 (KN2) : 3-7 Hari Kunjungan Neonatus 3 (KN3) : 8-28 Hari
Keluarga Berencana Asuhan Kebidanan Pada Pelayanan Keluarga Berencana Kunjungan KB : (Konseling KB)

BAB III

METODE LAPORAN KASUS

A. Jenis Laporan Kasus

Metode yang digunakan dalam asuhan komprehensif pada ibu hamil, bersalin, nifas, BBL dan KB ini adalah metode penelitian deskriptif dan jenis penelitian deskriptif yang digunakan adalah studi penelaahan kasus (*Case Study*), yakni dengan cara meneliti suatu permasalahan melalui suatu kasus yang terdiri dari unit tunggal. Unit tunggal disini dapat berisi satu orang, sekelompok penduduk yang terkena suatu masalah. Unit yang menjadi kasus tersebut secara mendalam dianalisis baik dari segi yang berhubungan dengan keadaan kasus itu sendiri, faktor-faktor yang mempengaruhi, tindakan dan reaksi kasus terhadap suatu perlakuan atau pemaparan tertentu (Gahayu, 2019).

B. Tempat dan Waktu

Lokasi pengambilan pada kasus ini diwilayah Kerja BPM Minarti Pringapus yang dilakukan pada November 2022 dan berakhir Maret 2023

C. Subyek Laporan Kasus

Subjek pada kasus penelitian ini yaitu Ny. F yang sedang hamil kemudian dilakukan Asuhan Kebidanan persalinan, nifas, bayi baru lahir dan KB di BPM Minarti, S.Tr.Keb.

D. Teknik Pengumpulan

1. Data Primer

Data yang diperoleh dari wawancara, Observasi dan pemeriksaan langsung pada ibu serta dokumentasi

2. Data Sekunder

Data sekunder didapatkan dari Buku KIA ibu

E. Alat dan Bahan

Dalam melakukan Asuhan Komprehensi pada Ibu Hamil sampai Ber KB menggunakan Alat dan bahan dalam pengambilan data (set alat tulis, Tensimeter, Termometer, Timbangan, Alat ukur tinggi badan, Metline, Jam tangan, alat DJJ)

BAB IV

TINJUAN KASUS DAN PEMBAHASAN

A. Gambaran Lokasi Studi Kasus

Penelitian Laporan Kasus diambil di wilayah kerja Praktek Mandiri Bidan (PMB) Minarti Pringapus dibawah tanggung jawab Bd. Minarti S.Tr.Keb. PMB Minarti terletak dijalan Jl. Raya Karangjati - Pringapus, RT.05/RW.03, Ngabean, Pringapus, Kec. Pringapus, Kabupaten Semarang, Jawa Tengah 50214. No SIPB 08/33/22/BD-P/01/010/2022.

PMB Minarti memiliki 2 orang bidan yang Mempunyai fasilitas, ruang bersalin dengan 1 tempat tidur, ruang nifas dengan 2 tempat tidur, ruang KB dengan 1 tempat tidur dan ruang periksa. PMB Minarti melayani pemeriksaan Pelayanan Umum, Pelayanan Kehamilan, Pelayanan KB, Pelayanan imunisasi (Pukul 06.00 – 21.00 WIB) dan Pelayanan Persalinan 24 jam.

B. Tinjauan Kasus

A. Data Subjektif

1. Identitas

Data Pasien		Penanggung Jawab
Nama	: Ny. F	: Tn. R
Umur	: 31 Tahun	: 33 Tahun
Agama	: Islam	: Islam
Suku/bangsa	: Jawa/Indonesia	: Jawa/Indonesia
Pendidikan	: SMP	: SMK
Pekerjaan	: IRT	: Karyawan Swasta
Alamat	: Jati Kurung 5/9 Pringapus	
NO Telepon	: 081390424902	

2. Keluhan Utama (Anamnesis)

Ibu mengatakan hamil anak ke-2

Ibu mengatakan tidak pernah keguguran.

Ibu mengatakan hasil PP Test Positif (+) bulan juli 2022

Ibu mengatakan merasakan gerakan janin aktif

Ibu mengatakan sering kencing dan masih terasa mual

Ibu mengatakan anak pertamanya meninggal usia 3 tahun

3. Riwayat Menstruasi :

Menarche : 12 Tahun

Siklus : ±25- 30 Hari

Banyaknya : 3x ganti pembalut/hari

Dismenorhea : kadang-kadang

Teratur/tidak : Teratur

Lamanya : 5-7 hari

Sifat Darah : Encer, warna merah muda

HPHT : 23-06-2022,

TP : 30-03-2023

4. Riwayat kehamilan, persalinan, dan nifas yang lalu

No	Umur	UK	Jenis Persalinan	Komplikasi		Penolong	Bayi			Nifas	
				Ibu	Bayi		Jk	BB	PB	ASI	Keadaan
1.	2019	Aterm	Spontan	-	-	Bidan	Laki2	3300	49	2 th	Sehat
2.	Hamil Ini 2022										

5. Riwayat kehamilan ini

HPHT : 23 Juni 2022

TP : 30 Maret 2023

Gerakan Janin : 14 minggu pertama

Keluhan

TM I : Mual, Muntah Dan Pusing

TM II : T.aa

6. Riwayat KB

Ibu mengatakan tidak menggunakan KB

7. Riwayat Perkawinan

Usia Menikah : 30

Status Perkawinan : Sah

Menikah : 2 kali

Lama Perkawinan : belum 1 tahun

8. Pola Kebiasaan Sehari – hari

No.	Pola Kebiasaan	Sebelum Hamil	Selama Hamil
1.	Nutrisi	Nafsu makan ibu baik, dalam sehari ibu makan 2-3 kali, porsi makan sedang, nutrisi yang ibu makan terdiri dari nasi, lauk dan sayur, tidak ada alergi terhadap makanan apapun, ibu minum air sering dalam sehari \pm 8 gelas	Nafsu makan ibu sedikit menurun saat kehamilan awal, tetapi setelah trimester kedua nafsu makan ibu baik, dalam sehari ibu makan 3 kali, porsi makan sedang, nutrisi yang ibu makan terdiri dari nasi, lauk dan sayur, tidak ada alergi terhadap makanan apapun, ibu minum air sering dalam sehari \pm 9 gelas.
2.	Eliminasi	Frekuensi kencing ibu dalam sehari yaitu 4 x, tidak ada keluhan sering kencing atau yang lainnya. Ibu buang air besar teratur yaitu 1-2 kali sehari, tidak ada keluhan buang air besar	Frekuensi kencing ibu dalam sehari yaitu \pm 7 kali, ada keluhan sering kencing saat kehamilan akhir. Ibu buang air besar teratur yaitu 1 kali sehari, tidak ada keluhan buang air besar.
3.	Aktivitas	Memasak, Mencuci baju, Membersihkan rumah. Dan mengasuh anak	Memasak, Mencuci baju, Membersihkan rumah
4.	Istirahat	Ibu setiap hari istirahat teratur. Siang \pm 2 jam dan malam \pm 7 jam. Tidak ada keluhan istirahat.	Ibu istirahat teratur setiap hari, siang \pm 2 jam dan malam \pm 8 jam, istirahat ibu sedikit terganggu pada malam hari karena sering terbangun untuk kencing
5.	Personal hygiene Mandi Gosok gigi Cuci rambut Ganti baju Ganti CD+pembalut	2x sehari 2x sehari 3x seminggu 2x sehari 3-4 x sehari	2x sehari 2x sehari 3x seminggu 2x sehari

9. Riwayat Kesehatan

- a. Sekarang Saat ini ibu tidak sedang menderita penyakit jantung, darah tinggi, kencing manis, batuk darah, ginjal, asma, epilepsi, malaria, penyakit kelamin, HIV/AIDS. 126
- b. Dahulu Sebelumnya ibu tidak pernah menderita penyakit jantung, darah tinggi, kencing manis, batuk darah, ginjal, asma, epilepsi, malaria, penyakit kelamin, HIV/AIDS.
- c. Keluarga Didalam keluarga ibu maupun keluarga suami tidak ada yang menderita penyakit jantung, darah tinggi, kencing manis, batuk darah, ginjal, asma, epilepsi, malaria, penyakit kelamin, HIV/AIDS, serta tidak ada riwayat keturunan kembar didalam keluarga ibu.

10. Riwayat Psikososial Dan Budaya

- a. Keadaan Psikososial Hubungan ibu dengan suami, keluarga dan lingkungannya baik. Komunikasi sehari-hari menggunakan bahasa jawa. Kehamilan ini direncanakan oleh ibu dan suami sehingga ibu mendapatkan perhatian dan dukungan dari suami dan keluarga. Suami berperan sebagai pencari nafkah dan pengambil keputusan didalam keluarga.
- b. Kebiasaan Hidup Sehat Ibu tidak mempunyai kebiasaan merokok, minum-minuman keras, mengkonsumsi obat-obatan terlarang, mengkonsumsi jamu jamuan. Ibu memeriksakan dirinya ditenga kesehatan jika sakit/kesehatannya terganggu.

c. Rencana Persalinan

Tempat	: Faskes Wonogiri
Persiapan biaya persalinan	: BPJS dan Mandiri
Persiapan kendaraan	: Kendaraan sendiri
Pendamping persalinan	: Suami dan keluarga

B. Data Objektif

1. Pemeriksaan Umum

Keadaan umum	: Baik
Kesadran	: Composmentis
Tanda – tanda Vital	
Tekanan Darah	: 100/70mmHg
Nadi	: 78x/menit
Pernapasan	: 20x/menit
BB Sebelum hamil	: 53 Kg
BB Saat ini	: 60 Kg
TB	: 155 cm
LILA	: 27 cm
IMT	: 24,1 Kg/m ²

2. Pemeriksaan Fisik

Muka	: Simetris, tidak pucat, tidak ada cloasma gravidarum, tidak odema.
Mata	: Sklera putih, konjungtiva merah muda.
Hidung	: Lubang simetris, tidak ada pernafasan cuping hidung, tidak ada sekret, tidak ada polip.
Telinga	: Lubang simetris, tidak ada serumen, tidak ada cairan
Payudara	: Puting menonjol, ada hiperpigmentasi areolla, tidak ada benjolan, tidak ada nyeri tekan, colostrum belum keluar.
Abdomen	: Ada linea nigra, ada linea alba, tidak ada striae gravidarum albican, tidak ada bekas operasi, pembesaran memanjang sesuai usia kehamilan, kandung kemih kosong

Palpasi Leopold

Leopold I : TFU 23 cm, 2 jari diatas pusat . Pada fundus teraba bundar, tidak melenting, agak lunak (bokong). Tafsiran berat janin $(23-12) \times 155 = 1.705$ gram.

Leopold II : Di bagian kanan teraba bagian-bagian kecil (eksterimatas) dan di sebelah kiri teraba bagian keras seperti papan (punggung). Djj : 138 x/m

Leopold III : Teraba bagian bundar, keras, ketika digoyangkan melenting (persentasi kepala).

Leopold IV : Divergen (Bagian terendah janin belum masuk PAP).

Lain-lain : Tafsiran berat janin $(23-12) \times 155 = 1.705$ gram.

Genitalia : Ibu menyatakan tidak odema, tidak ada varises, tidak ada peradangan, tidak ada kondiloma akuminata.

Anus : ibu mengatakan Tidak ada hemoroid.

Ekstremitas atas : Simetris, tidak odema, tidak ada perlukaan

Ekstremitas bawah : Simetris, tidak odema, tidak ada perlukaan, tidak ada varises, reflek patella positif.

3. Pemeriksaan Laboratorium

HB : 12 gr

GolDa : O

HBsAg : Non Reaktif

HIV : Non Reaktif

Syifilis : Non Reaktif

Protein urine : Negatif

C. Interpretasi Data

Diagnosa Kebidanan

Ny. F Umur 31 tahun G2P1A0M1, Usia kehamilan 22 minggu 5 hari, Memanjang, PU-KA, Persentasi Kepala, Konvergen Janin Intra Uterin

Tunggal Hidup

DS:

Ibu mengatakan ini kehamilan kedua

Ibu mengatakan tidak ada keluhan

HPHT : 23 – 06 – 2022

DO:

BB Sebelum hamil : 53 Kg
BB Saat ini : 60 Kg
TB : 155 cm
LILA : 27 cm
IMT : 24,1 Kg/m²

Abdomen :

Leopold I : TFU 23 cm, 2 jari diatas pusat . Pada fundus teraba bundar, tidak melenting, agak lunak (bokong). Tafsiran berat janin (23-12) x 155 = 1.705 gram.

Leopold II : Di bagian kanan teraba bagian-bagian kecil (eksterimatas) dan di sebelah kiri teraba bagia keras seperti papan (punggung). Dj : 138 x/m

Leopold III : Teraba bagian bundar, keras, ketika digoyangkan melenting (persentasi kepala).

Leopold IV : Divergen(Bagian terendah janin belum masuk PAP).

D. Masalah Diagnosa Potensial

Tidak ada

E. Kebutuhan Dan Tindakan Segera

Tidak ada

F. Perencanaan

Minggu, 28 November 2022, Pukul 10.00 Wib

1. Bina hubungan baik dengan ibu dan keluarga.
2. Lakukan Pemeriksaan fisik, TTV, Leopold dan DJJ
3. Anjurkan ibu melakukan senam hamil atau yoga kehamilan
4. Anjurkan ibu istirahat yang cukup minimal tidur 8 jam, tidak beraktivitas berlebihan
5. Anjurkan ibu mengkonsumsi makan bergizi
6. Anjurkan ibu mengkonsumsi vitamin kehamilan sesuai jadwal
7. Anjurkan ibu melakukan kunjungan ulang 1 bulan lagi atau jika merasa ada keluhan

G. Penatalaksanaan

Minggu, 28 November 2022, Pukul 10.00 Wib

1. Membina hubungan baik dengan ibu dan keluarga.
2. Melakukan Pemeriksaan TTV

Tekanan Darah : 100/70mmHg

Nadi : 78x/menit

Pernapasan : 20x/menit

LILA : 27 cm

IMT : 24.1 Kg/m²



3. Melakukan Pemeriksaan Fisik
 - a) Payudara : Puting menonjol, ada hiperpigmentasi areolla, tidak ada benjolan, tidak ada nyeri tekan, colostrum belum keluar.
 - b) Abdomen : Ada linea nigra, ada linea alba, tidak ada striae gravidarum albican, tidak ada bekas operasi, pembesaran memanjang sesuai usia kehamilan, kandung kemih kosong
 - c) Ekstermitas tidak ada pembengkakan, tidak ada varises
 - d) Abdomen :
 - Leopold I : Teraba lunak, tidak melenting (Bokong).
 - Leopold II : Teraba datar, keras, memanjang disisi kiri perut ibu (PUKI), teraba bagian kecil disisi kanan perut ibu (ekstremitas janin).
DJJ 138 x/m
 - Leopold III : Teraba bagian bundar, keras, ketika digoyangkan melenting (persentasi kepala).
2. Menganjurkan ibu melakukan senam hamil atau yoga kehamilan
3. Menganjurkan ibu istirahat yang cukup minimal tidur 8 jam, dan beristirahat disiang hari, tidak beraktivitas berlebihan
4. Menganjurkan ibu mengkonsumsi makan bergizi yang mengandung karbohidrat, protein, mineral dan mengkonsumsi air putih minimal 8 gelas sehari
5. Menganjurkan ibu mengkonsumsi vitamin kehamilan sesuai jadwal
6. Menganjurkan ibu melakukan kunjungan ulang 1 bulan lagi atau jika merasa ada keluhan


H. Evaluasi

Minggu, 28 November 2022, Pukul 10.00 Wib

1. Ibu mengetahui hasil pemeriksaan dan mengetahui keadaan dirinya dan janin
2. Ibu mau mengikuti saran bidan untuk melakukan senam hamil / yoga kehamilan
3. Ibu mengkonsumsi Vitamin kehamilan sesuai jadwal dan teratur
4. Ibu bersedia melakukan kunjungan ulang untuk memeriksakan kehamilannya
5. Pendokumentasian

Tabel Observasi Perkembangan
Asuhan Komplementer Ny. F Umur 31 Tahun G2P1A0 UK 38 Minggu 5 Hari
Dengan Metode Kontrasepsi Kb Suntik 3 Bulan Di Bpm Minarti, S.Tr.Keb

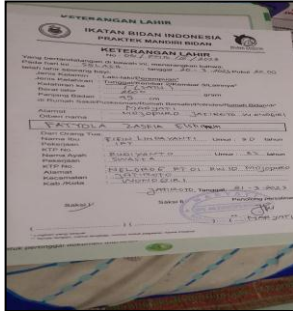
Subjektif	Objektif	Analisa	Penatalaksanaan	Dokumentasi
Kehamilan				
<p>Kunjungan K1 (28 November 2023)</p> <p>1. Pasien bernama Ny. F umur 31 Tahun,kehamilan yang kedua dengan suami kedua</p> <p>2. Ibu mengatakan tidak ada keluhan yang dirasakan</p> <p>3. Ibu mengatakan tablet tambah darah dan kalsium diminum teratur</p>	<p>1. Keadaan Umum : Baik</p> <p>2. Kesadaran: Composmentis</p> <p>3. Tanda-Tanda Vital</p> <p>Tekanan Darah: 120/80 mmHg</p> <p>Nadi: 80 x/Menit</p> <p>Suhu : 36,6 °C</p> <p>Pernafasan: 20 x/Menit</p> <p>Berat Badan: 72 kg</p> <p>Tinggi Badan : 155 cm</p>	<p>Ny. F Umur 31 Tahun G2P1A0 umur kehamilan 22 minggu 4 hari janin tunggal, hidup intra uteri, letak memanjang, Puki, Presentasi Kepala, Divergen.</p> <p>1. Masalah kebidanan Tidak ada</p> <p>2. Kebutuhan Tidak ada</p> <p>3. Diagnosa Potensial Tidak ada</p>	<p>1. Membina hubungan baik dengan ibu dan keluarga.</p> <p>2. Memberitahu hasil pemeriksaan TTV dalam atas Normal, Pemeriksaan Fisik tidak ditemukan kelainan, keadaan ibu dan bayi baik, TFU sesuai Usia kehamilan</p> <p>3. Menganjurkan ibu melakukan senam hamil atau yoga kehamilan</p> <p>4. Menganjurkan ibu berolahraga seperti jalan-</p>	 

<p>setiap malam.</p> <p>4. Ibu mengatakan waktu tidur dan istirahatnya teratur</p> <p>5. Ibu mengatakan gerakan bayinya aktif</p> <p>Kunjungan K2 (26 Februari 2023)</p> <p>1. Ibu mengeluh sakit pinggang</p> <p>2. Ibu mengatakan belum ada kencing2</p> <p>3. Ibu mengatakan sudah menyiapkan keperluan untuk persalinannya</p>	<p>Pemeriksaan Fisik</p> <p>Payudara : Bentuk Simetris, puting susu menonjol, terjadi hiperpigmentasi, tidak ada benjolan, kolostrum belum keluar.</p> <p>Abdomen :</p> <p>Leopold I : TFU 24 cm, 1 jari diatas pusat (bokong). TBJ (19-12) x 155 = 1.240 gram.</p> <p>Leopold II : Di bagian kanan (eksterimatas) dan di sebelah kiri (punggung).</p> <p>Leopold III : Persentasi kepala). DJJ 146 x/m</p>	<p>4. Antisipasi segera</p> <p>Kunjungan K2 (26 Februari 2023)</p> <p>Diagnosa : Ny. F Umur 31 tahun G2P1A0 usia kehamilan 36 minggu janin tunggal hidup intera uteri.</p> <p>1. Masalah : sakit pinggang</p> <p>2. Masalah Potensial: Tidak ada</p> <p>3. Antisipasi : Tidak Ada</p>	<p>jalan disekitar rumah 10 – 15 menit tiap pagi</p> <p>5. Menganjurkan ibu istirahat yang cukup minimal tidur 8 jam, dan beristirahat disiang hari, tidak beraktivitas berlebihan</p> <p>6. Menganjurkan ibu mengkonsumsi makan bergizi yang mengandung karbohidrat, protein, mineral dan mengkonsumsi air putih minimal 8 gelas sehari</p> <p>7. Menganjurkan ibu mengkonsumsi vitamin kehamilan sesuai jadwal</p> <p>8. Menganjurkan ibu</p>	
--	---	---	---	---

	<p>Kunjungan K2 (26 Februari 2023)</p> <p>Data Objektif</p> <p>TD : 110/70 mmHg</p> <p>Suhu: 36,6 °C</p> <p>Nadi : 80 x/m</p> <p>Pernafasan : 20 x/m</p> <p>Palpasi</p> <p>Leopold I : TFU 29 cm, pertengahan pusat dan PX (bokong). Tafsiran berat janin (29-12) x 155 = 2.635 gram.</p> <p>Leopold II : Di bagian kanan (eksterimatas) dan di sebelah kiri (punggung).</p>		<p>melakukan kunjungan ulang 1 bulan lagi atau jika merasa ada keluhan.</p> <p>Kunjungan K2 (26 Februari 2023)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memberitahu hasil pemeriksaan Usia Kehamilan Sekarang 36 minggu, Kepala bayi sudah masuk PAP. DJJ 140x/m dengan tafsiran BB 2.635 gram 2. Memberitahu ibu ketidaknyamanan kehamilan pada trimester III, seperti sakit punggung, yang sekarang ibu rasa, dikarenakan 	
--	--	--	--	--

	<p>DJJ : 140x/m</p> <p>Leopold III :</p> <p>Persentasi kepala</p> <p>Leopold IV :</p> <p>Konvergen</p>		<p>beban Rahim atau bayi yang bertambah besar berada di atas daerah pelvis sehingga menyebabkan pelvis bergeser ke depan yang menyebabkan pinggang semakin melengkung dan karena Kepala bayi yang sudah masuk PAP menyebabkan ketidaknyaman di bagian bawah perut ibu</p> <p>3. Mmberitahu ibu cara meringankan sakit punggung yaitu dengan dilakukan dengan pijatan atau kompres hangat. Ibu bisa menggunakan</p>	
--	--	--	--	--

			<p>bantal pemanas atau kompres hangat di area yang terasa nyeri. Dengan begitu, otot menjadi lebih rileks, sehingga sakit punggung dapat mereda. Ibu juga bisa melakukan olahraga ringan seperti peregangan secara rutin setiap harinya</p> <p>4. Memberitahu ibu persiapan persalinan seperti dana persalinan, pendonor darah, persiapan KTP, KK, dan pendamping persalinan.</p> <p>5. Memberitahu ibu tanda-tanda persalinan seperti kontraksi yang lebih</p>	
--	--	--	---	--

			<p>sering, pengeluaran darah lendir, keluar cairan ketuban</p> <p>6. Menganjurkan ibu segera ke faskes jika mengalami tanda2 persalinan</p> <p>7. Menganjurkan ibu melakukan kunjungan ulang 1 minggu lagi atau jika merasa ada keluhan</p>	
Persalinan				
<p>Data Sekunder</p> <p>1. Ibu mengatakan pada pukul 08.00 Wib Tanggal 20 Maret 2023 ada pengeluaran darah lendir dan perut terasa mulas teratur</p>	<p>Identitas By Ny. F</p> <p>Jenis kelamin : Perempuan</p> <p>Tanggal Lahir : 20 Maret 2023</p> <p>BB : 2600 gram</p> <p>PB : 49 cm,</p> <p>(Data didapat dari</p>	-	-	

<p>2. Ibu mengatakan mulas dan nyeri menjalar ke pinggang semakin sering sejak jam 16.00 (20 Maret 2023)</p> <p>3. Ibu mengatakan jam 17.00 Wib datang ke BPM Maryati dengan pembukaan 5 cm</p> <p>4. Ibu mengatakan sekitar jam 19.00 perutnya semakin mulas dan sakit, Ketuban pecah dan rasa ingin meneran. VT kedua di jam</p>	SKL)			
--	------	--	--	--

<p>19.40 Wib pembukaan 10 cm</p> <p>5. Ibu anaknya lahir Pukul 20.00 Wib Tanggal 20 Maret 2023 berjenis kelamin Perempuan, BB : 2600 gram, PB : 49 cm,</p>				
Nifas				
<p>Data Sekunder Kunjungan K1 (27 Maret 2023)</p> <p>1. Ibu mengatakan setelah melahirkan perutnya masih</p>	<p>Kunjungan K1 (20 Maret 2023)</p> <p>1. Pemeriksaan Umum TD : 110/70 mmHg, BB : 67 kg TFU : 3 Jari diatas Symphisis</p>			

<p>terasa mules dan nyeri diarea jahitan.</p> <p>2. Ibu mengatakan 2 jam setelah persalinan ibu sudah bisa berjalan ke toilet untuk buang air kecil,</p> <p>3. Ibu mengatakan sudah bisa menggendong bayinya dan menyusui bayinya</p> <p>4. Ibu mengatakan ASI nya sudah keluar</p> <p>Kunjungan K2 (22 Maret 2023)</p>				
---	--	--	--	--

<p>1. Ibu mengatakan tidak ada keluhan, ASI nya lancar dan bayi menyusu dengan baik</p> <p>Kunjungan K3 (27 Mei 2023)</p> <p>1. Ibu mengatakan tidak ada keluhan, ASI nya lancar dan bayi menyusu dengan baik</p> <p>2. Ibu mengatakan pengeluaran darah sudah tidak ada.</p> <p>3. Ibu mengatakan minum air putihnya Ibu mengatakan</p>				
--	--	--	--	--

<p>ingin menggunakan KB suntik tiga bulan, dan sudah dilakukan suntik tanggal 27 Mei 2023 diBPM Maryati</p>				
Bayi Baru Lahir				
<p>Kunjungan KN1 (20 Maret 2023) 1. Ibu mengatakan telah melahirkan anaknya tanggal 20 Maret 2023, Pukul 20.00 WIB. Jenis kelamin Perempuan, BB : 2600 gram, PB : 49 cm</p> <p>Kunjungan KN2 (22 Maret 2023)</p>	<p>Kunjungan KN1 (20 Maret 2023) 1. Berat badan : 2600gram 2. Panjang badan : 49 cm (data Didapat Dari SKL)</p>	<p>Kunjungan KN1 (20 Maret 2023) Bayi F umur 0 hari Neonatus Cukup Bulan Masalah : tidak ada Diagnosa Potensial : Tidak ada Tindakan Segera : Tidak ada</p> <p>Kunjungan KN2 (22 Maret 2023)</p>		

<p>1. Ibu mengatakan bayinya sehat, menyusui dengan baik dan tali pusat tidak ada masalah</p> <p>2. Ibu mengatakan anaknya belum mendapatkan HB0</p>	<p>Kunjungan KN2 (22 Maret 2023)</p> <p>Bayi mendapat suntikan HB0</p>	<p>Bayi F umur 3 hari</p> <p>Neonatus Cukup Bulan</p> <p>Masalah : tidak ada</p> <p>Diagnosa Potensial : Tidak ada</p> <p>Tindakan Segera : Tidak ada</p>		
Keluarga Berencana				
<p>1. Ibu mengatakan pengeluaran darah sudah tidak ada.</p> <p>2. Ibu mengatakan ingin menggunakan KB suntik tiga bulan,</p>	<p>Tanggal suntik KB tiga bulan 27 Mei 2023</p> <p>Tanggal kembali 15 Agustus 2023</p>	<p>Ny. F Umur 31 Tahun</p> <p>P2A0 Akseptor baru</p> <p>KB suntik tiga bulan</p>	<p>Telah dilakukan Suntik KB Tiga Bulan tgl 27 Mei 2023 (data Kartu KB)</p>	

I. Pembahasan

1. Kelemahan Penelitian

Dalam memberikan asuhan kebidanan komprehensif terhadap Ny. F di temui beberapa hambatan dan keterbatasan yang menyebabkan pelaksanaan studi kasus tidak berjalan dengan maksimal. Keterbatasan-keterbatasan tersebut antara lain adalah :

a. Penjaringan pasien

Kesulitan yang ditemui pada awal pelaksanaan laporan tugas COC adalah dalam hal penjaringan pasien. Untuk menemukan pasien yang sesuai dengan persyaratan yang diajukan dari pihak institusi sangatlah sulit. Beberapa pasien pun tidak bersedia untuk dijadikan subjek penulis dalam studi kasus ini dengan berbagai alasan.

b. Waktu yang terbatas

Pelaksanaan asuhan kebidanan komprehensif yang bersamaan dengan kegiatan Praktek diluar kota menyebabkan kesulitan bagi penulis untuk mengatur waktu. Waktu yang tersedia untuk pelaksanaan asuhan

2. Asuhan Kehamilan

Klien bernama Ny. "F" usia 31 tahun G2P1A0 hamil 38 minggu 4 hari janin tunggal, hidup, intrauteri, presentasi kepala, yang bertempat tinggal di Kelurahan Jatikurung. Ny. "F" saat ini sedang hamil anak kedua dan mengatakan belum pernah keguguran. Ny. F mengatakan sudah TT 5 kali, Mengonsumsi Table FE dan Kalk secara teratur, Ny. F juga sudah melakukan pemeriksaan laboratorium dengan HB 12 g/%, HbsAg nonreaktif, HIV nonreaktif dan golongan darah O.

Hasil pemeriksaan berat badan Ny. F adalah 68 kg. Ny. S mengatakan sebelum hamil berat badannya 53 kg. Sehingga Ny. S mengalami kenaikan berat badan sekitar 15 kg. Kenaikan berat badan ibu hamil dapat dikatakan normal apabila mengalami kenaikan berat badan sekitar 6,5 kg - 16,5 kg (Sukarni, 2013).

Saat dilakukan pengukuran tinggi badan, Ny. F memiliki tinggi

badan 155 cm. Menurut Pantikawati pada tahun 2010 mengemukakan bahwa tinggi badan ibu hamil kurang dari 149 cm tergolong resiko tinggi yaitu dikhawatirkan panggul ibu sempit dan pengukuran tinggi badan ini dilakukan sebagai deteksi dini adanya panggul sempit atau ketidak sesuaian antara besar bayi dan luas panggul. Penulis berpendapat tidak terjadi kesenjangan antara teori dan praktek karena dari hasil pemeriksaan tinggi badan Ny. F didapatkan hasil yang tidak kurang dari 149 cm.

Tekanan darah Ny. F dalam keadaan normal, tekanan darah pada pemeriksaan yaitu 110/70 mmHg. Sesuai dengan teori yang dinyatakan oleh Depkes RI pada 2009 tekanan darah yang normal adalah 110/80 mmHg - 140/90 mmHg. Hasil pemeriksaan Lila Ny. F adalah 27 cm. Menurut (Kusmiyanti, 2009) lila ibu hamil normalnya yaitu 28,7 cm – 36 cm. Pengukuran Lila hanya dilakukan pada kontak pertama oleh tenaga kesehatan di trimester I untuk skrining ibu hamil berisiko Kurang Energi Kronis (KEK). Ibu hamil dengan KEK akan dapat melahirkan bayi berat lahir rendah (BBLR).

Selama kehamilan, Ny. F memeriksakan kehamilannya secara teratur. Pada trimester I Ny. F melakukan pemeriksaan kehamilan sebanyak 2 kali, pada trimester II sebanyak 2 kali, pada trimester III sebanyak 7 kali. Pada kunjungan K I *Antenatal Care* (ANC) hasil pemeriksaan Leopold I mengukur tinggi fundus uteri dengan metlin yaitu tinggi fundus uteri 23 cm dalam usia kehamilan 22 minggu. DJJ 144 x/menit.

Konseling diberikan pada Ny. F meliputi Anjuran melakukan Senam hamil / joga hamil, tidak beraktivitas berat, istirahat dan makan bergizi, mengkonsumsi vitamin kehamilan secara teratur, melakukan kompres hangat untuk mengurangi nyeri punggung, menganjurkan melakukan kunjungan ulang untuk pemeriksaan kehamilan selanjutnya

4. Asuhan Persalinan

Ibu mengatakan pada pukul 08.00 Wib Tanggal 20 Maret 2023 ada pengeluaran darah lendir dan perut terasa mulas teratur. Ibu mengatakan mulas dan nyeri menjalar ke pinggang semakin sering sejak jam 16.00 (20

Maret 2023), Ibu mengatakan jam 17.00 Wib datang ke BPM Maryati dengan pembukaan 5 cm. Ibu mengatakan sekitar jam 19.00 perutnya semakin mulas dan sakit, Ketuban pecah dan rasa ingin meneran. VT kedua di jam 19.40 Wib pembukaan 10 cm. Ibu Mengatakan anaknya lahir Pukul 20.00 Wib Tanggal 20 Maret 2023 berjenis kelamin Perempuan, BB : 2600 gram, PB : 49 cm,

5. Asuhan Nifas

Standar Asuhan Kunjungan pada Masa Nifas sebanyak 4 kali, kunjungan pertama 6-8 jam, kunjungan kedua 6 hari, kunjungan ketiga 2 minggu, dan kunjungan keempat 6 minggu post partum (Manuaba, 2010). Kunjungan Masa Nifas bertujuan untuk menilai kondisi kesehatan ibu dan bayi, pencegahan terhadap kemungkinan adanya gangguan kesehatan ibu nifas dan bayinya, mendeteksi adanya komplikasi yang terjadi di masa nifas, serta menangani komplikasi atau masalah yang timbul.

Ny. F mendapatkan asuhan kebidanan sebanyak 3 kali yaitu 6 jam post partum, 2 hari post partum dan 69 hari post partum. Kunjungan Nifas dilakukan di BPM Bu Maryati tidak ditemukan masalah pada Ny. F. Hasil pemeriksaan ibu dalam keadaan baik,

Kunjungan ke tiga yaitu asuhan 69 hari post partum dilakuka pada tanggal 27 Mei 2023 di BPM Maryati. Pada kunjungan ini Ibu mengatakan tidak ada keluhan, ASI nya lancar dan bayi menyusu dengan baik, ibu mngatakan ingin menggunakan KB Suntik Tiga Bulan.

6. Bayi Baru Lahir

Bayi Ny. F lahir pada Tanggal 30 Maret 2023, Pukul 20.00 WIB. Jenis kelamin Perempuan, BB : 2600 gram, PB : 49 cm, ibu mengatakan bayinya segera menagis setelah lahir dan dilakukan IMD selama 1 jam. Berdasarkan catatan Buku KIA Bayi Ny. F sudah mendapatkan Injeksi Vitamin K, Pemberian Salap Mata. Tanggal 22 Maret 2023 Bayi F mendapat Injeksi HB0

7. Keluarga Berencana

Ibu melakukan kunjungan ke BPM Maryati Tanggal 27 Mei 2023 Ibu mengatakan pengeluaran darah sudah tidak ada. Ibu mengatakan ingin menggunakan KB suntik tiga bulan untuk menjaga jarak kehamilan dan agar tidak mengganggu pengeluaran ASI karena ibu ingin menyusui secara eksklusif selama 2 tahun.

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Asuhan kebidanan secara komprehensif dari masa hamil, bersalin, bayi baru lahir, nifas dan keluarga berencana pada Ny. F yang dimulai pada usia kehamilan trimester tiga usia kehamilan 22 minggu 5 hari sampai dengan 6 minggu Post Partum, dapat diambil kesimpulan sebagai berikut : Asuhan kebidanan pada kehamilan ibu berjalan sesuai dengan usia kehamilan dan fisiologis, kehamilan ibu dimulai dari usia kehamilan 22 minggu 5 hari dengan diagnosa Ny. F umur 31 Tahun, G1P0A0 usia kehamilan 38 minggu 5 hari janin hidup tunggal intra uterin. Asuhan kebidanan pada persalinan ibu dilakukan secara spontan, Kala I selama 2 jam 40 menit, kala II 20 menit, Kala III selama 10 menit Kala IV selama 2 jam pengawasan. Dan hasil ditemukan kondisi sehat. Asuhan kebidanan pada masa nifas berlangsung normal, 6 jam post partum tidak ada perdarahan, kontraksi uterus keras, lochea rubra, luka perineum tidak ada tanda infeksi, kandung kemih kosong, tanda vital normal ibu sudah mendapatkan vitamin A sebanyak 2 kali dengan dosis 200.000 IU, nifas 6 hari sampai 6 minggu berjalan sesuai dan sehat. Asuhan kebidanan pada bayi baru lahir, bayi lahir sehat, menangis kuat, bayi sudah mendapatkan imunisasi vitamin K, hepatitis B, tetes mata, langsung setelah lahir, pemeriksaan fisik tidak ada kelainan. Asuhan kebidanan pada KB, klien memutuskan menggunakan kb suntik 3 bulan

B. Saran

Penulis ingin menyumbangkan saran di akhir penulisan laporan tugas akhir ini dalam mengupayakan peningkatan pelayanan kesehatan khususnya dalam asuhan kebidanan komprehensif, yaitu sebagai berikut :

1. Bagi intitusi

Diharapkan semakin memperbaharui skill yang akan diajarkan dan selalu mengikuti perkembangan ilmu kebidanan terkini, sehingga mampu meningkatkan profesionalitas kinerja mahasiswa kebidanan nantinya setelah

terjun di masyarakat. Selain itu, diharapkan lebih menyamakan persepsi dalam pencapaian target asuhan yang telah ditetapkan.

2. Bagi Klien

- a. Diharapkan dapat menambah wawasan dan pengetahuan ibu tentang masa hamil, bersalin, bayi baru lahir, nifas, neonatus dan KB sehingga dapat menjalaninya tanpa adanya komplikasi.
- b. Diharapkan dapat menjadi penambah wawasan bagi klien bahwa kehamilan dengan grande multipara, usia resiko tinggi dan anemia akan menimbulkan dampak atau resiko yang dapat terjadi pada ibu dan bayi hingga menyebabkan kematian jika tidak di berikan pendampingan yang berkelanjutan dari tenaga kesehatan.
- c. Diharapkan dapat membawa bayi ke fasilitas kesehatan untuk di imunisasi sesuai jadwal yang terdapat di buku KIA.

3. Bagi Mahasiswa Kebidanan

- a. Diharapkan selalu memaksimalkan diri dalam mengaplikasikan ilmu yang diperoleh di bangku perkuliahan selama praktek di lapangan.
- b. Diharapkan dari saat praktek ke lapangan, mahasiswa menggunakan alat kesehatan pribadi masing-masing untuk melakukan asuhan yang ingin dicapainya sehingga tidak bergantung pada alat kesehatan milik institusi.
- c. Diharapkan dalam pelaksanaa Laporan COC berikutnya dapat lebih baik dan lebih memahami lagi baik dalam penulisan maupun pelaksanaan asuhan.

DAFTAR PUSTAKA

- Affandi., B. 2012. *Buku Panduan Praktis Pelayanan Kontrasepsi Edisi 4*. Jakarta: PT Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Anggraini, Yetti. 2010. *Asuhan Kebidanan Masa Nifas*. Yogyakarta: Pustaka Rahima
- Ambarwati, E,R,Diah, W. 2010. *Asuhan Kebidanan Nifas*. Yogyakarta: Nuha Medika
- Astuti, Sri., dkk. 2015. *Asuhan Ibu Dalam Masa Kehamilan Buku Ajar Kebidanan Antenatal Care (ANC)*. Jakarta: Erlangga
- Damayanti, Ika Putri, dkk. 2014. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Komprehensif Pada Ibu Bersalin Dan Bayi Baru Lahir*. Yogyakarta: DeePublish
- Diana, S. 2017. *Model Asuhan Kebidanan Continuity Of Care*. Surakarta: CV. Kekata Grup
- Dewi, V.N.L., dan T. Sunarsih. 2011. *Asuhan Kehamilan untuk Kebidanan*. Jakarta: Salemba Medika
- Jannah, Nurul. 2013. *Konsep Dokumentasi Kebidanan*. Jogjakarta: Ar-Ruz Media
- Juwita, S., & Priskusanti, R. D. (2020). *Asuhan Neonatus*. Pasururuan: Qiara Media.
[https://books.google.co.id/books?id=xDDwDwAAQBAJ&pg=PA2&dq=klasifikasi+bayi+menurut+berat+lahir+dan+masa+gestasi&hl=jv&sa=X&ved=2ahUKEwiXyIjynrPuAhWU30KHcu7A0kQuwUwAXoECAIQCA#v=onepage&q=klasifikasi bayi menurut berat lahir dan masagestasi&f=false](https://books.google.co.id/books?id=xDDwDwAAQBAJ&pg=PA2&dq=klasifikasi+bayi+menurut+berat+lahir+dan+masa+gestasi&hl=jv&sa=X&ved=2ahUKEwiXyIjynrPuAhWU30KHcu7A0kQuwUwAXoECAIQCA#v=onepage&q=klasifikasi%20bayi%20menurut%20berat%20lahir%20dan%20masa%20gestasi&f=false).
- Kurniarum, A. (2016). *Asuhan Kebidanan Persalinan dan Bayi Baru Lahir*.
<http://bppsdmk.kemkes.go.id/pusdiksdmk/wpcontent/uploads/2017/08/Asuhan-Kebidanan-Persalinan-dan-BBLKomprehensif.pdf>
- Kemenkes RI. (2020). *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2019*. Jakarta: Kemenkes RI. <https://www.kemkes.go.id/folder/view/01/structure-publikasi-pusdatin-profil-kesehatan.html>
- JNPK – KR. 2017. *Asuhan Persalinan Normal*. Jakarta: JNPK – KR

- Legawati. 2018. *Asuhan Persalinan dan Bayi Baru Lahir*. Malang: Wineka Medika
- Hidayat. (2010). *Buku ajar keperawatan maternitas edisi 4*. Jakarta : EGC
- Manuaba, I.A.C. 2010. *Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan, dan KB Untuk Pendidikan Bidan. Ed. 2*. Jakarta: EGC
- Manuaba, IBG, dkk. 2013. *Ilmu Kebidanan Penyakit Kandungan dan KB*. Jakartan: EGC
- Manuaba, I., Manuaba, I. & Manuaba, I. F., 2014. *Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan, dan KB. 2 ed*. Jakarta: EGC.
- Marmi. 2011. *Asuhan Kebidanan Pada Masa Antenatal*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar
- Maritalia, Dewi. 2012. *Asuhan Kebidanan Nifas dan Menyusui*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar
- Mulyani, dan M. Rinawati. 2013. *Keluarga Berencana dan Alat Kontrasepsi*. Yogyakarta: Nuha Medika
- Mulati, Erna, (ed.). 2015. *Buku Ajar Kesehatan Ibu dan Anak Continuum Of Carelife Cycle*. Jakarta: Kemenkes
- Prawirohardjo, S. 2010. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta: Bina Pustaka.
- Prawirohardjo, Sarwono. 2011. *Ilmu Kandungan*. Jakarta: PT Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo
- Rismalinda (2015). *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Kehamilan*. Jakarta
- Romauli, S. 2014. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan I*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Rukiah, A.Y., dkk. 2013. *Asuhan Kebidanan 1 Kehamilan. Edisi Revisi*. Jakarta:Trans Info Media.
- Rukiyah. 2010. *Asuhan Kebidanan IV Patologi Kebidanan*. Jakarta: Trans Info Medika
- Sofian, Amru. 2013. *Sinopsis Obstetri*. Jakarta: EGC
- Sulistyawati, A, dan Nurwandani W. 2018. *Asuhan Persalinan Konsep Persalinan Secara Komprehensif Dalam Asuhan Kebidanan*. Yogyakarta: Pustaka Baru

- Sondakh, J. J. 2016. *Asuhan Kebidanan Persalinan dan Bayi baru Lahir*. Malang: Penerbit Erlangga.
- Tando. 2016. *Asuhan Kebidanan Neonatus, Bayi, dan Anak*
- Walyani, E. S. (2015). *Asuhan Kebidanan pada Kehamilan*. Yogyakarta: Pustaka Baru.
- Widiastini, Luh Putu (2014). *Asuhan Kebidanan Pada Ibu Bersalin dan BBL*. Bogor: IN MEDIA
- Wulandari, Setyo Retno. (2011). *Asuhan kebidanan ibu masa nifas*. Yogyakarta : Gosyen Publishing.
- Yulizawati, Insani, A. A., Sinta, L. El, & Andriani, F. (2018). *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Pada Persalina*. Indomedia Pustaka.



**ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF PADA NY."C"
UMUR 23 TAHUN**

Continuity Of Care (COC)

**Oleh
TUTI HARIYATI
161221001**

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI BIDAN
FAKULTAS KESEHATAN
UNIVERSITAS NGUDI WALUYO
2023**

HALAMAN PERSETUJUAN

Laporan *Continuity Of Care* (COC) Berjudul :

**ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF PADA NY. C
UMUR 23 TAHUN DI BPM MINARTI, S.Tr.Keb**

Disusun Oleh :

TUTI HARIYATI

NIM. 161221001

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI BIDAN
FAKULTAS KESEHATAN
UNIVERSITAS NGUDI WALUYO**

Laporan Tugas Akhir *Continuity Of Care* (COC) Ini Telah Diperiksa, Disetujui Dan Siap Untuk Diserahkan Kepada Program Studi Pendidikan Profesi Bidan Program Profesi Fakultas Kesehatan Universitas Ngudi Waluyo

Ungaran, 27 Juni 2023

Pembimbing Akademik



Ida Sofiyanti, S.Si.T., M.Keb

NIDN : 0602018501

HALAMAN PENGESAHAN

Laporan *Continuity Of Care* (COC) Berjudul :
ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF PADA NY. C
UMUR 23 TAHUN DI BPM MINARTI, S.Tr.Keb

Disusun Oleh :

TUTI HARIYATI

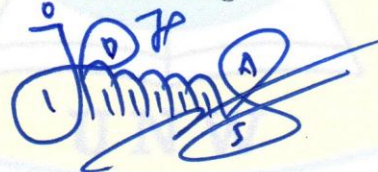
NIM. 161221001

Telah dipersentasikan dengan Pembimbing Akademik Program Studi Pendidikan Profesi
Bidan Program Profesi, Fakultas Kesehatan Universitas Ngudi Waluyo, pada :

Hari : Selasa

Tanggal : 27 Juni 2023

Pembimbing



Ida Sofiyanti, S.Si.T., M.Keb

NIDN : 0602018501

Dekan Fakultas Kesehatan



Eko Susilo, S.Kep., Ners., M.Kep

NIDN.0627097501

Ketua Program Studi



Ida Sofiyanti, S.Si.T., M.Keb

NIDN.0602018501

PERNYATAAN ORISINALITAS

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Tuti Hariyati

Nim : 161221001


Mahasiswa : Program Pendidikan Pofesi Bidan / Ilmu Kesehatan

Dengan ini menyatakan bahwa :

1. *Continuity Of Care* (COC) Berjudul “Asuhan Kebidanan Komprehensif pada Ny. C Umur 23 Tahun Di BPM Minarti Pringapus” adalah *Continuity Of Care* (COC) asli dan belum pernah diajukan untuk mendapatkan gelar akademik apapun di Perguruan Tinggi manapun.
2. *Continuity Of Care* (COC) ini merupakan ide dan hasil karya murni saya yang dibimbing dan dibantu oleh tim pembimbing dan Narasumber.
3. *Continuity Of Care* (COC) ini tidak memuat karya atau pendapat orang lain yang telah dipublikasi kecuali secara tertulis dicantumkan dalam naskah sebagai acuan dengan menyebutkan nama pengarang dan judul aslinya serta dicantumkan dalam daftar pustaka.
4. Pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya dan apabila dikemudian hari terdapat penyimpangan dan ketidak benaran dalam pernyataan ini, saya bersedia menerima sanksi lain sesuai dengan norma yang berlaku di Universitas Ngudi Waluyo.

Ungaran, 27 Juni 2023

Yang membuat pernyataan

Pembimbing


Ida Sofiyanti, S.Si.T., M.Keb
NIDN.0602018501



Tuti Hariyati
NIM.161221001

KESEDIAAN PUBLIKASI

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Tuti Hariyati

Nim : 161221001

Mahasiswa : Program Pofesi Kebidanan Fakultas Kesehatan
Universitas Ngudi Waluyo.

Menyatakan memberi kewenangan kepada Universitas Ngudi Waluyo untuk menyimpan, mengalih media atau formatkan, merawat dan mempublikasikan Laporan *Continuity Of Care* (COC) saya dengan judul “ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF PADA NY. C UMUR 23 TAHUN DI BPM MINARTI, S.Tr.Keb” untuk kepentingan akademis.

Ungaran, 27 Juni 2023

Yang Membuat Pernyataan



Tuti Hariyati

161221001

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis ucapkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa, yang telah melimpahkan Rahmat-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan penyusunan Laporan Tugas Akhir dengan judul “ Asuhan Kebidanan Komprehensif Pada Ny. C Umur 23 Tahun G1P2A0 Usia Kehamilan, 39 Minggu 5 Hari dari Kehamilan, Bersalin, Masa Nifas dan Bayi Baru lahir hingga Keluarga Berencana di Bidan Praktik Mandiri Di BPM Minarti S.Tr.Keb Desa Pringapus Kabupaten Semarang Tahun 2023”.

Laporan kasus ini ditulis sebagai pedoman untuk melaksanakan Continuity of care (COC) yang menjadi salah satu syarat tuntas dalam menempuh Pendidikan di Program Studi Pendidikan Profesi Bidan Program Profesi Fakultas Kesehatan Universitas Ngudi Waluyo. Pada kesempatan ini penulis menyampaikan ucapan terimakasih dan penghargaan yang setinggi-tingginya kepada yang terhormat:

1. Prof. dr. Subyantoro, M. Hum, selaku Rektor Universitas Ngudi Waluyo.
2. Bapak Eko Susilo, S.Kep., Ns., M.Kep selaku Ketua Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Ngudi Waluyo.
3. Ibu Ida Sofiyanti, S.SiT., M. Keb, selaku Ketua Program Studi Pendidikan Profesi Bidan sekaligus sebagai Pembimbing Akademik.
4. Seluruh Dosen Program Pendidikan Profesi Bidan dan Seluruh Staff Universitas Ngudi Waluyo.
5. Kepada Kedua Orang Tua saya yang selalu memberikan Dukungan dan Doa.
6. Kepada Ny. Rohwati dan keluarga yang telah bersedia dikaji dalam pengkajian laporan asuhan kebidanan komunitas ini

Laporan kasus ini di buat berdasarkan buku sumber dan arahan dari pembimbing. Namun dalam pembuatan laporan ini masih banyak kesalahan baik penulisan dan isi dari laporan ini. Untuk itu, penulis mengharapkan kritik dan saran dari pembaca. Mudah – mudahan laporan ini dapat bermanfaat dan menjadi acuan untuk pengembangan inovasi dalam bidang pendidikan kebidanan.

Ungaran, 27 Juni 2023

Peneliti

DAFTAR ISI

HALAMAN COVER.....	i
LEMBAR PERSETUJUAN.....	ii
LEMBAR PENGESAHAN	iii
PERNYATAAN ORISINILITAS.....	iv
KESEDIAAN PUBLIKASI.....	v
KATA PENGANTAR	vi
DAFTAR ISI.....	vii
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	4
C. Tujuan.....	4
D. Manfaat.....	4
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	6
A. Kehamilan	6
B. Persalinan	25
C. Nifas	57
D. Bayi Baru Lahir	70
E. Keluarga Berencana	79
F. Standar Asuhan Kebidanan dan Dasar Hukum Wewenang Bidan	83
G. Manajemen Kebidanan.....	87
H. Kerangka Berpikir	90
I. Kerangka Konsep	91
BAB III METODE LAPORAN KASUS.....	92
A. Jenis Laporan Kasus	92
B. Tempat dan Waktu	92
C. Subjek Laporan Kasus.....	92
D. Teknik Pengumpulan.....	92
E. Alat dan Bahan	92

BAB IV TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN	93
A. Gambaran Lokasi Studi Kasus	93
B. Tinjauan Kasus	93
C. Interpretasi Data	98
D. Masalah Diagnosa Potensial.....	99
E. Kebutuhan Tindakan Segera	99
F. Perencanaan.....	99
G. Pelaksanaan	99
H. Evaluasi	100
I. Pembahasan	129
BAB V PENUTUP.....	142
A. Kesimpulan.....	142
B. Saran.....	142
DAFTAR PUSTAKA	144

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Asuhan kebidanan komprehensif merupakan asuhan menyeluruh manajemen kebidanan mulai dari ibu hamil, bersalin, sampai bayi baru lahir sehingga persalinan dapat berlangsung aman dan bayi yang dilahirkan selamat dan sehat sampai masa nifas (Lapau, 2015). Kehamilan, persalinan, nifas dan bayi baru lahir merupakan suatu keadaan yang fisiologis namun dalam prosesnya terdapat kemungkinan suatu keadaan yang dapat mengancam jiwa ibu dan bayi bahkan dapat menyebabkan kematian (Damayanti dkk, 2014).

Asuhan Kebidanan Continuity of Care (COC) merupakan asuhan kebidanan berkesinambungan yang diberikan kepada ibu dan bayi dimulai pada saat kehamilan, persalinan, bayi baru lahir, nifas dan keluarga berencana, dengan adanya asuhan COC maka perkembangan kondisi ibu setiap saat akan terpantau dengan baik, selain itu asuhan berkelanjutan yang dilakukan bidan dapat membuat ibu lebih percaya dan terbuka karena sudah mengenal pemberiasuhan. Asuhan kebidanan secara COC adalah salah satu upaya untuk menurunkan Angka kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB) (Diana, 2017)

Angka Kematian Ibu (AKI) merupakan salah satu indikator keberhasilan layanan suatu negara. Setiap hari, sekitar 830 wanita meninggal karena sebab yang dapat dicegah terkait dengan kehamilan dan persalinan. 99% dari semua kematian ibu terjadi di negara berkembang. Sekitar 830 wanita meninggal karena komplikasi kehamilan atau persalinan di seluruh dunia setiap hari. Komplikasi 11 yang menyebabkan kematian ibu yaitu perdarahan hebat setelah melahirkan, infeksi, tekanan darah tinggi selama kehamilan (pre-eklampsia dan eklampsia), komplikasi dari persalinan, dan aborsi yang tidak aman (WHO, 2019).

Berdasarkan data World Health Organization (WHO) pada tahun 2019, Angka Kematian Ibu (AKI) masih tinggi sekitar 295.000 wanita meninggal

selama dan setelah kehamilan dan persalinan. Sebagian besar dari kematian ini (94%) terjadi dirangkaian daya rendah dan sebagian besar dapat di cegah (WHO, 2019).

Angka Kematian Ibu di Indonesia dari data Profil Indonesia Tahun 2021 Jumlah kematian ibu yang dihimpun dari pencatatan program kesehatan keluarga di Kementerian Kesehatan meningkat setiap tahun. Pada tahun 2021 menunjukkan 7.389 kematian di Indonesia. Jumlah ini menunjukkan peningkatan dibandingkan tahun 2020 sebesar 4.627 kematian. Berdasarkan penyebab, sebagian besar kematian ibu pada tahun 2021 terkait COVID-19 sebanyak 2.982 kasus, perdarahan sebanyak 1.330 kasus, dan hipertensi dalam kehamilan sebanyak 1.077 kasus (Profil Kesehatan Indonesia, 2021).

Tren kematian anak dari tahun ke tahun menunjukkan penurunan, data yang dilaporkan kepada Direktorat Gizi dan Kesehatan Ibu dan Anak menunjukkan jumlah kematian balita pada tahun 2021 sebanyak 27.566 kematian balita, menurun dibandingkan tahun 2020, yaitu sebanyak 28.158 kematian. Dari seluruh kematian balita, 73,1% diantaranya terjadi pada masa neonatal (20.154 kematian). Dari seluruh kematian neonatal yang dilaporkan, sebagian besar diantaranya (79,1%) terjadi pada usia 0-6 hari, sedangkan kematian pada usia 7-28 hari sebesar 20,9% (Profil Kesehatan Indonesia, 2021).

Di Provinsi Jawa tengah secara umum terjadi penurunan kematian ibu selama periode 2017- 2019 namun pada tahun 2020 ini terlihat mulai naik lagi dan tahun 2021 sudah mencapai 199 per 100.000 kelahiran hidup, Kabupaten/ Kota dengan jumlah kasus kematian ibu tertinggi adalah Kabupaten Brebes sebanyak 105 kasus, diikuti Grobogan 84 kasus, dan Klaten 45 kasus. Kabupaten/ Kota dengan kasus kematian ibu terendah adalah Kota Magelang dengan 2 kasus, diikuti Kota Tegal dengan 3 kasus, Sebesar 50,7 persen kematian maternal di Provinsi Jawa Tengah terjadi pada waktu nifas Sementara berdasarkan kelompok umur, kejadian kematian maternal terbanyak adalah pada usia 20-34 tahun yaitu sebesar 65,4 persen. Masih ditemukan sekitar 1,4 persen kematian ibu yang terjadi pada kelompok umur <20 tahun (Profil Kesehatan Provinsi Jawa Tengah, 2021).

AKN di Jawa Tengah tahun 2021 sebesar 5,9 per 1.000 kelahiran hidup. Perhatian terhadap upaya penurunan angka kematian neonatal (0-28 hari) menjadi penting karena kematian neonatal memberi kontribusi terhadap 74,3 persen kematian bayi di Provinsi Jawa Tengah. Tren angka kematian neonatal, bayi dan balita dari tahun ke tahun sudah menunjukkan penurunan, Kabupaten/ Kota dengan AKN tertinggi adalah Kota Magelang dan terendah adalah Kota Surakarta. Sebesar 42,9 persen kabupaten/ kota mempunyai AKN yang lebih rendah dibandingkan AKN tingkat provinsi, Sebagian besar kematian neonatal di Provinsi Jawa Tengah tahun 2021 disebabkan karena BBLR dan asfiksia (Profil Kesehatan Provinsi Jawa Tengah, 2021).

Untuk menurunkan AKI dan AKB maka diperlukan tenaga kesehatan yang mempunyai kewenangan dalam memberikan pelayanan kepada ibu dan anak salah satunya yaitu seorang bidan. Dimana bidan sebagai tenaga kesehatan yang harus kreatif dalam menjalankan kebijakan kebijakan yang dapat membantu dalam meningkatkan pelayanan kesehatan terutama bagi ibu dan anak sehingga mempunyai peran penting untuk membantu kesehatan di Indonesia terutama mampu dalam membantu menurunkan AKI dan AKB (Dinkes Jateng, 2017;h.10).

Selain itu mahasiswa juga melakukan asuhan berkelanjutan atau COC (continuity of care) yang merupakan konsep pembelajaran berbasis pasien dan mahasiswa dapat belajar langsung dari pasien. Selain itu, mahasiswa juga berpartisipasi aktif dalam pengalaman COC (continuity of care) sehingga mampu mengembangkan dan memberikan perawatan berpusat pada wanita. Agar mencapai COC (continuity of care) yang benar mahasiswa diminta untuk menyediakan sejumlah perawatan di bidang kebidanan, yang melibatkan pasien yang berbeda selama masa antenatal care, intranatal care, dan pasca kelahiran (Yanti dkk, 2015).

Pada Pelaksanaan Continuity Of Care dilaksanakan di BPM Minarti. BPM Minarti ini menerima pemeriksaan kehamilan, persalinan, nifas, Bayi Baru Lahir , KB dan Pengobatan Umum lainnya. Pada Pelaksanaan tindakan kehamilan persalinan nifas, BBL dilakukan dirumah untuk kunjungan

selanjutnya bidan melakukan kunjungan rumah untuk memberikan pelayanan yang optimal sesuai standart kunjungan setelah bersalin. Dari Standart alat APN di BPM Minarti sudah terpenuhi dengan baik.

Berdasarkan latar belakang diatas penulis tertarik untuk melakukan asuhan kebidanan komprehensif pada Ny. C selama masa kehamilan, persalinan, nifas, bayi baru lahir (BBL), dan Keluarga berencana dan melakukan pendokumentasian di BPM Sri Rahayuningsih

B. Rumusan Masalah

“Bagaimana penerapan asuhan kebidanan komprehensif pada Ny. C pada masa kehamilan, persalinan, Nifas, BBL dan KB di BPM Minarti Pringapus Tahun 2023?”

C. Tujuan

1. Tujuan Umum

Memberikan asuhan kebidanan secara *continuity of care* (berkesinambungan) pada Ny. C Umur 23 Tahun G1P0A0 pada masa kehamilan, persalinan, Nifas, BBL dan KB

2. Tujuan Khusus

- a. Melakukan Asuhan Kebidanan Pada Ibu Hamil
- b. Melakukan Asuhan Kebidanan Pada Ibu Bersalin
- c. Melakukan Asuhan Kebidanan Pada Ibu Nifas
- d. Melakukan Asuhan Kebidanan Pada BBL
- e. Melakukan Asuhan Kebidanan Pada KB

D. Manfaat

1. Bagi Pasien

Pasien mendapatkan asuhan kebidanan komprehensif yang sesuai dengan standar pelayanan kebidanan dan menambah pengetahuan mengenai kehamilan, persalinan, Nifas dan BBL, Pasien dapat mendeteksi lebih dini masalah yang terjadi selama Kehamilan, Bersalin, Nifas, bbl dan BerKB

2. Bagi Penulis

Untuk menambah wawasan, kompetensi diri dan mempraktikkan teori yang di dapat secara langsung di lapangan dalam memberikan asuhan kebidanan komprehensif pada ibu hamil, bersalin, Nifas dan BBL.

3. Bagi Pendidikan

Dapat menambah referensi kepustakaan, sumber bacaan dan bahan pelajaran terutama yang berkaitan dengan asuhan kebidanan komprehensif pada ibu hamil, bersalin, nifas dan BBL.

4. Bagi Bidan Praktik Klinik

Sebagai bahan masukan agar dapat mempertahankan dan meningkatkan mutu pelayanan kebidanan secara komprehensif terutama pada ibu hamil, bersalin, Nifas dan BBL

BAB II

TINJUAN PUSTAKA

A. Konsep Kehamilan

1. Pengertian Kehamilan

Kehamilan Proses kehamilan merupakan mata rantai yang bersinambung dan terdiri dari : ovulasi, migrasi spermatozoa dan ovum, konsepsi dan pertumbuhan zigot, nidasi (implantasi) pada uterus, pembentukan plasenta dan tumbuh kembang hasil konsepsi sampai aterm. (Manuaba, 2010) Masa kehamilan dimulai dari konsepsi sampai lahirnya janin. Lamanya hamil normal adalah 280 hari (40 minggu atau 9 bulan 7 hari) dihitung dari hari pertama haid terakhir (Prawirohardjo,2011)

Kehamilan merupakan proses yang alamiah perubahan-perubahan yang terjadi pada wanita selama kehamilan normal adalah bersifat fisiologis. Oleh karena itu, asuhan yang diberikan adalah asuhan yang meminimalkan intervensi. Bidan harus memfasilitasi proses alamiah dari kehamilan dan menghindari tindakan-tindakan yang bersifat medis yang tidak terbukti manfaatnya.(Dartiwen dan Nurhayati, 2019)

Hari pertama haid terakhir ibu guna menentukan usia kehamilan dan memperkirakan tanggal kelahiran. rumus sederhana menentukan tanggal kelahiran yaitu tanggal ditambah 7, sedangkan bulan ditambah 3 (dihitung dari hari pertama haid terakhir). (Atiqoh, 2020)

2. Klasifikasi kehamilan

a. Kehamilan diklasifikasikan dalam 3 trimester menurut Sarwono, 2011.

- 1) Trimester kesatu, dimulai dari konsepsi sampai 3 bulan (0- 12 minggu).
- 2) Trimester kedua dari bulan keempat sampai 6 bulan (13-27 minggu).
- 3) Trimester ketiga dari bulan ketujuh sampai 9 bulan (28-40 minggu).

Menurut Muslihatun (2011) usia kehamilan (usia gestasi) adalah masa sejak terjadinya konsepsi sampai dengan saat kelahiran, dihitung dari hari pertama haid terakhir (mesntrual age of pregnancy). Kehamilan

cukup bulan (term/ aterm adalah usia kehamilan 37 – 42 minggu (259 – 294 hari) lengkap. Kehamilan kurang bulan (preterm) adalah masa gestasi kurang dari 37 minggu (259 hari). Dan kehamilan lewat waktu (postterm) adalah masa gestasi lebih dari 42 minggu 16 (294 hari).

- b. Standart minimal Kunjungan Kehamilan Sebaiknya ibu memperoleh sedikitnya 4 kali kunjungan selama kehamilan , yang terdistribusi dalam 3 trimester, yaitu sbb:
- 1) 1 kali pada trimester I
 - 2) 1 kali pada trimester II
 - 3) 2 kali pada trimester III

3. Proses Kehamilan

a. Fertilisasi

Yaitu bertemunya sel telur dan sel sperma. Tempat bertemunya ovum dan sperma paling sering adalah didaerah ampulla tuba. Sebelum keduanya bertemu, maka akan terjadi 3 fase yaitu:

- 1) Tahap penembusan korona radiata Dari 200 – 300 juta hanya 300 – 500 yang sampai di tuba fallopi yang bisa menembus korona radiata karena sudah mengalami proses kapasitasasi.
- 2) Penembusan zona pellusida Spermatozoa lain ternyata bisa menempel dizona pellusida, tetapi hanya satu terlihat mampu menembus oosit.
- 3) Tahap penyatuan oosit dan membran sel sperma Setelah menyatu maka akan dihasilkan zigot yang mempunyai kromosom diploid (44 autosom dan 2 gonosom) dan terbentuk jenis kelamin baru (XX untuk wanita dan XY untuk laki - laki)

b. Pembelahan

Setelah itu zigot akan membelah menjadi tingkat 2 sel (30 jam), 4 sel , 8 sel, sampai dengan 16 sel disebut blastomer (3 hari) dan membentuk sebuah gumpalan bersusun longgar. Setelah 3 hari sel – sel tersebut akan membelah membentuk morula (4 hari). Saat morula masuk rongga rahim, cairan mulai 17 menembus zona pellusida masuk kedalam ruang antar sel yang ada di massa sel dalam. Berangsur – angsur ruang

antar sel menyatu dan akhirnya terbentuklah sebuah rongga/blastokel sehingga disebut blastokista (4 – 5 hari). Sel bagian dalam disebut embrioblas dan sel diluar disebut trofoblas. Zona pellusida akhirnya menghilang sehingga trofoblast bisa masuk endometrium dan siap berimplantasi (5 – 6 hari) dalam bentuk blastokista tingkat lanjut.

c. Nidasi / implantasi

Yaitu penanaman sel telur yang sudah dibuahi (pada stadium blastokista) kedalam dinding uterus pada awal kehamilan. Biasanya terjadi pada pars superior korpus uteri bagian anterior/posterior. Pada saat implantasi selaput lendir rahim sedang berada pada fase sekretorik (2 – 3 hari setelah ovulasi). Pada saat ini, kelenjar rahim dan pembuluh nadi menjadi berkelok – kelok. Jaringan ini mengandung banyak cairan (Marjati,dkk.2010)

4. Pertumbuhan dan Perkembangan Embrio

a. Masa pre embrionic Berlangsung selama 2 minggu sesudah terjadinya fertilisasi terjadi proses pembelahan sampai dengan nidasi. Kemudian bagian inner cell mass akan membentuk 3 lapisan utama yaitu ekstoderm, endoderm serta mesoderm.

1) Masa embrionic

Berlangsung sejak 2 – 6 minggu sistem utama didalam tubuh telah ada didalam bentuk rudimenter. Jantung menonjol dari tubuh dan mulai berdenyut. Seringkali disebut masa organogenesis/ masa pembentukan organ.

2) Masa fetal

Berlangsung setelah 2 minggu ke-8 sampai dengan bayi lahir Minggu ke 12 : Panjang tubuh kira – kira 9 cm, berat 14 gram, sirkulasi tubuh berfungsi secara penuh, tractus renalis mulsi berfungsi, terdapat refleks menghisap dan menelan, genitalia tampak dan dapat ditentukan jenis kelaminnya.

- a) Minggu ke 16 : Panjang badan 16 cm, berat 10 gram, kulit sangat transparan sehingga vaso darah terlihat, deposit lemak subkutan lemak terjadi rambut mulai tumbuh pada tubuh.
- b) Minggu ke 20 : Kepala sekarang tegak dan merupakan separuh PB, wajah nyata, telinga pada tempatnya, kelopak mata, lais dan kuku tumbuh sempurna. Skeleton terlihat pada pemeriksaan sinar X kelenjar minyak telah aktif dan verniks kaseosa akan melapisi tubuh fetus, gerakan janin dapat ibu setelah kehamilan minggu ke 18, traktus renalis mulai berfungsi dan sebanyak 7 – 17 ml urine dikeluarkan setiap 24 jam.
- c) Minggu ke 24 : Kulit sangat keriput, lanugo menjadi lebih gelap dengan vernix kaseosa meningkat. Fetus akan menyepak dalam merespon rangsangan.
- d) Minggu ke 28 : Mata terbuka, alis dan bulu mata telah berkembang dengan baik, rambut menutupi kepala, lebih banyak deposit lemak subkutan menyebabkan kerutan kulit berkurang, testis turun ke skrotum.
- e) Minggu ke 32 : Lanugo mulai berkurang, tubuh mulai lebih membulat karena lemak disimpan disana, testis terus turun.
- f) Minggu ke 36 : Lanugo sebagian besar terkelupas, tetapi kulit masih tertutup verniks kaseosa, testis fetus laki – laki terdapat didalam skrotum pada minggu ke 36 ovarium perempuan masih berada di sekitar batas pelvis, kuku jari tangan dan kaki sampai mencapai ujung jari, umbilikus sekarang terlihat lebih dipusat abdomen.
- g) Minggu ke 40 : Osifikasi tulang tengkorak masih belum sempurna, tetapi keadaan ini merupakan keuntungan dan memudahkan fetus melalui jalan lahir. Sekarang terdapat cukup jaringan lemak subkutan dan fetus mendapatkan tambahan BB hampir 1 kg pada minggu tersebut (Marjati,dkk, 2010)

5. Tanda dan Gejala Kehamilan

a. Tanda presumtif kehamilan

- 1) Amenore (terlambat datang bulan) Konsepsi dan nidasi menyebabkan tidak terjadinya pembentukan folikel de Graff dan ovulasi di ovarium. Gejala ini sangat penting karena umumnya wanita hamil tidak dapat haid lagi selama kehamilan, dan perlu diketahui hari pertama haid terakhir untuk menentukan tuanya kehamilan dan tafsiran persalinan.
- 2) Mual muntah Umumnya terjadi pada kehamilan muda dan sering terjadi pada pagi hari. Progesteron dan estrogen mempengaruhi pengeluaran asam lambung yang berlebihan sehingga menimbulkan mual muntah.
- 3) Ngidam Menginginkan makanan/minuman tertentu, sering terjadi pada bulan-bulan pertama kehamilan tetapi menghilang seiring tuanya kehamilan.
- 4) Sinkope atau pingsan, Terjadi sirkulasi ke daerah kepala (sentral) menyebabkan iskemia susunan saraf dan menimbulkan sinkope/pingsan dan akan menghilang setelah umur kehamilan lebih dari 16 minggu.
- 5) Payudara tegang
Pengaruh estrogen, progesteron, dan somatomotropin menimbulkan deposit lemak, air, dan garam pada payudara menyebabkan rasa sakit terutama pada kehamilan pertama.
- 6) Anoreksia nervosa
Pada bulan-bulan pertama terjadi anoreksia (tidak nafsu makan), tapi setelah itu nafsu makan muncul lagi.
- 7) Sering kencing
Hal ini sering terjadi karena kandung kencing pada bulan-bulan pertama kehamilan tertekan oleh uterus yang mulai membesar. Pada triwulan kedua umumnya keluhan ini hilang karena uterus yang membesar keluar rongga panggul.

