

**ASUHAN KEBIDANAN BERKELANJUTAN (*CONTINUITY OF CARE*)
PADA NY. “YS” DI PMB DIAN WAHYUNI, S.ST
KOTA PAYAKUMBUH TAHUN 2026**



Oleh :

PUTRI WINNA SARI
241004615901116

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI BIDAN
FAKULTAS KEBIDANAN UNIVERSITAS
PRIMA NUSANTARA BUKITTINGGI
TAHUN 2026**

**ASUHAN KEBIDANAN BERKELANJUTAN (*CONTINUITY OF CARE*)
PADA NY. "YS" DI PMB DIAN WAHYUNI, S.ST
KOTA PAYAKUMBUH TAHUN 2026**



*Diajukan sebagai salah satu syarat Menyelesaikan Pendidikan pada Program Studi
Pendidikan Profesi Bidan Fakultas Kebidanan Universitas Prima Nusantara Bukittinggi*

DISUSUN OLEH :

PUTRI WINNA SARI
241004615901116

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI BIDAN
FAKULTAS KEBIDANAN UNIVERSITAS
PRIMA NUSANTARA BUKITTINGGI
TAHUN 2026**

LEMBAR PERSETUJUAN

**PRAKTIK KLINIK PROFESI
STASE *CONTINUITY OF CARE* (COC)**

**Laporan Asuhan Kebidanan Berkelanjutan (*Continuity of Care*) ini Telah Disetujui
Untuk Dilaksanakan ke Tahap Seminar Kasus**

Bukittinggi, Maret 2026

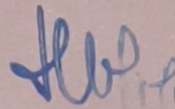
Menyetujui

Koordinator CoC

Pembimbing Akademik

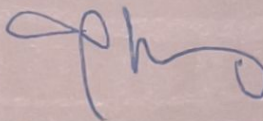


Tuti Oktriani, S.ST, Bd, M.Keb
NIDN 1020108101



Rulfia Desi Maria, S.ST, Bd, M.Keb
NIDN. 1018038402

Mengetahui,
Ka. Prodi Pendidikan Profesi Bidan



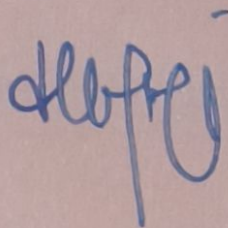
Suci Rahmadheny, S.ST, Bd, M.Keb
NIDN. 1007049002

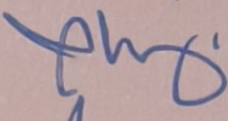
LEMBAR PENGESAHAN

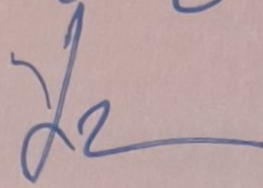
PRAKTIK KLINIK PROFESI STASE *CONTINUITY OF CARE (COC)*

Laporan Asuhan Kebidanan Berkelanjutan (*Continuity of Care*) ini telah berhasil dipertahankan di hadapan dewan penguji Program Studi Pendidikan Profesi Bidan Fakultas Kebidanan Universitas Prima Nusantara Bukittinggi untuk didokumentasikan dalam bentuk Laporan Asuhan Kebidanan Berkelanjutan (*Continuity of Care*)

DEWAN PENGUJI

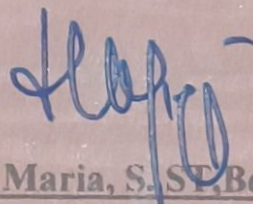
Pembimbing : Rulfia Desi Maria, S.ST. Bd. M.Keb ()

Penguji I : Suci Rahmadheny, S.ST. Bd. M.Keb ()

Penguji II : Lady Wizia, S.Keb. Bd. M.Keb ()

Ditetapkan : Bukittinggi
Tanggal : Maret 2026

Mengetahui,
Dekan Fakultas Kebidanan



Rulfia Desi Maria, S. ST, Bd, M. Keb
NIDN. 1018038402

RIWAYAT HIDUP



Nama : Putri Winna Sari
Tempat/ Tanggal Lahir : Payakumbuh, 20 September 1984
Alamat : Jorong Koto Kociak Taeh Baruah Kecamatan Payakumbuh
Kabupaten Lima Puluh Kota
NIM : 241004615901116
Status Pernikahan : Sudah Menikah
Alamat Instansi : Puskesmas Tarok
Email : fathur.iordi@gmail.com
No. HP : 081363332223

Nama Orang Tua
Ayah : Syamsuwir (Alm)
Ibu : Syafreni

Riwayat Pendidikan

- | | | |
|------------|---|------------------|
| 1. SD | : SDN 02 Payakumbuh | Lulus Tahun 1997 |
| 2. SMP | : SMPN 1 Payakumbuh | Lulus Tahun 2000 |
| 3. SMA | : SMAN 1 Payakumbuh | Lulus Tahun 2003 |
| 4. Diploma | : Jurusan Kebidanan
Bukittinggi Politeknik
Kesehatan Banda Aceh | Lulus Tahun 2006 |
| 5. Sarjana | : Universitas Prima Nusantara
Bukittinggi | Lulus Tahun 2025 |

Riwayat Pekerjaan

- | | |
|--|--------------------------------|
| 1. Puskesmas Ibh | : November 2006 - Maret 2007 |
| 2. Puskesmas Parit Rantang Kota Payakumbuh | : Maret 2007 – Desember 2009 |
| 3. Puskesmas Payolansek Kota Payakumbuh | : Desember 2009 – Agustus 2011 |
| 4. Puskesmas Tarok Kota Payakumbuh | : September 2011 – sekarang |

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis ucapkan kehadiran Allah SWT, atas berkat rahmat dan hidayat-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan “ Studi Kasus Komprehensif Asuhan Kebidanan Pada Ny. “YS” di Kota Payakumbuh tahun 2025 “. Adapun tujuan dari penulisan laporan ini adalah untuk memenuhi tugas akhir sebagai salah satu syarat untuk mencapai gelar Bd pada Program Studi Profesi Bidan Fakultas Kebidanan Prima Nusantara Bukittinggi.

Pada kesempatan ini, penulis hendak menyampaikan terima kasih kepada Dosen Pembimbing Ibu Rulfia Desi Maria, S. ST, Bd, M. Keb, yang sudah memberi arahan dan bimbingan selama proses pengerjaan laporan berlangsung dan semua pihak yang telah memberikan dukungan moral maupun materi sehingga proposal ini dapat selesai. Ucapan terima kasih ini penulis juga tujukan kepada:

1. Ibu Dr.Hj. Evi Susanti, S.ST, M.Biomed selaku Rektor Universitas Prima Nusantara Bukittinggi..
2. Bapak Ns. Fauzi Ashra, M.Kep, Ph.D selaku wakil Rektor I Universitas Prima Nusantara Bukittinggi
3. Bapak Yuhendri Putra, S.Si, M.Biomed selaku Rektor II Universitas Prima Nusantara Bukittinggi.
4. Ibu Mellia Fransiska, SKM.,M.Kes , selaku Wakil Rektor III Universitas Prima Nusantara Bukittinggi
5. Ibu Rulfia Desi Maria, S.SiT, Bd, M.Keb selaku Dekan Fakultas Kebidanan Universitas Prima Nusantara Bukittinggi.
6. Ibu Suci Rahmadhenty, S.Keb, Bd, M.Keb selaku Ka-Prodi Fakultas Program Studi Pendidikan Profesi Bidan Universitas Prima Nusantara Bukittinggi dan Penguji 1
7. Ibu Tuti Oktriani, S.Keb, Bd, M.Keb selaku Koordinator COC Program Studi Profesi Bidan Universitas Prima Nusantara Bukittinggi.
8. Ibu Lady Wizia, S. Keb, Bd, M. Keb selaku Penguji II.
9. Ibu bidan Dian Wahyuni, S.ST selaku pemilik lahan praktek COC
10. Para Staf Dosen Universitas Prima Nusantara Bukittinggi yang tidak bisanya sebutkan namanya satu persatu.

11. Keluarga Besar Universitas Prima Nusantara Bukittinggi.
12. Kedua Orang Tua saya tercinta dan saudara saya tersayang yang selalu menjadi penyemangat dan jadi sandaran terkuat bagi saya, terima kasih pengorbanan sehingga saya sampai di titik ini, kalian sangat berarti dalam hidup saya semoga Allah SWT selalu menjaga kalian, diberikan kesehatan, semoga Allah SWT selalu memberikan rezeki yang berlimpah serta kemudahan dalam hal apapun, Aamiin.
13. Kepada seluruh teman-teman seperjuangan saya ucapkan terima kasih sudah memberikan support dalam menjalani pendidikan ini.

Meskipun telah berusaha menyelesaikan laporan ini sebaik mungkin, penulis menyadari bahwa laporan ini masih ada kekurangan. Oleh karena itu, penulis mengharapkan kritik dan saran yang membangun dari para pembaca guna menyempurnakan segala kekurangan dalam penyusunan laporan ini. Akhir kata, penulis berharap semoga proposal ini berguna bagi para pembaca dan pihak-pihak lain yang berkepentingan.

Bukittinggi, Maret 2026

PUTRI WINNA SARI

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	
LEMBAR PERSETUJUAN	i
LEMBAR PENGESAHAN	ii
KATA PENGANTAR	iii
DAFTAR ISI	v
DAFTAR TABEL	vi
DAFTAR GAMBAR	vii
DAFTAR LAMPIRAN	viii
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah.....	4
C. Tujuan	5
D. Manfaat	6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	8
A. Konsep Dasar Kehamilan	8
B. Konsep Dasar Persalinan.....	47
C. Konsep Dasar Nifas	87
D. Konsep Dasar BBL	97
E. Konsep Dasar KB dan Kontrasepsi (KB)	124
F. Manajemen Asuhan Kebidanan	148
BAB III LAPORAN KASUS	153
A. SOAP Kehamilan	153
B. SOAP Persalinan.....	169
C. SOAP Nifas.....	194
D. SOAP BBL	205
BAB IV PEMBAHASAN	217
A. Kehamilan	217
B. Persalinan	219
C. Nifas.....	222
D. BBL	224
BAB V PENUTUP	227
A. Kesimpulan	227
B. Saran	228
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1	Jadwal Pemberian Imunisasi TT	41
Tabel 2.2	Involusi Uterus Pada Masa Nifas	90
Tabel 2.3	APGAR SKOR	111

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Mekanisme Persalinan	58
Gambar 2.2 Halaman Depan Partograf.....	85
Gambar 2.3 Halaman Belakang Partograf	86
Gambar 2.4 Manajemen Bayi Baru Lahir Normal	112

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Surat Permohonan Menjadi Responden

Lampiran 2 Lembar Informed Consent Penelitian

Lampiran 3 Partograf

Lampiran 4 Dokumentasi

Lampiran 5 Formulir Bimbingan COC

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Perempuan merupakan pribadi yang unik serta memiliki hak, kebutuhan dan keinginannya masing - masing. Tujuan utama asuhan kebidanan untuk menyelamatkan ibu dan bayi (mengurangi kesakitan dan kematian) (IBI 2026). Angka Kematian Ibu di dunia pada tahun 2023 menurut WHO yaitu sebanyak 189 per 100.000 KH (WHO, 2023). Angka Kematian Ibu (AKI) serta Angka Kematian Bayi (AKB) adalah indikator rencana pencapaian tujuan pembangunan berkelanjutan pada tahun 2024.

Jumlah kematian ibu karena komplikasi selama kehamilan dan persalinan mengalami penurunan sebesar 43% dari perkiraan 532.000 di 1990-303.000 pada tahun 2015. Perkembangan ini penting, tetap tingkat tahunan penurunan kurang dari setengah dari apa yang di butuhkan untuk mencapai Sustainable Development Goals (SDGs) target menurunkan Angka Kematian Ibu sebesar 75% antara tahun 1990 dan 2015, yang akan membutuhkan penurunan tahunan 5,5%. Penurunan 44% sejak tahun 1990 diterjemahkan ke dalam penurunan rata - rata tahunan hanya 2,3%. Antara 1990 dan 2000, Angka Kematian Ibu global menurun sebesar 1,2% per tahun, sedangkan 2000-2015 kemajuan dipercepat untuk penurunan 3,0% per tahun.

Setiap tahunnya kira-kira 3% (3,6 juta) dari 120 juta bayi baru lahir mengalami asfiksia, hampir 1 juta bayi ini meninggal. Di Indonesia, dari seluruh kematian bayi, sebanyak 57% meninggal. Penyebab kematian bayi baru lahir di

Indonesia adalah bayi berat lahir rendah (29%), asfiksia (27%), traumalahir, tetanus neonatorum, infeksi lain dan kelainan congenital (Rahmawati lisa dkk, 2016).

Pada akhir tahun ini, sekitar 99% dari kematian ibu di dunia akan terjadi di daerah berkembang, dengan Sub-Sahara Afrika sendiri terhitung 2 di 3 (66%) kematian. Tapi itu merupakan perbaikan besar: Sub-Sahara Afrika melihat hampir 45% penurunan dalam MMR, 987-546 per 100.000 kelahiran hidup antara tahun 1990 dan 2015. Peningkatan terbesar dari kawasan manapun tercatat di Asia Timur, di mana Angka Kematian Ibu turun dari sekitar 95-27 per 100.000 kelahiran hidup (pengurangan 72%) (Kemenkes,2015).

Ibu bersalin dengan sosial ekonomi dan pendidikan kurang sering tidak mengerti potensi bahaya masa nifas. Neonatus adalah bayi baru lahir yang berusia sampai dengan 28 hari. Pada masa tersebut 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, berbagai masalah kesehatan bisa muncul. Komplikasi yang menjadi penyebab kematian bayi terbanyak yaitu asfiksia, bayi berat lahir rendah, dan infeksi. Komplikasi ini sebetulnya dapat dicegah dan ditangani, namun terkendala oleh akses ke pelayanan kesehatan, kemampuan tenaga kesehatan, keadaan social ekonomi, system rujukan yang belum berjalan dengan baik, terlambatnya deteksi dini, dan kesadaran orang tua untuk mencari pertolongan kesehatan (Putri Ririn Mintara, 2017).

Upaya yang dilakukan untuk menekan AKI dan AKB dengan memberikan

pelayanan kesehatan yang berkualitas dan berkesinambungan (Continuity Of Care) mulai dari hamil, bersalin, nifas, neonatus dan pemilihan alat kontrasepsi. Pelayanan kesehatan yang diberikan pada ibu hamil melalui pemberian pelayanan antenatal minimum 4 kali selama masa kehamilan yaitu minimal 1 kali pada trimester pertama (usia kehamilan 0-12 minggu). Minimal 1 kali pada trimester kedua (usia kehamilan 12-28 minggu). Minimal 2 kali pada trimester ketiga (usia kehamilan 28 minggu - lahir). Pelayanan tersebut diberikan untuk menjamin perlindungan terhadap ibu hamil dan janin berupa deteksi dini faktor resiko, pencegahan dan penanganan dini komplikasi kehamilan. Salah satu komponen pelayanan kesehatan ibu hamil yaitu pemberian zat besi sebanyak 90 tablet (Fe).

Banyak faktor yang mempengaruhi dalam upaya penurunan angka kematian ibu di Indonesia, yaitu pendidikan, pengetahuan, sosial budaya, sosial ekonomi, geografis, lingkungan, dan aksesibilitas ibu pada fasilitas kesehatan. Oleh karena itu diperlukan kerjasama yang bersinegis secara lintas program dan lintas sektor dalam upaya mensejahterkan ibu, bayi dan anak di Indonesia. Upaya penurunan Angka Kematian Ibu telah dirintis dan diintensifikan melalui program kesehatan diantaranya program keterpaduan Keluarga Berencana (KB) dan Pos Pelayanan Terpadu (Posyandu) (Mutharoh Husnul, 2018).

Continuity Of Care adalah suatu proses dimana tenaga kesehatan yang kooperatif terlibat dalam manajemen pelayanan kesehatan secara terus menerus menuju pelayanan yang berkualitas tinggi, biaya perawatan medis yang efektif. Continuity Of Care pada awalnya merupakan ciri dan tujuan utama pengobatan keluarga yang lebih menitik beratkan kepada kualitas pelayanan kepada pasien (keluarga) dengan dapat membantu bidan (tenaga kesehatan).

Asuhan yang berkelanjutan berkaitan dengan kualitas. Secara tradisional, perawatan yang berkesinambungan idealnya membutuhkan hubungan terus menerus dengan tenaga profesional. Selama trimester III, kehamilan dan melahirkan sampai enam minggu pertama postpartum. Penyediaan pelayanan individual yang aman, fasilitasi pilihan informasi, untuk lebih mendorong kaum wanita selama persalinan dan kelahiran, dan untuk menyediakan perawatan komprehensif untuk ibu dan bayi baru lahir selama periode postpartum (Putri Ririn Mintari, 2017).

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh Lasiyanti Yuswo Yani (2015) dalam jurnal pelaksanaan “Continuity Of Care” oleh kebidanan mahasiswa tingkat akhir, mengemukakan bahwa asuhan kebidanan yang berkesinambungan dan terpadu sangat penting dalam pelayanan Kesehatan, khususnya pelayanan ibu dan anak. COC merupakan hal yang mendasar dalam model praktik kebidanan untuk memberikan asuhan yang holistic, membangun kemitraan yang berkelanjutan untuk memberikan dukungan, dan membina hubungan saling percaya antara bidan dan klien (Yanti et al,2015).

B. Rumusan Masalah

Batasan asuhan kebidanan yang akan diberikan yaitu mulai dari kehamilan TM III fisiologis, ibu bersalin, ibu nifas, bayi baru lahir dan Keluarga Berencana (KB) dengan penerapan manajemen kebidanan dan pendokumentasian secara varney SOAP.

C. Tujuan

1. Tujuan Umum

Setelah melakukan asuhan kebidanan komprehensif secara lengkap, diharapkan penulis dapat menambah pengetahuan, mengembangkan dan mampu menerapkan Asuhan Kebidanan secara menyeluruh, bermutu dan dapat mempertahankan keadaan ibu tetap pada keadaan fisiologis serta mendokumentasikan dengan baik, meliputi Asuhan Kebidanan pada ibu hamil, ibu bersalin, ibu nifas, bayi baru lahir dan KB. Dengan menerapkan pada 7 langkah Manajemen Varney dan pendokumentasian SOAP.

2. Tujuan Khusus

- a. Mampu melakukan pengkajian data subjektif dan objektif pada Ny. “YS” mulai dari kehamilan , bersalin, nifas, bayi baru lahir dan KB di Kota Payakumbuh Tahun 2026.
- b. Mampu melakukan interpretasi data pada Ny. “YS” mulai dari kehamilan , bersalin, nifas, bayi baru lahir dan KB di Kota Payakumbuh Tahun 2026.
- c. Mampu melakukan perumusan diagnosa atau masalah potensial pada Ny. “YS” mulai dari kehamilan , bersalin, nifas, bayi baru lahir dan KB di Kota Payakumbuh Tahun 2026.
- d. Mampu mengidentifikasi kebutuhan yang memerlukan penanganan segera, kolaborasi dan rujukan pada Ny. “YS” mulai dari kehamilan , bersalin, nifas, bayi baru lahir dan KB di Kota Payakumbuh Tahun 2026.
- e. Mampu melakukan perencanaan asuhan kebidanan pada Ny. “YS” mulai dari kehamilan , bersalin, nifas, bayi baru lahir dan KB di Kota Payakumbuh Tahun 2026.

- f. Mampu melakukan implementasi/penatalaksanaan asuhan kebidanan pada Ny. “YS” mulai dari kehamilan , bersalin, nifas, bayi baru lahir dan KB di Kota Payakumbuh Tahun 2026.
- g. Mampu melakukan evaluasi tindakan yang telah diberikan pada Ny. “YS”, mulai dari kehamilan, bersalin, nifas , bayi baru lahir dan KB di Kota Payakumbuh Tahun 2026.
- h. Mampu melakukan pencatatan asuhan kebidanan dengan metode SOAP pada Ny. “YS”, mulai dari kehamilan, bersalin, nifas, bayi baru lahir dan KB di Kota Payakumbuh Tahun 2026.

D. Manfaat

1. Bagi Mahasiswa

- a. Dapat dijadikan sebagai pengalaman ilmiah yang dapat meningkatkan pengetahuan dan menambah wawasan dalam memberikan asuhan kebidanan pada ibu hamil, bersalin, nifas, bayi baru lahir dan keluarga berencana.
- b. Dapat melakukan asuhan kebidanan secara komprehensif menggunakan kerangka berfikir tujuh langkah varney dan manajemen SOAP pada ibu hamil, bersalin, nifas, bayi baru lahir dan keluarga berencana.
- c. Dapat mengaplikasikan manajemen asuhan kebidanan pada ibu hamil, bersalin, nifas, bayi baru lahir dan keluarga berencana.

2. Bagi Klien

- a. Meningkatkan pengetahuan klien tentang asuhan kebidanan pada ibu hamil, bersalin, nifas, bayi baru lahir dan keluarga berencana.

- b. Klien dapat lebih mengetahui dan memahami tanda dan resiko- resiko pada kehamilan, persalinan, nifas, bayi baru lahir dan keluarga berencana secara dini.
- c. Klien dapat mengetahui apa saja perubahan fisiologis dan psikologis selama masa kehamilan, persalinan, nifas, bayi baru lahir dan keluarga berencana.
- d. Mendapatkan asuhan selama kehamilan, persalinan, nifas, bayi baru lahir dan keluarga berencana.

3. Bagi Institusi Pendidikan

Sebagai bahan masukan dan pertimbangan bagi pengelola institusi terutama dalam mengembangkan ilmu kebidanan. Laporan ini juga dapat menjadi bahan masukan dan bacaan bagi perpustakaan untuk meningkatkan ilmu pengetahuan mahasiswa dan sebagai bahan evaluasi bagi institusi pendidikan terhadap mahasiswi dalam memberikan asuhan kebidanan secara komprehensif.

4. Bagi Institusi Kesehatan

Sebagai bahan masukan untuk setiap institusi kesehatan dalam memberikan pelayanan yang lebih bermutu sesuai dengan asuhan kebidanan yang benar dan tepat.

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. Konsep Dasar Kehamilan

1. Defenisi Kehamilan

Pengertian Kehamilan Beberapa pengertian dari kehamilan adalah sebagai berikut:

Kehamilan merupakan waktu transisi, yakni suatu masa antara kehidupan sebelum memiliki anak yang sekarang berada dalam kandungan dan kehidupan nanti setelah anak tersebut lahir (Sukarni dan Wahyu, 2013).

Kehamilan merupakan masa yang dimulai dari konsepsi sampai lahirnya janin. Lamanya hamil normal adalah 280 hari (40 minggu atau 9 bulan 7 hari). Kehamilan ini dibagi atas 3 semester yaitu; kehamilan trimester pertama mulai 0-14 minggu, kehamilan trimester kedua mulai mulai 14-28 minggu, dan kehamilan trimester ketiga mulai 28-42 minggu (Yuli, 2017).

Kehamilan adalah suatu proses alami yang dapat terjadi pada seorang laki- laki diawali dari proses fertilisasi atau bersatunya spermatozoa dengan ovum yang kemudian berkembang menjadi zigot dan kemudian bernidasi dalam uterus. Lamanya hamil normal adalah 280 hari (40 minggu atau 9 bulan 7 hari) dihitung dari hari pertama haid terakhir. Kehamilan dibagi dalam 3 triwulan yaitu triwulan pertama dimulai dari konsepsi sampai 3 bulan (berlangsung selama 12 minggu), triwulan kedua dari bulan keempat sampai

6 bulan (berlangsung selama 15 minggu), triwulan ketiga dari bulan ketujuh sampai 9 bulan (berlangsung selama 13 minggu) (Saifuddin, 2014).

2. Proses Kehamilan

a. Fertilisasi

Fertilisasi atau pembuahan terjadi saat oosit sekunder yang mengandung ovum dibuahi oleh sperma atau terjadi penyatuan ovum dan sperma. Penetrasi zona pelusida memungkinkan terjadinya kontak antara spermatozoa dan membran oosit. Membran sel germinal segera berfusi dan sel sperma berhenti bergerak. Tiga peristiwa penting terjadi dalam oosit akibat peningkatan kadar kalsium intraseluler yang terjadi pada oosit saat terjadi fusi antara membran sperma dan sel telur. Ketiga peristiwa tersebut adalah blok primer terhadap polispermia, reaksi kortikal dan blok sekunder terhadap polispermia. Setelah masuk kedalam sel telur, sitoplasma sperma bercampur dengan sitoplasma sel telur dan membran inti (nukleus) sperma pecah. Pronukleus laki-laki dan laki-laki terbentuk (zigot). Sekitar 24 jam setelah fertilisasi, kromosom memisahkan diri dan pembelahan sel pertama terjadi (Yuli, 2017).

b. Nidasi

Umumnya nidasi terjadi di dinding depan atau belakang uterus, dekat pada fundus uteri. Jika nidasi ini terjadi, barulah dapat disebut adanya kehamilan. Bila nidasi telah terjadi, mulailah terjadi diferensiasi zigot menjadi morula kemudian blastula (Sukarni dan Wahyu, 2013).

Blastula akan membelah menjadi glastula dan akhirnya menjadi embrio sampai menjadi janin yang sempurna di trimester ketiga (Saifuddin, 2016).

3. Tanda kehamilan

Menurut Widatiningsih dan Dewi (2017) tanda-tanda kehamilan dibagi menjadi tiga yaitu tanda dugaan hamil (*presumtif sign*), tanda tidak pasti hamil (*probable sign*), dan tanda pasti hamil (*positive sign*).

a. Tanda-tanda dugaan hamil (*presumtif sign*)

Tanda dugaan (*presumtif*) yaitu perubahan fisiologis yang dialami pada wanita namun sedikit sekali mengarah pada kehamilan karena dapat ditemukan juga pada kondisi lain serta sebagian besar bersifat subyektif dan hanya dirasakan oleh ibu hamil. Yang termasuk *presumtif sign* adalah :

1) Amenorea

Haid dapat berhenti karena konsepsi namun dapat pula terjadi pada wanita dengan stres atau emosi, faktor hormonal, gangguan metabolisme, serta kehamilan yang terjadi pada wanita yang tidak haid karena menyusui ataupun sesudah kuretase. Amenorea penting dikenali untuk mengetahui hari pertama haid terakhir (HPHT) dan hari perkiraan lahir (HPL).

2) Nausea dan vomitus (mual dan muntah)

Keluhan yang sering dirasakan wanita hamil sering disebut dengan morning sickness yang dapat timbul karena bau rokok, keringat,

masakan, atau sesuatu yang tidak disenangi. Keluhan ini umumnya terjadi hingga usia 8 minggu hingga 12 minggu kehamilan.

3) Mengidam

Ibu hamil ingin makanan atau minuman atau menginginkan sesuatu. Penyebab mengidam ini belum pasti dan biasanya terjadi pada awal kehamilan.

4) Fatigue (kelelahan) dan sinkope (pingsan)

Sebagian ibu hamil dapat mengalami kelelahan hingga pingsan terlebih lagi apabila berada di tempat ramai. Keluhan ini akan menghilang setelah 16 minggu.

5) Mastodynia

Pada awal kehamilan mammae dirasakan membesar dan sakit. Ini karena pengaruh tingginya kadar hormon estrogen dan progesteron. Keluhan nyeri payudara ini dapat terjadi pada kasus mastitis, ketegangan payudara, penggunaan pil KB.

6) Gangguan saluran kencing

Keluhan rasa sakit saat kencing, atau kencing berulang – ulang namun hanya sedikit keluarnya dapat dialami ibu hamil. Penyebabnya selain karena progesteron yang meningkat juga karena pembesaran uterus. Keluhan semacam ini dapat terjadi pada 8 kasus infeksi saluran kencing, diabetes mellitus, tumor penis, atau keadaan stress mental.

7) Konstipasi

Konstipasi mungkin timbul pada kehamilan awal dan sering menetap selama kehamilan dikarenakan relaksasi otot polos akibat pengaruh progesteron. Penyebab lainnya yaitu perubahan pola makan selama hamil, dan pembesaran uterus yang mendesak usus serta penurunan motilitas usus.

8) Perubahan Berat Badan

Berat badan meningkat pada awal kehamilan karena perubahan pola makan dan adanya timbunan cairan berebihan selama hamil.

9) Quickening

Ibu merasakan adanya gerakan janin untuk yang pertama kali. Sensasi ini bisa juga karena peningkatan peristaltik usus, kontraksi otot perut, atau pergerakan isi perut yang dirasakan seperti janin bergerak.

b. Tanda tidak pasti kehamilan (*probable sign*)

1) Peningkatan suhu basal tubuh

Kenaikan suhu basal lebih dari 3 minggu, kemungkinan adanya kehamilan. Kenaikan ini berkisar antara $37,2^{\circ}\text{C}$ sampai dengan $37,8^{\circ}\text{C}$.

2) Perubahan warna kulit

Cloasma gravidarum/topeng kehamilan berupa berwarna kehitaman sekitar mata, hidung, dan pelipis yang umumnya terjadi pada kehamilan mulai 16 minggu. Warna akan semakin gelap jika terpapar

sinar matahari. Perubahan kulit lainnya bisa berupa hiperpigmentasi di sekitar aerola dan puting mammae, munculnya linea nigra yaitu pigmentasi pada linea medialis perut yang tampak jelas mulai dari pubis sampai umbilikus. Perubahan pada kulit terjadi karena rangsangan Melanotropin Stimulating Hormone/MSH. Striae gravidarum berupa garis-garis tidak teratur sekitar perut berwarna kecoklatan, dapat juga berwarna hitam atau ungu tua (*striae livide*) atau putih (*striae albicans*) yang terjadi dari jaringan koagen yang retak diduga karena pengaruh adrenocortikosteroid. Seringkali terjadi bercak-bercak kemerahan (*spider*) karena kadar estrogen yang tinggi.

3) Perubahan payudara

Pembesaran dan hipervaskularisasi mammae terjadi sekitar kehamilan 6 sampai 8 minggu. Pelebaran aerola dan menonjolnya kalenjer montgomery, karena rangsangan hormon steroid. Pengeluaran kolostrum biasanya kehamilan 16 minggu karena pengaruh prolaktin dan progesteron.

4) Pembesaran Perut

Biasanya tampak setelah 16 minggu karena pembesaran uterus. Ini bukan tanda diagnostik pasti tapi harus dihubungkan dengan tanda kehamilan lain. Perubahan kurang dirasakan primigravida, karena kondisi otot-otot masih baik. Pembesaran perut mungkin dapat ditemui pada obesitas, kelemahan otot perut, tumor pelvik dan perut,

ascites, hernia perut bagian depan.

5) Epulis

Hipertropi pada gusi belum diketahui penyebabnya secara jelas. Dapat terjadi juga pada infeksi lokal, pengapuran gigi atau kekurangan vitamin C.