8) Konstipasi/obstipasi

Hal ini terjadi karena tonus otot menurun disebabkan oleh pengaruh hormone estrogen.

9) Epulis

Hipertrofi gusi disebut epulis dapat terjadi pada kehamilan.

10) Pigmentasi

Terjadi pada kehamilan 12 minggu keatas

a) Pipi : Cloasma gravidarum

b) Keluarnya melanophore stimulating hormone hipofisis anterior menyebabkan pigmentasi yang berlebihan pada kulit.

c) Perut : Striae livide - Striae albican

d) Linea alba makin menghitam

e) Payudara : hipepigmentasi areola mammae

f) Varises atau penampakan pembuluh vena Karena pengaruh estrogen dan progesteron terjadi penampakan pembuluh darah vena. Terutama bagi mereka yang mempunyai bakat. Penampakan pembuluh darah itu terjadi disekitar genitalia eksterna, kaki dan betis erta payudara.

b. Tanda Kemungkinan (Probability Sign)

1) Pembesaran Perut Terjadi akibat pembesaran uterus. Hal ini terjadi pada bulan keempat kehamilan.

a) Tanda Hegar Tanda Hegar adalah pelunakan dan dapat ditekannya isthmus uterus.

b) Tanda Goodel Pelunakan serviks

c) Tanda Chadwicks Perubahan warna menjadi keunguan pada vulva dan mukosa vagina termasuk juga porsio dan serviks.

d) Tanda Piskacek Pembesaran uterus yang tidak simetris. Terjadi karena ovum berimplantasi pada daerah dekat dengan kornu sehingga daerah tersebut berkembang lebih dulu.

e) Kontraksi Braxton Hicks Peregangan sel – sel otot uterus, akibat meningkatnya actomycin didalam otot uterus. Kontraksi ini tidak

beritmik, sporadis, tidak nyeri, biasanya timbul pada kehamilan 8 minggu.

- f) Teraba Ballotement Ketukan yang mendadak pada uterus menyebabkan janin bergerak dalam cairan ketuban yang dapat dirasakan oleh tangan pemeriksa.
- g) Pemeriksaan tes biologi kehamilan (planotest) positif Pemeriksaan ini adaah untuk mendeteksi adanya hCG yang diproduksi oleh sinsitotrofoblas sel selama kehamilan. Hormon ini disekresi diperedaran darah ibu (pada plasma darah), dan diekskresi pada urine ibu.

c. Tanda Pasti (Positive Sign)

- 1) Gerakan janin Dalam rahim Gerakan janin ini harus dapat diraba dengan jelas oleh pemeriksa. Gerakan ini baru dapat dirasakan pada usia kehamilan sekitar 20 minggu.
- 2) Denyut jantung janin Dapat didengar pada usia 12 minggu dengan menggunakan alat fetal electrocardiograf (misalnya doppler).
- 3) Bagian bagian janin Bagian besar janin (kepala dan bokong) serta bagian kecil janin (lengan dan kaki) dapat diraba dengan jelas pada usia kehamilan lebih tua (trimester akhir)
- 4) Kerangka janin Kerangka janin dapat dilihat dengan foto rontgen maupun USG (Marjati dkk, 2010)

6. Tanda Bahaya Kehamilan

Menurut kementerian kesehatan (2013) 6 masalah ini bisa menyebabkan keguguran atau kelahiran dini(prematur) yang membahayakan ibu dan bayi yaitu:

- a. Perdarahan Pada Hamil Muda Maupun Hamil Tua
- b. Bengkak Dikaki, Tangan Atau Wajah Disertai Sakit Kepala Atau Kejang.
- c. Demam Atau Panas Tinggi
- d. Air ketuban keluar sebelum waktunya
- d. Bayi Dikandung Gerakannya Berkurang Atau Tidak Bergerak
- e. Muntah terus (tidak mau makan)

7. Antenatal Care (ANC)

ANC adalah upaya preventif program pelayanan kesehatan obstetric untuk optimalisasi luaran maternal dan neonatal melalui serangkaian kegiatan pemantauan rutin selama kehamilan. (Prawirohardjo, 2010).

a. Tujuan ANC

- 1) Memonitor kemajuan kehamilan guna memastikan kesehatan ibu dan perkembangan bayi yang normal
- 2) Mengenali secara dini penyimpangan dari normal dan memberikan penatalaksanaan yang di perlukan
- 3) Membina hubungan saling percaya antara ibu dan bidan dalam rangka mempersiapkan ibu dan keluarga secara fisik, emosional, dan logis untuk menghadapi kelahiran serta serta kemungkinan adanya komplikasi.(Rismalinda, 2015)

b. Kebijakan Program Asuhan ANC

Menurut teori (Rismalinda,2015), ditinjau dari tuanya kehamilan, kehamilan dibagi dalam 3 bagian, yaitu:

- 1) Kehamilan triwulan pertama (antara 0 – 14 minggu)
- 2) Kehamilan triwulan kedua (antara 14 – 28 minggu)
- 3) Kehamilan triwulan ketiga (antara 28 – 40 minggu)

c. Standar Pelayanan Minimal Antenatal

Pelayanan antenatal sesuai standar adalah pelayanan yang diberikan ibu hamil minimal 4 kali selama kehamilan dengan jadwal satu kali pada trimester pertama, satu kali pada trimester kedua dan dua kali pada trimester ketiga yang dilakukan oleh bidan atau dokter spesialis kebidanan baik yang bekerja di fasilitas pelayanan kesehatan pemerintah maupun swasta yang memiliki Surat Tanda Registrasi (STR).

Pemeriksaan Antenatal Care terbaru sesuai dengan standar pelayanan yaitu minimal 6 kali pemeriksaan selama kehamilan,dan minimal 2 kali pemeriksaan oleh dokter pada trimester I dan III. 2 kali pada trimester pertama (kehamilan hingga 12 minggu), 1 kali pada trimester kedua (kehamilan diatas 12 minggu sampai 26 minggu), 3 kali

pada trimester ketiga (kehamilan diatas 24 minggu sampai 40 minggu)
(Buku KIA Terbaru Revisi tahun 2020).

d. Standar Asuhan Pelayanan Pemeriksaan Kehamilan / ANC.

Menurut Depkes RI (2014) Dalam melakukan pemeriksaan antenatal, tenaga kesehatan harus memberikan pelayanan yang berkualitas sesuai standar terdiri dari :

- 1) Timbang Berat Badan dan ukur tinggi badan Penimbangan berat badan pada setiap kali kunjungan antenatal dilakukan untuk mendeteksi adanya gangguan pertumbuhan janin. Penambahan berat badan yang kurang dari 9 kilogram selama kehamilan atau kurang dari 1 kilogram setiap bulannya menunjukkan adanya gangguan pertumbuhan janin. Pengukuran tinggi badan pada pertama kali kunjungan dilakukan untuk menapis adanya faktor risiko pada ibu hamil. Tinggi badan ibu hamil kurang dari 145 cm meningkatkan risiko untuk terjadinya CPD (Cephalo Pelvic Disproportion).
- 2) Ukur Tekanan Darah
Pengukuran tekanan darah pada setiap kali kunjungan antenatal dilakukan untuk mendeteksi adanya hipertensi (tekanan darah 140/90 mmHg pada kehamilan dan preeklampsia (hipertensi) disertai edema wajah dan atau tungkai bawah dan atau proteinuria).
- 3) Nilai Status Gizi (ukur lingkar lengan Atas/LILA)
LILA <23,5 cm, resiko KEK (kurang energi kronis)
- 4) Ukur Tinggi Fundus Uteri Pengukuran tinggi fundus pada setiap kali kunjungan antenatal dilakukan untuk mendeteksi pertumbuhan janin sesuai atau tidak sesuai dengan umur kehamilan, kemungkinan ada gangguan pertumbuhan janin. Standar pengukuran menggunakan pita ukur setelah kehamilan 24 minggu

Tabel 2.1 Ukuran tinggi Fundus Uteri

Usia kehamilan (Minggu)	Tinggi Fundus Uteri
12	3 jari diatas simfisis
16	Pertengahan Pusat-simfisis
20	3 jari dibawah pusat
24	Setinggi pusat
28	3 jari diatas pusat
32	Pertengahan pusat-prosesus xiphoideus (px)
36	1 jari dibawah prosesus xiphoideus (px)
40	3 jari di bawah prosesus xiphoideus

- 5) Beri Imunisasi Tetanus Toksoid (TT) Untuk mencegah terjadinya tetanus neonatorum, ibu hamil harus mendapat imunisasi TT. Pada saat kontak pertama., ibu hamil di skrining status imunisasi TT, Pemberian imunisasi TT pada ibu hamil , sesuai dengan status imunisasi saat ini.

Table 2.2 Jadwal Imunisasi Tetanus Toxoid

TT Ke	Interval	Lama Perlindungan
TT1	Pada kunjungan antenatal pertama	
TT2	4 Minggu setelah TT1	3 Tahun
TT3	6 bulan setelah TT2	5 tahun
TT4	1 Tahun setelah TT3	10 Tahun
TT5	1 Tahun setelah TT4	35 tahun atau seumur hidup

- 6) Beri Tablet Tambah Darah (Zat Besi)

Untuk mencegah anemia gizi besi, setiap ibu hamil harus mendapat tablet zat besi minimal 90 tablet selama kehamilan diberikan sejak kontak pertama.

- 7) Pemeriksaan Hb

Pemeriksaan Hb yang sederhana yakni dengan cara Talquis dan dengan cara Sahli. Pemeriksaan Hb dilakukan pada kunjungan ibu hamil pertama kali, lalu periksa lagi menjelang persalinan. Pemeriksaan Hb adalah salah satu upaya untuk mendeteksi Anemia pada ibu hamil. Menurut WHO kadar Hb terdiri dari :

- a) Normal : 11,5 gr%
- b) Anemia ringan : 9-11 gr%
- c) Anemia sedang : 7-8,9 gr% d. Anemia berat : < 7 gr%

8) Temu wicara / Konseling Komunikasi yang baik antara pasien dan tenaga kesehatan, sangat penting dibina dari sejak awal melalui temu wicara dapat ditemukan kesepakatan untuk melakukan rujukan apabila terjadi komplikasi-komplikasi pada saat kehamilan.

8. Perubahan Fisiologis Pada Ibu Hamil Trimester I, II dan III

a. Trimester 1 (satu)

1) Uterus

Selama kehamilan uterus akan beradaptasi untuk menerima hasil konsepsi sampai nanti persalinan. Pada usia kehamilan 12 minggu uterus berukuran kira-kira seperti buah jeruk besa

2) Serviks

Serviks merupakan organ yang kompleks dan heterogen yang mengalami perubahan yang luar biasa selama kehamilan dan persalinan. Satu bulan setelah konsepsi serviks akan menjadi lebih lunak dan menjadi kebiruan. Serviks bersifat seperti katub yang bertanggung jawab menjaga janin di dalam uterus sampai akhir kehamilan dan selama kehamilan. Selama kehamilan serviks tetap tertutup rapat, melindungi janin dari kontaminasi eksternal, dan menahan isi uterus. Panjang uterus tetap sama yaitu kurang lebih 2,5 cm selama kehamilan tetapi menjadi lebih lunak karna adanya peningkatan estrogen dan progesteron dan menjadi berwarna kebiruan dikarenakan peningkatan vaskularitas.

3) ovarium

Proses ovulasi selama kehamilan akan terhenti dan pematangan folikel baru juga ditunda. hanya satu korpus luteum yang dapat ditemukan di ovarium. Folikel ini akan berfungsi maksimal selama 6-7 minggu awal kehamilan dan setelah itu akan berperan sebagai

penghasil progesteron dalam jumlah yang relatif minimal (Prawirohardjo, 2010).

4) Vagina

Dinding vagina mengalami banyak perubahan yang merupakan persiapan untuk mengalami peregangan pada waktu persalinan dengan meningkatnya ketebalan mukosa, mengendorornya jaringan ikat dan hipertrofi sel otot polos. Peningkatan volume sekresi vagina juga terjadi, dimana sekresi akan berwarna keputihan, menebal dan PH antara 3,5-6 yang merupakan hasil dari peningkatan produksi asam laktat glikogen yang dihasilkan oleh epitel vagina sebagai aksi dari *Lactobacillus acidophilus* (Prawirohardjo, 2010).

5) Payudara

Pada awal kehamilan perempuan akan merasakan payudaranya menjadi lunak. Setelah bulan kedua payudara akan bertambah ukurannya dan vena-vena dibawah kulit akan lebih terlihat, Putih payudara akan lebih besar, kehitaman dan tegak, Setelah bulan pertama cairan kuning bernama kolostrum akan keluar. Kolostrum ini berasal dari kelenjar-kelenjar asinus yang mulai bersekresi.

Meskipun dapat dikeluarkan, air susu belum dapat diproduksi karena hormon prolaktin ditekan oleh prolaktin inhibiting hormone. Setelah persalinan kadar progesteron dan estrogen menurun sehingga pengaruh inhibisi progesterone terhadap α -laktalbumin akan hilang. Peningkatan prolaktin akan merangsang sintesis lactose dan pada akhirnya akan meningkatkan produksi air susu (Prawirohardjo, 2010)

b. Trimester II (Dua)

1) Uterus

Pada trimester ini uterus akan membesar sehingga uterus akan menyentuh dinding abdominal dan hampir menyentuh hati, mendorong usus ke samping dan ke atas. Pada trimester kedua ini kontraksi dapat di deteksi dengan pemeriksaan bimanual. (Rimalinda, 2015). Perubahan bentuk dan ukuran uterus :

- a) Pada kehamilan 16 minggu, tingginya rahim (uterus) setengah dari jarak simfisis dan pusat. Plasenta telah terbentuk seluruhnya.
- b) Pada kehamilan 20 minggu, fundus rahim terletak 3 jari dibawah pusat sedangkan pada umur 24 minggu tepat ditepi atas pusat.
- c) Pada kehamilan 28 minggu, tingginya fundus uteri sekitar 3 jari diatas pusat atau sepertiga antara pusat dan prosesus xifoideus. (Manuaba, 2010)

2) Vagina

Pada kehamilan trimester ke dua ini terjadinya peningkatan cairan vagina selama kehamilan adalah normal. Cairan biasanya jernih, pada saat ini biasanya agak kenyal dan mendekati persalihan menjadi cair. Yang terpenting adalah tetap menjaga kebersihan. (Rismalinda, 2015).

3) Payudara

Pada trimester kedua ini, payudara akan semakin membesar dan mengeluarkan cairan yang kekuningan yang disebut dengan colostrum. Keluarnya kolostrum ini adalah makanan bayi pertama kali yang kaya akan protein, colostrum akan keluar bila puting di pencet. Aelora payudara makin hitam karena hiperpigmentasi

c. Trimester III

1) Uterus

Perubahan bentuk dan ukuran uterus :

- a) Pada kehamilan 32 minggu, tingginya setengah jarak prosesus xifoideus dan pusat.
- b) Pada kehamilan 36 minggu, tinggi fundus uteri sekitar 1 jari dibawah prosesus xifoideus. Kepala bayi belum masuk Pintu Atas Panggul (PAP).
- c) Pada kehamilan 40 minggu, fundus uteri turun setinggi 3 jari dibawah prosesus xifoideus, karena kepala janin sudah masuk Pintu Atas Panggul (PAP). (Manuaba, 2010)

2) Serviks

Pembukaan serviks merupakan mekanisme yang terjadi saat jaringan ikat serviks yang keras dan panjang secara progresif melunak dan memendek dari atas ke bawah. Serat otot yang melunak sejajar os serviks internal tertarik ke atas, masuk ke segmen bawah uterus dan berada di sekitar bagian presentasi janin dan air ketuban.

3) Vagina

Dinding vagina mengalami banyak perubahan yang merupakan persiapan untuk mengalami peregangan pada waktu persalinan dengan meningkatkan ketebalan mukosa. Peningkatan volume secret vagina juga terjadi, dimana sekresi akan berwarna keputihan menebal, dan PH antar 3,5-6 yang merupakan hasil dari peningkatan produksi asam laktat glukogen yang dihasilkan oleh epitel vagina sebagai aksi dari *Lactobacillus acidophilus*.

9. Perubahan Psikologi Pada Ibu Hamil Trimester I, II dan III

Menurut Romauli 2014 Adapun Perubahan Psikologi Yaitu :

a. Trimester I (periode penyesuaian)

Kadar hormon estrogen dan progesteron segera setelah konsepsi mengalami 33 peningkatan sehingga menyebabkan mual muntah pada pagi hari, lemas, lelah dan membesarnya payudara. Hal ini menyebabkan ibu merasa tidak sehat dan terkadang membenci, kecewa, cemas, sedih dan menolak kehamilannya. Pada trimester pertama ini, ibu hamil selalu mencari tanda-tanda untuk meyakinkan bahwa dirinya sedang hamil

b. Trimester 2 (periode kesehatan yang baik)

Pada trimester ke 2 ini sudah tidak seperti trimester sebelumnya, ibu sudah merasa lebih sehat. Tubuh ibu sudah terbiasa dengan kadar hormon yang tinggi, rasa tidak nyaman dengan kehamilannya sudah berkurang dan menerima kehamilannya. Ibu merasa lebih stabil, dalam mengatur diri dan kondisi juga lebih baik dan menyenangkan, ibu mulai terbiasa dengan perubahan fisik yang terjadi pada dirinya.

c. Trimester 3 (periode penantian dengan penuh kewaspadaan)

Trimester 3 ini sering disebut periode menunggu dan waspada karena ibu tidak sabar menunggu kelahiran bayinya. Terkadang ibu khawatir dengan bayinya yang akan lahir sewaktu waktu. Keadaan ini menyebabkan ibu menjadi lebih waspada terjadinya tanda atau gejala terjadinya persalinan. Sering terjadi ibu yang khawatir dengan bayinya apabila lahir dengan keadaan tidak normal. Rasa tidak nyaman akibat kehamilan timbul kembali pada trimester ini, banyak ibu yang merasa dirinya aneh dan jelek. Disamping itu ibu juga merasaa sedih karena akan berpisah dengan bayinya dan kehilangan perhatian khusus yang diterimanya selama hamil

10. Ketidak Nyamanan Dan Penanganan Selama Kehamilan

a. Trimester pertama

1) Mual dan muntah

Diakibatkan karna meningkatnya kadar HCG, estrogen / progesterone. Penanganan : Hindari bau yang menyengat dan faktor penyebab, makan sedikit tapisering, hindari makanan yang berminyak dan berbumbu yang merangsang.

b. Trimester ke Dua

1) Kram kaki

Karna adanya tegang pada otot betis dan otot telapak kaki, diduga adanya ketidakseimbangan mineral di dalam tubuh ibu yang memicu gangguan pada system persyarafan otot-otot tubuh. Penanganan : lakukan senam hamil secara teratur karna senam hamil dapat memperlancar aliran darah dalam tubuh, meningkatkan komsumsi makanan yang tinggi kandungan kalsium dan magnesium seperti sayuran serta susu.

2) Sembelit

Karna peningkatan kadar progesterone menyebabkan peristaltic usus menjadi lambat. Penyerapan air di dalam kolon meningkat karan efek samping dari penggunaan zat besi.

Penanganan : tingkatkan intake cairan, serat di dalam menu makanan, istirahat yang cukup, senam hamil, membiasakan BAB secara teratur.

c. Trimester Ke Tiga

1) Sering buang air kecil

Adanya tekanan pada kandung kemih akibat semakin besar ukuran janin. Penanganan : perbanyak minum pada pagi dan siang hari dan mengurangi minum pada malam hari.

2) Nyeri Punggung

Nyeri punggung (low back pain) merupakan hal fisiologis yang terjadi pada ibu hamil, Keluhan ini dimulai pada usia kehamilan 12 minggu dan akan meningkat pada saat usia kehamilan 24 minggu hingga menjelang persalinan. Nyeri biasanya terasa di punggung bagian bawah, terkadang menyebar sampai turun ke kaki. Terdapat juga variasi besar dalam keparahan gejala di antara individu. Beberapa ibu mengalami kekakuan atau ketidaknyamanan yang bersifat sementara, sedangkan ibu lain mengalami kekakuan atau ketidaknyamanan yang berat. Rasa nyeri sering dirasakan ibu pada waktu malam hari. Hal ini diakibatkan oleh pengaruh aliran darah ke vena ke arah lumbal sebagai peralihan cairan dari intraseluler ke arah ekstraseluler akibat dari aktivitas yang dilakukan ibu (Irianti, 2013). Nyeri biasanya diperburuk oleh lamanya waktu berdiri atau duduk, membungkukkan tubuh dan mengangkat. Beberapa ibu juga mengalami nyeri di atas simfisis pubis atau spina toraks di waktu yang sama (Robson, 2012). Penyebab awal terjadinya back pain (nyeri punggung) adalah dipengaruhi oleh perubahan hormon dan postural karena uterus yang berisi janin mengubah pusat gravitasi ibu. Pusat gaya tarik bumi akan bergeser ke arah anggota gerak bawah (tungkai kaki) disini bisa terjadi kenaikan mobilitas dari sendi-sendi tubuh sendi sakrokoksigea, sakroiliaka, dan pubis. Perubahan sendi dapat ikut berpengaruh pada perubahan postur ibu

hamil dan dapat menimbulkan rasa tidak nyaman di punggung terutama terjadi pada masa-masa akhir kehamilan. (Robson, 2012)

Beberapa upaya yang dapat dilakukan untuk mengurangi nyeri punggung adalah posisi / sikap tubuh yang baik selama melakukan aktivitas, gunakan bra yang menopang dengan ukuran yang tepat, gunakan kasur yang keras, gunakan bantal ketika tidur untuk meluruskan punggung, hindari mengangkat barang berat, Posisi duduk sebaiknya duduklah dengan posisi bersandar dengan kaki yang menapak langsung pada lantai, hindari penggunaan high heel selama hamil, terutama pada trimester ketiga kehamilan (Robson, 2012).

11. Tanda bahaya dan komplikasi ibu dan janin pada kehamilan

a. Perdarahan pervaginam pada kehamilan muda Perdarahan pervaginam dalam kehamilan terbagi menjadi 2 yaitu sebelum 24 minggu dan setelah 24 minggu usia kehamilan.

1) Perdarahan sebelum 24 minggu disebabkan oleh :

a) *Implantation bleeding* : sedikit perdarahan saat trophoblast melekat pada endometrium. Bleeding terjadi saat implantasi 8 – 12 hari setelah fertilisasi

b) *Abortion* : 15% terjadi pada aborsi spontan sebelum 12 minggu usia kehamilan dan sering pada primigravida.

c) *Hydatidiform mola* : akibat dari degenerasi chorionic villi pada awal kehamilan. Embrio mati dan di reabsorpsi / mola terjadi di dekat fetus. Sering terjadi pada wanita perokok, mempunyai riwayat multipara.

d) *Ectopic pregnancy* : ovum dan sperma yang berfertilisasi kemudian berimplantasi di luar dari uterine cavity, 95% berada di tuba, bisa juga berimplantasi di ovarium, abdominal cavity

e) *Cervical lesion* : lesi pada serviks

f) *Vaginitis* : infeksi pada vagina.

Perdarahan pada awal kehamilan yang abnormal bersifat merah segar, banyak dan adanya nyeri perut.

2) Perdarahan lebih dari 24 minggu :

Antepartum haemorrhage adalah komplikasi serius karena bisa menyebabkan kematian maternal dan bayi. ada 2 jenis yaitu :

a) Plasenta previa : akibat dari letak plasenta yang abnormal, biasanya plasenta ini terletak sebagian atau total plasenta terletak pada segmen bawah Rahim

b) Solusio plasenta : terlepasnya plasenta sebelum waktunya
Penanganan : Tanyakan pada ibu tentang karakteristik perdarahan, kapan mulai terjadi, seberapa banyak, warnanya, adakah gumpalan, rasa nyeri ketika perdarahan.

(1) Periksa tekanan darah ibu, suhu, nadi, dan denyut jantung janin.

(2) Lakukan pemeriksaan eksternal, rasakan apakah perut bagian bawah teraba lembut, kenyal ataupun keras.

(3) Jangan lakukan pemeriksaan dalam, apabila mungkin periksa dengan speculum.

3) Hipertensi

Gestational hypertension adalah adanya tekanan darah 140/90 mmHg atau lebih atau peningkatan 20 mmHg pada tekanan diastolic setelah 20 minggu usia kehamilan dengan pemeriksaan minimal 2 kali setelah 24 jam pada wanita yang sebelumnya normotensive.

Apabila diikuti proteinuria dan oedema maka di kategorikan sebagai preeklamsi, bila di tambah adanya kejang maka di sebut eklamsi.

Penanganan:

a) Tanyakan pada ibu mengenai tekanan darah sebelum dan selama kehamilan serta tanda-tanda preeklamsi.

b) Tanyakan tentang riwayat tekanan darah tinggi dan preeklamsi pada ibu dan keluarga.

c) Periksa dan monitor tekanan darah, protein urine, refleks dan oedema.

d) Anjurkan ibu untuk rutin ANC dan perispakan rujukan untuk persalinan.

b. Nyeri perut bagian bawah

Nyeri perut bagian bawah perlu dicermati karena kemungkinan peningkatan kontraksi uterus dan mungkin mengarah pada adanya tanda-tanda ancaman keguguran. Nyeri yang membahayakan bersifat hebat, menetap, dan tidak hialng setelah ibu istirahat. Hal ini bisa berhubungan dengan appemdicitis, kemahilan ektopik, aborsi, radang panggul, ISK.

Penanganan:

- 1) Tanyakan pada ibu mengenai karakteristik nyeri, kapan terjadi, seberapa hebat, kapanmmulai dirasakan, apakah berkurang bila ibu istirahat.
- 2) Tanyakan pada ibu mengenai tanda gejala lain yang mungkin menyertai misalnya muntah, mual, diare, dan demam.
- 3) Lakukan pemeriksaan luar dan dalam, periksa adanya nyeri di bagian pinggang dalam.
- 4) Lakukan pemeriksaan proteinuria

c. Sakit kepala yang hebat

Sakit kepa dan pusing sering terjadi selama kehamilan, sakit kepala yang berisfat hebat dan terus menerus dan tidak hilang bila di bawa istihat adalah sakit kepala yang abnormal. Bila ibu merasakan sakit kepala hebat di tambah dengan adanya pandangan kabur bisa jadi adalah gejala pre eklamsi.

Penanganan :

- 1) Tanyakan ibu jika ia mengalami odema pada muka / tangan
- 2) Lakukan permeriksaan tekanan darah, adanya proteinuria, refleks dan oedema
- 3) Bengkak di wajah dan tangan

Bengkak yang muncul pada sore hari dan biasanya hilang bila istirahat dengan kaki ditinggikan adalah hal yang normal pada ibu hamil. Bengkak merupakan masalah yang serius apabila muncul pada muka dan tangan, tidak hilang setelah beristirahat, dan disertai dengan keluhan fisik lainnya. Hal tersebut mungkin merupakan tanda-tanda adanya anemia, gagal jantung, ataupun preeklamsi.

Penanganan:

- 1) Tanyakan pada ibu apakah mengalami sakit kepala
- 2) Periksa pembengkakan terjadi di mana, kapan hilang, dan karakteristik
- 3) Ukur tekanan darah
- 4) Lakukan pemeriksaan hemoglobin, lihat warna konjungtiva ibu, telapak tangan

d. Gerakan Janin Tidak Terasa

Secara normal ibu merasakan adanya gerakan janin pada bulan ke 5 atau ke 6 usia kehamilan, namun ada beberapa ibu yang merasakan gerakan janin lebih awal.

Jika janin tidur gerakan janin menjadi lemah. Gerakan janin dapat ibu rasakan pada saat ibu istirahat, makan, dan berbaring. Biasanya janin bergerak paling sedikit 3 kali dalam 3 jam (Rismalinda, 2015).

Penanganan:

- 1) Tanyakan ibu kapan merasakan gerakan janin terakhir kali
- 2) Dengarkan denyut jantung janin menggunakan dopler
- 3) Rujuk agar mendapatkan pemeriksaan ultrasound

B. Persalinan

1. Penertian Persalinan

Persalinan adalah serangkaian kejadian yang berakhir dengan pengeluaran bayi cukup bulan atau hampir cukup bulan, disusul dengan pengeluaran plasenta dan selaput janin dari tubuh ibu (Diana, 2019). Persalinan merupakan proses membuka dan menipisnya serviks sehingga

janin dapat turun ke jalan lahir. Persalinan dan kelahiran normal merupakan proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu) dengan adanya kontraksi rahim pada ibu. Prosedur secara ilmiah lahirnya bayi dan plasenta dari rahim melalui proses yang dimulai dengan terdapat kontraksi uterus yang menimbulkan terjadinya dilatasi serviks atau pelebaran mulut rahim (Irawati, Muliani, & Arsyad, 2019).

Persalinan adalah suatu kejadian yang berakhir dengan pengeluaran bayi yang cukup bulan atau hampir cukup bulan yang kemudian, disusul dengan pengeluaran placenta dan selaput janin. Dalam proses persalinan dapat terjadi perubahan-perubahan fisik yaitu, ibu akan merasa sakit pinggang dan perut bahkan sering mendapatkan kesulitan dalam bernafas dan perubahan-perubahan psikis yaitu merasa takut kalau apabila terjadi bahaya atas dirinya pada saat persalinan, takut yang dihubungkan dengan pengalaman yang sudah lalu misalnya mengalami kesulitan pada persalinan yang lalu (Rinata, 2018).

2. Fisiologi Persalinan

Perubahan fisiologis dan psikologis selama persalinan bersifat dramatis dan sering dianggap ringan. Waktu dan intensitas perubahan bervariasi antar berbagai sistem, tetapi semuanya dirancang guna memberi kesempatan kepada ibu untuk merawat janinnya dan mempersiapkan proses persalinannya. Sebagian besar wanita menganggap bahwa persalinan adalah peristiwa kodrati yang harus dilalui tetapi ada juga yang menganggap sebagai peristiwa khusus yang sangat menentukan kehidupan selanjutnya. Perubahan fisiologis ini nantinya akan mempengaruhi jalannya persalinan (Fitriana, 2018).

3. Tujuan Asuhan Persalinan Normal

Tujuan persalinan normal adalah menjaga kelangsungan hidup dan memberikan derajat kesehatan yang tinggi bagi ibu dan bayinya, melalui upaya yang terintegrasi dan lengkap, tetapi dengan intervensi yang seminimal mungkin agar prinsip keamanan dan kualitas pelayanan dapat terjaga pada tingkat yang diinginkan (optimal). Melalui pendekatan ini maka

setiap 40 intervensi yang diaplikasikan dalam Asuhan Persalinan Normal (APN) harus mempunyai alasan dan bukti ilmiah yang kuat tentang manfaat intervensi tersebut bagi kemajuan dan keberhasilan proses persalinan (JNPK-KR, 2017).

4. Etiologi Persalinan

Ada beberapa teori yang menjelaskan tentang sebab terjadinya persalinan adalah :

a. Penurunan kadar Estrogen dan Progesteron Hormon progesterone

Menimbulkan relaksasi otot-otot rahim, sebaliknya hormon estrogen meninggikan kerentanan otot-otot rahim. Selama kehamilan terdapat keseimbangan antara kadar progesteron dan estrogen di dalam darah, tetapi pada akhir kehamilan kadar progesteron menurun sehingga timbul his.

b. Teori oksitosin

Menjelang persalinan, terjadi peningkatan reseptor oksitosin dan otot Rahim, sehingga mudah terangsang saat disuntikkan oksitosin dan menimbulkan kontraksi. Diduga bahwa oksitosin dapat meningkatkan pembentukan prostaglandin dan persalinan dapat berlangsung terus.

c. Teori ketegangan otot Rahim

Keadaan otot uterus yang terus membesar dan menjadi tegang mengakibatkan iskemia otot-otot uterus. Hal ini merupakan faktor yang dapat mengganggu sirkulasi uteroplasenter sehingga plasenta mengalami degenerasi. Otot Rahim mempunyai kemampuan meregang sampai batas tertentu. Apabila batas tersebut sudah terlewati, maka akan terjadi kontraksi sehingga persalinan dapat dimulai.

d. Teori prostaglandin

Prostaglandin sangat meningkatkan cairan amnion dan desidua dari minggu ke-15 hingga aterm, dan kadarnya meningkat hingga kewaktu partus. Diperkirakan terjadinya penurunan progesterone dapat memicu interleikin-1 untuk dapat melakukan “hidrolisis gliserofosfolipid”, sehingga terjadi pelepasan dari asam arakidonat menjadi prostaglandin,

PGE2 dan PGF2 alfa. Terbukti pula bahwa saat memulainya persalinan, terdapat penimbunan dalam jumlah besar asam arakidonat dan prostaglandin dalam cairan amnion. Disamping itu, terjadi pembentukan prostasiklin dalam myometrium, desidua, dan korion leave. Prostaglandin dalam melunakan serviks dan merangsang kontraksi bila diberikan dalam bentuk infus, per os, atau secara intravaginal.

e. Teori janin

Terdapat hubungan hipofisis dan kelenjar suprarenal yang menghasilkan sinyal kemudian diarahkan kepada maternal sebagai tanda bahwa janin telah siap lahir namun mekanisme ini belum diketahui secara pasti.

f. Teori berkurangnya nutrisi

Teori berkurangnya nutrisi pada janin diungkapkan oleh Hippocrates untuk pertama kalinya. Hasil konsepsi akan segera dikeluarkan bila nutrisi telah berkurang.

g. Teori plasenta menjadi tua

Plasenta yang semakin tua seiring dengan bertambahnya usia kehamilan akan menyebabkan turunya kadar esterogen sehingga timbulnya kontraksi Rahim (Yulizawati et al., 2018).

5. Tanda Mulainya Persalinan.

Tanda – tanda bahwa persalinan sudah dekat yaitu :

a. Tanda persalinan sudah dekat

1) Lightening Menjelang minggu ke-36 pada primigravida, terjadi penurunan fundus uerus karena kepala bayi sudah masuk ke dalam panggul. Penyebab dari proses ini adalah sebagai berikut :

a) Kontraksi Braxton Hicks

b) Ketegangan dinding perut

c) Ketegangan ligamentum rotundum

d) Gaya berat janin, kepala kearah bawah uterus Masuknya kepala janin kedalam panggul dapat dirasakan oleh wanita hamil dengan tanda-tanda sebagai berikut:

- (1) Terasa ringan dibagian atas dan rasa sesak berkurang
 - (2) Dibagian bawah terasa penuh dan mengganjal
 - (3) Kesulitan saat berjalan
 - (4) Sering berkemih
- Gambaran lightening pada primigravida menunjukkan hubungan normal antara ketiga P, yaitu: power (his); passage (jalan lahir); dan passenger (bayi dan plasenta). Pada multipara gambarannya menjadi tidak sejelas pada primigravida, karena masuknya kepala janin kedalam panggul terjadi bersamaan dengan proses persalinan.

b. Terjadinya his permulaan

Pada saat hamil muda sering terjadi kontraksi Braxton Hicks yang kadang dirasakan sebagai keluhan karena rasa sakit yang ditimbulkan. Biasanya pasien mengeluh adanya rasa sakit di pinggang dan terasa sangat mengganggu, terutama pada pasien dengan ambang rasa sakit yang rendah. Adanya perubahan kadar hemoglobin esterogen dan progesterone menyebabkan oksitosin semakin meningkat dan dapat menjalankan fungsinya dengan efektif untuk menimbulkan kontraksi atau his permulaan. His permulaan ini sering diistilahkan sebagai his palsu dengan ciri-ciri sebagai berikut:

- 1) Rasa nyeri ringan di bagian bawah
- 2) Datang tidak teratur
- 3) Tidak ada perubahan pada serviks atau tidak ada tandatanda kemajuan persalinan
- 4) Durasi pendek
- 5) Tidak bertambah bila beraktivitas

c. Tanda masuk dalam persalinan Terjadinya his persalinan. Karakter dari his persalinan:

- 1) Pinggang terasa sakit menjalar kedepan
- 2) Sifat his teratur, interval makin pendek, dan kekuatan makin besar
- 3) Terjadi perubahan pada serviks

4) Jika pasien menambah aktivitasnya, misalnya dengan berjalan, maka kekuatannya bertambah.

d. Pengeluaran lendir dan darah (penanda persalinan) Dengan adanya his persalinan, terjadi perubahan pada serviks yang menimbulkan.

1) Pendataran dan pembukaan

2) Pembukaan menyebabkan selaput lendir yang terdapat pada kenalis servikalis terlepas

3) Terjadi perdarahan karena kapiler pembuluh darah pecah

e. Pengeluaran cairan

Sebagian pasien mengeluarkan air ketuban akibat pecahnya selaput ketuban. Jika ketuban sudah pecah, maka ditargetkan persalinan dapat berlangsung dalam 24 jam. Namun jika ternyata tidak tercapai, maka persalinan akhirnya diakhiri dengan tindakan tertentu, misalnya ekstraksi vakum, atau section caesaria. (Kurniarum, 2016).

6. Faktor yang Mempengaruhi Proses Persalinan

Menurut Kuswanti dan Melina, 2014 faktor yang mempengaruhi proses persalinan yaitu :

a. Power (kekuatan/tenaga)

Kekuatan yang mendorong janin saat persalinan adalah his, kontraksi otot-otot perut, kontraksi diafragma dan aksi dari ligament.

b. His (Kontraksi Uterus)

His adalah kontraksi otot - otot rahim pada persalinan. Sifat his yang baik dan sempurna yaitu : Kontraksi yang simetris, fundus dominan, yaitu kekuatan paling tinggi berada di fundus uteri, kekuatan seperti meremas rahim, setelah adanya kontraksi, diikuti dengan adanya relaksasi, pada setiap his menyebabkan terjadinya perubahan pada serviks, yaitu menipis dan membuka. Pembagian dan sifat-sifat his :

1) His pendahuluan : His tidak kuat, tidak teratur dan menyebabkan bloody show.

2) His pembukaan : His pembukaan serviks sampai terjadi pembukaan 10 cm, mulai kuat, teratur dan terasa sakit atau nyeri.

- 3) 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.
- 4) His pelepasan uri (kala III) : Kontraksi sedang untuk melepaskan dan melahirkan plasenta.
- 5) His pengiring Kontraksi lemah, masih sedikit nyeri, pengecilan rahim dalam beberapa jam atau hari.

c. Passage (jalan lahir)

Dalam obsterik dikenal ada empat macam bentuk panggul menurut Caldwell dan Moloy dengan masing-masing berciri sebagai berikut:

1) Jenis Ginekoid

Panggul jenis ini merupakan bentuk paling baik, karena dengan bentuk panggul yang hampir bulat seperti ini memungkinkan kepala bayi mengadakan penyesuaian saat proses persalinan.

2) Jenis Android

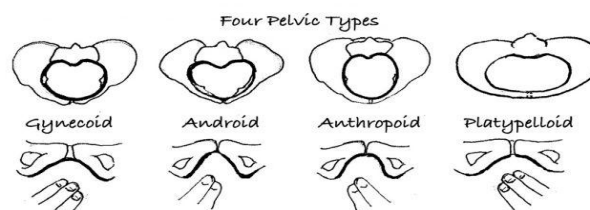
Ciri jenis ini adalah bentuk pintu atas panggulnya hampir seperti segitiga. Panggul jenis ini umumnya dimiliki pria, namun ada juga wanita yang mempunyai panggul jenis ini.

3) Jenis Platipeloid

Panggul jenis ini seperti panggul jenis ginekoid, hanya mengalami penyempitan pada arah muka belakang.

4) Jenis Antropoid

Panggul jenis ini mempunyai ciri berupa bentuknya yang lonjong seperti telur.



Gambar 2.1 Jenis – jenis panggul
Sumber : Sulistyawati, 2010

d. Ukuran-ukuran panggul

Ukuran panggul digunakan untuk menemukan garis besar bentuk dan ukuran panggul apabila dikombinasikan dengan pemeriksaan dalam.

Ukuran-ukuran panggul luar :

- 1) Distansia Spinarum Jarak antara kedua spina iliaca anterio superior sinistra dan dekstra, jaraknya 24-26 cm.
- 2) Distansia Kristarum Jarak terpanjang antara dua tempat yang simetris pada krista iliaca kanan dan kiri, jaraknya 28-30 cm.
- 3) Konjugata eksterna/ boudelogue Merupakan jarak bagian atas simpisis dan proesus spinosus lumbal 5, jaraknya 18-20 cm.
- 4) Distansia Intertrokantrika Merupakan jarak antara kedua trokanter mayor.
- 5) Distansia Tuberum Jarak antara tuber ischii kanan dan kiri. Untuk mengukurnya dipakai jangka panggul Osceander, jaraknya 10,5 cm.

7. Jenis Persalinan

- a. Persalinan Spontan Yaitu persalinan yang berlangsung dengan kekuatan ibu sendiri, melalui jalan lahir ibu tersebut.
- b. Persalinan Buatan Bila persalinan dibantu dengan tenaga dari luar misalnya ekstraksi forceps, atau dilakukan operasi Sectio Caesaria.
- c. Persalinan Anjuran Persalinan yang tidak dimulai dengan sendirinya tetapi baru berlangsung setelah pemecahan ketuban, 88 pemberian pitocin atau prostaglandin (Yulizawati et al., 2018)

8. Tahapan Persalinan (Kala I,II,III,dan IV)

a. Kala I

Kala I persalinan dimulai sejak terjadinya kontraksi uterus dan pembukaan servix hingga mencapai pembukaan lengkap (10 cm). Persalinan kala I berlangsung 18-24 jam dimana primi memiliki rentang waktu 12 jam dan multi memiliki rentang waktu 10 jam serta kala I terbagi menjadi dua fase yaitu fase laten dan fase aktif.

- 1) Fase laten persalinan
 - a) Dimulai sejak awal kontraksi yang menyebabkan penipisan dan pembukaan servix secara bertahap
 - b) Pembukaan servix dari 1 sampai 4 cm
 - c) Biasanya berlangsung di bawah hingga 7 sampai 8 jam
 - 2) Fase aktif, berlangsung selama 6 jam dan dibagi atas 3 subfase terbagi atas tiga subfase.
 - a) Fase akselerasi: berlangsung 2 jam, pembukaan menjadi 4 cm.
 - b) Fase dilatasi maksimal: berlangsung dengan cepat menjadi 9 cm dalam waktu 2 jam.
 - c) Fase deselerasi: dalam waktu 2 jam pembukaan 10 cm (lengkap)
- Asuhan yang diberikan pada Kala I yaitu:

- 1) Penggunaan Partograf

Merupakan alat untuk mencatat informasi berdasarkan observasi atau riwayat dan pemeriksaan fisik pada ibu dalam persalinan dan alat penting khususnya untuk membuat keputusan klinis selama kala I. Kegunaan partograf yaitu mengamati dan mencatat informasi kemajuan persalinan dengan memeriksa dilatasi serviks selama pemeriksaan dalam, menentukan persalinan berjalan normal dan mendeteksi dini persalinan lama sehingga bidan dapat membuat deteksi dini mengenai kemungkinan persalinan lama dan jika digunakan secara tepat dan konsisten, maka partograf akan membantu penolong untuk pemantauan kemajuan persalinan, kesejahteraan ibu dan janin, mencatat asuhan yang diberikan selama persalinan dan kelahiran, mengidentifikasi secara dini adanya penyulit, membuat keputusan klinik yang sesuai dan tepat waktu, partograf harus digunakan untuk semua ibu dalam fase aktif kala I, tanpa menghiraukan apakah persalinan normal atau dengan komplikasi di semua tempat, secara rutin oleh semua penolong persalinan Marmi (2012).

2) Penurunan Kepala Janin

Penurunan dinilai melalui palpasi abdominal. Pencatatan penurunan bagian terbawah atau presentasi janin, setiap kali melakukan pemeriksaan dalam atau setiap 4 jam, atau lebih sering jika ada tanda-tanda penyulit. Kata-kata "turunnya kepala" dan garis tidak terputus dari 0-5, tertera di sisi yang sama dengan angka pembukaan serviks. Berikan tanda "O" pada garis waktu yang sesuai. Hubungkan tanda "O" dari setiap pemeriksaan dengan garis tidak terputus.

3) Kontraksi Uterus

Periksa frekuensi dan lamanya kontraksi uterus setiap jam fase laten dan tiap 30 menit selama fase aktif. Nilai frekuensi dan lamanya kontraksi selama 10 menit. Catat lamanya kontraksi dalam hitungan detik dan gunakan lambang yang sesuai yaitu: kurang dari 20 detik titik-titik, antara 20 dan 40 detik diarsir dan lebih dari 40 detik diblok. Catat temuan-temuan dikotak yang bersesuaian dengan waktu penilai.

4) Keadaan Janin

a) Denyut Jantung Janin (DJJ)

Nilai dan catat denyut jantung janin (DJJ) setiap 30 menit (lebih sering jika ada tanda-tanda gawat janin). Setiap kotak pada bagian ini menunjukkan waktu 30 menit. Skala angka di sebelah kolom paling kiri menunjukkan DJJ. Catat DJJ dengan memberi tanda titik pada garis yang sesuai dengan angka yang menunjukkan DJJ, kemudian hubungkan titik yang satu dengan titik lainnya dengan garis tidak terputus. Kisaran normal DJJ terpapar pada partograf di antara garis tebal angka 180 dan 100, tetapi penolong harus sudah waspada bila DJJ di bawah 120 atau di atas 160 kali/menit.

b) Warna dan Adanya Air Ketuban

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

c) Molase Tulang Kepala Janin

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

d) Keadaan Ibu

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

e) Informasi tentang ibu

Tentang nama dan umur, GPA, nomor register, tanggal dan waktu mulai dirawat, waktu pecahnya selaput ketuban. Waktu pencatatan kondisi ibu dan bayi pada fase aktif adalah DJJ tiap 30 menit, frekuensi dan lamanya kontraksi uterus tiap 30 menit, nadi tiap 30 menit tanda dengan titik, pembukaan serviks setiap 4 jam, penurunan setiap 4 jam, tekanan darah setiap 4 jam tandai dengan panah, suhu setiap 2 jam,urin, aseton, protein tiap 2 - 4 jam (catat setiap kali berkemih) (Sofian, 2013).

f) Memberikan Dukungan Persalinan

Asuhan yang mendukung selama persalinan merupakan ciri pertanda dari kebidanan, artinya kehadiran yang aktif dan ikut serta dalam kegiatan yang sedang berlangsung. Jika seorang bidan sibuk, maka ia harus memastikan bahwa ada seorang pendukung yang hadir dan membantu wanita yang sedang dalam persalinan. Kelima kebutuhan seorang wanita dalam persalinan yaitu asuhan tubuh atau fisik, kehadiran seorang pendamping, keringanan dan rasa sakit, penerimaan atas sikap dan perilakunya serta informasi dan kepastian tentang hasil yang aman yaitu :

(1) Mengurangi Rasa Sakit

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

(2) Persiapan Persalinan

Hal yang perlu dipersiapkan yakni ruang bersalin dan asuhan bayi baru lahir, perlengkapan dan obat esensial, rujukan (bila diperlukan), asuhan sayang ibu dalam kala 1, upaya pencegahan infeksi yang diperlukan (Sofian, 2013).

b. Kala II

1) Pengertian Persalinan kala II

Dimulai dengan pembukaan lengkap dari serviks dan berakhir dengan lahirnya bayi. Proses ini berlangsung 1-2 jam pada primi dan ½-1 jam pada multi

2) Tanda dan gejala kala II

Tanda – tanda bahwa kala II persalinan sudah dekat adalah:

- a) Ibu ingin meneran
- b) Perineum menonjol

- c) Vulva vagina dan sphincter anus membuka
- d) Jumlah pengeluaran air ketuban meningkat
- e) His lebih kuat dan lebih cepat 2-3 menit sekali.
- f) Pembukaan lengkap (10 cm)
- g) Pada Primigravida berlangsung rata-rata 1-2 jam dan multipara rata-rata ½-1 jam
- h) Pemantauan
 - (1) Tenaga atau usaha mengedan dan kontraksi uterus
 - (2) Janin yaitu penurunan presentasi janin dan kembali normalnya detak jantung bayi setelah kontraksi
 - (3) Kondisi ibu sebagai berikut:

Table 2.3 Tanda – tanda persalinan

Kemajuan persalinan tenaga	Kondisi pasien	Kondisi janin penumpang
Usaha mengedan Palpasi kontraksi uterus (control setiap 10 menit) <ul style="list-style-type: none"> 1. Frekuensi 2. Lamanya 3. Kekuatan 	Periksa nadi dan tekanan darah selama 30 menit. Respon keseluruhan pada kala II: <ul style="list-style-type: none"> 1. Keadaan dehidrasi 2. Perubahan sikap/perilaku 3. Tingkat tenaga (yang memiliki) 	Periksa detak jantung janin setiap 15 menit atau lebih sering dilakukan dengan makin dekatnya kelahiran Penurunan presentasi dan perubahan posisi Warna cairan tertentu

Sumber: Yulizawati et al., 2018

c. Kala III

Kala tiga disebut juga kala persalinan plasenta. Lahirnya plasenta dapat diperkirakan dengan memperhatikan tanda-tanda sebagai berikut:

- 1) Uterus menjadi bundar
- 2) Uterus terdorong keatas karena plasenta dilepas ke segmen bawah Rahim
- 3) Tali pusat bertambah Panjang
- 4) Terjadi perdarahan (adanya semburan darah secara tiba-tiba);

5) Biasanya plasenta akan lepas dalam waktu kurang lebih 6-15 menit setelah bayi lahir

d. Kala IV (2 jam setelah melahirkan)

Kala IV persalinan ditetapkan berlangsung kira-kira dua jam setelah plasenta lahir. Periode ini merupakan masa pemulihan yang terjadi segera jika homeostatis berlangsung dengan baik. Pada tahap ini, kontraksi otot Rahim meningkat sehingga pembuluh darah terjepit untuk menghentikan perdarahan. Pada kala ini dilakukan observasi terhadap tekanan darah, pernafasan, nadi, kontraksi otot Rahim dan perdarahan selama 2 jam pertama. Selain itu juga dilakukan penjahitan luka episiotomy. Setelah 2 jam, bila keadaan baik, ibu dipindahkan keruangan bersama bayinya (Yulizawati et al., 2018)

9. Mekanisme Persalinan

Turunnya kepala dibagi dalam beberapa fase sebagai berikut:

a. Masuknya kepala janin dalam PAP

- 1) Masuknya kepala ke dalam PAP terutama pada primigravida terjadi pada bulan terakhir kehamilan tetapi pada multipara biasanya terjadi pada permulaan persalinan.
- 2) Masuknya kepala ke dalam PAP biasanya dengan sutura sagitalis melintang menyesuaikan dengan letak punggung.
- 3) Jika sutura sagitalis dalam diameter anteroposterior dari PAP maka masuknya kepala akan menjadi sulit karena menempati ukuran yang terkecil dari PAP
- 4) Jika sutura sagitalis pada posisi di tengah-tengah jalan lahir yaitu tepat di antara symphysis dan promontorium, maka dikatakan dalam posisi "synclitismus" pada posisi synclitismus os parietale depan dan belakang sama tingginya.
- 5) Jika sutura sagitalis agak ke depan mendekati symphysis atau agak ke belakang mendekati promontorium, maka yang kita hadapi adalah posisi "asynclitismus"

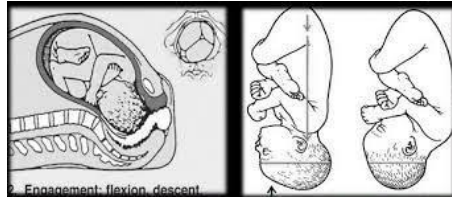
6) Acynclitismus posterior adalah posisi sutura sagitalis mendekati symphysis dan os parietale belakang lebih rendah dari os parietale depan (Yulizawati et al., 2018).

b. Majunya Kepala janin

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

c. Fleksi

- 1) Fleksi kepala janin memasuki ruang panggul dengan ukuran yang paling kecil yaitu dengan diameter suboccipito bregmatikus (9,5 cm) menggantikan suboccipito frontalis (11 cm).
- 2) Fleksi disebabkan karena janin didorong maju dan sebaliknya mendapat tahanan dari pinggir PAP, cervix, dinding panggul atau dasar panggul
- 3) Akibat adanya dorongan di atas kepala janin menjadi fleksi karena moment yang menimbulkan fleksi lebih besar daripada moment yang menimbulkan defleksi
- 4) Sampai di dasar panggul kepala janin berada dalam posisi fleksi maksimal. Kepala turun menemui diafragma pelvis yang berjalan dari belakang atas ke bawah depan
- 5) Akibat kombinasi elastisitas diafragma pelvis dan tekanan intra uterin yang disebabkan oleh his yang berulang-ulang, kepala mengadakan rotasi yang disebut sebagai putaran paksi dalam.

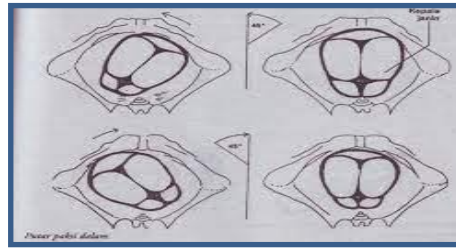


Gambar 2.2 Kepala Fleksi

Sumber: Yulizawati et al., 2018

d. Putaran paksi dalam

- 1) Putaran paksi dalam adalah pemutaran dari bagian depan sedemikian rupa sehingga bagian terendah dari bagian depan memutar ke depan ke bawah symphysis.
- 2) Pada presentasi belakang kepala bagian terendah adalah daerah ubun-ubun kecil dan bagian ini akan memutar ke depan ke bawah symphysis.
- 3) Putaran paksi dalam mutlak diperlukan untuk kelahiran kepala, karena putaran paksi merupakan suatu usaha untuk menyesuaikan posisi kepala dengan bentuk jalan lahir khususnya bentuk bidang tengah dan pintu bawah panggul
- 4) Putaran paksi dalam terjadi bersamaan dengan majunya kepala dan tidak terjadi sebelum kepala sampai di Hodge III, kadang – kadang baru terjadi setelah kepala sampai di dasar panggul
- 5) Sebab – sebab terjadinya putaran paksi dalam:
 - a) Pada letak fleksi, bagian kepala merupakan bagian terendah dari kepala.
 - b) Bagian terendah dari kepala mencari tahanan yang paling sedikit terdapat sebelah depan atas dimana terdapat hiatus genitalis antara muskulus levator ani kiri dan kanan.
 - c) Ukuran terbesar dari bidang tengah panggul ialah diameter anteroposterior



Gambar 2.3 Putaran paksi dalam

Sumber: Kurniarum, 2016

e. Ekstensi

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

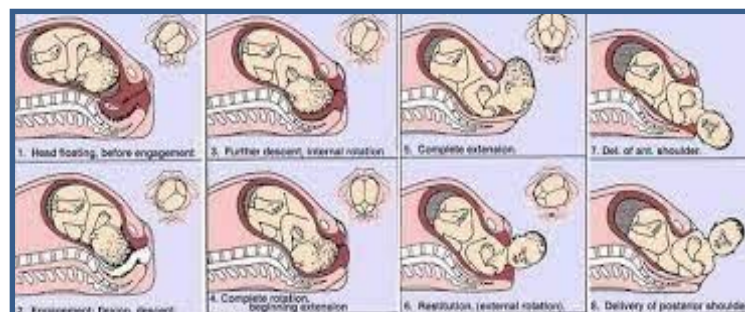
f. Ekstensi

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

- b) Jika tidak terjadi ekstensi maka kepala akan tertekan pada perineum dan menembusnya
- c) Kepala bekerja dengan 2 kekuatan yaitu satu mendesak ke bawah dan satunya lagi menolak ke atas karena adanya tahanan dasar panggul
- d) Setelah subocciput tertahan di pinggir bawah symphysis, maka yang dapat maju adalah bagian yang berhadapan dengan subocciput.

g. Putaran paksi luar

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



Gambar 2.4

Gerakan Kepala Janin Pada Defleksi Dan Putaran Paksi Luar dan Kelahiran Bahu Depan Kemudian Bahu Belakang (Sumber: Kurniarum, 2016)

6. Jenis Persalinan Menurut Usia Kehamilan

Menurut usia kehamilan, persalinan dapat dibagi empat macam, yaitu:

- a. *Abortus* (keguguran). Penghentian dan pengeluaran hasil konsepsi dari jalan lahir sebelum mampu hidup di luar kandungan. Usia kehamilan biasanya mencapai kurang dari 28 minggu dan berat janin kurang dari

1.000 gram.

- b. *Partus prematurus*. Pengeluaran hasil konsepsi baik secara spontan atau buatan sebelum usia kehamilan 28-36 minggu dengan berat janin kurang dari 2.499 gram.
- c. *Partus matures* atau *aterm* (cukup bulan). Pengeluaran hasil konsepsi yang spontan ataupun buatan antara usia kehamilan 37-42 minggu dengan berat janin lebih dari 2.500 gram.
- d. *Partus postmaturus (serotinus)*. Pengeluaran hasil konsepsi yang spontan ataupun buatan melebihi usia kehamilan 42 minggu dan tampak tanda-tanda janin posmatur (Jannah,2015)

7. Jenis Persalinan

Pengertian persalinan dapat diartikan menjadi tiga bagian menurut cara persalian, yaitu sebagai berikut:

- a. Persalinan normal atau disebut juga persalinan spontan. Pada persalian ini, proses kelahiran bayi pada letak belakang kepala (LBK) dengan tenaga ibu sendiri berlangsung tanpa bantuan alat serta tidak melukai ibu dan bayi yang umumnya berlangsung kurang dari 24 jam (Jannah, 2015).
- b. Persalian abnormal/buatan, Persalinan pervaginam dengan menggunakan bantuan alat, seperti ekstraksi dengan *forceps* atau *vakum* atau melalui dinding perut dengan operasi *section caesarea* atau SC (Jannah, 2015).
- c. Persalinan anjuran. Persalinan tersebut tidak dimulai dengan sendirinya, seperti dengan pemecahan ketubsn dan pemberian prostaglandin (Jannah, 2015).

8. Lima Benang Merah Asuhan Persalinan

Lima aspek dasar atau lima benang merah dalam asuhan persalinan baik normal maupun Patologis termasuk bayi baru lahir.

1. Langkah Pengambilan Keputusan Klinik

Pada saat seorang pasien datang pada bidan, maka yang pertama kali dilakukan bidan adalah melakukan pendekatan komunikasi terapeutik dengan ucapan salam, bersikap sopan, terbuka, dan siap untuk melayani. Setelah terbina hubungan baik saling percaya, barulah bidan melakukan

pengumpulan data (*anamnesis*). Data yang pertama dikumpulkan adalah data subjektif, yaitu data yang didapatkan langsung dari pasien (Sodakh, 2013).

2. Asuhan Sayang Ibu dan Sayang Bayi

Asuhan sayang ibu adalah asuhan yang menghargai budaya, kepercayaan, dan keinginan sang ibu. Banyak penelitian menunjukkan bahwa ibu-ibu di Indonesia tidak mau meminta tenaga terlatih untuk memberi asuhan persalinan dan melahirkan bayi. Sebagian dari mereka beralasan bahwa penolong terlatih tidak memperhatikan kebutuhan atau kebudayaan, tradisi keinginan pribadi para ibu dalam persalinan dan kelahiran bayi. Berikut ini merupakan asuhan sayang ibu dan sayang bayi dalam melahirkan:

- 1) Panggil ibu sesuai namanya, hargai dan jaga martabatnya.
- 2) Jelaskan semua asuhan dari perawatan kepada ibu sebelum mamulai asuhan.
- 3) Jelaskan proses persalinan kepada ibu dan keluarga.
- 4) Anjurkan ibu untuk bertanya dan membicarakan rasa takut atau khawatir.
- 5) Dengarkan dan tanggapi pertanyaan dan kekhawatiran ibu.
- 6) Berikan dukungan, besarkan dan tentramkan hatinya serta anggota keluarganya.
- 7) Anjurkan ibu untuk ditemani suami dan atau anggota keluarga lain selama persalinan.
- 8) Ajarkan suami dan anggota keluarga tentang bagaimana mereka memperhatikan dan mendukung ibu selama persalinan.
- 9) Laksanakan praktik pencegahan infeksi yang baik secara konsisten.
- 10) Hargai privasi ibu.
- 11) Anjurkan ibu untuk mencoba berbagai posisi selama persalinan.
- 12) Anjurkan ibu untuk minum dan makan makanan ringan sepanjang ia menginginkannya.
- 13) Hargai dan perbolehkan praktik-praktik tradisional yang tidak

merugikan kesehatan ibu.

- 14) Hindari tindakan yang berlebihan dan merugikan seperti episiotomi, pencukuran, dan klisma.
 - 15) Anjurkan ibu untuk memeluk bayinya sesegera mungkin untuk melakukan kontak kulit ibu-bayi, inisiasi menyusui dini dan membangun hubungan psikologis.
 - 16) Membantu memulai pemberian ASI.
 - 17) Mempersiapkan persalinan dan kelahiran bayi dengan baik dan mencukupi semua bahan yang diperlukan. Siap untuk resusitasi bayi baru lahir pada setiap kelahiran (Nurasiah, 2012).
3. Prinsip dan Praktik Pencegahan Infeksi Prinsip-prinsip pencegahan infeksi:
- a. Setiap orang dianggap dapat menularkan penyakit infeksi.
 - b. Setiap orang harus dianggap berisiko terkena infeksi.
 - c. Permukaan benda atau alat yang bersentuhan dengan permukaan kulit/mukosa/ darah harus diproses secara benar.
 - d. Bila tidak diketahui telah diproses, maka dianggap masih terkontaminasi.
 - e. Risiko infeksi tidak bisa dihilangkan secara total, namun dapat dikurangi hingga sekecil mungkin (Sodakh, 2013).

Setiap biidan perlu memperhatikan tindakan pencegahan infeksi yang dilaksanakan pada saat menolong persalinan, yaitu antara lain:

- a) Cuci tangan dengan langkah-langkah yang benar sebelum melakukan tindakan dan sesudah melakukan tindakan.
- b) Selalu menggunakan sarung tangan pada saat melakukan tindakan.
- c) Menggunakan pelindung diri lengkap pada saat menolong persalianan.
- d) Upayakan pemberian pelayanan dengan teknik aseptik.
- e) Setelah alat digunakan hendaknya diproses sesuai prosedur pemrosesan alat bekas pakai.
- f) Perlu diupayakan bahwa peralatan tajam dilakukan dengan benar karena akan sangat berisiko pada penolong persalinan terutama pada

petugas kebersihan.

- g) Tindakan pencegahan infeksi yang lain adalah bagaimana bidan mengupayakan kebersihan lingkungan dan sanitasi untuk memutuskan rantai penularan penyakit (Sodakh, 2013).

4. Pencatatan (Dokumentasi)

Pada setiap pelayanan atau asuhan, harus selalu harus memperhatikan pencatatan atau dokumentasi. Manfaat dari dokumentasi adalah sebagai berikut:

- a. Aspek legal atau landasan hukum bagi bidan dalam pelayanannya.
- b. Aspek manajemen, dokumentasi dapat mengidentifikasi mutu pelayanan seorang bidan dan juga dapat dipakai untuk mengatur kebutuhan sarana yang perlu dipersiapkan seorang bidan pada saat praktik klinik.
- c. Aspek pembelajaran, dokumentasi merupakan asset yang sangat berharga bagi bidan dalam pelayanannya karena data sebelumnya yang sudah didokumentasikan dapat dipakai sebagai referensi atau acuan saat menghadapi masalah atau kasus sebelumnya seorang bidan dapat mengulangi pelayanan atau asuhan yang pernah diberikan pada klien.

Hal-hal yang perlu diingkar oleh seorang bidan mengenai dokumentasi adalah:

- a) Catat semua data: hasil pengumpulan data, pemeriksaan, diagnosis, obat-obatan yang diberikan, serta semua asuhan yang diberikan pada ibu dan bayi.
- b) Jika tidak dicatat, dapat dianggap bahwa asuhan tersebut tidak dilakukan.
- c) Pastikan setiap partograf telah diisi dengan lengkap, benar, dan tepat waktu, serta sebelum persalinan dan sesudah persalinan berlangsung.

Bentuk dokumentasi dapat berupa SOAP atau menggunakan manajemen asuhan kebidanan dengan yang lain. Akan tetapi, pada persalinan, dokumentasi yang digunakan adalah partograf.

5. Hal Penting dalam Rujukan

a. Lokasi Rujukan

Bidan harus mengetahui lokasi rujukan agar dapat mengetahui secara pasti jarak yang harus ditempuh saat merujuk dan waktu yang harus disediakan saat mengantar ibu ke lokasi rujukan. Dengan demikian, ibu ataupun bayinya mendapatkan rujukan yang tepat waktu dan menurunkan angka kesakitan atau angka kematian ibu dan bayi. Rujukan yang terlambat akan memengaruhi kondisi ibu dan bayinya.

b. Ketersediaan Pelayanan

Pada saat merujuk, bidan perlu mengetahui ketersediaan pelayanan yang ada di rumah sakit tempat rujukan apakah sesuai dengan yang diperlukan oleh ibu dan bayi. Bidan harus dapat memastikan bahwa lokasi yang dituju dapat memberikan pelayanan yang komprehensif kepada ibu dan bayinya. Selain itu, hal ini juga penting agar apabila ibu perlu dilakukan *section caesarea* atau penanganan lainnya yang berkaitan dengan kegawatdaruratan, bidan tidak kesulitan atau menentukan tempat mana yang sesuai dengan penanganan yang diharapkan oleh bidan.

c. Biaya Pelayanan

Hal-hal mengenai pembiayaan juga sangat penting untuk disampaikan kepada ibu karena berkaitan dengan tingkat sosial ekonomi ibu atau keluarga. Pada saat bidan merujuk, sebaiknya sesuai dengan pertimbangan ibu dan keluarga terutama hal yang terkait dengan jumlah pembiayaan yang harus dipersiapkan. Biaya merupakan faktor yang sangat dominan pada keluarga dengan ekonomi yang kurang mampu dalam proses rujukan, dengan demikian biaya sangat dipertimbangkan apabila dikaitkan dengan kondisi kesehatan ibu atau bayi.

d. Jarak Tempuh

Jarak tempuh tempat rujukan perlu diperhitungkan karena akan memengaruhi persiapan yang perlu dipersiapkan, misalnya: bidan

harus ikut merujuk sehingga dapat mempertimbangkan waktu berapa lama bidan meninggalkan tempat pratiknya; peralatan apa yang perlu disiapkan selama dalam rujukan; dan keluarga siapa yang perlu ikut sehingga perlu dipertimbangkan siapa yang harus di rumah agar apabila ditinggalkan dengan jarak tempuh yang jauh, sementara pelayanan di rumah tetap berjalan. Selain itu, surat-surat yang dibutuhkan juga perlu disiapkan, apabila jarak tempuh jauh dan ibu atau bayi perlu dirujuk segera, maka surat rujukan dapat dibuat pada saat telah tiba di rumah sakit. Obat-obatan perlu disiapkan dalam jumlah yang cukup agar tidak kekurangan di perjalanan. Kendaraan dibutuhkan, bila tidak cukup jauh mungkin dapat dipertimbangkan untuk menggunakan kendaraan seadanya dengan pertimbangan cukup layak untuk jalan (Sondakh, 2013).

9. 60 Langkah Asuhan Persalinan Normal

60 langkah asuhan persalinan normal (Prawirohardjo, 2016).

a. Melihat Tanda dan Gejala Kala Dua

1. Mengamati tanda dan gejala persalinan kala dua.

- a) Ibu mempunyai keinginan untuk meneran.
- b) Ibu merasakan tekanan yang semakin meningkat pada *rektum* dan/atau *vagina*.
- c) *Perineum* menonjol.
- d) *Vulva vagina* dan *sfincter anal* membuka.

(Prawirohardjo, 2016).

b. Menyiapkan Pertolongan Persalinan

2. Memastikan perlengkapan, bahan, dan obat-obatan esensial siap digunakan. Memeriksa ampul oksitosin 10 unit dan menempatkan tabung suntik steril sekali pakai di dalam partus set.
3. Mengenakan baju penutup atau celemek plastik yang bersih.
4. Melepaskan semua perhiasan yang di pakai di bawah siku, mencuci kedua tangan dengan sabun dan air bersih yang mengalir dan

mengeringkan tangan dengan handuk satu kali pakai/pribadi yang bersih.

5. Memakai satu sarung dengan DTT atau steril untuk semua pemeriksaan dalam.
6. Mengisap oksitosin 10 unit ke dalam tabung suntik (dengan memakai sarung tangan disinfeksi tingkat tinggi atau steril) dan meletakkan kembali di partus set/wadah disinfeksi tingkat tinggi atau steril tanpa mengontaminasi tabung suntik). (Prawirohardjo, 2016).

c. Memastikan Pembukaan Lengkap Dan Keadaan Janin Baik

7. Membersihkan *vulva* dan *perineum*, menyekanya dengan hati-hati dari depan ke belakang dengan menggunakan kapas atau kassa yang telah di basahi dengan air disinfeksi tingkat tinggi, Jika mulut *vagina*, *perineum* atau *anus* terkontaminasi oleh kotoran ibu, membersihkannya dengan seksama dengan cara menyeka dari depan ke belakang. Membuang kapas atau kassa yang terkontaminasi (meletakkan kedua sarung tangan tersebut dengan benar di dalam larutan dokumentasi, langkah .
8. Dengan menggunakan teknik aseptik, melakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan bahwa pembukaan serviks sudah lengkap. Bila selaput ketuban belum pecah, sedangkan pembukaan sudah lengkap, lakukan amniotomi.
9. Mendekontaminasi sarung tangan dengan cara mencelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan kotor ke dalam larutan klorin 0,5 % dan kemudian melepaskannya dalam keadaan terbalik serta merendam nyadi dalam larutan klorin 0,5 % selama 10 menit. Mencuci kedua tangan (seperti di atas).
10. Memeriksa Denyut Jantung Janin (DJJ) setelah *kontraksi* berakhir untuk memastikan bahwa DJJ dalam batas normal (120-180 kali/menit).
 - a. Mengambil tindakan yang sesuai jika DJJ tidak normal.