6) Balotement

Pada kehamilan 16 sampai 20 minggu pemeriksaan palpasi kesan seperti ada masa yang keras, mengapung dan memantul di uterus. Dapat terjadi pada tumor uterus, mioma, acites, dan kista ovarium.

7) Kontraksi Uterus

Kontraksi uterus yang dirasakan seperti tertekan dan kencang, disebut kontraksi braxton Hicks. Uterus mudah terangsang oleh peningkatan hormon oksitosin gejala ini biasanya mulai usia kehamilan 28 minggu pada primi dan semakin lanjut kehamilannya semakin sering dan kuat.

8) Tanda Chadwick dan Goodell

Terjadi perubahan warna pada vagina atau porsio menjadi kebiruan atau ungu yang disebut tanda chadwick. Perubahan konsistensi serviks menjadi lunak disebut tanda goodell.

c. **Tanda pasti kehamilan (*positive sign*)**

1) Teraba bagian-bagian janin

Umumnya pada kehamilan 22 minggu janin dapat diraba pada wanita

kurus dan otot perut relaksasi. Kehamilan 28 minggu jelas bagian janin dapat diraba demikian pula gerakan janin dapat dirasakan oleh ibu.

2) Gerakan janin

Pada kehamilan 20 minggu gerakan janin dapat dirasakan oleh pemeriksian.

3) Terdengar denyut jantung janin

Dengan menggunakan ultrasound denyut jantung janin dapat terdengar pada usia 6 sampai 7 minggu. Jika menggunakan dopler pada usia 12 minggu sedangkan jika menggunakan stetoskop leannec 18 minggu. Frekuensi deyt jantung janin antara 120 sampai dengan 160 kali permenit yang akan jelas terdengar bila ibu tidur terlentang atau miring dengan punggung bayi di depan.

4) Pemeriksaan rontgent

Gambaran tulang mulai terlihat degan sinar X pada usia kehamilan 6 minggu namun masih belum dapat dipastikan bahawa itu adalah gambaran janin. Pada kehamilan 12 sampai 14 minggu baru dapat dipastikan gambaran tulang janin.

5) Ultrasonografi (USG)

USG dapat digunakan umur kehamilan 4 sampai 5 minggu untuk memastikan kehamilan dengan melihat adanya kantong gestasi,

gerakan janin dan deyt jantung janin.

6) Electrocardiography (ECG)

ECG jantung janin mulai terlihat pada kehamilan 12 minggu.

4. Klarifikasi Usia Kehamilan

Menurut Widatiningsih dan Dewi (2017), kehamilan dibagi menjadi :

- a. Kehamilan Trimester I (1-12 minggu)
- b. Kehamilan Trimester II (13–27 minggu)
- c. Kehamilan Trimester III (28–40 minggu)

5. Perubahan Fisiologis dan Psikologis selama Kehamilan

a. Perubahan Fisiologi Kehamilan Terhadap Sistem Tubuh

Menurut Sukarni dan Margareth (2013), Fauziah dan Sutejo (2012), dan Yuli (2017), menuliskan bahwa perubahan-perubahan fisiologi yang terjadi adalah sebagai berikut:

1) Sistem reproduksi

a) Uterus

Tumbuh membesar primer maupun sekunder akibat pertumbuhan isi konsepsi intrauterin. Estrogen menyebabkan hiperplasia jaringan, progesteron berperan untuk elastisitas/ kelenturan uterus.

b) Vulva/ vagina

Terjadi hipervaskularisasi akibat pengaruh estrogen dan progesteron, menyebabkan warna menjadi merah kebiruan (tanda Chadwick).

c) Ovarium

Sejak kehamilan 16 minggu, fungsi diambil alih oleh plasenta, terutama fungsi produksi progesteron dan estrogen. Selama kehamilan ovarium tenang/ beristirahat.

d) Payudara

Akibat pengaruh estrogen terjadi hiperplasia sistem duktus dan jaringan interstisial payudara. Mammae membesar dan kencang, terjadi hiperpigmentasi kulit serta hipertrofi kelenjar Montgomery, terutama daerah areola dan papilla akibat pengaruh melanotor. Puting susu membesar dan menonjol.

2) Peningkatan berat badan.

Normal berat badan meningkat sekitar 6 sampai 16 kg, terutama dari pertumbuhan isi konsepsi dan volume berbagai organ/ cairan intrauterin

3) Perubahan pada organ-organ sistem tubuh lainnya:

a) Sistem respirasi; kebutuhan oksigen meningkat sampai 20%, selain itu diafragma juga terdorong naik ke kranial terjadi hiperventilasi dangkal akibat kompensasi dada menurun. Volume tidal meningkat, volume residu paru dan kapasitas vital menurun.

b) Sistem gastrointestinal; estrogen dan HCG meningkat dengan efek samping mual dan muntah, selain itu terjadi juga perubahan peristaltik dengan gejala sering kembung, konstipasi, lebih sering

lapar/ perasaan ingin makan terus.

- c) Sistem sirkulasi/ kardiovaskuler; tekanan darah selama pertengahan pertama masa hamil, tekanan sistolik dan diastolik menurun 5-10 mmHg. Selama trimester ketiga tekanan darah ibu hamil harus kembali ke nilai tekanan pada trimester pertama.
- d) Sistem integumen; Striae gravidarum, Linea nigra, dan Chloasma.
- e) Sistem muskuloskeletal; kram otot, sendi-sendi melemah dan karies gigi.
- f) Sistem perkemihan; sering berkemih
- g) Sistem hematologi

Perubahan yang terjadi pada sistem hematologi terjadi pada volume darah, dimana volume darah pada atau mendekati akhir kehamilan rata-rata adalah sekitar 45% di atas volume pada keadaan tidak hamil. Derajat peningkatan volume sangat bervariasi. Peningkatan terjadi pada trimester pertama, meningkat paling cepat selama trimester kedua, kemudian peningkatan dengan kecepatan lebih lambat selama trimester ketiga. Selain itu terjadi peningkatan peptida natriuretik atrium terjadi sebagai respons terhadap diet tinggi natrium. Perubahan hematokrit dan hemoglobin sedikit menurun selama kehamilan normal. Akibatnya viskositas darah berkurang.

b. Perubahan Psikologi pada Ibu Hamil

Menurut Yuli (2017), kehamilan merupakan saat terjadinya krisis bila

keseimbangan hidup terganggu.

1) Teori krisis.

Tahap syok dan menyangkal, bingung dan *preoccupation*, tindakan dan belajar dari pengalaman, intervensi memudahkan kembali keadaan keseimbangan.

2) Awal penyesuaian terhadap kehamilan baik ibu maupun bapak mengalami syok.

- a) Persepsi terhadap peristiwa bervariasi menurut individu
- b) Dukungan situasional penting untuk memberikan bantuan dan perhatian.
- c) Mekanisme koping; kekuatan dan keterampilan dipelajari untuk mengatasi stress.

3) Lanjutan penyesuaian terhadap kehamilan

- a) Trimester pertama (bulan 1-3) Ditandai dengan adanya penyesuaian terhadap ide-ide menjadi orang tua, tingkat hormon yang tinggi, mual dan muntah serta lebih.
- b) Trimester kedua (bulan 4-6) Waktu yang menyenangkan, respons seksual meningkat, quickening memberikan dorongan psikologis.
- c) Trimester ketiga (bulan 7-9) Letih, tubuh menjadi besar dan terlihat aneh, kegembiraan yang menyusut dengan kelahiran bayi.

4) Ibu hamil golongan resiko tinggi

Sukarni dan Wahyu (2013), menulis ada beberapa golongan ibu hamil yang dikatakan memiliki risiko tinggi walaupun dalam kesehariannya hidup dengan sehat dan tidak menderita suatu penyakit. Golongan yang dimaksud berisiko tinggi meliputi:

- a) Ibu hamil terlalu muda dan terlalu tua (< 16 tahun dan > 35 tahun).
- b) Ibu baru hamil setelah perkawinan selama 4 tahun.
- c) Jarak dengan anak terkecil dengan anak > 10 tahun.
- d) Jarak kehamilan terlalu dekat yaitu < 2 tahun.
- e) Terlalu banyak anak yaitu > 4 .
- f) Tinggi badan terlalu pendek < 145 cm.
- g) Terlalu gemuk atau terlalu kurus, ini akan berpengaruh pada gizi keduanya.
- h) Riwayat persalinan jelek.
- i) Riwayat adanya cacat bawaan atau kehamilan masa lalu.
- j) Ibu seorang perokok berat, kecanduan obat dan memiliki hobi minum-minuman keras.

6. Kebutuhan Dasar Ibu Hamil

Menurut Walyani (2015), kebutuhan ibu hamil adalah :

a. Nutrisi.

Ibu hamil butuh bekal energi yang memadai. Selain untuk mengatasi beban yang kian berat, juga sebagai cadangan energi untuk persalinan kelak. Itulah sebabnya pemenuhan gizi seimbang tidak boleh dikesampingkan baik

secara kualitas maupun kuantitas. Pertumbuhan otak janin akan terjadi cepat sekali pada dua bulan terakhir menjelang persalinan. Karena itu jangan sampai kekurangan gizi (Walyani, 2015).

b. Oksigen

Kebutuhan oksigen adalah yang utama pada manusia termasuk ibu hamil. Berbagai gangguan pernafasan bisa terjadi saat hamil sehingga akan mengganggu pemenuhan kebutuhan oksigen pada ibu yang akan berpengaruh pada bayi yang dikandung. Cara untuk memenuhi kebutuhan oksigen maka ibu hamil perlu latihan nafas selama hamil, tidur dengan bantal yang lebih tinggi, makan tidak terlalu banyak, kurangi atau berhenti merokok, dan konsultasikan ke dokter bila ada kelainan atau gangguan seperti asma dan lain-lain (Walyani, 2015).

c. Pakaian

Meskipun pakaian bukan hal yang berakibat langsung terhadap kesejahteraan ibu dan janin, namun perlu kiranya jika tetap dipertimbangkan beberapa aspek kenyamanan dalam pakaian. Pemakaian pakaian dan kelengkapannya yang kurang tepat akan mengakibatkan beberapa ketidaknyamanan yang mengganggu fisik dan psikologis ibu (Walyani, 2015).

d. Eliminasi

Keluhan yang sering muncul pada ibu hamil berkaitan dengan eliminasi adalah sering buang air kecil dan konstipasi. Konstipasi terjadi karena adanya pengaruh hormon progesterone yang mempunyai efek rileks terhadap otot

polos salah satunya otot usus. Selain itu desakan usus oleh pembesaran janin juga menyebabkan bertambahnya konstipasi. Tindakan pencegahan yang dilakukan adalah dengan mengkonsumsi makanan tinggi serat dan banyak minum air putih, terutama ketika lambung kosong. Sering buang air kecil merupakan keluhan utama yang dirasakan terutama pada trimester 1 dan 3. Ini terjadi karena pembesaran uterus yang mendesak kandung kemih. Tindakan mengurangi asupan cairan untuk mengurangi keluhan sangat tidak dianjurkan, karena akan menyebabkan dehidrasi (Walyani, 2015)

e. Mobilisasi

Ibu hamil boleh melakukan aktifitas fisik biasa selama tidak terlalu melelahkan. Ibu hamil dianjurkan untuk melakukan pekerjaan rumah dengan dan secara berirama dengan menghindari gerakan menyentak, sehingga mengurangi ketegangan tubuh dan kelelahan (Walyani, 2015).

f. Body Mekanik

Secara anatomi, ligament sendi putar dapat meningkatkan pelebaran uterus pada ruang abdomen, sehingga ibu akan merasakan nyeri. Hal ini merupakan salah satu ketidaknyamanan yang dialami ibu hamil. Sikap tubuh yang perlu diperhatikan adalah:

1) Duduk

Duduk adalah posisi yang paling sering dipilih, sehingga postur yang baik dan kenyamanan penting. Ibu harus diingatkan duduk bersandar dikursi dengan benar, pastikan bahwa tulang belakangnya tersangga dengan baik

2) Berdiri

Mempertahankan keseimbangan yang baik, kaki harus diregangkan dengan distribusi berat badan pada masing- masing kaki. Berdiri diam terlalu lama dapat menyebabkan kelelahan dan ketegangan. Oleh karena itu lebih baik berjalan tetapi tetap memperhatikan semua aspek dan postur tubuh harus tetap tegak (Walyani, 2015).

3) Tidur

Sejalan dengan tuanya usia kehamilan, biasanya ibu merasa semakin sulit mengambil posisi yang nyaman, karena peningkatan ukuran tubuh dan berat badannya. Kebanyakan ibu menyukai posisi miring dengan sanggaan dua bantal dibawah kepala dan satu dibawah lutut dan abdomen. Nyeri pada simpisis pubis dan sendi dapat dikurangi bila ibu menekuk lututnya ke atas dan menambahnya bersama-sama ketika berbalik ditempat tidur (Walyani, 2015).

4) Bangun dan Baring

Bangun dari tempat tidur, geser dulu tubuh ibu ke tepi tempat tidur, kemudian tekuk lutut. Angkat tubuh ibu perlahan dengan kedua tangan, putar tubuh lalu perlahan turunkan kaki ibu. Diamlah dulu dalam posisi duduk beberapa saat sebelum berdiri (Walyani, 2015).

5) Membungkuk dan Mengangkat

Mengangkat objek yang berat seperti anak kecil caranya yaitu mengangkat dengan kaki, satu kaki diletakkan agak kedepan dari pada

yang lain dan juga telapak lebih rendah pada satu lutut kemudian berdiri atau duduk satu kaki diletakkan agak kebelakang dari yang lain sambil ibu menaikkan atau merendahkan dirinya (Walyani, 2015).

g. Exercise

Menurut Walyani (2015) tujuan utama persiapan fisik dari senam hamil sebagai berikut:

- 1) Mencegah terjadinya deformitas (cacat) kaki dan memelihara fungsi hati untuk dapat menahan berat badan yang semakin naik, nyeri kaki, varises, bengkak, dan lain-lain.
- 2) Melatih dan menguasai teknik pernapasan yang berperan penting dalam kehamilan dan proses persalinan. Dengan demikian proses relaksasi dapat berlangsung lebih cepat dan kebutuhan O₂ terpenuhi.
- 3) Memperkuat dan mempertahankan elastisitas otot-otot dinding perut, otot-otot dasar panggul dan lain-lain.
- 4) Membentuk sikap tubuh yang sempurna selama kehamilan.
- 5) Memperoleh relaksasi yang sempurna dengan latihan kontraksi dan relaksasi.
- 6) Mendukung ketenangan fisik (Walyani, 2015).

h. Imunisasi

Walyani (2015) menjelaskan imunisasi selama kehamilan sangat penting dilakukan untuk mencegah penyakit yang dapat menyebabkan

kematian ibu dan janin. Jenis imunisasi yang diberikan adalah tetanus toxoid (TT) yang dapat mencegah penyakit tetanus. Imunisasi TT pada ibu hamil harus terlebih dahulu ditentukan status kekebalan/imunisasinya.

i. Traveling

Menurut Walyani (2015) meskipun dalam keadaan hamil, ibu masih membutuhkan reaksi untuk menyegarkan pikiran dan perasaan, misalnya dengan mengunjungi objek wisata atau pergi ke luar kota. Hal-hal yang dianjurkan apabila ibu hamil bepergian sebagai berikut:

- 1) Hindari pergi ke suatu tempat yang ramai, sesak dan panas, serta berdiri terlalu lama di tempat itu karena dapat menimbulkan sesak napas sampai akhirnya jatuh pingsan.
- 2) Apabila bepergian selama kehamilan, maka duduk dalam jangka waktu lama harus dihindari karena dapat menyebabkan peningkatan resiko bekuan darah vena dalam dan tromboflebitis selama kehamilan.
- 3) Wanita hamil dapat mengendarai mobil maksimal 6 jam dalam sehari dan harus berhenti selama 2 jam lalu berjalan selama 10 menit. Sabuk pengaman sebaiknya tidak selalu dipakai, sabuk tersebut tidak diletakkan di bawah perut ketika kehamilan sudah besar.

j. Seksualitas

Selama kehamilan normal koitus boleh sampai akhir kehamilan, meskipun beberapa ahli berpendapat tidak lagi berhubungan selama 14 hari menjelang kelahiran. Koitus tidak dibenarkan bila terdapat perdarahan

pervaginam, riwayat abortus berulang, abortus, ketuban pecah sebelum waktunya. Pada saat orgasme dapat dibuktikan adanya fetal bradichardia karena kontraksi uterus dan para peneliti menunjukkan bahwa wanita yang berhubungan seks dengan aktif menunjukkan insidensi fetal distress yang lebih tinggi (Walyani, 2015).

k. Istirahat dan Tidur

Menurut Walyani (2015) kebutuhan istirahat dan tidur ibu hamil pada malam hari selama 7-8 jam dan siang hari selama 1-2 jam.