- b. Mendokumentasikan hasil-hasil pemeriksaan dalam, DJJ, dan semua hasil-hasil penilaian serta asuhan lainnya pada partograf (Prawirohardjo, 2016).
- d. Menyiapkan Ibu Dan Keluarga Untuk Membantu Proses Pimpinan Meneran
- 11. Memberi tahu ibu pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik. Membantu ibu berada dalam posisi yang nyaman sesuai dengan keinginannya.
 - a. Tunggu hingga ibu mempunyai keinginan untuk meneran. Melanjutkan pemantauan kesehatan dan kenyamanan ibu serta janin sesuai dengan pedoman persalinan aktif dan mendokumentasikan temuan – temuan.
 - b. Jelaskan pada anggota keluarga tentang bagaimana peran mereka untuk mendukung dan memberi semangat pada ibu untuk meneran secara benar.
 - 12. Meminta bantuan keluarga untuk menyiapkan posisi ibu untuk meneran. (Pada saat ada his, bantu ibu dalam posisi setengah duduk dan pastikan ia merasa nyaman).
 - 13. Melakukan pimpinan meneran pada saat ibu mempunyai dorongan yang kuat untuk meneran:
 - a) Memimbing ibu untuk meneran saat ibu mempunyai keinginan untuk meneran.
 - b) Mendukung dan memberi semangat atas usaha ibu untuk meneran.
 - c) Membantu ibu mengambil posisi yang nyaman sesuai dengan pilihanya (tidak meminta ibu berbaring terlentang).
 - d) Menganjurkan ibu untuk beristirahat diantara *kontraksi*.
 - e) Menganjurkan keluarga untuk mendukung dan memberi semangat pada ibu.
 - f) Menganjurkan asupan cairan per oral.
 - g) Menilai DJJ setiap lima menit.
 - h) Jika bayi belum lahir atau kelahiran bayi belum akan terjadi segera

dalam waktu 120 menit (2 jam) meneran untuk ibu *primipara* atau 60 menit (1 jam) untuk ibu *multipara*, merujuk segera. Jika ibu tidak mempunyai keinginan untuk meneran.

- i) Menganjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok atau mengambil posisi yang aman. Jika ibu belum ingin meneran dalam 60 menit, anjurkan ibu untuk mulai meneran pada puncak kontraksi-kontraksi tersebut dan beristirahat di antara kontraksi.
- j) Jika bayi belum lahir atau kelahiran bayi belum akan terjadi segera setelah 60 menit meneran, merujuk ibu dengan segera. (Prawirohardjo, 2016).

e. Persiapan Pertolongan Kelahiran Bayi

- 14. Jika kepala bayi telah membuka *vulva* dengan diameter 5- 6 cm, letakkan handuk bersih di atas perut ibu untuk mengeringkan bayi.
- 15. Meletakkan kain yang bersih dilipat 1/3 bagian dibawah bokong ibu.
- 16. Membuka partus set.
- 17. Memakai sarung tangan DTT atau steril pada kedua tangan. (Prawirohardjo, 2016).

f. Menolong Kelahiran Bayi Lahirnya Kepala

- 18. Saat kepala bayi membuka *vulva* dengan diameter 5-6 cm, lindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi dengan kain tadi, letakkan tangan yang lain di kepala bayi dan lakukan tekanan yang lembut dan tidak menghambat pada kepala bayi, membiarkan kepala bayi keluar perlahan-lahan. Menganjurkan ibu untuk meneran perlahan-lahan atau bernapas cepat saat kepala lahir.
- 19. Dengan lembut menyeka muka, mulut, dan hidung bayi dengan kain atau kasa yang bersih (Langkah ini tidak harus dilakukan).
- 20. Memeriksa lilitan tali pusat dan mengambil tindakan yang sesuai jika hal itu terjadi, dan dan kemudian meneruskan segera proses kelahiran bayi:
 - a. Jika tali pusat melilit leher secara longgar, lepaskan lewat bagian atas kepala bayi.

b. Jika tali pusat melilit leher dengan erat, mengklemnya di dua tempat dan memotongnya.

21. Tunggu kepala bayi melakukan putaran paksi luar secara spontan (Prawirohardjo, 2016)

g. Lahirnya Bahu

22. Setelah kepala melakukan putaran paksi luar, tempatkanlah kedua tangan di masing-masing sisi muka bayi. Menganjurkan ibu untuk meneran saat kontraksi

23. berikutnya. Dengan lembut menariknya ke arah bawah dan ke arah luar hingga bahu anterior muncul di bawah arkus pubis, dan kemudian dengan lembut menarik ke arah atas dan ke arah luar untuk melahirkan bahu posterior.

24. Setelah kedua bahu dilahirkan, menelusurkan tangan mulai kepala bayi yang berada di bagian bawah ke arah perineum, membiarkan bahu dan lengan posterior lahir ke tangan tersebut. Mengendalikan kelahiran siku dan tangan bayi saat melewati perineum, gunakan lengan bagian bawah untuk menyangga tubuh bayi saat dilahirkan. Menggunakan tangan anterior (bagian atas) untuk mengendalikan siku dan tangan anterior bayi saat keduanya lahir.

25. Setelah tubuh dan lengan lahir, menelusurkan tangan yang ada di atas (anterior) dari punggung ke arah kaki bayi untuk menyangganya saat punggung kaki lahir. Memegang kedua mata kaki bayi dengan hati-hati membantu kelahiran bayi. (Prawirohardjo, 2016)

h. Penanganan Bayi Baru Lahir

26. Menilai bayi dengan cepat (dalam 30 detik), kemudian meletakkan bayi di atas perut ibu dengan posisi kepala bayi sedikit lebih rendah dari tubuhnya (bila tali pusat terlalu pendek, meletakkan bayi di tempat yang memungkinkan). Bila bayi mengalami asfiksia, lakukan resusitasi (lihat bab 26. Resusitasi Neonatus)

27. Segera membungkus kepala dan badan bayi dengan handuk dan biarkan kontak kulit ibu-bayi. Lakukan penyuntikan oksitosin/i.m. (lihat keterangan di bawah).
28. Menjepit tali pusat menggunakan klem kira-kira 3 cm dari pusat bayi. Melakukan urutan pada tali pusat mulai dari klem ke arah ibu dan memasang klem kedua 2 cm dari klem pertama (ke arah ibu).
29. Memegang tali pusat dengan satu tangan, melindungi bayi dari gunting dan memotong tali pusat di antara dua klem tersebut.
30. Mengeringkan bayi, mengganti handuk yang basah dan menyelimuti bayi dengan kain atau selimut yang bersih dan kering, menutupi bagian kepala, membiarkan tali pusat terbuka. Jika bayi mengalami kesulitan bernapas, ambil tindakan yang sesuai.
31. Memberikan bayi kepada ibunya dan menganjurkan ibu untuk memeluk bayinya dan memulai pemberian ASI jika ibu menghendaknya (Prawirohardjo, 2016).

i. Oksitosin

32. Meletakkan kain yang bersih dan kering. Melakukan palpasi abdomen untuk menghilangkan kemungkinan adanya bayi kedua.
33. Memberi kepada ibu bahwa ia akan disuntik
34. Dalam waktu 2 menit setelah kelahiran bayi, berikan suntikan oksitosin 10 unit IM di gluteus atau 1/3 atas paha kanan ibu bagian luar, setelah mengaspirasinya terlebih dahulu. (Prawirohardjo, 2016)

j. Pengendalian Tali Pusat Terkendali

35. Memindahkan klem pada tali pusat.
36. Meletakkan satu tangan di atas kain yang ada di perut ibu, tepat di atas tulang pubis, dan menggunakan tangan ini untuk melakukan palpasi kontraksi dan menstabilkan uterus. Memegang tali pusat dan klem dengan tangan lain.
37. Menunggu uterus berkontraksi dan kemudian melakukan penegangan ke arah bawah pada tali pusat dengan lembut.
38. Lakukan tekanan yang berlawanan arah pada bagian bawah uterus

dengan cara menekan uterus ke arah atas dan belakang (dorso kranial) dengan hati-hati untuk membantu mencegah terjadinya inversio uteri.

- a) Jika plasenta tidak lahir setelah 30-40 detik, hentikan penegangan tali pusat dan menunggu hingga kontraksi berikut mulai. Jika uterus tidak berkontraksi, meminta ibu atau seorang anggota keluarga untuk melakukan merangsang puting susu (Prawirohardjo, 2016).

k. Mengeluarkan Plasenta

39. Setelah plasenta terlepas, meminta ibu untuk meneran sambil menarik tali pusat ke arah bawah dan kemudian ke arah atas, mengikuti kurva jalan lahir sambil meneruskan tekanan berlawanan arah pada uterus.

- a) Jika tali pusat bertambah panjang pindahkan klem hingga berjarak sekitar 5-10 cm dari *vulva*.
- b) Jika *plasenta* tidak lepas setelah melakukan penegangan tali pusat 15 menit:
 - (1) Menulangi pemberian oksitosin 10 unit IM.
 - (2) Menilai kandung kemih penuh dan dilakukan *kateterisasi* kandung kemih dengan menggunakan aseptik jika perlu.
 - (3) Meminta keluarga untuk menyiapkan rujukan. Mengulangi penegangan tali pusat 15 menit berikutnya.
 - (4) Merujuk ibu Jika *plasenta* tidak lahir dalam 30 menit sejak kelahiran bayi.

40. Jika *plasenta* muncul di *introitus vagina*, melanjutkan kelahiran *plasenta* dengan menggunakan kedua tangan dan dengan hati-hati memutar *plasenta* hingga selaput ketuban terpilin. Dengan lembut perlahan melahirkan selaput ketuban tersebut.

- a) Jika selaput ketuban robek, pakai sarung tangan disinfeksi tingkat tinggi atau steril untuk memeriksa *vagina* dan *serviks* ibu dengan seksama. Menggunakan jari-jari tangan atau klem atau forseps disinfeksi tingkat tinggi atau steril untuk melepaskan bagian selaput yang tertinggal (Prawirohardjo, 2016).
- b) Segera setelah plasenta dan selaput ketuban lahir, lakukan *masase*

uterus, meletakkan telapak tangan di *fundus* dan melakukan *masase* dengan gerakan melingkar dengan lembut hingga *uterus berkontraksi* (*fundus* teraba keras).(Prawirohardjo, 2016).

l. Menilai Perdarahan

41. Memeriksa kedua sisi *plasenta* baik yang menempel ke ibu maupun janin dan selaput ketuban untuk memastikan bahwa *plasenta* dan selaput ketuban lengkap dan utuh. Meletakkan *plasenta* ke dalam kantung palstik atau tempat khusus. Jika uterus tidak berkontraksi setelah melakukan masase selama 15 detik mengambil tindakan yang sesuai
42. Mengevaluasi adanya *laserasi* pada *vagina* dan *perineum* dan segera menjahitan laserasi yang mengalami pendarahan aktif (Prawirohardjo, 2016).

m. Melakukan Prosedur Pasca Persalinan

43. Menilai ulang *uterus berkontraksi* dengan baik.
44. Menceleupkan kedua tangan yang memakai sarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5%; membilas kedua tangan yang masih bersarung tangan tersebut dengan air disinfeksi tingkat tinggi dan mengeringkannya dengan kain yang bersih dan kering.
45. Menempatkan klem tali pusat disinfeksi tingkat tinggi atau steril atau mengikat tali disinfeksi tingkat tinggi dengan simpul mati sekeliling tali pusat sekitar 1 cm dari pusat.
46. Mengikat satu lagi simpul mati di bagian pusat yang berseberangan dengan simpul mati yang pertama.
47. Melepaskan klem bedah dan meletakkannya ke dalam larutan klorin 0,5%.
48. Menyelimuti kembali bayi dan menutupi bagian kepalanya. Memastikan handuk atau kainnya bersih atau kering.
49. Menganjurkan ibu untuk memulai pemberian ASI.
50. Lanjutkan pemantauan *kontraksi* dan mencegah pendarahan pervaginam.

- a) 2-3 kali dalam 15 menit pertama pasca persalinan.
 - b) Setiap 15 menit pada 1 jam pertama pascapersalinan.
 - c) Setiap 20-30 menit pada jam ke kedua pascapersalinan.
 - d) Jika *uterus* tidak *berkontraksi* dengan baik, laksanakan perawatan yang sesuai untuk menatalaksanakan *atonia uteri*.
 - e) Jika ditemukan laserasi yang memerlukan penjahitan, lakukan penjahitan dengan anestesia lokal dan menggunakan teknik yang sesuai.
51. Mengajarkan ibu/keluarga bagaimana melakukan *massase uterus* dan memeriksa *kontraksi*.
52. Mengevaluasi kehilangan darah.
53. Memeriksa tekanan darah, nadi ibu dan keadaan kandung kemih setiap 15 menit selama 1 jam pertama pascapersalinan setiap 30 menit selama jam kedua pasca persalinan.
- a) Memeriksa temperatur tubuh ibu setiap jam selama 2 jam pertama pascapersalinan
 - b) Melakukan tindakan yang sesuai untuk temuan yang tidak normal (Prawirohardjo, 2016).
- n. Kebersihan dan keamanan
54. Tempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan clorin 0.5% untuk dekontaminasi (10 menit). Mencuci dan menbilas peralatan setelah dekontaminasi.
55. Membuang bahan-bahan yang terkontaminasi ketempat sampah yang sesuai.
56. Bersihkan ibu dengan menggunakan air disinfeksi tingkat tinggi. Membersihkan sisa cairan ketuban, lendir dan darah. Membantu ibu memakaikan pakaian yang bersih dan kering.
57. Memastikan bahwa ibu nyaman. Membantu ibu memberikan ASI. Mengjurkan keluarga untuk memberi ibu minuman dan makanan yang diinginkannya.
58. Mendekontaminasi daerah yang digunakan untuk melahirkan dengan

larutan klorin 0,5% dan membilas dengan air bersih.

59. Mencelupkan sarung tangan kotor ke dalam larutan klorin 0,5%, membalikkan bagian dalam keluar dan merendamnya dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit. Dan Cuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir. (Prawirohardjo, 2016).

o. Dekontaminasi

60. Lengkapi partograf (halaman depan dan belakang). (Prawirohardjo, 2016).

C. NIFAS

1. Pengertian Masa Nifas

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

Masa nifas (PostPartum) adalah masa di mulai setelah kelahiran plasenta dan berakhir ketika alat kandungan kembali semula seperti sebelum hamil, yang berlangsung selama 6 minggu atau 42 hari. Selama masa pemulihan tersebut berlangsung, ibu akan mengalami banyak perubahan fisik yang bersifat fisiologis dan banyak memberikan ketidak nyamanan pada awal postpartum, yang tidak menutup kemungkinan untuk menjadi patologis bila tidak diikuti dengan perawatan yang baik (Yulia and Hakim, 2020).

2. Tahapan Masa Nifas

Menurut Wulandari, (2019) Ada beberapa tahapan yang di alami oleh wanita selama masa nifas, yaitu sebagai berikut :

- a) Immediate puerperium, yaitu waktu 0-24 jam setelah melahirkan. ibu telah di perbolehkan berdiri atau jalan-jalan
- b) Early puerperium, yaitu waktu 1 – 7 hari pemulihan setelah melahirkan. pemulihan menyeluruh alat-alat reproduksi berlangsung selama 6 minggu

c) Later puerperium, yaitu waktu 1 – 6 minggu setelah melahirkan, inilah waktu yang diperlukan oleh ibu untuk pulih dan sehat sempurna. Waktu sehat bisa berminggu-minggu, bulan dan tahun

3. Perubahan Fisiologi Masa Nifas

a. Perubahan fisiologis masa nifas pada sistem reproduksi

Perubahan alat – alat genital baik interna maupun eksterna kembali seperti semula seperti sebelum hamil disebut involusi. Bidan dapat membantu ibu untuk mengatasi dan memahami perubahan – perubahan seperti:

1) Involusi Uterus

Involusi atau pengerutan uterus merupakan suatu proses dimana uterus kembali ke kondisi sebelum hamil dengan berat hanya 60 gram. Proses involusi uterus menurut (Marmi, 2015) antara lain, sebagai berikut:

a) Iskemia miometrium

Iskemia miometrium disebabkan oleh kontraksi dan retraksi yang terus-menerus dari uterus setelah pengeluaran plasenta membuat uterus relatif anemia dan menyebabkan serat otot atrofi.

b) Atrofi jaringan

Atrofi jaringan terjadi sebagai reaksi penghentian hormon esterogen saat pelepasan plasenta.

c) Autolisis

Autolisis merupakan proses penghancuran diri sendiri yang terjadi di dalam otot uterus. Enzim proteolitik akan memendekkan jaringan otot yang telah sempat mengendur hingga panjangnya 10 kali dari semula dan lebar lima kali dari semula selama kehamilan atau dapat juga dikatakan sebagai perusakan secara langsung jaringan hipertrofi yang berlebihan. Hal ini disebabkan karena penurunan hormon esterogen dan progesteron.

d) Efek oksitosin

Oksitosin menyebabkan terjadinya kontraksi dan retraksi otot uterus sehingga akan menekan pembuluh darah yang mengakibatkan berkurangnya suplai darah ke uterus. Proses ini membantu untuk mengurangi perdarahan. Penurunan ukuran uterus yang cepat itu dicerminkan oleh perubahan lokasi uterus ketika turun keluar dari abdomen dan kembali menjadi organ pelvis.

2) Involusi tempat plasenta

Uteri pada bekas insisi plasenta merupakan luka yang kasar dan menonjol ke dalam kavum uteri. Segera setelah plasenta lahir, dengan cepat luka mengecil, pada akhir minggu kedua hanya sebesar 3-4 cm dan pada akhir nifas 1-2cm. Penyembuhan luka bekas plasenta khas sekali. Pada permulaan nifas bekas plasenta mengandung banyak pembuluh darah besar yang tersumbat oleh thrombus. Luka bekas plasenta tidak meninggalkan parut. Hal ini disebabkan karena diikuti pertumbuhan endometrium baru di bawah permukaan luka. Regenerasi endometrium terjadi ditempat implantasi plasenta selama sekitar 6 minggu. Pertumbuhan kelenjar endometrium ini berlangsung didalam decidua basalis. Pertumbuhan kelenjar ini mengikis pembuluh darah yang membeku pada tempat implantasi plasenta hingga terkelupas dan tak dipakai lagi pada pembuangan lochea (Yanti & Sundawati, 2014).

3) Perubahan ligamen

Setelah bayi lahir, ligamen dan diafragma pelvis fasial yang meregang sewaktu kehamilan dan saat melahirkan, kembali seperti sedia kala. Perubahan ligamen yang dapat terjadi pasca melahirkan antara lain: ligamentum rotundum menjadi kendur yang mengakibatkan letak uterus menjadi retrofleksi; ligamen, fasial, jaringan penunjang alat genitalia menjadi agak kendur (Yanti & Sundawati, 2014).

4) Perubahan serviks

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

Oleh karena hiperpalpasi dan retraksi serviks, robekan serviks dapat sembuh. Namun demikian setelah involusi, ostium eksterium tidak sama waktu sebelum hamil pada umumnya ostium eksternum lebih besar, ada retak-retak dan robek-robekan pada pinggirnya terutama pada pinggir sampingnya (Yanti & Sundawati, 2014).

5) Lochea

Lochea adalah ekskresi cairan rahim selama masa nifas dan mempunyai reaksi basa/alkalis yang membuat organisme berkembang lebih cepat dari pada kondisi asam, yang ada pada vagina normal. Lochea mempunyai bau yang amis (anyir) meskipun tidak terlalu menyengat dan volumenya 205 berbeda-beda pada setiap wanita. Lochea mengalami perubahan karena proses involusi. Lochea dapat dibagi menjadi lochea rubra, sanguilenta, serosa, dan alba. Perbedaan masing-masing lochea dapat dilihat sebagai berikut :

Table 2.4 Perubahan Warna Lochea

Lochea	Waktu	Warna	Ciri – ciri
Rubra	1-3 hari	Merah	Terdiri dari sel desidua, verniks caseosa, rambut lanugo, sisa mekonium dan sisa darah
Sanguilenta	3-7 hari	Putih bercampur merah	Sisa darah bercampur lendir
Serosa	7-14 hari	Putih bercampur merah	Lebih sedikit darah lebih banyak serum, juga terdiri leukosit dan robekan laserasi plasenta

Alba	>14 hari	Putih	Mengandung leokosit, selaput lendir serviks dan serabut jaringan yang mati
------	----------	-------	--

Sumber : Yanti & Sundawati, 2014

Umunya jumlah lochea lebih sedikit bila wanita postpartum dalam posisi berbaring dari pada berdiri. Hal ini terjadi akibat pembuangan bersatu divagina bagian atas saat wanita posisi berbaring dan kemudian akan mengalir keluar saat berdiri. Total jumlah rata-rata pengeluaran lochea sekitar 240 hingga 270 ml (Yanti & Sundawati, 2014).

6) Perubahan vulva, vagina dan perineum

Selama proses persalinan vulva dan vagina mengalami penekanan sertaperegangan, setelah beberapa hari persalinan kedua organ ini kembali dalam keadaan kendur. Rugae timbul kembali pada minggu ke tiga. Himen tampak sebagai tonjolan kecil dan dalam proses pembentukan berubah menjadi kulae mitiformis yang khas bagi wanita multipara. Ukuran vagina akan selalu lebih besar dibandingkan keadaan saat sebelum persalinan pertama.

Perubahan pada perineum pasca melahirkan terjadi pada saat perineum mengalami robekan. Robekan jalan lahir dapat terjadi secara spontan atau dilakukan episiotomi dengan insisi tertentu. Meskipun demikian, latihan otot perineum dapat mengembalikan tonus tersebut dan dapat mengencangkan vagina hingga tingkat tertentu hal ini dapat dilakukan pada akhir puerperium dengan latihan harian (Yanti & Sundawati, 2014).

b. Perubahan Sistem Pencernaan

Biasanya ibu mengalami konstipasi setelah persalinan. Hal ini disebabkan karena pada waktu melahirkan alat pencernaan mendapat tekanan yang menyebabkan kolon menjadi kosong, pengeluaran cairan yang berlebihan pada waktu persalinan, kurangnya asupan makan, hemoroid dan kurangnya aktivitas tubuh.

c. Perubahan Sistem Perkemihan

Setelah proses persalinan berlangsung, biasanya ibu akan sulit untuk buang air kecil dalam 24 jam pertama. Penyebab dari keadaan ini adalah terdapat spasme sfinkter dan edema leher kandung kemih setelah mengalami kompresi (tekanan) antara kepala janin dan tulang pubis selama persalinan berlangsung. Kadar hormon estrogen yang bersifat menahan air akan mengalami penurunan yang mencolok. Keadaan tersebut disebut “diuresis”.

d. Perubahan Sistem Muskuloskeletal

Otot-otot uterus berkontraksi segera setelah partus, pembuluh darah yang berada di antara anyaman otot-otot uterus akan terjepit, sehingga akan menghentikan perdarahan. Ligamen-ligamen, diafragma pelvis, serta fasia yang meregang pada waktu persalinan, secara berangsur-angsur menjadi ciut dan pulih kembali. Stabilisasi secara sempurna terjadi pada 6-8 minggu setelah persalinan.

e. Perubahan Sistem Kardiovaskuler

Setelah persalinan, shunt akan hilang tiba-tiba. Volume darah bertambah, sehingga akan menimbulkan dekompensasi kordis pada penderita vitum cordia. Hal ini dapat diatasi dengan mekanisme kompensasi dengan timbulnya hemokonsentrasi sehingga volume darah kembali seperti sediakala. Pada umumnya, hal ini terjadi pada hari ketiga sampai kelima postpartum.

f. Perubahan Tanda-tanda Vital

Pada masa nifas, tanda – tanda vital yang harus dikaji antara lain :

1) Suhu badan

Dalam 1 hari (24 jam) post partum, suhu badan akan naik sedikit ($37,50 - 38^{\circ} C$) akibat dari kerja keras waktu melahirkan, kehilangan cairan dan kelelahan. Apabila dalam keadaan normal, suhu badan akan menjadi biasa. Biasanya pada hari ketiga suhu badan naik lagi karena ada pembentukan Air Susu Ibu (ASI). Bila suhu tidak turun, kemungkinan adanya infeksi pada endometrium.

2) Nadi

Denyut nadi normal pada orang dewasa 60-80 kali per menit. Denyut nadi sehabis melahirkan biasanya akan lebih cepat. Denyut nadi yang melebihi 100x/ menit, harus waspada kemungkinan dehidrasi, infeksi atau perdarahan post partum.

3) Tekanan darah

Tekanan darah biasanya tidak berubah. Kemungkinan tekanan darah akan lebih rendah setelah ibu melahirkan karena ada perdarahan. Tekanan darah tinggi pada saat post partum menandakan terjadinya preeklamsi post partum.

4) Pernafasan

Keadaan pernafasan selalu berhubungan dengan keadaan suhu dan denyut nadi. Bila suhu nadi tidak normal, pernafasan juga akan mengikutinya, kecuali apabila ada gangguan khusus pada saluran nafas. Bila pernafasan pada masa post partum menjadi lebih cepat, kemungkinan ada tanda-tanda syok (Dewi, 2012).

g. Perawatan Puerperium

Perawatan masa puerperium Menurut Anggraeni (2010), perawatan puerperium lebih aktif dengan dianjurkan untuk melakukan mobilisasi dini (early mobilization). Perawatan mobilisasi secara dini mempunyai keuntungan, sebagai berikut:

- 1) Melancarkan pengeluaran lochea, mengurangi infeksi perineum
- 2) Memperlancar involusi alat kandungan
- 3) Melancarkan fungsi alat gastrointestinal dan alat perkemihan
- 4) Meningkatkan kelancaran peredaran darah ,sehingga mempercepat fungsi ASI pengeluaran sisa metabolisme.

4. Kebutuhan pada Masa Nifas

Menurut Setyo Retno Wulandari (2011), Ada beberapa macam kebutuhan saat nifas:

a. Nutrisi

Kebutuhan gizi pada masa nifas terutama bila menyusui akan meningkat 25% karena berguna untuk proses kesembuhan karena sehabis melahirkan dan untuk memproduksi air susu yang cukup untuk menyehatkan bayi. Semua itu akan meningkatkan tiga kali dari kebutuhan biasa. Selama menyusui ibu membutuhkan tambahan protein di atas normal sebesar 20 gram/hari. Maka dari itu ibu dianjurkan makan-makanan mengandung asam lemak omega 3 yang banyak terdapat di ikan kakap, tongkol, dan lemuru.

b. Ambulasi

Di sebut juga early ambulation. Early ambulation adalah kebijakan untuk secepat mungkin membimbing klien keluar dari tempat tidurnya dan membimbingnya secepat mungkin berjalan. Klien sudah diperbolehkan bangun dari tempat tidur dan dalam 24-48 jam postpartum. Keuntungannya early ambulation adalah :

- 1) Klien merasa lebih baik, lebih sehat dan lebih kuat.
- 2) Faal usus dan kandung kencing lebih baik.
- 3) Dapat lebih memungkinkan dalam menggajari ibu untuk merawat atau memelihara anaknya, memandikan dan lain-lain selama ibu masih dalam perawatan.(Eka, 2014).

c. Eliminasi

1) Miksi (BAK)

Miksi di sebut normal bila dapat buang air kecil spontan setiap 3-4 jam dan ibu di usahakan dapat buang air kecil.

2) Defekasi (BAB)

Biasanya 2-3 hari post partum masih sulit buang air besar. Jika klien pada hari ketiga belum juga buang air besar maka diberikan laksan supositoria dan minum air hangat. Agar dapat buang air besar secara teratur dapat dilakukan dengan diit teratur, pemberian cairan yang banyak, makanan cukup serat,olah raga (Haryani, 2012).

d. Kebersihan diri / perineum

Mandi di tempat tidur dilakukan sampai ibu dapat mandi sendiri dikamar mandi sendiri, yang terutama di bersihkan adalah puting susu dan mammae dilanjutkan perineum

1) Perawatan perineum

Apabila setelah buang air kecil atau buang air besar perineum di bersihkan secara rutin. Caranya di mulsi dsri simpisis sampai anal sehingga tidak terjadi infeksi cara membersihkannya dengan sabun yang lembut minimal sekali sehari. Biasanya ibu merasa takut pada kemungkinan jahitan akan lepas, juga merasa sakit sehingga perineum tidak di bersihkan atau di cuci. Ibu di beri tahu caranya mengganti pembalut yaitu bagian dalamnya jangan sampai terkontaminasi oleh tangan. Pembalut yang sudah kotor harus diganti paling sedikit 4 kali dalam sehari (Mochtar, 2015)

2) Perawatan payudara

- a) Menjaga payudara tetap bersih dan kering terutama puting susu dengan menggunakan BH yang menyongkong payudara
- b) Apabila puting susu lecet oleskan colostrum atau ASI yang keluar pada sekitar puting susu setiap selesai menyusui. Menyusui tetap di lakukan di mulai dari puting yang tidak lecet.
- c) Apabila lecet sangat berat dapat diistirahatkan selama 24 jam, ASI di keluarkan dan di minumkan dengan mnenggunakan sendok.
- d) Untuk menghilangkan nyeri ibu dapat di berikan paracetamol 1 tablet setiap 4- 6 jam. Istirahat Anjurkan ibu untuk :
 - (1)Istirahat cukup untuk mengurangi kecelakaan
 - (2)Tidur siang atau istirahat saat bayi tidur
 - (3)Kembali ke kegiatan rumah tangga secara perlahan – lahan
 - (4)Mengatur kegiatan rumahnya sehingga dapat menyediakan waktu untuk istirahat pada siang kira-kira 2jam dm malam 7-8 jam. Kurang isirahat pada ibu nifas mengakibatkan :
 - (a)Mengurangi jumlah ASI 2) Memperlambat involusi, yang akhirnya bisa menyebabkan perdarahan

(b)Depresi (Marisah, 2011).

e. Seksual

Apabila perdarahan sudah berhenti dan episiotomy sudah sembuh maka coitus bisa dilakukan pada 3-4 minggu post-partum. Ada juga yang berpendapat bahwa coitus dapat dilakukan setelah masa nifas berdasarkan teori bahwa saat itu bekas luka plasenta baru sembuh (proses penyembuhan luka post-partum sampai dengan 6 minggu). Secara fisik aman untuk melakukan hubungan suami istri begitu darah merah berhenti dan ibu dapat memasukkan kedua jarinya kedalam vagina tanpa rasa nyeri, aman untuk melakukan hubungan suami istri (coitus).

f. Senam nifas

Senam nifas adalah senam yang di lakukan sejak hari pertama melahirkan setiap hari sampai hari ke sepuluh, terdiri dari sederetan gerakan tubuh yang di lakukan untuk mempercepat pemulihan keadaan ibu. Tujuan di lakukannya senam nifas pada ibu setelah melahirkan :

- 1) Mengurangi rasa sakit pada otot-otot
- 2) Memperbaiki perdarahan
- 3) Menggencangkan otot-otot perut dan perineum
- 4) Melancarkan pengeluaran lochea
- 5) Mempercepat involusi
- 6) Menghindarkan kelainan, misalnya : emboli, thrombosis, dll
- 7) Untuk mempercepat penyembuhan, mencegah komplikasi dan meningkatkan otot-otot punggung, pelvis dan abdomen
- 8) Kegel exercise : untuk membantu penyembuhan luka perineum
- 9) Meredakan hemoroid dan varikosis vulva
- 10) Meningankan perasaan bahwa “segala sudah berantakan
- 11) Membangkitkan kembali pengendalian atas otot-otot spinkter.
- 12) Memperbaiki respon seksual Manfaat senam nifas antara lain :
 - a) Senam nifas membantu memperbaiki sirkulasi darah

- b) Senam nifas membantu memperbaiki sikap tubuh dan punggung setelah melahirkan
- c) Memperbaiki otot tonus
- d) Memperbaiki pelvis dan peregangan otot abdomen
- e) Memperbaiki juga memperkuat otot panggul
- f) Membantu ibu untuk lebih rileks dan segar pasca melahirkan

g. Keluarga berencana

Idealnya setelah melahirkan boleh hamil lagi setelah dua tahun. Pada dasarnya ibu tidak mengalami ovulasi selama menyusui eksklusif atau penuh enam bulan dan ibu belum mendapatkan haid (metode amenorhe laktasi). Meskipun setiap metode kontrasepsi beresiko, tetapi menggunakan kontrasepsi jauh lebih aman (Sulisetyawati, 2018)

h. Pemberian ASI

Hal – hal yang perlu diberitahukan kepada pasien mengenai pemberian ASI, yaitu :

- 1) Menyusui segera setelah lahir minimal 30 menit bayi telah disusukan
- 2) Ajarkan cara menyusui yang benar.
- 3) Memberikan ASI secara penuh 6 bulan tanpa makanan lain (ASI eksklusif)
- 4) Menyusui tanpa jadwal, sesuka bayi
- 5) Di luar menyusui jangan memberikan dot / kempeng pada bayi, tapi berikan asi dengan sendok
- 6) Penyapihan bertahap meningkatkan frekuensi makanan dan menurunkan frekuensi pemberian ASI.

5. Komplikasi Pada Masa Nifas

Menurut Setyo Retno Wulanjani, 201, Mengatakan bahwa komplikasi masa nifas adalah sebagai berikut :

- a. Pendarahan Pervaginam Pendarahan pervaginam yang melebihi 300 ml setelah bersalin didefinisikan sebagai perdarahan pasca persalinan. Terdapat beberapa masalah mengenai definisi ini :

- 1) Perkiraan kehilangan darah biasanya tidak yang sebenarnya, kadang-kadang hanya setengah dari biasanya. Darah juga tersebar pada spon, handuk dan kain didalam ember dan lantai.
- 2) Volume darah yang hilang juga bervariasi akibatnya sesuai dengan kadar hemoglobin ibu. Seorang ibu dengan kadar HB normal akan berakibat fatal pada anemia. Seseorang ibu yang sehat dan tidak anemia pun dapat mengalami akibat fatal dari kehilangan darah.
- 3) Perdarahan dapat terjadi dengan lambat untuk jangka waktu beberapa jam dan kondisi ini dapat tidak dikenali sampai terjadi syok. Penilaian resiko pada saat antenatal tidak dapat memperkirakan akan terjadinya perdarahan pasca persalinan.
- 4) Penanganan aktif kala III sebaiknya dilakukan pada semua wanita yang bersalin karena hal ini dapat menurunkan insiden perdarahan pasca persalinan 70 akibat atonia uteri. Semua ibu pasca bersalin fase persalinan.

b. Infeksi Masa Nifas

Infeksi nifas adalah keadaan yang mencakup semua peradangan alat-alat genitalia dalam masa nifas. Masuknya kuman dapat terjadi dalam kehamilan, waktu persalinan, dan nifas. Demam nifas adalah demam dalam masa nifas oleh sebab apa pun. Mordibitas puerpuralis adalah kenaikan suhu badan sampai 38°C atau lebih selama 2 hari dalam 10 hari pertama post-partum, kecuali pada hari pertama. Suhu diukur 4 kali secara oral. Infeksi terjadi pada vulva, vagina, dan serviks.

c. Endometritis

Endometritis adalah infeksi yang terjadi pada endometrium. Jenis infeksi ini biasanya yang paling sering terjadi. Kuman-kuman yang masuk endometrium. Biasanya pada luka bekas implantasi plasenta dan dalam waktu singkat.

d. Septicemia dan Pyemia

Ini merupakan infeksi umum yang disebabkan oleh kuman-kuman yang sangat pathogen. Infeksi ini sangat berbahaya dan tergolong 50% penyebab kematian karena infeksi.

e. Peritonitis

Peritonitis (radang selaput rongga perut) adalah peradangan yang disebabkan oleh infeksi pada selaput rongga perut (peritoneum). Infeksi nifas dapat menyebar melalui pembuluh darah di dalam uterus, langsung mencapai peritoneum dan menyebabkan peritonitis atau melalui jaringan di antara kedua lembar lamina peritoneum yang menyebabkan parametritis. Peritonitis yang tidak menjadi peritonitis umum hanya terbatas pada daerah pelvis.

f. Parametritis

Parametritis merupakan peradangan pada parametrium. Parametrium merupakan lapisan terluar yang melapisi uterus. Parametritis juga mempunyai nama lain yaitu selulitis pelvika.

g. Thrombophlebitis

Thrombophlebitis merupakan kelainan pada masa nifas yaitu masa setelah melahirkan di mana terjadi sumbatan pembuluh darah yang disebabkan oleh adanya darah yang membeku.

h. Luka perineum

Perluasan perineum pada umumnya terjadi unilateral, namun dapat juga bilateral. Perluasan pada diafragma urogenitalis dan muskulu levator ani, yang terjadi pada waktu persalinan normal atau persalinan dengan alat, dapat terjadi tanpa luka pada kulit perineum atau pada vagina, sehingga tidak kelihatan dari luar. Perluasan demikian dapat melemahkan dasar panggul, sehingga mudah terjadi prolaps genitalis.

6. Kebijakan Program Nasional Nifas

Seorang bidan pada saat memberikan asuhan kepada ibu dalam masa nifas, ada beberapa hal yang harus dilakukan, akan tetapi pemberian asuhan

kebidanan pada ibu masa nifas tergantung dari kondisi ibu sesuai dengan masa perkembangannya antara lain dalam literature saifudin (2006):

a. Kunjungan ke-1 (6-8 jam setelah persalinan)

Mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri; mendeteksi dan merawat penyebab lain perdarahan: rujuk bila perdarahan berlanjut; memberikan konseling pada ibu atau salah satu anggota keluarga bagaimana mencegah perdarahan masa nifas karena tonia uteri; pemberian ASI awal; melakukan hubungan antara ibu dan bayi baru lahir; menjaga bayi tetap sehat dengan cara 24 mencegah hipotermia; jika petugas kesehatannya menolong persalinan, ia harus tinggal dengan ibu dan bayi baru lahir untuk 2 jam pertama setelah kelahiran, atau sampai ibu dan bayi dalam keadaan sehat.

b. Kunjungan ke-2 (6 hari setelah persalinan)

Memastikan involusi uterus berjalan normal: uterus berkontraksi, fundus di bawah umbilikus, tidak ada perubahan abnormal, tidak ada bau, menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi atau makanan, cairan, dan istirahat; memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak memperlihatkan tanda-tanda penyulit; memberikan konseling pada ibu mengenai asuhan pada bayi, tali pusat, menjaga bayi tetap hangat dan merawat bayi sehari-hari.

c. Kunjungan ke-3 (2 minggu setelah persalinan), sama seperti diatas.

d. Kunjungan ke-4 (6 minggu setelah persalinan), menanyakan pada ibu tentang penyuli-penyulit yang ia atau bayi alami; memberikan konseling untuk KB secara dini.

D. BAYI BARU LAHIR

1. Pengertian Bayi Baru Lahir

Bayi baru lahir (neonatus) adalah bayi yang berusia 0-28 hari (Kementerian Kesehatan RI, 2010). Bayi baru lahir adalah bayi berusia satu jam yang lahir pada usia kehamilan 37-42 minggu dan berat badannya 2.500-4000 gram (Dewi, 2010). Bayi baru lahir atau neonatus adalah masa

kehidupan (0–28 hari), dimana terjadi perubahan yang sangat besar dari kehidupan di dalam rahim menuju luar rahim dan terjadi pematangan organ hampir pada semua sistem. Bayi hingga umur kurang satu bulan merupakan golongan umur yang memiliki risiko gangguan kesehatan paling tinggi dan berbagai masalah kesehatan bisa muncul, sehingga tanpa penanganan yang tepat bisa berakibat fatal (Kemenkes RI, 2020).

Periode ini merupakan periode yang sangat rentan terhadap suatu infeksi sehingga menimbulkan suatu penyakit. Periode ini juga masih membutuhkan penyempurnaan dalam penyesuaian tubuhnya secara fisiologis untuk dapat hidup di luar kandungan seperti sistem pernapasan, sirkulasi, termoregulasi dan kemampuan menghasilkan glukosa (Juwita & Prisusanti, 2020). Bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir dalam presentasi belakang kepala melalui vagina tanpa memakai alat (Jamil et al., 2017). Kriteria bayi normal adalah lahir dengan umur kehamilan genap 37 minggu sampai 42 minggu, dengan berat badan lahir 2500–4000 gram, panjang badan: 48–52 cm, lingkaran dada: 30– 38 cm, nilai Apgar 7–10 dan tanpa cacat bawaan (Ribek et al., 2018). Lingkaran kepala bayi baru lahir yang normal adalah 34–35 cm, dimana ukuran lingkaran kepala mempunyai hubungan dengan perkembangan bayi yaitu pertumbuhan lingkaran kepala umumnya mengikuti pertumbuhan otak, sehingga bila ada hambatan/gangguan pada pertumbuhan lingkaran kepala, pertumbuhan otak juga biasanya terhambat (Ribek et al., 2013)

2. Klasifikasi bayi baru lahir

Neonatus dikelompokkan menjadi dua kelompok (Juwita & Prisusanti, 2020), yaitu:

a. Neonatus menurut masa gestasinya Masa gestasi atau dapat disebut dengan umur kehamilan merupakan waktu dari konsepsi yang dihitung dari ibu hari pertama haid terakhir (HPHT) pada ibu sampai dengan bayi lahir (Novieastari et al., 2020).

1) Bayi kurang bulan: bayi yang lahir 294 hari (>42 minggu).

2) Bayi cukup bulan: bayi yang lahir antara 259–293 hari (37 minggu–42 minggu).

3) Bayi lebih bulan: bayi yang lahir >294 hari (>42 minggu).

b. Neonatus menurut berat badan saat lahir , Bayi lahir ditimbang berat badannya dalam satu jam pertama jika bayi lahir di fasilitas kesehatan dan jika bayi lahir di rumah maka penimbangannya dilakukan dalam waktu 24 jam pertama setelah kelahiran (Novieastari et al., 2020).

1) Bayi berat badan lahir rendah: bayi yang lahir dengan berat badan <2,5 kg

2) Bayi berat badan lahir cukup: bayi yang lahir dengan berat badan antara 2,5 kg–4 kg.

3) Bayi berat badan lahir lebih: bayi yang lahir dengan berat badan >4 kg

3. Lingkup Neonatus Normal

Menurut Depkes RI (2014), asuhan segera, aman dan bersih untuk bayi baru lahir ialah:

a. Pencegahan infeksi

Bayi baru lahir sangat rentan terhadap infeksi yang disebabkan oleh paparan atau kontaminasi mikroorganisme selama proses persalinan berlangsung maupun beberapa saat setelah lahir. Sebelum menangani bayi baru lahir, pastikan penolong persalinan telah melakukan upaya pencegahan infeksi sebagai berikut:

1) Cuci tangan dengan seksama sebelum dan setelah bersentuhan dengan bayi.

2) Pakai sarung tangan bersih pada saat menangani bayi yang belum dimandikan.

3) Pastikan semua peralatan dan bahan yang digunakan bersih.

4) Pastikan semua pakaian, handuk, selimut kain yang digunakan untuk bayi, sudah dalam keadaan bersih.

b. Penilaian awal

Segera setelah lahir, letakkan bayi diatas kain bersih dan kering yang disiapkan pada perut ibu lakukan penilaian awal dengan menjawab 2 pertanyaan antara lain:

- 1) Apakah bayi menangis kuat dan atau bernafas tanpa kesulitan ?
- 2) Apakah bayi bergerak dengan aktif atau lemas?

Jika bayi bernafas atau bernafas megap-megap atau lemah maka segera lakukan tindakan resusitasi bayi baru lahir.

c. Pencegahan kehilangan panas.

Bayi baru lahir dapat kehilangan panas tubuhnya melalui cara berikut:

- 1) Evaporasi adalah jalan utama bayi kehilangan panas. Kehilangan panas dapat terjadi kerana adanya penguapan cairan ketuban pada permukaan tubuh oleh panas tubuh bayi sendiri. Ini dikarenakan setelah lahir tubuh bayi tidak segera dikeringkan dan diselimuti.
- 2) Konduksi adalah kehilangan panas tubuh melalui kontak langsung antara tubuh bayi dengan permukaan yang dingin.
- 3) Konveksi adalah kehilangan panas tubuh yang terjadi saat bayi terpapar udara sekitar yang lebih dingin. Bayi yang dilahirkan atau ditempatkan didalam ruangan yang dingin akan cepat mengalami kehilangan panas.
- 4) Radiasi adalah kehilangan panas yang terjadi karena bayi berada didekat benda-benda yang mempunyai suhu tubuh lebih rendah dan suhu tubuh bayi. Bayi bisa kehilangan panas dengan cara ini karena benda- benda tersebut menyerap radiasi panas tubuh bayi. Cara mencegah kehilangan panas melalui upaya sebagai berikut:
 - a) Keringkan tubuh bayi tanpa membersihkan verniks
 - b) Letakkan bayi agar terjadi kontak kulit ibu ke kulit bayi
 - c) Selimuti ibu dan bayi dan pakaikan topi dikepala bayi
 - d) Jangan segera menimbang atau memandikan bayi baru lahir
 - e) Tempatkan bayi di lingkungan yang hangat

d. Pemotongan dan perawatan tali pusat

Setelah penilaian sepiantas dan tidak ada tanda asfiksia pada bayi, dilakukan manajemen bayi baru lahir normal dengan mengeringkan bayi mulai dari muka, kepala, dan bagian tubuh lainnya kecuali bagian tangan tanpa membersihkan verniks, kemudian bayi diletakkan di atas dada atau perut ibu. Setelah pemberian oksitosin pada ibu, lakukan pemotongan tali pusat dengan satu tangan melindungi perut bayi. Perawatan tali pusat adalah dengan tidak membungkus tali pusat atau mengoleskan cairan/bahan apa pun pada tali pusat (Kementerian Kesehatan RI, 2013).

Perawatan rutin untuk tali pusat adalah selalu cuci tangan sebelum memegangnya, menjaga tali pusat tetap kering dan terpapar udara, membersihkan dengan air, menghindari dengan alkohol karena menghambat pelepasan tali pusat, dan melipat popok di bawah umbilikus (Lissauer, 2013)

e. Inisiasi Menyusu Dini (IMD)

Setelah bayi lahir dan tali pusat dipotong, segera letakkan bayi tengkurap di dada ibu, kulit bayi kontak dengan kulit ibu untuk melaksanakan proses IMD selama 1 jam. Biarkan bayi mencari, menemukan puting, dan mulai menyusui. Sebagian besar bayi akan berhasil melakukan IMD dalam waktu 60-90 menit, menyusui pertama biasanya berlangsung pada menit ke- 45-60 dan berlangsung selama 10-20 menit dan bayi cukup menyusui dari satu payudara (Kementerian Kesehatan RI, 2013).

Jika bayi belum menemukan puting ibu dalam waktu 1 jam, posisikan bayi lebih dekat dengan puting ibu dan biarkan kontak kulit dengan kulit selama 30- 60 menit berikutnya. Jika bayi masih belum melakukan IMD dalam waktu 2 jam, lanjutkan asuhan perawatan neonatal esensial lainnya (menimbang, pemberian vitamin K, salep mata, serta pemberian gelang pengenal) kemudian dikembalikan lagi kepada ibu untuk belajar menyusui (Kementerian Kesehatan RI, 2013).

f. Pencegahan kehilangan panas

Melalui tunda mandi selama 6 jam, kontak kulit bayi dan ibu serta menyelimuti kepala dan tubuh bayi (Kementerian Kesehatan RI, 2013).

g. Pemberian salep mata/tetes mata

Pemberian salep atau tetes mata diberikan untuk pencegahan infeksi mata. Beri bayi salep atau tetes mata antibiotika profilaksis (tetrasiklin 1%, oxytetrasiklin 1% atau antibiotika lain). Pemberian salep atau tetes mata harus tepat 1 jam setelah kelahiran. Upaya pencegahan infeksi mata tidak efektif jika diberikan lebih dari 1 jam setelah kelahiran (Kementerian Kesehatan RI, 2013).

h. Pencegahan perdarahan

Melalui penyuntikan vitamin K1 dosis tunggal di paha kiri Semua bayi baru lahir harus diberi penyuntikan vitamin K1 (Phytomenadione) 1 mg intramuskuler di paha kiri, untuk mencegah perdarahan BBL akibat defisiensi vitamin yang dapat dialami oleh sebagian bayi baru lahir (Kementerian Kesehatan RI, 2010). Pemberian vitamin K sebagai profilaksis melawan hemorrhagic disease of the newborn dapat 76 diberikan dalam suntikan yang memberikan pencegahan lebih terpercaya, atau secara oral yang membutuhkan beberapa dosis untuk mengatasi absorpsi yang bervariasi dan proteksi yang kurang pasti pada bayi (Lissauer, 2013). Vitamin K dapat diberikan dalam waktu 6 jam setelah lahir (Lowry, 2014).

i. Pemberian imunisasi Hepatitis B (HB 0) dosis tunggal di paha kanan

Imunisasi Hepatitis B diberikan 1-2 jam di paha kanan setelah penyuntikan vitamin K1 yang bertujuan untuk mencegah penularan Hepatitis B melalui jalur ibu ke bayi yang dapat menimbulkan kerusakan hati (Kementerian Kesehatan RI, 2010).

j. Pemeriksaan Bayi Baru Lahir (BBL)

Pemeriksaan BBL bertujuan untuk mengetahui sedinimungkin kelainan pada bayi. Bayi yang lahir di fasilitas kesehatan dianjurkan tetap berada di fasilitas tersebut selama 24 jam karena risiko terbesar kematian

BBL terjadi pada 24 jam pertama kehidupan. saat kunjungan tindak lanjut (KN) yaitu 1 kali pada umur 1- 3 hari, 1 kali pada umur 4-7 hari dan 1 kali pada umur 8-28 hari (Kementerian Kesehatan RI, 2010).

k. Pemberian ASI eksklusif

ASI eksklusif adalah pemberian ASI tanpa makanan dan minuman tambahan lain pada bayi berusia 0-6 bulan dan jika memungkinkan dilanjutkan dengan pemberian ASI dan makanan pendamping sampai usia 2 tahun. Pemberian ASI eksklusif mempunyai dasar hukum yang diatur dalam SK Menkes Nomor 450/Menkes/SK/IV/2004 tentang pemberian ASI Eksklusif pada bayi 0-6 bulan. Setiap bayi mempunyai hak untuk dipenuhi kebutuhan dasarnya seperti Inisiasi Menyusu Dini (IMD), ASI Eksklusif, dan imunisasi serta pengamanan dan perlindungan bayi baru lahir dari upaya penculikan dan perdagangan bayi.

4. Tanda – tanda bahaya bayi baru lahir (BBL) dan Neonatus

Beberapa tanda bahaya pada bayi baru lahir harus diwaspadai, dideteksi lebih dini untuk segera dilakukan penanganan agar tidak mengancam nyawa bayi. Menurut Dewi (2012), beberapa tanda bahaya pada bayi baru lahir tersebut, antara lain:

- a. Pernafasan sulit atau lebih dari 60 kali permenit.
- b. Retraksi dada saat inspirasi.
- c. Suhu terlalu panas lebih dari 38 derajat selsius, terlalu dingin atau kurang dari 36 derajat selsius.
- d. Warna abnormal yaitu kulit atau bibir biru atau pucat, memar atau sangat kuning (terutama pada 24 jam pertama)
- e. Gangguan pada gastrointestinal bayi seperti: mekonium tidak keluar setelah 3 hari pertama kelahiran, urine tidak keluar dalam 24 jam pertama, muntah terus-menerus, distensi abdomen, feses hijau atau berlendir atau berdarah.
- f. Bayi menggigil lemas, mengantuk, lunglai, kejang-kejang halus, tidak tenang, menangis terus-menerus, mata bengkak dan mengeluarkan cairan.

5. Pelayanan Kesehatan Neonatus

Menurut pedoman Kemenkes RI (2010), pelayanan kesehatan neonatus adalah pelayanan kesehatan sesuai standar yang diberikan oleh tenaga kesehatan yang kompeten kepada neonatus sedikitnya 3 kali, selama periode 0 sampai dengan 28 hari setelah lahir, baik di fasilitas kesehatan maupun melalui kunjungan rumah

- a. Kunjungan neonatal ke-1 (KN 1) dilakukan pada kurun waktu 6-48 jam setelah lahir.
- b. Kunjungan neonatal ke-2 (KN 2) dilakukan pada kurun waktu hari ke 3 sampai dengan hari ke 7 setelah lahir.
- c. Kunjungan neonatal ke-3 (KN 3) dilakukan pada kurun waktu hari ke 8 sampai dengan hari ke 28 hari setelah lahir.

1) Kunjungan Neonatal hari ke 1 (KN 1)

- a) Untuk bayi yang lahir di fasilitas kesehatan pelayanan dapat dilakukan sebelum bayi pulang dari fasilitas kesehatan (lebih dari 24 jam).
- b) Untuk bayi yang lahir dirumah, bila bidan meninggalkan bayi sebelum 24 jam, maka pelayanan dilaksanakan pada 6-24 jam setelah lahir.

Hal-hal yang dilaksanakan:

- (1) Jaga kehangatan tubuh bayi.
- (2) Berikan air susu ibu (ASI) eksklusif.
- (3) Cegah infeksi.
- (4) Rawat tali pusat

2) Kunjungan neonatal hari ke 2-6

Pada hari 2-6 setelah lahir, ada hal yang perlu diperhatikan dalam asuhan pada bayi, yaitu sebagai berikut:

a) Minum

Pastikan bayi diberi minum sesegera mungkin setelah lahir (dalam waktu 30 menit) atau dalam 3 jam setelah masuk rumah

sakit, kecuali apabila pemberian minum harus ditunda karena masalah tertentu.

Air susu ibu (ASI) merupakan makanan yang terbaik bagi bayi. Air susu ibu (ASI) diketahui mengandung zat gizi yang paling sesuai untuk pertumbuhan dan perkembangan bayi, baik kualitas maupun kuantitasnya. Berikan air susu ibu (ASI) sesering mungkin sesuai dengan keinginan ibu (jika payudara sudah penuh) yaitu setiap 2-3 jam (paling sedikit setiap 4 jam), bergantian antara payudara kiri dan kanan.

Anjurkan ibu memberikan air susu ibu (ASI) eksklusif. Berikan air susu ibu (ASI) saja (ASI eksklusif) sampai bayi berusia 6 bulan. Selanjutnya pemberian air susu ibu (ASI) diberikan hingga anak berusia 2 tahun, dengan penambahan makanan lunak atau padat yang disebut makanan pendamping ASI (MP-ASI). Banyak sekali keuntungan yang diperoleh dari air susu ibu (ASI). Tidak saja dalam keuntungan pertumbuhan dan perkembangan bayi, tetapi juga hubungan kasih sayang antara ibu dan bayi yang akan memberikan dukungan sangat besar terhadap terjadinya proses pembentukan emosi positif pada anak, dan berbagai keuntungan bagi ibu.

b) Buang Air Besar (BAB)

Kotoran yang dikeluarkan bayi baru lahir pada hari pertama kehidupannya adalah berupa mekoneum. Warna mekoneum adalah hijau kehitaman, terdiri atas: mukus, sel epitel, cairan amnion yang tertelan, asa lemak dan pigmen empedu. Mekoneum dikeluarkan seluruhnya 2-3 hari setelah lahir. Pada hari 4-5 warna feses bayi berubah menjadi kuning.

Frekuensi buang air besar (BAB) bayi sedikitnya sekali dalam sehari. Pemberian air susu ibu (ASI) cenderung membuat frekuensi buang air besar (BAB) bayi lebih sering. Pada hari ke 4-5 produksi air susu ibu (ASI) sudah banyak maka bayi akan air susu

ibu (BAB) 5 kali atau lebih dalam sehari. Tapi saat bayi berumur 3-4 minggu frekuensi berkurang menjadi satu kali dalam sehari. Sedangkan bayi yang diberikan susu formula akan lebih sering BAB, tetapi lebih cenderung mengalami konstipasi.

c) Buang Air Kecil (BAK)

Bayi baru lahir harus sudah buang air kecil (BAK) dalam waktu 24 jam setelah lahir. Hari selanjutnya bayi akan buang air kecil (BAK) sebanyak 6-8 kali atau hari. Pada awalnya volume urine bayi sebanyak 20-30 ml/hari, meningkat menjadi 100-200 ml/hari. Pada akhir minggu pertama. Warna urine keruh atau merah muda dan berangsur-angsur jernih karena intake cairan meningkat.

d) Tidur

Memasuki bulan pertama kehidupan, bayi baru lahir hanya menghabiskan waktunya untuk tidur. Macam tidur bayi adalah tidur aktif atau tidur ringan atau tidur lelap. Pada siang hari hanya 15% waktu digunakan bayi dalam keadaan terjaga, yaitu untuk menangis, gerakan motorik, sadar dan mengantuk. Sisa waktu yang 85% lainnya digunakan bayi untuk tidur.

E. Keluarga Berencana

1. Pengertian Akseptor

Peserta KB (akseptor) adalah pasangan usia subur (PUS) dimana salah seorang menggunakan salah satu cara atau alat kontrasepsi untuk tujuan mencegah kehamilan, baik melalui program maupun non program. PUS adalah pasangan suami isteri yang masih berpotensi untuk mempunyai keturunan atau biasanya ditandai dengan belum datangnya masa menopause (berhenti menstruasi bagi isteri) (BKKBN, 2016).

2. Pengertian Kontrasepsi

Keluarga berencana adalah usaha untuk mengukur jumlah dan jarak anak yang diinginkan. Agar dapat mencapai hal tersebut, maka dibuatlah beberapa cara atau alternative untuk mencegah ataupun menunda

kehamilan. Cara-cara tersebut termasuk kontrasepsi atau pencegahan kehamilan dan perencanaan keluarga (Erni., dkk, 2022).

Selain definisi tersebut masih ada beberapa definisi lain tentang KB dalam buku Pelayanan Keluarga Berencana karangan (Slistyawati, 2016) yaitu:

- a. Menurut undang-undang No. 10/ 1992 KB adalah upaya peningkatan kepedulian dalam mewujudkan keluarga kecil yang bahagia sejahtera.
- b. Menurut WHO KB adalah tindakan yang membantu individu atau pasangan untuk mendapatkan obyektif-obyektif tertentu, menghindari kehamilan yang tidak diinginkan, mendapatkan kelahiran yang diinginkan, mengatur interval diantara kehamilan, dan menentukan jumlah anak dalam keluarga

3. Tujuan Menggunakan Alat Kontrasepsi

Dari buku (Erni., dkk, 2022), tujuan dari penggunaan alat kontrasepsi yaitu:

- a. Menunda
- b. Menjarakkan
- c. Mengakhiri

4. Macam – Macam Kontrasepsi

Menurut Mulyani (2013) ada beberapa macam-metode kontrasepsi yaitu:

a. Metode kalender

Metode kalender atau pantang berkala adalah cara atau metode kontrasepsi sederhana yang dilakukan oleh pasangan suami istri dengan tidak melakukan senggama atau hubungan seksual pada masa subur atau ovulasi.

Prinsip kerja metode kalender ini berpedoman kepada kenyataan bahwa wanita dalam siklus haidnya mengalami ovulasi (subur) hanya satu kali dalam sebulan, dan biasanya terjadi beberapa hari sebelum atau sesudah hari ke-14 dari haid yang akan datang. Sel telur dapat hidup selama 6-24 jam, sedangkan sel mani sperma selama 48-72 jam

b. Metode suhu basal

Suhu basal adalah suhu tubuh sebelum ada aktifitas apapun, biasanya diambil pada saat bangun tidur dan belum meninggalkan tempat tidur. Suhu basal akan meningkat setelah ovulasi terjadi. Pencatatan suhu basal dilakukan setiap hari. Prinsip yang digunakan dalam metode suhu basal tubuh adalah menentukan masa subur, yaitu 4 hari sebelum ovulasi karena sperma dapat hidup sampai 4 atau 5 hari. Metode ini berdasarkan kenaikan suhu tubuh setelah ovulasi sampai hari sebelum menstruasi berikutnya. Untuk mengetahui suhu tubuh benar-benar naik maka harus dengan thermometer yang sama dan pada tempat yang sama (dimulut, anus, vagina) setiap pagi setelah bangun tidur sebelum melakukan aktivitas, serta melakukan pencatatan

c. Metode senggama terputus

d. Metode barrier

- 1) Diafragma
- 2) Spermisida

e. Kondom

f. Kontrasepsi pil

- 1) Mini pil (Progesteron).
- 2) Pil kombinasi (progesteron dan estrogen)

g. Kondom

h. Kontrasepsi Suntik

- 1) Suntik kombinasi (suntik satu bulan)
- 2) Suntik tri bulan atau progestin

i. Kontrasepsi Intra Uterine Device (IUD)

j. Kontrasepsi Implant (mengandung hormon progesteron)

k. Kontrasepsi mantap

- 1) Tubektomi (MOW)
- 2) Vasektomi (MOP)

5. Cara kerja kontrasepsi

Dari buku (Jalilah & Prapitasari, 2021), cara kerja macam- macam KB sebagai berikut :

a. Implant

- 1) Hormon yang terdapat pada implant dilepaskan secara perlahan-lahan dan mengentalkan lendir pada mulut rahim sehingga menghambat pergerakan sperma. Hal ini membuat kemungkinan sperma bertemu sel telur lebih kecil dan tidak terjadi
- 2) Selain hormon itu juga mengganggu pembentukan lapisan pada dinding rahim atau endometrium. Sehingga sel telur yang sudah dibuahi sulit menempel pada dinding rahim dan kehamilan tidak terjadi.

b. Suntik 3 bulan

- 1) Mencegah pelepasan sel telur dari indung telur
- 2) Mengentalkan lendir leher rahim sehingga dapat mengganggu pertemuan antara sperma dan sel telur

c. Suntik 1 bulan

- 1) Mencegah pelepasan sel telur dari indung telur
- 2) Mengentalkan lendir leher rahim sehingga dapat mengganggu pertemuan antara sperma dan sel telur.

d. IUD

- 1) Menghambat sperma untuk masuk ke saluran sel telur
- 2) Mencegah sperma dan sel telur bertemu sehingga tidak terjadi kehamilan
- 3) Membuat sperma sulit masuk ke dalam alat reproduksi perempuan dan mengurangi kemampuan sperma untuk melakukan pembuahan.

e. Pil kb kombinasi

- 1) Mencegah pelepasan sel telur dari indung telur
- 2) Mengentalkan lendir leher rahim sehingga dapat mengganggu pertemuan antara sperma dan sel telur

f. Mini pil

- 1) Mencegah pelepasan sel telur dari indung telur
- 2) Mengentalkan lendir leher rahim sehingga dapat mengganggu pertemuan antara sperma dan sel telur

g. Kondom

- 1) Menghalangi agar sperma tidak memasuki vagina sehingga mencegah kehamilan
- 2) Menghalangi masuknya bakteri, virus atau jamur masuk ke vagina sehingga mencegah penularan infeksi menular seksual dan HIV
- 3) Kondom hanya untuk satu kali pakai.

F. Standar Asuhan Kebidanan Dan Dasar Hukum Wewenang Bidan

Standar pelayanan Kebidanan digunakan untuk menentukan kompetensi yang diperlukan bidan dalam menjalankan praktik sehari-hari. Standar Pelayanan Kebidanan juga dapat digunakan untuk menilai mutu pelayanan, menyusun rencana diklat bidan, dan pengembangan kurikulum bidan (Kemenkes, 2014).

Standar 3 : Identifikasi ibu hamil

Bidan melakukan kunjungan rumah dengan berinteraksi dengan masyarakat secara berkala untuk memberikan penyuluhan dan memotivasi ibu, suami dan anggota keluarganya agar mendorong ibu untuk memeriksakan kehamilannya sejak dini dan secara teratur (Syafudin, Hamidah, 2017).

Standar 4 : Pemeriksaan dan pemantauan antenatal

Bidan memberikan sedikitnya 4 kali pelayanan antenatal. Pemeriksaan meliputi anamnesa dan pemantauan ibu dan janin dengan seksama untuk menilai apakah perkembangan berlangsung normal. Bidan juga harus mengenal kehamilan resti/kelainan, khususnya anemia, kurang gizi, hipertensi, PMS/ infeksi HIV, memberikan pelayanan imunisasi , nasehat dan penyuluhan kesehatan serta tugas terkait lainnya yang diberikan oleh puskesmas. Mereka harus mencatat data yang tepat pada setiap kunjungan. Bila ditemukan kelainan, mereka harus mampu mengambil tindakan yang diperlukan dan merujuknya untuk tindakan selanjutnya (Syafudin, Hamidah, 2017).

Standar 5 : Palpasi Abdominal

Bidan melakukan pemeriksaan abdominal secara seksama dan melakukan palpasi untuk memperkirakan usia kehamilan, serta bila umur kehamilan bertambah, memeriksa posisi, bagian terendah janin dan masuknya kepala janin kedalam rongga panggul, untuk mencari kelainan serta melakukan rujukan tepat waktu (Syafrudin, Hamidah, 2017).

Standar 6 : Pengelolaan anemia pada kehamilan

Bidan melakukan tindakan pencegahan, penemuan, penanganan dan rujukan semua kasus anemia pada kehamilan sesuai dengan ketentuan yang berlaku (Syafrudin, Hamidah, 2017).

Standar 7 : Pengelolaan Dini Hipertensi pada Kehamilan

Bidan menemukan secara dini setiap kenaikan tekanan darah pada kehamilan dan mengenali tanda-tanda serta gejala preeklamsia, serta mengambil tindakan yang tepat dan merujuknya (Syafrudin, Hamidah, 2017).

Standar 8 : Persiapan persalinan

Bidan memberikan saran yang tepat kepada ibu hamil, suami serta keluarganya pada trimester ketiga, untuk memastikan bahwa persiapan persalinan yang bersih dan aman serta suasana yang menyenangkan akan direncanakan dengan baik, disamping persiapan transportasi dan biaya untuk merujuk, bila terjadi keadaan gawat darurat. Bidan hendaknya melakukan kunjungan rumah untuk hal ini (Syafrudin, Hamidah, 2017).

Berdasarkan undang-undang kebidanan Nomor 4 tahun 2019 tentang izin dan penyelenggaraan praktik bidan.

1. Pasal 46

Dalam menyelenggarakan Praktik Kebidanan, Bidan memiliki tugas dan wewenang dalam memberikan pelayanan yang meliputi:

- a. Pelayanan kesehatan ibu.
- b. Pelayanan kesehatan anak.
- c. Pelayanan kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana.
- d. Pelaksanaan tugas berdasarkan pelimpahan wewenang.
- e. Pelaksanaan tugas dalam keadaan keterbatasan tertentu.

- f. Tugas Bidan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat dilaksanakan secara bersama atau sendiri.
- g. Pelaksanaan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan secara bertanggung jawab dan akuntabel.

2. Pasal 47

Dalam menyelenggarakan Praktik Kebidanan, Bidan dapat berperan sebagai:

- a. Pemberi Pelayanan Kebidanan.
- b. Pengelola Pelayanan Kebidanan.
- c. Penyuluh dan konselor.
- d. Pendidik, pembimbing, dan fasilitator klinik.
- e. Penggerak peran serta masyarakat dan pemberdayaan perempuan. peneliti.
- f. Peran Bidan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

3. Pasal 49

Dalam menjalankan tugas memberikan pelayanan kesehatan ibu sebagaimana dimaksud dalam Pasal 46 ayat (1) huruf a, Bidan berwenang:

- a. Memberikan Asuhan Kebidanan pada masa sebelum hamil.
- a. Memberikan Asuhan Kebidanan Pada Masa Kehamilan Normal.
- b. Memberikan Asuhan Kebidanan Pada Masa Persalinan Dan Menolong Persalinan Normal.
- c. Memberikan Asuhan Kebidanan Pada Masa Nifas.
- d. Melakukan Pertolongan Pertama Kegawatdaruratan Ibu Hamil, Bersalin, Nifas, Dan Rujukan.
- e. Melakukan Deteksi Dini Kasus Risiko Dan Komplikasi Pada Masa Kehamilan, Masa Persalinan, Pascapersalinan, Masa Nifas, Serta Asuhan Pasca keguguran dan dilanjutkan dengan rujukan.

4. Pasal 61

Bidan dalam melaksanakan Praktik Kebidanan berkewajiban:

- a. Memberikan Pelayanan Kebidanan Sesuai Dengan Kompetensi,

Kewenangan, Dan Mematuhi Kode Etik, Standar Profesi, Standar Pelayanan Profesi, Standar Prosedur Operasional.

- b. Memberikan Informasi Yang Benar, Jelas, Dan Lengkap Mengenai Tindakan Kebidanan Kepada Klien Dan/Atau Keluarganya Sesuai Kewenangannya
- c. Memperoleh Persetujuan Dari Klien Atau Keluarganya Atas Tindakan Yang Akan Diberikan.
- d. Merujuk Klien Yang Tidak Dapat Ditangani Ke Dokter Atau Fasilitas Pelayanan Kesehatan.
- e. Mendokumentasikan Asuhan Kebidanan Sesuai Dengan Standar.
- f. Menjaga Kerahasiaan Kesehatan Klien.
- g. Menghormati Hak Klien.
- h. Melaksanakan Tindakan Pelimpahan Wewenang Dari Dokter Sesuai Dengan Kompetensi Bidan.
- i. Melaksanakan Penugasan Khusus Yang Ditetapkan Oleh Pemerintah Pusat.
- j. Meningkatkan mutu Pelayanan Kebidanan.
- k. Mempertahankan dan meningkatkan pengetahuan atau keterampilannya melalui pendidikan atau pelatihan.
- l. Melakukan pertolongan gawat darurat.

Peraturan menteri kesehatan republik indonesia nomor 37 tahun 2017 tentang pelayanan kesehatan tradisional integrasi

5. Pasal 1

- a. Asuhan kebidanan dilaksanakan dengan mengkombinasikan pelayanan kebidanan komplementer, serta telah menjadi bagian penting dari praktik kebidanan baik bersifat sebagai pelengkap maupun pengganti dalam keadaan tertentu.

6. Pasal 5

- a) Penyelenggaraan pelayanan kesehatan tradisional integrasi di fasilitas pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud dalam pasal 3 ayat (2) harus:

- 1) Menggunakan pelayanan kesehatan tradisional komplementer yang memenuhi kriteria tertentu.
 - 2) Terintegrasi paling sedikit dengan satu pelayanan kesehatan konvensional yang ada di fasilitas pelayanan kesehatan
 - 3) Aman, bermanfaat, bermutu, dan sesuai dengan standar.
 - 4) Berfungsi sebagai pelengkap pelayanan kesehatan konvensional.
- b) Kriteria tertentu sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a meliputi:
- 1) Terbukti secara ilmiah.
 - 2) Dilaksanakan sesuai dengan kebutuhan terbaik pasien.
 - 3) Memiliki potensi promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, dan meningkatkan kualitas hidup pasien secara fisik, mental, dan sosial.

7. Pasal 6

Pelayanan kesehatan tradisional integrasi harus dilakukan dengan tata laksana:

- a. Pendekatan holistik dengan menelaah dimensi fisik, mental, spiritual, sosial, dan budaya dari pasien.
- b. Mengutamakan hubungan dan komunikasi efektif antara tenaga kesehatan dan pasien.
- c. Diberikan secara rasional.
- d. Diselenggarakan atas persetujuan pasien (informed consent).
- e. Mengutamakan pendekatan alamiah.
- f. Meningkatkan kemampuan penyembuhan sendiri.
- g. Pemberian terapi bersifat individual.

G. Manajemen Kebidanan

1. Manajemen Kebidanan Menurut Hellen Varney

Menurut Varney (2007), manajemen kebidanan merupakan proses pemecahan masalah yang di gunakan sebagai metode untuk mengorganisasikan pikiran dan tindakan dengan urutan logis dan menguntungkan, menguraikan perilaku yang diharapkan dari pemberian

asuhan yang berdasarkan teori ilmiah, penemuan, ketrampilan dalam rangkaian atau tahapan yang logis untuk pengambilan keputusan yang berfokus pada klien. Langkah-langkah kebidanan adalah sebagai berikut :

a. Langkah I (pengumpulan data dasar)

Pada langkah ini kegiatan yang dilakukan adalah pengkajian dengan mengumpulkan semua data yang diperlukan untuk mengevaluasi klien secara lengkap.

b. Langkah II (interpretasi data dasar)

Pada langkah ini kegiatan yang dilakukan adalah menginterpretasi data semua data dasar yang telah dikumpulkan sehingga ditemukan diagnosis atau masalah. Diagnosis yang dirumuskan adalah diagnosis dalam lingkup praktik kebidanan yang tergolong pada nomenklatur standard diagnosis, sedangkan perihal yang berkaitan dengan pengalaman klien ditemukan dari hasil pengkajian.

c. Langkah III (identifikasi diagnose atau masalah potensial)

Pada langkah ini mengidentifikasi masalah atau diagnose potensial lain berdasarkan rangkaian diagnose atau masalah yang sesuai identifikasi. Berdasarkan temuan tersebut, bidan dapat melakukan antisipasi agar diagnosis atau masalah tersebut tidak terjadi.

d. Langkah IV (identifikasi kebutuhan yang memerlukan penanganan segera)

Pada langkah ini di rencanakan bidan adalah mengidentifikasi perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter untuk dikonsultasikan atau diganti bersama dengan anggota tim kesehatan lain sesuai dengan kondisi klien.

e. Langkah V (perencanaan asuhan yang menyeluruh)

Pada langkah ini direncanakan asuhan yang menyeluruh ditentukan berdasarkan langkah-langkah sebelumnya. Rencana asuhan yang menyeluruh tidak hanya meliputi hal yang sudah teridentifikasi dari kondisi klien atau dari setiap masalah yang berkaitan, tetapi dilihat juga

dari kondisi klien atau dari setiap masalah yang berkaitan tetapi dilihat juga dari apa yang akan diperkirakan terjadi selanjutnya.

f. Langkah VI (pelaksanaan)

Pada langkah ini kegiatan yang akan dilakukan adalah melaksanakan rencana asuhan yang sudah dibuat pada langkah ke-5 secara aman dan efisien.

g. Langkah VII (megevaluasi)

Pada langkah ini dilakukan adalah melakukan evaluasi keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan mencakup pemenuhan kebutuhan, untuk menilai apakah sudah benar-benar telah terpenuhi sesuai dengan kebutuhan yang telah teridentifikasi dalam diagnose dan masalah.

2. Pendokumentasian (SOAP)

Menurut Kepmenkes No. 938/MENKES/SK/VIII/2007, bidan melakukan pencatatan secara lengkap, akurat, singkat, dan jelas mengenai keadaan/kejadian yang ditemukan dan dilakukan dalam memberikan asuhan kebidanan. Kriteria pencatatan Asuhan Kebidanan adalah:

- a. Pencatatan dilakukan segera setelah melaksanakan asuhan pada formulir yang tersedia (Rekam medis/ KMS/ Status Pasien/ Buku KIA)
- b. Ditulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP
- c. S adalah data subjektif, mencatat hasil anamnesa.
- d. O adalah data objektif, mencatat hasil pemeriksaan.
- e. A adalah hasil analisis, mencatat diagnosa dan masalah kebidanan.
- f. P adalah penatalaksanaan, mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan secara komprehensif; penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi/follow up dan rujukan.

H. Kerangka Berpikir



Gambar. 2.4 Kerangka Berpikir
Asuhan Kebidanan Komprehensif Pada Ny. C
Umur 23 Tahun

I. Kerangka Konsep

Kewenangan Bidan
Asuhan Kebidanan Komprehensif
Hamil Penerapan Asuhan Kebidanan pada Ibu Hamil Kunjungan Pertama : Usia Kehamilan 39 Minggu
Bersalin Asuhan Kebidanan dalam persalinan yang dipantau dari kala I sampai kala IV melalui Partograf
Nifas Asuhan Kebidanan Pada ibu nifas sesuai Standar Pelayanan Kesehatan Ibu Nifas (KF) Kunjungan Nifas 1 (KF1) : 6-48 Jam Kunjungan Nifas 2 (KF2) : 3-7 Hari Kunjungan Nifas 3 (KF3) : 8-28 Hari Kunjungan Nifas 4 (KF4) : 29-42 Hari
Bayi Baru Lahir Asuhan Kebidanan Pada Bayi Baru Lahir sesuai Standar Pelayanan Neonatus (KN) Kunjungan Neonatus 1 (KN1) : 6-48 Jam Kunjungan Neonatus 2 (KN2) : 3-7 Hari Kunjungan Neonatus 3 (KN3) : 8-28 Hari
Keluarga Berencana Asuhan Kebidanan Pada Pelayanan Keluarga Berencana Kunjungan KB : (Konseling KB)

Gambar 2.5 Kerangka Konsep

BAB III

METODE LAPORAN KASUS

A. Jenis Laporan Kasus

Metode yang digunakan dalam asuhan komprehensif pada ibu hamil, bersalin, nifas, BBL dan KB ini adalah metode penelitian deskriptif dan jenis penelitian deskriptif yang digunakan adalah studi penelaahan kasus (*Case Study*), yakni dengan cara meneliti suatu permasalahan melalui suatu kasus yang terdiri dari unit tunggal. Unit tunggal disini dapat berisi satu orang, sekelompok penduduk yang terkena suatu masalah. Unit yang menjadi kasus tersebut secara mendalam dianalisis baik dari segi yang berhubungan dengan keadaan kasus itu sendiri, faktor-faktor yang mempengaruhi, tindakan dan reaksi kasus terhadap suatu perlakuan atau pemaparan tertentu (Gahayu, 2019).

B. Tempat dan Waktu

Lokasi pengambilan pada kasus ini diwilayah Kerja BPM Minarti Pringapus yang dilakukan pada November 2023 dan berakhir April 2023

C. Subyek Laporan Kasus

Subjek pada kasus penelitian ini yaitu Ny. C yang sedang hamil kemudian dilakukan Asuhan Kebidanan persalinan, nifas, bayi baru lahir dan KB di BPM Minarti

D. Teknik Pengumpulan

a. Data Primer

Data yang diperoleh dari wawancara, Observasi dan pemeriksaan langsung pada ibu serta dokumentasi

b. Data Sekunder

Data sekunder didapatkan dari Buku KIA ibu

E. Alat dan Bahan

Dalam melakukan Asuhan Komprehensi pada Ibu Hamil sampai Ber KB menggunakan Alat dan bahan dalam pengambilan data (set alat tulis, Tensimeter, Termometer, Timbangan, Alat ukur tinggi badan, Metline, Jam tangan, alat DJJ)

BAB IV

TINJUAN KASUS DAN PEMBAHASAN

A. Gambaran Lokasi Studi Kasus

Penelitian Laporan Kasus diambil di wilayah kerja Praktek Mandiri Bidan (PMB) Minarti Pringapus dibawah tanggung jawab Bd. Minarti S.Tr.Keb. PMB Minarti terletak dijalan Jl. Raya Karangjati - Pringapus, RT.05/RW.03, Ngabean, Pringapus, Kec. Pringapus, Kabupaten Semarang, Jawa Tengah 50214. No SIPB 08/33/22/BD-P/01/010/2022.

PMB Minarti memiliki 2 orang bidan yang Mempunyai fasilitas, ruang bersalin dengan 1 tempat tidur, ruang nifas dengan 2 tempat tidur, ruang KB dengan 1 tempat tidur dan ruang periksa. PMB Minarti melayani pemeriksaan Pelayanan Umum, Pelayanan Kehamilan, Pelayanan KB, Pelayanan imunisasi (Pukul 06.00 – 21.00 WIB) dan Pelayanan Persalinan 24 jam.

B. Tinjauan Kasus

A. Data Subjektif

1. Identitas

Data Pasien		Penanggung Jawab
Nama	: Ny. C	: Tn. F
Umur	: 23 Tahun	: 20 Tahun
Agama	: Islam	: Islam
Suku/bangsa	: Jawa/Indonesia	: Jawa/Indonesia
Pendidikan	: SMK	: SMA
Pekerjaan	: Karyawan Swasta	: Karyawan Swasta
Alamat	: Gondoriyo 1/3	
No Telepon	: 0882006711105	

2. Keluhan Utama (Anamnesis)

Ibu mengatakan hamil anak Pertama, tidak ada riwayat keguguran

Ibu mengatakan sakit punggung dan kram perut bagian bawah

Ibu mengatakan tidak ada pengeluaran darah lendir

3. Riwayat Menstruasi :

Menarche : 13 Tahun
Siklus : ±28 Hari
Banyaknya : 4x ganti pembalut/hari
Dismenorhea : kadang-kadang
Teratur/tidak : Teratur
Lamanya : 5 hari
Sifat Darah : Encer, warna merah muda

4. Riwayat kehamilan, persalinan, dan nifas yang lalu

No	Umur	UK	Jenis Persalinan	Komplikasi		Penolong	Bayi			Nifas	
				Ibu	Bayi		Jk	BB	PB	ASI	Keadaan
1.	Hamil Ini 2022										

5. Riwayat kehamilan ini

HPHT : 04-02-2022
TP : 15-11-2022
Gerakan Janin : 14 minggu pertama
Keluhan
TM I : Mual, Muntah Dan Pusing
TM II : sering pipis
TM III : sakit punggung dan nyeri perut bagian bawah

6. Riwayat KB

-

7. Riwayat Perkawinan

Usia Menikah : 22
Status Perkawinan : Sah
Menikah : 1 kali
Lama Perkawinan : 0 Tahun

8. Pola Kebiasaan Sehari – hari

No.	Pola Kebiasaan	Sebelum Hamil	Selama Hamil
1.	Nutrisi	Nafsu makan ibu baik, dalam sehari ibu makan 2-3 kali, porsi makan sedang, nutrisi yang ibu makan terdiri dari nasi, lauk dan sayur, tidak ada alergi terhadap makanan apapun, ibu minum air sering dalam sehari \pm 10 gelas	Nafsu makan ibu sedikit menurun saat kehamilan awal, tetapi setelah trimester kedua nafsu makan ibu baik, dalam sehari ibu makan 3 kali, porsi makan sedang, nutrisi yang ibu makan terdiri dari nasi, lauk dan sayur, tidak ada alergi terhadap makanan apapun, ibu minum air sering dalam sehari \pm 12 gelas.
2.	Eliminasi	Frekuensi kencing ibu dalam sehari yaitu 4 x, tidak ada keluhan sering kencing atau yang lainnya. Ibu buang air besar teratur yaitu 1-2 kali sehari, tidak ada keluhan buang air besar	Frekuensi kencing ibu dalam sehari yaitu \pm 7 kali, Ibu buang air besar teratur yaitu 1 kali sehari, tidak ada keluhan buang air besar.
3.	Aktivitas	Karyawan Swasta, Memasak, Mencuci baju, Membersihkan rumah.	Karyawan Swasta, Ibu masih mengerjakan pekerjaan rumah seperti Memasak, Mencuci baju, Membersihkan rumah.
4.	Istirahat	Ibu setiap hari istirahat teratur. Siang \pm 30 menit dan malam \pm 7 jam. Tidak ada keluhan istirahat.	Ibu istirahat teratur setiap hari, siang \pm 1 jam dan malam \pm 7 jam,
5.	Personal hygiene Mandi Gosok gigi Cuci rambut Ganti baju Ganti CD+pembalut	2x sehari 2x sehari 3x seminggu 2x sehari 3-4 x sehari	2x sehari 2x sehari 3x seminggu 2x-3x sehari

9. Riwayat Kesehatan

- a. Sekarang : Saat ini ibu tidak sedang menderita penyakit jantung, darah tinggi, kencing manis, batuk darah, ginjal, asma, epilepsi, malaria, penyakit kelamin, HIV/AIDS.
- b. Dahulu : ibu tidak pernah menderita penyakit jantung, darah tinggi, kencing manis, batuk darah, ginjal, asma, epilepsi, malaria, penyakit kelamin, HIV/AIDS.

c. Keluarga tidak ada riwayat penyakit

10. Riwayat Psikososial Dan Budaya

a. Keadaan Psikososial Hubungan ibu dengan suami, keluarga dan lingkungannya baik. Komunikasi sehari-hari menggunakan bahasa jawa. Kehamilan ini direncanakan oleh ibu dan suami mendapat suport penuh dari keluarga.

b. Kebiasaan Hidup Sehat Ibu tidak mempunyai kebiasaan merokok, minum-minuman keras, mengkonsumsi obat-obatan terlarang, mengkonsumsi jamu jamuan. Ibu memeriksakan dirinya ditenga kesehatan jika sakit/kesehatannya terganggu.

c. Rencana Persalinan

Tempat	: BPM Minarti
Persiapan biaya persalinan	: BPJS
Persiapan kendaraan	: Kendaraan sendiri
Pendamping persalinan	: Suami dan keluarga

B. Data Objektif

1. Pemeriksaan Umum

Keadaan umum	: Baik
Kesadran	: Composmentis
Tanda – tanda Vital	
TD	: 120/70 mmHg
MAP	: 86 Mmhg
Suhu	: 36,6 °C
Nadi	: 79 x/m
Pernafasan	: 20 x/m
Berat badan	
Sebelum hamil	: 55 Kg
Saat hamil	: 67 Kg
Tinggi badan	: 147 cm
IMT	: 31,01 Kg/m ²

Lila : 29 cm

2. Pemeriksaan Fisik

Muka : Simetris, tidak pucat, tidak ada cloasma gravidarum, tidak odema.

Mata : Sklera putih, konjungtiva tidak pucat

Hidung : Lubang simetris, tidak ada pernafasan cuping hidung, tidak ada sekret, tidak ada polip.

Telinga : Lubang simetris, tidak ada serumen, tidak ada cairan

Payudara : Puting menonjol, ada hiperpigmentasi areolla, tidak ada benjolan, tidak ada nyeri tekan.

Abdomen : Ada linea nigra, ada linea alba, tidak ada striae gravidarum albican, tidak ada bekas operasi, pembesaran perut sesuai usia kehamilan

Palpasi Leopold

Leopold I : TFU 31 cm, 3 jari dibawah PX . Pada fundus teraba bundar, tidak melenting, agak lunak (bokong).
Tafsiran berat janin $(31-11) \times 155 = 3100$ gram.

Leopold II : Di bagian kiri teraba bagian-bagian kecil (eksterimatas) dan di sebelah kanan teraba bagian keras seperti papan (punggung).

Leopold III : Teraba bagian bundar, keras, (persentasi kepala).
DJJ 148 x/m

Leopold IV : Divergen (Bagian terendah janin sudah masuk PAP)..

Genetalia : Ibu mengatakan tidak odema, tidak ada varises, tidak ada peradangan, tidak ada kondiloma akuminata.

Anus : ibu mengatakan Tidak ada hemoroid.

Ekstremitas atas : Simetris, tidak odema, tidak ada perlukaan

Ekstremitas bawah : Simetris, tidak odema, tidak ada perlukaan, tidak ada varises, reflek patella positif.

3. Pemeriksaan Laboratorium

- a. Hb : 14,5 g/dL
- b. Golongan darah : O
- c. HIV : Non Reaktif
- d. HbsAg : Non Reaktif

4. Pemeriksaan Penunjang (USG) 29 September 2022

- a. Tempat : Dr. Arif Soffanto, Sp. OG
- b. Usia Kehamilan : 33 minggu
- c. Tafsiran Persalinan: 13 November 2022
- d. Tafsiran Berat Janin : 2296 gram
- e. Presentasi : Kepala
- f. Letak plasenta : Normal di Fundus
- g. Air Ketuban : Cukup
- h. Jenis Kelamin : Perempuan

C. Interpretasi Data

Diagnosa Kebidanan

Ny. C Umur 23 Tahun G1P0A0 usia kehamilan 39 minggu, Memanjang,

PU-KA, Presentasi Kepala, Divergen Janin Intra Uterin Tunggal Hidup

DS:

Ibu mengatakan hamil anak Pertama, tidak ada riwayat keguguran

Ibu mengatakan sakit punggung dan kram perut bagian bawah

Ibu mengatakan tidak ada pengeluaran darah lendir

Ibu mengatakan HPHT : 04-02-2022

DO:

TD : 120/70 mmHg

Suhu : 36,6 °C

Nadi : 79 x/m

Pernafasan : 20 x/m

Berat badan

Sebelum hamil : 55 Kg

Saat hamil : 67 Kg

Tinggi badan : 147 cm
IMT : 31,01 Kg/m²
Lila : 29 cm Abdomen :
Leopold I : TFU 31 cm, 3 jari dibawah PX . Pada fundus teraba bundar, tidak melenting, agak lunak (bokong). Tafsiran berat janin (31-11) x 155 = 3100 gram.
Leopold II : Di bagian kiri teraba bagian-bagian kecil (eksterimatas) dan di sebelah kanan teraba bagia keras seperti papan (punggung).
Leopold III : Teraba bagian bundar, keras, (persentasi kepala). DJJ 148 x/m
Leopold IV : Divergen (Bagian terendah janin sudah masuk PAP).

D. Masalah Diagnosa Potensial

Masalah : Nyeri punggung dan bagian bawah perut

Diagnosa potensial : -

E. Kebutuhan Dan Tindakan Segera

Kebutuhan : KIE tanda2 persalinan

F. Perencanaan

Kamis, 11 November 2023 Pukul 18.00 Wib

1. Bina hubungan baik dengan ibu dan keluarga.
2. Lakukan Pemeriksaan fisik, TTV, Leopold dan DJJ
3. KIE Tanda persalinan
4. Lakukan pemeriksaan dalam

G. Penatalaksanaan

Kamis, 11 November 2023 Pukul 18.00 Wib

1. Memberitahu ibu hasil pemeriksaan TTV dalam batas normal, Usia Kehamilan Sekarang 39 minggu, Kepala bayi sudah masuk PAP. DJJ 148x/m dengan tafsiran BB 3100 gram
2. Memberikan KIE tanda gejala persalinan : nyeri atau kram pada punggung, perut, pengeluaran darah lendir, pengeluaran cairan ketuban, kontraksi yang semakin intens
3. Menganjurkan ibu berjalan2 santai dirumah setiap pagi dan sore,

melakukan posisi jongkok, menggerakkan panggul di atas birthing ball

4. Memberitahu ibu tidak perlu cemas, jika muncul tanda persalinan segera datang ke faskes

H. Evaluasi

Kamis, 11 November 2023 Pukul 18.00 Wib

1. Ibu mengetahui hasil pemeriksaan dan mengetahui keadaan dirinya dan janin
2. Ibu mengetahui tentang tanda persalinan
3. Ibu bersedia melakukan kunjungan ulang
4. Pendokumentasian

Tabel Observasi Perkembangan
Asuhan Komplementer Ny. C Umur 23 Tahun
Di Bpm Minarti S.Tr.Keb

Subjektif	Objektif	Analisa	Penatalaksanaan	Dokumentasi
Kehamilan				
Kunjungan 11 November 2023 1. Ibu mengatakan hamil anak Pertama, tidak ada riwayat keguguran 2. Ibu mengatakan sakit punggung dan kram perut bagian bawah 3. Ibu mengatakan tidak ada pengeluaran darah lendir	1. Pemeriksaan TTV TD : 120/70 mmHg Nadi : 79 x/m Suhu: 36,6 °C Pernafasan : 20 x/m Berat badan Sebelum hamil : 55 Kg Saat hamil : 67 Kg Tinggi badan : 147 cm IMT : 31,01 Kg/m ² Lila : 29 cm 2. Abdomen :	Ny. C G1P0A0 Umur 23 Tahun usia kehamilan 39 minggu Janin Intra Uterin Tunggal Hidup, Memanjang, PU-KA, Persentasi Kepala, Divergen 3. Masalah : Nyeri punggung dan bagian bawah perut 4. Diagnosa potensial : - 5. Kebutuhan Dan	6. Memberitahu ibu hasil pemeriksaan TTV dalam batas normal, Usia Kehamilan Sekarang 39 minggu, Kepala bayi sudah masuk PAP. DJJ 148x/m dengan tafsiran BB 3100 gram 7. Memberikan KIE tanda gejala persalinan : nyeri atau kram pada punggung, perut, pengeluaran darah lendir, pengeluaran cairan ketuban, kontraksi yang	

<p>4. Ibu mengatakan HPHT : 04-02-2022</p>	<p>Leopold I : TFU 31 cm, 3 jari dibawah PX . Pada fundus teraba bundar, tidak melenting, agak lunak (bokong). Tafsiran berat janin (31-11) x 155 = 3100 gram.</p> <p>Leopold II : Di bagian kiri teraba bagian-bagian kecil (eksterimatas) dan di sebelah kanan teraba bagia keras seperti papan (punggung).</p> <p>Leopold III: Teraba bagian bundar, keras, (persentasi</p>	<p>Tindakan Segera : KIE tanda2 persalinan</p>	<p>semakin intens</p> <p>8. Menganjurkan ibu berjalan2 santai dirumah setiap pagi dan sore, melakukan posisi jongkok, menggerakkan panggul di atas birthing ball</p> <p>9. Memberitahu ibu tidak perlu cemas, jika muncul tanda persalinan segera datang ke faskes</p> <p>10. Memberikan Suami atau Keluarga KIE tentang teknik mengurangi nyeri pinggang dengan mengatur postur saat duduk, mandi air hangat, memijat bagian tulang belakang, tidur miring kiri.</p>	
--	--	--	---	--

	<p>kepala). DJJ 148 x/m</p> <p>Leopold IV : Divergen (Bagian terendah janin sudah masuk PAP).</p>		<p>11. Memberitahu ibu mengenai persiapan persalinan seperti perlengkapan ibu dan bayi, surat-surat yang dibutuhkan seperti KTP, Kartu Keluarga, dan buku KIA, kendaraan, dana untuk persalinan, tempat yang dituju untuk persalinan seperti BPM atau Rumah Sakit serta menyiapkan 3 orang pendonor untuk persalinan yang sewaktu-waktu dibutuhkan pada saat persalinan.</p> <p>12. Menganjurkan ibu melakukan kunjungan</p>	
--	---	--	--	--

			ulang	
Persalinan				
<p>Kunjungan 20 November 2023</p> <p>Kala I</p> <p>1. Ibu datang ke BPM pada tanggal 20 November 2022 pukul 01.30 WIB</p> <p>2. ibu mengeluh nyeri perut bagian bawah hingga ke pinggang dan keluar lendir darah pada tanggal 19 November 2022 sekitar jam 18.00 malam</p> <p>Pukul 08.00 WIB</p> <p>3. Ibu mengatakan</p>	<p>1. Pemeriksaan TTV</p> <p>Tekanan darah : 110/80 mmHg,</p> <p>Suhu : 36,8°C,</p> <p>Nadi : 78x/menit,</p> <p>Pernafasan : 20x/menit.</p> <p>2. Pemeriksaan Fisik :</p> <p>Abdomen : Simetris, tidak ada bekas luka operasi, kandung kemih kosong. pada pemeriksaan :</p> <p>Leopold I : TFU 3 jari bawah px dan secara Mc Donald 31 cm (bokong).</p>	<p>Ny. C Umur 23 Tahun</p> <p>G1P0A0 UK 40 minggu</p> <p>janin tunggal hidup intrauteri, inpartu kala I fase Aktif</p>	<p>1. Memberitahu keluarga mengenai keadaan ibu, berdasarkan pemeriksaan yang telah dilakukan ibu dalam keadaan baik; tekanan darah 110/80 mmHg, suhu tubuh 36,8°C. Hasil pemeriksaan dalam yang dilakukan pembukaan ibu adalah 4 cm dalam proses persalinan sendiri agar bayi dapat lahir harus menunggu hingga pembukaan 10 cm.</p> <p>2. Saat HIS terjadi,</p>	

<p>ketuban pecah spontan berwarna jernih</p> <p>4. ibu mengatakan perut mules-mules semakin kencang dan seperti ingin mengejan serta terasa ingin BAB.</p>	<p>Leopold II : PUKA</p> <p>Leopold III : bulat dan melenting.</p> <p>Bagian ini sudah tidak dapat di goyangkan.</p> <p>Leopold IV : (Divergent).</p> <p>DJJ : 140x/menit.</p> <p>HIS frekuensi 3x10' durasi 40'' intensitas kuat.</p> <p>TBJ (31-11) x 155 = 3100 gram.</p> <p>Genetalia : Ada pengeluaran cairan atau lendir darah, tidak ada varises, dan tidak ada</p>		<p>anjurkan ibu untuk menarik nafas panjang dari hidung dan mengeluarkan dari mulut secara perlahan untuk mengurangi rasa nyeri. Dan beritahu ibu untuk tidak mengejan ketika pembukaan belum lengkap karena dapat menyebabkan pembengkakan di jalan lahir.</p> <p>3. Menganjurkan ibu untuk tidur miring ke kiri agar janin mendapatkan oksigen secara maksimal dan detak jantung janin</p>	
--	--	--	--	--

	<p>kelainan</p> <p>Anus : Tidak ada hemoroid, ada tekanan pada anus, tidak ada pengeluaran feses dari lubang anus.</p> <p>Ekstremitas Simetris, tidak ada varices, dan tidak ada oedema.</p> <p>3. Pemeriksaan Dalam: Pukul : 02.00 WIB Pembukaan 4 cm, penipisan 50%, ketuban (+), Hodge II, UUK Kiri depan</p> <p>4. Pemeriksaan Dalam : Pukul : 06.00 WIB</p>		<p>tetap stabil</p> <p>4. Menganjurkan Ibu duduk diatas Gym Ball untuk mempercepat proses penurunan kepala</p> <p>5. Menganjurkan ibu untuk makan dan minum saat tidak terjadi HIS. H : Ibu mau makan roti, meminum air putih dan minum manis (madu) agar tidak lemas.</p> <p>6. Observasi His 3x10'40", DJJ : 140 x/m Pukul 06.00</p> <p>7. Menyiapkan partus set</p>	
--	--	--	--	--

	<p>Pembukaan 6 cm, ketuban utuh, DJJ 140x/m, His 4x 10' 45",</p>		<p>dan APD serta kelengkapan pertolongan persalinan lainnya; Partus set lengkap berupa alat-alat persalinan yaitu klem 2 buah, gunting tali pusat 1 buah, gunting <i>episiotomi</i> 1 buah, pelindung diri penolong untuk menolong persalinan berupa sarung tangan steril dan celemek telah lengkap disiapkan, alat dekontaminasi alat juga telah siap, waslap, tempat pakaian kotor, 2 buah lampin bayi</p>	
--	--	--	--	--


			tersedia. 8. Menyiapkan pakaian bayi dan pakaian ganti ibu; Pakaian ibu (baju ganti, sarung, pembalut) dan pakaian bayi (lampin/ kain bedong, popok, topi, sarung tangan dan kaki).	
<p>Kala II Pukul 08.00 WIB</p> <p>1. Ibu mengatakan ketuban pecah spontan berwarna jernih</p> <p>2. Ibu mengatakan</p>	<p>1. Pemeriksaan dalam (Pukul 08.00 WIB)</p> <p>Pembukaan 10 cm, Ketuban negatif, kepala hodge III+</p> <p>DJJ: 144 x/menit, HIS 5x dalam 10</p>	<p>Ny. C Umur 23 Tahun</p> <p>G1P0A0 Inpartu Kala II</p>	<p>1. Membantu ibu memilih posisi yang nyaman untuk melahirkan</p> <p>2. Mengajarkan ibu mengenai cara meneran yang benar dengan posisi kaki litotomi, tangan</p>	

<p>perut mules-mules semakin kencang dan seperti ingin mengejan serta terasa ingin BAB.</p>	<p>menit lamanya 50 detik.</p>		<p>tangan memegang kedua mata kaki, ibu dapat mengangkat kepala hingga dagu menempel di dada, tidak menahan nafas saat meneran, tidak menutup mata, serta tidak mengangkat bokong; Ibu dapat melakukan posisi meneran yang diajarkan dengan benar</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Menghadirkan pendamping persalinan 4. Memberi ibu memberi ibu minum saat tidak ada HIS untuk menambah tenaga saat meneran. 5. Melakukan pertolongan persalinan sesuai dengan 	
---	--------------------------------	--	---	--


			<p>APN. Memastikan tangan tidak memakai perhiasan, mencuci tangan dengan sabun dibawah air mengalir.</p> <p>6. Memimpin ibu untuk meneran ketika ada dorongan yang kuat untuk meneran.</p> <p>7. Melakukan Episiotomi secara Lateral arah jam 03.00</p> <p>8. Melindungi <i>perineum</i> ibu ketika kepala tampak dengan diameter 5- 6 cm membuka vulva dengan satu tangan yang dilapisi dengan kain bersih dan kering. Tangan yang lain</p>	
--	--	--	--	--

			<p>menahan kepala bayi untuk menahan <i>defleksi</i> dan membantu lahirnya kepala sambil menganjurkan ibu untuk meneran. Mengecek ada tidaknya lilitan tali pusat pada leher janin dan menunggu hingga kepala janin selesai melakukan putaran paksi luar secara spontan Tunggu putaran paksi, kemudian pegang kepala bayi secara biparietal dengan lembut arahkan kepala bayi kebawah hingga bahu depan muncul dibawah arkus pubis dan kemudian</p>	
--	--	--	---	--

			<p>menggerakkan kearah atas untuk melahirkan bahu untuk melahirkan bahu belakang.</p> <p>9. Melakukan sanggah susur, dengan memindahkan tangan penolong kebawah arah perineum ibu untuk menganggah kepala, lengan dan siku sebelah bawah. Menggunakan tangan atas untuk menyusuri dan memegang tangan serta siku sebelah atas. Tangan kiri menyusuri punggung kearah bokong dan tungkai bawah janin</p>	
--	--	--	---	--

			<p>untuk memegang tungkai bawah;</p> <p>10. Meletakkan bayi diatas perut ibu, melakukan penilaian selintas bayi baru lahir sambil mengeringkan tubuh bayi mulai dari kepala, muka, badan, dan kaki kecuali telapak tangan. Mengganti handuk basah dengan kain kering.</p> <p>11. Bayi lahir spontan (08.55 WIB) segera menangis kuat, jenis kelamin perempuan, A/S 8/9/10, berat badan : 3400 gram, panjang badan : 49 cm, lingkar kepala : 34 cm,</p>	
--	--	--	--	---

			lingkar dada : 32 cm, tidak ada cacat bawaan. Anus positif. IMD 1 jam	
<p>Kala III</p> <p>1. Ibu mengatakan lega dan bahagia telah melahirkan anak pertamanya dengan selamat dan masih merasakan mules pada perutnya</p>	<p>1. TFU setinggi pusat, kontraksi uterus baik, konsistensi keras, terdapat semburan darah tiba – tiba.</p>	<p>Ny. C Umur 23 Tahun P1A0 Inpartu kala III</p>	<p>1. Periksa uterus untuk memastikan tidak ada janin kedua dalam uterus</p> <p>2. Menyuntikkan oksitosin 1 ampul 1 menit setelah bayi lahir secara, IM di sepertiga paha atas.</p> <p>3. Melakukan manajemen aktif kala III. Memberitahu ibu bahwa akan disuntikkan oksitosin agar rahim berkontraksi dengan baik.</p> <p>4. Plasenta lahir 09.10</p>	

			<p>WIB. Memeriksa kelengkapan plasenta untuk memastikan bahwa seluruh kotiledon dan selaput ketuban sudah lahir lengkap dan memasukkan plasenta kedalam tempat yang tersedia.</p> <p>5. Melakukan penjahitan pada perineum, dengan anestesi</p>	
<p>Kala IV</p> <p>1. Ibu mengatakan lega telah melewati masa persalinan anak pertamanya dengan selamat dan mengatakan perut</p>	<p>1. Pemeriksaan TTV</p> <p>Tekanan darah : 120/80 mmHg</p> <p>Nadi : 84x/menit,</p> <p>Pernapasan : 22x/menit</p> <p>Suhu : 36,7°C</p>	<p>Ny. C Umur 23 Tahun P1A0 Inpartu kala IV</p>	<p>1. Menempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi.</p> <p>2. Membersihkan ibu dan bantu ibu mengenakan</p>	

<p>masih terasa mules-mules.</p>	<p>TFU 2 jari dibawah pusat Kontraksi uterus baik, Kandung kemih teraba kosong dan perdarahan ± 50 cc.</p>		<p>pakaian.</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Mengajarkan ibu dan keluarga cara melakukan masase uterus dan menilai kontraksi. Dengan cara menggosok fundus uteri secara sirkuler searah jarum jam menggunakan telapak tangan hingga teraba keras. 4. menganjurkan ibu untuk makan dan minum serta istirahat; 5. Mengobservasi TTV, KU, kontraksi uterus, kandung kemih dan perdarahan 	
----------------------------------	---	--	---	--


			6. Melengkapi Partograf	
Bayi Baru Lahir				
<p>Kunjungan 20 November 2022</p> <p>1. Ibu hamil anak pertama melahirkan tanggal 20 November 2022 pukul 08.55 WIB.</p> <p>2. Ibu mengatakan bayi lahir langsung menangis</p>	<p>1. Keadaan umum baik, Nadi 140 x/menit Penafasan : 44 x/menit Suhu : 36,9°C</p> <p>2. Pemeriksaan antropometri BB : 3400 gram PB : 49 cm LK 34 cm LD : 32 cm, Lila : 11 cm</p> <p>3. Tali pusat tidak ada kelainan, tidak ada tanda-tanda infeksi dan perdarahan tali</p>	<p>By. Ny C Umur 0 Jam Neonatus Cukup Masalah : tidak ada</p>	<p>1. Menjelaskan kepada ibu dan keluarga bahwa berdasarkan hasil pemeriksaan, secara umum keadaan bayi ibu baik. Keadaan umum baik, pemeriksaan tanda-tanda vital normal, berat badan 3400 gram, panjang badan 49 cm, lingkar kepala : 34 cm, lingkar dada 33 cm, dan lingkar lengan atas 11 cm.</p> <p>2. Meminta persetujuan orang tua untuk pemberian injeksi</p>	

	<p>pusat. Penilaian APGAR adalah 8/9/10.</p> <p>4. Pemeriksaan Fisik tidak ditemukan Kelainan</p> <p>5. Pemeriksaan reflek Refleks : Rooting (+), Sucking (+), Tonick neck (+), Moro (+), Grasping (+)</p> <p>6. Terapi yang diberikan : Injeksi Neo-K sebanyak 0,5 cc secara IM di 1/3 paha kiri bagian luar, HB 0 sebanyak 0,5 cc secara IM di</p>		<p>vitamin K untuk mencegah perdarahan otak</p> <p>3. Memberi injeksi vitamin K pada paha sebelah kiri. Kejadian perdarahan otak karena defisiensi Vitamin K pada bayi baru lahir dilaporkan cukup tinggi, untuk mencegah terjadinya perdarahan tersebut, semua bayi baru lahir normal dan cukup bulan perlu diberi Vitamin K parenteral dengan dosis 0,5-1 mg secara IM dan injeksi HB 0 pada kaki kanan</p>	
--	--	--	---	--

	<p>1/3 paha kanan bagian luar, dan obat tetes mata.</p> <p>7. IMD 1 Jam</p>		<p>secara IM dengan dosis 0,5 mg 1 jam selanjutnya</p> <p>4. Menganjurkan ibu menyusui bayinya secara on demand dan maksimal setiap 2 jam. Dengan memberikan ASI eksklusif, ibu merasakan kepuasan dapat memenuhi kebutuhan nutrisi bayinya, dan tidak dapat digantikan oleh orang lain. Keadaan ini juga memperlancar produksi ASI, karena refleks let-down bersifat psikosomatis.</p> <p>5. Memberi KIE mengenai</p>	
--	---	--	--	--

			<p>: Teknik menyusui Dilakukan untuk mengajarkan ibu bagaimana teknik menyusui yang benar, sehingga proses menyusui dapat berjalan dengan baik dan tanpa hambatan;</p> <p>6. Menjaga kehangatan bayi. Ketika bayi lahir, bayi berada pada lingkungan bersuhu lebih rendah dari pada dalam rahim ibu. Bila dibiarkan dalam suhu kamar, maka bayi akan kehilangan panas dan terjadi hipotermi.</p>	
--	--	--	--	--

			<p>7. Lakukan rawat gabung. Rawat gabung merupakan salah satu cara yang dapat dilakukan agar antara ibu dan bayi terjalin proses lekat (early infant mother bounding) akibat sentuhan badan antara ibu dan bayinya.</p> <p>8. Memberitahu ibu imunisasi HB0 akan diberikan 1 jam kemudian</p>	
<p>Kunjungan 27 November 2022</p> <p>1. Ibu mengatakan bayinya sehat</p> <p>2. Ibu mengatakan</p>	<p>1. Pemeriksaan</p> <p>BB : 3800 gram</p> <p>PB : 49 cm</p> <p>Suhu : 36. 6 C</p> <p>Tali pusat sudah</p>	<p>By. C Umur 8 hari neonatus normal</p>	<p>1. Memberitahu ibu berat badan anaknya mengalami kenaikan</p> <p>2. Memberitahu ibu bayinya sudah mendapat imunisasi</p>	

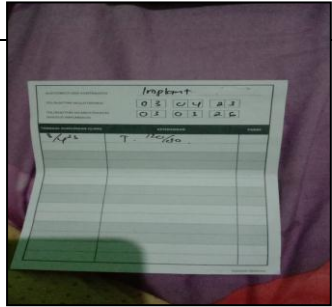
<p>ingin melakukan imunisasi BCG dan polio</p>	<p>lepas, kering dan tidak ada tanda infeksi</p> <p>2. Imunisasi BCG dan Polio 1</p>		<p>bcg yang berfungsi untuk mencegah penyakit tuberkulosis supaya paru-paru anak tetap terjaga dan Imunisasi polio tetes</p> <p>3. Memberitahu ibu jika bayi mengalami demam berikan obat yang telah diresepkan oleh bidan</p> <p>4. Memberitahu ibu Imunisasi BCG dilakukan melalui prosedur penyuntikan di lengan kanan atas dan biasanya menimbulkan benjolan yang agak keras, tetapi dapat hilang dengan sendirinya. Sekitar 2–6 minggu kemudian, ibu</p>	
--	--	--	---	---

			<p>tidak perlu cemas jika muncul bisul di area suntikan.</p> <p>5. Memberitahu ibu tetap memberikan ASI saja sampai usai 6 bulan</p> <p>6. Memberitahu ibu tanda bahaya bayi baru lahir seperti demam tinggi, kejang, bayi kuning.</p> <p>7. Memberitahu ibu bayi akan mendapat imunisasi DPT dan polio 2 saat usia 2 bulan</p> <p>8. Memberitahu ibu untuk melakukan kunjungan jika ada keluhan</p>	
Kunjungan 23 januari 2023	BB : 4.7 kg PB : 57	-	Imunisasi DPT 1 Polio 2	

1. Ibu mengatakan ingin imunisasi Pentabio	(Data Sekunder Buku KIA)		(Data Sekunder Buku KIA)	
Nifas				
Kunjungan 20 November 2022 1. Ibu mengatakan perut nya masih mulas dan nyeri diarea jahitan 2. Ibu mengatakan sudah bisa berjalan ke wc untuk BAK 3. Ibu mengatakan sudah bisa menyusui bayinya 4. Ibu mengataka ASInya sedikit	1. Keadaan umum: baik Tekanan darah : 110/80 mmHg MAP : 90 Suhu : 36,4°C, Nadi : 84 x/menit Pernafasan : 20 x/menit, TFU : 3 jari dibawah pusat Konsistensi keras, perdarahan normal	Ny. C Umur 23 Tahun P1A0 Postpartum 6 jam	1. Menjelaskan pada ibu hasil pemeriksaan yaitu, hasil pengukuran tanda vital yaitu : tekanan darah 110/80 mmHg, MAP : 90, suhu tubuh 36,4°C, nadi 84 x/menit, pernafasan: 20 x/menit, 2. Menganjurkan ibu menyusui bayinya secara on demand dan maksimal setiap 2 jam tidak memberikan makanan lain selain ASI sampai usia bayi 6 bulan.	

			<p>3. Menganjurkan menjaga kebersihan alat kelamin dan ganti pembalut sesering mungkin.</p> <p>4. Mengajarkan ibu cara merawat tali pusat</p> <p>5. Memberikan KIE Perawatan luka jahitan dengan cara sering mengganti pembalut, dan membersihkan vagina menggunakan air saja, serta tidak menahan BAK & BAB.</p> <p>6. Memberikan KIE Nutrisi Makan makanan yang mengandung zat besi seperti sayuran hijau-hijauan, kacang-</p>	
--	--	--	--	--

			<p>kacangan, daging merah dan sabagainya</p> <p>7. Menganjurkan ibu minum air putih minimal 2 liter untuk kebutuhan menyusui</p> <p>8. Pemberian terapi Asmef, Amoxicilin, FE dan Vit A 2</p> <p>9. Buat kesepakatan untuk kunjungan berikutnya.</p>	
<p>Kunjungan November 2022</p> <p>1. Ibu mengatakan tidak ada keluhan</p> <p>2. Ibu mengatakan ASInya lancar</p>	<p>27</p> <p>1. Pemeriksaan Umum</p> <p>Td : 110 / 80 mmhg</p> <p>Nadi : 82 x/m</p> <p>Suhu : 36.7 C</p> <p>Pernafasan : 80 x/m</p> <p>BB : 64 kg</p> <p>TFU : tidak teraba</p> <p>Luka jahitan kering</p>	<p>Ny. C Umur 23 Tahun</p> <p>P1A0 Postpartum 8 hari</p>	<p>1. Melakukan pemeriksaan ttv dan fisik</p> <p>2. Memberitahu ibu mengkonsumsi makana beranekaragam yang mengandung karbohidrat, protein hewani, nabati, sayur dan buah</p>	

	Lokea serosa		3. Menganjurkan ibu minum air putih minimal 2 liter untuk kebutuhan menyusui 4. Menjaga kebersihan alat kelamin tetap bersih dan kering	
Kunjungan 23 Januari 2023 1. Ibu mengatakan tidak ada keluhan 2. Ibu mengatakan belum KB	-	-	-	
Keluarga Berencana				
Kunjungan 03 April 2023 1. Ibu mengatakan ingin menggunakan KB Implant	Data sekunder TD : 120 / 80 Mmhg	Ny. C Umur 23 Tahun P1A0 Akseptor baru KB Implant	-	

2. Ibu mengatakan tidak ada keluhan				
-------------------------------------	--	--	--	--

C. Pembahasan

1. Kelemahan Penelitian

Dalam memberikan asuhan kebidanan komprehensif terhadap Ny. C di temui beberapa hambatan dan keterbatasan yang menyebabkan pelaksanaan studi kasus tidak berjalan dengan maksimal. Keterbatasan-keterbatasan tersebut antara lain adalah :

a. Penjaringan pasien

Kesulitan yang ditemui pada awal pelaksanaan laporan tugas COC adalah dalam hal penjaringan pasien. Untuk menemukan pasien yang sesuai dengan persyaratan yang diajukan dari pihak institusi sangatlah sulit. Beberapa pasien pun tidak bersedia untuk dijadikan subjek penulis dalam studi kasus ini dengan berbagai alasan.

b. Waktu yang terbatas

Pelaksanaan asuhan kebidanan komprehensif yang bersamaan dengan kegiatan Praktek diluar kota menyebabkan kesulitan bagi penulis untuk mengatur waktu. Waktu yang tersedia untuk pelaksanaan asuhan

2. Asuhan Kehamilan

Asuhan dilakukan Pada Ny. C Umur 23 tahun G1P0A0 yang bertempat tinggal di Kelurahan Gondoriyo. Ny. C saat ini sedang hamil anak pertama dan mengatakan tidak pernah keguguran. Ny. C mengatakan selama hamil beliau mengeluh mual, pusing, dan sakit punggung.

Hasil pemeriksaan berat badan Ny. C adalah 67 kg. Ny. C mengatakan sebelum hamil berat badannya 55 kg. Sehingga Ny. C mengalami kenaikan berat badan sekitar 12 kg. Kenaikan berat badan ibu hamil dapat dikatakan normal apabila mengalami kenaikan berat badan sekitar 6,5 kg - 16,5 kg (Sukarni, 2013).

Saat dilakukan pengukuran tinggi badan, Ny. C memiliki tinggi badan 147 cm. Menurut Rochyati 2011, mengemukakan bahwa tinggi badan ibu hamil kurang dari 145 cm tergolong resiko tinggi yaitu

dikhawatirkan panggul ibu sempit, pengukuran tinggi badan ini dilakukan sebagai deteksi dini adanya panggul sempit atau ketidak sesuaian antara besar bayi dan luas panggul. Pada penelitian yang dilakukan di Puskesmas Tegalorejo Yogyakarta (2016) pada ibu hamil dengan tinggi badan kurang dari 145 cm sebanyak 60 pasien yang dikelompokkan dalam dua kelompok yaitu 30 pasien kelompok ibu dengan tinggi badan kurang dari 145 cm dan 30 pasien dikelompokkan ibu dengan tinggi badan lebih dari 145 cm. Pada ibu hamil dengan tinggi badan kurang dari 145 cm mengalami Cephalo Pelvic Disproportion (CPD) sebanyak 5 pasien. Berdasarkan data tersebut resiko terjadinya Cephalo Pelvic Disproportion (CPD) pada ibu yang memiliki tinggi badan kurang dari 145 adalah 1.6 kali lebih besar dibandingkan pada ibu yang memiliki tinggi badan lebih dari 145 cm. Penulis berpendapat tidak terjadi kesenjangan antara teori dan praktek karena dari hasil pemeriksaan tinggi badan Ny. C didapatkan hasil yang tidak kurang dari 145 cm.

Hasil pemeriksaan Lila Ny. C adalah 29 cm. Menurut Kemenkes, RI (2015) lila ibu hamil normalnya yaitu 28,7 cm – 36 cm. Pengukuran Lila hanya dilakukan untuk skrining ibu hamil berisiko Kurang Energi Kronis (KEK). Ibu hamil dengan KEK akan dapat melahirkan bayi berat lahir rendah (BBLR). Jika gizi yang masuk selama hamil tidak seimbang dengan kebutuhan tubuh maka akan terjadi defisiensi zat gizi. Kekurangan zat gizi pada derajat kesehatan ibu hamil akan sangat rawan, hal ini ditandai masih tingginya angka kematian ibu yang disebabkan oleh perdarahan karena anemia gizi dan KEK selama masa kehamilan (Yuliastuti, 2014). Berdasarkan data Riskesdas 2018 sebanyak 17,3 % ibu hamil mengalami Kekurangan Energi Kronis (KEK). Penulis berpendapat tidak terjadi kesenjangan antara teori dan praktek, karena dari hasil pemeriksaan didapatkan hasil Lila Ny. C tidak kurang dari 23,5 cm .

Pemberian tablet Fe sangat penting untuk menghindari terjadinya anemia dalam kehamilan. Ny. C rutin mengkonsumsi tablet Fe selama hamil. Hal ini sejalan dengan kemenkes 2018, yang mengatakan

Kebutuhan kandungan zat besi (*Fe*) pada ibu hamil adalah sekitar 800 mg. Adapun kebutuhan tersebut terdiri atas 300 mg yang dibutuhkan untuk janin dan 500 gram untuk menambah masa hemoglobin maternal. Pada makanan ibu hamil, tiap 100 kalori dapat menghasilkan sebanyak 8-10 mg Fe. Satu tablet zat besi mengandung 60 mg elemental iron dan 0,25 folic acid. Apabila ibu hamil mengonsumsi satu tablet zat besi (mengandung 60 mg Fe), maka diharapkan jumlah zat besi yang diserap tubuh sebesar 6 – 8 mg zat besi. Apabila pola ini diterapkan selama 90 hari, maka terdapat sekitar 720 mg zat besi yang diperoleh dari suplementasi dan ditambah sebesar 180 mg zat besi dari asupan harian ibu dengan asumsi diserap secara maksimum. Oleh karena itu, ibu hamil perlu mengonsumsi satu Tablet Tambah Darah (TTD)/hari minimal 90 hari selama masa kehamilan sebagai upaya pencegahan kejadian anemia saat kehamilan. Pada hasil pemeriksaan laboratorium HB Ny. C adalah 14.5 g/dl. Berdasarkan teori diatas menurut penulis tidak ada kesenjangan antara teori dan praktek pada Ny. C

Imunisasi tetanus toksoid adalah preparat toksin tetanus yang di inaktifkan untuk meningkatkan anti generasinya. Imunisasi tetanus toxoid ini diberikan pada ibu hamil dan wanita yang akan menikah (calon pengantin). Pemberian imunisasi tetanus artinya pemberian kekebalan terhadap penyakit tetanus kepada ibu hamil dan bayi yang dikandungnya. Imunisasi Tetanus berguna untuk melindungi bayi terhadap penyakit tetanus neonatorum. Memberi kekebalan terhadap penyakit tetanus terhadap ibu dan janin yang dikandungnya, sehingga pada saat melahirkan ibu dan bayi terhindar dari penyakit tetanus. Antitoksin yang melewati plasenta kejanin pasca imunisasi aktif pada ibu dapat mencegah kejadian tetanus neonatorum.

Jika seorang ibu hamil anak pertama yang dan pernah diberikan imunisasi tetanus maka ia harus mendapatkan paling sedikitnya dua kali (suntikan) selama kehamilan (pertama pada saat kunjungan antenatal dan kedua pada empat minggu kemudian). Saat dilakukan anamnesa mengenai

imunisasi TT Ny. C mengatakan telah mendapat imunisasi TT saat bayi sebanyak 1 kali, saat sekolah 2 kali dan saat menikah 1 kali dan hamil anak pertama 1 kali. Hal ini sesuai dengan konsep imunisasi TT. Pemberian imunisasi TT pada saat ibu hamil, disesuaikan dengan status imunisasi TT ibu saat ini sehingga apabila Imunisasi TT5 sudah didapatkan (*TT Long live*) tidak perlu diberikan imunisasi TT lagi.

Menurut penulis tidak terjadi kesenjangan antara teori dan praktek dikarenakan imunisasi TT Ny. C sudah sampai TT5.

Pemeriksaan laboratorium Ny. C dilakukan di Klinik Aria Medistra pada tanggal 18 Oktober 2022 dengan Hasil HB 14.5 g/dl, HBSAG Nonreaktif, HIV Nonreaktif. Pada tanggal 20 November 2023 Ny. C Cek HB Kembali dengan Nilai 13.2 g/dl. Hb yang normal yaitu 11 gr % sebagai dasarnya. Hb 9 – 10 gr % disebut anemia ringan. Hb 7-8 gr% disebut anemia sedang. Hb <7 gr% disebut anemia berat, pemeriksaan dan pengawasan Hb pada ibu hamil dilakukan pada saat TM III. Kadar Hb pada ibu menurut penulis tidak ada kesenjangan antara teori dan praktek pada saat dilakukan pemeriksaan didapatkan hasil kadar Hemoglobin darah Ny. C 13.2 gr%.

Pemeriksaan laboratorium berupa tes protein urine dan PMS tidak dilakukan pada Ny. C karena tidak ada keluhan ataupun tanda gejala yang mengarah pada hal tersebut. Hal ini didukung dengan teori yang dinyatakan oleh (Depkes RI, 2010) bahwa pemeriksaan urine untuk tes protein dan urine glukosa dapat dilakukan atas indikasi dan bila ada kelainan ibu dirujuk. Sedangkan untuk pemeriksaan khusus seperti test PMS dapat dilakukan apabila ada indikasi dan pada daerah yang rawan. Menurut penulis tidak terjadi kesenjangan antara teori dan praktek dikarenakan Ny. C tidak terindikasi dan tidak ditemukannya tanda dan gejala untuk dilakukannya tes protein urine maupun PMS.

Pada Data sekunder di Buku KIA Ny. C dan Hasil pemeriksaan Tekanan Darah saat kunjungan dilakukan tekanan darah Ny. C yaitu 120/70 mmHg. Sesuai dengan teori yang dinyatakan oleh Depkes RI pada

2019 tekanan darah yang normal adalah 110/80 mmHg - 140/90 mmHg, dan pemeriksaan tekanan darah sangat penting untuk mengetahui standar normal, tinggi atau rendah yaitu dengan cara menghitung MAP. Hal ini dilakukan sebagai deteksi adanya hipertensi atau hipotensi dan preeklamsi dalam kehamilan. Penulis berpendapat dengan adanya pemeriksaan tekanan darah pada kunjungan, dapat diketahui ibu beresiko atau tidak dalam kehamilannya dan menurut penulis tak terjadi kesenjangan antara teori dan praktek dikarenakan tekanan darah Ny. C saat pemeriksaan dalam batas normal yaitu 120/70 mmHg.

Pengukuran tinggi fundus uteri (TFU) merupakan salah satu dari 10T yaitu kebijakan program pemerintah untuk menurunkan angka kematian ibu, dimana pengukuran TFU adalah indikator untuk melihat kesejahteraan ibu dan janin. Tinggi fundus uteri (TFU) dapat digunakan untuk menentukan usia kehamilan atau menentukan taksiran berat badan janin (TBJ). Hasil pemeriksaan Leopold I mengukur tinggi fundus uteri dengan metlin yaitu tinggi fundus uteri 31 cm dalam usia kehamilan 39 minggu 4hari. Menurut Kusmiyati (2010) bahwa pada usia kehamilan 40 minggu tinggi fundus uteri 33 cm. Hal ini memperlihatkan perbedaan yang tipis, sehingga dapat dikatakan pertumbuhan janin meningkat dengan baik. Diperkuat dengan pernyataan Sari 2015 Jika hasil pengukuran berbeda 1-2 cm, masih bisa ditoleransi, tetapi jika deviasi lebih kecil dari 2 cm dari umur kehamilan, kemungkinan ada gangguan pertumbuhan janin, sedangkan bila deviasi besar dari 2 cm kemungkinan terjadi bayi kembar, polihidramnion, janin besar.

Tabel Tinggi Fundus Uteri Menurut Mc. Donald

No	Usia Kehamilan	Tinggi Fundus Uteri
1	22 Minggu	20-24 cm di atas simfisis
2	28 Minggu	26, 5 cm di atas simfisis
3	30 Minggu	29-30 cm di atas simpisis
4	32 Minggu	29-30 cm di atas simfisis

5	34 Minggu	31 cm di atas simfisis
6	36 Minggu	32 cm di atas simfisis
7	38 Minggu	33 cm di atas simfisis
8	40 Minggu	37,7 cm di atas simfisis

Sumber : Sari, 2015.

Pemeriksaan palpasi leopold pada Ny. C, presentasi janin normal yaitu kepala sebagai bagian terendah janin dan saat didengarkan DJJ dalam keadaan normal yaitu 148 x/menit. Sesuai dengan teori yang dikemukakan oleh (Manuaba, 2010) detak jantung janin normal antara 120-160 kali per menit. Pemeriksaan ini digunakan untuk menentukan frekuensi denyut jantung janin per menit, teratur atau tidak, dimana letak punctum maksimum (Manuaba dkk, 2010).

Letak dan presentasi janin dalam rahim merupakan salah satu faktor penting yang berpengaruh terhadap proses persalinan. Menentukan presentasi janin dimulai pada akhir trimester II dan setiap kali kunjungan ANC. Pemeriksaan ini dimaksudkan untuk mengetahui letak janin. Jika pada trimester III bagian bawah janin bukan kepala, atau kepala janin belum masuk PAP berarti ada kelainan posisi janin, atau kelainan panggul sempit.

Penulis berpendapat tidak terjadi kesenjangan antara teori dan praktek pada saat dilakukannya pemeriksaan pada Ny. C. Posisi janin Ny. C tidak mengalami kelainan letak, DJJ normal karena tidak melebihi 160 x/menit, hal ini dilakukan untuk menjadi acuan tenaga kesehatan dalam mendiagnosa klien. Sehingga dapat dilakukan asuhan selanjutnya berdasarkan diagnosa yang telah ditentukannya.

Selama kehamilan, Ny. C melakukan pemeriksaan kehamilan sebanyak 3 kali, pada trimester II sebanyak 5 kali, pada trimester III sebanyak 7 kali. Frekuensi pemeriksaan ini telah memenuhi standar sesuai dengan teori yang menjelaskan bahwa WHO menganjurkan sedikitnya ibu hamil melakukan 4 kali kunjungan *Antenatal Care* (ANC) selama kehamilan yaitu dengan frekuensi pemeriksaan ANC pada trimester I

minimal 1 kali, trimester II minimal 1 kali, trimester III minimal 2 kali (Kusmiyanti, 2019).

Kepatuhan kunjungan antenatal care (ANC) merupakan ketaatan dalam melakukan kunjungan ke pelayanan kesehatan oleh ibu hamil sesuai dengan saran dari petugas kesehatan dengan standar yang sudah ditetapkan yaitu minimal 4 kali dalam masa kehamilan (Purwanti, 2012).

Dampak ketidaksesuaian dengan standar kunjungan ANC dapat mengakibatkan yaitu Ibu hamil kurang atau tidak mengetahui tentang cara perawatan selama hamil yang benar, Bahaya kehamilan secara dini tidak terdeteksi, Anemia pada saat kehamilan yang dapat menyebabkan perdarahan tidak terdeteksi, Kelainan bentuk panggul, kelainan pada tulang belakang atau kehamilan ganda yang dapat menyebabkan sulitnya persalinan secara normal tidak terdeteksi serta Komplikasi atau penyakit penyerta selama masa kehamilan seperti penyakit kronis yaitu penyakit jantung, paru-paru dan penyakit genetik seperti diabetes, hipertensi, atau cacat kongenital, preeklamsia tidak dapat terdeteksi (Depkes, 2012). Menurut Penulis bahwa tidak ada kesenjangan antara teori dan praktek dikarenakan Ny. C telah memenuhi standar kunjungan *Antenatal Care*.

3. Asuhan Persalinan

Persalinan adalah pengeluaran hasil konsepsi yang dapat hidup dari dalam uterus ke dunia luar. Persalinan dan kelahiran normal merupakan proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung dalam waktu 18 jam tanpa komplikasi baik ibu maupun janinnya (Jannah, 2015).

Proses persalinan terbagi menjadi 2 fase yaitu fase laten (8 jam) dimana serviks membuka sampai 3 cm dan fase aktif (7 jam) dimana serviks 4- 10 cm, lamanya kala I untuk primigravida berlangsung 12 jam sedangkan multigravida 8 jam. Berdasarkan Kurve Friedman, diperhitungkan pembukaan primigravida 1 cm per jam dan pembukaan multigravida 2 cm

per jam. Dengan perhitungan tersebut maka waktu pembukaan lengkap dapat diperkirakan (Ari Sulistyawati, 2013).

Saat memasuki proses persalinan, usia kehamilan Ny. C yaitu 40 minggu 4 hari, hamil anak pertama datang ke BPM Minarti pada 20 November 2022 didapatkan hasil pemeriksaan dalam yaitu Ny. C berada di pembukaan 4 cm dengan his yang teratur yaitu 3x10'40".

Persalinan kala I adalah kala pembukaan yang berlangsung antara pembukaan nol sampai pembukaan lengkap. Pada permulaan his kala I berlangsung tidak terlalu kuat sehingga ibu masih dapat berjalan-jalan, kontraksi terjadi teratur minimal 3 kali dalam 10 menit selama 30-40 detik.

Penulis menyimpulkan tidak terjadi kesenjangan antara teori dengan praktik dari hasil pemeriksaan tanda-tanda persalinan yang dialami Ny. C sesuai dengan teori yang ada.

Pada kala I, tanggal 20 November 2022 Pukul 01.30 WIB Ny. C merasa kencang-kencang dan adanya pengeluaran lendir bercampur darah. Pada pukul 02.00 Ny. C memeriksakan diri ke BPM Minarti, kemudian dilakukan periksa dalam Vulva/uretra tidak ada kelainan, tampak pengeluaran lendir dan darah, tidak ada luka parut dari vagina, portio tipis lembut, pembukaan 4 cm, penipisan 50%, ketuban (+), Hodge II, persentasi UUK Kiri depan. DJJ 140 x/menit, irama teratur, His 3x dalam 10 menit lamanya 40 detik.

Menurut teori (JNPK-KR, 2017) inpartu ditandai dengan keluarnya lendir darah, karena serviks mulai membuka (dilatasi) dan mendatar (*effacement*). Berdasarkan kurva friedman pembukaan primi 1cm/jam, sedangkan pada multi 2cm/jam. Kala I fase aktif hingga kala II yang dialami Ny. C berlangsung selama 6 jam 20 menit.

Pada Kala II disebut kala pengeluaran bayi. Pada pukul 08.20 WIB His semakin kuat 5x dalam 10 menit lamanya 40 detik, tampak ada dorongan untuk mengejan, tampak lendir bercampur darah keluar dari vagina, dilakukan pemeriksaan dalam vulva/uretra ada kelainan, portio tidak teraba, penipisan 100%, pembukaan 10cm, ketuban pecah spontan bewarna jernih, tidak terdapat bagian terkecil di sekitar bagian terendah

janin, presentase kepala, hodge III+.

Pada pukul 08.52 WIB kepala tampak 5-6 cm didepan vulva tampak adanya tekanan pada anus, perineum menonjol, vulva membuka, pengeluaran lendir darah semakin meningkat Ny. C dimotivasi untuk mengejan apabila ada dorongan ingin meneran, memasang handuk bersih untuk mengeringkan bayi, mengambil kain bersih dan melipat 1/3 bagian dan meletakkan dibawah bokong ibu, membuka tutup partus set, memakai sarung tangan DTT pada kedua tangan, saat sub-occiput tampak tangan kanan melindungi perineum dengan dialas lipatan kain dibawah bokong, sementara tangan kiri menahan puncak kepala agar tidak terjadi defleksi yang terlalu cepat saat kepala lahir, menggunakan kain bersih untuk membersihkan wajah bayi, memeriksa adanya lilitan tali pusat pada leher bayi, menunggu hingga kepala bayi melakukan putaran paksi luar, setelah janin menghadap paha ibu letakkan tangan secara biparietal, kepala janin tarik secara hati-hati ke arah bawah sampai bahu depan lahir kemudian tarik secara hat-hati ke atas sampai bahu belakang lahir, setelah bahu lahir tangan kanan menyangga kepala, leher dan bahu janin, kemudian tangan kiri memegang lengan dan bahu janin, setelah badan dan lengan lahir tangan kiri menyusuri pinggang ke arah bokong dan tungkai bawah janin, setelah seluruh badan bayi lahir pegang, pegang bayi bertumpu pada lengan kanan sehingga bayi menghadap ke arah penolong. Pada Kala II dari hasil pemeriksaan dalam ditemukan saat pembukaan lengkap 10 cm hingga lahirnya bayi sekitar 35 menit.

Hal ini berdasarkan teori yang dikemukakan oleh (Widyastuti, 2014) pada kala II his semakin sering dan durasinya lebih lama. Ibu merasa ingin meneran bersamaan dengan terjadinya kontraksi, perineum menonjol, vulva membuka, dan meningkatnya pengeluaran lendir bercampur darah, lamanya kala II untuk primigravida 2 jam dan multigravida 1 jam. Menurut penulis tidak terjadi kesenjangan antara teori dan praktek.

Pada kala III, pendarahan Kala III Ny. C normal berkisar 150cc. Hal tersebut didukung oleh teori yang dikemukakan JNPK-KR tahun 2017,

bahwa perdarahan post partum normal yaitu perdarahan pervaginam \leq 500cc setelah kala II selesai atau setelah plasenta lahir. Penulis sependapat dengan pernyataan diatas, karena dari hasil observasi perdarahan kala III pada Ny. C tidak melebihi 500cc yakni hanya berkisar 150cc. keluarnya bayi hingga pelepasan atau pengeluaran uri (*placenta*) yang berlangsung tidak lebih dari 30 menit (JNPK-KR, 2017).

Pada kala IV, pukul 09.10 WIB plasenta telah lahir, pada perineum terdapat laserasi perineum derajat II yaitu luasnya mengenai mukosa vagina, kulit vagina, perlu dilakukan tindakan penjahitan untuk menghentikan perdarahan yang terjadi akibat perlukaan yang menyebabkan pembuluh darah terbuka. Bidan segera melakukan penjahitan pada perineum agar tidak terjadi perdarahan dan infeksi. Sebelum penjahitan dilakukan pemberian anastesi lokal terlebih dahulu untuk meminimalkan nyeri pada saat proses penjahitan. Setelah dilakukan tindakan pada penjahitan pada perineum, periksa kembali kontraksi uterus dan tanda adanya perdarahan pervaginam, pastikan kontraksi uterus baik dan melengkapi patrograf.

Pemeriksaan pasca persalinan didapatkan hasil TFU 2 Jari bawah pusat, kontraksi uterus baik, kandung kemih kosong, tekanan darah 120/80mmhg, nadi 84x/menit, respirasi 22x/menit, suhu 36,7°C, laserasi derajat II telah dilakukan penjahitan pada perineum, perdarahan \pm 50cc. Oleh karena itu, penulis berpendapat tidak terjadi kesenjangan antara teori dan praktek, Penulis melakukan observasi setiap 15 menit pada 1 jam pertama pasca persalinan dan setiap 30 menit pada jam kedua pasca persalinan

4. Asuhan Nifas

Standar Asuhan Kunjungan pada Masa Nifas sebanyak 4 kali, kunjungan pertama 6-8 jam, kunjungan kedua 6 hari, kunjungan ketiga 2 minggu, dan kunjungan keempat 6 minggu post partum (Manuaba, 2010). Kunjungan Masa Nifas bertujuan untuk menilai kondisi kesehatan ibu dan bayi, pencegahan terhadap kemungkinan adanya gangguan kesehatan ibu nifas dan bayinya, mendeteksi adanya komplikasi yang terjadi di masa

nifas, serta menangani komplikasi atau masalah yang timbul. Ny. C mendapatkan asuhan kebidanan sebanyak 2 kali yaitu 6 jam post partum, 8 hari post partum dan 40 hari postpartum.

Kunjungan 6 jam Postpartum : Ibu mengatakan perut nya masih mulas dan nyeri diarea jahitan, Ibu mengatakan sudah BAK, Ibu sudah bisa menyusui bayinya, pemeriksaan Tekanan darah : 110/80 mmHg, MAP : 90, Suhu : 36,4°C, Nadi : 84 x/menit, Pernafasan : 20 x/menit, TFU : 3 jari dibawah pusat, Konsistensi keras, perdarahan normal. Pentalaksanaan : Pemantauan kondisi ibu, TFU dan perdarahan, KIE Gizi Ibu nifas, KIE perawatan payudara, KIE perawatan luka, KIE tanda bahaya masa nifas, Pemberian terapi Asmef, Amoxicilin, FE dan Vit A (2 butir)

Kunjungan 8 hari postpartum : Ibu mengatakan tidak ada keluhan, ASI nya lancar, Pemeriksaan : Tekanan darah : 10 / 80 mmhg, Nadi : 82 x/m, Suhu : 36.7 C, Pernafasan : 80 x/m, BB : 64 kg, TFU : tidak teraba, Luka jahitan kering, Lokea serosa. Payurah teraba penuh dan kencang, puting payudara menonjol. Penatalaksanaan : PemantauanTTV, TFU dan perdarahan, KIE Gizi Ibu nifas, KIE KB post nifas.

5. Bayi Baru Lahir

Pada masa neonatal (0-28 hari) terjadi perubahan yang sangat besar dari kehidupan di dalam rahim dan terjadi pematangan organ hampir pada semua sistem. Bayi hingga usia kurang satu bulan merupakan golongan umur yang memiliki risiko gangguan kesehatan paling tinggi dan berbagai masalah kesehatan bisa muncul. Sehingga tanpa penanganan yang tepat, bisa berakibat fatal. Beberapa upaya kesehatan dilakukan untuk mengendalikan risiko pada kelompok ini di antaranya dengan mengupayakan agar persalinan dapat dilakukan oleh tenaga kesehatan di fasilitas kesehatan serta menjamin tersedianya pelayanan kesehatan sesuai standar pada kunjungan bayi baru lahir. Kunjungan neonatal idealnya dilakukan 3 kali yaitu pada umur 6-48 jam, umur 3-7 hari, dan umur 8-28 hari.

Indikator yang menggambarkan upaya kesehatan yang dilakukan untuk mengurangi risiko kematian pada periode neonatal yaitu 6-48 jam setelah lahir adalah cakupan Kunjungan Neonatal Pertama atau KN1. Pelayanan dalam kunjungan ini (Manajemen Terpadu Balita Muda) antara lain meliputi termasuk konseling perawatan bayi baru lahir, ASI eksklusif, pemberian vitamin K1 injeksi dan Hepatitis B0 injeksi (bila belum diberikan).

Tujuan dari kunjungan neonatus, yaitu melakukan pemeriksaan ulang pada bayi baru lahir, meninjau penyuluhan dan pedoman antisipasi bersama orang tua, mengidentifikasi gejala penyakit, serta mendidik dan mendukung orang tua.

Kunjungan 6 jam : bayi lahir tanggal 20 November 2022 pukul 08.55 WIB. Keadaan umum baik, Nadi 140 x/menit, Penafasan : 44 x/menit, Suhu : 36,9°C, BB : 3400 gram, PB : 49 cm, LK 34 cm, LD : 32 cm, Lila : 11 cm APGAR adalah 8/9/10, Rooting (+), Sucking (+), Tonick neck (+), Moro (+), Grasping (+), Terapi yang diberikan : Injeksi Neo-K sebanyak 0,5 cc secara IM di 1/3 paha kiri bagian luar, HB 0 sebanyak 0,5 cc secara IM di 1/3 paha kanan bagian luar, dan obat tetes mata. Dilakukan IMD selama 1 Jam.

Kunjungan 8 hari : BB 3800 gram, PB : 49 cm, Suhu : 36. 6 C, Tali pusat sudah lepas, kering dan tidak ada tanda infeksi , Imunisasi BCG dan Polio 1

Kunjungan 2 bulan : BB : 4.7 kg, PB : 57 cm, imunisasi Pentabio 1 + Polio tetes 2 (data sekunder buku KIA)

By Ny. C mendapatkan asuhan kebidanan sebanyak 3 kali sesuai dengan Teori yang dikemukakan sehingga Penulis berpendapat bahwa tidak ditemukannya kesenjangan antara teori dengan praktik.

6. Keluarga Berencana

KB pasca persalinan merupakan upaya pencegahan kehamilan dengan menggunakan alat dan obat kontrasepsi segera setelah melahirkan sampai dengan 42 hari/ 6 minggu setelah melahirkan (BKKBN, 2017). Menurut

USAID (2011:4), penggunaan KB pada perempuan postpartum dapat berdampak signifikan pada:

- b. Mengurangi angka kematian dan kesakitan pada ibu.
- c. Mengurangi angka kematian dan kesakitan pada bayi.
- d. Mencegah resiko atau kehamilan yang tidak diinginkan.
- e. Mencegah kehamilan yang tidak diinginkan pada perempuan mudan dan tua, ketika besarnya resiko kematian ibu dan bayi. .
- f. Memungkinkan perempuan ntuk mengatur jarak kehamilan.