7. Kebutuhan Psikologis Ibu Hamil Trimester III

Menurut Sulistyawati (2014), kebutuhan psikologis pada ibu hamil trimester III adalah :

a. Persiapan Saudara Kandung (Sibling)

Sibling Rivalry adalah rasa persaingan diantara saudara kandung akibat kelahiran anak berikutnya. Biasanya terjadi pada anak usia 2-3 tahun. Sibling Rivalry ini biasanya ditunjukkan dengan penolakan terhadap kelahiran adiknya, menangis menarik diri dari lingkungannya, menjauh dari ibunya dan melakukan kekerasan terhadap adiknya. Untuk mencegah sibling rivalry ada beberapa langkah yang perlu dilakukan, diantaranya adalah sebagai berikut :

- 1) Menjelaskan kepada anak tentang posisinya (meskipun ada adiknya, ia tetap disayangi oleh ayah dan ibu)
- 2) Melibatkan anak dalam mempersiapkan kelahiran anaknya.
- 3) Mengajak anak untuk berkomunikasi dengan bayi sejak masih dalam

kandungan.

- 4) Mengajak anak untuk melihat benda-benda yang berhubungan dengan kelahiran bayi.

b. Dukungan Keluarga

Ibu sangat membutuhkan dukungan dan ungkapan kasih sayang dari orang-orang terdekatnya terutama suami. Kadang ibu dihadapkan pada suatu situasi yang ia sendiri mengalami ketakutan dan kesendirian, terutama pada trimester akhir. Kekhawatiran tidak disayang setelah bayi lahir kadang juga muncul, sehingga diharapkan bagi keluarga terdekat selalu memberikan dukungan dan kasih sayang. Bidan sangat berperan dalam memberikan pengertian ini kepada suami dan keluarga.

c. Perasaan Aman dan Nyaman

Selama Kehamilan Selama hamil ibu banyak mengalami ketidaknyamanan fisik dan psikologis. Bidan bekerja sama dengan keluarga diharapkan berusaha dan secara antusias memberikan perhatian serta mengupayakan untuk mengatasi ketidaknyamanan dan ketidakamanan yang dialami oleh ibu. Kondisi psikologis yang dialami oleh ibu akan sangat berpengaruh terhadap perkembangan bayi. Tingkat kepercayaan ibu terhadap bidan dan keluarga juga sangat mempengaruhi kelancaran proses persalinan.

d. Persiapan Menjadi Orang Tua

Ini sangat penting dipersiapkan karena setelah bayi lahir akan banyak perubahan peran yang terjadi mulai menjadi ayah, ibu dan keluarga. Bagi

pasangan yang baru pertama punya anak, persiapan dapat dilakukan dengan banyak berkonsultasi dengan orang yang mampu untuk membagi pengalamannya. Bagi pasangan yang mempunyai lebih dari satu anak, dapat belajar dari pengalaman mengasuh anak sebelumnya. Selain persiapan mental, yang tak kalah penting adalah persiapan ekonomi, karena bertambah anggota, bertambah pula kebutuhannya.

e. Dukungan dari Tenaga Kesehatan

Bagi seorang ibu hamil, tenaga kesehatan khususnya bidan mempunyai tempat tersendiri dalam dirinya dan berharap dapat dijadikan sebagai teman terdekat yang dapat mencurahkan isi hati dan kesulitannya dalam menghadapi kehamilan dan persalinan. Bidan dapat mengembangkan kemampuannya dalam menjalin hubungan baik dengan ibu hamil. Adanya hubungan saling percaya akan memudahkan bidan dalam memberikan penyuluhan kesehatan.

8. Ketidaknyamanan Pada Ibu Hamil Trimester III

Ketidaknyamanan pada Kehamilan Trimester III Menurut Varney (2007), ketidaknyamanan ibu hamil trimester II sebagai berikut

a. Peningkatan frekuensi berkemih

Peningkatan frekuensi berkemih sebagai ketidaknyamanan pada kehamilan sering terjadi pada trimester I dan trimester II. Frekuensi berkemih pada trimester ketiga paling sering dialami oleh wanita hamil karena bagian presentasi akan menurun masuk ke dalam panggul sehingga menimbulkan tekanan langsung pada kandung kemih. Uterus yang membesar atau bagian

presentasi uterus juga mengambil ruang di dalam rongga panggul sehingga ruang untuk distensi kandung kemih menjadi lebih kecil sebelum wanita merasa perlu berkemih. Cara penanganannya yaitu, dengan menjelaskan mengapa hal itu terjadi dan mengurangi asupan cairan sebelum tidur malam.

b. Konstipasi Wanita yang sebelumnya tidak mengalami konstipasi dapat memiliki masalah ini pada trimester ke dua atau ke tiga. Konstipasi diduga terjadi akibat penurunan peristaltis yang sebabkan relaksasi otot polos pada usus besar ketika terjadi peningkatan jumlah progesteron. Pergeseran dan tekanan pada usus akibat pembesaran uterus atau bagian presentasi juga dapat menurunkan motilitas pada saluran gastrointestinal sehingga menyebabkan konstipasi. Cara penanganannya :

- 1) Asupan cairan yang adekuat,.
- 2) Istirahat cukup.
- 3) Minum air hangat (air putih, teh) saat bangkit dari tempat tidur untuk menstimulasi peristaltik makan makanan berserat dan mengandung serat alami.
- 4) Miliki pola defekasi yang baik dan teratur.
- 5) Lakukan latihan secara umum, berjalan tiap hari, pertahankan postur tubuh yang baik, mekanisme tubuh yang baik, kontraksi otot abdomen bagian bawah secara teratur.

c. Nyeri ulu hati

Ketidakyamanan ini mulai timbul menjelang akhir trimester II dan

berlanjut hingga trimester III. Cara penanganan:

- 1) Makan dalam porsi kecil tetapi sering untuk menghindari lambung menjadi terlalu penuh.
- 2) Pertahankan postur tubuh yang baik supaya ada ruang yang lebih besar bagi lambung untuk menjalankan fungsinya
- 3) Hindari makanan berlemak karena lemak mengurangi motilitas usus dan sekresi asam lambung yang dibutuhkan untuk pencernaan
- 4) Hindari makanan pedas makanan lain yang apat atau menyebabkan gangguan pencernaan.

d. Kram tungkai Uterus yang membesar memberi tekanan baik pada pembuluh darah panggul, sehingga mengganggu sirkulasi, atau pada syaraf sementara syaraf ini melewati foramen obturator dalam perjalanan menuju ekstremitas bagian bawah. Cara penanganan :

- 1) Minta ibu meluruskan kaki yang kram dan menekan tumitnya (dorsofleksikan kakinya).
- 2) Dorong wanita meluruskan latihan umum dan memiliki kebiasaan mekanisme tubuh ang baik guna meningkatkan sirkulasi darah.
- 3) Anjurkan elevasi kaki secara teratur sepanjang hari.
- 4) Diet mengandung kalsium dan fosfor.

e. Edema dependen

Edema dependen pada kaki timbul akibat gangguan sirkulasi vena dan peningkatan tekanan vena pada ekstremitas bagian bawah. Gangguan sirkulasi

ini disebabkan oleh tekanan uterus yang membesar pada vena-vena panggul saat wanita tersebut duduk atau berdiri dan tekanan vena kava inferior saat ia berada dalam posisi terlentang. Pakaian ketat dapat menghambat aliran balik vena sehingga memperburuk masalah.

Cara penanganan:

- 1) Hindari menggunakan pakaian ketat.
- 2) Elevasi kaki secara teratur setiap hari
- 3) Posisi menghadap ke samping saat berbaring.
- 4) Penggunaan korset pada abdomen yang dapat melonggarkan tekanan vena-vena panggul.

f. Nyeri punggung bagian bawah

Nyeri punggung bawah merupakan nyeri yang terjadi pada area lumbosacral. Nyeri punggung bawah biasanya akan meningkat intensitasnya seiring bertambahnya usia kehamilan karena nyeri ini akibat pergeseran pusat gravitasi wanita tersebut dan postur tubuhnya. Perubahan ini disebabkan oleh berat uterus yang membesar. Jika tidak memperhatikan penuh postur tubuh maka akan terjadi lordosis. Lengkung ini kemudian akan meregangkan otot punggung dan menimbulkan rasa sakit atau nyeri. Cara penanganannya yaitu, dengan istirahat cukup, menggunakan penyokong abdomen eksternal.

g. Hiperventilasi dan sesak nafas

Sesak nafas merupakan ketidaknyamanan trimester I, Peningkatan jumlah progesteron selama kehamilan mempengaruhi pusat pernapasan untuk

menurunkan kadar karbondioksida dan meningkatkan kadar oksigen. Selama periode ini uterus mengalami pembesaran hingga terjadi penekanan diafragma. Selain itu diafragma akan mengalami elevasi kurang lebih 4 cm selama kehamilan. Meski terjadi pelebaran diameter transversal pada rangka iga, hal ini tidak cukup untuk mengompensasi elevasi diafragma sehingga terjadi penurunan kapasitas residu fungsional dan volume udara residual sehingga menimbulkan sesak nafas. Cara penanganan:

- 1) Menjelaskan dasar fisiologis masalah tersebut.
 - 2) Mendorong wanita untuk secara sadar mengatur kecepatan dan kedalaman pernafasannya saat sedang mengalami hiperventilasi.
 - 3) Anjurkan wanita berdiri dan meregangkan tangannya di atas kepalanya secara berkala dan ambil nafas dalam
 - 4) Instruksikan melakukan peregangan yang sama di tempat tidur seperti saat sedang berdiri.
- h. Kesemutan pada jari Perubahan pada pusat gravitasi akibat uterus yang membesar dan bertambah berat dapat menyebabkan wanita mengambil postur dengan posisi bahu terlalu jauh ke belakang dan kepala antefleksi. Postur ini diduga menyebabkan penekanan pada saraf median dan ulnar lengan yang akan mengakibatkan kesemutan dan baal pada jari. Cara penanganannya yaitu, dengan menjelaskan penyebab dari kesemutan jari-jari dan menganjurkan ibu berbaring rileks.

9. Tanda Bahaya dalam Kehamilan Trimester III

Menurut Sulistyawai (2014), tanda bahaya pada kehamilan trimester III adalah sebagai berikut :

a. Perdarahan Pervaginam

Perdarahan antepartum/ perdarahan pervaginam pada kehamilan lanjut adalah perdarahan yang terjadi pada trimester terakhir dalam kehamilan sampai bayi dilahirkan. Pada kehamilan lanjut, perdarahan yang tidak normal adalah merah, banyak dan kadang- kadang tapi tidak selalu, disertai dengan rasa nyeri. Jenis- jenis perdarahan antepartum pada kehamilan lanjut yaitu plasenta previa dan solusio plasenta. Plasenta previa adalah plasenta yang berimplantasi rendah sehingga menutupi sebagian/ seluruh ostium uteri internum. Gejala yang terjadi pada plasenta previa yaitu perdarahan berwarna merah segar tanpa nyeri yang terjadi secara tiba-tiba dan kapan saja. Solusio plasenta adalah lepasnya plasenta sebelum waktunya. Gejala yang terjadi solusio plasenta adalah perdarahan berwarna merah kehitaman yang disertai nyeri.

b. Sakit Kepala Hebat

Sakit kepala bisa terjadi selama kehamilan, dan sering kali merupakan ketidaknyamanan yang normal dalam kehamilan. Sakit kepala yang menunjukkan masalah serius adalah sakit kepala yang hebat mencekuk, dan tidak hilang jika beristirahat. Kadang-kadang dengan sakit kepala yang hebat tersebut ibu merasa penglihatannya menjadi kabur dan berbayang.

c. Penglihatan Kabur

Ketajaman penglihatan ibu dapat berubah selama proses kehamilan karena dipengaruhi oleh hormon. Perubahan minor (ringan) adalah hal yang normal. Masalah penglihatan yang mengindikasikan keadaan yang mengancam jiwa adalah perubahan visual yang mendadak, misalnya pandangan yang kabur atau berbayang secara mendadak. Perubahan penglihatan ini mungkin disertai dengan sakit kepala yang hebat dan mungkin merupakan tanda dan gejala pre eklamsi.

d. Nyeri Abdomen yang Hebat

Nyeri abdomen yang hebat harus dibedakan dengan nyeri his seperti pada persalinan. Pada kehamilan trimester II, jika ibu merasakan nyeri yang hebat, tidak berhenti setelah beristirahat, disertai dengan tanda-tanda syok yang membuat keadaan umum ibu makin lama makin memburuk, dan disertai perdarahan yang tidak sesuai dengan syok, maka harus diwaspadai akan kemungkinan solusio plasenta.

e. Bengkak pada Wajah dan Tangan

Hampir dari seluruh ibu hamil akan mengalami bengkak yang normal pada kaki yang biasanya muncul pada sore hari dan biasanya hilang setelah beristirahat.dengan meninggikan kaki. Bengkak bisa menunjukkan adanya masalah yang serius jika muncul pada muka dan tangan, tidak hilang setelah beristirahat dan disertai dengan keluhan fisik lain. Hal ini merupakan pertanda anemia, gagal jantung atau pre eklamsia.

f. Bayi Kurang Bergerak Seperti Biasa

Kesejahteraan janin dapat diketahui dari keaktifan gerakannya, minimal adalah 10 kali dalam 24 jam. Jika kurang dari itu, maka waspada akan adanya gangguan janin dalam Rahim.

g. Keluar Ketuban Sebelum Waktunya

Harus dapat membedakan antara air kencing dengan air ketuban. Jika keluarnya cairan ibu tidak terasa, berbau amis, dan warnanya putih keruh, berarti yang keluar adalah air ketuban. Jika kehamilan belum cukup bulan, dapat menyebabkan adanya persalinan preterm dan komplikasi infeksi intrapartum.