Kunjungan 03 April 2023 : ibu mengatakan ingin menggunakan KB Implant, Td : 120/80. Tanggal dipasang 03 April 2023, tanggal kembali tanggal 03 Maret 2026 (Data Sekunder Kartu KB).

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Asuhan kebidanan secara komprehensif dari masa hamil, bersalin, bayi baru lahir, nifas dan keluarga berencana pada Ny. C yang dimulai pada usia kehamilan trimester tiga usia kehamilan 39 minggu sampai dengan 8 minggu Post Partum, dapat diambil kesimpulan sebagai berikut : Asuhan kebidanan pada kehamilan ibu berjalan sesuai dengan usia kehamilan dan fisiologis, kehamilan ibu dimulai dari usia kehamilan 39 minggu dengan diagnosa Ny. C umur 23 Tahun, G1P0A0 usia kehamilan 40 minggu 4 hari janin hidup tunggal intra uterin. Asuhan kebidanan pada persalinan ibu dilakukan secara spontan, Kala I selama 6 jam 20 menit, kala II 35 menit, Kala III selama 10 menit Kala IV selama 2 jam pengawasan. Dan hasil ditemukan kondisi sehat. Asuhan kebidanan pada masa nifas berlangsung normal, 6 jam post partum tidak ada perdarahan, kontraksi uterus keras, lochea rubra, luka perineum tidak ada tanda infeksi, kandung kemih kosong, tanda vital normal ibu sudah mendapatkan vitamin A sebanyak 2 kali dengan dosis 200.000 IU, nifas 6 hari sampai 6 minggu berjalan sesuai dan sehat. Asuhan kebidanan pada bayi baru lahir, bayi lahir sehat, menangis kuat, bayi sudah mendapatkan imunisasi vitamin K, hepatitis B, tetes mata, langsung setelah lahir, pemeriksaan fisik tidak ada kelainan, Imunisasi BCG dan Polio 1 pada usia 8 hari. Asuhan kebidanan pada KB, klien memutuskan menggunakan kb suntik 3 bulan.

B. Saran

Penulis ingin menyumbangkan saran di akhir penulisan laporan tugas akhir ini dalam mengupayakan peningkatan pelayanan kesehatan khususnya dalam asuhan kebidanan komprehensif, yaitu sebagai berikut :

1. Bagi intitusi

Diharapkan semakin memperbaharui skill yang akan diajarkan dan selalu mengikuti perkembangan ilmu kebidanan terkini, sehingga mampu

meningkatkan profesionalitas kinerja mahasiswa kebidanan nantinya setelah terjun di masyarakat. Selain itu, diharapkan lebih menyamakan persepsi dalam pencapaian target asuhan yang telah ditetapkan.

2. Bagi Klien

- a. Diharapkan dapat menambah wawasan dan pengetahuan ibu tentang masa hamil, bersalin, bayi baru lahir, nifas, neonatus dan KB sehingga dapat menjalaninya tanpa adanya komplikasi.
- b. Diharapkan dapat menjadi penambah wawasan bagi klien bahwa kehamilan dengan grande multipara, usia resiko tinggi dan anemia akan menimbulkan dampak atau resiko yang dapat terjadi pada ibu dan bayi hingga menyebabkan kematian jika tidak di berikan pendampingan yang berkelanjutan dari tenaga kesehatan.
- c. Diharapkan dapat membawa bayi ke fasilitas kesehatan untuk di imunisasi sesuai jadwal yang terdapat di buku KIA.

3. Bagi Mahasiswa Kebidanan

- a. Diharapkan selalu memaksimalkan diri dalam mengaplikasikan ilmu yang diperoleh di bangku perkuliahan selama praktek di lapangan.
- b. Diharapkan dari saat praktek ke lapangan, mahasiswa menggunakan alat kesehatan pribadi masing-masing untuk melakukan asuhan yang ingin dicapainya sehingga tidak bergantung pada alat kesehatan milik institusi.
- c. Diharapkan dalam pelaksanaa Laporan COC berikutnya dapat lebih baik dan lebih memahami lagi baik dalam penulisan maupun pelaksanaan asuhan.

DAFTAR PUSTAKA

- Affandi., B. 2012. *Buku Panduan Praktis Pelayanan Kontrasepsi Edisi 4*. Jakarta: PT Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Anggraini, Yetti. 2010. *Asuhan Kebidanan Masa Nifas*. Yogyakarta: Pustaka Rahima
- Ambarwati, E,R,Diah, W. 2010. *Asuhan Kebidanan Nifas*. Yogyakarta: Nuha Medika
- Astuti, Sri., dkk. 2015. *Asuhan Ibu Dalam Masa Kehamilan Buku Ajar Kebidanan Antenatal Care (ANC)*. Jakarta: Erlangga
- Damayanti, Ika Putri, dkk. 2014. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Komprehensif Pada Ibu Bersalin Dan Bayi Baru Lahir*. Yogyakarta: DeePublish
- Diana, S. 2017. *Model Asuhan Kebidanan Continuity Of Care*. Surakarta: CV. Kekata Grup
- Dewi, V.N.L., dan T. Sunarsih. 2011. *Asuhan Kehamilan untuk Kebidanan*. Jakarta: Salemba Medika
- Jannah, Nurul. 2013. *Konsep Dokumentasi Kebidanan*. Jogjakarta: Ar-Ruz Media
- Juwita, S., & Priskusanti, R. D. (2020). *Asuhan Neonatus*. Pasururuan: Qiara Media. [https://books.google.co.id/books?id=xDDwDwAAQBAJ&pg=PA2&dq=klasifikasi+bayi+menurut+berat+lahir+dan+masa+gestasi&hl=jv&sa=X&ved=2ahUKEwiXyIjynrPuAhWUub30KHcu7A0kQuwUwAXoECAIQCA#v=onepage&q=klasifikasi bayi menurut berat lahir dan masagestasi&f=false](https://books.google.co.id/books?id=xDDwDwAAQBAJ&pg=PA2&dq=klasifikasi+bayi+menurut+berat+lahir+dan+masa+gestasi&hl=jv&sa=X&ved=2ahUKEwiXyIjynrPuAhWUub30KHcu7A0kQuwUwAXoECAIQCA#v=onepage&q=klasifikasi%20bayi%20menurut%20berat%20lahir%20dan%20masa%20gestasi&f=false).
- Kurniarum, A. (2016). *Asuhan Kebidanan Persalinan dan Bayi Baru Lahir*. <http://bppsdmk.kemkes.go.id/pusdiksdmk/wpcontent/uploads/2017/08/Asuhan-Kebidanan-Persalinan-dan-BBLKomprehensif.pdf>
- Kemenkes RI. (2020). *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2019*. Jakarta: Kemenkes RI. <https://www.kemkes.go.id/folder/view/01/structure-publikasi-pusdatin-profil-kesehatan.html>
- JNPK – KR. 2017. *Asuhan Persalinan Normal*. Jakarta: JNPK – KR
- Legawati. 2018. *Asuhan Persalinan dan Bayi Baru Lahir*. Malang: Wineka Medika
- Hidayat. (2010). *Buku ajar keperawatan maternitas edisi 4*. Jakarta : EGC

- Manuaba, I.A.C. 2010. *Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan, dan KB Untuk Pendidikan Bidan. Ed. 2.* Jakarta: EGC
- Manuaba, IBG, dkk. 2013. *Ilmu Kebidanan Penyakit Kandungan dan KB.* Jakarta: EGC
- Manuaba, I., Manuaba, I. & Manuaba, I. F., 2014. *Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan, dan KB. 2 ed.* Jakarta: EGC.
- Marmi. 2011. *Asuhan Kebidanan Pada Masa Antenatal.* Yogyakarta: Pustaka Pelajar
- Maritalia, Dewi. 2012. *Asuhan Kebidanan Nifas dan Menyusui.* Yogyakarta: Pustaka Pelajar
- Mulyani, dan M. Rinawati. 2013. *Keluarga Berencana dan Alat Kontrasepsi.* Yogyakarta: Nuha Medika
- Mulati, Erna, (ed.). 2015. *Buku Ajar Kesehatan Ibu dan Anak Continuum Of Carelife Cycle.* Jakarta: Kemenkes
- Prawirohardjo, S. 2010. *Ilmu Kebidanan.* Jakarta: Bina Pustaka.
- Prawirohardjo, Sarwono. 2011. *Ilmu Kandungan.* Jakarta: PT Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo
- Rismalinda (2015). *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Kehamilan.* Jakarta
- Romauli, S. 2014. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan I.* Yogyakarta: Nuha Medika.
- Rukiah, A.Y., dkk. 2013. *Asuhan Kebidanan I Kehamilan. Edisi Revisi.* Jakarta: Trans Info Media.
- Rukiyah. 2010. *Asuhan Kebidanan IV Patologi Kebidanan.* Jakarta: Trans Info Medika
- Sofian, Amru. 2013. *Sinopsis Obstetri.* Jakarta: EGC
- Sulistiyawati, A, dan Nurwandani W. 2018. *Asuhan Persalinan Konsep Persalinan Secara Komprehensif Dalam Asuhan Kebidanan.* Yogyakarta: Pustaka Baru
- Sondakh, J. J. 2016. *Asuhan Kebidanan Persalinan dan Bayi baru Lahir.* Malang: Penerbit Erlangga.
- Tando. 2016. *Asuhan Kebidanan Neonatus, Bayi, dan Anak*
- Walyani, E. S. (2015). *Asuhan Kebidanan pada Kehamilan.* Yogyakarta: Pustaka Baru.

- Widiastini, Luh Putu (2014). *Asuhan Kebidanan Pada Ibu Bersalin dan BBL*. Bogor: IN MEDIA
- Wulandari, Setyo Retno. (2011). *Asuhan kebidanan ibu masa nifas*. Yogyakarta : Gosyen Publishing.
- Yulizawati, Insani, A. A., Sinta, L. El, & Andriani, F. (2018). *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Pada Persalina*. Indomedia Pustaka.



**ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF PADA NY."R"
UMUR 43 TAHUN DENGAN PLASENTA PREVIA DAN
ANEMIA RINGAN**

Continuity Of Care (COC)

**Oleh
TUTI HARIYATI
161221001**

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI BIDAN
FAKULTAS KESEHATAN
UNIVERSITAS NGUDI WALUYO
2023**

HALAMAN PERSETUJUAN

Laporan *Continuity Of Care* (COC) Berjudul :

**ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF PADA NY. R UMUR 43 TAHUN
DENGAN PLASENTA PREVIA DAN ANEMIA RINGAN
DI BPM SRI RAHAYUNINGSIH, S.Tr.Keb**

Disusun Oleh :

TUTI HARIYATI

NIM. 161221001

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI BIDAN
FAKULTAS KESEHATAN
UNIVERSITAS NGUDI WALUYO**

Laporan Tugas Akhir *Continuity Of Care* (COC) Ini Telah Diperiksa, Disetujui Dan Siap Untuk Diserahkan Kepada Program Studi Pendidikan Profesi Bidan Program Profesi Fakultas Kesehatan Universitas Ngudi Waluyo

Ungaran, 27 Juni 2023

Pembimbing Akademik



Ida Sofiyanti, S.Si.T., M.Keb

NIDN : 0602018501

HALAMAN PENGESAHAN

Laporan *Continuity Of Care* (COC) Berjudul :
**ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF PADA NY. R UMUR 43 TAHUN
DENGAN PLASENTA PREVIA DAN ANEMIA RINGAN
DI BPM SRI RAHAYUNINGSIH, S.Tr.Keb**

Disusun Oleh :

TUTI HARIYATI

NIM. 161221001

Telah dipersentasikan dengan Pembimbing Akademik Program Studi Pendidikan Profesi Bidan Program Profesi, Fakultas Kesehatan Universitas Ngudi Waluyo, pada :

Hari : Selasa

Tanggal : 27 Juni 2023

Pembimbing



Ida Sofiyanti, S.Si.T., M.Keb

NIDN : 0602018501



Dekan Fakultas Kesehatan

Eko Susilo, S.Kep., Ners., M.Kep

NIDN.0627097501

Ketua Program Studi



Ida Sofiyanti, S.Si.T., M.Keb

NIDN.0602018501

PERNYATAAN ORISINALITAS

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Tuti Hariyati

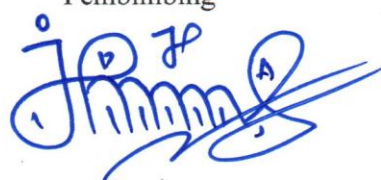
Nim : 161221001

Mahasiswa : Program Pendidikan Pofesi Bidan Fakultas Kesehatan
Universitas Ngudi Waluyo

Dengan ini menyatakan bahwa :

1. *Continuity Of Care* (COC) Berjudul “Asuhan Kebidanan Komprehensif pada Ny. R Umur 43 Tahun dengan Plasenta Previa dan Anemia Ringan Di BPM Sri Rahayuningsih, S.Tr.Keb Ungaran” adalah *Continuity Of Care* (COC) asli dan belum pernah diajukan untuk mendapatkan gelar akademik apapun di Perguruan Tinggi manapun.
2. *Continuity Of Care* (COC) ini merupakan ide dan hasil karya murni saya yang dibimbing dan dibantu oleh tim pembimbing dan Narasumber.
3. *Continuity Of Care* (COC) ini tidak memuat karya atau pendapat orang lain yang telah dipublikasi kecuali secara tertulis dicantumkan dalam naskah sebagai acuan dengan menyebutkan nama pengarang dan judul aslinya serta dicantumkan dalam daftar pustaka.
4. Pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya dan apabila dikemudian hari terdapat penyimpangan dan ketidak benaran dalam pernyataan ini, saya bersedia menerima sanksi lain sesuai dengan norma yang berlaku di Universitas Ngudi Waluyo.

Ungaran, 27 Juni 2023

Pembimbing


Ida Sofiyanti, S.Si.T., M.Keb

NIDN : 0602018501

Yang membuat pernyataan



Tuti Hariyati

NIM. 161221001

KESEDIAAN PUBLIKASI

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Tuti Hariyati

Nim : 161221001

Mahasiswa : Program Pofesi Kebidanan Fakultas Kesehatan
Universitas Ngudi Waluyo.

Menyatakan memberi kewenangan kepada Universitas Ngudi Waluyo untuk menyimpan, mengalih media atau formatkan, merawat dan mempublikasikan Laporan *Continuity Of Care* (COC) saya dengan judul “ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF PADA NY. R UMUR 43 TAHUN DENGAN PLASENTA PREVIA DAN ANEMIA RINGAN DI BPM SRI RAHAYUNINGSIH, S.Tr.Keb” untuk kepentingan akademis.

Ungaran, 27 Juni 2023

Yang Membuat Pernyataan



Tuti Hariyati

161221001

KATA PENGATAR

Puji syukur penulis ucapkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa, yang telah melimpahkan Rahmat-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan penyusunan Laporan Tugas Akhir dengan judul “ Asuhan Kebidanan Komprehensif Pada Ny. R Umur 43 Tahun G2P1A0 Usia Kehamilan, 39 Minggu 5 Hari dari Kehamilan, Bersalin, Masa Nifas dan Bayi Baru lahir hingga Keluarga Berencana di Bidan Praktik Mandiri Di BPM Minarti S.Tr.Keb Desa Pringapus Kabupaten Semarang Tahun 2023”.

Laporan kasus ini ditulis sebagai pedoman untuk melaksanakan Continuity of care (COC) yang menjadi salah satu syarat tuntas dalam menempuh Pendidikan di Program Studi Pendidikan Profesi Bidan Program Profesi Fakultas Kesehatan Universitas Ngudi Waluyo. Pada kesempatan ini penulis menyampaikan ucapan terimakasih dan penghargaan yang setinggi-tingginya kepada yang terhormat:

1. Prof. dr. Subyantoro, M. Hum, selaku Rektor Universitas Ngudi Waluyo.
2. Bapak Eko Susilo, S.Kep., Ns., M.Kep selaku Ketua Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Ngudi Waluyo.
3. Ibu Ida Sofiyanti, S.SiT., M. Keb, selaku Ketua Program Studi Pendidikan Profesi Bidan sekaligus sebagai Pembimbing Akademik.
4. Seluruh Dosen Program Pendidikan Profesi Bidan dan Seluruh Staff Universitas Ngudi Waluyo.
5. Kepada Kedua Orang Tua saya yang selalu memberikan Dukungan dan Doa.
6. Kepada Ny. Salsabila dan keluarga yang telah bersedia dikaji dalam pengkajian laporan asuhan kebidanan komunitas ini

Laporan kasus ini di buat berdasarkan buku sumber dan arahan dari pembimbing. Namun dalam pembuatan laporan ini masih banyak kesalahan baik penulisan dan isi dari laporan ini. Untuk itu, penulis mengharapkan kritik dan saran dari pembaca. Mudah – mudahan laporan ini dapat bermanfaat dan menjadi acuan untuk pengembangan inovasi dalam bidang pendidikan kebidanan.

Ungaran, 27 Juni 2023

penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN COVER.....	i
LEMBAR PERSETUJUAN.....	ii
LEMBAR PENGESAHAN	iii
PERNYATAAN ORISINILITAS.....	iv
KESEDIAAN PUBLIKASI.....	v
KATA PENGANTAR	vi
DAFTAR ISI.....	vii
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	5
C. Tujuan.....	5
D. Manfaat.....	5
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	7
A. Kehamilan	7
B. Persalinan	26
C. Nifas	58
D. Bayi Baru Lahir	71
E. Keluarga Berencana	80
F. Anemia dalam Kehamilan	83
G. Plasenta Previa	88
H. Standar Asuhan Kebidanan dan Dasar Hukum Wewenang Bidan	96
I. Manajemen Kebidanan.....	101
J. Kerangka Berpikir	103
K. Kerangka Konsep	104
BAB III METODE LAPORAN KASUS.....	105
A. Jenis Laporan Kasus	105
B. Tempat dan Waktu	105
C. Subjek Laporan Kasus.....	105
D. Teknik Pengumpulan.....	105

E. Alat dan Bahan	105
BAB IV TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN	107
A. Gambaran Lokasi Studi Kasus	107
B. Tinjauan Kasus	107
C. Interpretasi Data	112
D. Masalah Diagnosa Potensial.....	113
E. Kebutuhan Tindakan Segera	113
F. Perencanaan.....	114
G. Pelaksanaan	114
H. Evaluasi	115
I. Pembahasan.....	129
BAB V PENUTUP.....	141
A. Kesimpulan.....	141
B. Saran.....	141
DAFTAR PUSTAKA	143

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Asuhan kebidanan komprehensif merupakan asuhan menyeluruh manajemen kebidanan mulai dari ibu hamil, bersalin, sampai bayi baru lahir sehingga persalinan dapat berlangsung aman dan bayi yang dilahirkan selamat dan sehat sampai masa nifas (Lapau, 2015). Kehamilan, persalinan, nifas dan bayi baru lahir merupakan suatu keadaan yang fisiologis namun dalam prosesnya terdapat kemungkinan suatu keadaan yang dapat mengancam jiwa ibu dan bayi bahkan dapat menyebabkan kematian (Damayanti dkk, 2014).

Asuhan Kebidanan Continuity of Care (COC) merupakan asuhan kebidanan berkesinambungan yang diberikan kepada ibu dan bayi dimulai pada saat kehamilan, persalinan, bayi baru lahir, nifas dan keluarga berencana, dengan adanya asuhan COC maka perkembangan kondisi ibu setiap saat akan terpantau dengan baik, selain itu asuhan berkelanjutan yang dilakukan bidan dapat membuat ibu lebih percaya dan terbuka karena sudah mengenal pemberiasuhan. Asuhan kebidanan secara COC adalah salah satu upaya untuk menurunkan Angka kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB) (Diana, 2017)

Angka Kematian Ibu (AKI) merupakan salah satu indikator keberhasilan layanan suatu negara. Setiap hari, sekitar 830 wanita meninggal karena sebab yang dapat dicegah terkait dengan kehamilan dan persalinan. 99% dari semua kematian ibu terjadi di negara berkembang. Sekitar 830 wanita meninggal karena komplikasi kehamilan atau persalinan di seluruh dunia setiap hari. Komplikasi 11 yang menyebabkan kematian ibu yaitu perdarahan hebat setelah melahirkan, infeksi, tekanan darah tinggi selama kehamilan (pre-eklampsia dan eklampsia), komplikasi dari persalinan, dan aborsi yang tidak aman (WHO, 2019).

Berdasarkan data World Health Organization (WHO) pada tahun 2019, Angka Kematian Ibu (AKI) masih tinggi sekitar 295.000 wanita meninggal

selama dan setelah kehamilan dan persalinan. Sebagian besar dari kematian ini (94%) terjadi dirangkaian daya rendah dan sebagian besar dapat di cegah (WHO, 2019).

Angka Kematian Ibu di Indonesia dari data Profil Indonesia Tahun 2021 Jumlah kematian ibu yang dihimpun dari pencatatan program kesehatan keluarga di Kementerian Kesehatan meningkat setiap tahun. Pada tahun 2021 menunjukkan 7.389 kematian di Indonesia. Jumlah ini menunjukkan peningkatan dibandingkan tahun 2020 sebesar 4.627 kematian. Berdasarkan penyebab, sebagian besar kematian ibu pada tahun 2021 terkait COVID-19 sebanyak 2.982 kasus, perdarahan sebanyak 1.330 kasus, dan hipertensi dalam kehamilan sebanyak 1.077 kasus (Profil Kesehatan Indonesia, 2021). Penyebab kematian ibu didominasi oleh kasus komplikasi obstetrik, seperti kasus berat perdarahan postpartum (atonia uteri, sisa plasenta dan robekan jalan lahir), perdarahan antepartum (karena plasenta previa atau karena solusio plasenta) (Manuaba, 2014). Plasenta previa adalah plasenta yang letaknya abnormal yaitu di segmen bawah uterus sehingga dapat menutupi sebagian atau seluruh pembukaan jalan lahir (Nugroho, 2012). Pada keadaan normal, plasenta terletak pada bagian atas uterus, biasanya di depan atau di belakang dinding uterus agak ke arah fundus (Wiknjosastro, 2014). Kematian ibu yang disebabkan oleh perdarahan khususnya akibat plasenta 2 previa dilaporkan berkisar 15-20% kematian ibu dan insidennya adalah 0,8-1,2% untuk setiap kelahiran (Metti, 2016). Angka kejadian pada beberapa rumah sakit umum pemerintah di Indonesia dilaporkan bahwa insidennya berkisar antara 1,7% sampai dengan 2,9% (Greiny dkk, 2017).

Menurut Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) angka kematian ibu akibat perdarahan plasenta previa dilaporkan sekitar 15-20% dari kematian ibu dan angka kejadian per kehamilan adalah 0,8-1,2%. Di negara berkembang insidensinya masih sangat tinggi antara 1-2,4% sedangkan di negara maju insidensinya kurang dari 1%. Angka dari beberapa rumah sakit 3 di Indonesia melaporkan tingkat kecelakaan 1,7% hingga 2,9% (Wahyu, 2018).

Angka kejadian plasenta previa di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) K.R.M.T Wongsonegoro Kota Semarang pada tahun 2016 mencapai 184 kasus. Untuk AKI ialah 6 kasus kematian dan penyebab dari kematian ibu tersebut beragam, diantaranya terjadi karena kasus perdarahan yang kemungkinan bisa disebabkan oleh plasenta previa. Karena angka kejadian plasenta previa cukup tinggi dan bisa menjadi penyebab angka kematian ibu maupun bayi, maka perlu ditangani secara baik.

Tren kematian anak dari tahun ke tahun menunjukkan penurunan, data yang dilaporkan kepada Direktorat Gizi dan Kesehatan Ibu dan Anak menunjukkan jumlah kematian balita pada tahun 2021 sebanyak 27.566 kematian balita, menurun dibandingkan tahun 2020, yaitu sebanyak 28.158 kematian. Dari seluruh kematian balita, 73,1% diantaranya terjadi pada masa neonatal (20.154 kematian). Dari seluruh kematian neonatal yang dilaporkan, sebagian besar diantaranya (79,1%) terjadi pada usia 0-6 hari, sedangkan kematian pada usia 7-28 hari sebesar 20,9% (Profil Kesehatan Indonesia, 2021).

Di Provinsi Jawa tengah secara umum terjadi penurunan kematian ibu selama periode 2017- 2019 namun pada tahun 2020 ini terlihat mulai naik lagi dan tahun 2021 sudah mencapai 199 per 100.000 kelahiran hidup, Kabupaten/ Kota dengan jumlah kasus kematian ibu tertinggi adalah Kabupaten Brebes sebanyak 105 kasus, diikuti Grobogan 84 kasus, dan Klaten 45 kasus. Kabupaten/ Kota dengan kasus kematian ibu terendah adalah Kota Magelang dengan 2 kasus, diikuti Kota Tegal dengan 3 kasus, Sebesar 50,7 persen kematian maternal di Provinsi Jawa Tengah terjadi pada waktu nifas Sementara berdasarkan kelompok umur, kejadian kematian maternal terbanyak adalah pada usia 20-34 tahun yaitu sebesar 65,4 persen. Masih ditemukan sekitar 1,4 persen kematian ibu yang terjadi pada kelompok umur <20 tahun (Profil Kesehatan Provinsi Jawa Tengah, 2021).

AKN di Jawa Tengah tahun 2021 sebesar 5,9 per 1.000 kelahiran hidup. Perhatian terhadap upaya penurunan angka kematian neonatal (0-28 hari) menjadi penting karena kematian neonatal memberi kontribusi terhadap 74,3

persen kematian bayi di Provinsi Jawa Tengah. Tren angka kematian neonatal, bayi dan balita dari tahun ke tahun sudah menunjukkan penurunan, Kabupaten/ Kota dengan AKN tertinggi adalah Kota Magelang dan terendah adalah Kota Surakarta. Sebesar 42,9 persen kabupaten/ kota mempunyai AKN yang lebih rendah dibandingkan AKN tingkat provinsi, Sebagian besar kematian neonatal di Provinsi Jawa Tengah tahun 2021 disebabkan karena BBLR dan asfiksia (Profil Kesehatan Provinsi Jawa Tengah, 2021).

Untuk menurunkan AKI dan AKB maka diperlukan tenaga kesehatan yang mempunyai kewenangan dalam memberikan pelayanan kepada ibu dan anak salah satunya yaitu seorang bidan. Dimana bidan sebagai tenaga kesehatan yang harus kreatif dalam menjalankan kebijakan kebijakan yang dapat membantu dalam meningkatkan pelayanan kesehatan terutama bagi ibu dan anak sehingga mempunyai peran penting untuk membantu kesehatan di Indonesia terutama mampu dalam membantu menurunkan AKI dan AKB (Dinkes Jateng, 2017;h.10).

Selain itu mahasiswa juga melakukan asuhan berkelanjutan atau COC (continuity of care) yang merupakan konsep pembelajaran berbasis pasien dan mahasiswa dapat belajar langsung dari pasien. Selain itu, mahasiswa juga berpartisipasi aktif dalam pengalaman COC (continuity of care) sehingga mampu mengembangkan dan memberikan perawatan berpusat pada wanita. Agar mencapai COC (continuity of care) yang benar mahasiswa diminta untuk menyediakan sejumlah perawatan di bidang kebidanan, yang melibatkan pasien yang berbeda selama masa antenatal care, intranatal care, dan pasca kelahiran (Yanti dkk, 2015).

Pada Pelaksanaan Continuity Of Care dilaksanakan di BPM Sri Rahayuningsih. BPM Sri Rahayuningsih ini menerima pemeriksaan kehamilan, persalinan, nifas, Bayi Baru Lahir , KB dan Pengobatan Umum lainnya. Pada Pelaksanaan tindakan kehamilan persalinan nifas, BBL dilakukan dirumah untuk kunjungan selanjutnya bidan melakukan kunjungan rumah untuk memberikan pelayanan yang optimal sesuai standart kunjungan setelah

bersalin. Dari Standart alat APN di BPM Sri Rahayuningsih sudah terpenuhi dengan baik.

Berdasarkan latar belakang diatas penulis tertarik untuk melakukan asuhan kebidanan komprehensif pada Ny R selama masa kehamilan, persalinan, nifas, bayi baru lahir (BBL), dan Keluarga berencana dan melakukan pendokumentasian di BPM Sri Rahayuningsih

B. Rumusan Masalah

“Bagaimana penerapan asuhan kebidanan komprehensif pada Ny. R pada masa kehamilan, persalinan, Nifas, BBL dan KB di BPM Sri Rahayuningsih Genuk Tahun 2023?”

C. Tujuan

1. Tujuan Umum

Memberikan asuhan kebidanan secara *continuity of care* (berkesinambungan) pada Ny. R Umur 43 Tahun G2P1A2 pada masa kehamilan, persalinan, Nifas, BBL dan KB

2. Tujuan Khusus

- a. Melakukan Asuhan Kebidanan Pada Ibu Hamil
- b. Melakukan Asuhan Kebidanan Pada Ibu Bersalin
- c. Melakukan Asuhan Kebidanan Pada Ibu Nifas
- d. Melakukan Asuhan Kebidanan Pada BBL
- e. Melakukan Asuhan Kebidanan Pada KB

D. Manfaat

1. Bagi Pasien

Pasien mendapatkan asuhan kebidanan komprehensif yang sesuai dengan standar pelayanan kebidanan dan menambah pengetahuan mengenai kehamilan, persalinan, Nifas dan BBL, Pasien dapat mendeteksi lebih dini masalah yang terjadi selama Kehamilan, Bersalin, Nifas, bbl dan BerKB

2. Bagi Penulis

Untuk menambah wawasan, kompetensi diri dan mempraktikkan teori yang di dapat secara langsung di lapangan dalam memberikan asuhan kebidanan komprehensif pada ibu hamil, bersalin, Nifas dan BBL.

3. Bagi Pendidikan

Dapat menambah referensi kepustakaan, sumber bacaan dan bahan pelajaran terutama yang berkaitan dengan asuhan kebidanan komprehensif pada ibu hamil, bersalin, nifas dan BBL.

4. Bagi Bidan Praktik Klinik

Sebagai bahan masukan agar dapat mempertahankan dan meningkatkan mutu pelayanan kebidanan secara komprehensif terutama pada ibu hamil, bersalin, Nifas dan BBL

BAB II

TINJUAN PUSTAKA

A. Konsep Kehamilan

1. Pengertian Kehamilan

Kehamilan Proses kehamilan merupakan mata rantai yang bersinambung dan terdiri dari : ovulasi, migrasi spermatozoa dan ovum, konsepsi dan pertumbuhan zigot, nidasi (implantasi) pada uterus, pembentukan plasenta dan tumbuh kembang hasil konsepsi sampai aterm. (Manuaba, 2010) Masa kehamilan dimulai dari konsepsi sampai lahirnya janin. Lamanya hamil normal adalah 280 hari (40 minggu atau 9 bulan 7 hari) dihitung dari hari pertama haid terakhir (Prawirohardjo,2011)

Kehamilan merupakan proses yang alamiah perubahan-perubahan yang terjadi pada wanita selama kehamilan normal adalah bersifat fisiologis. Oleh karena itu, asuhan yang diberikan adalah asuhan yang meminimalkan intervensi. Bidan harus memfasilitasi proses alamiah dari kehamilan dan menghindari tindakan-tindakan yang bersifat medis yang tidak terbukti manfaatnya.(Dartiwen dan Nurhayati, 2019)

Hari pertama haid terakhir ibu guna menentukan usia kehamilan dan memperkirakan tanggal kelahiran. rumus sederhana menentukan tanggal kelahiran yaitu tanggal ditambah 7, sedangkan bulan ditambah 3 (dihitung dari hari pertama haid terakhir). (Atiqoh, 2020)

2. Klasifikasi kehamilan

a. Kehamilan diklasifikasikan dalam 3 trimester menurut Sarwono, 2011.

- 1) Trimester kesatu, dimulai dari konsepsi sampai 3 bulan (0- 12 minggu).
- 2) Trimester kedua dari bulan keempat sampai 6 bulan (13-27 minggu).
- 3) Trimester ketiga dari bulan ketujuh sampai 9 bulan (28-40 minggu).

Menurut Muslihatun (2011) usia kehamilan (usia gestasi) adalah masa sejak terjadinya konsepsi sampai dengan saat kelahiran, dihitung dari hari pertama haid terakhir (mesntrual age of pregnancy). Kehamilan

cukup bulan (term/ aterm adalah usia kehamilan 37 – 42 minggu (259 – 294 hari) lengkap. Kehamilan kurang bulan (preterm) adalah masa gestasi kurang dari 37 minggu (259 hari). Dan kehamilan lewat waktu (postterm) adalah masa gestasi lebih dari 42 minggu 16 (294 hari).

- b. Standart minimal Kunjungan Kehamilan Sebaiknya ibu memperoleh sedikitnya 4 kali kunjungan selama kehamilan , yang terdistribusi dalam 3 trimester, yaitu sbb:
- 1) 1 kali pada trimester I
 - 2) 1 kali pada trimester II
 - 3) 2 kali pada trimester III

3. Proses Kehamilan

a. Fertilisasi

Yaitu bertemunya sel telur dan sel sperma. Tempat bertemunya ovum dan sperma paling sering adalah didaerah ampulla tuba. Sebelum keduanya bertemu, maka akan terjadi 3 fase yaitu:

- 1) Tahap penembusan korona radiata Dari 200 – 300 juta hanya 300 – 500 yang sampai di tuba fallopi yang bisa menembus korona radiata karena sudah mengalami proses kapasitasasi.
- 2) Penembusan zona pellusida Spermatozoa lain ternyata bisa menempel dizona pellusida, tetapi hanya satu terlihat mampu menembus oosit.
- 3) Tahap penyatuan oosit dan membran sel sperma Setelah menyatu maka akan dihasilkan zigot yang mempunyai kromosom diploid (44 autosom dan 2 gonosom) dan terbentuk jenis kelamin baru (XX untuk wanita dan XY untuk laki - laki)

b. Pembelahan

Setelah itu zigot akan membelah menjadi tingkat 2 sel (30 jam), 4 sel , 8 sel, sampai dengan 16 sel disebut blastomer (3 hari) dan membentuk sebuah gumpalan bersusun longgar. Setelah 3 hari sel – sel tersebut akan membelah membentuk morula (4 hari). Saat morula masuk rongga rahim, cairan mulai 17 menembus zona pellusida masuk kedalam ruang antar sel yang ada di massa sel dalam. Berangsur – angsur ruang

antar sel menyatu dan akhirnya terbentuklah sebuah rongga/blastokel sehingga disebut blastokista (4 – 5 hari). Sel bagian dalam disebut embrioblas dan sel diluar disebut trofoblas. Zona pellusida akhirnya menghilang sehingga trofoblast bisa masuk endometrium dan siap berimplantasi (5 – 6 hari) dalam bentuk blastokista tingkat lanjut.

c. Nidasi / implantasi

Yaitu penanaman sel telur yang sudah dibuahi (pada stadium blastokista) kedalam dinding uterus pada awal kehamilan. Biasanya terjadi pada pars superior korpus uteri bagian anterior/posterior. Pada saat implantasi selaput lendir rahim sedang berada pada fase sekretorik (2 – 3 hari setelah ovulasi). Pada saat ini, kelenjar rahim dan pembuluh nadi menjadi berkelok – kelok. Jaringan ini mengandung banyak cairan (Marjati,dkk.2010)

4. Pertumbuhan dan Perkembangan Embrio

a. Masa pre embrionic Berlangsung selama 2 minggu sesudah terjadinya fertilisasi terjadi proses pembelahan sampai dengan nidasi. Kemudian bagian inner cell mass akan membentuk 3 lapisan utama yaitu ekstoderm, endoderm serta mesoderm.

1) Masa embrionic

Berlangsung sejak 2 – 6 minggu sistem utama didalam tubuh telah ada didalam bentuk rudimenter. Jantung menonjol dari tubuh dan mulai berdenyut. Seringkali disebut masa organogenesis/ masa pembentukan organ.

2) Masa fetal

Berlangsung setelah 2 minggu ke-8 sampai dengan bayi lahir Minggu ke 12 : Panjang tubuh kira – kira 9 cm, berat 14 gram, sirkulasi tubuh berfungsi secara penuh, tractus renalis mulsi berfungsi, terdapat refleks menghisap dan menelan, genitalia tampak dan dapat ditentukan jenis kelaminnya.

- a) Minggu ke 16 : Panjang badan 16 cm, berat 10 gram, kulit sangat transparan sehingga vaso darah terlihat, deposit lemak subkutan lemak terjadi rambut mulai tumbuh pada tubuh.
- b) Minggu ke 20 : Kepala sekarang tegak dan merupakan separuh PB, wajah nyata, telinga pada tempatnya, kelopak mata, lais dan kuku tumbuh sempurna. Skeleton terlihat pada pemeriksaan sinar X kelenjar minyak telah aktif dan verniks kaseosa akan melapisi tubuh fetus, gerakan janin dapat ibu setelah kehamilan minggu ke 18, traktus renalis mulai berfungsi dan sebanyak 7 – 17 ml urine dikeluarkan setiap 24 jam.
- c) Minggu ke 24 : Kulit sangat keriput, lanugo menjadi lebih gelap dengan vernix kaseosa meningkat. Fetus akan menyepak dalam merespon rangsangan.
- d) Minggu ke 28 : Mata terbuka, alis dan bulu mata telah berkembang dengan baik, rambut menutupi kepala, lebih banyak deposit lemak subkutan menyebabkan kerutan kulit berkurang, testis turun ke skrotum.
- e) Minggu ke 32 : Lanugo mulai berkurang, tubuh mulai lebih membulat karena lemak disimpan disana, testis terus turun.
- f) Minggu ke 36 : Lanugo sebagian besar terkelupas, tetapi kulit masih tertutup verniks kaseosa, testis fetus laki – laki terdapat didalam skrotum pada minggu ke 36 ovarium perempuan masih berada di sekitar batas pelvis, kuku jari tangan dan kaki sampai mencapai ujung jari, umbilikus sekarang terlihat lebih dipusat abdomen.
- g) Minggu ke 40 : Osifikasi tulang tengkorak masih belum sempurna, tetapi keadaan ini merupakan keuntungan dan memudahkan fetus melalui jalan lahir. Sekarang terdapat cukup jaringan lemak subkutan dan fetus mendapatkan tambahan BB hampir 1 kg pada minggu tersebut (Marjati,dkk, 2010)

5. Tanda dan Gejala Kehamilan

a. Tanda presumtif kehamilan

- 1) Amenore (terlambat datang bulan) Konsepsi dan nidasi menyebabkan tidak terjadinya pembentukan folikel de Graff dan ovulasi di ovarium. Gejala ini sangat penting karena umumnya wanita hamil tidak dapat haid lagi selama kehamilan, dan perlu diketahui hari pertama haid terakhir untuk menentukan tuanya kehamilan dan tafsiran persalinan.
- 2) Mual muntah Umumnya terjadi pada kehamilan muda dan sering terjadi pada pagi hari. Progesteron dan estrogen mempengaruhi pengeluaran asam lambung yang berlebihan sehingga menimbulkan mual muntah.
- 3) Ngidam Menginginkan makanan/minuman tertentu, sering terjadi pada bulan-bulan pertama kehamilan tetapi menghilang seiring tuanya kehamilan.
- 4) Sinkope atau pingsan, Terjadi sirkulasi ke daerah kepala (sentral) menyebabkan iskemia susunan saraf dan menimbulkan sinkope/pingsan dan akan menghilang setelah umur kehamilan lebih dari 16 minggu.
- 5) Payudara tegang
Pengaruh estrogen, progesteron, dan somatomotropin menimbulkan deposit lemak, air, dan garam pada payudara menyebabkan rasa sakit terutama pada kehamilan pertama.
- 6) Anoreksia nervosa
Pada bulan-bulan pertama terjadi anoreksia (tidak nafsu makan), tapi setelah itu nafsu makan muncul lagi.
- 7) Sering kencing
Hal ini sering terjadi karena kandung kencing pada bulan-bulan pertama kehamilan tertekan oleh uterus yang mulai membesar. Pada triwulan kedua umumnya keluhan ini hilang karena uterus yang membesar keluar rongga panggul.

8) Konstipasi/obstipasi

Hal ini terjadi karena tonus otot menurun disebabkan oleh pengaruh hormone estrogen.

9) Epulis

Hipertrofi gusi disebut epulis dapat terjadi pada kehamilan.

10) Pigmentasi

Terjadi pada kehamilan 12 minggu keatas

a) Pipi : Cloasma gravidarum

b) Keluarnya melanophore stimulating hormone hipofisis anterior menyebabkan pigmentasi yang berlebihan pada kulit.

c) Perut : Striae livide - Striae albican

d) Linea alba makin menghitam

e) Payudara : hipepigmentasi areola mammae

f) Varises atau penampakan pembuluh vena Karena pengaruh estrogen dan progesteron terjadi penampakan pembuluh darah vena. Terutama bagi mereka yang mempunyai bakat. Penampakan pembuluh darah itu terjadi disekitar genitalia eksterna, kaki dan betis erta payudara.

b. Tanda Kemungkinan (Probability Sign)

1) Pembesaran Perut Terjadi akibat pembesaran uterus. Hal ini terjadi pada bulan keempat kehamilan.

a) Tanda Hegar Tanda Hegar adalah pelunakan dan dapat ditekannya isthmus uterus.

b) Tanda Goodel Pelunakan serviks

c) Tanda Chadwicks Perubahan warna menjadi keunguan pada vulva dan mukosa vagina termasuk juga porsio dan serviks.

d) Tanda Piskacek Pembesaran uterus yang tidak simetris. Terjadi karena ovum berimplantasi pada daerah dekat dengan kornu sehingga daerah tersebut berkembang lebih dulu.

e) Kontraksi Braxton Hicks Peregangan sel – sel otot uterus, akibat meningkatnya actomycin didalam otot uterus. Kontraksi ini tidak

beritmik, sporadis, tidak nyeri, biasanya timbul pada kehamilan 8 minggu.

- f) Teraba Ballotement Ketukan yang mendadak pada uterus menyebabkan janin bergerak dalam cairan ketuban yang dapat dirasakan oleh tangan pemeriksa.
- g) Pemeriksaan tes biologi kehamilan (planotest) positif Pemeriksaan ini adaah untuk mendeteksi adanya hCG yang diproduksi oleh sinsitotrofoblas sel selama kehamilan. Hormon ini disekresi diperedaran darah ibu (pada plasma darah), dan diekskresi pada urine ibu.

c. Tanda Pasti (Positive Sign)

- 1) Gerakan janin Dalam rahim Gerakan janin ini harus dapat diraba dengan jelas oleh pemeriksa. Gerakan ini baru dapat dirasakan pada usia kehamilan sekitar 20 minggu.
- 2) Denyut jantung janin Dapat didengar pada usia 12 minggu dengan menggunakan alat fetal electrocardiograf (misalnya doppler).
- 3) Bagian bagian janin Bagian besar janin (kepala dan bokong) serta bagian kecil janin (lengan dan kaki) dapat diraba dengan jelas pada usia kehamilan lebih tua (trimester akhir)
- 4) Kerangka janin Kerangka janin dapat dilihat dengan foto rontgen maupun USG (Marjati dkk, 2010)

6. Tanda Bahaya Kehamilan

Menurut kementerian kesehatan (2013) 6 masalah ini bisa menyebabkan keguguran atau kelahiran dini(prematur) yang membahayakan ibu dan bayi yaitu:

- a. Perdarahan Pada Hamil Muda Maupun Hamil Tua
- b. Bengkak Dikaki, Tangan Atau Wajah Disertai Sakit Kepala Atau Kejang.
- c. Demam Atau Panas Tinggi
- d. Air ketuban keluar sebelum waktunya
- d. Bayi Dikandung Gerakannya Berkurang Atau Tidak Bergerak
- e. Muntah terus (tidak mau makan)

7. Antenatal Care (ANC)

ANC adalah upaya preventif program pelayanan kesehatan obstetric untuk optimalisasi luaran maternal dan neonatal melalui serangkaian kegiatan pemantauan rutin selama kehamilan. (Prawirohardjo, 2010).

a. Tujuan ANC

- 1) Memonitor kemajuan kehamilan guna memastikan kesehatan ibu dan perkembangan bayi yang normal
- 2) Mengenali secara dini penyimpangan dari normal dan memberikan penatalaksanaan yang di perlukan
- 3) Membina hubungan saling percaya antara ibu dan bidan dalam rangka mempersiapkan ibu dan keluarga secara fisik, emosional, dan logis untuk menghadapi kelahiran serta serta kemungkinan adanya komplikasi.(Rismalinda, 2015)

b. Kebijakan Program Asuhan ANC

Menurut teori (Rismalinda,2015), ditinjau dari tuanya kehamilan, kehamilan dibagi dalam 3 bagian, yaitu:

- 1) Kehamilan triwulan pertama (antara 0 – 14 minggu)
- 2) Kehamilan triwulan kedua (antara 14 – 28 minggu)
- 3) Kehamilan triwulan ketiga (antara 28 – 40 minggu)

c. Standar Pelayanan Minimal Antenatal

Pelayanan antenatal sesuai standar adalah pelayanan yang diberikan ibu hamil minimal 4 kali selama kehamilan dengan jadwal satu kali pada trimester pertama, satu kali pada trimester kedua dan dua kali pada trimester ketiga yang dilakukan oleh bidan atau dokter spesialis kebidanan baik yang bekerja di fasilitas pelayanan kesehatan pemerintah maupun swasta yang memiliki Surat Tanda Registrasi (STR).

Pemeriksaan Antenatal Care terbaru sesuai dengan standar pelayanan yaitu minimal 6 kali pemeriksaan selama kehamilan,dan minimal 2 kali pemeriksaan oleh dokter pada trimester I dan III. 2 kali pada trimester pertama (kehamilan hingga 12 minggu), 1 kali pada trimester kedua (kehamilan diatas 12 minggu sampai 26 minggu), 3 kali

pada trimester ketiga (kehamilan diatas 24 minggu sampai 40 minggu) (Buku KIA Terbaru Revisi tahun 2020).

d. Standar Asuhan Pelayanan Pemeriksaan Kehamilan / ANC.

Menurut Depkes RI (2014) Dalam melakukan pemeriksaan antenatal, tenaga kesehatan harus memberikan pelayanan yang berkualitas sesuai standar terdiri dari :

- 1) Timbang Berat Badan dan ukur tinggi badan Penimbangan berat badan pada setiap kali kunjungan antenatal dilakukan untuk mendeteksi adanya gangguan pertumbuhan janin. Penambahan berat badan yang kurang dari 9 kilogram selama kehamilan atau kurang dari 1 kilogram setiap bulannya menunjukkan adanya gangguan pertumbuhan janin. Pengukuran tinggi badan pada pertama kali kunjungan dilakukan untuk menapis adanya faktor risiko pada ibu hamil. Tinggi badan ibu hamil kurang dari 145 cm meningkatkan risiko untuk terjadinya CPD (Cephalo Pelvic Disproportion).
- 2) Ukur Tekanan Darah
Pengukuran tekanan darah pada setiap kali kunjungan antenatal dilakukan untuk mendeteksi adanya hipertensi (tekanan darah 140/90 mmHg pada kehamilan dan preeklampsia (hipertensi) disertai edema wajah dan atau tungkai bawah dan atau proteinuria).
- 3) Nilai Status Gizi (ukur lingkar lengan Atas/LILA)
LILA <23,5 cm, resiko KEK (kurang energi kronis)
- 4) Ukur Tinggi Fundus Uteri Pengukuran tinggi fundus pada setiap kali kunjungan antenatal dilakukan untuk mendeteksi pertumbuhan janin sesuai atau tidak sesuai dengan umur kehamilan, kemungkinan ada gangguan pertumbuhan janin. Standar pengukuran menggunakan pita ukur setelah kehamilan 24 minggu

Tabel 2.1 Ukuran tinggi Fundus Uteri

Usia kehamilan (Minggu)	Tinggi Fundus Uteri
12	3 jari diatas simfisis
16	Pertengahan Pusat-simfisis
20	3 jari dibawah pusat
24	Setinggi pusat
28	3 jari diatas pusat
32	Pertengahan pusat-prosesus xiphoideus (px)
36	1 jari dibawah prosesus xiphoideus (px)
40	3 jari di bawah prosesus xiphoideus

5) Beri Imunisasi Tetanus Toksoid (TT) Untuk mencegah terjadinya tetanus neonatorum, ibu hamil harus mendapat imunisasi TT. Pada saat kontak pertama., ibu hamil di skrining status imunisasi TT, Pemberian imunisasi TT pada ibu hamil , sesuai dengan status imunisasi saat ini.

Table 2.2 Jadwal Imunisasi Tetanus Toxoid

TT Ke	Interval	Lama Perlindungan
TT1	Pada kunjungan antenatal pertama	
TT2	4 Minggu setelah TT1	3 Tahun
TT3	6 bulan setelah TT2	5 tahun
TT4	1 Tahun setelah TT3	10 Tahun
TT5	1 Tahun setelah TT4	35 tahun atau seumur hidup

6) Beri Tablet Tambah Darah (Zat Besi)

Untuk mencegah anemia gizi besi, setiap ibu hamil harus mendapat tablet zat besi minimal 90 tablet selama kehamilan diberikan sejak kontak pertama.

7) Pemeriksaan Hb

Pemeriksaan Hb yang sederhana yakni dengan cara Talquist dan dengan cara Sahli. Pemeriksaan Hb dilakukan pada kunjungan ibu hamil pertama kali, lalu periksa lagi menjelang persalinan. Pemeriksaan Hb adalah salah satu upaya untuk mendeteksi Anemia pada ibu hamil. Menurut WHO kadar Hb terdiri dari :

- a) Normal : 11,5 gr%
- b) Anemia ringan : 9-11 gr%
- c) Anemia sedang : 7-8,9 gr% d. Anemia berat : < 7 gr%

8) Temu wicara / Konseling Komunikasi yang baik antara pasien dan tenaga kesehatan, sangat penting dibina dari sejak awal melalui temu wicara dapat ditemukan kesepakatan untuk melakukan rujukan apabila terjadi komplikasi-komplikasi pada saat kehamilan.

8. Perubahan Fisiologis Pada Ibu Hamil Trimester I, II dan III

a. Trimester 1 (satu)

1) Uterus

Selama kehamilan uterus akan beradaptasi untuk menerima hasil konsepsi sampai nanti persalinan. Pada usia kehamilan 12 minggu uterus berukuran kira-kira seperti buah jeruk besa

2) Serviks

Serviks merupakan organ yang kompleks dan heterogen yang mengalami perubahan yang luar biasa selama kehamilan dan persalinan. Satu bulan setelah konsepsi serviks akan menjadi lebih lunak dan menjadi kebiruan. Serviks bersifat seperti katub yang bertanggung jawab menajadi janin di dalam uterus sampai akhir kehamilan dan selama kehamilan. Selama kehamilan serviks tetap tertutup rapat, melindungi janin dari kontaminasi eksternal, dan menahan isi uterus. Panjang uterus tetap sama yaitu kurang lebih 2,5 cm selama kehamilan tetapi menjadi lebih lunak karna adanya peningkatan estrogen dan progesteron dan menjadi berwarna kebiruan dikarenakan peningkatan vaskularitas.

3) ovarium

Proses ovulasi selama kehamilan akan terhenti dan pematangan folikel baru juga ditunda.hanya satu korpus luteum yang dapat ditemukan di ovarium. Folikel ini akan berfungsi maksimal selama 6-7 minggu awal kehamilan dan setelah itu akan berperan sebagai

penghasil progesteron dalam jumlah yang relatif minimal (Prawirohardjo, 2010).

4) Vagina

Dinding vagina mengalami banyak perubahan yang merupakan persiapan untuk mengalami peregangan pada waktu persalinan dengan meningkatnya ketebalan mukosa, mengendorornya jaringan ikat dan hipertrofi sel otot polos. Peningkatan volume sekresi vagina juga terjadi, dimana sekresi akan berwarna keputihan, menebal dan PH antara 3,5-6 yang merupakan hasil dari peningkatan produksi asam laktat glikogen yang dihasilkan oleh epitel vagina sebagai aksi dari *Lactobacillus acidophilus* (Prawirohardjo, 2010).

5) Payudara

Pada awal kehamilan perempuan akan merasakan payudaranya menjadi lunak. Setelah bulan kedua payudara akan bertambah ukurannya dan vena-vena dibawah kulit akan lebih terlihat, Putih payudara akan lebih besar, kehitaman dan tegak, Setelah bulan pertama cairan kuning bernama kolostrum akan keluar. Kolostrum ini berasal dari kelenjar-kelenjar asinus yang mulai bersekresi.

Meskipun dapat dikeluarkan, air susu belum dapat diproduksi karena hormon prolaktin ditekan oleh prolaktin inhibiting hormone. Setelah persalinan kadar progesteron dan estrogen menurun sehingga pengaruh inhibisi progesterone terhadap α -laktalbumin akan hilang. Peningkatan prolaktin akan merangsang sintesis lactose dan pada akhirnya akan meningkatkan produksi air susu (Prawirohardjo, 2010)

b. Trimester II (Dua)

1) Uterus

Pada trimester ini uterus akan membesar sehingga uterus akan menyentuh dinding abdominal dan hampir menyentuh hati, mendorong usus ke samping dan ke atas. Pada trimester kedua ini kontraksi dapat di deteksi dengan pemeriksaan bimanual. (Rimalinda, 2015). Perubahan bentuk dan ukuran uterus :

- a) Pada kehamilan 16 minggu, tingginya rahim (uterus) setengah dari jarak simfisis dan pusat. Plasenta telah terbentuk seluruhnya.
- b) Pada kehamilan 20 minggu, fundus rahim terletak 3 jari dibawah pusat sedangkan pada umur 24 minggu tepat ditepi atas pusat.
- c) Pada kehamilan 28 minggu, tingginya fundus uteri sekitar 3 jari diatas pusat atau sepertiga antara pusat dan prosesus xifoideus. (Manuaba, 2010)

2) Vagina

Pada kehamilan trimester ke dua ini terjadinya peningkatan cairan vagina selama kehamilan adalah normal. Cairan biasanya jernih, pada saat ini biasanya agak kenyal dan mendekati persalihan menjadi cair. Yang terpenting adalah tetap menjaga kebersihan. (Rismalinda, 2015).

3) Payudara

Pada trimester kedua ini, payudara akan semakin membesar dan mengeluarkan cairan yang kekuningan yang disebut dengan colostrum. Keluarnya kolostrum ini adalah makanan bayi pertama kali yang kaya akan protein, colostrum akan keluar bila puting di pencet. Aelora payudara makin hitam karena hiperpigmentasi

c. Trimester III

1) Uterus

Perubahan bentuk dan ukuran uterus :

- a) Pada kehamilan 32 minggu, tingginya setengah jarak prosesus xifoideus dan pusat.
- b) Pada kehamilan 36 minggu, tinggi fundus uteri sekitar 1 jari dibawah prosesus xifoideus. Kepala bayi belum masuk Pintu Atas Panggul (PAP).
- c) Pada kehamilan 40 minggu, fundus uteri turun setinggi 3 jari dibawah prosesus xifoideus, karena kepala janin sudah masuk Pintu Atas Panggul (PAP). (Manuaba, 2010)

2) Serviks

Pembukaan serviks merupakan mekanisme yang terjadi saat jaringan ikat serviks yang keras dan panjang secara progresif melunak dan memendek dari atas ke bawah. Serat otot yang melunak sejajar os serviks internal tertarik ke atas, masuk ke segmen bawah uterus dan berada di sekitar bagian presentasi janin dan air ketuban.

3) Vagina

Dinding vagina mengalami banyak perubahan yang merupakan persiapan untuk mengalami peregangan pada waktu persalinan dengan meningkatkan ketebalan mukosa. Peningkatan volume secret vagina juga terjadi, dimana sekresi akan berwarna keputihan menebal, dan PH antar 3,5-6 yang merupakan hasil dari peningkatan produksi asam laktat glukogen yang dihasilkan oleh epitel vagina sebagai aksi dari *Lactobacillus acidophilus*.

9. Perubahan Psikologi Pada Ibu Hamil Trimester I, II dan III

Menurut Romauli 2014 Adapun Perubahan Psikologi Yaitu :

a. Trimester I (periode penyesuaian)

Kadar hormon estrogen dan progesteron segera setelah konsepsi mengalami 33 peningkatan sehingga menyebabkan mual muntah pada pagi hari, lemas, lelah dan membesarnya payudara. Hal ini menyebabkan ibu merasa tidak sehat dan terkadang membenci, kecewa, cemas, sedih dan menolak kehamilannya. Pada trimester pertama ini, ibu hamil selalu mencari tanda-tanda untuk meyakinkan bahwa dirinya sedang hamil

b. Trimester 2 (periode kesehatan yang baik)

Pada trimester ke 2 ini sudah tidak seperti trimester sebelumnya, ibu sudah merasa lebih sehat. Tubuh ibu sudah terbiasa dengan kadar hormon yang tinggi, rasa tidak nyaman dengan kehamilannya sudah berkurang dan menerima kehamilannya. Ibu merasa lebih stabil, dalam mengatur diri dan kondisi juga lebih baik dan menyenangkan, ibu mulai terbiasa dengan perubahan fisik yang terjadi pada dirinya.

c. Trimester 3 (periode penantian dengan penuh kewaspadaan)

Trimester 3 ini sering disebut periode menunggu dan waspada karena ibu tidak sabar menunggu kelahiran bayinya. Terkadang ibu khawatir dengan bayinya yang akan lahir sewaktu waktu. Keadaan ini menyebabkan ibu menjadi lebih waspada terjadinya tanda atau gejala terjadinya persalinan. Sering terjadi ibu yang khawatir dengan bayinya apabila lahir dengan keadaan tidak normal. Rasa tidak nyaman akibat kehamilan timbul kembali pada trimester ini, banyak ibu yang merasa dirinya aneh dan jelek. Disamping itu ibu juga merasaa sedih karena akan berpisah dengan bayinya dan kehilangan perhatian khusus yang diterimanya selama hamil

10. Ketidak Nyamanan Dan Penanganan Selama Kehamilan

a. Trimester pertama

1) Mual dan muntah

Diakibatkan karna meningkatnya kadar HCG, estrogen / progesterone. Penanganan : Hindari bau yang menyengat dan faktor penyebab, makan sedikit tapisering, hindari makanan yang berminyak dan berbumbu yang merangsang.

b. Trimester ke Dua

1) Kram kaki

Karna adanya tegang pada otot betis dan otot telapak kaki, diduga adanya ketidakseimbangan mineral di dalam tubuh ibu yang memicu gangguan pada system persyarafan otot-otot tubuh. Penanganan : lakukan senam hamil secara teratur karna senam hamil dapat memperlancar aliran darah dalam tubuh, meningkatkan komsumsi makanan yang tinggi kandungan kalsium dan magnesium seperti sayuran serta susu.

2) Sembelit

Karna peningkatan kadar progesterone menyebabkan peristaltic usus menjadi lambat. Penyerapan air di dalam kolon meningkat karan efek samping dari penggunaan zat besi.

Penanganan : tingkatkan intake cairan, serat di dalam menu makanan, istirahat yang cukup, senam hamil, membiasakan BAB secara teratur.

c. Trimester Ke Tiga

1) Sering buang air kecil

Adanya tekanan pada kandung kemih akibat semakin besar ukuran janin. Penanganan : perbanyak minum pada pagi dan siang hari dan mengurangi minum pada malam hari.

2) Nyeri Punggung

Nyeri punggung (low back pain) merupakan hal fisiologis yang terjadi pada ibu hamil, Keluhan ini dimulai pada usia kehamilan 12 minggu dan akan meningkat pada saat usia kehamilan 24 minggu hingga menjelang persalinan. Nyeri biasanya terasa di punggung bagian bawah, terkadang menyebar sampai turun ke kaki. Terdapat juga variasi besar dalam keparahan gejala di antara individu. Beberapa ibu mengalami kekakuan atau ketidaknyamanan yang bersifat sementara, sedangkan ibu lain mengalami kekakuan atau ketidaknyamanan yang berat. Rasa nyeri sering dirasakan ibu pada waktu malam hari. Hal ini diakibatkan oleh pengaruh aliran darah ke vena ke arah lumbal sebagai peralihan cairan dari intraseluler ke arah ekstraseluler akibat dari aktivitas yang dilakukan ibu (Irianti, 2013). Nyeri biasanya diperburuk oleh lamanya waktu berdiri atau duduk, membungkukkan tubuh dan mengangkat. Beberapa ibu juga mengalami nyeri di atas simfisis pubis atau spina toraks di waktu yang sama (Robson, 2012). Penyebab awal terjadinya back pain (nyeri punggung) adalah dipengaruhi oleh perubahan hormon dan postural karena uterus yang berisi janin mengubah pusat gravitasi ibu. Pusat gaya tarik bumi akan bergeser ke arah anggota gerak bawah (tungkai kaki) disini bisa terjadi kenaikan mobilitas dari sendi-sendi tubuh sendi sakrokoksigea, sakroiliaka, dan pubis. Perubahan sendi dapat ikut berpengaruh pada perubahan postur ibu

hamil dan dapat menimbulkan rasa tidak nyaman di punggung terutama terjadi pada masa-masa akhir kehamilan. (Robson, 2012)

Beberapa upaya yang dapat dilakukan untuk mengurangi nyeri punggung adalah posisi / sikap tubuh yang baik selama melakukan aktivitas, gunakan bra yang menopang dengan ukuran yang tepat, gunakan kasur yang keras, gunakan bantal ketika tidur untuk meluruskan punggung, hindari mengangkat barang berat, Posisi duduk sebaiknya duduklah dengan posisi bersandar dengan kaki yang menapak langsung pada lantai, hindari penggunaan high heel selama hamil, terutama pada trimester ketiga kehamilan (Robson, 2012).

11. Tanda bahaya dan komplikasi ibu dan janin pada kehamilan

a. Perdarahan pervaginam pada kehamilan muda Perdarahan pervaginam dalam kehamilan terbagi menjadi 2 yaitu sebelum 24 minggu dan setelah 24 minggu usia kehamilan.

1) Perdarahan sebelum 24 minggu disebabkan oleh :

a) *Implantation bleeding* : sedikit perdarahan saat trophoblast melekat pada endometrium. Bleeding terjadi saat implantasi 8 – 12 hari setelah fertilisasi

b) *Abortion* : 15% terjadi pada aborsi spontan sebelum 12 minggu usia kehamilan dan sering pada primigravida.

c) *Hydatidiform mola* : akibat dari degenerasi chorionic villi pada awal kehamilan. Embrio mati dan di reabsorpsi / mola terjadi di dekat fetus. Sering terjadi pada wanita perokok, mempunyai riwayat multipara.

d) *Ectopic pregnancy* : ovum dan sperma yang berfertilisasi kemudian berimplantasi di luar dari uterine cavity, 95% berada di tuba, bisa juga berimplantasi di ovarium, abdominal cavity

e) *Cervical lesion* : lesi pada serviks

f) *Vaginitis* : infeksi pada vagina.

Perdarahan pada awal kehamilan yang abnormal bersifat merah segar, banyak dan adanya nyeri perut.

2) Perdarahan lebih dari 24 minggu :

Antepartum haemorrhage adalah komplikasi serius karena bisa menyebabkan kematian maternal dan bayi. ada 2 jenis yaitu :

a) Plasenta previa : akibat dari letak plasenta yang abnormal, biasanya plasenta ini terletak sebagian atau total plasenta terletak pada segmen bawah Rahim

b) Solusio plasenta : terlepasnya plasenta sebelum waktunya
Penanganan : Tanyakan pada ibu tentang karakteristik perdarahan, kapan mulai terjadi, seberapa banyak, warnanya, adakah gumpalan, rasa nyeri ketika perdarahan.

(1) Periksa tekanan darah ibu, suhu, nadi, dan denyut jantung janin.

(2) Lakukan pemeriksaan eksternal, rasakan apakah perut bagian bawah teraba lembut, kenyal ataupun keras.

(3) Jangan lakukan pemeriksaan dalam, apabila mungkin periksa dengan speculum.

3) Hipertensi

Gestational hypertension adalah adanya tekanan darah 140/90 mmHg atau lebih atau peningkatan 20 mmHg pada tekanan diastolic setelah 20 minggu usia kehamilan dengan pemeriksaan minimal 2 kali setelah 24 jam pada wanita yang sebelumnya normotensive.

Apabila diikuti proteinuria dan oedema maka di kategorikan sebagai preeklamsi, bila di tambah adanya kejang maka di sebut eklamsi.

Penanganan:

a) Tanyakan pada ibu mengenai tekanan darah sebelum dan selama kehamilan serta tanda-tanda preeklamsi.

b) Tanyakan tentang riwayat tekanan darah tinggi dan preeklamsi pada ibu dan keluarga.

c) Periksa dan monitor tekanan darah, protein urine, refleks dan oedema.

d) Anjurkan ibu untuk rutin ANC dan perispakan rujukan untuk persalinan.

b. Nyeri perut bagian bawah

Nyeri perut bagian bawah perlu dicermati karena kemungkinan peningkatan kontraksi uterus dan mungkin mengarah pada adanya tanda-tanda ancaman keguguran. Nyeri yang membahayakan bersifat hebat, menetap, dan tidak hialng setelah ibu istirahat. Hal ini bisa berhubungan dengan appemdicitis, kemahilan ektopik, aborsi, radang panggul, ISK.

Penanganan:

- 1) Tanyakan pada ibu mengenai karakteristik nyeri, kapan terjadi, seberapa hebat, kapanmmulai dirasakan, apakah berkurang bila ibu istirahat.
- 2) Tanyakan pada ibu mengenai tanda gejala lain yang mungkin menyertai misalnya muntah, mual, diare, dan demam.
- 3) Lakukan pemeriksaan luar dan dalam, periksa adanya nyeri di bagian pinggang dalam.
- 4) Lakukan pemeriksaan proteinuria

c. Sakit kepala yang hebat

Sakit kepa dan pusing sering terjadi selama kehamilan, sakit kepala yang berisfat hebat dan terus menerus dan tidak hilang bila di bawa istihat adalah sakit kepala yang abnormal. Bila ibu merasakan sakit kepala hebat di tambah dengan adanya pandangan kabur bisa jadi adalah gejala pre eklamsi.

Penanganan :

- 1) Tanyakan ibu jika ia mengalami odema pada muka / tangan
- 2) Lakukan permeriksaan tekanan darah, adanya proteinuria, refleks dan oedema
- 3) Bengkak di wajah dan tangan

Bengkak yang muncul pada sore hari dan biasanya hilang bila istirahat dengan kaki ditinggikan adalah hal yang normal pada ibu hamil. Bengkak merupakan masalah yang serius apabila muncul pada muka dan tangan, tidak hilang setelah beristirahat, dan disertai dengan keluhan fisik lainnya. Hal tersebut mungkin merupakan tanda-tanda adanya anemia, gagal jantung, ataupun preeklamsi.

Penanganan:

- 1) Tanyakan pada ibu apakah mengalami sakit kepala
- 2) Periksa pembengkakan terjadi di mana, kapan hilang, dan karakteristik
- 3) Ukur tekanan darah
- 4) Lakukan pemeriksaan hemoglobin, lihat warna konjungtiva ibu, telapak tangan

d. Gerakan Janin Tidak Terasa

Secara normal ibu merasakan adanya gerakan janin pada bulan ke 5 atau ke 6 usia kehamilan, namun ada beberapa ibu yang merasakan gerakan janin lebih awal.

Jika janin tidur gerakan janin menjadi lemah. Gerakan janin dapat ibu rasakan pada saat ibu istirahat, makan, dan berbaring. Biasanya janin bergerak paling sedikit 3 kali dalam 3 jam (Rismalinda, 2015).

Penanganan:

- 1) Tanyakan ibu kapan merasakan gerakan janin terakhir kali
- 2) Dengarkan denyut jantung janin menggunakan dopler
- 3) Rujuk agar mendapatkan pemeriksaan ultrasound

B. Persalinan

1. Pengertian Persalinan

Persalinan adalah serangkaian kejadian yang berakhir dengan pengeluaran bayi cukup bulan atau hampir cukup bulan, disusul dengan pengeluaran plasenta dan selaput janin dari tubuh ibu (Diana, 2019). Persalinan merupakan proses membuka dan menipisnya serviks sehingga

janin dapat turun ke jalan lahir. Persalinan dan kelahiran normal merupakan proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu) dengan adanya kontraksi rahim pada ibu. Prosedur secara ilmiah lahirnya bayi dan plasenta dari rahim melalui proses yang dimulai dengan terdapat kontraksi uterus yang menimbulkan terjadinya dilatasi serviks atau pelebaran mulut rahim (Irawati, Muliani, & Arsyad, 2019).

Persalinan adalah suatu kejadian yang berakhir dengan pengeluaran bayi yang cukup bulan atau hampir cukup bulan yang kemudian, disusul dengan pengeluaran placenta dan selaput janin. Dalam proses persalinan dapat terjadi perubahan-perubahan fisik yaitu, ibu akan merasa sakit pinggang dan perut bahkan sering mendapatkan kesulitan dalam bernafas dan perubahan-perubahan psikis yaitu merasa takut kalau apabila terjadi bahaya atas dirinya pada saat persalinan, takut yang dihubungkan dengan pengalaman yang sudah lalu misalnya mengalami kesulitan pada persalinan yang lalu (Rinata, 2018).

2. Fisiologi Persalinan

Perubahan fisiologis dan psikologis selama persalinan bersifat dramatis dan sering dianggap ringan. Waktu dan intensitas perubahan bervariasi antar berbagai sistem, tetapi semuanya dirancang guna memberi kesempatan kepada ibu untuk merawat janinnya dan mempersiapkan proses persalinannya. Sebagian besar wanita menganggap bahwa persalinan adalah peristiwa kodrati yang harus dilalui tetapi ada juga yang menganggap sebagai peristiwa khusus yang sangat menentukan kehidupan selanjutnya. Perubahan fisiologis ini nantinya akan mempengaruhi jalannya persalinan (Fitriana, 2018).

3. Tujuan Asuhan Persalinan Normal

Tujuan persalinan normal adalah menjaga kelangsungan hidup dan memberikan derajat kesehatan yang tinggi bagi ibu dan bayinya, melalui upaya yang terintegrasi dan lengkap, tetapi dengan intervensi yang seminimal mungkin agar prinsip keamanan dan kualitas pelayanan dapat terjaga pada tingkat yang diinginkan (optimal). Melalui pendekatan ini maka

setiap 40 intervensi yang diaplikasikan dalam Asuhan Persalinan Normal (APN) harus mempunyai alasan dan bukti ilmiah yang kuat tentang manfaat intervensi tersebut bagi kemajuan dan keberhasilan proses persalinan (JNPK-KR, 2017).