10. Konsep Antenatal Care (ANC) Standar Pelayanan Antenatal (10 T)

a. Pengertian Antenatal Care (ANC)

Menurut Walyani (2015) asuhan antenatal care adalah suatu program yang terencana berupa observasi, edukasi, dan penanganan medik pada ibu hamil, untuk memperoleh suatu proses kehamilan dan persiapan persalinan yang aman dan memuaskan.

b. Tujuan ANC

Menurut Walyani (2015) tujuan ANC adalah sebagai berikut:

- 1) Memantau kemajuan kehamilan untuk memastikan kesehatan ibu dan tumbuh kembang janin
- 2) Meningkatkan dan mempertahankan kesehatan fisik, mental dan sosial pada ibu dan bayi

- 3) Mengenali secara dini adanya ketidaknormalan atau implikasi yang mungkin terjadi selama hamil, termasuk riwayat penyakit secara umum, kebidanan dan pembedahan
- 4) Mempersiapkan persalinan cukup bulan, melahirkan dengan selamat, ibu maupun bayinya dengan trauma seminimal mungkin
- 5) Mempersiapkan ibu agar masa nifas berjalan normal dan pemberian ASI Eksklusif
- 6) Mempersiapkan peran ibu dan keluarga dalam menerima kelahiran bayi agar dapat tumbuh kembang secara normal.

c. Tempat Pelayanan ANC

Menurut Walyani dan Purwoastuti (2015), pelayanan ANC bisa diperoleh dari pelayanan kesehatan tingkat primer (Polindes, Poskesdes, BPM, BPS, posyandu dan Puskesmas), pelayanan kesehatan tingkat sekunder (Rumah sakit baik milik pemerintah maupun swasta) dan pelayanan kesehatan tingkat tersier (Rumah sakit tipe A dan B baik milik pemerintah maupun swasta).

d. Langkah-Langkah dalam Perawatan Kehamilan/ANC

Menurut Walyani dan Purwoastuti (2015), Kemenkes R.I menetapkan standar pelayanan ANC dalam 10 T antara lain :

1) Timbang berat badan dan tinggi badan (T1)

Penimbangan berat badan setiap kali kunjungan antenatal dilakukan untuk mendeteksi adanya gangguan pertumbuhan janin. Penambahan berat badan yang kurang dari 9 kilo selama kehamilan atau kurang dari

1 kilo setiap bulannya menunjukkan adanya gangguan pertumbuhan janin. Pengukuran tinggi badan pada pertama kali kunjungan dilakukan untuk menapis adanya faktor resiko pada ibu hamil. Tinggi badan ibu hamil kurang dari 145 cm meningkatkan resiko terjadinya *cephalo pelvic disproportion* (CPD)

2) Tekanan darah (T2)

Pengukuran tekanan darah pada setiap kali kunjungan antenatal dilakukan untuk mendeteksi adanya hipertensi (tekanan darah $\geq 140/90$ mmHg) pada kehamilan dan preeklampsia (hipertensi disertai oedema pada wajah dan tungkai bawah, dan proteinuria).

3) Nilai status gizi (ukur LILA) (T3)

Pengukuran LILA hanya dilakukan pada kontak pertama oleh tenaga kesehatan di trimester I untuk skrining ibu hamil beresiko Kurang Energi Kronis (KEK), disini maksudnya ibu hamil yang mengalami kekurangan gizi dan telah berlangsung lama (beberapa bulan atau tahun) dimana LILA kurang dari 31,5 cm. Ibu hamil dengan akan dapat melahirkan bayi berat lahir rendah (BBLR).

4) Pengukuran tinggi fundus uteri (T4)

Pengukuran tinggi fundus uteri pada setiap kali kunjungan antenatal untuk mendeteksi pertumbuhan janin sesuai atau tidak dengan umur kehamilan. Jika fundus uteri tidak sesuai dengan umur kehamilan, kemungkinan ada gangguan pertumbuhan janin. Apabila usia kehamilan

dibawah 24 minggu pengukuran dilakukan dengan jari, tetapi apabila kehamilan diatas 24 minggu memakai pengukuran Mc. Donald yaitu dengan cara mengukur tinggi fundus memakai cm dari atas simfisis ke fundus uteri. Tinggi fundus uteri dapat menentukan usia kehamilan (Rukiyah,2009)

- 5) Tentukan presentasi janin dan denyut jantung janin (T5) Menentukan presentasi janin dilakukan pada akhir trimester II dan selanjutnya setiap kali kunjungan antenatal. Pemeriksaan ini dimaksudkan untuk mengetahui letak janin. Jika pada trimester III bagian bawah janin bukan kepala, atau kepala janin belum masuk ke panggul berarti ada kelainan letak, panggul sempit, atau ada masalah lain. Penilaian DJJ dilakukan pada akhir trimester I dan selanjutnya setiap kali kunjungan antenatal. DJJ lambat kurang dari 120x/menit atau DJJ cepat lebih dari 160x/menit menunjukkan adanya gawat janin.

- 6) Pemberian imunisasi TT (T6)

Pemberian imunisasi tetanus toksoid pada kehamilan umumnya diberikan 2 kali, imunisasi pertama diberikan pada usia kehamilan 16 minggu untuk yang kedua diberikan 4 minggu kemudian (Rukiyah, 2009 : 7).

Tabel 2.1
Jadwal Pemberian Imunisasi TT

Antigen	Interval (selang waktu minimal)	Lama perlindungan	Perlindungan
---------	----------------------------------	-------------------	--------------

TT 1	Pada kunjungan antenatal pertama	-	-
TT 2	4 minggu setelah TT 1	3 tahun *)	80 %
TT 3	6 bulan setelah TT 2	5 tahun	95 %
TT 4	1 tahun setelah TT 3	10 tahun	95 %
TT 5	1 tahun setelah TT 4	25thn/seumurhidup	99 %

7) Pemberian tablet tambah darah (tablet Fe) (T7)

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

8) Tes Laboratorium (T8)

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

a) Pemeriksaan golongan darah

Pemeriksaan golongan darah pada ibu hamil tidak hanya untuk mengetahui jenis golongan darah ibu melainkan juga untuk mempersiapkan calon pendonor darah yang sewaktu-waktu diperlukan apabila terjadi situasi kegawatdaruratan.

b) Pemeriksaan kadar hemoglobin darah (HB)

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

c) Pemeriksaan protein dalam urine

Pemeriksaan protein dalam urine pada ibu hamil dilakukan pada trimester II dan III atas indikasi. Pemeriksaan ini ditujukan untuk mengetahui adanya protein uria pada ibu hamil. Protein uria merupakan salah satu indikator terjadinya preeklampsia pada ibu hamil.

d) Pemeriksaan kadar gula darah

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

trimester III.

e) Pemeriksaan darah malaria

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

f) Pemeriksaan tes sifilis.

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

g) Pemeriksaan HIV

Tes HIV wajib ditawarkan oleh tenaga kesehatan kepada semua ibu hamil secara inklusif dengan pemeriksaan laboratorium rutin lainnya di daerah epidemi meluas dan terkonsentrasi dan di daerah epidemi HIV rendah penawaran tes HIV oleh tenaga kesehatan diprioritaskan pada ibu hamil dengan IMS dan TB. Teknik penawaran ini disebut Provider Initiated Testing And Counselling (PITC) atau tes HIV atas Inisiatif Pemberi Pelayanan Kesehatan (TIPK).

h) Pemeriksaan BTA

Pemeriksaan BTA dilakukan pada ibu hamil yang dicurigai menderita tuberkulosis sebagai pencegahan agar infeksi

tuberkulosis tidak mempengaruhi kesehatan janin.

9) Tatalaksana kasus/ penanganan kasus (T9)

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

10) Temu wicara/ konseling (T10)

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

e. Standar Pelayanan Kebidanan Antenatal

Standar pelayanan kebidanan pada kehamilan menurut Keputusan Menteri Kesehatan No 938/MENKES/SK/VII/2007 adalah sebagai berikut:

1) Standar 3 (Identifikasi Ibu Hamil)

Bidan melakukan kunjungan rumah dan 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.

2) Standar 4 (Pemeriksaan dan Pemantauan)

Pemeriksaan meliputi anamnesis dan pemantauan ibu dan janin dengan seksama untuk menilai apakah perkembangan berlangsung normal. Bidan juga harus mengenal kehamilan resiko tinggi, khususnya anemia, kurang gizi, hipertensi, PMS/infeksi HIV/AIDS. Memberikan pelayanan imunisasi, nasihat 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 merujuk untuk tindakan selanjutnya.

3) Standar 5 (Palpasi Abdominal)

Bidan melakukan pemeriksaan abdomen dengan seksama melakukan partisipasi untuk memperkirakan usia kehamilan. bila umur kehamilan bertambah, memeriksa posisi, bagian terendah, masuknya kepala janin ke dalam rongga panggul, untuk mencari kelainan serta melakukan rujukan tepat waktu.

4) 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, di samping persiapan transportasi dan biaya untuk merujuk, bila tiba-tiba terjadi keadaan gawat darurat. Bidan hendaknya melakukan kunjungan rumah dalam hal ini.

f. Kebijakan Kunjungan ANC

Menurut Widatiningsih dan Dewi (2017), WHO menyarankan kunjungan antenatal minimal 4 kali selama kehamilan yang dilakukan pada waktu tertentu karena terbukti efektif. Model kunjungan ANC yang sedikit (4 kali sesuai standar) untuk ibu hamil resiko rendah sudah menjadi kebijakan program ANC di Indonesia. Bukti terkini menunjukkan bahwa ANC 4 kali selama hamil yang diberikan dengan tujuan tertentu dan berkualitas terbukti efektif dan tidak memengaruhi outcome (ibu dan bayi) hanya saja kepuasan klien berkurang karena sedikitnya ANC ini. Ibu yang tidak rutin ANC cenderung melahirkan BBLR 1,5 kali lebih besar daripada yang rutin.

Menurut Walyani (2015) menjelaskan pemeriksaan pertama segera dilakukan segera setelah diketahui terlambat haid, dan pemeriksaan ulang setiap bulan sampai umur kehamilan 7 bulan, setiap 2 minggu sampai umur kehamilan 8 bulan, dan setiap 1 minggu sejak umur kehamilan 8 bulan sampai terjadi kelahiran.

B. Konsep Dasar Persalinan

1. Pengertian

Persalinan adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), lahir spontan dengan presentase belakang kepala yang berlangsung selama 18 jam produk konsepsi dikeluarkan sebagai akibat kontraksi teratur, progresif, sering dan kuat yang nampaknya tidak saling berhubungan bekerja dalam keharmonisan untuk melahirkan bayi (Walyani & Purwoastituti, 2016).

Persalinan merupakan proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan 37-42 minggu, dimana janin dilahirkan secara spontan dengan presentase belakang kepala yang berlangsung selama 18 jam, tanpa komplikasi baik pada ibu maupun pada janin (Herinawati, 2019). Persalinan adalah proses dimana bayi, plasenta dan selaput ketuban keluar dari uterus ibu. Persalinan dikatakan normal jika proses terjadinya pada usia kehamilan usia 37-40 minggu tanpa disertai adanya penyulit (JNPK-KR, 2017)

Persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan plasenta) yang dapat hidup ke dunia luar dari rahim melalui jalan lahir atau jalan lain, lahir dengan bantuan atau tanpa bantuan (kekuatan sendiri) (Diana Sulis dkk, 2019).

2. Jenis – jenis Persalinan

a. Persalinan Spontan

Persalinan spontan adalah proses persalinan lewat vagina yang berlangsung tanpa menggunakan alat maupun obat tertentu, baik itu induksi, vakum, atau metode lainnya. Persalinan spontan benar benar hanya mengandalkan tenaga dan usaha ibu untuk mendorong keluarnya bayi. Persalinan spontan dapat

dilakukan dengan presentasi belakang kepala bayi (kepala janin lahir terlebih dahulu) maupun presentasi bokong (sungsang).

b. Persalinan Normal

Persalinan normal (eutrosia) adalah proses kelahiran janin pada kehamilan cukup bulan (aterm, 37-42 minggu) pada janin letak memanjang Presentasi belakang yang disusul dengan pengeluaran plasenta dan seluruh proses kelahiran ini berakhir dalam waktu kurang dari 24 jam tanpa Tindakan pertolongan bantuan dan tanpa komplikasi.

c. Persalinan anjuran (Induksi)

Persalinan anjuran adalah persalinan yang baru dapat berlangsung setelah pemulaannya dianjurkan dengan suatu perbuatan atau Tindakan, misalnya dengan pemecahan ketuban atau dengan memberikan suntikan oksitosin.

d. Persalinan Tindakan

Persalinan Tindakan adalah persalinan yang tidak dapat berjalan normal secara spontan atau tidak berjalan sendiri, oleh karena terdapat indikasi adanya penyulit persalinan dilakukan dengan memberikan tindakan menggunakan alat bantu (eka, 2019)

3. Sebab – Sebab Mulai Persalinan

Sebabnya belum diketahui dengan jelas. Banyak faktor yang memegang peranan dan bekerja sama sehingga terjadi persalinan, antara lain: (Maita Liva dkk, 2015;7)

a. Teori keregangan

Otot rahim mempunyai kemampuan untuk meregang dalam batas tertentu. Setelah melewati batas waktu tersebut terjadi kontraksi sehingga persalinan dapat dimulai. Keadaan uterus yang terus membesar dan menjadi tegang mengakibatkan iskemia otot-otot uterus.

b. Teori penurunan progesterone

Proses penebaran plasenta terjadi mulai umur kehamilan 28 minggu, dimana terjadi penimbunan jaringan ikat, pembuluh darah mengalami penyempitan dan buntu. Produksi progesterone mengalami penurunan, sehingga otot rahim lebih sensitif terhadap oksitosin. Akibatnya otot rahim mulai berkontraksi setelah tercapai penurunan progesterone tertentu.

c. Teori oksitosin

Oksitosin dikeluarkan oleh kelenjar kelenjar hipofisis pars posterior. Perubahan keseimbangan estrogen dan progesteron dapat mengubah sensitivitas otot rahim, sehingga sering terjadi kontraksi braxton hicks. Menurunnya konsentrasi progesterone akibat adanya kehamilan maka oksitosin dapat meningkatkan aktivitas, sehingga persalinan dimulai.

d. Teori prostaglandin

Konsentrasi prostaglandin meningkat sejak umur kehamilan 15 minggu, yang dikeluarkan oleh desidua. Pemberian prostaglandin pada saat hamil dapat menimbulkan kontraksi otot rahim sehingga hasil konsepsi dikeluarkan.

e. Hipotalamus-pituitari dan glandula suprarenalis

Teori ini menunjukkan pada kehamilan dengan anensefalus sering terjadi keterlambatan persalinan karena tidak terbentuk hipotalamus. Pemberian kortokosteroid yang dapat menyebabkan maturitas janin, induksi (mulainya) persalinan.

f. Teori Plasenta Menjadi Tua

Seiring matangnya usia kehamilan, villi chorialis dalam plasenta mengalami beberapa perubahan, hal ini menyebabkan turunnya kadar estrogen dan progesterone yang mengakibatkan tegangnya pembuluh darah sehingga akan menimbulkan kontraksi uterus.

4. Faktor – Faktor Penting Dalam Persalinan

Menurut mochtar (2012) faktor yang berperan dalam persalinan antara lain :

a. Jalan Lahir (passage).

Jalan lahir di bagi atas :

- 1) Bagian keras tulang – tulang panggul (rangka panggul).
- 2) Bagian lunak panggul.

Anatomi jalan lahir

- 1) Jalan lahir keras : pelvis/panggul Terdiri dari 4 buah tulang, yaitu :
 - a) Os.coxae, terdiri dari : os. Illium, os. Ischium, os.pubis
 - b) Os.sacrum : promontorium
 - c) Os.coccygis.