4. Etiologi Persalinan

Ada beberapa teori yang menjelaskan tentang sebab terjadinya persalinan adalah :

a. Penurunan kadar Estrogen dan Progesteron Hormon progesterone

Menimbulkan relaksasi otot-otot rahim, sebaliknya hormon estrogen meninggikan kerentanan otot-otot rahim. Selama kehamilan terdapat keseimbangan antara kadar progesteron dan estrogen di dalam darah, tetapi pada akhir kehamilan kadar progesteron menurun sehingga timbul his.

b. Teori oksitosin

Menjelang persalinan, terjadi peningkatan reseptor oksitosin dan otot Rahim, sehingga mudah terangsang saat disuntikkan oksitosin dan menimbulkan kontraksi. Diduga bahwa oksitosin dapat meningkatkan pembentukan prostaglandin dan persalinan dapat berlangsung terus.

c. Teori ketegangan otot Rahim

Keadaan otot uterus yang terus membesar dan menjadi tegang mengakibatkan iskemia otot-otot uterus. Hal ini merupakan faktor yang dapat mengganggu sirkulasi uteroplasenter sehingga plasenta mengalami degenerasi. Otot Rahim mempunyai kemampuan meregang sampai batas tertentu. Apabila batas tersebut sudah terlewati, maka akan terjadi kontraksi sehingga persalinan dapat dimulai.

d. Teori prostaglandin

Prostaglandin sangat meningkatkan cairan amnion dan desidua dari minggu ke-15 hingga aterm, dan kadarnya meningkat hingga kewaktu partus. Diperkirakan terjadinya penurunan progesterone dapat memicu interleikin-1 untuk dapat melakukan “hidrolisis gliserofosfolipid”, sehingga terjadi pelepasan dari asam arakidonat menjadi prostaglandin,

PGE2 dan PGF2 alfa. Terbukti pula bahwa saat memulainya persalinan, terdapat penimbunan dalam jumlah besar asam arakidonat dan prostaglandin dalam cairan amnion. Disamping itu, terjadi pembentukan prostasiklin dalam myometrium, desidua, dan korion leave. Prostaglandin dalam melunakan serviks dan merangsang kontraksi bila diberikan dalam bentuk infus, per os, atau secara intravaginal.

e. Teori janin

Terdapat hubungan hipofisis dan kelenjar suprarenal yang menghasilkan sinyal kemudian diarahkan kepada maternal sebagai tanda bahwa janin telah siap lahir namun mekanisme ini belum diketahui secara pasti.

f. Teori berkurangnya nutrisi

Teori berkurangnya nutrisi pada janin diungkapkan oleh Hippocrates untuk pertama kalinya. Hasil konsepsi akan segera dikeluarkan bila nutrisi telah berkurang.

g. Teori plasenta menjadi tua

Plasenta yang semakin tua seiring dengan bertambahnya usia kehamilan akan menyebabkan turunya kadar esterogen sehingga timbulnya kontraksi Rahim (Yulizawati et al., 2018).

5. Tanda Mulainya Persalinan.

Tanda – tanda bahwa persalinan sudah dekat yaitu :

a. Tanda persalinan sudah dekat

1) Lightening Menjelang minggu ke-36 pada primigravida, terjadi penurunan fundus uterus karena kepala bayi sudah masuk ke dalam panggul. Penyebab dari proses ini adalah sebagai berikut :

a) Kontraksi Braxton Hicks

b) Ketegangan dinding perut

c) Ketegangan ligamentum rotundum

d) Gaya berat janin, kepala kearah bawah uterus Masuknya kepala janin kedalam panggul dapat dirasakan oleh wanita hamil dengan tanda-tanda sebagai berikut:

- (1) Terasa ringan dibagian atas dan rasa sesak berkurang
 - (2) Dibagian bawah terasa penuh dan mengganjal
 - (3) Kesulitan saat berjalan
 - (4) Sering berkemih
- Gambaran lightening pada primigravida menunjukkan hubungan normal antara ketiga P, yaitu: power (his); passage (jalan lahir); dan passenger (bayi dan plasenta). Pada multipara gambarannya menjadi tidak sejelas pada primigravida, karena masuknya kepala janin kedalam panggul terjadi bersamaan dengan proses persalinan.

b. Terjadinya his permulaan

Pada saat hamil muda sering terjadi kontraksi Braxton Hicks yang kadang dirasakan sebagai keluhan karena rasa sakit yang ditimbulkan. Biasanya pasien mengeluh adanya rasa sakit di pinggang dan terasa sangat mengganggu, terutama pada pasien dengan ambang rasa sakit yang rendah. Adanya perubahan kadar hemoglobin esterogen dan progesterone menyebabkan oksitosin semakin meningkat dan dapat menjalankan fungsinya dengan efektif untuk menimbulkan kontraksi atau his permulaan. His permulaan ini sering diistilahkan sebagai his palsu dengan ciri-ciri sebagai berikut:

- 1) Rasa nyeri ringan di bagian bawah
- 2) Datang tidak teratur
- 3) Tidak ada perubahan pada serviks atau tidak ada tandatanda kemajuan persalinan
- 4) Durasi pendek
- 5) Tidak bertambah bila beraktivitas

c. Tanda masuk dalam persalinan Terjadinya his persalinan. Karakter dari his persalinan:

- 1) Pinggang terasa sakit menjalar kedepan
- 2) Sifat his teratur, interval makin pendek, dan kekuatan makin besar
- 3) Terjadi perubahan pada serviks

4) Jika pasien menambah aktivitasnya, misalnya dengan berjalan, maka kekuatannya bertambah.

d. Pengeluaran lendir dan darah (penanda persalinan) Dengan adanya his persalinan, terjadi perubahan pada serviks yang menimbulkan.

1) Pendataran dan pembukaan

2) Pembukaan menyebabkan selaput lendir yang terdapat pada kenalis servikalis terlepas

3) Terjadi perdarahan karena kapiler pembuluh darah pecah

e. Pengeluaran cairan

Sebagian pasien mengeluarkan air ketuban akibat pecahnya selaput ketuban. Jika ketuban sudah pecah, maka ditargetkan persalinan dapat berlangsung dalam 24 jam. Namun jika ternyata tidak tercapai, maka persalinan akhirnya diakhiri dengan tindakan tertentu, misalnya ekstraksi vakum, atau section caesaria. (Kurniarum, 2016)

6. Faktor yang Mempengaruhi Proses Persalinan

Menurut Kuswanti dan Melina, 2014 faktor yang mempengaruhi proses persalinan yaitu :

a. Power (kekuatan/tenaga)

Kekuatan yang mendorong janin saat persalinan adalah his, kontraksi otot-otot perut, kontraksi diafragma dan aksi dari ligament.

b. His (Kontraksi Uterus)

His adalah kontraksi otot - otot rahim pada persalinan. Sifat his yang baik dan sempurna yaitu : Kontraksi yang simetris, fundus dominan, yaitu kekuatan paling tinggi berada di fundus uteri, kekuatan seperti meremas rahim, setelah adanya kontraksi, diikuti dengan adanya relaksasi, pada setiap his menyebabkan terjadinya perubahan pada serviks, yaitu menipis dan membuka. Pembagian dan sifat-sifat his :

1) His pendahuluan : His tidak kuat, tidak teratur dan menyebabkan bloody show.

2) His pembukaan : His pembukaan serviks sampai terjadi pembukaan 10 cm, mulai kuat, teratur dan terasa sakit atau nyeri.

- 3) 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.
- 4) His pelepasan uri (kala III) : Kontraksi sedang untuk melepaskan dan melahirkan plasenta.
- 5) His pengiring Kontraksi lemah, masih sedikit nyeri, pengecilan rahim dalam beberapa jam atau hari.

c. Passage (jalan lahir)

Dalam obsterik dikenal ada empat macam bentuk panggul menurut Caldwell dan Moloy dengan masing-masing berciri sebagai berikut:

1) Jenis Ginekoid

Panggul jenis ini merupakan bentuk paling baik, karena dengan bentuk panggul yang hampir bulat seperti ini memungkinkan kepala bayi mengadakan penyesuaian saat proses persalinan.

2) Jenis Android

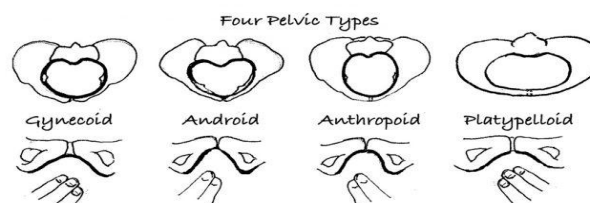
Ciri jenis ini adalah bentuk pintu atas panggulnya hampir seperti segitiga. Panggul jenis ini umumnya dimiliki pria, namun ada juga wanita yang mempunyai panggul jenis ini.

3) Jenis Platipeloid

Panggul jenis ini seperti panggul jenis ginekoid, hanya mengalami penyempitan pada arah muka belakang.

4) Jenis Antropoid

Panggul jenis ini mempunyai ciri berupa bentuknya yang lonjong seperti telur.



Gambar 2.1 Jenis – jenis panggul

Sumber : Sulistyawati, 2010

d. Ukuran-ukuran panggul

Ukuran panggul digunakan untuk menemukan garis besar bentuk dan ukuran panggul apabila dikombinasikan dengan pemeriksaan dalam.

Ukuran-ukuran panggul luar :

- 1) Distansia Spinarum Jarak antara kedua spina iliaca anterio superior sinistra dan dekstra, jaraknya 24-26 cm.
- 2) Distansia Kristarum Jarak terpanjang antara dua tempat yang simetris pada krista iliaca kanan dan kiri, jaraknya 28-30 cm.
- 3) Konjugata eksterna/ boudelogue Merupakan jarak bagian atas simpisis dan proesus spinosus lumbal 5, jaraknya 18-20 cm.
- 4) Distansia Intertrokantrika Merupakan jarak antara kedua trokanter mayor.
- 5) Distansia Tuberum Jarak antara tuber ischii kanan dan kiri. Untuk mengukurnya dipakai jangka panggul Osceander, jaraknya 10,5 cm.

7. Jenis Persalinan

- a. Persalinan Spontan Yaitu persalinan yang berlangsung dengan kekuatan ibu sendiri, melalui jalan lahir ibu tersebut.
- b. Persalinan Buatan Bila persalinan dibantu dengan tenaga dari luar misalnya ekstraksi forceps, atau dilakukan operasi Sectio Caesaria.
- c. Persalinan Anjuran Persalinan yang tidak dimulai dengan sendirinya tetapi baru berlangsung setelah pemecahan ketuban, 88 pemberian pitocin atau prostaglandin (Yulizawati et al., 2018)

Menurut usia kehamilan, persalinan dapat dibagi empat macam, yaitu:

- a. *Abortus* (keguguran). Penghentian dan pengeluaran hasil konsepsi dari jalan lahir sebelum mampu hidup di luar kandungan. Usia kehamilan biasanya mencapai kurang dari 28 minggu dan berat janin kurang dari 1.000 gram.
- b. *Partus prematurus*. Pengeluaran hasil konsepsi baik secara spontan atau buatan sebelum usia kehamilan 28-36 minggu dengan berat janin kurang dari 2.499 gram.

- c. *Partus matures* atau *aterm* (cukup bulan). Pengeluaran hasil konsepsi yang spontan ataupun buatan antara usia kehamilan 37-42 minggu dengan berat janin lebih dari 2.500 gram.
- d. *Partus postmaturus* (*serotinus*). Pengeluaran hasil konsepsi yang spontan ataupun buatan melebihi usia kehamilan 42 minggu dan tampak tanda-tanda janin posmatur (Jannah,2015)

Pengertian persalinan dapat diartikan menjadi tiga bagian menurut cara persalian, yaitu sebagai berikut:

- a. Persalinan normal atau disebut juga persalinan spontan. Pada persalian ini, proses kelahiran bayi pada letak belakang kepala (LBK) dengan tenaga ibu sendiri berlangsung tanpa bantuan alat serta tidak melukai ibu dan bayi yang umumnya berlangsung kurang dari 24 jam (Jannah, 2015).
- b. Persalian abnormal/buatan, Persalinan pervaginam dengan menggunakan bantuan alat, seperti ekstraksi dengan *forceps* atau *vakum* atau melalui dinding perut dengan operasi *section caesarea* atau SC (Jannah, 2015).
- c. Persalinan anjuran. Persalinan tersebut tidak dimulai dengan sendirinya, seperti dengan pemecahan ketubsn dan pemberian prostaglandin (Jannah, 2015).

8. Tahapan Persalinan (Kala I,II,III,dan IV)

a. Kala I

Kala I persalinan dimulai sejak terjadinya kontraksi uterus dan pembukaan servix hingga mencapai pembukaan lengkap (10 cm). Persalinan kala I berlangsung 18-24 jam dimana primi memiliki rentang waktu 12 jam dan multi memiliki rentang waktu 10 jam serta kala I terbagi menjadi dua fase yaitu fase laten dan fase aktif.

1) Fase laten persalinan

- a) Dimulai sejak awal kontraksi yang menyebabkan penipisan dan pembukaan servix secara bertahap
- b) Pembukaan servix dari 1 sampai 4 cm
- c) Biasanya berlangsung di bawah hingga 7 smapai 8 jam

2) Fase aktif, berlangsung selama 6 jam dan dibagi atas 3 subfase terbagi atas tiga subfase.

a) Fase akselerasi: berlangsung 2 jam, pembukaan menjadi 4 cm.

b) Fase dilatasi maksimal: berlangsung dengan cepat menjadi 9 cm dalam waktu 2 jam.

c) Fase deselerasi: dalam waktu 2 jam pembukaan 10 cm (lengkap)

Asuhan yang diberikan pada Kala I yaitu:

1) Penggunaan Partograf

Merupakan alat untuk mencatat informasi berdasarkan observasi atau riwayat dan pemeriksaan fisik pada ibu dalam persalinan dan alat penting khususnya untuk membuat keputusan klinis selama kala I. Kegunaan partograf yaitu mengamati dan mencatat informasi kemajuan persalinan dengan memeriksa dilatasi serviks selama pemeriksaan dalam, menentukan persalinan berjalan normal dan mendeteksi dini persalinan lama sehingga bidan dapat membuat deteksi dini mengenai kemungkinan persalinan lama dan jika digunakan secara tepat dan konsisten, maka partograf akan membantu penolong untuk pemantauan kemajuan persalinan, kesejahteraan ibu dan janin, mencatat asuhan yang diberikan selama persalinan dan kelahiran, mengidentifikasi secara dini adanya penyulit, membuat keputusan klinik yang sesuai dan tepat waktu, partograf harus digunakan untuk semua ibu dalam fase aktif kala I, tanpa menghiraukan apakah persalinan normal atau dengan komplikasi di semua tempat, secara rutin oleh semua penolong persalinan Marmi (2012).

2) Penurunan Kepala Janin

Penurunan dinilai melalui palpasi abdominal. Pencatatan penurunan bagian terbawah atau presentasi janin, setiap kali melakukan pemeriksaan dalam atau setiap 4 jam, atau lebih sering jika ada tanda-tanda penyulit. Kata-kata "turunnya kepala" dan garis tidak terputus dari 0-5, tertera di sisi yang sama dengan angka

pembukaan serviks. Berikan tanda "O" pada garis waktu yang sesuai. Hubungkan tanda "O" dari setiap pemeriksaan dengan garis tidak terputus.

3) Kontraksi Uterus

Periksa frekuensi dan lamanya kontraksi uterus setiap jam fase laten dan tiap 30 menit selama fase aktif. Nilai frekuensi dan lamanya kontraksi selama 10 menit. Catat lamanya kontraksi dalam hitungan detik dan gunakan lambang yang sesuai yaitu: kurang dari 20 detik titik-titik, antara 20 dan 40 detik diarsir dan lebih dari 40 detik diblok. Catat temuan-temuan dikotak yang bersesuaian dengan waktu penilai.

4) Keadaan Janin

a) Denyut Jantung Janin (DJJ)

Nilai dan catat denyut jantung janin (DJJ) setiap 30 menit (lebih sering jika ada tanda-tanda gawat janin). Setiap kotak pada bagian ini menunjukkan waktu 30 menit. Skala angka di sebelah kolom paling kiri menunjukkan DJJ. Catat DJJ dengan memberi tanda titik pada garis yang sesuai dengan angka yang menunjukkan DJJ, kemudian hubungkan titik yang satu dengan titik lainnya dengan garis tidak terputus. Kisaran normal DJJ terpapar pada partograf di antara garis tebal angka 180 dan 100, tetapi penolong harus sudah waspada bila DJJ di bawah 120 atau di atas 160 kali/menit.

b) Warna dan Adanya Air Ketuban

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

c) Molase Tulang Kepala Janin

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

d) Keadaan Ibu

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

e) Informasi tentang ibu

Tentang nama dan umur, GPA, nomor register, tanggal dan waktu mulai dirawat, waktu pecahnya selaput ketuban. Waktu pencatatan kondisi ibu dan bayi pada fase aktif adalah DJJ tiap 30 menit, frekuensi dan lamanya kontraksi uterus tiap 30 menit, nadi tiap 30 menit tanda dengan titik, pembukaan serviks setiap 4 jam, penurunan setiap 4 jam, tekanan darah setiap 4 jam tandai dengan panah, suhu setiap 2 jam,urin, aseton, protein tiap 2 - 4 jam (catat setiap kali berkemih) (Sofian, 2013).

f) Memberikan Dukungan Persalinan

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

keringanan dan rasa sakit, penerimaan atas sikap dan perilakunya serta informasi dan kepastian tentang hasil yang aman yaitu :

(1) Mengurangi Rasa Sakit

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

(2) Persiapan Persalinan

Hal yang perlu dipersiapkan yakni ruang bersalin dan asuhan bayi baru lahir, perlengkapan dan obat esensial, rujukan (bila diperlukan), asuhan sayang ibu dalam kala 1, upaya pencegahan infeksi yang diperlukan (Sofian, 2013).

b. Kala II

1) Pengertian Persalinan kala II

Dimulai dengan pembukaan lengkap dari serviks dan berakhir dengan lahirnya bayi. Proses ini berlangsung 1-2 jam pada primi dan ½-1 jam pada multi

2) Tanda dan gejala kala II

Tanda – tanda bahwa kala II persalinan sudah dekat adalah:

- a) Ibu ingin meneran
- b) Perineum menonjol
- c) Vulva vagina dan sphincter anus membuka
- d) Jumlah pengeluaran air ketuban meningkat
- e) His lebih kuat dan lebih cepat 2-3 menit sekali.
- f) Pembukaan lengkap (10 cm)
- g) Pada Primigravida berlangsung rata-rata 1-2 jam dan multipara rata-rata ½-1 jam
- h) Pemantauan

(1) Tenaga atau usaha mengedan dan kontraksi uterus

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

(3) Kondisi ibu sebagai berikut:

Tabel 2.3 Tanda – tanda persalinan

Kemajuan persalinan tenaga	Kondisi pasien	Kondisi janin penumpang
Usaha mengedan Palpasi kontraksi uterus (control setiap 10 menit) 1. Frekuensi 2. Lamanya 3. Kekuatan	Periksa nadi dan tekanan darah selama 30 menit. Respon keseluruhan pada kala II: 1. Keadaan dehidrasi 2. Perubahan sikap/perilaku 3. Tingkat tenaga (yang memiliki)	Periksa detak jantung janin setiap 15 menit atau lebih sering dilakukan dengan makin dekatnya kelahiran Penurunan presentasi dan perubahan posisi Warna cairan tertentu

Sumber: Yulizawati et al., 2018

c. Kala III

Kala tiga disebut juga kala persalinan plasenta. Lahirnya plasenta dapat diperkirakan dengan memperhatikan tanda-tanda sebagai berikut:

- 1) Uterus menjadi bundar
- 2) Uterus terdorong keatas karena plasenta dilepas ke segmen bawah Rahim
- 3) Tali pusat bertambah Panjang
- 4) Terjadi perdarahan (adanya semburan darah secara tiba-tiba);
- 5) Biasanya plasenta akan lepas dalam waktu kurang lebih 6-15 menit setelah bayi lahir

d. Kala IV (2 jam setelah melahirkan)

Kala IV persalinan ditetapkan berlangsung kira-kira dua jam setelah plasenta lahir. Periode ini merupakan masa pemulihan yang terjadi segera jika homeostatis berlangsung dengan baik. Pada tahap ini, kontraksi otot Rahim meningkat sehingga pembuluh darah terjepit untuk menghentikan

perdarahan. Pada kala ini dilakuka observasi terhadap tekanan darah, pernafasan, nadi, kontraksi otot Rahim dan perdarahan selama 2 jam pertama. Selain itu juga dilakuakn penjahitan luka episiotomy. Setelah 2 jam, bila keadaan baik, ibu dipindahkan keruangan bersama bayinya (Yulizawati et al., 2018)

9. Mekanisme Persalinan

Turunnya kepala dibagi dalam beberapa fase sebagai berikut:

a. Masuknya kepala janin dalam PAP

- 1) Masuknya kepala ke dalam PAP terutama pada primigravida terjadi pada bulan terakhir kehamilan tetapi pada multipara biasanya terjadi pada permulaan persalinan.
- 2) Masuknya kepala ke dalam PAP biasanya dengan sutura sagitalis melintang menyesuaikan dengan letak punggung.
- 3) Jika sutura sagitalis dalam diameter anteroposterior dari PAP maka masuknya kepala akan menjadi sulit karena menempati ukuran yang terkecil dari PAP
- 4) Jika sutura sagitalis pada posisi di tengah-tengah jalan lahir yaitu tepat di antara symphysis dan promontorium, maka dikatakan dalam posisi "synclitismus" pada posisi synclitismus os parietale depan dan belakang sama tingginya.
- 5) Jika sutura sagitalis agak ke depan mendekati symphysis atau agak ke belakang mendekati promontorium, maka yang kita hadapi adalah posisi "asynclitismus"
- 6) Acynclitismus posterior adalah posisi sutura sagitalis mendekati symphysis dan os parietale belakang lebih rendah dari os parietale depan (Yulizawati et al., 2018).

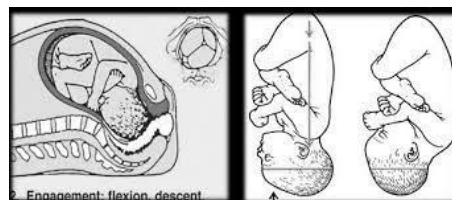
b. Majunya Kepala janin

- 1) Pada primi gravida majunya kepala terjadi setelah kepala masuk ke dalam rongga panggul dan biasanya baru mulai pada kala II
- 2) Pada multi gravida majunya kepala dan masuknya kepala dalam rongga panggul terjadi bersamaan.

- 3) Majunya kepala bersamaan dengan gerakan-gerakan yang lain yaitu: fleksi, putaran paksi dalam, dan ekstensi
- 4) Majunya kepala disebabkan karena:
 - a) Tekanan cairan intrauterine
 - b) Tekanan langsung oleh fundus uteri oleh bokong
 - c) Kekuatan mengejan
 - d) Melurusnya badan bayi oleh perubahan bentuk Rahim

c. Fleksi

- 1) Fleksi kepala janin memasuki ruang panggul dengan ukuran yang paling kecil yaitu dengan diameter suboccipito bregmatikus (9,5 cm) menggantikan suboccipito frontalis (11 cm).
- 2) Fleksi disebabkan karena janin didorong maju dan sebaliknya mendapat tahanan dari pinggir PAP, cervix, dinding panggul atau dasar panggul
- 3) Akibat adanya dorongan di atas kepala janin menjadi fleksi karena momement yang menimbulkan fleksi lebih besar daripada moment yang menimbulkan defleksi
- 4) Sampai di dasar panggul kepala janin berada dalam posisi fleksi maksimal. Kepala turun menemui diafragma pelvis yang berjalan dari belakang atas ke bawah depan
- 5) Akibat kombinasi elastisitas diafragma pelvis dan tekanan intra uterin yang disebabkan oleh his yang berulang-ulang, kepala mengadakan rotasi yang disebut sebagai putaran paksi dalam.

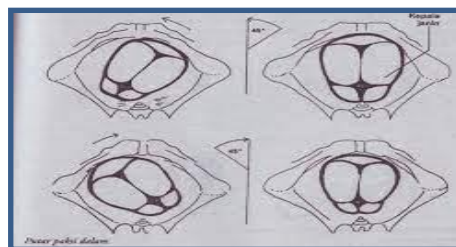


Gambar 2.2 Kepala Fleksi

Sumber: Yulizawati et al., 2018

d. Putaran paksi dalam

- 1) Putaran paksi dalam adalah pemutaran dari bagian depan sedemikian rupa sehingga bagian terendah dari bagian depan memutar ke depan ke bawah symphysis.
- 2) Pada presentasi belakang kepala bagian terendah adalah daerah ubun-ubun kecil dan bagian ini akan memutar ke depan ke bawah symphysis.
- 3) Putaran paksi dalam mutlak diperlukan untuk kelahiran kepala, karena putaran paksi merupakan suatu usaha untuk menyesuaikan posisi kepala dengan bentuk jalan lahir khususnya bentuk bidang tengah dan pintu bawah panggul
- 4) Putaran paksi dalam terjadi bersamaan dengan majunya kepala dan tidak terjadi sebelum kepala sampai di Hodge III, kadang – kadang baru terjadi setelah kepala sampai di dasar panggul
- 5) Sebab – sebab terjadinya putaran paksi dalam:
 - a) Pada letak fleksi, bagian kepala merupakan bagian terendah dari kepala.
 - b) Bagian terendah dari kepala mencari tahanan yang paling sedikit terdapat sebelah depan atas dimana terdapat hiatus genitalis antara muskulus levator ani kiri dan kanan.
 - c) Ukuran terbesar dari bidang tengah panggul ialah diameter anteroposterior



Gambar 2.3 Putaran paksi dalam

Sumber: Kurniarum, 2016

e. Ekstensi

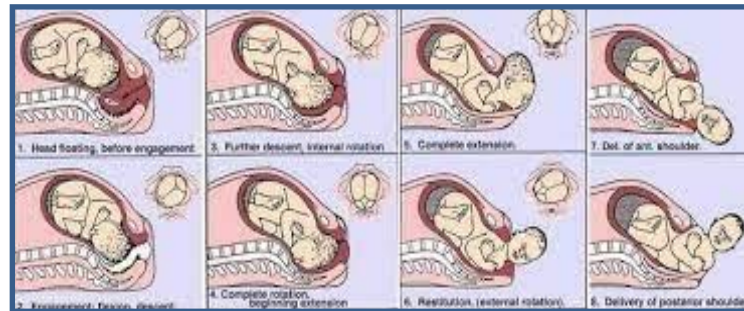
- 1) Setelah putaran paksi dalam selesai dan kepala sampai di dasar panggul, terjadilah ekstensi atau defleksi dari kepala. Hal ini disebabkan karena sumbu jalan lahir pada pintu bawah panggul mengarah ke depan di atas, sehingga kepala harus mengadakan ekstensi untuk dapat melewati pintu bawah panggul.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

f. Ekstensi

- a) Setelah putaran paksi dalam selesai dan kepala sampai di dasar panggul, terjadilah ekstensi atau defleksi dari kepala. Hal ini disebabkan karena sumbu jalan lahir pada pintu bawah panggul mengarah ke depan di atas, sehingga kepala harus mengadakan ekstensi untuk dapat melewati pintu bawah panggul
- b) Jika tidak terjadi ekstensi maka kepala akan tertekan pada perineum dan menembusnya
- c) Kepala bekerja dengan 2 kekuatan yaitu satu mendesak ke bawah dan satunya lagi menolak ke atas karena adanya tahanan dasar panggul
- d) Setelah subocciput tertahan di pinggir bawah symphysis, maka yang dapat maju adalah bagian yang berhadapan dengan subocciput.

g. Putaran paksi luar

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



Gambar 2.4

Gerakan Kepala Janin Pada Defleksi Dan Putaran Paksi Luar dan Kelahiran Bahu Depan Kemudian Bahu Belakang (Sumber: Kurniarum, 2016)

10. Lima Benang Merah Asuhan Persalinan

Lima aspek dasar atau lima benang merah dalam asuhan persalinan baik normal maupun Patologis termasuk bayi baru lahir.

1. Langkah Pengambilan Keputusan Klinik

Pada saat seorang pasien datang pada bidan, maka yang pertama kali dilakukan bidan adalah melakukan pendekatan komunikasi terapeutik dengan ucapan salam, bersikap sopan, terbuka, dan siap untuk melayani. Setelah terbina hubungan baik saling percaya, barulah bidan melakukan pengumpulan data (*anamnesis*). Data yang pertama dikumpulkan adalah data subjektif, yaitu data yang didapatkan langsung dari pasien (Sodakh,

2013).

2. Asuhan Sayang Ibu dan Sayang Bayi

Asuhan sayang ibu adalah asuhan yang menghargai budaya, kepercayaan, dan keinginan sang ibu. Banyak penelitian menunjukkan bahwa ibu-ibu di Indonesia tidak mau meminta tenaga terlatih untuk memberi asuhan persalinan dan melahirkan bayi. Sebagaimana dari mereka beralasan bahwa penolong terlatih tidak memperhatikan kebutuhan atau kebudayaan, tradisi keinginan pribadi para ibu dalam persalinan dan kelahiran bayi. Berikut ini merupakan asuhan sayang ibu dan sayang bayi dalam melahirkan:

- 1) Panggil ibu sesuai namanya, hargai dan jaga martabatnya.
- 2) Jelaskan semua asuhan dari perawatan kepada ibu sebelum mamulai asuhan.
- 3) Jelaskan proses persalinan kepada ibu dan keluarga.
- 4) Anjurkan ibu untuk bertanya dan membicarakan rasa takut atau khawatir.
- 5) Dengarkan dan tanggap pertanyaan dan kekhawatiran ibu.
- 6) Berikan dukungan, besarkan dan tentramkan hatinya serta anggota keluarganya.
- 7) Anjurkan ibu untuk ditemani suami dan atau anggota keluarga lain selama persalinan.
- 8) Ajarkan suami dan anggota keluarga tentang bagaimana mereka memperhatikan dan mendukung ibu selama persalinan.
- 9) Laksanakan praktik pencegahan infeksi yang baik secara konsisten.
- 10) Hargai privasi ibu.
- 11) Anjurkan ibu untuk mencoba berbagai posisi selama persalinan.
- 12) Anjurkan ibu untuk minum dan makan makanan ringan sepanjang ia menginginkannya.
- 13) Hargai dan perbolehkan praktik-praktik tradisional yang tidak merugikan kesehatan ibu.
- 14) Hindari tindakan yang berlebihan dan merugikan seperti episiotomi,

pencukuran, dan klisma.

- 15) Anjurkan ibu untuk memeluk bayinya sesegera mungkin untuk melakukan kontak kulit ibu-bayi, inisiasi menyusui dini dan membangun hubungan psikologis.
 - 16) Membantu memulai pemberian ASI.
 - 17) Mempersiapkan persalinan dan kelahiran bayi dengan baik dan mencukupi semua bahan yang diperlukan. Siap untuk resusitasi bayi baru lahir pada setiap kelahiran (Nurasiah, 2012).
3. Prinsip dan Praktik Pencegahan Infeksi Prinsip-prinsip pencegahan infeksi:
- a. Setiap orang dianggap dapat menularkan penyakit infeksi.
 - b. Setiap orang harus dianggap berisiko terkena infeksi.
 - c. Permukaan benda atau alat yang bersentuhan dengan permukaan kulit/mukosa/ darah harus diproses secara benar.
 - d. Bila tidak diketahui telah diproses, maka dianggap masih terkontaminasi.
 - e. Risiko infeksi tidak bisa dihilangkan secara total, namun dapat dikurangi hingga sekecil mungkin (Sodakh, 2013).

Setiap biidan perlu memperhatikan tindakan pencegahan infeksi yang dilaksanakan pada saat menolong persalinan, yaitu antara lain:

- a) Cuci tangan dengan langkah-langkah yang benar sebelum melakukan tindakan dan sesudah melakukan tindakan.
- b) Selalu menggunakan sarung tangan pada saat melakukan tindakan.
- c) Menggunakan pelindung diri lengkap pada saat menolong persalianan.
- d) Upayakan pemberian pelayanan dengan teknik aseptik.
- e) Setelah alat digunakan hendaknya diproses sesuai prosedur pemrosesan alat bekas pakai.
- f) Perlu diupayakan bahwa peralatan tajam dilakukan dengan benar karena akan sangat berisiko pada penolong persalinan terutama pada petugas kebersihan.
- g) Tindakan pencegahan infeksi yang lain adalah bagaimana bidan

mengupayakan kebersihan lingkungan dan sanitasi untuk memutuskan rantai penularan penyakit (Sodakh, 2013).

4. Pencatatan (Dokumentasi)

Pada setiap pelayanan atau asuhan, harus selalu harus memperhatikan pencatatan atau dokumentasi. Manfaat dari dokumentasi adalah sebagai berikut:

- a. Aspek legal atau landasan hukum bagi bidan dalam pelayanannya.
- b. Aspek manajemen, dokumentasi dapat mengidentifikasi mutu pelayanan seorang bidan dan juga dapat dipakai untuk mengatur kebutuhan sarana yang perlu dipersiapkan seorang bidan pada saat praktik klinik.
- c. Aspek pembelajaran, dokumentasi merupakan asset yang sangat berharga bagi bidan dalam pelayanannya karena data sebelumnya yang sudah didokumentasikan dapat dipakai sebagai referensi atau acuan saat menghadapi masalah atau kasus sebelumnya seorang bidan dapat mengulangi pelayanan atau asuhan yang pernah diberikan pada klien.

Hal-hal yang perlu diingkar oleh seorang bidan mengenai dokumentasi adalah:

- a) Catat semua data: hasil pengumpulan data, pemeriksaan, diagnosis, obat-obatan yang diberikan, serta semua asuhan yang diberikan pada ibu dan bayi.
- b) Jika tidak dicatat, dapat dianggap bahwa asuhan tersebut tidak dilakukan.
- c) Pastikan setiap partograf telah diisi dengan lengkap, benar, dan tepat waktu, serta sebelum persalinan dan sesudah persalinan berlangsung.

Bentuk dokumentasi dapat berupa SOAP atau menggunakan manajemen asuhan kebidanan dengan yang lain. Akan tetapi, pada persalinan, dokumentasi yang digunakan adalah partograf.

5. Hal Penting dalam Rujukan

a. Lokasi Rujukan

Bidan harus mengetahui lokasi rujukan agar dapat mengetahui secara pasti jarak yang harus ditempuh saat merujuk dan waktu yang harus disediakan saat mengantar ibu ke lokasi rujukan. Dengan demikian, ibu ataupun bayinya mendapatkan rujukan yang tepat waktu dan menurunkan angka kesakitan atau angka kematian ibu dan bayi. Rujukan yang terlambat akan memengaruhi kondisi ibu dan bayinya.

b. Ketersediaan Pelayanan

Pada saat merujuk, bidan perlu mengetahui ketersediaan pelayanan yang ada di rumah sakit tempat rujukan apakah sesuai dengan yang diperlukan oleh ibu dan bayi. Bidan harus dapat memastikan bahwa lokasi yang dituju dapat memberikan pelayanan yang komprehensif kepada ibu dan bayinya. Selain itu, hal ini juga penting agar apabila ibu perlu dilakukan *section caesarea* atau penanganan lainnya yang berkaitan dengan kegawatdaruratan, bidan tidak kesulitan atau menentukan tempat mana yang sesuai dengan penanganan yang diharapkan oleh bidan.

c. Biaya Pelayanan

Hal-hal mengenai pembiayaan juga sangat penting untuk disampaikan kepada ibu karena berkaitan dengan tingkat sosial ekonomi ibu atau keluarga. Pada saat bidan merujuk, sebaiknya sesuai dengan pertimbangan ibu dan keluarga terutama hal yang terkait dengan jumlah pembiayaan yang harus dipersiapkan. Biaya merupakan faktor yang sangat dominan pada keluarga dengan ekonomi yang kurang mampu dalam proses rujukan, dengan demikian biaya sangat dipertimbangkan apabila dikaitkan dengan kondisi kesehatan ibu atau bayi.

d. Jarak Tempuh

Jarak tempuh tempat rujukan perlu diperhitungkan karena akan memengaruhi persiapan yang perlu dipersiapkan, misalnya: bidan

harus ikut merujuk sehingga dapat mempertimbangkan waktu berapa lama bidan meninggalkan tempat pratiknya; peralatan apa yang perlu disiapkan selama dalam rujukan; dan keluarga siapa yang perlu ikut sehingga perlu dipertimbangkan siapa yang harus di rumah agar apabila ditinggalkan dengan jarak tempuh yang jauh, sementara pelayanan di rumah tetap berjalan. Selain itu, surat-surat yang dibutuhkan juga perlu disiapkan, apabila jarak tempuh jauh dan ibu atau bayi perlu dirujuk segera, maka surat rujukan dapat dibuat pada saat telah tiba di rumah sakit. Obat-obatan perlu disiapkan dalam jumlah yang cukup agar tidak kekurangan di perjalanan. Kendaraan dibutuhkan, bila tidak cukup jauh mungkin dapat dipertimbangkan untuk menggunakan kendaraan seadanya dengan pertimbangan cukup layak untuk jalan (Sondakh, 2013).

11. 60 Langkah Asuhan Persalinan Normal

60 langkah asuhan persalinan normal (Prawirohardjo, 2016).

a. Melihat Tanda dan Gejala Kala Dua

a) Mengamati tanda dan gejala persalinan kala dua.

- a) Ibu mempunyai keinginan untuk meneran.
- b) Ibu merasakan tekanan yang semakin meningkat pada *rektum* dan/atau *vagina*.
- c) *Perineum* menonjol.
- d) *Vulva vagina* dan *sphincter anal* membuka.

(Prawirohardjo, 2016).

b. Menyiapkan Pertolongan Persalinan

2. Memastikan perlengkapan, bahan, dan obat-obatan esensial siap digunakan. Memeriksa ampul oksitosin 10 unit dan menempatkan tabung suntik steril sekali pakai di dalam partus set.
3. Mengenakan baju penutup atau celemek plastik yang bersih.
4. Melepaskan semua perhiasan yang di pakai di bawah siku, mencuci kedua tangan dengan sabun dan air bersih yang mengalir dan

mengeringkan tangan dengan handuk satu kali pakai/pribadi yang bersih.

5. Memakai satu sarung dengan DTT atau steril untuk semua pemeriksaan dalam.
6. Mengisap oksitosin 10 unit ke dalam tabung suntik (dengan memakai sarung tangan disinfeksi tingkat tinggi atau steril) dan meletakkan kembali di partus set/wadah disinfeksi tingkat tinggi atau steril tanpa mengontaminasi tabung suntik). (Prawirohardjo, 2016).

c. Memastikan Pembukaan Lengkap Dan Keadaan Janin Baik

7. Membersihkan *vulva* dan *perineum*, menyekanya dengan hati-hati dari depan ke belakang dengan menggunakan kapas atau kassa yang telah di basahi dengan air disinfeksi tingkat tinggi, Jika mulut *vagina*, *perineum* atau *anus* terkontaminasi oleh kotoran ibu, membersihkannya dengan seksama dengan cara menyeka dari depan ke belakang. Membuang kapas atau kassa yang terkontaminasi (meletakkan kedua sarung tangan tersebut dengan benar di dalam larutan dokumentasi, langkah .
8. Dengan menggunakan teknik aseptik, melakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan bahwa pembukaan serviks sudah lengkap. Bila selaput ketuban belum pecah, sedangkan pembukaan sudah lengkap, lakukan amniotomi.
9. Mendekontaminasi sarung tangan dengan cara mencelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan kotor ke dalam larutan klorin 0,5 % dan kemudian melepaskannya dalam keadaan terbalik serta merendam nyadi dalam larutan klorin 0,5 % selama 10 menit. Mencuci kedua tangan (seperti di atas).
10. Memeriksa Denyut Jantung Janin (DJJ) setelah *kontraksi* berakhir untuk memastikan bahwa DJJ dalam batas normal (120-180 kali/menit).
 - i. Mengambil tindakan yang sesuai jika DJJ tidak normal.

- ii. Mendokumentasikan hasil-hasil pemeriksaan dalam, DJJ, dan semua hasil-hasil penilaian serta asuhan lainnya pada partograf (Prawirohardjo, 2016).
- d. Menyiapkan Ibu Dan Keluarga Untuk Membantu Proses Pimpinan Meneran
- 11. Memberi tahu ibu pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik. Membantu ibu berada dalam posisi yang nyaman sesuai dengan keinginannya.
 - a. Tunggu hingga ibu mempunyai keinginan untuk meneran. Melanjutkan pemantauan kesehatan dan kenyamanan ibu serta janin sesuai dengan pedoman persalinan aktif dan mendokumentasikan temuan – temuan.
 - b. Jelaskan pada anggota keluarga tentang bagaimana peran mereka untuk mendukung dan memberi semangat pada ibu untuk meneran secara benar.
 - 12. Meminta bantuan keluarga untuk menyiapkan posisi ibu untuk meneran. (Pada saat ada his, bantu ibu dalam posisi setengah duduk dan pastikan ia merasa nyaman).
 - 13. Melakukan pimpinan meneran pada saat ibu mempunyai dorongan yang kuat untuk meneran:
 - a) Memimbing ibu untuk meneran saat ibu mempunyai keinginan untuk meneran.
 - b) Mendukung dan memberi semangat atas usaha ibu untuk meneran.
 - c) Membantu ibu mengambil posisi yang nyaman sesuai dengan pilihanya (tidak meminta ibu berbaring terlentang).
 - d) Menganjurkan ibu untuk beristirahat diantara *kontraksi*.
 - e) Menganjurkan keluarga untuk mendukung dan memberi semangat pada ibu.
 - f) Menganjurkan asupan cairan per oral.
 - g) Menilai DJJ setiap lima menit.
 - h) Jika bayi belum lahir atau kelahiran bayi belum akan terjadi segera

dalam waktu 120 menit (2 jam) meneran untuk ibu *primipara* atau 60 menit (1 jam) untuk ibu *multipara*, merujuk segera. Jika ibu tidak mempunyai keinginan untuk meneran.

- i) Menganjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok atau mengambil posisi yang aman. Jika ibu belum ingin meneran dalam 60 menit, anjurkan ibu untuk mulai meneran pada puncak kontraksi-kontraksi tersebut dan beristirahat di antara kontraksi.
- j) Jika bayi belum lahir atau kelahiran bayi belum akan terjadi segera setelah 60 menit meneran, merujuk ibu dengan segera. (Prawirohardjo, 2016).

e. Persiapan Pertolongan Kelahiran Bayi

14. Jika kepala bayi telah membuka *vulva* dengan diameter 5- 6 cm, letakkan handuk bersih di atas perut ibu untuk mengeringkan bayi.
15. Meletakkan kain yang bersih dilipat 1/3 bagian dibawah bokong ibu.
16. Membuka partus set.
17. Memakai sarung tangan DTT atau steril pada kedua tangan. (Prawirohardjo, 2016).

f. Menolong Kelahiran Bayi Lahirnya Kepala

18. Saat kepala bayi membuka *vulva* dengan diameter 5-6 cm, lindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi dengan kain tadi, letakkan tangan yang lain di kepala bayi dan lakukan tekanan yang lembut dan tidak menghambat pada kepala bayi, membiarkan kepala bayi keluar perlahan-lahan. Menganjurkan ibu untuk meneran perlahan-lahan atau bernapas cepat saat kepala lahir.
19. Dengan lembut menyeka muka, mulut, dan hidung bayi dengan kain atau kasa yang bersih (Langkah ini tidak harus dilakukan).
20. Memeriksa lilitan tali pusat dan mengambil tindakan yang sesuai jika hal itu terjadi, dan dan kemudian meneruskan segera proses kelahiran bayi:
 - a. Jika tali pusat melilit leher secara longgar, lepaskan lewat bagian atas kepala bayi.

b. Jika tali pusat melilit leher dengan erat, mengklemnya di dua tempat dan memotongnya.

21. Tunggu kepala bayi melakukan putaran paksi luar secara spontan (Prawirohardjo, 2016)

g. Lahirnya Bahu

22. Setelah kepala melakukan putaran paksi luar, tempatkanlah kedua tangan di masing-masing sisi muka bayi. Menganjurkan ibu untuk meneran saat kontraksi

23. berikutnya. Dengan lembut menariknya ke arah bawah dan ke arah luar hingga bahu anterior muncul di bawah arkus pubis, dan kemudian dengan lembut menarik ke arah atas dan ke arah luar untuk melahirkan bahu posterior.

24. Setelah kedua bahu dilahirkan, menelusurkan tangan mulai kepala bayi yang berada di bagian bawah ke arah perineum, membiarkan bahu dan lengan posterior lahir ke tangan tersebut. Mengendalikan kelahiran siku dan tangan bayi saat melewati perineum, gunakan lengan bagian bawah untuk menyangga tubuh bayi saat dilahirkan. Menggunakan tangan anterior (bagian atas) untuk mengendalikan siku dan tangan anterior bayi saat keduanya lahir.

25. Setelah tubuh dan lengan lahir, menelusurkan tangan yang ada di atas (anterior) dari punggung ke arah kaki bayi untuk menyangganya saat punggung kaki lahir. Memegang kedua mata kaki bayi dengan hati-hati membantu kelahiran bayi. (Prawirohardjo, 2016)

h. Penanganan Bayi Baru Lahir

26. Menilai bayi dengan cepat (dalam 30 detik), kemudian meletakkan bayi di atas perut ibu dengan posisi kepala bayi sedikit lebih rendah dari tubuhnya (bila tali pusat terlalu pendek, meletakkan bayi di tempat yang memungkinkan). Bila bayi mengalami asfiksia, lakukan resusitasi (lihat bab 26. Resusitasi Neonatus)

27. Segera membungkus kepala dan badan bayi dengan handuk dan biarkan kontak kulit ibu-bayi. Lakukan penyuntikan oksitosin/i.m. (lihat keterangan di bawah).
28. Menjepit tali pusat menggunakan klem kira-kira 3 cm dari pusat bayi. Melakukan urutan pada tali pusat mulai dari klem ke arah ibu dan memasang klem kedua 2 cm dari klem pertama (ke arah ibu).
29. Memegang tali pusat dengan satu tangan, melindungi bayi dari gunting dan memotong tali pusat di antara dua klem tersebut.
30. Mengeringkan bayi, mengganti handuk yang basah dan menyelimuti bayi dengan kain atau selimut yang bersih dan kering, menutupi bagian kepala, membiarkan tali pusat terbuka. Jika bayi mengalami kesulitan bernapas, ambil tindakan yang sesuai.
31. Memberikan bayi kepada ibunya dan menganjurkan ibu untuk memeluk bayinya dan memulai pemberian ASI jika ibu menghendaknya (Prawirohardjo, 2016).

i. Oksitosin

32. Meletakkan kain yang bersih dan kering. Melakukan palpasi abdomen untuk menghilangkan kemungkinan adanya bayi kedua.
33. Memberi kepada ibu bahwa ia akan disuntik
34. Dalam waktu 2 menit setelah kelahiran bayi, berikan suntikan oksitosin 10 unit IM di gluteus atau 1/3 atas paha kanan ibu bagian luar, setelah mengaspirasinya terlebih dahulu. (Prawirohardjo, 2016)

j. Pengendalian Tali Pusat Terkendali

35. Memindahkan klem pada tali pusat.
36. Meletakkan satu tangan di atas kain yang ada di perut ibu, tepat di atas tulang pubis, dan menggunakan tangan ini untuk melakukan palpasi kontraksi dan menstabilkan uterus. Memegang tali pusat dan klem dengan tangan lain.
37. Menunggu uterus berkontraksi dan kemudian melakukan penegangan ke arah bawah pada tali pusat dengan lembut.
38. Lakukan tekanan yang berlawanan arah pada bagian bawah uterus

dengan cara menekan uterus ke arah atas dan belakang (dorso kranial) dengan hati-hati untuk membantu mencegah terjadinya inversio uteri.

- a) Jika plasenta tidak lahir setelah 30-40 detik, hentikan penegangan tali pusat dan menunggu hingga kontraksi berikut mulai. Jika uterus tidak berkontraksi, meminta ibu atau seorang anggota keluarga untuk melakukan merangsang puting susu (Prawirohardjo, 2016).

k. Mengeluarkan Plasenta

39. Setelah plasenta terlepas, meminta ibu untuk meneran sambil menarik tali pusat ke arah bawah dan kemudian ke arah atas, mengikuti kurva jalan lahir sambil meneruskan tekanan berlawanan arah pada uterus.

- a) Jika tali pusat bertambah panjang pindahkan klem hingga berjarak sekitar 5-10 cm dari *vulva*.
- b) Jika *plasenta* tidak lepas setelah melakukan penegangan tali pusat 15 menit:
 - (1) Menulangi pemberian oksitosin 10 unit IM.
 - (2) Menilai kandung kemih penuh dan dilakukan *kateterisasi* kandung kemih dengan menggunakan aseptik jika perlu.
 - (3) Meminta keluarga untuk menyiapkan rujukan. Mengulangi penegangan tali pusat 15 menit berikutnya.
 - (4) Merujuk ibu Jika *plasenta* tidak lahir dalam 30 menit sejak kelahiran bayi.

40. Jika *plasenta* muncul di *introitus vagina*, melanjutkan kelahiran *plasenta* dengan menggunakan kedua tangan dan dengan hati-hati memutar *plasenta* hingga selaput ketuban terpilin. Dengan lembut perlahan melahirkan selaput ketuban tersebut.

- a) Jika selaput ketuban robek, pakai sarung tangan disinfeksi tingkat tinggi atau steril untuk memeriksa *vagina* dan *serviks* ibu dengan seksama. Menggunakan jari-jari tangan atau klem atau forceps disinfeksi tingkat tinggi atau steril untuk melepaskan bagian selaput yang tertinggal (Prawirohardjo, 2016).
- b) Segera setelah plasenta dan selaput ketuban lahir, lakukan *masase*

uterus, meletakkan telapak tangan di *fundus* dan melakukan *masase* dengan gerakan melingkar dengan lembut hingga *uterus berkontraksi* (*fundus* teraba keras).(Prawirohardjo, 2016).

l. Menilai Perdarahan

41. Memeriksa kedua sisi *plasenta* baik yang menempel ke ibu maupun janin dan selaput ketuban untuk memastikan bahwa *plasenta* dan selaput ketuban lengkap dan utuh. Meletakkan *plasenta* ke dalam kantung palstik atau tempat khusus. Jika uterus tidak berkontraksi setelah melakukan masase selama 15 detik mengambil tindakan yang sesuai
42. Mengevaluasi adanya *laserasi* pada *vagina* dan *perineum* dan segera menjahitan laserasi yang mengalami pendarahan aktif (Prawirohardjo, 2016).

m. Melakukan Prosedur Pasca Persalinan

43. Menilai ulang *uterus berkontraksi* dengan baik.
44. Menceleupkan kedua tangan yang memakai sarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5%; membilas kedua tangan yang masih bersarung tangan tersebut dengan air disinfeksi tingkat tinggi dan mengeringkannya dengan kain yang bersih dan kering.
45. Menempatkan klem tali pusat disinfeksi tingkat tinggi atau steril atau mengikat tali disinfeksi tingkat tinggi dengan simpul mati sekeliling tali pusat sekitar 1 cm dari pusat.
46. Mengikat satu lagi simpul mati di bagian pusat yang berseberangan dengan simpul mati yang pertama.
47. Melepaskan klem bedah dan meletakkannya ke dalam larutan klorin 0,5%.
48. Menyelimuti kembali bayi dan menutupi bagian kepalanya. Memastikan handuk atau kainnya bersih atau kering.
49. Menganjurkan ibu untuk memulai pemberian ASI.
50. Lanjutkan pemantauan *kontraksi* dan mencegah pendarahan pervaginam.

- a) 2-3 kali dalam 15 menit pertama pasca persalinan.
 - b) Setiap 15 menit pada 1 jam pertama pascapersalinan.
 - c) Setiap 20-30 menit pada jam ke kedua pascapersalinan.
 - d) Jika *uterus* tidak *berkontraksi* dengan baik, laksanakan perawatan yang sesuai untuk menatalaksanakan *atonia uteri*.
 - e) Jika ditemukan laserasi yang memerlukan penjahitan, lakukan penjahitan dengan anestesia lokal dan menggunakan teknik yang sesuai.
51. Mengajarkan ibu/keluarga bagaimana melakukan *massase uterus* dan memeriksa *kontraksi*.
52. Mengevaluasi kehilangan darah.
53. Memeriksa tekanan darah, nadi ibu dan keadaan kandung kemih setiap 15 menit selama 1 jam pertama pascapersalinan setiap 30 menit selama jam kedua pasca persalinan.
- a) Memeriksa temperatur tubuh ibu setiap jam selama 2 jam pertama pascapersalinan
 - b) Melakukan tindakan yang sesuai untuk temuan yang tidak normal (Prawirohardjo, 2016).
- n. Kebersihan dan keamanan
54. Tempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan clorin 0.5% untuk dekontaminasi (10 menit). Mencuci dan menbilas peralatan setelah dekontaminasi.
55. Membuang bahan-bahan yang terkontaminasi ketempat sampah yang sesuai.
56. Bersihkan ibu dengan menggunakan air disinfeksi tingkat tinggi. Membersihkan sisa cairan ketuban, lendir dan darah. Membantu ibu memakaikan pakaian yang bersih dan kering.
57. Memastikan bahwa ibu nyaman. Membantu ibu memberikan ASI. Mengjurkan keluarga untuk memberi ibu minuman dan makanan yang diinginkannya.
58. Mendekontaminasi daerah yang digunakan untuk melahirkan dengan

larutan klorin 0,5% dan membilas dengan air bersih.

59. Mencelupkan sarung tangan kotor ke dalam larutan klorin 0,5%, membalikkan bagian dalam keluar dan merendamnya dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit. Dan Cuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir. (Prawirohardjo, 2016).

o. Dekontaminasi

60. Lengkapi partograf (halaman depan dan belakang). (Prawirohardjo, 2016).

C. NIFAS

1. Pengertian Masa Nifas

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

Masa nifas (PostPartum) adalah masa di mulai setelah kelahiran plasenta dan berakhir ketika alat kandungan kembali semula seperti sebelum hamil, yang berlangsung selama 6 minggu atau 42 hari. Selama masa pemulihan tersebut berlangsung, ibu akan mengalami banyak perubahan fisik yang bersifat fisiologis dan banyak memberikan ketidak nyamanan pada awal postpartum, yang tidak menutup kemungkinan untuk menjadi patologis bila tidak diikuti dengan perawatan yang baik (Yulia and Hakim, 2020).

2. Tahapan Masa Nifas

Menurut Wulandari, (2019) Ada beberapa tahapan yang di alami oleh wanita selama masa nifas, yaitu sebagai berikut :

- a) Immediate puerperium, yaitu waktu 0-24 jam setelah melahirkan. ibu telah di perbolehkan berdiri atau jalan-jalan
- b) Early puerperium, yaitu waktu 1 – 7 hari pemulihan setelah melahirkan. pemulihan menyeluruh alat-alat reproduksi berlangsung selama 6 minggu

c) Later puerperium, yaitu waktu 1 – 6 minggu setelah melahirkan, inilah waktu yang diperlukan oleh ibu untuk pulih dan sehat sempurna. Waktu sehat bisa berminggu-minggu, bulan dan tahun

3. Perubahan Fisiologi Masa Nifas

a. Perubahan fisiologis masa nifas pada sistem reproduksi

Perubahan alat – alat genital baik interna maupun eksterna kembali seperti semula seperti sebelum hamil disebut involusi. Bidan dapat membantu ibu untuk mengatasi dan memahami perubahan – perubahan seperti:

1) Involusi Uterus

Involusi atau pengerutan uterus merupakan suatu proses dimana uterus kembali ke kondisi sebelum hamil dengan berat hanya 60 gram. Proses involusi uterus menurut (Marmi, 2015) antara lain, sebagai berikut:

a) Iskemia miometrium

Iskemia miometrium disebabkan oleh kontraksi dan retraksi yang terus-menerus dari uterus setelah pengeluaran plasenta membuat uterus relatif anemia dan menyebabkan serat otot atrofi.

b) Atrofi jaringan

Atrofi jaringan terjadi sebagai reaksi penghentian hormon esterogen saat pelepasan plasenta.

c) Autolisis

Autolisis merupakan proses penghancuran diri sendiri yang terjadi di dalam otot uterus. Enzim proteolitik akan memendekkan jaringan otot yang telah sempat mengendur hingga panjangnya 10 kali dari semula dan lebar lima kali dari semula selama kehamilan atau dapat juga dikatakan sebagai perusakan secara langsung jaringan hipertrofi yang berlebihan. Hal ini disebabkan karena penurunan hormon esterogen dan progesteron.

d) Efek oksitosin

Oksitosin menyebabkan terjadinya kontraksi dan retraksi otot uterus sehingga akan menekan pembuluh darah yang mengakibatkan berkurangnya suplai darah ke uterus. Proses ini membantu untuk mengurangi perdarahan. Penurunan ukuran uterus yang cepat itu dicerminkan oleh perubahan lokasi uterus ketika turun keluar dari abdomen dan kembali menjadi organ pelvis.

2) Involusi tempat plasenta

Uteri pada bekas insisi plasenta merupakan luka yang kasar dan menonjol ke dalam kavum uteri. Segera setelah plasenta lahir, dengan cepat luka mengecil, pada akhir minggu kedua hanya sebesar 3-4 cm dan pada akhir nifas 1-2cm. Penyembuhan luka bekas plasenta khas sekali. Pada permulaan nifas bekas plasenta mengandung banyak pembuluh darah besar yang tersumbat oleh thrombus. Luka bekas plasenta tidak meninggalkan parut. Hal ini disebabkan karena diikuti pertumbuhan endometrium baru di bawah permukaan luka. Regenerasi endometrium terjadi ditempat implantasi plasenta selama sekitar 6 minggu. Pertumbuhan kelenjar endometrium ini berlangsung didalam decidua basalis. Pertumbuhan kelenjar ini mengikis pembuluh darah yang membeku pada tempat implantasi plasenta hingga terkelupas dan tak dipakai lagi pada pembuangan lochea (Yanti & Sundawati, 2014).

3) Perubahan ligamen

Setelah bayi lahir, ligamen dan diafragma pelvis fasial yang meregang sewaktu kehamilan dan saat melahirkan, kembali seperti sedia kala. Perubahan ligamen yang dapat terjadi pasca melahirkan antara lain: ligamentum rotundum menjadi kendur yang mengakibatkan letak uterus menjadi retrofleksi; ligamen, fasial, jaringan penunjang alat genitalia menjadi agak kendur (Yanti & Sundawati, 2014).

4) Perubahan serviks

Segera setelah melahirkan, serviks lembek, kendur, terkulai dan bentuk seperti corong. Hal ini disebabkan korpus uteri berkontraksi, sedangkan serviks tidak berkontraksi sehingga perbatasan antara korpus dan serviks uteri berbentuk cincin. Warna serviks merah kehitam-hitaman karena penuh pembuluh darah. Segera setelah bayi dilahirkan, tangan pemeriksa masih dapat dimasukkan 2-3 jari dan setelah 1 minggu hanya 1 jari saja yang dapat masuk. (Yanti & Sundawati, 2014).

5) Lochea

Lochea adalah ekskresi cairan rahim selama masa nifas dan mempunyai reaksi basa/alkalis yang membuat organisme berkembang lebih cepat dari pada kondisi asam, yang ada pada vagina normal. Lochea mempunyai bau yang amis (anyir) meskipun tidak terlalu menyengat dan volumenya berbeda-beda pada setiap wanita. Lochea mengalami perubahan karena proses involusi. Lochea dapat dibagi menjadi lochea rubra, sanguilenta, serosa, dan alba. Perbedaan masing-masing lochea dapat dilihat sebagai berikut :

Tabel 2.4 Perubahan Warna Lochea

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

Sumber : Yanti & Sundawati, 2014

Umumnya jumlah lochea lebih sedikit bila wanita postpartum dalam posisi berbaring dari pada berdiri. Hal ini terjadi akibat pembuangan bersatu divagina bagian atas saat wanita posisi berbaring

dan kemudian akan mengalirkan keluar saat berdiri. Total jumlah rata-rata pengeluaran lochea sekitar 240 hingga 270 ml (Yanti & Sundawati, 2014)

6) Perubahan vulva, vagina dan perineum

Selama proses persalinan vulva dan vagina mengalami penekanan sertaperegangan, setelah beberapa hari persalinan kedua organ ini kembali dalam keadaan kendur. Rugae timbul kembali pada minggu ke tiga. Himen tampak sebagai tonjolan kecil dan dalam proses pembentukan berubah menjadi kulae mitiformis yang khas bagi wanita multipara. Ukuran vagina akan selalu lebih besar dibandingkan keadaan saat sebelum persalinan pertama.

Perubahan pada perineum pasca melahirkan terjadi pada saat perineum mengalami robekan. Robekan jalan lahir dapat terjadi secara spontan atau dilakukan episiotomi dengan insisi tertentu. Meskipun demikian, latihan otot perineum dapat mengembalikan tonus tersebut dan dapat mengencangkan vagina hingga tingkat tertentu hal ini dapat dilakukan pada akhir puerperium dengan latihan harian (Yanti & Sundawati, 2014).

b. Perubahan Sistem Pencernaan

Biasanya ibu mengalami konstipasi setelah persalinan. Hal ini disebabkan karena pada waktu melahirkan alat pencernaan mendapat tekanan yang menyebabkan kolon menjadi kosong, pengeluaran cairan yang berlebihan pada waktu persalinan, kurangnya asupan makan, hemoroid dan kurangnya aktivitas tubuh.

c. Perubahan Sistem Perkemihan

Setelah proses persalinan berlangsung, biasanya ibu akan sulit untuk buang air kecil dalam 24 jam pertama. Penyebab dari keadaan ini adalah terdapat spasme sfinkter dan edema leher kandung kemih setelah mengalami kompresi (tekanan) antara kepala janin dan tulang pubis selama persalinan berlangsung. Kadar hormon estrogen yang bersifat

menahan air akan mengalami penurunan yang mencolok. Keadaan tersebut disebut “diuresis”.

d. Perubahan Sistem Muskuloskeletal

Otot-otot uterus berkontraksi segera setelah partus, pembuluh darah yang berada di antara anyaman otot-otot uterus akan terjepit, sehingga akan menghentikan perdarahan. Ligamen-ligamen, diafragma pelvis, serta fasia yang meregang pada waktu persalinan, secara berangsur-angsur menjadi ciut dan pulih kembali. Stabilisasi secara sempurna terjadi pada 6-8 minggu setelah persalinan.

e. Perubahan Sistem Kardiovaskuler

Setelah persalinan, shunt akan hilang tiba-tiba. Volume darah bertambah, sehingga akan menimbulkan dekompensasi kordis pada penderita vitum cordia. Hal ini dapat diatasi dengan mekanisme kompensasi dengan timbulnya hemokonsentrasi sehingga volume darah kembali seperti sediakala. Pada umumnya, hal ini terjadi pada hari ketiga sampai kelima postpartum.

f. Perubahan Tanda-tanda Vital

Pada masa nifas, tanda – tanda vital yang harus dikaji antara lain :

1) Suhu badan

Dalam 1 hari (24 jam) post partum, suhu badan akan naik sedikit ($37,50 - 38^{\circ} C$) akibat dari kerja keras waktu melahirkan, kehilangan cairan dan kelelahan. Apabila dalam keadaan normal, suhu badan akan menjadi biasa. Biasanya pada hari ketiga suhu badan naik lagi karena ada pembentukan Air Susu Ibu (ASI). Bila suhu tidak turun, kemungkinan adanya infeksi pada endometrium.

2) Nadi

Denyut nadi normal pada orang dewasa 60-80 kali per menit. Denyut nadi sehabis melahirkan biasanya akan lebih cepat. Denyut nadi yang melebihi 100x/ menit, harus waspada kemungkinan dehidrasi, infeksi atau perdarahan post partum.

3) Tekanan darah

Tekanan darah biasanya tidak berubah. Kemungkinan tekanan darah akan lebih rendah setelah ibu melahirkan karena ada perdarahan. Tekanan darah tinggi pada saat post partum menandakan terjadinya preeklampsia post partum.

4) Pernafasan

Keadaan pernafasan selalu berhubungan dengan keadaan suhu dan denyut nadi. Bila suhu nadi tidak normal, pernafasan juga akan mengikutinya, kecuali apabila ada gangguan khusus pada saluran nafas. Bila pernafasan pada masa post partum menjadi lebih cepat, kemungkinan ada tanda-tanda syok (Dewi, 2012).

g. Perawatan Puerperium

Perawatan masa puerperium Menurut Anggraeni (2010), perawatan puerperium lebih aktif dengan dianjurkan untuk melakukan mobilisasi dini (early mobilization). Perawatan mobilisasi secara dini mempunyai keuntungan, sebagai berikut:

- 1) Melancarkan pengeluaran lochea, mengurangi infeksi perineum
- 2) Memperlancar involusi alat kandungan
- 3) Melancarkan fungsi alat gastrointestinal dan alat perkemihan
- 4) Meningkatkan kelancaran peredaran darah ,sehingga mempercepat fungsi ASI pengeluaran sisa metabolisme.

4. Kebutuhan pada Masa Nifas

Menurut Setyo Retno Wulandari (2011), Ada beberapa macam kebutuhan saat nifas:

a. Nutrisi

Kebutuhan gizi pada masa nifas terutama bila menyusui akan meningkat 25% karena berguna untuk proses kesembuhan karena sehabis melahirkan dan untuk memproduksi air susu yang cukup untuk menyehatkan bayi. Semua itu akan meningkatkan tiga kali dari kebutuhan biasa. Selama menyusui ibu membutuhkan tambahan protein di atas normal sebesar 20 gram/hari. Maka dari itu ibu dianjurkan makan-

makanan mengandung asam lemak omega 3 yang banyak terdapat di ikan kakap, tongkol, dan lemuru.

b. Ambulasi

Di sebut juga early ambulation. Early ambulation adalah kebijakan untuk secepat mungkin membimbing klien keluar dari tempat tidurnya dan membimbingnya secepat mungkin berjalan. Klien sudah di perbolehkan bangun dari tempat tidur dan dalam 24-48 jam postpartum. Keuntungannya early ambulation adalah :

- 1) Klien merasa lebih baik, lebih sehat dan lebih kuat.
- 2) Faal usus dan kandungan kencing lebih baik.
- 3) Dapat lebih memungkinkan dalam menggajari ibu untuk merawat atau memelihara anaknya, memandikan dan lain-lain selama ibu masih dalam perawatan.(Eka, 2014).

c. Eliminasi

1) Miksi (BAK)

Miksi di sebut normal bila dapat buang air kecil spontan setiap 3-4 jam dan ibu di usahakan dapat buang air kecil.

2) Defekasi (BAB)

Biasanya 2-3 hari post partum masih sulit buang air besar. Jika klien pada hari ketiga belum juga buang air besar maka diberikan laksan supositoria dan minum air hangat. Agar dapat buang air besar secara teratur dapat dilakukan dengan diit teratur, pemberian cairan yang banyak, makanan cukup serat,olah raga (Haryani, 2012).

d. Kebersihan diri / perineum

Mandi di tempat tidur dilakukan sampai ibu dapat mandi sendiri dikamar mandi sendiri, yang terutama di bersihkan adalah putting susu dan mammae dilanjutkan perineum

1) Perawatan perineum

Apabila setelah buang air kecil atau buang air besar perineum di bersihkan secara rutin. Caranya di mulsi dsri simpisis sampai anal sehingga tidak terjadi infeksi cara membersihkannya dengan sabun

yang lembut minimal sekali sehari. Biasanya ibu merasa takut pada kemungkinan jahitan akan lepas, juga merasa sakit sehingga perineum tidak di bersihkan atau di cuci. Ibu di beri tahu caranya mengganti pembalut yaitu bagian dalamnya jangan sampai terkontaminasi oleh tangan. Pembalut yang sudah kotor harus diganti paling sedikit 4 kali dalam sehari (Mochtar, 2015)

2) Perawatan payudara

- a) Menjaga payudara tetap bersih dan kering terutama putting susu dengan menggunakan BH yang menyongkong payudara
- b) Apabila putting susu lecet oleskan colostrum atau ASI yang keluar pada sekitar putting susu setiap selesai menyusui. Menyusui tetap di lakukan di mulai dari putting yang tidak lecet.
- c) Apabila lecet sangat berat dapat diistirahatkan selama 24 jam, ASI di keluarkan dan di minumkan dengan mnenggunakan sendok.
- d) Untuk menghilangkan nyeri ibu dapat di berikan paracetamol 1 tablet setiap 4- 6 jam. Istirahat Anjurkan ibu untuk :
 - (1)Istirahat cukup untuk mengurangi kecelakaan
 - (2)Tidur siang atau istirahat saat bayi tidur
 - (3)Kembali ke kegiatan rumah tangga secara perlahan – lahan
 - (4)Mengatur kegiatan rumahnya sehingga dapat menyediakan waktu untuk istirahat pada siang kira-kira 2jam dm malam 7-8 jam. Kurang isirahat pada ibu nifas mengakibatkan :
 - (a)Mengurangi jumlah ASI 2) Memperlambat involusi, yang akhirnya bisa menyebabkan perdarahan
 - (b)Depresi (Marisah, 2011).

e. Seksual

Apabila perdarahan sudah berhenti dan episiotomy sudah sembuh maka coitus bisa dilakukan pada 3-4 minggu post-partum. Ada juga yang berpendapat bahwa coitus dapat dilakukan setelah masa nifas berdasarkan teori bahwa saat itu bekas luka plasenta baru sembuh (proses penyembuhan luka post-partum sampai dengan 6

minggu). Secara fisik aman untuk melakukan hubungan suami istri begitu darah merah berhenti dan ibu dapat memasukkan kedua jarinya kedalam vagina tanpa rasa nyeri, aman untuk melakukan hubungan suami istri (coitus).

f. Senam nifas

Senam nifas adalah senam yang di lakukan sejak hari pertama melahirkan setiap hari sampai hari ke sepuluh, terdiri dari sederetan gerakan tubuh yang di lakukan untuk mempercepat pemulihan keadaan ibu. Tujuan di lakukannya senam nifas pada ibu setelah melahirkan :

- 1) Mengurangi rasa sakit pada otot-otot
- 2) Memperbaiki perdarahan
- 3) Menggencangkan otot-otot perut dan perineum
- 4) Melancarkan pengeluaran lochea
- 5) Mempercepat involusi
- 6) Menghindarkan kelainan, misalnya : emboli, thrombosis, dll
- 7) Untuk mempercepat penyembuhan, mencegah komplikasi dan meningkatkan otot-otot punggung, pelvis dan abdomen
- 8) Kegel exercise : untuk membantu penyembuhan luka perineum
- 9) Meredakan hemoroid dan varikosis vulva
- 10) Meningankan perasaan bahwa “segala sudah berantakan
- 11) Membangkitkan kembali pengendalian atas otot-otot spinkter.
- 12) Memperbaiki respon seksual Manfaat senam nifas antara lain :
 - a) Senam nifas membantu memperbaiki sirkulasi darah
 - b) Senam nifas membantu memperbaiki sikap tubuh dan punggung setelah melahirkan
 - c) Memperbaiki otot tonus
 - d) Memperbaiki pelvis dan peregangan otot abdomen
 - e) Memperbaiki juga memperkuat otot panggul
 - f) Membantu ibu untuk lebih rileks dan segar pasca melahirkan

g. Keluarga berencana

Idealnya setelah melahirkan boleh hamil lagi setelah dua tahun. Pada dasarnya ibu tidak mengalami ovulasi selama menyusui eksklusif atau penuh enam bulan dan ibu belum mendapatkan haid (metode amenorhe laktasi). Meskipun setiap metode kontrasepsi beresiko, tetapi menggunakan kontrasepsi jauh lebih aman (Sulisetyawati, 2018)

h. Pemberian ASI

Hal – hal yang perlu diberitahukan kepada pasien mengenai pemberian ASI, yaitu

- 1) Menyusui segera setelah lahir minimal 30 menit bayi telah disusukan
- 2) Ajarkan cara menyusui yang benar.
- 3) Memberikan ASI secara penuh 6 bulan tanpa makanan lain (ASI eksklusif)
- 4) Menyusui tanpa jadwal, sesuka bayi
- 5) Di luar menyusui jangan memberikan dot / kempeng pada bayi, tapi berikan asi dengan sendok
- 6) Penyapihan bertahap meningkatkan frekuensi makanan dan menurunkan frekuensi pemberian ASI.