Tulang panggul di pisahkan oleh pintu atas panggul menjadi 2 bagian :

- a) Pelvis major : bagian di atas pintu atas panggul dan tidak berkaitan dengan persalinan.
 - b) Pelvis minor : menyerupai suatu saluran yang menyerupai sumbu melengkung ke depan.
- 2) Jalan lahir lunak : segmen bawah rahim, serviks, vagina, introitus vagina, dan vagina, muskulus dan ligamentum yang menyelubungi dinding dalam dan bawah panggul.
- 3) Bidang – bidang Hodge
- Adalah bidang semu sebagai pedoman untuk menentukan kemajuan persalinan, yaitu seberapa jauh penurunan kepala melalui pemeriksaan dalam.

Bidang hodge :

- a). Hodge I : promontorium pinggir atas simfisis.
- b). Hodge II : hodge I sejajar pinggir bawah simfisis
- c). Hodge III : hodge I sejajar ischiadika
- d). Hodge IV : hodge I sejajar ujung coccygeus

Ukuran – ukuran panggul :

- a). Distansia spinarium (24 – 26 cm)
- b). Distansia cristarium (28 – 30 cm)
- c). Conjugate externa (18 – 20 cm)
- d). Lingkar panggul (80-90 cm)
- e). Conjugate diagonalis (12,5 cm)

b. Passenger (janin dan plasenta)

1) Janin

Persalinan normal terjadi bila kondisi janin adalah letak bujur, presentasi belakang kepala, sikap fleksi dan tafsiran berat janin <4000 gram.

2) Plasenta

Plasenta berada di segmen atas rahim (tidak menghalangi jalan rahim). Dengan tuanya plasenta pada kehamilan yang bertambah tua maka menyebabkan turunya kadar estrogen dan progesterone sehingga menyebabkan kekejangan pembuluh darah, hal ini akan menimbulkan kontraksi.

c. Power (kekuatan)

Yaitu faktor kekuatan ibu yang mendorong janin keluar dalam persalinan adalah his (kontraksi otot rahim).

His yang normal mempunyai sifat :

- 1) Kontraksi dimulai dari salah satu tanduk rahim.
- 2) Fundal dominan, menjalar ke seluruh otot rahim.
- 3) Kekuatannya seperti memeras isi rahim dan otot rahim yang berkontraksi tidak kembali ke panjang semula sehingga terjadi refleksi dan pembentukan segmen bawah rahim.
- 4) Kontraksi otot dinding perut.
- 5) Kontraksi diafragma pelvis atau kekuatan mengejan.
- 6) Ketegangan dan kontraksi ligamentum.

5. Tanda – Tanda Persalinan

Menurut Manuaba (2010), tanda – tanda permulaan persalinan :

- a. Lightening atau settling atau dropping

Yaitu kepala turun memasuki pintu atas panggul terutama pada primigravida. Pada multipara tidak begitu kentara.

- b. Perut kelihatan lebih melebar, fundus uterus turun.

- c. Perasaan sering – sering atau susah kencing (polakisuria) karena kandung kemih tertekan oleh bagian terbawah janin.

- d. Perasaan sakit di perut dan di pegang tegang oleh adanya kontraksi. Kontraksi lemah di uterus, kadang – kadang di sebut “traise labor pains”.

- e. Serviks menjadi lembek, mulai mendatar dan sekresinya bertambah juga bercampur darah (bloody show)

- f. Tanda – tanda inpartu.

Menurut Mochtar (2012), tanda – tanda inpartu :

- a. Rasa sakit oleh adanya his yang datang lebih kuat, sering dan teratur.
- b. Keluar lender bercampur darah (show) yang lebih banyak karena robekan – robekan kecil pada serviks.
- c. Kadang – kadang ketuban pecah dengan sendirinya.
- d. Pada pemeriksaan dalam : serviks mendatar dan pembukaan telah ada.

6. Tanda Masuk dalam Persalinan

- a. Pinggang terasa sakit menjalar kedepan (nyeri sampan ari-ari atau perut),

Sifatnya his teratur, interval makin pendek, Kekuatannya makin kuat dan

terjadi perubahan servik

- b. Makin beraktifitas (berjalan) kekuatan makin bertambah.
- c. Lendir darah sering tampak dan penurunan bagian kepala janin.
- d. Pengeluaran lendir dan darah
- e. Dengan his persalinan, terjadi perubahan pada servik yang menimbulkan pendataran dan pembukaan serviks, Pembukaan menyebabkan lendir pada canalis servikalis lepas,terjadinya perdarahan kapiler karena kapiler pembuluh darah pecah.
- f. Pengeluaran cairan (air ketuban)
- g. Sebagian pasien mengeluarkan air ketuban akibat pecahnya selaput ketuban. jika ketuban sudah pecah maka di targetkan persalinan dapat berlangsung dalam 24 jam.

7. Mekanisme Persalinan Normal

Mekanisme Persalinan Normal Mekanisme persalinan normal adalah rangkaian gerakan anak pada persalinan melewati konfigurasi panggul ibu (Maita Liva dkk, 2015;166).

a. Engagement

Terjadi ketika diameter terbesar dari presentasi bagian janin (biasanya kepala) telah memasuki rongga panggul. Engagement telah terjadi ketika bagian terendah janin telah memasuki station nol atau lebih rendah. Pada nulipara, engagement sering terjadi sebelum awal persalinan. Namun, pada multipara dan beberapa nulipara, engagement tidak terjadi sampai setelah persalinan

dimulai (Cunningham et. al, 2013; McKinney, 2013).

b. Descent / Turunnya Kepala

Descent terjadi ketika bagian terbawah janin telah melewati panggul. Descent/ penurunan terjadi akibat tiga kekuatan yaitu tekanan dari cairan amnion, tekanan langsung kontraksi fundus pada janin dan kontraksi diafragma serta otot-otot abdomen ibu pada saat persalinan, dengan sumbu jalan lahir:

- 1) Sinklismus yaitu ketika sutura sagitalis sejajar dengan sumbu jalan lahir
- 2) Asinklismus anterior: Kepala janin mendekat ke arah promontorium sehingga os parietalis lebih rendah.
- 3) Asinklismus posterior: Kepala janin mendekat ke arah simfisis dan tertahan oleh simfisis pubis (Cunningham dkk, 2013; McKinney, 2013).

c. Fleksi (flexion): Segera setelah bagian terbawah janin yang turun tertahan oleh serviks, dinding panggul, atau dasar panggul, dalam keadaan normal fleksi terjadi dan dagu didekatkan ke arah dada janin. Fleksi ini disebabkan oleh:

- 1) Persendian leher, dapat berputar ke segala arah termasuk mengarah ke dada.
- 2) Letak leher bukan di garis tengah, tetapi ke arah tulang belakang sehingga kekuatan his dapat menimbulkan fleksi kepala.
- 3) Terjadi perubahan posisi tulang belakang janin yang lurus sehingga dagu lebih menempel pada tulang dada janin .
- 4) Kepala janin yang mencapai dasar panggul akan menerima tahanan sehingga memaksa kepala janin mengubah kedudukannya menjadi fleksi

untuk mencari lingkaran kecil yang akan melalui jalan lahir (Cunningham dkk, 2013; McKinney, 2013).

d. Putaran Paksi Dalam

Putaran paksi dalam (internal rotation): Putaran paksi dalam dimulai pada bidang setinggi spina ischiadika. Setiap kali terjadi kontraksi, kepala janin diarahkan ke bawah lengkung pubis dan kepala berputar saat mencapai otot panggul (Cunningham dkk, 2013; McKinney, 2013).

e. Ekstensi (extension)

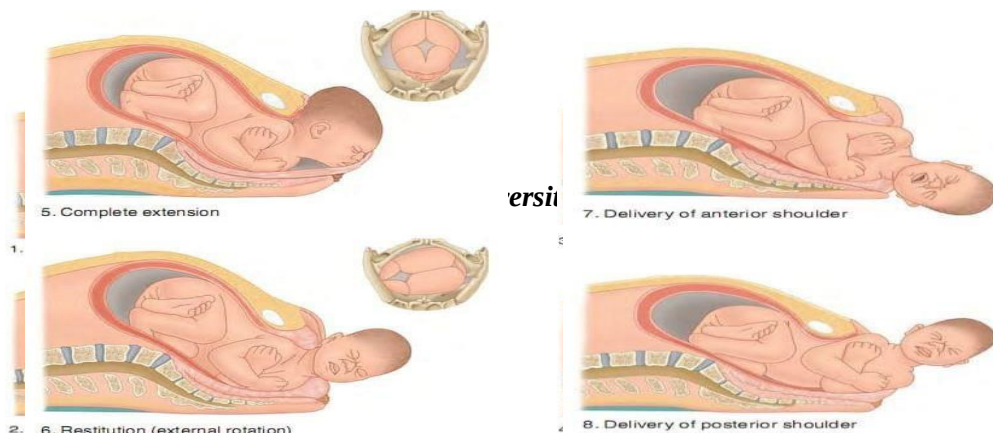
Saat kepala janin mencapai perineum, kepala akan defleksi ke arah anterior oleh perineum. Mula-mula oksiput melewati permukaan bawah simfisis pubis, kemudian kepala keluar mengikuti sumbu jalan lahir akibat ekstensi.

f. Putaran paksi luar (external rotation)

Putaran paksi luar terjadi ketika kepala lahir dengan oksiput anterior, bahu harus memutar secara internal sehingga sejajar dengan diameter anteroposterior panggul. Rotasi eksternal kepala menyertai rotasi internal bahu bayi.

g. Ekspulsi

Setelah bahu keluar, kepala dan bahu diangkat ke atas tulang pubis ibu dan badan bayi dikeluarkan dengan gerakan fleksi lateral ke arah simfisis pubis.



2.1 Gambar mekanisme persalinan

8. Tahap - tahap Persalinan

Tahap-tahap dalam persalinan di bagi pada 4 kala, yaitu :

a. Persalinan kala I

Menurut (Jannah,2015), persalinan kala I atau kala pembukaan berlangsung dari pembukaan (0 cm) sampai pembukaan lengkap (10 cm). Kala 1 untuk primigravida berlangsung 12 jam ,sedangkan multigravida sekitar 8 jam.

Menurut wiknjosasto, kala pembukaan di bagi atas 2 fase yaitu :

1) Fase laten

Pembukaan serviks berlangsung lambat, di mulai dari pembukaan 0 sampai pembukaan 3 cm, berlangsung kira – kira 8 jam.

2) Fase aktif

Dari pembukaan 3 cm sampai pembukaan 10 cm, berlangsung kira – kira 7 cm. Di bagi atas :

- a) Fase akselerasi : dalam waktu 2 jam, pembukaan 3 cm menjadi 4.
- b) Fase dilatasi maksimal : dalam waktu 2 jam pembukaan berlangsung sangat cepat, dari pembukaan 4 cm menjadi 9 cm
- c) Fase deselerasi : berlangsung lambat, dalam waktu 2 jam pembukaan jadi 10 cm.

Kontraksi menjadi lebih kuat dan sering pada fase aktif. Keadaan tersebut dapat dijumpai pada primigravida maupun multigravida, tetapi pada multigravida fase laten, fase aktif dan fase

deselerasi terjadi lebih pendek.

1) Primigravida

Osteum uteri internum akan membuka terlebih dahulu sehingga serviks akan mendatar dan menipis. Keadaan osteum uteri eksternal membuka, berlangsung kira – kira 13 – 14 jam.

2) Multigravida

Osteu uteri internum sudah membuka sedikit sehingga osteum uteri internum dan eksternum serta penipisan dan pendataran serviks terjadi dalam waktu yang bersama.

b. Kala II (pengeluaran)

Menurut winkjosastro (2017), di mulai dari pembukaan lengkap (10 cm) sampai bayi lahir. Pada primigravida berlangsung 2 jam dan pada multigravida berlangsung 1 jam.

Pada kala pengeluaran, his terkoordinir, kuat, cepat dan lebih lama, kira – kira 2 - 3 menit sekali. Kepala janin telah turun masuk ruang panggul sehingga terjadi tekanan pada otot – otot dasar panggul yang secara reflektoris menimbulkan rasa mencedan. Karena tekanan pada rectum, ibu merasa seperti mau buang air bersih, dengan tanda anus terbuka.

Pada waktu his, kepala janin mulai kelihatan, vulva membuka dan perineum meregang. Dengan his mencedan maksimal kepala janin di lahirkan dengan suboksiput di bawah simpisis dan dahi, muka, dagu melewati perineum. Setelah his istiadat sebentar, maka his akan mulai lagi untuk

mengeluarkan anggota badan bayi.

c. Kala III (pelepasan uri)

Kala III adalah waktu untuk pelepasan dan pengeluaran uri (mochtar, 2012). Di mulai segera setelah bayi baru lahir sampai lahirnya plasenta yang berlangsung tidak lebih dari 30 menit (saifudin, 2014)

Tanda dan gejala kala III, menurut Depkes RI (2017) tanda dan gejala kala III adalah : perubahan bentuk dan tinggi fundus uteri, tali pusat memanjang, semburan darah tiba – tiba.

Menurut Mochtar (2012) fase – fase dalam pengeluaran uri meliputi:

1) Fase pelepasan uri

Cara lepasnya uri ada beberapa macam, yaitu :

- a) Schultze : lepasnya seperti kita menutup payung , cara ini paling sering terjadi (80%). Yang lepas duluan adalah bagian tengah, kemudian seluruhnya.
- b) Duncan : lepasnya uri mulai dari pinggir, uri lahir akan mengalir keluar antara selaput ketuban pinggir plasenta.

2) Fase pengeluaran uri

Persat – perasat untuk mengetahui lepasnya uri, antara lain :

- a) Kustner, dengan meletakkan tangan disertai tekanan pada atas simfisis, tali pusat di tegangkan maka bila tali pusat masuk (belum lepas), jika diam atau maju (sudah lepas).
- b) Klein, saat ada his, rahim kita dorong sedikit, bila tali pusat kembali

(belum lepas), diam atau turun (sudah lepas).

- c) Strassman, tegangkan tali pusat dan ketok fundus bila tali pusat bergetar (belum lepas), tidak bergetar (sudah lepas), rahim menonjol di atas simfisis, tali pusat bertambah panjang, rahim bundar dan keras, keluar darah secara tiba – tiba.

d. Kala IV (observasi)

Menurut saifudin (2014), kala IV dimulai dari saat lahirnya plasenta sampai 2 jam pertama post partum. Observasi yang dilakukan pada kala IV adalah :

- 1) Tingkat kesadaran
- 2) Pemeriksaan tanda – tanda vital, tekanan darah, nadi dan pernafasan
- 3) Kontraksi uterus

Perdarahan : dikatakan normal jika tidak melebihi 500 cc.

9. Terapi komplementer asuhan kebidanan

a. Defenisi terapi komplementer

Terapi komplementer adalah cara pengobatan penyakit yang dilakukan sebagai pendukung pengobatan medis konvensional atau sebagai pengobatan pilihan lain di luar pengobatan medis konvensional. Menurut World Health Organization (WHO), pengobatan komplementer_ adalah pengobatan nonkonvensional yang bukan berasal dari negara yang bersangkutan, misalnya

jamu yang merupakan produk Indonesia dikategorikan sebagai pengobatan komplementer di Singapura. Di Indonesia, jamu dikategorikan sebagai pengobatan tradisional. Pengobatan tradisional yang dimaksud yaitu pengobatan yang digunakan secara berkelanjutan pada suatu negara. (Handayani et al., 2021)

Pelayanan kesehatan tradisional terapi komplementer adalah penerapan kesehatan tradisional yang memanfaatkan ilmu biomedis dan biokultural dalam penjelasannya serta manfaat dan keamanannya terbukti secara ilmiah. Terapi komplementer dikenal dengan terapi tradisional yang digabungkan dengan pengobatan modern. Komplementer adalah penerapan penggunaan terapi tradisional ke dalam pengobatan modern (Andrews, 1999). Terminologi ini dikenal sebagai terapi modalitas atau suatu aktivitas yang menambahkan pendekatan ortodoks dalam pelayanan kesehatan (Handayani et al., 2021).

b. Tujuan Pelayanan komplementer adalah

Terapi komplementer bertujuan untuk memperbaiki fungsi dari sistem tubuh, terutama sistem kekebalan dan pertahanan tubuh agar tubuh dapat menyembuhkan diri sendiri yang sedang sakit, karena tubuh sebenarnya mempunyai kemampuan untuk menyembuhkan diri sendiri, asalkan manusia mau mendengarkan dan memberikan respon dengan asupan nutrisi yang baik dan lengkap serta perawatan tepat. (Handayani et al., 2021)

c. Ciri Khas Pelayanan Komplementer

Pelayanan komplementer memiliki ciri khas sebagai berikut:

1) Konsep pelayanan kesehatan tradisional, meliputi:

- a) Ada gangguan kesehatan individu disebabkan oleh ketidakseimbangan unsur fisik, mental, spiritual, sosial dan budaya
- b) Manusia mempunyai kemampuan beradaptasi dan penyembuhan diri sendiri,.
- c) Penyehatan dilakukan dengan pendekatan holistik dan alamiah yang bertujuan untuk menyeimbangkan kembali antara kemampuan adaptasi dengan penyebab gangguan Kesehatan

2) Prosedur diagnosis

Prosedur diagnosis atau prosedur penerapan kondisi kesehatan individu artinya tata cara pemeriksaan pelayanan kesehatan tradisional dalam terapi komplementer didasarkan pada kemampuan wawancara, penglihatan (observasi), pendengaran, penciuman, dan perabaan serta dapat dibantu dengan alat dan teknologi yang bekerja sesuai dengan konsep kesehatan tradisional. Penetapan kondisi kesehatan individu atau diagnosis.

3) Penetapan kondisi kesehatan individu dilakukan berdasarkan kesimpulan yang diperoleh melalui prosedur penetapan kondisi kesehatan individu dan konsep emik, yaitu pernyataan kondisi kesehatan individu yang didasarkan pada pengalaman subjektif klien dan pandangan masyarakat terhadap

gangguan kesehatan tersebut

- 4) Tatalaksana pengobatan atau terapi. Pengobatan atau terapi dilakukan dengan menggunakan bahan alam, teknik manual, teknik olah pikir, dan teknik energi serta dapat menggunakan alat dan teknologi sesuai dengan ciri kesehatan tradisional.

Menurut Hitchcock (1999), terapi komplementer di bagi menjadi 2 yaitu invasif dan non invasif.

- 1) Invasif

Terapi komplementer ecara invasif yaitu terapi yang menggunakan akupuntur dan cupping (bekam basah) yang menggunakan jarum dalam pengobatannya.

- 2) Non-Invasif

Terapi komplementer non-invansif yaitu:

- a) Terapi energi (seperti reiki, chikung, tai chi, prana dan terapi suara;
- b) Terapi biologis seperti herbal, terapi nutrisi, terapi food combining, terapi jus, terapi urin, hidroterapi colon; dan
- c) Terapi sentuhan modalitas; akupresure, pijat , refleksi, reiki, rolfing dan terapi lainnya.

- d. Terapi komplementer asuhan kebidanan persalinan (Massage punggung)

Sentuhan merupakan metode_ yang digunakan secara umum dalam persalinan untuk membantu_ mengurangi rasa nyeri. Hal ini diyakini dapat merangsang pengeluaran hormone endorphin, mengurangi produksi hormon

catecholamine, dan merangsang hasil dari serabut saraf aferent dalam memblokir transmisi rangsang nyeri (gate control theory), sehingga membantu mengurangi nyeri persalinan.

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Puspitasari (2017) Dari 21 orang responden ada pengurangan nyeri dari nyeri berat menjadi nyeri sedang dan nyeri ringan. Sebelum dilakukan tehnik (57,1%) menjadi 1 responden (4,8%) yang mengalami nyeri berat setelah dilakukan teknik masase. Ini menunjukkan teknik masase cukup efektif untuk mengurangi nyeri persalinan secara statistik didapatkan $p= 0,000$, yang berarti ada pengaruh masase punggung terhadap pengurangan nyeri persalinan kala I fase aktif. Begitu juga dengan hasil penelitian Aryani (2015) didapatkan ibu bersalin yang dimasase punggung memiliki intensitas nyeri lebih rendah 29,62 poin dari pada ibu yang tidak di masase, nilai $p= 0,001$ yang berarti ada pengaruh masase pada punggung terhadap intensitas nyeri dan kadar endorkrin ibu bersalin kala I persalinan normal.

Teknik pemijatan ada dua yang dilakukan yaitu effluerage dan counterpressure. Effluerage adalah teknik pemijatan berupa usapan lembut, lambat, dan panjang atau tidak putus-putus. Teknik ini menimbulkan efek relaksasi. Dalam persalinan, effluerage dilakukan dengan menggunakan ujung jari yang ditekan lembut dan ringan. Lakukan usapan dengan ringan dan tanpa tekanan kuat dengan cara menggosokan lembut dengan kedua telapak tangan dan jari pada punggung ibu bersalin setinggi servikal 7 kearah luar

menuju sisi tulang rusuk selama 30 menit dengan frekuensi 40 kali gosokan permenit, tetapi usahakan ujung jari tidak lepas dari permukaan kulit.

Masase pada punggung merangsang titik tertentu disepanjang meridian medulla spinalis yang ditransmisikan melalui serabut saraf besar ke formatio retikularis, thalamus dan sistem limbic tubuh akan melepaskan endorfin. Endorfin adalah neurotransmitter atau neuromodulator yang menghambat pengiriman rangsang nyeri dengan menempel sebagian reseptor opiat pada saraf dan sumsum tulang belakang sehingga dapat memblok pesan nyeri ke pusat yang lebih tinggi dan dapat menurunkan sensasi. Mekanisme pijatan menggunakan teori pengendalian gerbang informasi nyeri yang bergantung pada keseimbangan aktifitas diserat saraf berdiameter besar dan kecil disepanjang spinal column yang dapat menghambat hantaran nyeri ke otak.

Counterpressure adalah pijatan tekanan kuat dengan cara meletakkan tumit tangan atau bagian datar dari tangan, atau juga menggunakan bola tenis pada daerah lumbal. Tekanan dapat diberikan dalam gerakan lurus atau lingkaran kecil. Teknik ini efektif menghilangkan sakit punggung akibat persalinan.

Namun perlu disadari bahwa ada ibu yang tidak biasa dipijat, bahkan disentuh saat mengalami kontraksi, hal ini disebabkan karena kontraksi sedemikian kuatnya sehingga ibu tidak sanggup lagi menerima rangsangan apapun pada tubuh. Bidan harus memahami hal ini dan menghormati keinginan ibu.

Menurut Danutamaja saat terjadi kontraksi pada persalinan maka terjadi didaerah punggung. Mengurangi rasa nyeri dengan teknik non- invasif adalah dengan metode masase, baik oleh petugas kesehatan, keluarga pasien, maupun pasien itu sendiri, tetapi kadang Kala metode masase yang dilakukan tidak pada tempatnya sehingga hasilnya tidak efisien_ ang tujuan utamanya adalah relaksasi. Masase pada punggung menstimulasi reseptor yang membuat ibu bersalin lebih nyaman karena terjadi relaksasi otot. (Puspitasari et al., 2017),

10. Langkah Asuhan Persalinan Normal (60 langkah APN)

- a. Melihat tanda dan gejala kala Dua
 - 1) Mengamati tanda dan gejala persalinan kala dua.
 - a) Ibu mempunyai keinginan untuk meneran
 - b) Ibu mempunyai tekanan yang semakin meningkat pada rektum dan atau vagina
 - c) Perineum menonjol
 - d) Vulva-vagina dan sfingter anal membuka
- b. Menyiapkan pertolongan persalinan
 - 2) Memastikan perlengkapan, bahan, dan obat-obatan esensial siap digunakan.
Mematahkan ampul okstosin 10 Unit dan menempatkan tabung suntik steril sekali pakai didalam partus set.
 - 3) Mengenakan baju penutup atau celemek plastik yang bersih.

- 4) Melepaskan semua perhiasan yang dipakai dibawah siku, memcuci 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) Menghisap oksitosin 10 unit kedalam tabung suntik (dengan memakai sarung tangan disinfeksi tingkat tinggi atau steril dan meletakan kembali dengan parts set/wadah disinfeksi tinkat tinggi atau steril tanpa mengkontaminasi tabung suntik).

c. Memastikan pembukaan lengkap dengan janin baik

- 7) Membersihkan vulva dan perineum, menyekanya dengan hati-hati dari depan kebelakang dengan menggunakan kapas atau kasa yang sudah dibasahi air disinfeksi tingkat tingi. Jika mulut vagina, perineum, atau anus terkontaminasi, oleh kotoran ibu, membersihkannya dengan seksama dengan cara menyeka dari depan ke belakang. Membuang kapas atau kasa yang terkontaminasi dalam wadah yang benar mengganti sarung tangan jika terkontaminasi (meletakan kedua sarung tangan tersebut dengan benar didalam larutan dekontaminasi, langkah 9).
- 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 didalam larutan klorin 0,5% kemudian melepaskannya dalam keadaan terbalik serta merendamnya didalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit. Mencuci kedua tangan (seperti diatas).

10) Memeriksa Denyut Jantung Janin (DJJ) setelah kontraksi berakhir untuk memastikan bahwa DJJ dalam batas normal (100-180 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 partograf.

d. Menyiapkan ibu dan keluarga untuk membantu proses pimpinan meneran

11) Memberitahu ibu pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik.

Membantu ibu berada dalam posisi yang nyaman sesuai dengan keinginannya

- a) Menunggu hingga ibu mempunyai keinginan ingin meneran, melanjutkan pemantauan kesehatan dan kenyamanan ibu serta janin sesuai dengan pedoman persalinan aktif dan mendokumentasikan temuan-temuan.

- b) Menjelaskan kepada anggota keluarga bagaimana mereka dapat mendukung dan memberi semangat kepada ibu saat ibu mulai meneran.

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 saat ibu mempunyai dorongan yang kuat.

Untuk meneran :

- a) Membimbing 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 di antara 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, ajurkan 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.

e. Persiapan Pertolongan Kelahiran Bayi

- 14) Jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5 – 6 cm, letakan handuk bersih di atas perut ibu untuk mengeringkan bayi.
- 15) Meletakkan kain yang bersih dilipat 1/3 bagian, di bawah bokong ibu.
- 16) Membuka partus set.
- 17) Memakai sarung tangan DTT atau steril pada kedua tangan.
- 18) Saat kepala bayi membuka vulva dengan diameter 5 – 6 cm, lindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi kain tadi, letakkan tangan yang lain di kepala bayi dan lakukan tekanan yang lembut dan tidak menghambat pada kepala bayi, melahirkan kepala keluar perlahan-lahan. Mengajarkan ibu untuk meneran perlahan-lahan atau bernapas cepat saat kepala lahir.
- 19) Dengan lembut menyeka muka, 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 ini terjadi, dan kemudian meneruskan segera proses kelahiran.
 - a) Jika tali pusat melilit leher janin dengan longgar, lepaskan lewat bagian atau kepala bayi.
 - b) Jika tali pusat melilit leher bayi dengan erat, mengklempnya di dua tempat dan memotongnya.
- 21) Menunggu hingga kepala bayi melakukan putaran paksi luar secara

spontan.

22) Setelah kepala melakukan putaran paksi luar, tempatkan kedua tangan di masing-masing sisi muka bayi. Menganjurkan ibu untuk meneran saat kontraksi berikutnya. Dengan lembut menariknya ke arah bawah 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.

23) 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.

24) Setelah tubuh dari 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 kaki.

f. Penanganan Bayi Baru Lahir

25) 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

- 26) Segera membungkus kepala dan badan bayi dengan handuk dan biarkan kontak kulit ibu – bayi. Lakukan penyuntikan oksitosin/ i.m. (lihat keterangan di bawah).
- 27) Menjepit tali pusat menggunakan klem kira-kira 3cm dari pusat bayi. Melakukan urutan pada tali pusat mulai dari klem ke arah ibu dan memasang klem ke 2cm dari klem pertama (kearah ibu).
- 28) Memegang tali pusat dengan satu tangan, melindungi bayi dari gunting dan memotong tali pusat diantara ke 2 klem tersebut.
- 29) 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.
- 30) Memberikan bayi kepada ibunya dan menganjurkan ibu untuk memeluk bayinya dan memulai pemberian ASI jika ibu menghendakinya.

g. Penanganan bayi baru lahir Oksitosin

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

h. Penanganan Tali Pusat Terkendali

34) Memindahkan klem pada tali pusat.

35) Meletakkan satu tangan di atas kain yang ada di perut ibu, tepat di atas tulang kubis, dan menggunakan tangan ini untuk melakukan palpasi kontraksi dan menstabilkan uterus. Memegang tali pusat dan klem dengan tangan yang lain.

36) Menunggu uterus berkontraksi dan kemudian melakukan penegangan ke arah bawah pada tali pusat dengan lembut. Lakukan tekanan yang berlawanan arah pada bagian bawah uterus dengan cara menekan uterus ke arah atas dan belakang (dorso kranial) dengan hati – hati untuk membantu mencegah terjadinya inversio uteri. Jika plasenta tidak lahir setelah 30 – 40 detik, hentikan penengangan tali pusat dan menunggu hingga kontraksi berikut mulai. Jika uterus tidak berkontraksi, meminta ibu atau seorang anggota keluarga untuk melakukan rangsangan puting susu.

i. Mengeluarkan Plasenta

37) 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 – 10cm dari kurva.

b) Jika plasenta tidak lepas setelah melakukan penegangan tali pusat selama 15 menit:

- c) Mengulangi pemberian oksitosin 10 unit I.M.
- d) Menilai kandung kemih dan dilakukan kateterisasi kandung kemih dengan menggunakan teknik aseptik jika perlu.
- e) Meminta keluarga untuk menyiapkan rujukan.
- f) Mengulangi penegangan tali pusat selama 15 menit berikutnya.
- g) Merujuk ibu jika plasenta tidak lahir dalam waktu 30 menit sejak kelahiran bayi.

38) Jika plasenta terlihat di introitus vagina, melanjutkan kelahiran plasenta dengan menggunakan kedua tangan. Memegang plasenta dengan dua tangan dan dengan hati – hati memutar plasenta hingga selaput ketuban terpilin. Dengan lembut perlahan melahirkan selaput ketuban tersebut.

Jika selaput ketuban robek, memakai sarung tangan disinfeksi tingkat tinggi atau steril dan memeriksa vagina dan serviks ibu dengan seksama. Menggunakan jari-jari tangan atau klem atau for seps thisinfeksi tingkat tinggi atau steril untuk melepaskan bagian selaput yang tertinggal.

39) Segera setelah plasenta dan selaput ketuban lahir, lakukan masase uterus, meletakkan telapak tangan di fundus dan melakukan masase secara palmar 15 kali 15 detik dengan gerakan melingkar dengan lembut hingga uterus berkontraksi (fundus menjadi keras).

j. Menilai Perdarahan

40) 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 di dalam kantung plastik atau tempat khusus.