5. Komplikasi Pada Masa Nifas

Menurut Setyo Retno Wulanjani, 201, Mengatakan bahwa komplikasi masa nifas adalah sebagai berikut :

- a. Pendarahan Pervaginam Perdarahan pervaginam yang melebihi 300 ml setelah bersalin didefinisikan sebagai perdarahan pasca persalinan. Terdapat beberapa masalah mengenai definisi ini :
 - 1) Perkiraan kehilangan darah biasanya tidak yang sebenarnya, kadang-kadang hanya setengah dari biasanya. Darah juga tersebar pada spon, handuk dan kain didalam ember dan lantai.
 - 2) Volume darah yang hilang juga bervariasi akibatnya sesuai dengan kadar hemoglobin ibu. Seorang ibu dengan kadar HB normal akan berakibat fatal pada anemia. Seseorang ibu yang sehat dan tidak anemia pun dapat mengalami akibat fatal dari kehilangan darah.

- 3) Perdarahan dapat terjadi dengan lambat untuk jangka waktu beberapa jam dan kondisi ini dapat tidak dikenali sampai terjadi syok. Penilaian resiko pada saat antenatal tidak dapat memperkirakan akan terjadinya perdarahan pasca persalinan.
- 4) Penanganan aktif kala III sebaiknya dilakukan pada semua wanita yang bersalin karena hal ini dapat menurunkan insiden perdarahan pasca persalinan 70 akibat atonia uteri. Semua ibu pasca bersalin fase persalinan.

b. Infeksi Masa Nifas

Infeksi nifas adalah keadaan yang mencakup semua peradangan alat-alat genitalia dalam masa nifas. Masuknya kuman dapat terjadi dalam kehamilan, waktu persalinan, dan nifas. Demam nifas adalah demam dalam masa nifas oleh sebab apa pun. Mordibitas puerpuralis adalah kenaikan suhu badan sampai 38°C atau lebih selama 2 hari dalam 10 hari pertama post-partum, kecuali pada hari pertama. Suhu diukur 4 kali secara oral. Infeksi terjadi pada vulva, vagina, dan serviks.

c. Endometritis

Endometritis adalah infeksi yang terjadi pada endometrium. Jenis infeksi ini biasanya yang paling sering terjadi. Kuman-kuman yang masuk endometrium. Biasanya pada luka bekas implantasi plasenta dan dalam waktu singkat.

d. Septicemia dan Pyemia

Ini merupakan infeksi umum yang disebabkan oleh kuman-kuman yang sangat pathogen. Infeksi ini sangat berbahaya dan tergolong 50% penyebab kematian karena infeksi.

e. Peritonitis

Peritonitis (radang selaput rongga perut) adalah peradangan yang disebabkan oleh infeksi pada selaput rongga perut (peritoneum). Infeksi nifas dapat menyebar melalui pembuluh darah di dalam uterus, langsung mencapai peritoneum dan menyebabkan peritonitis atau melalui jaringan di antara kedua lembar lagamentum latum yang menyebabkan

parametritis. Peritonitis yang tidak menjadi peritonitis umum hanya terbatas pada daerah pelvis.

f. Parametritis

Parametritis merupakan peradangan pada parametrium. Parametrium merupakan lapisan terluar yang melapisi uterus. Parametritis juga mempunyai nama lain yaitu selulitis pelvika.

g. Thrombophlebitis

Thrombophlebitis merupakan kelainan pada masa nifas yaitu masa setelah melahirkan di mana terjadi sumbatan pembuluh darah yang disebabkan oleh adanya darah yang membeku.

h. Luka perineum

Perluasan perineum pada umumnya terjadi unilateral, namun dapat juga bilateral. Perluasan pada diafragma urogenitalis dan muskulu levator ani, yang terjadi pada waktu persalinan normal atau persalinan dengan alat, dapat terjadi tanpa luka pada kulit perineum atau pada vagina, sehingga tidak kelihatan dari luar. Perluasan demikian dapat melemahkan dasar panggul, sehingga mudah terjadi prolaps genitalis.

6. Kebijakan Program Nasional Nifas

Seorang bidan pada saat memberikan asuhan kepada ibu dalam masa nifas, ada beberapa hal yang harus dilakukan, akan tetapi pemberian asuhan kebidanan pada ibu masa nifas tergantung dari kondisi ibu sesuai dengan masa perkembangannya antara lain dalam literatur Saifudin (2006):

a. Kunjungan ke-1 (6-8 jam setelah persalinan)

Mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri; mendeteksi dan merawat penyebab lain perdarahan: rujuk bila perdarahan berlanjut; memberikan konseling pada ibu atau salah satu anggota keluarga bagaimana mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri; pemberian ASI awal; melakukan hubungan antara ibu dan bayi baru lahir; menjaga bayi tetap sehat dengan cara 24 mencegah hipotermia; jika petugas kesehatan menolong persalinan, ia harus tinggal dengan ibu dan

bayi baru lahir untuk 2 jam pertama setelah kelahiran , atau sampai ibu dan bayi dalam keadaan sehat.

b. Kunjungan ke-2 (6 hari setelah persalinan)

Memastikan involusi uterus berjalan normal: uterus berkontraksi, fundus di bawah umbilikus, tidak ada perubahan abnormal, tidak ada bau, menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi atau makanan, cairan, dan istirahat; memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak memperlihatkan tanda-tanda penyulit; memberikan konseling pada ibu mengenai asuhan pada bayi, tali pusat, menjaga bayi tetap hangat dan merawat bayi sehari-hari.

c. Kunjungan ke-3 (2 minggu setelah persalinan), sama seperti diatas.

d. Kunjungan ke-4 (6 minggu setelah persalinan), menanyakan pada ibu tentang penyuli-penyulit yang ia atau bayi alami; memberikan konseling untuk KB secara dini.

D. BAYI BARU LAHIR

1. Pengertian Bayi Baru Lahir

Bayi baru lahir (neonatus) adalah bayi yang berusia 0-28 hari (Kementerian Kesehatan RI, 2010). Bayi baru lahir adalah bayi berusia satu jam yang lahir pada usia kehamilan 37-42 minggudan berat badannya 2.500-4000 gram (Dewi, 2010). Bayi baru lahir atau neonatus adalah masa kehidupan (0–28 hari), dimana terjadi perubahan yang sangat besar dari kehidupan di dalam rahim menuju luar rahim dan terjadi pematangan organ hampir pada semua sistem. Bayi hingga umur kurang satu bulan merupakan golongan umur yang memiliki risiko gangguan kesehatan paling tinggi dan berbagai masalah kesehatan bisa muncul, sehingga tanpa penanganan yang tepat bisa berakibat fatal (Kemenkes RI, 2020).

Periode ini merupakan periode yang sangat rentan terhadap suatu infeksi sehingga menimbulkan suatu penyakit. Periode ini juga masih membutuhkan penyempurnaan dalam penyesuaian tubuhnya secara fisiologis untuk dapat hidup di luar kandungan seperti sistem pernapasan,

sirkulasi, termoregulasi dan kemampuan menghasilkan glukosa (Juwita & Priskusanti, 2020). Bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir dalam presentasi belakang kepala melalui vagina tanpa memakai alat (Jamil et al., 2017). Kriteria bayi normal adalah lahir dengan umur kehamilan genap 37 minggu sampai 42 minggu, dengan berat badan lahir 2500–4000 gram, panjang badan: 48–52 cm, lingkaran dada: 30– 38 cm, nilai Apgar 7–10 dan tanpa cacat bawaan (Ribek et al., 2018). Lingkar kepala bayi baru lahir yang normal adalah 34–35 cm, dimana ukuran lingkar kepala mempunyai hubungan dengan perkembangan bayi yaitu pertumbuhan lingkar kepala umumnya mengikuti pertumbuhan otak, sehingga bila ada hambatan/gangguan pada pertumbuhan lingkar kepala, pertumbuhan otak juga biasanya terhambat (Ribek et al., 2013)

2. Klasifikasi bayi baru lahir

Neonatus dikelompokkan menjadi dua kelompok (Juwita & Priskusanti, 2020), yaitu:

a. Neonatus menurut masa gestasinya Masa gestasi atau dapat disebut dengan umur kehamilan merupakan waktu dari konsepsi yang dihitung dari ibu hari pertama haid terakhir (HPHT) pada ibu sampai dengan bayi lahir (Novieastari et al., 2020).

1) Bayi kurang bulan: bayi yang lahir 294 hari (>42 minggu).

2) Bayi cukup bulan: bayi yang lahir antara 259–293 hari (37 minggu–42 minggu).

3) Bayi lebih bulan: bayi yang lahir >294 hari (>42 minggu).

b. Neonatus menurut berat badan saat lahir , Bayi lahir ditimbang berat badannya dalam satu jam pertama jika bayi lahir di fasilitas kesehatan dan jika bayi lahir di rumah maka penimbangannya dilakukan dalam waktu 24 jam pertama setelah kelahiran (Novieastari et al., 2020).

1) Bayi berat badan lahir rendah: bayi yang lahir dengan berat badan <2,5 kg

2) Bayi berat badan lahir cukup: bayi yang lahir dengan berat badan antara 2,5 kg–4 kg.

3) Bayi berat badan lahir lebih: bayi yang lahir dengan berat badan >4 kg

3. Lingkup Neonatus Normal

Menurut Depkes RI (2014), asuhan segera, aman dan bersih untuk bayi baru lahir ialah:

a. Pencegahan infeksi

Bayi baru lahir sangat rentan terhadap infeksi yang disebabkan oleh paparan atau kontaminasi mikroorganisme selama proses persalinan berlangsung maupun beberapa saat setelah lahir. Sebelum menangani bayi baru lahir, pastikan penolong persalinan telah melakukan upaya pencegahan infeksi sebagai berikut:

- 1) Cuci tangan dengan seksama sebelum dan setelah bersentuhan dengan bayi.
- 2) Pakai sarung tangan bersih pada saat menangani bayi yang belum dimandikan.
- 3) Pastikan semua peralatan dan bahan yang digunakan bersih.
- 4) Pastikan semua pakaian, handuk, selimut kain yang digunakan untuk bayi, sudah dalam keadaan bersih.

b. Penilaian awal

Segera setelah lahir, letakkan bayi diatas kain bersih dan kering yang disiapkan pada perut ibu lakukan penilaian awal dengan menjawab 2 pertanyaan antara lain:

- 1) Apakah bayi menangis kuat dan atau bernafas tanpa kesulitan ?
- 2) Apakah bayi bergerak dengan aktif atau lemas?

Jika bayi bernafas atau bernafas megap-megap atau lemah maka segera lakukan tindakan resusitasi bayi baru lahir.

c. Pencegahan kehilangan panas.

Bayi baru lahir dapat kehilangan panas tubuhnya melalui cara berikut:

- 1) Evaporasi adalah jalan utama bayi kehilangan panas. Kehilangan panas dapat terjadi kerana adanya penguapan cairan ketuban pada

permukaan tubuh oleh panas tubuh bayi sendiri. Ini dikarenakan setelah lahir tubuh bayi tidak segera dikeringkan dan diselimuti.

- 2) Konduksi adalah kehilangan panas tubuh melalui kontak langsung antara tubuh bayi dengan permukaan yang dingin.
 - 3) Konveksi adalah kehilangan panas tubuh yang terjadi saat bayi terpapar udara sekitar yang lebih dingin. Bayi yang dilahirkan atau ditempatkan didalam ruangan yang dingin akan cepat mengalami kehilangan panas.
 - 4) Radiasi adalah kehilangan panas yang terjadi karena bayi berada didekat benda-benda yang mempunyai suhu tubuh lebih rendah dan suhu tubuh bayi. Bayi bisa kehilangan panas dengan cara ini karena benda- benda tersebut menyerap radiasi panas tubuh bayi. Cara mencegah kehilangan panas melalui upaya sebagai berikut:
 - a) Keringkan tubuh bayi tanpa membersihkan verniks
 - b) Letakkan bayi agar terjadi kontak kulit ibu ke kulit bayi
 - c) Selimuti ibu dan bayi dan pakaikan topi dikepala bayi
 - d) Jangan segera menimbang atau memandikan bayi baru lahir
 - e) Tempatkan bayi di lingkungan yang hangat
- d. Pemotongan dan perawatan tali pusat

Setelah penilaian sepiantas dan tidak ada tanda asfiksia pada bayi, dilakukan manajemen bayi baru lahir normal dengan mengeringkan bayi mulai dari muka, kepala, dan bagian tubuh lainnya kecuali bagian tangan tanpa membersihkan verniks, kemudian bayi diletakkan di atas dada atau perut ibu. Setelah pemberian oksitosin pada ibu, lakukan pemotongan tali pusat dengan satu tangan melindungi perut bayi. Perawatan tali pusat adalah dengan tidak membungkus tali pusat atau mengoleskan cairan/bahan apa pun pada tali pusat (Kementerian Kesehatan RI, 2013).

Perawatan rutin untuk tali pusat adalah selalu cuci tangan sebelum memegangnya, menjaga tali pusat tetap kering dan terpapar udara, membersihkan dengan air, menghindari dengan alkohol karena

menghambat pelepasan tali pusat, dan melipat popok di bawah umbilikus (Lissauer, 2013)

e. Inisiasi Menyusu Dini (IMD)

Setelah bayi lahir dan tali pusat dipotong, segera letakkan bayi tengkurap di dada ibu, kulit bayi kontak dengan kulit ibu untuk melaksanakan proses IMD selama 1 jam. Biarkan bayi mencari, menemukan puting, dan mulai menyusui. Sebagian besar bayi akan berhasil melakukan IMD dalam waktu 60-90 menit, menyusui pertama biasanya berlangsung pada menit ke- 45-60 dan berlangsung selama 10-20 menit dan bayi cukup menyusui dari satu payudara (Kementerian Kesehatan RI, 2013).

Jika bayi belum menemukan puting ibu dalam waktu 1 jam, posisikan bayi lebih dekat dengan puting ibu dan biarkan kontak kulit dengan kulit selama 30- 60 menit berikutnya. Jika bayi masih belum melakukan IMD dalam waktu 2 jam, lanjutkan asuhan perawatan neonatal esensial lainnya (menimbang, pemberian vitamin K, salep mata, serta pemberian gelang pengenal) kemudian dikembalikan lagi kepada ibu untuk belajar menyusui (Kementerian Kesehatan RI, 2013).

f. Pencegahan kehilangan panas

Melalui tunda mandi selama 6 jam, kontak kulit bayi dan ibu serta menyelimuti kepala dan tubuh bayi (Kementerian Kesehatan RI, 2013).

g. Pemberian salep mata/tetes mata

Pemberian salep atau tetes mata diberikan untuk pencegahan infeksi mata. Beri bayi salep atau tetes mata antibiotika profilaksis (tetrasiklin 1%, oxytetrasiklin 1% atau antibiotika lain). Pemberian salep atau tetes mata harus tepat 1 jam setelah kelahiran. Upaya pencegahan infeksi mata tidak efektif jika diberikan lebih dari 1 jam setelah kelahiran (Kementerian Kesehatan RI, 2013).

h. Pencegahan perdarahan

Melalui penyuntikan vitamin K1 dosis tunggal di paha kiri Semua bayi baru lahir harus diberi penyuntikan vitamin K1 (Phytomenadione) 1

mg intramuskuler di paha kiri, untuk mencegah perdarahan BBL akibat defisiensi vitamin yang dapat dialami oleh sebagian bayi baru lahir (Kementerian Kesehatan RI, 2010). Pemberian vitamin K sebagai profilaksis melawan hemorrhagic disease of the newborn dapat diberikan dalam suntikan yang memberikan pencegahan lebih terpercaya, atau secara oral yang membutuhkan beberapa dosis untuk mengatasi absorpsi yang bervariasi dan proteksi yang kurang pasti pada bayi (Lissauer, 2013). Vitamin K dapat diberikan dalam waktu 6 jam setelah lahir (Lowry, 2014).

i. Pemberian imunisasi Hepatitis B (HB 0) dosis tunggal di paha kanan

Imunisasi Hepatitis B diberikan 1-2 jam di paha kanan setelah penyuntikan vitamin K1 yang bertujuan untuk mencegah penularan Hepatitis B melalui jalur ibu ke bayi yang dapat menimbulkan kerusakan hati (Kementerian Kesehatan RI, 2010).

j. Pemeriksaan Bayi Baru Lahir (BBL)

Pemeriksaan BBL bertujuan untuk mengetahui sedinimungkin kelainan pada bayi. Bayi yang lahir di fasilitas kesehatan dianjurkan tetap berada di fasilitas tersebut selama 24 jam karena risiko terbesar kematian BBL terjadi pada 24 jam pertama kehidupan. saat kunjungan tindak lanjut (KN) yaitu 1 kali pada umur 1- 3 hari, 1 kali pada umur 4-7 hari dan 1 kali pada umur 8-28 hari (Kementerian Kesehatan RI, 2010).

k. Pemberian ASI eksklusif

ASI eksklusif adalah pemberian ASI tanpa makanan dan minuman tambahan lain pada bayi berusia 0-6 bulan dan jika memungkinkan dilanjutkan dengan pemberian ASI dan makanan pendamping sampai usia 2 tahun. Pemberian ASI eksklusif mempunyai dasar hukum yang diatur dalam SK Menkes Nomor 450/Menkes/SK/IV/2004 tentang pemberian ASI Eksklusif pada bayi 0-6 bulan. Setiap bayi mempunyai hak untuk dipenuhi kebutuhan dasarnya seperti Inisiasi Menyusu Dini (IMD), ASI Eksklusif, dan imunisasi serta pengamanan dan perlindungan bayi baru lahir dari upaya penculikan dan perdagangan bayi.

4. Tanda – tanda bahaya bayi baru lahir (BBL) dan Neonatus

Beberapa tanda bahaya pada bayi baru lahir harus diwaspadai, dideteksi lebih dini untuk segera dilakukan penanganan agar tidak mengancam nyawa bayi. Menurut Dewi (2012), beberapa tanda bahaya pada bayi baru lahir tersebut, antara lain:

- a. Pernafasan sulit atau lebih dari 60 kali permenit.
- b. Retraksi dada saat inspirasi.
- c. Suhu terlalu panas lebih dari 38 derajat selsius, terlalu dingin atau kurang dari 36 derajat selsius.
- d. Warna abnormal yaitu kulit atau bibir biru atau pucat, memar atau sangat kuning (terutama pada 24 jam pertama)
- e. Gangguan pada gastrointestinal bayi seperti: mekonium tidak keluar setelah 3 hari pertama kelahiran, urine tidak keluar dalam 24 jam pertama, muntah terus-menerus, distensi abdomen, feses hijau atau berlendir atau berdarah.
- f. Bayi menggigil lemas, mengantuk, lunglai, kejang-kejang halus, tidak tenang, menangis terus-menerus, mata bengkak dan mengeluarkan cairan.

5. Pelayanan Kesehatan Neonatus

Menurut pedoman Kemenkes RI (2010), pelayanan kesehatan neonatus adalah pelayanan kesehatan sesuai standar yang diberikan oleh tenaga kesehatan yang kompeten kepada neonatus sedikitnya 3 kali, selama periode 0 sampai dengan 28 hari setelah lahir, baik di fasilitas kesehatan maupun melalui kunjungan rumah

- a. Kunjungan neonatal ke-1 (KN 1) dilakukan pada kurun waktu 6-48 jam setelah lahir.
- b. Kunjungan neonatal ke-2 (KN 2) dilakukan pada kurun waktu hari ke 3 sampai dengan hari ke 7 setelah lahir.
- c. Kunjungan neonatal ke-3 (KN 3) dilakukan pada kurun waktu hari ke 8 sampai dengan hari ke 28 hari setelah lahir.
 - 1) Kunjungan Neonatal hari ke 1 (KN 1)

- a) Untuk bayi yang lahir di fasilitas kesehatan pelayanan dapat dilakukan sebelum bayi pulang dari fasilitas kesehatan (lebih dari 24 jam).
- b) Untuk bayi yang lahir dirumah, bila bidan meninggalkan bayi sebelum 24 jam, maka pelayanan dilaksanakan pada 6-24 jam setelah lahir.

Hal-hal yang dilaksanakan:

- (1)Jaga kehangatan tubuh bayi.
- (2)Berikan air susu ibu (ASI) eksklusif.
- (3)Cegah infeksi.
- (4)Rawat tali pusat

2) Kunjungan neonatal hari ke 2-6

Pada hari 2-6 setelah lahir, ada hal yang perlu diperhatikan dalam asuhan pada bayi, yaitu sebagai berikut:

a) Minum

Pastikan bayi diberi minum sesegera mungkin setelah lahir (dalam waktu 30 menit) atau dalam 3 jam setelah masuk rumah sakit, kecuali apabila pemberian minum harus ditunda karena masalah tertentu.

Air susu ibu (ASI) merupakan makanan yang terbaik bagi bayi. Air susu ibu (ASI) diketahui mengandung zat gizi yang paling sesuai untuk pertumbuhan dan perkembangan bayi, baik kualitas maupun kuantitasnya. Berikan air susu ibu (ASI) sesering mungkin sesuai dengan keinginan ibu (jika payudara sudah penuh) yaitu setia 2-3 jam (paling sedikit setiap 4 jam), bergantian antara payudara kiri dan kanan.

Anjurkan ibu memberikan air susu ibu (ASI) eksklusif. Berikan air susu ibu (ASI) saja (ASI eksklusif) sampai bayi berusia 6 bulan. Selanjutnya pemberian air susu ibu (ASI) diberikan hingga anak berusia 2 tahun, dengan penambahan makanan lunak atau padat yang disebut makanan pendamping ASI (MP-ASI). Banyak

sekali keuntungan yang diperoleh dari air susu ibu (ASI). Tidak saja dalam keuntungan pertumbuhan dan perkembangan bayi, tetapi juga hubungan kasih sayang antara ibu dan bayi yang akan memberikan dukungan sangat besar terhadap terjadinya proses pembentukan emosi positif pada anak, dan berbagai keuntungan bagi ibu.

b) Buang Air Besar (BAB)

Kotoran yang dikeluarkan bayi baru lahir pada hari pertama kehidupannya adalah berupa mekoneum. Warna mekoneum adalah hijau kehitaman, terdiri atas: mukus, sel epitel, cairan amnion yang tertelan, asa lemak dan pigmen empedu. Mekoneum dikeluarkan seluruhnya 2-3 hari setelah lahir. Pada hari 4-5 warna feses bayi berubah menjadi kuning.

Frekuensi buang air besar (BAB) bayi sedikitnya sekali dalam sehari. Pemberian air susu ibu (ASI) cenderung membuat frekuensi buang air besar (BAB) bayi lebih sering. Pada hari ke 4-5 produksi air susu ibu (ASI) sudah banyak maka bayi akan air susu ibu (BAB) 5 kali atau lebih dalam sehari. Tapi saat bayi berumur 3-4 minggu frekuensi berkurang menjadi satu kali dalam sehari. Sedangkan bayi yang diberikan susu formula akan lebih sering BAB, tetapi lebih cenderung mengalami konstipasi.

c) Buang Air Kecil (BAK)

Bayi baru lahir harus sudah buang air kecil (BAK) dalam waktu 24 jam setelah lahir. Hari selanjutnya bayi akan buang air kecil (BAK) sebanyak 6-8 kali atau hari. Pada awalnya volume urine bayi sebanyak 20-30 ml/hari, meningkat menjadi 100-200 ml/hari. Pada akhir minggu pertama. Warna urine keruh atau merah muda dan berangsur-angsur jernih karena intake cairan meningkat.

d) Tidur

Memasuki bulan pertama kehidupan, bayi baru lahir hanya menghabiskan waktunya untuk tidur. Macam tidur bayi adalah

tidur aktif atau tidur ringan atau tidur lelap. Pada siang hari hanya 15% waktu digunakan bayi dalam keadaan terjaga, yaitu untuk menangis, gerakan motorik, sadar dan mengantuk. Sisa waktu yang 85% lainnya digunakan bayi untuk tidur.

E. Keluarga Berencana

1. Pengertian Akseptor

Peserta KB (akseptor) adalah pasangan usia subur (PUS) dimana salah seorang menggunakan salah satu cara atau alat kontrasepsi untuk tujuan mencegah kehamilan, baik melalui program maupun non program. PUS adalah pasangan suami isteri yang masih berpotensi untuk mempunyai keturunan atau biasanya ditandai dengan belum datangnya masa menopause (berhenti menstruasi bagi isteri) (BKKBN, 2016).

2. Pengertian Kontrasepsi

Keluarga berencana adalah usaha untuk mengukur jumlah dan jarak anak yang diinginkan. Agar dapat mencapai hal tersebut, maka dibuatlah beberapa cara atau alternative untuk mencegah ataupun menunda kehamilan. Cara-cara tersebut termasuk kontrasepsi atau pencegahan kehamilan dan perencanaan keluarga (Erni,. dkk, 2022).

Selain definisi tersebut masih ada beberapa definisi lain tentang KB dalam buku Pelayanan Keluarga Berencana karangan (Slistyawati, 2016) yaitu:

- a. Menurut undang-undang No. 10/ 1992 KB adalah upaya peningkatan kepedulian dalam mewujudkan keluarga kecil yang bahagia sejahtera.
- b. Menurut WHO KB adalah tindakan yang membantu individu atau pasutri untuk mendapatkan obyektif-obyektif tertentu, menghindari kehamilan yang tidak diinginkan, mendapatkan kelahiran yang diinginkan, mengatur interval diantara kehamilan, dan menentukan jumlah anak dalam keluarga

3. Tujuan Menggunakan Alat Kontrasepsi

Dari buku (Erni,. dkk, 2022), tujuan dari penggunaan alat kontrasepsi yaitu:

- a. Menunda
- b. Menjarakkan
- c. Mengakhiri

4. Macam – Macam Kontrasepsi

Menurut Mulyani (2013) ada beberapa macam-metode kontrasepsi yaitu:

a. Metode kalender

Metode kalender atau pantang berkala adalah cara atau metode kontrasepsi sederhana yang dilakukan oleh pasangan suami istri dengan tidak melakukan senggama atau hubungan seksual pada masa subur atau ovulasi.

Prinsip kerja metode kalender ini berpedoman kepada kenyataan bahwa wanita dalam siklus haidnya mengalami ovulasi (subur) hanya satu kali dalam sebulan, dan biasanya terjadi beberapa hari sebelum atau sesudah hari ke-14 dari haid yang akan datang. Sel telur dapat hidup selama 6-24 jam, sedangkan sel mani sperma selama 48-72 jam

b. Metode suhu basal

Suhu basal adalah suhu tubuh sebelum ada aktifitas apapun, biasanya diambil pada saat bangun tidur dan belum meninggalkan tempat tidur. Suhu basal akan meningkat setelah ovulasi terjadi. Pencatatan suhu basal dilakukan setiap hari. Prinsip yang digunakan dalam metode suhu basal tubuh adalah menentukan masa subur, yaitu 4 hari sebelum ovulasi karena sperma dapat hidup sampai 4 atau 5 hari. Metode ini berdasarkan kenaikan suhu tubuh setelah ovulasi sampai hari sebelum menstruasi berikutnya. Untuk mengetahui suhu tubuh benar-benar naik maka harus dengan thermometer yang sama dan pada tempat yang sama (dimulut, anus, vagina) setiap pagi setelah bangun tidur sebelum melakukan aktivitas, serta melakukan pencatatan

- c. Metode senggama terputus
 - d. Metode barrier
 - 1) Diafragma
 - 2) Spermisida
 - e. Kondom
 - f. Kontrasepsi pil
 - 1) Mini pil (Progesteron).
 - 2) Pil kombinasi (progesteron dan estrogen)
 - g. Kondom
 - h. Kontrasepsi Suntik
 - 1) Suntik kombinasi (suntik satu bulan)
 - 2) Suntik tri bulan atau progestin
 - i. Kontrasepsi Intra Uterine Device (IUD)
 - j. Kontrasepsi Implant (mengandung hormon progesteron)
 - k. Kontrasepsi mantap
 - 1) Tubektomi (MOW)
 - 2) Vasektomi (MOP)
5. Cara kerja kontrasepsi

Dari buku (Jalilah & Prapitasari, 2021), cara kerja macam- macam KB sebagai berikut :

- a. Implant
 - 1) Hormon yang terdapat pada implant dilepaskan secara perlahan-lahan dan mengentalkan lendir pada mulut rahim sehingga menghambat pergerakan sperma. Hal ini membuat kemungkinan sperma bertemu sel telur lebih kecil dan tidak terjadi
 - 2) Selain hormon itu juga mengganggu pembentukan lapisan pada dinding rahim atau endometrium. Sehingga sel telur yang sudah dibuahi sulit menempel pada dinding rahim dan kehamilan tidak terjadi.
- b. Suntik 3 bulan
 - 1) Mencegah pelepasan sel telur dari indung telur

2) Mengentalkan lendir leher rahim sehingga dapat mengganggu pertemuan antara sperma dan sel telur

c. Suntik 1 bulan

1) Mencegah pelepasan sel telur dari indung telur

2) Mengentalkan lendir leher rahim sehingga dapat mengganggu pertemuan antara sperma dan sel telur.

d. IUD

1) Menghambat sperma untuk masuk ke saluran sel telur

2) Mencegah sperma dan sel telur bertemu sehingga tidak terjadi kehamilan

3) Membuat sperma sulit masuk ke dalam alat reproduksi perempuan dan mengurangi kemampuan sperma untuk melakukan pembuahan.

e. Pil kb kombinasi

1) Mencegah pelepasan sel telur dari indung telur

2) Mengentalkan lendir leher rahim sehingga dapat mengganggu pertemuan antara sperma dan sel telur

f. Mini pil

1) Mencegah pelepasan sel telur dari indung telur

2) Mengentalkan lendir leher rahim sehingga dapat mengganggu pertemuan antara sperma dan sel telur

g. Kondom

1) Menghalangi agar sperma tidak memasuki vagina sehingga mencegah kehamilan

2) Menghalangi masuknya bakteri, virus atau jamur masuk ke vagina sehingga mencegah penularan infeksi menular seksual dan HIV

3) Kondom hanya untuk satu kali pakai.

F. Anemia dalam Kehamilan

1. Pengertian Anemia

Anemia pada kehamilan adalah dimana kondisi ibu kadar haemoglobinnya dibawah 11 gr% pada trimester I dan III atau kadar dibawah 10,5 gr% pada trimester II. Anemia defisiensi besi pada wanita

merupakan problema kesehatan yang dialami oleh wanita diseluruh dunia terutama dinegara berkembang (Susiloningtyas, 2012).

2. Penyebab Anemia

Menurut Mochtar (2013) pada umumnya, penyebab anemia pada kehamilan adalah:

a. Kurang zat besi

Kebutuhan zat besi pada trimester II dan III tidak dapat dipenuhi dari mengkonsumsi makanan saja, walaupun makanan yang dikonsumsi memiliki kualitas yang baik ketersediaan zat besi yang tinggi. Peningkatan kebutuhan zat besi meningkat karena kehamilan. Sebagian kebutuhan zat besi dapat dipenuhi oleh simpanan zat besi dan presentase zat besi yang diserap, namun apabila simpanan zat besi rendah atau zat besi yang diserap sedikit maka diperlukan suplemen preparat zat besi agar ibu hamil tidak mengalami anemia (Bakta, I.M., & Dkk, 2009).

b. Ibu yang mempunyai penyakit kronik

Ibu yang memiliki penyakit kronik mengalami inflamasi yang lama dan dapat mempengaruhi produksi sel darah merah yang sehat. Ibu hamil dengan penyakit kronis lebih berisiko mengalami anemia akibat inflamasi dan infeksi akut (Bothamley & Maureen, 2013).

c. Kehilangan banyak darah saat persalinan sebelumnya

Perdarahan yang hebat dan tiba-tiba seperti perdarahan saat persalinan merupakan penyebab tersering terjadinya anemia, jika kehilangan darah yang banyak, tubuh segera menarik cairan dari jaringan diluar pembuluh darah agar darah dalam pembuluh darah tetap tersedia. Banyak kehilangan darah saat persalinan akan mengakibatkan anemia (Ananya, 2012). Dibutuhkan waktu untuk memulihkan kondisi fisiologis ibu dan memenuhi cadangan zat besi ibu hamil (Manuaba & Dkk, 2010).

d. Jarak kehamilan

Hasil penelitian dari Amiruddin (2007) menyatakan kematian terbanyak terjadi pada ibu dengan prioritas 1 sampai 3 anak dan jika dilihat menurut jarak kehamilan ternyata jarak kurang dari 2 tahun

menunjukkan kematian maternal lebih banyak. Jarak kehamilan yang terlalu dekat dapat menyebabkan ibu mempunyai waktu singkat untuk memulihkan kondisi rahimnya agar bisa kembali ke kondisi sebelumnya. Pada ibu hamil dengan jarak yang terlalu dekat dapat menyebabkan resiko terjadi anemia dalam kehamilan. Dibutuhkan waktu untuk memulihkan kondisi fisiologis ibu adalah dua tahun. Karena cadangan zat besi ibu hamil belum pulih. Akhirnya berkurang untuk keperluan janin yang dikandungnya (Manuaba & Dkk, 2010).

e. Paritas

Hasil penelitian Herlina (2013) menyatakan paritas merupakan salah satu faktor penting dalam kejadian anemia pada ibu hamil. Ibu hamil dengan paritas tinggi mempunyai resiko lebih besar untuk mengalami anemia dibandingkan dengan paritas rendah. Adanya kecenderungan bahwa semakin banyak jumlah kelahiran (paritas), maka akan semakin tinggi angka kejadian anemia.

f. Ibu dengan hamil gemeli dan hidramnion

Derajat perubahan fisiologis maternal pada kehamilan gemeli lebih besar dari pada dibandingkan kehamilan tunggal. Pada kehamilan gemeli yang dikomplikasikan dengan hidramnion, fungsi ginjal maternal dapat mengalami komplikasi yang serius dan besar. Peningkatan volume darah juga lebih besar pada kehamilan ini. Rata-rata kehilangan darah melalui persalinan pervaginam juga lebih banyak (Wiknjosastro, 2010).

3. Patofisiologi Anemia Pada Kehamilan

Perubahan hematologi sehubungan dengan kehamilan adalah oleh karena perubahan sirkulasi yang semakin meningkat terhadap plasenta dan pertumbuhan payudara. Volume plasma meningkat 45-65% dimulai pada trimester II kehamilan dan maksimum terjadi pada bulan ke-9 dan meningkat sekita 1000 ml, menurun sedikit menjelang aterm serta kembali normal pada 3 bulan setelah partus. Stimulasi yang meningkatkan volume plasma seperti laktogen plasma, yang menyebabkan peningkatan sekresi aldesteron (Rukiyah, 2010).

Darah akan bertambah banyak dalam kehamilan yang lazim disebut Hidremia atau Hipervolemia. Akan tetapi, bertambahnya sel darah menjadi kurang dibandingkan dengan bertambahnya plasma sehingga terjadi pengenceran darah. Perbandingan tersebut adalah sebagai berikut: plasma 30%, sel darah 18% dan hemoglobin 19%. Secara fisiologis, pengenceran darah ini untuk membantu meringankan kerja jantung yang semakin berat dengan adanya kehamilan (Manoe, 2010).

4. Klasifikasi Anemia Pada Kehamilan

Klasifikasi anemia pada kehamilan menurut Proverawati (2019) adalah:

a. Anemia Defisiensi Besi

Anemia defisiensi besi adalah anemia yang terjadi akibat kekurangan zat besi dalam darah. Diagnosa anemia defisiensi besi dapat dilakukan dengan anamnesa. Hasil anamnesa didapatkan keluhan cepat lelah, sering pusing, mata berkunang-kunang dan keluhan mual muntah pada hamil muda. Pemeriksaan dan pengawasan Hb dapat dilakukan dengan menggunakan alat sachili, dilakukan minimal 2 kali selama kehamilan yaitu trimester I dan III.

Klasifikasi anemia menurut kadar haemoglobin pada ibu hamil menurut WHO (2011):

- 1) Hb \geq 11,0 g/dL : Tidak Anemia
- 2) Hb 10,0 – 10,9 g/dL : Anemia Ringan
- 3) Hb 7,0 – 9,9 g/dL : Anemia Sedang
- 4) Hb < 7,0 g/dL : Anemia Berat

b. Anemia Megaloblastik

Anemia megaloblastik dimana anemia disebabkan karena defisiensi asam folat (Pterylgutamic Acid) dan defisiensi vitamin B12 (Cyanocobalamin) walaupun jarang.

c. Anemia Hipoplastik

Anemia hipoplastik dan aplastic adalah disebabkan oleh hipofungsi sel-sel tulang, membentuk sel darah merah baru. Untuk diagnosis

memerlukan pemeriksaan darah fungsi lengkap, pemeriksaan fungsi eksternal, dan pemeriksaan retikulosit.

d. Anemia Hemolitik

Gejala anemia hemolitik antara lain adalah kelainan gambaran darah, kelelahan, kelemahan, dampak organ vital. Anemia hemolitik adalah anemia yang disebabkan karena penghancuran sel darah merah berlangsung lebih cepat dari pada pembuatannya.

5. Tanda Dan Gejala Anemia Pada Kehamilan

Penderita anemia biasanya ditandai dengan mudah lelah, letih, lesu, nafas pendek, muka pucat, susah berkonsentrasi serta fatigue atau rasa lelah yang berlelahan. Gejala ini disebabkan karena otak dan jantung mengalami kekurangan distribusi oksigen dari dalam darah. Denyut jantung biasanya lebih cepat karena berusaha untuk mengkompensasi kekurangan oksigen dengan memompa darah lebih cepat. Akibatnya kemampuan kerja dan kebugaran tubuh akan berkurang. Jika kondisi ini berlangsung lama, kerja jantung menjadi berat dan bisa menyebabkan gagal jantung kongestif (Pharmaceutical et al., 2010).

6. Dampak Anemia Pada Kehamilan

Menurut Proverawati (2019) dampak anemia pada kehamilan sampai pasca persalinan adalah:

- a. Trimester Pertama Abortus, missed abortus, dan kelainan congenital.
- b. Trimester Kedua dan Trimester III Persalinan premature, perdarahan antepartum, gangguan pertumbuhan janin dalam Rahim, Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR), mudah terkena infeksi, Intelligence Quotient (IQ) rendah (Proverawati, 2019). Bahaya anemia dapat menyebabkan terjadinya partus premature, perdarahan antepartum, gangguan pertumbuhan janin dalam rahim, asfiksia intrapartum sampai kematian, gestosis dan mudah terkena infeksi, dan dekomposisi kordis hingga kematian ibu (Mansjoer, 2018).

- c. Saat Inpartu Gangguan his primer dan sekunder, janin lahir dengan anemia, persalinan dengan tindakan tinggi, ibu cepat lelah, gangguan perjalanan persalinan perlu tindakan operatif (Proverawati, 2019).
- d. Pascapartus Anterior uteri menyebabkan perdarahan, retensio plasenta, perlukaan sukar sembuh, mudah terjadi perperalis, gangguan involusi uteri, kematian ibu tinggi (perdarahan, infeksi perperalis, gestosis) (Proverawati, 2019).

G. Plasenta Previa

1. Pengertian Plasenta Previa

Plasenta previa adalah keadaan dimana plasenta berimplantasi pada tempat abnormal, yaitu pada segmen bawah rahim sehingga menutupi sebagian atau seluruh pembukaan jalan lahir (ostium uteri internal). Plasenta previa adalah plasenta yang letaknya abnormal, yaitu pada segmen bawah uterus sehingga menutupi sebagian atau seluruh pembukaan jalan lahir (Wiknjastro, 2014). Plasenta previa adalah kondisi dimana plasenta berimplantasi menutupi sebagian atau seluruh segmen bawah rahim (Sataloff dkk, 2014).

Plasenta previa berdasarkan terabanya jaringan plasenta melalui jalan lahir diklasifikasikan menjadi plasenta previa totalis yaitu implantasi plasenta menutupi seluruh pembukaan jalan lahir, plasenta previa partialis yaitu plasenta yang implantasinya menutupi sebagian pembukaan jalan lahir, plasenta previa marginalis yaitu plasenta yang implantasinya berada tepat di pinggir pembukaan jalan lahir dan plasenta letak rendah yaitu implantasi plasenta yang terletak 3-4 cm dari pembukaan jalan lahir.

2. Klasifikasi Plasenta Previa

Plasenta previa berdasarkan derajat invasinya, dibagi menjadi tiga (Cunningham, 2014), yaitu :

- a. Plasenta Akreta Melekatnya vili korion plasenta hingga memasuki sebagian lapisan miometrium. Tanda khas dari plasenta akreta pada pemeriksaan luar adalah ikutnya fundus, apabila tali pusat ditarik.

- b. Plasenta Inkreta Melekatnya vili korion plasenta hingga memasuki/mencapai lapisan miometrium, sehingga tidak mungkin dapat lepas dengan sendirinya. Perlu dilakukan plasenta manual dengan tambahan kuretase tajam dan dalam hingga histerektomi.
- c. Plasenta Perkreta Melekatnya vili korion hingga menembus lapisan otot hingga mencapai lapisan serosa dinding uterus. Ibu hamil yang terdiagnosis mengalami plasenta previa pada kehamilan kurang dari 28 minggu, harus mendapatkan pemeriksaan ultrasonografi ulangan pada usia kehamilan antara 32 minggu hingga 35 minggu untuk mendeteksi ulang letak plasenta karena letak plasenta masih bisa berubah seiring dengan membesarnya kehamilan.

Pada ibu hamil dengan plasenta previa yang memiliki riwayat seksio sesarea membutuhkan pemeriksaan ulangan untuk memastikan ada tidaknya plasenta akreta (Berghella, 2016). Silver,dkk (2018) menyebutkan plasenta akreta adalah salah satu kondisi paling berbahaya yang terkait dengan kehamilan, karena perdarahan dapat mengakibatkan kegagalan multi sistem organ, kebutuhan untuk masuk ke unit perawatan intensif, histerektomi, dan bahkan kematian.

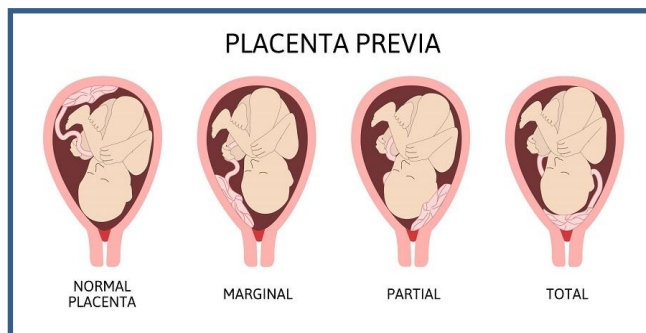
Terdapat beberapa kemungkinan implantasi plasenta pada plasenta previa:

- a. Plasenta previa totalis/komplit: Plasenta yang menutupi seluruh ostium uteri internum
- b. Plasenta previa parsialis: Plasenta yang menutupi sebagian ostium uteri internum
- c. Plasenta previa marginalis: Plasenta yang tepinya pada pinggir ostium uteri internum
- d. Plasenta letak rendah: Plasenta berimplantasi pada segmen bawah rahim dimana tepi plasenta berjarak < 2 cm dari ostium uteri internum.

Klasifikasi lain dari plasenta previa adalah sebagai berikut:

- a. Tipe I : tepi plasenta melewati batas sampai segmen bawah rahim dan berimplantasi < 5 cm dari ostium uteri internum

- b. Tipe II : tepi plasenta mencapai pada ostium uteri internum namun tidak menutupinya
 - c. Tipe III : plasenta menutupi ostium uteri internum secara asimetris
 - d. Tipe IV : plasenta berada di tengah dan menutupi ostium uteri internum
- Tipe I dan II disebut juga sebagai plasenta previa minor sedangkan tipe III dan IV disebut plasenta previa mayor.



3. Patofisiologi Plasenta Previa

Segmen bawah uterus tumbuh dan meregang setelah minggu ke 12 kehamilan, dalam minggu-minggu berikutnya ini dapat menyebabkan plasenta terpisah dan menyebabkan terjadinya perdarahan. Perdarahan terjadi secara spontan dan tanpa disertai nyeri, seringkali terjadi saat ibu sedang istirahat (Sataloff dkk, 2014).

Segmen bawah uterus telah terbentuk pada usia kehamilan 20 minggu. Usia kehamilan yang bertambah menyebabkan segmen-segmen bawah uterus akan melebar dan menipis serta servik mulai membuka. Pelebaran segmen bawah uterus dan pembukaan servik pada ibu hamil dengan plasenta previa dapat menyebabkan terjadinya perdarahan. Darah yang keluar berwarna merah segar, berlainan dengan darah yang disebabkan oleh solusio plasenta yang berwarna merah kehitaman. Sumber perdarahannya adalah robeknya sinus uterus akibat terlepasnya plasenta dari dinding uterus atau karena robekan sinus marginalis dari plasenta. Makin rendah letak plasenta, makin dini perdarahan terjadi karena ketidakmampuan serabut otot segmen bawah uterus untuk berkontraksi (Wiknjastro, 2014).

Plasenta previa dapat mengakibatkan terjadinya anemia bahkan syok, terjadi robekan pada serviks dan segmen bawah rahim yang rapuh, bahkan infeksi pada perdarahan yang banyak sampai dengan kematian (Manuaba, 2012).

4. Faktor Risiko Plasenta Previa

Berghella (2016) menyebutkan faktor risiko terjadinya plasenta previa yaitu ibu dengan riwayat seksio sesarea, riwayat tindakan kuretase, multiparitas dan riwayat merokok. Qatrunnada, dkk (2018) mendapatkan hubungan yang bermakna pada usia, paritas, riwayat seksio sesarea, dan plasenta previa ($p < 0,05$).

a. Usia ibu

Usia seorang ibu berkaitan dengan alat reproduksi wanita. Usia aman untuk kehamilan dan persalinan adalah 20-30 tahun, karena pada usia tersebut rahim sudah siap menerima kehamilan, mental sudah matang dan sudah mampu merawat bayi dan dirinya sendiri. Dalam Wiknjosastro (2014), kematian maternal pada wanita hamil dan melahirkan pada usia di bawah 20 tahun dua hingga lima kali lebih tinggi dari pada kematian maternal yang terjadi pada usia 20-29 tahun. Kematian maternal meningkat kembali sesudah usia 30-35 tahun.

Manuaba (2012) menyebutkan kehamilan yang terjadi pada usia kurang dari 20 tahun memerlukan perhatian yang optimal. Penyulit pada kehamilan lebih tinggi muncul dibandingkan usia reproduksi sehat. Salah satu faktor yang mempengaruhinya adalah wanita berusia kurang dari 20 tahun secara fisik kondisi organ reproduksi seperti rahim belum cukup siap untuk memelihara hasil pembuahan dan pengembangan janin. Selain itu secara mental pada umur ini wanita belum cukup matang dan dewasa. Ibu muda biasanya memiliki kemampuan perawatan pra-natal yang kurang baik karena rendahnya pengetahuan dan rasa malu untuk datang memeriksakan diri ke pusat pelayanan kesehatan. Masalah psikologis terkadang muncul, karena ketidaksiapan mental dan jiwa untuk menjadi seorang ibu.. Hal ini mengakibatkan peningkatan risiko mengalami

persalinan komplikasi atau komplikasi obstetrik seperti abortus inkomplit, toksemia, eklamsia, solusio plasenta, inersia uteri, perdarahan pasca persalinan, persalinan macet, berat bayi lahir rendah, kematian neonatus dan perinatal. Pada usia lebih dari 35 tahun, sering dikaitkan dengan kemunduran dan penurunan daya tahan tubuh. Ibu yang berumur di atas 35 tahun mempunyai risiko dua atau tiga kali untuk mengalami komplikasi kehamilan dan persalinan seperti perdarahan atau hipertensi dalam kehamilan dan partus lama.

b. Paritas

Paritas adalah banyaknya kelahiran hidup yang dimiliki oleh seorang wanita (BKKBN, 2011). Klasifikasi paritas menurut Mochtar (2012) dibedakan menjadi:

- 1) Primipara adalah perempuan yang telah melahirkan seorang anak, yang cukup besar untuk hidup di dunia luar.
- 2) Multipara adalah perempuan yang telah melahirkan seorang anak lebih dari satu, tidak lebih dari lima kali.
- 3) Grandemultipara adalah perempuan yang telah melahirkan lima orang anak atau lebih. Uterus yang melahirkan banyak anak cenderung bekerja tidak efisien dalam semua kala dalam persalinan karena melemahnya otot-otot rahim untuk berkontraksi sehingga berisiko terjadinya persalinan lama dan perdarahan post pasca persalinan (Wiknjosastro, 2014)

5. Diagnosis Plasenta previa

Diagnosis Plasenta Previa dengan melihat gejala klinis dan pemeriksaan obstetri menggunakan USG. Pemeriksaan spekulum dapat dilakukan untuk menilai vagina dan serviks. Vaginal toucher harus dihindari pada semua ibu yang mengalami perdarahan antepartum sampai terdiagnosis bukan sebagai plasenta previa. Beberapa metode pemeriksaan penunjang telah digunakan untuk mendiagnosis plasenta previa diantaranya USG transabdominal, USG transvaginal dan MRI. Penggunaan USG transvaginal

lebih direkomendasikan karena mempunyai tingkat akurasi yang lebih baik dibandingkan dengan USG transabdominal.

Terdapat beberapa kekurangan USG transabdominal yaitu visualisasi yang kurang baik pada plasenta letak posterior dan segmen bawah rahim akibat terhalang kepala bayi, obesitas serta keadaan kandung kemih yang kosong atau terlalu penuh. MRI juga mempunyai tingkat akurasi yang lebih baik bila dibandingkan dengan USG transabdominal. Namun tidak dapat memberikan gambaran lokasi plasenta sebaik USG transvaginal, selain itu MRI tidak tersedia pada semua pelayanan kesehatan

6. Tatalaksana Plasenta Previa

Perempuan dengan plasenta previa dapat digolongkan ke salah satu kategori berikut:

- a. Janin kurang bulan dan tidak terdapat indikasi lain untuk kelahiran
- b. Janin cukup matur
- c. Persalinan telah dimulai
- d. Perdarahan sedemikian hebat sehingga harus dilakukan kelahiran tanpa memperdulikan usia gestasi

Tatalaksana pada kasus dengan janin kurang bulan, tetapi tanpa perdarahan aktif uterus yang menetap terdiri atas pemantauan ketat. Biasanya pasien diijinkan pulang setelah perdarahan berhenti dan janinnya dinilai sehat. Pada pasien-pasien yang memenuhi kriteria tertentu, rawat inap untuk plasenta previa tampaknya tidak memiliki manfaat lebih dibandingkan rawat jalan. Kelahiran caesar diperlukan pada semua perempuan yang mengalami plasenta previa. Pada sebagian besar kasus, insisi melintang pada uterus dapat dilakukan. Namun, karena perdarahan janin dapat terjadi akibat insisi melintang yang menembus plasenta anterior, insisi vertikal terkadang dilakukan.

Ward menggambarkan teknik bedah alternatif dengan membuat bidang pemotongan setelah insisi uterus. Operator meraba bagian bawah plasenta menuju tepi terdekat hingga ketuban teraba dan kemudian

dipecahkan. Janin dilahirkan disebelah plasenta yang utuh. Pendekatan ini belum dievaluasi pada penelitian terkontrol.

Karena sifat segmen bawah uterus yang kurang dapat berkontraksi, dapat terjadi perdarahan tidak terkontrol setelah pengangkatan plasenta. Apabila perdarahan dari alas plasenta tidak dapat dikendalikan dengan cara konservatif, metode lain dapat dicoba. Penjahitan tepi-tepi robekan (*oversewing*) di lokasi implantasi. Cho dan kawan-kawan mendeskripsikan penjahitan terputus (*interrupted*) menghasilkan jahitan berbentuk lingkaran di sekitar daerah segmen bawah yang berdarah. Druzin memaparkan empat kasus yang berhasil dihentikan perdarahannya menggunakan kasa yang dipadatkan dalam segmen bawah uterus. Kasa yang dipadatkan tersebut dikeluarkan melalui vagina 12 jam kemudian.

Jika metode konservatif tersebut gagal, dan perdarahan masif, histerektomi harus dilakukan. Untuk perempuan dengan plasenta previa yang berimplantasi dianterior bekas insisi histerektomi terjadi peningkatan risiko plasenta akreta dan diperlukannya histerektomi.

Prinsip dasar yang harus segera dilakukan pada semua kasus perdarahan antepartum adalah menilai kondisi ibu dan janin, melakukan resusitasi secara tepat apabila diperlukan, 13 apabila terdapat fetal distress dan bayi sudah cukup matur untuk dilahirkan maka perlu dipertimbangkan untuk terminasi kehamilan.

Penanganan ibu dengan plasenta previa simptomatik meliputi: setelah terdiagnosis maka ibu disarankan untuk rawat inap di rumah sakit, tersedia darah transfusi apabila dibutuhkan segera, fasilitas yang mendukung untuk tindakan bedah sesar darurat, rencana persalinaan pada minggu ke 38 kehamilan namun apabila terdapat indikasi sebelum waktu yang telah ditentukan maka dapat dilakukan bedah sesar saat itu juga.

Seksio sesaria, bertujuan untuk secepatnya mengangkat sumber perdarahan, dengan demikian memberikan kesempatan kepada uterus untuk berkontraksi menghentikan perdarahannya, dan untuk menghindarkan perlukaan serviks dan segmen bawah uterus yang rapuh apabila

dilangsungkan persalinan pervaginam. Indikasi seksio caesaria pada plasenta previa:

- a. Semua plasenta previa totalis, janin hidup atau meninggal; semua plasenta previa partialis, plasenta previa marginalis posterior, karena perdarahan yang sulit dikontrol dengan caracara yang ada.
- b. Semua plasenta previa dengan perdarahan yang banyak dan tidak berhenti dengan tindakan-tindakan yang ada
- c. Plasenta previa dengan panggul sempit, letak lintang.

7. Komplikasi

Oleh karena pembentukan segmen bawah rahim terjadi secara ritmik, maka pelepasan plasenta dari tempat melekatnya di uterus dapat berulang dan semakin banyak, dan perdarahan yang terjadi tidak dapat dicegah sehingga penderita anemia bahkan syok. Karena plasenta yang berimplantasi pada segmen bawah rahim dan sifat segmen ini yang tipis mudahlah jaringan trofoblas dengan kemampuan invasinya menerobos ke dalam miometrium bahkan sampai permertium dan menjadi sebab dari kejadian plasenta akreta atau inkreta akan tetapi dengan demikian terjadi retensio plasenta dan pada bagian plasenta yang sudah terlepas timbulah berdarahan dalam kala tiga. Komplikasi ini lebih sering terjadi pada uterus yang sudah pernah seksio sesarea. Dilaporkan plasenta akreta terjadi 14-10% sampai 35% pada pasien yang pernah seksio sesarea satu kali, naik menjadi 60-65% bila telah seksio sesarea 3 kali.

Serviks dan segmen bawah rahim yang rapuh dan kaya pembuluh darah sangat potensial untuk robek disertai oleh perdarahan yang sangat banyak. Apabila oleh salah satu sebab terjadi perdarahan banyak yang tidak terkendali dengan cara-cara yang lebih sederhana seperti penjahitan segmen bawah rahim, ligasi arteria uterina, ovarika, hipogasrika, atau pemasangan tampon, maka pada keadaan yang lebih gawat seperti ini jalan keluarnya adalah melakukan histerektomi total. Morbiditas dari semua tindakan ini tentu merupakan komplikasi tidak langsung dari plasenta previa.

Kelainan letak anak pada plasenta previa lebih sering terjadi. Hal ini memaksa lebih sering diambil tindakan operasi dengan segala konsekuensinya. Kelahiran prematur dan gawat janin sering tidak terhindarkan sebagian oleh karena tindakan terminasi kehamilan yang terpaksa dilakukan dalam kehamilan belum aterm. Pada kehamilan < 37 minggu dapat dilakukan amniosintesis untuk mengetahui kematangan paru janin dan pemberian kortikosteroid untuk mempercepat pematangan paru janin sebagai upaya antisipasi.

8. Prognosis

Persalinan kurang bulan akibat plasenta previa merupakan sebab penting kematian perinatal. Angka kematian neonatus meningkat tiga kali lipat pada kehamilan yang disertai komplikasi plasenta previa. Sebab utama kematian neonatus adalah meningkatnya angka kelahiran kurang bulan. Sebab dari risiko ini tampaknya berkaitan dengan restriksi pertumbuhan janin dan keterbatasan asuhan pranatal. Selain itu telah diteliti hubungan antara peningkatan insiden malformasi kongenital dan plasenta previa, namun belum terbukti. Penelitian lainnya mendapatkan sebagian besar kaitan antara plasenta previa dengan berat lahir rendah adalah oleh karena kelahiran kurang bulan, dan hanya sebagian kecil yang disebabkan oleh gangguan pertumbuhan.

H. Standar Asuhan Kebidanan Dan Dasar Hukum Wewenang Bidan

Standar pelayanan Kebidanan digunakan untuk menentukan kompetensi yang diperlukan bidan dalam menjalankan praktik sehari-hari. Standar Pelayanan Kebidanan juga dapat digunakan untuk menilai mutu pelayanan, menyusun rencana diklat bidan, dan pengembangan kurikulum bidan (Kemenkes, 2014).

Standar 3 : Identifikasi ibu hamil

Bidan melakukan kunjungan rumah dengan berinteraksi dengan masyarakat secara berkala untuk memberikan penyuluhan dan memotivasi ibu, suami dan anggota keluarganya agar mendorong ibu untuk memeriksakan kehamilannya sejak dini dan secara teratur (Syafudin, Hamidah, 2017).

Standar 4 : Pemeriksaan dan pemantauan antenatal

Bidan memberikan sedikitnya 4 kali pelayanan antenatal. Pemeriksaan meliputi anamnesa dan pemantauan ibu dan janin dengan seksama untuk menilai apakah perkembangan berlangsung normal. Bidan juga harus mengenal kehamilan resti/kelainan, khususnya anemia, kurang gizi, hipertensi, PMS/ infeksi HIV, memberikan pelayanan imunisasi , nasehat dan penyuluhan kesehatan serta tugas terkait lainnya yang diberikan oleh puskesmas. Mereka harus mencatat data yang tepat pada setiap kunjungan. Bila ditemukan kelainan, mereka harus mampu mengambil tindakan yang diperlukan dan merujuknya untuk tindakan selanjutnya (Syafrudin, Hamidah, 2017).

Standar 5 : Palpasi Abdominal

Bidan melakukan pemeriksaan abdominal secara seksama dan melakukan palpasi untuk memperkirakan usia kehamilan, serta bila umur kehamilan bertambah, memeriksa posisi, bagian terendah janin dan masuknya kepala janin kedalam rongga panggul, untuk mencari kelainan serta melakukan rujukan tepat waktu (Syafrudin, Hamidah, 2017).

Standar 6 : Pengelolaan anemia pada kehamilan

Bidan melakukan tindakan pencegahan, penemuan, penanganan dan rujukan semua kasus anemia pada kehamilan sesuai dengan ketentuan yang berlaku (Syafrudin, Hamidah, 2017).

Standar 7 : Pengelolaan Dini Hipertensi pada Kehamilan

Bidan menemukan secara dini setiap kenaikan tekanan darah pada kehamilan dan mengenali tanda-tanda serta gejala preeklamsia, serta mengambil tindakan yang tepat dan merujuknya (Syafrudin, Hamidah, 2017).

Standar 8 : Persiapan persalinan

Bidan memberikan saran yang tepat kepada ibu hamil, suami serta keluarganya pada trimester ketiga, untuk memastikan bahwa persiapan persalinan yang bersih dan aman serta suasana yang menyenangkan akan direncanakan dengan baik, disamping persiapan transportasi dan biaya untuk merujuk, bila terjadi keadaan gawat darurat. Bidan hendaknya melakukan kunjungan rumah untuk hal ini (Syafrudin, Hamidah, 2017).

Berdasarkan undang-undang kebidanan Nomor 4 tahun 2019 tentang izin dan penyelenggaraan praktik bidan.

1. Pasal 46

Dalam menyelenggarakan Praktik Kebidanan, Bidan memiliki tugas dan wewenang dalam memberikan pelayanan yang meliputi:

- a. Pelayanan kesehatan ibu.
- b. Pelayanan kesehatan anak.
- c. Pelayanan kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana.
- d. Pelaksanaan tugas berdasarkan pelimpahan wewenang.
- e. Pelaksanaan tugas dalam keadaan keterbatasan tertentu.
- f. Tugas Bidan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat dilaksanakan secara bersama atau sendiri.
- g. Pelaksanaan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan secara bertanggung jawab dan akuntabel.

2. Pasal 47

Dalam menyelenggarakan Praktik Kebidanan, Bidan dapat berperan sebagai:

- a. Pemberi Pelayanan Kebidanan.
- b. Pengelola Pelayanan Kebidanan.
- c. Penyuluh dan konselor.
- d. Pendidik, pembimbing, dan fasilitator klinik.
- e. Penggerak peran serta masyarakat dan pemberdayaan perempuan peneliti.
- f. Peran Bidan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

3. Pasal 49

Dalam menjalankan tugas memberikan pelayanan kesehatan ibu sebagaimana dimaksud dalam Pasal 46 ayat (1) huruf a, Bidan berwenang:

- a. Memberikan Asuhan Kebidanan pada masa sebelum hamil.
- e. Memberikan Asuhan Kebidanan Pada Masa Kehamilan Normal.
- f. Memberikan Asuhan Kebidanan Pada Masa Persalinan Dan Menolong

Persalinan Normal.

- g. Memberikan Asuhan Kebidanan Pada Masa Nifas.
- h. Melakukan Pertolongan Pertama Kegawatdaruratan Ibu Hamil, Bersalin, Nifas, Dan Rujukan.
- i. Melakukan Deteksi Dini Kasus Risiko Dan Komplikasi Pada Masa Kehamilan, Masa Persalinan, Pascapersalinan, Masa Nifas, Serta Asuhan Pasca keguguran dan dilanjutkan dengan rujukan.

4. Pasal 61

Bidan dalam melaksanakan Praktik Kebidanan berkewajiban:

- a. Memberikan Pelayanan Kebidanan Sesuai Dengan Kompetensi, Kewenangan, Dan Mematuhi Kode Etik, Standar Profesi, Standar Pelayanan Profesi, Standar Prosedur Operasional.
- b. Memberikan Informasi Yang Benar, Jelas, Dan Lengkap Mengenai Tindakan Kebidanan Kepada Klien Dan/Atau Keluarganya Sesuai Kewenangannya
- c. Memperoleh Persetujuan Dari Klien Atau Keluarganya Atas Tindakan Yang Akan Diberikan.
- d. Merujuk Klien Yang Tidak Dapat Ditangani Ke Dokter Atau Fasilitas Pelayanan Kesehatan.
- e. Mendokumentasikan Asuhan Kebidanan Sesuai Dengan Standar.
- f. Menjaga Kerahasiaan Kesehatan Klien.
- g. Menghormati Hak Klien.
- h. Melaksanakan Tindakan Pelimpahan Wewenang Dari Dokter Sesuai Dengan Kompetensi Bidan.
- i. Melaksanakan Penugasan Khusus Yang Ditetapkan Oleh Pemerintah Pusat.
- j. Meningkatkan mutu Pelayanan Kebidanan.
- k. Mempertahankan dan meningkatkan pengetahuan atau keterampilannya melalui pendidikan atau pelatihan.
- l. Melakukan pertolongan gawat darurat.

Peraturan menteri kesehatan republik indonesia nomor 37 tahun

2017 tentang pelayanan kesehatan tradisional integrasi

5. Pasal 1

- a. Asuhan kebidanan dilaksanakan dengan mengkombinasikan pelayanan kebidanan komplementer, serta telah menjadi bagian penting dari praktik kebidanan baik bersifat sebagai pelengkap maupun pengganti dalam keadaan tertentu.

6. Pasal 5

- a) Penyelenggaraan pelayanan kesehatan tradisional integrasi di fasilitas pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud dalam pasal 3 ayat (2) harus:

- 1) Menggunakan pelayanan kesehatan tradisional komplementer yang memenuhi kriteria tertentu.
- 2) Terintegrasi paling sedikit dengan satu pelayanan kesehatan konvensional yang ada di fasilitas pelayanan kesehatan
- 3) Aman, bermanfaat, bermutu, dan sesuai dengan standar.
- 4) Berfungsi sebagai pelengkap pelayanan kesehatan konvensional.

- b) Kriteria tertentu sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a meliputi:

- 1) Terbukti secara ilmiah.
- 2) Dilaksanakan sesuai dengan kebutuhan terbaik pasien.
- 3) Memiliki potensi promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, dan meningkatkan kualitas hidup pasien secara fisik, mental, dan sosial.

7. Pasal 6

Pelayanan kesehatan tradisional integrasi harus dilakukan dengan tata laksana:

- a. Pendekatan holistik dengan menelaah dimensi fisik, mental, spiritual, sosial, dan budaya dari pasien.
- b. Mengutamakan hubungan dan komunikasi efektif antara tenaga kesehatan dan pasien.
- c. Diberikan secara rasional.
- d. Diselenggarakan atas persetujuan pasien (informed consent).

- e. Mengutamakan pendekatan alamiah.
- f. Meningkatkan kemampuan penyembuhan sendiri.
- g. Pemberian terapi bersifat individual.

I. Manajemen Kebidanan

1. Manajemen Kebidanan Menurut Hellen Varney

Menurut Varney (2007), manajemen kebidanan merupakan proses pemecahan masalah yang di gunakan sebagai metode untuk mengorganisasikan pikiran dan tindakan dengan urutan logis dan menguntungkan, menguraikan perilaku yang diharapkan dari pemberian asuhan yang berdasarkan teori ilmiah, penemuan, ketrampilan dalam rangkaian atau tahapan yang logis untuk pengambilan keputusan yang berfokus pada klien. Langkah-langkah kebidanan adalah sebagai berikut :

a. Langkah I (pengumpulan data dasar)

Pada langkah ini kegiatan yang dilakukan adalah pengkajian dengan mengumpulkan semua data yang diperlukan untuk mengevaluasi klien secara lengkap.

b. Langkah II (interpretasi data dasar)

Pada langkah ini kegiatan yang dilakukan adalah menginterpretasi data semua data dasar yang telah dikumpulkan sehingga ditemukan diagnosis atau masalah. Diagnosis yang dirumuskan adalah diagnosis dalam lingkup praktik kebidanan yang tergolong pada nomenklatur standard diagnosis, sedangkan perihal yang berkaitan dengan pengalaman klien ditemukan dari hasil pengkajian.

c. Langkah III (identifikasi diagnose atau masaah potensial)

Pada langkah ini mengidentifikasi masalah atau diagnose potensial lain berdasarkan rangkaian diagnose atau masalah yang sesuai identifikasi. Berdasarkan temuan tersebut, bidan dapat melakukan antisipasi agar diagnosis atau masalah tersebut tidak terjadi.

d. Langkah IV (identifikasi kebutuhan yang memerlukan penanganan segera)

Pada langkah ini di rencanakan bidan adalah mengidentifikasi perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter untuk dikonsultasikan atau diganti bersama dengan anggota tim kesehatan lain sesuai dengan kondisi klien.

e. Langkah V (perencanaan asuhan yang menyeluruh)

Pada langkah ini direncanakan asuhan yang menyeluruh ditentukan berdasarkan langkah-langkah sebelumnya. Rencana asuhan yang menyeluruh tidak hanya meliputi hal yang sudah teridentifikasi dari kondisi klien atau dari setiap masalah yang berkaitan, tetapi dilihat juga dari kondisi klien atau dari setiap masalah yang berkaitan tetapi dilihat juga dari apa yang akan diperkirakan terjadi selanjutnya.

f. Langkah VI (pelaksanaan)

Pada langkah ini kegiatan yang akan dilakukan adalah melaksanakan rencana asuhan yang sudah dibuat pada langkah ke-5 secara aman dan efisien.

g. Langkah VII (megevaluasi)

Pada langkah ini dilakukan adalah melakukan evaluasi keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan mencakup pemenuhan kebutuhan, untuk menilai apakah sudah benar-benar telah terpenuhi sesuai dengan kebutuhan yang telah teridentifikasi dalam diagnose dan masalah.

2. Pendokumentasian (SOAP)

Menurut Kepmenkes No. 938/MENKES/SK/VIII/2007, bidan melakukan pencatatan secara lengkap, akurat, singkat, dan jelas mengenai keadaan/kejadian yang ditemukan dan dilakukan dalam memberikan asuhan kebidanan. Kriteria pencatatan Assuhan Kebidanan adalah:

- a. Pencatatan dilakukan segera setelah melaksanakan asuhan pada formulir yang tersedia (Rekam medis/ KMS/ Status Pasien/ Buku KIA)
- b. Ditulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP
- c. S adalah data subjektif, mencatat hasil anamnesa.
- d. O adalah data objektif, mencatat hasil pemeriksaan.
- e. A adalah hasil analisis, mencatat diagnosa dan masalah kebidanan.

f. P adalah penatalaksanaan, mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan secara komperhensif; penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi/follow up dan rujukan.

J. Kerangka Berpikir



Gambar. 2.5 Kerangka Berpikir
Asuhan Kebidanan Komprehensif Pada Ny. R
Umur 43 Tahun

K. Kerangka Konsep

Kewenangan Bidan
Asuhan Kebidanan Komprehensif
Hamil Penerapan Asuhan Kebidanan pada Ibu Hamil Kunjungan Pertama : Usia Kehamilan 25 Minggu Kunjungan Kedua : Usia Kehamilan 30 Minggu
Bersalin Asuhan Kebidanan dalam persalinan yang dipantau dari kala I sampai kala IV melalui Partograf
Nifas Asuhan Kebidanan Pada ibu nifas sesuai Standar Pelayanan Kesehatan Ibu Nifas (KF) Kunjungan Nifas 1 (KF1) : 6-48 Jam Kunjungan Nifas 2 (KF2) : 3-7 Hari Kunjungan Nifas 3 (KF3) : 8-28 Hari Kunjungan Nifas 4 (KF4) : 29-42 Hari
Bayi Baru Lahir Asuhan Kebidanan Pada Bayi Baru Lahir sesuai Standar Pelayanan Neonatus (KN) Kunjungan Neonatus 1 (KN1) : 6-48 Jam Kunjungan Neonatus 2 (KN2) : 3-7 Hari Kunjungan Neonatus 3 (KN3) : 8-28 Hari
Keluarga Berencana Asuhan Kebidanan Pada Pelayanan Keluarga Berencana Kunjungan KB : (Konseling KB)

Gambar 2.6 Kerangka Konsep

BAB III

METODE LAPORAN KASUS

A. Jenis Laporan Kasus

Metode yang digunakan dalam asuhan komprehensif pada ibu hamil, bersalin, nifas, BBL dan KB ini adalah metode penelitian deskriptif dan jenis penelitian deskriptif yang digunakan adalah studi penelaahan kasus (*Case Study*), yakni dengan cara meneliti suatu permasalahan melalui suatu kasus yang terdiri dari unit tunggal. Unit tunggal disini dapat berisi satu orang, sekelompok penduduk yang terkena suatu masalah. Unit yang menjadi kasus tersebut secara mendalam dianalisis baik dari segi yang berhubungan dengan keadaan kasus itu sendiri, faktor-faktor yang mempengaruhi, tindakan dan reaksi kasus terhadap suatu perlakuan atau pemaparan tertentu (Gahayu, 2019).

B. Tempat dan Waktu

Lokasi pengambilan pada kasus ini diwilayah Kerja BPM Sri Rahayuningsih Genuk yang dilakukan pada Maret 2023 dan berakhir Juni 2023

C. Subyek Laporan Kasus

Subjek pada kasus penelitian ini yaitu Ny. R yang sedang hamil kemudian dilakukan Asuhan Kebidanan persalinan, nifas, bayi baru lahir dan KB di BPM Sri Rahayuningsih

D. Teknik Pengumpulan

a. Data Primer

Data yang diperoleh dari wawancara, Observasi dan pemeriksaan langsung pada ibu serta dokumentasi

b. Data Sekunder

Data sekunder didapatkan dari Buku KIA ibu

E. Alat dan Bahan

Dalam melakukan Asuhan Komprehensi pada Ibu Hamil sampai Ber KB menggunakan Alat dan bahan dalam pengambilan data (set alat tulis,

Tensimeter, Termometer, Timbangan, Alat ukur tinggi badan, Metline, Jam tangan, alat DJJ)

BAB IV

TINJUAN KASUS DAN PEMBAHASAN

A. Gambaran Lokasi Studi Kasus

Penelitian Laporan Kasus diambil di wilayah kerja Praktek Mandiri Bidan (PMB) Sri Rahayuningsih Genuk dibawah tanggung jawab Bd. Sri Rahayuningsih, PMB Sri Rahayuningsih Jl. Kyai Mojo Raya, Blanten, Genuk, Kec. Ungaran Bar., Kabupaten Semarang, Jawa Tengah 50551 **No SIPB 08/33/22/BD-P/01/010/2022.**

PMB Sri Rahayuningsih memiliki 1 orang asisten bidan, PMB Sri Rahayuningsih Mempunyai fasilitas, ruang bersalin dengan 1 tempat tidur, ruang nifas dengan 2 tempat tidur, ruang KB dengan 1 tempat tidur dan ruang periksa. PMB Sri Rahayuningsih melayani pemeriksaan Pelayanan Umum, Pelayanan Kehamilan, Pelayanan KB, Pelayanan imunisasi (Pukul 07.00 – 21.00 WIB) dan Pelayanan Persalinan 24 jam.

B. Tinjauan Kasus

A. Data Subjektif

1. Identitas

Data Pasien		Penanggung Jawab
Nama	: Ny. R	: Tn. H
Umur	: 43 Tahun	: 45 Tahun
Agama	: Islam	: Islam
Suku/bangsa	: Jawa/Indonesia	: Jawa/Indonesia
Pendidikan	: SMP	: SMA
Pekerjaan	: Karyawan Swasta	: Karyawan Swasta
Alamat	: Genuk 8/1 Ungaran	
NO Telepon	: 085727272824	

2. Keluhan Utama (Anamnesis)

Ibu mengatakan hamil anak keempat dengan riwayat Kuretase 2 kali karena janin tidak berkembang

Ibu mengatakan merasakan gerakan bayi aktif

Ibu mengatakan sering merasa pusing dan HB nya dicek tanggal 01 Februari 2023 (10,8 gr/dl)

Ibu mengatakan bekerja di PT Golden

3. Riwayat Menstruasi :

Menarche : 13 Tahun

Siklus : ± 28 Hari

Banyaknya : 4x ganti pembalut/hari

Dismenorrhea : kadang-kadang

Teratur/tidak : Teratur

Lamanya : 5 hari

Sifat Darah : Encer, warna merah muda

4. Riwayat kehamilan, persalinan, dan nifas yang lalu

No	Umur	UK	Jenis Persalinan	Komplikasi		Penolong	Bayi			Nifas	
				Ibu	Bayi		Jk	BB	PB	ASI	Keadaan
1.	2015	Aterm	Spontan	t.a.a	t.a.a	Bidan	Laki2	3000	48	2 Tahun	Sehat
2	2019	BO									
3	2020	BO									
4	Hamil Ini 2022										

5. Riwayat kehamilan ini

HPHT : 25-09-2022,

TP : 02-07-2023

Gerakan Janin : 15 minggu pertama

Keluhan

TM I : Mual, Muntah Dan Pusing

TM II : Pusing

6. Riwayat KB

Ibu mengatakan menggunakan KB Suntik Tiga Bulan

7. Riwayat Perkawinan

Usia Menikah : 33

Status Perkawinan : Sah

Menikah : 1 kali

Lama Perkawinan : 10 Tahun

8. Pola Kebiasaan Sehari – hari

No.	Pola Kebiasaan	Sebelum Hamil	Selama Hamil
1.	Nutrisi	Nafsu makan ibu baik, dalam sehari ibu makan 2-3 kali, porsi makan sedang, nutrisi yang ibu makan terdiri dari nasi, lauk dan sayur, tidak ada alergi terhadap makanan apapun, ibu minum air sering dalam sehari ± 10 gelas	Nafsu makan ibu sedikit menurun saat kehamilan awal, tetapi setelah trimester kedua nafsu makan ibu baik, dalam sehari ibu makan 3 kali, porsi makan sedang, nutrisi yang ibu makan terdiri dari nasi, lauk dan sayur, tidak ada alergi terhadap makanan apapun, ibu minum air sering dalam sehari ± 12 gelas.
2.	Eliminasi	Frekuensi kencing ibu dalam sehari yaitu 4 x, tidak ada keluhan sering kencing atau yang lainnya. Ibu buang air besar teratur yaitu 1-2 kali sehari, tidak ada keluhan buang air besar	Frekuensi kencing ibu dalam sehari yaitu ± 7 kali, Ibu buang air besar teratur yaitu 1 kali sehari, tidak ada keluhan buang air besar.
3.	Aktivitas	Karyawan Swasta, Memasak, Mencuci baju, Membersihkan rumah.	Karyawan Swasta, Ibu masih mengerjakan pekerjaan rumah seperti Memasak, Mencuci baju, Membersihkan rumah.
4.	Istirahat	Ibu setiap hari istirahat teratur. Siang ± 30 jam dan malam ± 7 jam. Tidak ada keluhan istirahat.	Ibu istirahat teratur setiap hari, siang ± 1 jam dan malam ± 7 jam,
5.	Personal hygiene Mandi Gosok gigi Cuci rambut Ganti baju Ganti CD+pembalut	2x sehari 2x sehari 3x seminggu 2x sehari 3-4 x sehari	2x sehari 2x sehari 3x seminggu 2x-3x sehari

9. Riwayat Kesehatan

- a. Sekarang : Saat ini ibu tidak sedang menderita penyakit jantung, darah tinggi, kencing manis, batuk darah, ginjal, asma, epilepsi, malaria, penyakit kelamin, HIV/AIDS.
- b. Dahulu : ibu tidak pernah menderita penyakit jantung, darah tinggi, kencing manis, batuk darah, ginjal, asma, epilepsi, malaria, penyakit kelamin, HIV/AIDS.
- c. Keluarga tidak ada riwayat penyakit

10. Riwayat Psikososial Dan Budaya

- a. Keadaan Psikososial Hubungan ibu dengan suami, keluarga dan lingkungannya baik. Komunikasi sehari-hari menggunakan bahasa jawa. Kehamilan ini tidak direncanakan oleh ibu karena merasa trauma sudah 2 kali kuretase, namun ibu merasa bahagia dan menerima dengan baik kehamilannya dan mendapat suport penuh dari suami dan keluarga.
- b. Kebiasaan Hidup Sehat Ibu tidak mempunyai kebiasaan merokok, minum-minuman keras, mengkonsumsi obat-obatan terlarang, mengkonsumsi jamu jamuan. Ibu memeriksakan dirinya ditenga kesehatan jika sakit/kesehatannya terganggu.
- c. Lingkungan : Ibu bekerja di PT. Golden berkaitan dengan debu yang berasal dari serat kain
- d. Rencana Persalinan

Tempat	: RS Ken Saras
Persiapan biaya persalinan	: BPJS
Persiapan kendaraan	: Kendaraan sendiri
Pendamping persalinan	: Suami dan keluarga

B. Data Objektif

1. Pemeriksaan Umum

Keadaan umum	: Baik
Kesadran	: Composmentis
Tanda – tanda Vital	

Tekanan Darah	: 110/80mmHg
Nadi	: 80x/menit
Pernapasan	: 20x/menit
BB Sebelum hamil	: 46,5 Kg
BB Saat ini	: 55 Kg
TB	: 146 cm
LILA	: 25 cm
IMT	: 21,9 Kg/m ²

2. Pemeriksaan Fisik

Muka	: Simetris, pucat, tidak ada cloasma gravidarum, tidak odema.
Mata	: Sklera putih, konjungtiva pucat, terlihat lelah
Hidung	: Lubang simetris, tidak ada pernafasan cuping hidung, tidak ada sekret, tidak ada polip.
Telinga	: Lubang simetris, tidak ada serumen, tidak ada cairan
Payudara	: Puting menonjol, ada hiperpigmentasi areolla, tidak ada benjolan, tidak ada nyeri tekan.
Abdomen	: Ada linea nigra, ada linea alba, tidak ada striae gravidarum albican, tidak ada bekas operasi, pembesaran perut sesuai usia kehamilan
Palpasi leopold	
Leopold I	: Teraba lunak, tidak melenting (Bokong).
Leopold II	: Teraba datar, keras, memanjang disisi kanan perut ibu (PUKA), teraba bagian kecil disisi kiri perut ibu (ekstremitas janin).
Leopold III	: Bagian terendah janin teraba keras, bulat, melenting (kepala).
Mc Donalt	: 24 cm
DJJ	: 140 x/menit.
TBJ	: $((24-12) \times 155 = 1.860 \text{ gram.})$

Genetalia : Ibu mengatakan tidak odema, tidak ada varises, tidak ada peradangan, tidak ada kondiloma akuminata.

Anus : ibu mengatakan Tidak ada hemoroid.

Ekstremitas atas : Simetris, tidak odema, tidak ada perlukaan

Ekstremitas bawah : Simetris, tidak odema, tidak ada perlukaan, tidak ada varises, reflek patella positif.

3. Pemeriksaan Laboratorium

HB : 10,8 gr/%

Golda : O

HBsAg : Non Reaktif

HIV : Non Reaktif

Syifilis : Non Reaktif

Protein urine : Negatif

4. Pemeriksaan Penunjang (USG)

a. Tempat : dr. Sapto Wiyono, Sp.Og

b. Tanggal : 30 Oktober 2022

c. Usia Kehamilan : 5-6 minggu (terlihat kantong kehamilan)

d. Tafsiran Persalinan : 16 Juli 2023

C. Interpretasi Data

Diagnosa Kebidanan

Ny. R G4P1A2 Umur 43 Tahun usia kehamilan 25 minggu Memanjang, PU-KA, Persentasi Kepala, Konvergen Janin Intra Uterin Tunggal Hidup

DS:

Ibu mengatakan hamil anak kedua dengan riwayat Kuretase 2 kali karena janin tidak berkembang

Ibu mengatakan merasakan gerakan bayi aktif

Ibu mengatakan sering merasa pusing dan HB nya dicek tanggal 01 Februari 2023 (10,8 gr/dl)

Ibu mengatakan bekerja di PT Golden

Ibu mengatakan HPHT : 25-09-2022

DO:

Tekanan Darah : 110/80mmHg

Nadi : 80x/menit

Pernapasan : 20x/menit

BB Sebelum hamil : 46,5 Kg

BB Saat ini : 55 Kg

TB : 146 cm

LILA : 25 cm

IMT : 21,9 Kg/m²

Pemeriksaan Fisik : Mata ibu terlihat lelah, konjungtiva pucat

Abdomen :

Leopold I : Teraba lunak, tidak melenting (Bokong).

Leopold II : Teraba datar, keras, memanjang disisi kanan perut ibu (PUKA), teraba bagian kecil disisi kiri perut ibu (ekstremitas janin).

Leopold III : Bagian terendah janin teraba keras, bulat, melenting (kepala).

Mc Donalt : 24 cm TBJ : 1860 gram

DJJ : 140 x/menit.

D. Masalah Diagnosa Potensial

Masalah : Ibu tampak sayu dan terlihat pucat, Ibu mengatakan pusing, Pemeriksaan fisik mata terlihat lelah, konjungtiva pucat dan umur ibu lebih dari 35 tahun

Hasil lab : Hb 10,8 gr/dl,

Diagnosa potensial : pada ibu (Anemia Sedang, Terjadi syok akibat perdarahan), pada bayi (kelahiran prematur, bisa terjadi asfiksia dan kematian janin)

E. Kebutuhan Dan Tindakan Segera

Kebutuhan Anemia: Pemberian tablet tambah darah dan KIE mengenai nutrisi tinggi zat besi.

F. Perencanaan

Sabtu, 18 Maret 2023, Pukul 15.00 Wib

1. Bina hubungan baik dengan ibu dan keluarga.
2. Lakukan Pemeriksaan fisik, TTV, Leopold dan DJJ
3. KIE Anemia
4. Anjurkan ibu mengurangi aktivitas berlebihan
5. Anjurkan ibu makan makanan yang bisa meningkatkan HB
6. Anjurkan ibu mengkonsumsi Tablet FE sesuai jadwal
7. Anjurkan ibu melakukan kunjungan ulang 2 minggu lagi atau jika merasa ada keluhan

G. Penatalaksanaan

Sabtu, 18 Maret 2023, Pukul 15.00 Wib

1. Memberitahu ibu hasil pemeriksaan TTV dalam batas normal, Usia Kehamilan Sekarang 25 minggu, Kepala bayi belum masuk PAP. DJJ 140x/m dengan tafsiran BB 1860 gram
2. Memberikan KIE Anemia
 - a. Anemia pada kehamilan adalah dimana kondisi ibu kadar haemoglobinnya dibawah 11 gr% pada trimester I dan III atau kadar dibawah 10,5 gr% pada trimester II. Dikatakan anemia ringan pada ibu hamil adalah Hb 10,0 – 10,9 g/dL. Dampak dari anemia selama kehamilan Trimester Kedua dan Trimester III yaitu Persalinan premature, perdarahan antepartum, gangguan pertumbuhan janin dalam Rahim, Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR), mudah terkena infeksi (Proverawati, 2019). Bahaya anemia dapat menyebabkan terjadinya partus premature, perdarahan antepartum, gangguan pertumbuhan janin dalam rahim, asfiksia intrapartum sampai kematian, gestosis dan mudah terkena infeksi, dan dekompensasi kordis hingga kematian ibu (Mansjoer, 2018).
3. Menganjurkan ibu mengurangi aktivitas berlebihan dan istirahat yang cukup karena anemia dapat menyebabkan ibu pusing dan cepat lelah


4. Menganjurkan ibu tidak duduk terlalu lama mengingat pekerjaan ibu sebagai Penjahit karena akan menyebabkan punggung pegal.
5. Menganjurkan ibu makan makanan yang bisa meningkatkan HB seperti kacang-kacangan, daging merah, hati ayam, seafood, sayur bayam, daun singkong dan buah bit.
6. Menganjurkan ibu mengkonsumsi Tablet FE sesuai jadwal
7. Menganjurkan ibu melakukan kunjungan ulang 2 minggu lagi atau jika merasa ada keluhan

H. Evaluasi

Sabtu, 18 Maret 2023, Pukul 15.00 Wib

1. Ibu mengetahui hasil pemeriksaan dan mengetahui keadaan dirinya dan janin
2. Ibu mengetahui tentang anemia
3. Ibu mau mengikuti saran bidan untuk mengkonsumsi makanan untuk meningkatkan HB
4. Ibu mengkonsumsi Tablet Fe sesuai jadwal dan teratur
5. Ibu bersedia istirahat dan mengurangi aktivitas berat
6. Ibu bersedia melakukan kunjungan ulang untuk memeriksakan kehamilannya
7. Pendokumentasian

Tabel Observasi Perkembangan
Asuhan Komplementer Ny. R Umur 43 Tahun G1P0A0 UK 36 Minggu
Dengan Anemia Ringan dan Plasenta Previa Di Bpm Sri Rahayuningsih S.Tr.Keb

Subjektif	Objektif	Analisa	Penatalaksanaan	Dokumentasi
Kehamilan				
<p>Kunjungan 18 Maret 2023</p> <p>1. Ibu mengatakan hamil anak kedua dengan riwayat Kuretase 2 kali karena janin tidak berkembang</p> <p>2. Ibu mengatakan merasakan gerakan bayi aktif</p> <p>3. Ibu mengatakan sering merasa pusing dan HB</p>	<p>1. Pemeriksaan TTV</p> <p>Tekanan Darah : 110/80mmHg</p> <p>Nadi : 80x/menit</p> <p>Pernapasa : 20x/menit</p> <p>BB Sebelum hamil : 46,5 Kg</p> <p>BB Saat ini : 55 Kg</p> <p>TB : 146 cm</p> <p>LILA : 25 cm</p> <p>IMT : 21,9 Kg/m²</p>	<p>Ny. R G4P1A2</p> <p>Umur 43 Tahun</p> <p>usia kehamilan 25 minggu</p> <p>Janin Intra Uterin Tunggal</p> <p>Hidup, Memanjang, PU-KA, Persentasi Kepala, Konvergen</p> <p>1. Masalah : Ibu tampak sayu dan terlihat pucat, Ibu</p>	<p>1. Memberitahu ibu hasil pemeriksaan TTV dalam batas normal, Usia Kehamilan Sekarang 25 minggu, Kepala bayi belum masuk PAP. DJJ 140x/m dengan tafsiran BB 1860 gram</p> <p>2. Memberikan KIE Anemia dan Plasenta Previa pada ibu</p> <p>a. Anemia pada kehamilan adalah dimana kondisi ibu kadar haemoglobinnnya dibawah 11 gr% pada trimester I dan III atau kadar dibawah 10,5 gr% pada</p>	

<p>nya dicek tanggal 01 Februari 2023 (10,8 gr/dl</p> <p>4. Ibu mengatakan waktu USG letak Plasenta dibawah</p> <p>5. Ibu mengatakan setiap 2 minggu selalu kontrol ke dr. SPOG</p> <p>6. Ibu mengatakan bekerja di PT Golden</p>	<p>2. Pemeriksaan Fisik : Mata ibu terlihat lelah, konjungtiva pucat</p> <p>3. Abdomen : Leopold I : Teraba lunak, tidak melenting (Bokong). Leopold II : Teraba datar, keras, memanjang disisi kanan perut ibu (PUKA), teraba bagian kecil disisi kiri perut ibu (ekstremitas janin).</p>	<p>mengatakan pusing, Pemeriksaan fisik mata terlihat lelah, konjungtiva pucat dan umur ibu lebih dari 35 tahun</p> <p>Hasil lab : Hb 10,8 gr/dl,</p> <p>2. Diagnosa potensial : pada ibu (Anemia Sedang, Terjadi syok akibat perdarahan), pada bayi (kelahiran</p>	<p>trimester II. Dikatakan anemia ringan pada ibu hamil adalah Hb 10,0 – 10,9 g/dL. Dampak dari anemia selama kehamilan Trimester Kedua dan Trimester III yaitu Persalinan premature, perdarahan antepartum, gangguan pertumbuhan janin dalam Rahim, Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR), mudah terkena infeksi (Proverawati, 2019). Bahaya anemia dapat menyebabkan terjadinya partus premature, perdarahan antepartum, gangguan pertumbuhan janin dalam rahim, asfiksia intrapartum sampai kematian, gestosis dan</p>	
---	--	---	--	--

	<p>Leopold III : Bagian terendah janin teraba keras, bulat, melenting (kepala). Mc Donalt : 24 cm TBJ : 1860 gram DJJ : 140 x/menit.</p>	<p>prematur, bisa terjadi asfiksia dan kematian janin) 3. Kebutuhan Anemia: Pemberian tablet tambah darah dan KIE mengenai nutrisi tinggi zat besi.</p>	<p>mudah terkena infeksi, dan dekompensasi kordis hingga kematian ibu (Mansjoer, 2018). 3. Menganjurkan ibu mengurangi aktivitas berlebihan yang dapat menyebabkan kontraksi. Termasuk berhubungan seks, melakukan aktivitas yang dapat meningkatkan risiko pendarahan, seperti berlari, mengangkat beban berat. 4. Menganjurkan ibu tidak duduk terlalu lama mengingat pekerjaan ibu sebagai Penjahit karena akan menyebabkan punggung pegal. 5. Menganjurkan ibu makan makanan yang bisa meningkatkan HB seperti kacang-kacangan,</p>	
--	--	---	---	--


			<p>daging merah, hati ayam, seafood, sayur bayam, daun singkong dan buah bit.</p> <p>6. Menganjurkan ibu mengkonsumsi Tablet FE sesuai jadwal</p> <p>7. Menganjurkan ibu melakukan kunjungan ulang 2 minggu lagi atau jika merasa ada keluhan</p>	
<p>Kunjungan 30 April 2023</p> <p>1. Ibu mengatakan sudah tidak pusing lagi</p> <p>2. Ibu mengatakan melakuka USG tanggal 2 April 2023 Plasenta menutupi jalan lahir</p>	<p>a) Pemeriksaan TTV</p> <p>Tekanan Darah : 120/70mmHg</p> <p>Nadi : 80x/menit</p> <p>Pernapasan : 20x/menit</p> <p>BB Saat ini : 57 Kg</p> <p>LILA : 26 cm</p> <p>IMT : 26,7</p>	<p>Ny. R G4P1A2</p> <p>Umur 43 Tahun</p> <p>usia kehamilan 32 minggu</p> <p>Janin Intra Uterin Tunggal</p> <p>Hidup, Memanjang, PU-KA, Persentasi Kepala, Konvergen</p> <p>1. Masalah : Ibu</p>	<p>1. Memberitahu ibu hasil pemeriksaan TTV dalam batas normal, Usia Kehamilan Sekarang 32 minggu, Kepala bayi belum masuk PAP. DJJ 140x/m dengan tafsiran BB 2325 gram</p> <p>2. Memberikan KIE Plasenta Previa pada ibu</p> <p>a. Plasenta previa adalah plasenta yang letaknya abnormal, yaitu pada segmen bawah uterus</p>	

<p>3. Ibu mengatakan tidak ada kontraksi, atau pun perdarahan</p>	<p>Kg/m² b) Pemeriksaan Fisik : Ibu terlihat segar,</p>	<p>mengatakan Hasil USG plasenta menutupi jalan lahir</p>	<p>sehingga menutupi sebagian atau seluruh pembukaan jalan lahir (Wiknjosastro, 2014). Plasenta previa dapat mengakibatkan terjadinya anemia bahkan syok, terjadi robekan pada serviks dan segmen bawah rahim yang rapuh, bahkan infeksi pada perdarahan yang banyak sampai dengan kematian (Manuaba, 2012).</p>	
<p>4. Ibu mengatakan tablet fe diminum rutin</p>	<p>merah muda</p>	<p>2. Diagnosa potensial : pada ibu (Anemia</p>	<p>terjadi robekan pada serviks dan segmen bawah rahim yang rapuh, bahkan infeksi pada perdarahan yang banyak sampai dengan kematian (Manuaba, 2012).</p>	
<p>5. Ibu mengatakan rutin kontrol usg ke dr. Arief Soffanto., SpoG</p>	<p>c) Abdomen : Leopold I : Teraba lunak, tidak melenting (Bokong).</p>	<p>Terjadi syok akibat perdarahan),</p>	<p>3. Memberitahu ibu kemungkinan persalinan akan dilakuka secara SC karena plasenta menutupi jalan lahir.</p>	
<p>6. Ibu mengatakan bayinya aktif bergerak</p>	<p>Leopold II : Teraba datar, keras, memanjang disisi kanan perut ibu (PUKA), teraba bagian kecil disisi kiri perut</p>	<p>pada bayi (kelahiran prematur, bisa terjadi asfiksia dan kematian janin)</p> <p>3. Kebutuhan Plasenta Previa</p>	<p>4. Menganjurkan ibu segera ke RS jika ditemukan perdarahan hebat, dam janin tidak aktif bergerak</p> <p>5. Menganjurkan ibu mengurangi</p>	


	ibu (ekstremitas janin). Leopold III: Bagian terendah janin teraba keras, bulat, melenting (kepala). Mc Donalt : 27 cm TBJ : 2325 gram DJJ : 140 x/menit.	: Kurangi Aktivitas berlebihan yang memicu kontraksi .	aktivitas berlebihan yang dapat menyebabkan kontraksi. Termasuk berhubungan seks, melakukan aktivitas yang dapat meningkatkan risiko pendarahan, seperti berlari, mengangkat beban berat. 6. Menganjurkan ibu tetap mengkonsumsi makanan bergizi 7. Menganjurkan ibu mengkonsumsi Tablet FE sesuai jadwal.	
Persalinan				
1. Ibu mengatakan melahirkan secara SC tanggal 20 Juni 2023 di RS Ken	Data Sekunder dari SKL Tanggal 20 Juni 2023 RS Ken Saras By. R jenis kelamin	-	-	

Saras	Perempuan			
2. Ibu mengatakan HB nya 11.4 gr/dl	BB : 3100 gram PB : 48 cm			
Nifas				
Kunjungan Nifas 22 Juni 2023	1. Pemeriksaan TTV Tekanan Darah : 110/80 MmHg Nadi : 80 x/m Suhu : 36.5 C Pernafasan : 22 x/m	Ny. R P2A2 Umur 43 Tahun Postpartum hari ketiga 1. Masalah : tidak ada 2. Kebutuhan : tidak ada 3. Tindakan segera: tidak ada	1. Melakukan pemeriksaan TTV, Pemeriksaan Fisik, TFU 2. Menganjurkan ibu makan makanan bergizi seimbang karena nutrisi menyusui akan lebih banyak dibandingkan saat hamil, mengkonsumsi lebih banyak protein untuk mempercepat proses pemulihan luka ibu. 3. Memberitahu ibu minum air putih minimal 2 liter perhari dan minum 1 gelas air putih setiap selesai menyusui. 4. Memberitahu ibu masalah pada	
1. Ibu mengatakan masih merasa mulas dan nyeri di area SC				
2. Ibu mengatakan ASInya lancar				
3. Ibu mengatakan sudah steril	2. Pemeriksaan Fisik Wajah : tidak pucat, Konjungtiva tidak pucat			

	<p>Payudara : teraba penuh dan agak kencang, Puting menonjol, hiperpigmentasi aerola, ASI +</p> <p>Abdomen : TFU 4 jari dibawah pusat, tidak kembung,</p> <p>Genetalia : Lokea Rubra</p>		<p>masa nifas, seperti demam tinggi, sakit kepala, pengeluaran darah berbau, nyeri dan ada pengeluaran nanah pada bekas SC.</p> <p>5. Memberitahu ibu menyusui bayi secara one demand atau 2 jam sekali, sering menyusui secara langsung akan merangsang produksi ASI ibu dan mendekatkan bonding antara ibu dan bayi</p> <p>6. Memberitahu ibu istirahat yang cukup</p>	
<p>Kunjungan 26 Juni 2023</p> <p>1. Ibu mengatakan tidak ada keluhan</p> <p>2. Ibu mengatakan perbannya sudah dilepas</p>	<p>1. Pemeriksaan TTV</p> <p>Tekanan darah : 100/80 MmHg</p> <p>Nadi : 80 x/m</p> <p>Suhu : 36,5 C</p> <p>Pernafasan :</p>	<p>Ny. R Umur 43 Tahun P2A2 7 Hari Postpartum</p> <p>Masalah : Perut ibu kembung</p> <p>Kebutuhan : olahraga ringan,</p>	<p>1. Melakukan Pemeriksaan TTV dan Pemeriksaan Fisik</p> <p>2. Memberitahun ibu luka SC sudah kering dan tidak ada tanda2 infeksi,</p> <p>3. Memberitahu ibu untuk menjaga area luka tetap bersih dan kering dan menggunakan gurita untuk</p>	

<p>3. Ibu mengatakan ASInya lancar</p>	<p>22x/m</p> <p>2. Pemeriksaan Fisik : TFU 3 jari diatas Sympisis, perut ibu kembung, luka SC kering dan tidak ada tanda2 infeksi, lokea serosa</p>	<p>tingkatkan asupan serat, minum air hangat</p>	<p>mengurangi kembung dan mempercepat kembalinya rahim ibu dan mengurangi rasa sakit bekas sc karena gerakan atau guncangan.</p> <p>4. Memberitahu ibu mengkonsumsi makan bergizi seimbang dan memperbanyak mengkonsumsi protein hewani untuk mempercepat proses pemulihan SC</p> <p>5. Memberitahu ibu untuk berolahraga ringan, minum air hangat untuk mengurangi kembung</p> <p>6. Memberitahu ibu untuk banyak istirahat karena tekanan darah ibu menurun</p> <p>7. Memberikan pijat oksitosin untuk merangsang pengeluaran ASI</p> <p>8. Memberitahu ibu untuk melakukan</p>	
--	---	--	---	---

			kunjungan ulang jika ada keluhan	
Bayi Baru lahir				
Kunjungan 22 Juni 2023 1. Ibu mengatakan bayi sehat 2. Ibu mengatakan belum di lakukan SHK	1. Pemeriksaan TTV Nadi : 130 x/m Pernafasan : 30 x/m 2. Tali pusat : tidak ada perdarahan, segar 3. Pemeriksaan Reflek Grasp reflex (reflex menggenggam) + Refleks Moro + Rooting reflex + Sucking reflex (refleks menghisap) +	By. R Umur 3 hari Neonatus Normal Masalah : t.a.a Kebutuhan : t.a.a	1. Melakukan Pemeriksaan ttv dan pemeriksaan fisik bayi 2. Melakukan SHK tumit kanan bayi 3. Memberitahu ibu tujuan dilakukan pemeriksaan SHK adalah untuk memeriksa apakah ada kekurangan hormon tiroid bawaan pada bayi baru lahir. 4. Memberitahu ibu tanda bahaya pada bayi baru lahir seperti tidak mau menyusu, perdarahan tali pusat, berbau, demam tinggi, warna kulit kuning 5. Memberitahu ibu tali pusat harus tetap kering dan tidak menambahkan apapun	

			<p>6. Memberitahu ibu hanya memberikan ASI saja sampai usia 6 bulan</p> <p>7. Memberitahu ibu lakukan kunjungan jika menemukan tanda bahaya pada bayi</p>	
<p>Kunjungan 26 Juni 2023</p> <p>1. Ibu mengatakan bayinya sehat</p> <p>2. Ibu mengatakan tali pusat belum lepas</p>	<p>1. Pemeriksaan TTV Nadi : 130 x/m Pernafasan : 30 x/m</p> <p>2. Tali pusat : tidak ada perdarahan, kering</p> <p>3. Pemeriksaan Reflek Grasp reflex (reflex menggenggam) + Refleks Moro + Rooting reflex + Sucking reflex (refleks menghisap) +</p>	<p>By. R Umur 7 hari neonatus normal</p>	<p>1. Melakukan Pemeriksaan ttv dan pemeriksaan fisik bayi</p> <p>2. Melakukan Pijat bayi sehat</p> <p>3. Memberitahu ibu manfaat pijat bayi : Meningkatkan pertumbuhan, Meningkatkan daya tahan tubuh, Mengurangi kembung dan kolik (sakit perut), Merangsang fungsi pencernaan serta pembuangan, karena pijat bayi dapat membantu meredakan gejala kembung dan memperlancar udara di perut.</p> <p>4. Memberitahu ibu tanda bahaya</p>	

			<p>pada bayi baru lahir seperti tidak mau menyusu, perdarahan tali pusat, berbau, demam tinggi, warna kulit kuning</p> <p>5. Memberitahu ibu tapi pusat harus tetap kering dan tidak menambahkan apapun</p> <p>6. Memberitahu ibu hanya memberikan ASI saja sampai usia 6 bulan</p> <p>7. Memberitahu ibu lakukan kunjungan jika menemukan tanda bahaya pada bayi</p>	
Keluarga Berencana				
<p>Kunjungan 26 April 2023</p> <p>1. Ibu mengatakan sudah steril</p>	<p>1. Pemeriksaan TTV</p> <p>Tekanan darah : 100/80 Mmhg</p> <p>Nadi : 80 x/m</p> <p>Suhu : 36,5 C</p>	<p>Ny. R Umur 43 Tahun P2A2 Akseptor KB MOW</p>	<p>1. Menjelaskan kepada ibu manfaat MOW</p> <p>a. Sangat efektif (0,5 kehamilan per 100 perempuan selama tahun pertama penggunaan).</p>	

	<p>Pernafasan : 22x/m</p> <p>2. Pemeriksaan Fisik : TFU 3 jari diatas Sympisis, perut ibu kembung, luka SC kering dan tidak ada tanda2 infeksi</p>		<p>b. Tidak mempengaruhi proses menyusui.</p> <p>c. Tidak bergantung pada faktor senggama</p> <p>d. Baik bagi klien apabila kehamilan akan menjadi risiko kesehatan yang serius.</p> <p>e. Berkurangnya kanker ovarium</p>	
--	--	--	--	--

I. Pembahasan

1. Kelemahan Penelitian

Dalam memberikan asuhan kebidanan komprehensif terhadap Ny. R di temui beberapa hambatan dan keterbatasan yang menyebabkan pelaksanaan studi kasus tidak berjalan dengan maksimal. Keterbatasan-keterbatasan tersebut antara lain adalah :

1. Penjaringan pasien

Kesulitan yang ditemui pada awal pelaksanaan laporan tugas COC adalah dalam hal penjaringan pasien. Untuk menemukan pasien yang sesuai dengan persyaratan yang diajukan dari pihak institusi sangatlah sulit. Beberapa pasien pun tidak bersedia untuk dijadikan subjek penulis dalam studi kasus ini dengan berbagai alasan.

2. Waktu yang terbatas

Pelaksanaan asuhan kebidanan komprehensif yang bersamaan dengan kegiatan Praktek diluar kota menyebabkan kesulitan bagi penulis untuk mengatur waktu. Waktu yang tersedia untuk pelaksanaan asuhan

2. Asuhan Kehamilan

Asuhan dilakukan Pada Ny. R Umur 43 tahun G4P1A2 yang bertempat tinggal di Kelurahan Genuk. Ny. R saat ini sedang hamil anak empat dan mengatakan 2 kali melakukan kuretase karena janin tidak berkembang yaitu pada tahun 2019 dan 2021. Ny. R mengatakan kehamilan ini tidak direncanakan karena beliau trauma pada kehamilan kedua dan ketiga. Namum beliau mereasa senang hamil anak keempat, keluarga dan suami sangat memberikan suport selama kehamilan. Ny. R juga dipantau oleh bidan desa karena termasuk ibu hamil dengan Resti. Ny. R dikunjungi oleh kader setiap 1 bulan sekali karena untuk pemeriksaan TTV dan Lila, dikarekan pada trimester 1 pemeriksaaan Lila hanya 23.1 cm, mengalami anemia ringan pada trimester 2 dan pada Trimester ketiga diketahui Plasenta Menutupi jalan lahir.

Pada kunjungan tanggal 18 Maret 2023 pemeriksaan berat badan Ny. R adalah 53 kg. Sebelum hamil berat badan Ny. A hanya 46.5 kg.

Sehingga Ny. R mengalami kenaikan berat badan sekitar 7 kg. Pada kunjungan Kedua tanggal 30 April 2023 Berat badan Ny. A sudah mencapai 57 kg mengalami kenaikan 4 kg dari kunjungan pertama. Kenaikan berat badan ibu hamil dapat dikatakan normal apabila mengalami kenaikan berat badan sekitar 6,5 kg - 16,5 kg (Sukarni, 2013).

Saat dilakukan pengukuran tinggi badan, Ny. R memiliki tinggi badan 146,5 cm. Menurut Rochyati 2011, mengemukakan bahwa tinggi badan ibu hamil kurang dari 145 cm tergolong resiko tinggi yaitu dikhawatirkan panggul ibu sempit dan pengukuran tinggi badan ini dilakukan sebagai deteksi dini adanya panggul sempit atau ketidak sesuaian antara besar bayi dan luas panggul. Pada penelitian yang dilakukan di Puskesmas Tegalrejo Yogyakarta (2016) pada ibu hamil dengan tinggi badan kurang dari 145 cm sebanyak 60 pasien yang dikelompokkan dalam dua kelompok yaitu 30 pasien kelompok ibu dengan tinggi badan kurang dari 145 cm dan 30 pasien dikelompokkan ibu dengan tinggi badan lebih dari 145 cm, pada ibu hamil dengan tinggi badan kurang dari 145 cm mengalami Cephalo Pelvik Disproportion (CPD) sebanyak 5 pasien. Berdasarkan data tersebut resiko terjadinya Cephalo Pelvik Disproportion (CPD) pada ibu yang memiliki tinggi badan kurang dari 145 adalah 1.6 kali lebih besar dibandingkan pada ibu yang memiliki tinggi badan lebih dari 145 cm. Penulis berpendapat tidak terjadi kesenjangan antara teori dan praktek karena dari hasil pemeriksaan tinggi badan Ny. R didapatkan hasil yang tidak kurang dari 145 cm.

Hasil pemeriksaan Lila Ny. R pada Trimester pertama adalah 23,1 cm, Ibu hamil dikategorikan KEK jika Lingkar Lengan Atas (LILA) < 23,5 cm (Muliarini, 2015). Kekurangan Energi Kronis (KEK) adalah kekurangan energi yang memiliki dampak buruk terhadap kesehatan ibu dan pertumbuhan perkembangan janin. Ibu hamil dengan KEK akan dapat melahirkan bayi berat lahir rendah (BBLR). Jika masukan gizi untuk ibu hamil dari makanan tidak seimbang dengan kebutuhan tubuh maka akan terjadi defisiensi zat gizi. Kekurangan zat gizi dan rendahnya derajat

kesehatan ibu hamil masih sangat rawan, hal ini ditandai masih tingginya angka kematian ibu yang disebabkan oleh perdarahan karena anemia gizi dan KEK selama masa kehamilan (Yuliasuti, 2014).

Pada Kunjungan tanggal 18 Maret 2023 pemeriksaan Lila sudah mencapai 25 cm dengan kenaikan berat badan 7 kg. Menurut Kemenkes, RI (2015) lila ibu hamil normalnya yaitu 28,7 cm – 36 cm. Penulis berpendapat tidak terjadi kesenjangan antara teori dan praktek, karena dari hasil pemeriksaan Trimester II didapatkan hasil Lila Ny. R tidak kurang dari 23,5 cm.

Pemeriksaan laboratorium Ny. R dilakukan di Puskesmas Ungaran pada tanggal 01 Februari 2023 dengan Hasil HB 10.8 g/% sehingga berdasarkan teori Klasifikasi anemia menurut kadar haemoglobin pada ibu hamil menurut WHO (2011) dikatakan anemia jika Hb < 11,0 g/dL.

Anemia dalam kehamilan berkaitan erat dengan usia ibu hamil (Chowdhury et al., 2015). Semakin muda ataupun semakin tua usia dari seorang ibu yang sedang mengandung akan berpengaruh terhadap kebutuhan zat gizi yang diperlukan. Kurangnya pemenuhan asupan zat gizi selama kehamilan terutama pada usia kurang dari 20 tahun dan lebih dari 35 tahun akan meningkatkan resiko terjadinya anemia dalam kehamilan (Suryati, 2011).

Anemia yang terjadi pada ibu hamil lebih tinggi pada ibu hamil dengan Kurang Energi Kronis (LLA dibandingkan dengan ibu hamil yang memiliki gizi yang baik. Hal ini mungkin berkaitan dengan efek negatif dari kekurangan energi protein dan kekurangan energi mikronutrien lainnya dalam hal gangguan bioavailabilitas dan penyimpanan zat besi serta nutrisi hematopoietik lainnya seperti asam folat dan vitamin B12 (Alene & Mohamed Dohe, 2015). Dari teori diatas penulis mengaitkan bahwa anemia yang terjadi Pada Ny. R berkaitan dengan usia Ny. R yang sudah masuk resiko tinggi untuk hamil dan Kurang nya Lila (23.1 cm) pada saat kehamilan Trimester I.

Pemberian tablet Fe sangat penting untuk pencegahan anemia dalam

kehamilan Ny. R. Ny. R haru rutin mengkonsumsi tablet Fe selama hamil minimal 90 butir. Hal ini sejalan dengan kemenkes 2018, yang mengatakan Kebutuhan kandungan zat besi (*Fe*) pada ibu hamil adalah sekitar 800 mg. Adapun kebutuhan tersebut terdiri atas 300 mg yang dibutuhkan untuk janin dan 500 gram untuk menambah masa hemoglobin maternal. Kelebihan sekitar 200 mg dapat diekskresikan melalui usus, kulit, dan urine. Pada makanan ibu hamil, tiap 100 kalori dapat menghasilkan sebanyak 8-10 mg Fe. Satu tablet zat besi mengandung 60 mg elemental iron dan 0,25 folic acid. Apabila ibu hamil mengonsumsi satu tablet zat besi (mengandung 60 mg Fe), maka diharapkan jumlah zat besi yang diserapi tubuh sebesar 6 – 8 mg zat besi. Apabila pola ini diterapkan selama 90 hari, maka terdapat sekitar 720 mg zat besi yang diperoleh dari suplementasi dan ditambah sebesar 180 mg zat besi dari asupan harian ibu dengan asumsi diserap secara maksimum. Oleh karena itu, ibu hamil perlu mengonsumsi satu Tablet Tambah Darah (TTD)/hari minimal 90 hari selama masa kehamilan sebagai upaya pencegahan kejadian anemia saat kehamilan.

Ny. R juga disarankan mengkonsumsi beraneka ragam makanan. Menurut Almatzier Sunita (2011), cara meningkatkan kadar Hb dalam tubuh yaitu meningkatkan konsumsi makanan bergizi yakni makanan yang banyak mengandung zat besi dari bahan makanan hewani (daging, ikan, ayam,hati,telur) dan bahan makanan nabati (sayuran berwarna hijau tua, kacang-kacangan, tempe) sumber zat besi adalah daging berwarna merah (sapi, kambing, domba), buncis, sayuran hijau,telur, kacang-kacangan ,sea food. Sumber folat adalah buah segar ,sayuran hijau, kembang kol,dan produk olahan susu. Sumber vitamin B12 adalah daging , hati, ginjal, tiram, keju dan telur.makan buah-buahan yang banyak mengandung vitamin C (tomat, jeruk, nanas) sangat bermanfaat untuk meningkatkan penyerapan zat besi dalam usus.

Imunisasi tetanus toksoid adalah preparat toksin tetanus yang di inaktifkan untuk meningkatkan anti generasinya. Toksin kuman tetanus yang telah dilemahkan dan dimurnikan kemudian diberikan pada bayi,

anak, ibu sebagai usaha memberikan perlindungan terhadap penyakit tetanus. Imunisasi tetanus toxoid ini juga diberikan pada ibu hamil dan wanita yang akan menikah (calon pengantin). Pemberian imunisasi tetanus artinya pemberian kekebalan terhadap penyakit tetanus kepada ibu hamil dan bayi yang dikandungnya. Memberi kekebalan terhadap penyakit tetanus terhadap ibu dan janin yang dikandungnya, sehingga pada saat melahirkan ibu dan bayi terhindar dari penyakit tetanus. Antitoksin yang melewati plasenta kejanin pasca imunisasi aktif pada ibu dapat mencegah kejadian tetanus neonatorum.

Saat dilakukan anamnesa mengenai imunisasi TT Ny. R mengatakan telah mendapat imunisasi TT saat bayi sebanyak 1 kali, saat sekolah 2 kali dan saat menikah 1 kali dan hamil anak pertama 1 kali. Hal ini sesuai dengan konsep imunisasi TT. Pemberian imunisasi TT pada saat ibu hamil, disesuaikan dengan status imunisasi TT ibu saat ini sehingga apabila Imunisasi TT5 sudah didapatkan (*TT Long live*) tidak perlu diberikan imunisasi TT lagi.

Menurut penulis tidak terjadi kesenjangan antara teori dan praktek dikarenakan imunisasi TT Ny. R sudah sampai TT5. Sesuai dengan teori yang sudah dijelaskan di atas Ny. R tidak perlu mendapatkan suntik TT lagi.

Pemeriksaan laboratorium Ny. R dilakukan di Puskesmas Ungaran pada tanggal 01 Februari 2023 HBSAG Nonreaktif, HIV Nonreaktif. Pemeriksaan laboratorium berupa tes protein urine dan PMS tidak dilakukan pada Ny. R karena tidak ada keluhan ataupun tanda gejala yang mengarah pada hal tersebut. Hal ini didukung dengan teori yang dinyatakan oleh (Depkes RI, 2010) bahwa pemeriksaan urine untuk tes protein dan urine glukosa dapat dilakukan atas indikasi, bila ada kelainan ibu dirujuk. Sedangkan untuk pemeriksaan khusus seperti test PMS dapat dilakukan apabila ada indikasi dan pada daerah yang rawan. Menurut penulis tidak terjadi kesenjangan antara teori dan praktek dikarenakan Ny. R tidak terindikasi dan tidak ditemukannya tanda dan gejala untuk dilakukannya tes

protein urine maupun PMS.

Pada Data sekunder di Buku KIA Ny. R dan Hasil pemeriksaan Tekanan Darah saat kunjungan dilakukan tekanan darah Ny. A yaitu 110/80 mmHg. Sesuai dengan teori yang dinyatakan oleh Depkes RI pada 2019 tekanan darah yang normal adalah 110/80 mmHg - 140/90 mmHg, dan pemeriksaan tekanan darah sangat penting untuk mengetahui standar normal, tinggi atau rendah yaitu dengan cara menghitung MAP. Hal ini dilakukan sebagai deteksi adanya hipertensi atau hipotensi dan preeklamsi dalam kehamilan. Penulis berpendapat dengan adanya pemeriksaan tekanan darah pada kunjungan, dapat diketahui pula ibu beresiko atau tidak dalam kehamilannya dan menurut penulis tak terjadi kesenjangan antara teori dan praktek dikarenakan tekanan darah Ny. R saat pemeriksaan dalam batas normal yaitu 110/80 mmHg.

Pengukuran tinggi fundus uteri (TFU) merupakan salah satu dari 10T yaitu kebijakan program pemerintah untuk menurunkan angka kematian ibu, dimana pengukuran TFU adalah indikator untuk melihat kesejahteraan ibu dan janin. Tinggi fundus uteri (TFU) dapat digunakan untuk menentukan usia kehamilan atau menentukan taksiran berat badan janin (TBJ). Hasil pemeriksaan Leopold I mengukur tinggi fundus uteri dengan metlin yaitu tinggi fundus uteri 24 cm dalam usia kehamilan 25 minggu. Menurut penulis tidak terdapat kesenjangan antara teori dan praktek karena TFU pada usia kehamilan 24 minggu sesuai dengan teori.

Tabel Tinggi Fundus Uteri Menurut Mc. Donald

No	Usia Kehamilan	Tinggi Fundus Uteri
1	22 Minggu	20-24 cm di atas simfisis
2	28 Minggu	26-30 cm di atas simfisis
3	30 Minggu	28-32 cm di atas simfisis
4	32 Minggu	30-34 cm di atas simfisis
5	34 Minggu	32-36 cm di atas simfisis
6	36 Minggu	34-38 cm di atas simfisis
7	38 Minggu	36-40 cm di atas simfisis
8	40 Minggu	38-42 cm di atas simfisis

Sumber : Saifuddin, 2014.

Pemeriksaan palpasi Leopold pada Ny. R, presentasi janin normal yaitu kepala sebagai bagian terendah janin dan saat didengarkan DJJ dalam

keadaan normal yaitu 140 x/menit. Sesuai dengan teori yang dikemukakan oleh (Manuaba, 2010) detak jantung janin normal antara 120-160 kali per menit. Pemeriksaan ini digunakan untuk menentukan frekuensi denyut jantung janin per menit, teratur atau tidak, dimana letak punctum maksimum (Manuaba dkk., 2010).

Pada Kunjungan tanggal 30 April 2023 Ny. R mengatakan bawah sudah melakukan USG pada usia kehamilan 28 minggu dan didapatkan plasenta menutupi jalan lahir.

Plasenta previa adalah kondisi dimana plasenta berimplantasi menutupi sebagian atau seluruh segmen bawah rahim (Sataloff dkk, 2014). Segmen bawah uterus telah terbentuk pada usia kehamilan 20 minggu. Usia kehamilan yang bertambah menyebabkan segmen-segmen bawah uterus akan melebar dan menipis serta servik mulai membuka. Pelebaran segmen bawah uterus dan pembukaan servik pada ibu hamil dengan plasenta previa dapat menyebabkan terjadinya perdarahan. Darah yang keluar berwarna merah segar, berlainan dengan darah yang disebabkan oleh solusio plasenta yang berwarna merah kehitaman. Sumber perdarahannya adalah robeknya sinus uterus akibat terlepasnya plasenta dari dinding uterus atau karena robekan sinus marginalis dari plasenta. Makin rendah letak plasenta, makin dini perdarahan terjadi karena ketidakmampuan serabut otot segmen bawah uterus untuk berkontraksi (Wiknjastro, 2014). Plasenta previa dapat mengakibatkan terjadinya anemia bahkan syok, terjadi robekan pada serviks dan segmen bawah rahim yang rapuh, bahkan infeksi pada perdarahan yang banyak sampai dengan kematian (Manuaba, 2012).

Menurut Berghella (2016) menyebutkan faktor risiko terjadinya plasenta previa yaitu ibu dengan riwayat seksio sesarea, riwayat tindakan kuretase, multiparitas dan riwayat merokok. Hal ini berhubungan dengan usia dan riwayat kuretase pada Ny. R.

Pada penelitian yang dilakukan Indah aet, al. 2015 yang berjudul “Faktor-Faktor Yang Berpengaruh Pada Timbulnya Kejadian Placenta Previa” Usia antara 20-35 tahun, di bawah dan di atas umur tersebut akan

meningkatkan risiko pada kehamilan dan persalinannya termasuk placenta previa. Menurut Manuaba (2010) prevalensi placenta previa akan meningkat tiga kali lipat pada usia di atas 35 tahun karena endometrium akan menjadi kurang subur. Ibu yang memiliki riwayat kuretase mempunyai peluang 3,407 kali mengalami placenta previa dibandingkan ibu yang tidak memiliki riwayat kuretase. Pada analisis multivariat didapatkan hasil bahwa ibu dengan riwayat kuretase berisiko 1,226 kali mengalami placenta previa setelah dikontrol variabel umur, paritas, operasi caesar, dan riwayat placenta previa sebelumnya. Pada kuretase terutama yang menggunakan sendok kuret (kuretase tajam) terdapat luka yang cukup dalam pada dinding endometrium. Luka inilah yang mengakibatkan gangguan vaskularisasi pada desidua sehingga kesuburan pada dinding endometrium semakin berkurang. Dalam kehamilan placenta akan berusaha mencukupi kebutuhan nutrisi janin, sehingga pada dinding endometrium yang kurang subur placenta akan memperluas diri sehingga menutupi sebagian atau seluruh ostium uteri internum. (Indah, Et al. 2015).

Pada kasus Ny. R tidak ditemukan tanda gejala seperti pengeluaran flek atau perdarahan. Tetapi tetap disarankan kepada Ny. R untuk selalu waspada, tidak melakukan aktivitas berat yang memicu kontraksi, selalu ritun memeriksakan kehamilannya kepada tenaga kehehatan. Dalam kasus Ny. R yang mengalami Plasenta previa totalis merupakan kondisi dimana plasenta menutupi jalan rahim sehingga bayi tidak bisa dilahirkan melalui persalinan normal. Sehingga operasi caesar merupakan satu satunya jalan untuk melahirkan.

3. Asuhan Persalinan

Persalinan adalah pengeluaran hasil konsepsi yang dapat hidup dari dalam uterus ke dunia luar. Persalinan dan kelahiran normal merupakan proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung dalam waktu 18 jam tanpa komplikasi baik ibu maupun janinnya (Jannah, 2015).

Pada kasus Ny. R terminasi kehamilan dilakukan pada usia kehamilan 36 minggu dilakukan secara SC di RS Ken Saras dan dilakukan MOW. Pemeriksaan HB 11.4 g/dl. Menurut Hakimi (2010) penanganan plasenta previa totalis untuk usia kehamilan yang belum mencapai 37 minggu adalah mempertahankan kehamilan namun akan dilakukan terminasi kehamilan secara SC jika terjadi perdarahan yang tidak kunjung berhenti, presentasi abnormal, dan letak lintang. Hasil yang diharapkan pada kasus plasenta previa totalis adalah perdarahan dari jalan lahir telah berkurang atau berhenti, ibu dan janin dalam keadaan baik (Saifuddin, 2014).

8. Asuhan Nifas

Standar Asuhan Kunjungan pada Masa Nifas sebanyak 4 kali, kunjungan pertama 6-8 jam, kunjungan kedua 6 hari, kunjungan ketiga 2 minggu, dan kunjungan keempat 6 minggu post partum (Manuaba, 2010). Kunjungan Masa Nifas bertujuan untuk menilai kondisi kesehatan ibu dan bayi, pencegahan terhadap kemungkinan adanya gangguan kesehatan ibu nifas dan bayinya, mendeteksi adanya komplikasi yang terjadi di masa nifas, serta menangani komplikasi atau masalah yang timbul. Ny. R mendapatkan asuhan kebidanan sebanyak 3 kali yaitu 6 jam post partum, 3 hari post partum dan 7 hari post partum.

Pada kunjungan 22 April 2023 Ibu mengatakan masih merasa mulas dan nyeri di area SC, Ibu mengatakan ASInya lancar, Ibu mengatakan sudah steril. Pemeriksaan TTV Tekanan Darah : 110/80 MmHg, Nadi : 80 x/m, Suhu : 36.5 C, Pernafasan : 22 x/m. Pemeriksaan Fisik Wajah : tidak pucat, Konjungtiva tidak pucat (11.4 g/dl), Payudara : teraba penuh dan agak kencang, Puting menonjol, hiperpigmentasi aerola, ASI + Abdomen : TFU 4 jari dibawah pusat, tidak kembung, Genetalia : Lokea Rubra. Penatalaksanaan : Pemantauan kondisi ibu, TFU dan perdarahan, KIE Gizi Ibu nifas, KIE perawatan payudara, KIE tanda bahaya masa nifas.

Pada Kunjungan 26 Juni 2023 : Ibu mengatakan tidak ada keluhan, Ibu mengatakan perbannya sudah dilepas, Ibu mengatakan ASInya lancar. Pemeriksaan TTV : Tekanan darah : 100/80 MmHg, Nadi : 80 x/m, Suhu :

36, 5 C, Pernafasan : 22x/m. Pemeriksaan Fisik : TFU 3 jari diatas Sympisis, perut ibu kembung, luka SC kering dan tidak ada tanda2 infeksi, Lokea serosa. Penatalaksanaan : Pemantauan kondisi ibu, TFU dan perdarahan, KIE Gizi Ibu nifas, KIE perawatan payudara, KIE perawatan Luka SC, KIE tanda bahaya masa nifas. Manfaat penggunaan gurita untuk kembung dan mempercepat kembalinya rahim ibu dan mengurangi rasa sakit bekas sc karena gerakan atau guncangan, istirahat masa nifas dan Pemberian pijat oksitosin untuk merangsang pengeluaran ASI.

9. Bayi Baru Lahir

Pada masa neonatal (0-28 hari) terjadi perubahan yang sangat besar dari kehidupan di dalam rahim dan terjadi pematangan organ hampir pada semua sistem. Bayi hingga usia kurang satu bulan merupakan golongan umur yang memiliki risiko gangguan kesehatan paling tinggi dan berbagai masalah kesehatan bisa muncul. Sehingga tanpa penanganan yang tepat, bisa berakibat fatal. Beberapa upaya kesehatan dilakukan untuk mengendalikan risiko pada kelompok ini di antaranya dengan mengupayakan agar persalinan dapat dilakukan oleh tenaga kesehatan di fasilitas kesehatan serta menjamin tersedianya pelayanan kesehatan sesuai standar pada kunjungan bayi baru lahir. Kunjungan neonatal idealnya dilakukan 3 kali yaitu pada umur 6-48 jam, umur 3-7 hari, dan umur 8-28 hari.

Indikator yang menggambarkan upaya kesehatan yang dilakukan untuk mengurangi risiko kematian pada periode neonatal yaitu 6-48 jam setelah lahir adalah cakupan Kunjungan Neonatal Pertama atau KN1. Pelayanan dalam kunjungan ini (Manajemen Terpadu Balita Muda) antara lain meliputi termasuk konseling perawatan bayi baru lahir, ASI eksklusif, pemberian vitamin K1 injeksi dan Hepatitis B0 injeksi (bila belum diberikan). Tujuan dari kunjungan neonatus, yaitu melakukan pemeriksaan ulang pada bayi baru lahir, meninjau penyuluhan dan pedoman antisipasi bersama orang tua, mengidentifikasi gejala penyakit, serta mendidik dan mendukung orang tua.

Adanya Program Pemerintah tentang pemeriksaan SHK pada bayi baru lahir Skrining Hipotiroid Kongenital (SHK) adalah skrining/uji saring yang dilakukan pada bayi baru lahir untuk memilah bayi yang menderita Hipotiroid Kongenital (HK) dan bayi yang bukan penderita. Pada pelaksanaannya, Skrining Hipotiroid Kongenital dilakukan dengan pengambilan sampel darah pada tumit bayi yang berusia minimal 48 sampai 72 jam dan maksimal 2 minggu oleh tenaga kesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan pemberi layanan Kesehatan Ibu dan Anak (baik FKTP maupun FKRTL), sebagai bagian dari pelayanan neonatal esensial. Darah diambil sebanyak 2-3 tetes dari tumit bayi kemudian diperiksa di laboratorium. Apabila hasilnya positif, bayi harus segera diobati sebelum usianya 1 bulan agar terhindar dari kecacatan, gangguan tumbuh kembang, keterbelakangan mental dan kognitif.

Kunjungan 22 Juni 2023: Ibu mengatakan bayi sehat, Ibu mengatakan belum dilakukan SHK pada bayinya, Pemeriksaan TTV : Nadi : 130 x/m, Pernafasan : 30 x/m, Tali pusat : tidak ada perdarahan, segar, Pemeriksaan Reflek : Grasp reflex (reflex menggenggam) +, Refleksi Moro +, Rooting reflex +, Sucking reflex (refleksi menghisap) +. Pentalaksanaan : pPemantauan BBL, Pemeriksaan SHK, KIE tanda bahaya pada bayi baru lahir, KIE perawatan tapus, KIE pemerian ASI

Kunjungan 26 Juni 2023 : ibu mengatakan bayi sehat, tali pusat belum lepas, Pemeriksaan TTV : Nadi : 130 x/m, Pernafasan : 30 x/m, Tali pusat : tidak ada perdarahan, segar, Pemeriksaan Reflek : Grasp reflex (reflex menggenggam) +, Refleksi Moro +, Rooting reflex +, Sucking reflex (refleksi menghisap) +. Pentalaksanaan : Pemantauan BBL, Pijat bayi sehat, KIE tanda bahaya pada bayi baru lahir, KIE perawatan tapus, KIE pemerian ASI

10. Keluarga Berencana

KB pasca persalinan merupakan upaya pencegahan kehamilan dengan menggunakan alat dan obat kontrasepsi segera setelah melahirkan sampai dengan 42 hari/ 6 minggu setelah melahirkan (BKKBN, 2017). Menurut

USAID (2011:4), penggunaan KB pada perempuan postpartum dapat berdampak signifikan pada:

- b. Mengurangi angka kematian dan kesakitan pada ibu.
- c. Mengurangi angka kematian dan kesakitan pada bayi.
- d. Mencegah resiko atau kehamilan yang tidak diinginkan.
- e. Mencegah kehamilan yang tidak diinginkan pada perempuan mudan dan tua, ketika besarnya resiko kematian ibu dan bayi. .
- f. Memungkinkan perempuan ntuk mengatur jarak kehamilan.

Kunjungan 22 Juni 2023 : ibu mngatakan sudah steril. Pada wanita yang sudah mencapai usia 45 tahun atau lebih, sangat dianjurkan untuk tidak hamil kembali mengingat berbagai resiko negatif bagi kehamilan dan janin, sehingga metode KB yang sangat dianjurkan adalah tindakan steril. Ditunjang juga dengan keadaan ibu yang sudah dua kali mengalami kuretase dan riwayat plasenta previa.

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Asuhan kebidanan secara komprehensif dari masa hamil, bersalin, bayi baru lahir, nifas dan keluarga berencana pada Ny. R yang dimulai pada usia kehamilan trimester dua usia kehamilan 25 minggu sampai dengan 6 minggu Post Partum, dapat diambil kesimpulan sebagai berikut : Asuhan kebidanan pada kehamilan ibu berjalan sesuai dengan usia kehamilan dan Patologis, kehamilan ibu dimulai dari usia kehamilan 25 minggu dengan diagnosa Ny. R umur 43 Tahun, G1P0A0 usia kehamilan 36 minggu janin hidup tunggal intra uterin. Asuhan kebidanan pada persalinan ibu dilakukan secara SC, dan hasil ditemukan kondisi sehat. Asuhan kebidanan pada masa nifas berlangsung normal, 6 jam post partum tidak ada perdarahan, kontraksi uterus keras, lochea rubra, luka sc tidak ada tanda infeksi. tanda vital normal ibu sudah mendapatkan vitamin A sebanyak 2 kali dengan dosis 200.000 IU, nifas 6 hari sampai 6 minggu berjalan sesuai dan sehat. Asuhan kebidanan pada bayi baru lahir, bayi lahir sehat, menangis kuat, bayi sudah mendapatkan imunisasi vitamin K, hepatitis B, tetes mata, langsung setelah lahir, pemeriksaan fisik tidak ada kelainan, pemberian pijat bayi. Asuhan kebidanan pada KB, klien memutuskan untuk steril.

B. Saran

Penulis ingin menyumbangkan saran di akhir penulisan laporan tugas akhir ini dalam mengupayakan peningkatan pelayanan kesehatan khususnya dalam asuhan kebidanan komprehensif, yaitu sebagai berikut :

1. Bagi intitusi

Diharapkan semakin memperbaharui skill yang akan diajarkan dan selalu mengikuti perkembangan ilmu kebidanan terkini, sehingga mampu meningkatkan profesionalitas kinerja mahasiswa kebidanan nantinya setelah

terjun di masyarakat. Selain itu, diharapkan lebih menyamakan persepsi dalam pencapaian target asuhan yang telah ditetapkan.

2. Bagi Klien

- a. Diharapkan dapat menambah wawasan dan pengetahuan ibu tentang masa hamil, bersalin, bayi baru lahir, nifas, neonatus dan KB sehingga dapat menjalaninya tanpa adanya komplikasi.
- b. Diharapkan dapat menjadi penambah wawasan bagi klien bahwa kehamilan dengan grande multipara, usia resiko tinggi dan anemia akan menimbulkan dampak atau resiko yang dapat terjadi pada ibu dan bayi hingga menyebabkan kematian jika tidak di berikan pendampingan yang berkelanjutan dari tenaga kesehatan.
- c. Diharapkan dapat membawa bayi ke fasilitas kesehatan untuk di imunisasi sesuai jadwal yang terdapat di buku KIA.

3. Bagi Mahasiswa Kebidanan

- a. Diharapkan selalu memaksimalkan diri dalam mengaplikasikan ilmu yang diperoleh di bangku perkuliahan selama praktek di lapangan.
- b. Diharapkan dari saat praktek ke lapangan, mahasiswa menggunakan alat kesehatan pribadi masing-masing untuk melakukan asuhan yang ingin dicapainya sehingga tidak bergantung pada alat kesehatan milik institusi.
- c. Diharapkan dalam pelaksanaa Laporan COC berikutnya dapat lebih baik dan lebih memahami lagi baik dalam penulisan maupun pelaksanaan asuhan.

DAFTAR PUSTAKA

- Affandi., B. 2012. *Buku Panduan Praktis Pelayanan Kontrasepsi Edisi 4*. Jakarta: PT Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Anggraini, Yetti. 2010. *Asuhan Kebidanan Masa Nifas*. Yogyakarta: Pustaka Rahima
- Ambarwati, E,R,Diah, W. 2010. *Asuhan Kebidanan Nifas*. Yogyakarta: Nuha Medika
- Astuti, Sri., dkk. 2015. *Asuhan Ibu Dalam Masa Kehamilan Buku Ajar Kebidanan Antenatal Care (ANC)*. Jakarta: Erlangga
- Damayanti, Ika Putri, dkk. 2014. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Komprehensif Pada Ibu Bersalin Dan Bayi Baru Lahir*. Yogyakarta: DeePublish
- Diana, S. 2017. *Model Asuhan Kebidanan Continuity Of Care*. Surakarta: CV. Kekata Grup
- Dewi, V.N.L., dan T. Sunarsih. 2011. *Asuhan Kehamilan untuk Kebidanan*. Jakarta: Salemba Medika
- Jannah, Nurul. 2013. *Konsep Dokumentasi Kebidanan*. Jogjakarta: Ar-Ruz Media
- Juwita, S., & Priskusanti, R. D. (2020). *Asuhan Neonatus*. Pasururuan: Qiara Media. [https://books.google.co.id/books?id=xDDwDwAAQBAJ&pg=PA2&dq=klasifikasi+bayi+menurut+berat+lahir+dan+masa+gestasi&hl=jv&sa=X&ved=2ahUKEwiXyIjynrPuAhWUub30KHcu7A0kQuwUwAXoECAIQCA#v=onepage&q=klasifikasi bayi menurut berat lahir dan masagestasi&f=false](https://books.google.co.id/books?id=xDDwDwAAQBAJ&pg=PA2&dq=klasifikasi+bayi+menurut+berat+lahir+dan+masa+gestasi&hl=jv&sa=X&ved=2ahUKEwiXyIjynrPuAhWUub30KHcu7A0kQuwUwAXoECAIQCA#v=onepage&q=klasifikasi%20bayi%20menurut%20berat%20lahir%20dan%20masa%20gestasi&f=false).
- Kurniarum, A. (2016). *Asuhan Kebidanan Persalinan dan Bayi Baru Lahir*. <http://bppsdmk.kemkes.go.id/pusdiksdmk/wpcontent/uploads/2017/08/Asuhan-Kebidanan-Persalinan-dan-BBLKomprehensif.pdf>
- Kemenkes RI. (2020). *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2019*. Jakarta: Kemenkes RI. <https://www.kemkes.go.id/folder/view/01/structure-publikasi-pusdatin-profil-kesehatan.html>
- JNPK – KR. 2017. *Asuhan Persalinan Normal*. Jakarta: JNPK – KR
- Legawati. 2018. *Asuhan Persalinan dan Bayi Baru Lahir*. Malang: Wineka Medika
- Hidayat. (2010). *Buku ajar keperawatan maternitas edisi 4*. Jakarta : EGC

- Manuaba, I.A.C. 2010. *Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan, dan KB Untuk Pendidikan Bidan. Ed. 2.* Jakarta: EGC
- Manuaba, IBG, dkk. 2013. *Ilmu Kebidanan Penyakit Kandungan dan KB.* Jakarta: EGC
- Manuaba, I., Manuaba, I. & Manuaba, I. F., 2014. *Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan, dan KB. 2 ed.* Jakarta: EGC.
- Marmi. 2011. *Asuhan Kebidanan Pada Masa Antenatal.* Yogyakarta: Pustaka Pelajar
- Maritalia, Dewi. 2012. *Asuhan Kebidanan Nifas dan Menyusui.* Yogyakarta: Pustaka Pelajar
- Mulyani, dan M. Rinawati. 2013. *Keluarga Berencana dan Alat Kontrasepsi.* Yogyakarta: Nuha Medika
- Mulati, Erna, (ed.). 2015. *Buku Ajar Kesehatan Ibu dan Anak Continuum Of Carelife Cycle.* Jakarta: Kemenkes
- Prawirohardjo, S. 2010. *Ilmu Kebidanan.* Jakarta: Bina Pustaka.
- Prawirohardjo, Sarwono. 2011. *Ilmu Kandungan.* Jakarta: PT Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo
- Rismalinda (2015). *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Kehamilan.* Jakarta
- Romauli, S. 2014. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan I.* Yogyakarta: Nuha Medika.
- Rukiah, A.Y., dkk. 2013. *Asuhan Kebidanan I Kehamilan. Edisi Revisi.* Jakarta: Trans Info Media.
- Rukiyah. 2010. *Asuhan Kebidanan IV Patologi Kebidanan.* Jakarta: Trans Info Medika
- Sofian, Amru. 2013. *Sinopsis Obstetri.* Jakarta: EGC
- Sulistiyawati, A, dan Nurwandani W. 2018. *Asuhan Persalinan Konsep Persalinan Secara Komprehensif Dalam Asuhan Kebidanan.* Yogyakarta: Pustaka Baru
- Sondakh, J. J. 2016. *Asuhan Kebidanan Persalinan dan Bayi baru Lahir.* Malang: Penerbit Erlangga.
- Tando. 2016. *Asuhan Kebidanan Neonatus, Bayi, dan Anak*
- Walyani, E. S. (2015). *Asuhan Kebidanan pada Kehamilan.* Yogyakarta: Pustaka Baru.

- Widiastini, Luh Putu (2014). *Asuhan Kebidanan Pada Ibu Bersalin dan BBL*. Bogor: IN MEDIA
- Wulandari, Setyo Retno. (2011). *Asuhan kebidanan ibu masa nifas*. Yogyakarta : Gosyen Publishing.
- Yulizawati, Insani, A. A., Sinta, L. El, & Andriani, F. (2018). *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Pada Persalina*. Indomedia Pustaka.