Jika uterus tidak berkontraksi setelah melakukan masase selama 15 detik mengambil tindakan yang sesuai.

41) Mengevaluasi adanya laserasi pada vagina dan perineum dan segera menjahit laserasi yang mengalami perdarahan aktif.

k. Melakukan Prosedur Pasca Persalinan

42) Menilai ulang uterus dan memastikan kontraksi dengan baik.

43) Mencelupkan kedua tangan yang memakai sarung tangan kedalam 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.

44) Menempatkan klem tali pusat disinfeksi tingkat tinggi atau streil atau mengikat tali disinfeksi tingkat tinggi dengan simpul mati sekeliling tali pusat sekitar 1 meter dari pusat.

45) Mengikat satu lagi simpul mati di bagian pusat yang bersebrangan dengan simpul mati yang pertama.

46) Melepaskan klem bedah dan meletaknya kedalam larutan klorin 0,5%.

47) Menyelimuti kembali bayi dan menutupi bagian kepalanya.

Memastikan handuk atau kainnya bersih atau kering.

48) Mengajarkan ibu untuk memulai pemberian ASI

l. Evaluasi

- 49) Melanjutkan pantauan kontraksi uterus dan perdarahan pervaginam
- a) 1 – 3 kali dalam 15 menit pascapersalinan.
 - b) Setiap 15 menit pada 1 jam pertama pascapersalinan.
 - c) Setiap 30 menit pada jam kedua pascapersalinan.
 - d) Jika uterus tidak berkontraksi dengan baik, laksanakan perawatan yang sesuai untuk menatalaksana atonia uteri.
 - e) Jika ditentukan laserasi yang memerlukan penjahitan, lakukan penjahitan anestesi lokal dan menggunakan teknik yang sesuai.
- 50) Mengajarkan pada ibu/keluarga bagaimana melakukan masase uterus dan memeriksa kontraksi uterus.
- 51) Mengevaluasi kehilangan darah.
- 52) Memeriksa tekanan darah, nadi, dan keadaan kandung kemih setiap 15 menit dalam 1 jam pertama pasca persalinan dan setiap 30 menit.
- a) Memeriksa temperatur ibu sekali setiap jam selama 2 jam pertama pasca persalinan.
 - b) Melakukan tindakan yang sesuai untuk teman yang tidak normal.
- m. Kebersihan dan Keamanan
- 53) Menempatkan semua peralatan di dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit). Mencuci dan membilas peralatan setelah di kontaminasi.
- 54) Membuang bahan-bahan yang terkontaminasi ke dalam tempat sampah yang sesuai.

55) Membersihkan ibu dengan menggunakan air disinfeksi tingkat tinggi.

Membersihkannya cairan ketuban, lendir, dan darah. Membantu ibu memakai pakaian yang bersih dan kering.

56) Memastikan bahwa ibu nyaman. Membantu ibu memberikan ASI.

Mengajukan keluarga untuk memberikan ibu minuman dan makanan yang di inginkan.

57) Mendekontaminasi daerah yang digunakan untuk melahirkan dengan larutan klorin 0,5% dan membilas bayi dengan bersih.

58) Mencelupkan sarung tangan kotor ke dalam larutan klorin 0,5%, membalikan bagian dalam keluar dan merendamnya dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit.

59) Mencuci ke dua tangan dengan sabun dan air mengalir.

n. Dokumentasi

60) Melengkapi patrograf (halaman depan dan belakang).

11. Perubahan Psikologi Ibu Bersalin

Perubahan –perubahan psikologi ibu bersalin antara lain :

a. Pengalaman sebelumnya

Fokus wanita adalah pada dirinya sendiri dan fokus pada dirinya sendiri ini timbul ambivalensi mengenai kehamilan seiring usahanya menghadapi pengalaman yang buruk yang pernah ia alami sebelumnya, efek kehamilan terhadap kehidupannya kelak, tanggung jawab, yang baru atau tambahan yang

akan di tanggungnya, kecemasan yang berhubungan dengan kemampuannya untuk menjadi seorang ibu.

b. Kesiapan emosi

Tingkat emosi pada ibu bersalin cenderung kurang bisa terkendali yang diakibatkan oleh perubahan – perubahan yang terjadi pada dirinya sendiri serta pengaruh dari orang – orang terdekatnya, ibu bersalin biasanya lebih sensitive terhadap semua hal. Untuk dapat lebih tenang dan terkendali biasanya lebih sering bersosialisasi dengan sesama ibu – ibu hamil lainnya untuk saling tukar pengalaman dan pendapat.

c. Persiapan menghadapi persalinan (fisik, mental, materi dsb)

Biasanya ibu bersalin cenderung memiliki kekhawatiran menghadapi persalinan, antara lain dari segi materi apakah sudah siap untuk menghadapi kebutuhan dan penambahan tanggung jawab yang baru dengan adanya calon bayi yang akan lahir. Dari segi fisik dan mental yang berhubungan dengan risiko keselamatan ibu itu sendiri maupun bayi yang di kandungnya.

d. Support system

Peran serta orang – orang terdekat dan di cintai sangat besar pengaruhnya terhadap psikologi ibu bersalin biasanya sangat akan membutuhkan dorongan dan kasih sayang yang lebih dari seseorang yang di cintai untuk membantu kelancaran dan jiwa ibu itu sendiri.

12. Partograf

a. Defenisi

Partograf adalah alat bantu untuk memantau kemajuan kala 1 persalinan dan informasi untuk membuat keputusan klinik (Maita Liva dkk, 2015)

b. Tujuan utama dari partograf

- 1) Untuk mencatat hasil observasi dan kemajuan persalinan dengan menilai pembukaan serviks melalui pemeriksaan dalam.
- 2) Untuk mendeteksi apakah proses persalinan berjalan secara normal. Dengan demikian juga dapat mendeteksi secara dini terjadinya partus lama.
- 3) Sebagai data pelengkap yang terkait dengan pemantauan kondisi ibu, bayi, grafik kemajuan proses persalinan, pemeriksaan laboratorium, membuat keputusan klinik dan asuhan tindakan yang diberikan dimana semua itu dicatatkan secara rinci pada status atau rekam medic ibu bersalin dan bayi baru lahir.

c. Mencatat temuan pada partograf

- 1) DJJ

Dipantau setiap 30 menit

- 2) Warna dan adanya air ketuban

Nilai kondisi air ketuban setiap kali melakukan pemeriksaan dalam dan nilai warna air ketuban jika selaput ketuban pecah. (catat temuan-temuan dalam kotak yang sesuai dibawah lajur DJJ)

- U : Ketuban utuh (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
- K : Ketuban sudah pecah tapi air ketuban tidak mengalir lagi
(kering).

3) Molase

- 0 : Tulang - tulang kepala janin terpisah, sutura dengan mudah dapat dipalpasi
- 1 : Tulang - tulang kepala janin hanya saling bersentuhan
- 2 : Tulang-tulang kepala janin saling tumpang tindih tetapi masih dapat dipisahkan
- 3 : Tulang-tulang kepala janin tumpang tindih dan tidak dapat dipisahkan.

4) Pembukaan Serviks

Nilai dan catat pembukaan serviks setiap 4 jam. Saat ibu berada dalam fase aktif persalinan, catat pada partograf setiap temuan dari setiap pemeriksaan yang diberi tanda (X)

5) Penurunan bagian terbawah janin

Hasil pemeriksaan penurunan kepala yang menunjukkan seberapa jauh bagian terbawah janin telah memasuki rongga panggul. Penurunan kepala

mengacu pada bagian kepala yang teraba diatas symphysis pubis. Catat dengan tanda (0) pada setiap pemeriksaan dalam.

- 6) Jam dan waktu : Waktu dimulai fase aktif persalinan dibagian bawah partograf terletak kotak-kotak yang diberi angka 1-12, Waktu aktual saat pemeriksaan dilakukan.

- 7) Kontraksi uterus

Dibawah lajur waktu partograf, terdapat lima kotak dengan tulisan kontraksi per 10 menit disebelah luar kolom paling kiri. Setiap kotak menyatakan satu kontraksi. Setiap 30 menit, raba dan catat jumlah kontraksi yang terjadi dalam waktu 10 menit dengan cara mengisi kotak kontraksi yang tersedia dan disesuaikan dengan angka yang mencerminkan temuan dari hasil pemeriksaan kontraksi.

- a) Kontra
- b) ksi lemah jika < 20 detik
- c) Kontraksi sedang jika 20-40detik
- d) Kontraksi kuat jika > 40 detik

- 8) Obat – obatan dan cairan yang diberikan

Catat semua pemberian obat-obatan tambahan atau cairan berupa IV dalam kotak yang sesuai dengan kolom waktunya

- 9) Nadi dan tekanan darah

Nadi dihitung setiap 30 menit

- 10) Tekanan darah setiap 4jam

11) Temperature Dinilai setiap 2 jam

12) UrineVolume urine setiap kali ibu berkemih

PARTOGRAF

No. Register Nama Ibu/Bapak : / Umur : / GPA Hamil minggu

RS/Fasilitas/RR Masuk Tanggal : Pulut : WER

Ketuban Pecah sejak pukul WER Mules sejak pukul WER Alamat :

Derajat
Jantung 350
180
(x/menit)

200
190
180
170
160
150
140
130
120
110
100
90
80

air ketuban
persiapan

Indikator mules (x/menit)

10
9
8
7
6
5
4
3
2
1
0

WASPAKA
BERTINDAK

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16

Waktu
(Pukul)

Kontraksi
tiap
10 menit

< 20
20-40
40-60
60-100

5
4
3
2
1

80

Gambar 2.2 Halaman Depan Partograf

CATATAN PERSALINAN								
1. Tanggal :								
2. Nama Bidan :								
3. Tempat Persalinan : ☐ Rumah Ibu ☐ Puskesmas ☐ Polindes ☐ Rumah Sakit ☐ Klinik Swasta ☐ Lainnya :								
4. Alamat tempat persalinan :								
5. Catatan : ☐ Rujuk, kala I/II/III/IV								
6. Alasan merujuk :								
7. Tempat rujukan :								
8. Pendamping saat merujuk : ☐ Bidan ☐ Teman ☐ Suami ☐ Dukun ☐ Keluarga ☐ Tidak ada								
9. Masalah dalam kehamilan/persalinan ini : ☐ Gawat darurat ☐ Perdarahan ☐ HDK ☐ Infeksi ☐ PMTCT								
KALA I								
10. Partograf melewati garis waspada : Y / T								
11. Masalah lain, sebutkan :								
12. Penatalaksanaan masalah tsb :								
13. Hasilnya :								
KALA II								
14. Episiotomi : ☐ Ya, indikasi :								
☐ Tidak								
15. Pendamping pada saat persalinan : ☐ suami ☐ teman ☐ tidak ada ☐ keluarga ☐ dukun								
16. Gawat janin : ☐ Ya, tindakan yang dilakukan : a. b. ☐ Tidak ☐ Pemantauan DJJ setiap 5-10 menit selama kala II, hasil :								
17. Distosi bahu : ☐ Ya, tindakan yang dilakukan :								
☐ Tidak								
18. Masalah lain, penatalaksanaan masalah tsb dan hasilnya :								
KALA III								
19. Inisiasi Menyusu Dini : ☐ Ya ☐ Tidak, alasannya :								
20. Lama kala III : menit								
21. Pemberian Oksitosin 10IU IM? ☐ Ya, waktu : menit sesudah persalinan ☐ Tidak, alasan : Penjepitan tali pusat menit setelah bayi lahir								
22. Pemberian ulang Oksitosin (2x) ? ☐ Ya, alasan : ☐ Tidak								
23. Penegangan tali pusat terkendali ? ☐ Ya ☐ Tidak, alasan :								
24. Masase fundus uteri ? ☐ Ya ☐ Tidak, alasan :								
25. Plasenta lahir lengkap (intact) Ya / Tidak: Jika tidak lengkap, tindakan yang dilakukan : a. b.								
26. Plasenta tidak lahir >30 menit : ☐ Tidak ☐ Ya, tindakan :								
27. Laserasi : ☐ Ya, dimana :								
☐ Tidak								
28. Jika laserasi perineum, derajat : 1 / 2 / 3 / 4 Tindakan : ☐ Penjahitan, dengan / tanpa anastesi ☐ Tidak dijahit, alasan :								
29. Atonia uteri : ☐ Ya, tindakan :								
☐ Tidak								
30. Jumlah darah yang keluar/perdarahan ml								
31. Masalah dan penatalaksanaan masalah tersebut :								
Hasilnya :								
KALA IV								
32. Kondisi ibu KU: TD: mmHg Nadi: x/mnt Napas: /mnt								
33. Masalah dan penatalaksanaan masalah :								
BAYI BARU LAHIR								
34. Berat badan : gram								
35. Panjang badan : cm								
36. Jenis kelamin : L / P								
37. Penilaian bayi baru lahir : Baik / Ada penyulit								
38. Bayi lahir : ☐ Normal, tindakan: ☐ mengeringkan ☐ menghangatkan ☐ rangsang tali tali ☐ memastikan IMD atau nuri menyusu segera ☐ Asfiksia ringan/pucat/brufemas, tindakan : ☐ mengeringkan ☐ menghangatkan ☐ rangsang tali tali ☐ lainnya, sebutkan : ☐ bebaskan jalan napas ☐ palikan/selimut bayi dan tempatkan di sisi ibu ☐ Cacat bawaan, sebutkan :								
☐ Hipotermi, tindakan : a. b. c.								
39. Pemberian ASI setelah jam pertama bayi lahir ☐ Ya, waktu : jam setelah bayi lahir ☐ Tidak, alasan :								
40. Masalah lainnya, sebutkan :								
Hasilnya :								

Jam ke	Waktu	Tekanan Darah	Nadi	Suhu	Tinggi Fundus Uteri	Kontraksi Uterus	Kandung Kemih	Darah yg keluar
1								
2								

1.2. Partograf Halaman Belakang

Gambar 2.3 Halaman Belakang Partograf

C. Konsep Dasar Nifas

1. Pengertian Nifas

Masa nifas puerperium) adalah dimulai setelah kelahiran Plasenta dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil. Masa ni dimulai sejak 2 jam sampai kira-kira 6 minggu(42 hari).Masa peurperium adalah masa setelah partus dan berakhir setelah kira- kira 6 minggu (Pitriani Risa dkk, 2015).

2. Tujuan Asuhan Masa Nifas

- a. Menjaga kesehatan ibu dan bayinya, baik fisik maupun psikologis.
- b. Melaksanakan skrining dan yang komprehensif, mendeteksi masalah secara dini, mengobati atau merujuk bila terjadi komplikasi pada ibu maupunbayinya.
- c. Memberikan pendidikan kesehatan pada ibu tentang perawatan kesehatan diri, nutrisi, keluarga berencana, menyusui, pemberian imunisasi pada bayinya, dan perawatan bayi sehat.
- d. Memberikan pelayanan KeluargaBerencana.
- e. Memberikan kesehatan emosional pada ibu (Pitriani Risa dkk, 2015).

3. Tahapan Dalam Masa Nifas

- a. Puerperium Dini (immediate puerperium) :0-24 jam postpartum. Masa kepulihan, yaitu masa ketika ibu telah diperbolehkan berdiri dan berjalan-

jalan.

- b. Puerperium intermedial (early puerperium) : 1-7 haripostpartum. Masa kepulihan menyeluruh organ genetalia. Waktu yang dibutuhkan sekitar 6-8 minggu.
- c. Remote puerperium (later puerperium) : 1-6 minggu postpartum.

Waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna, terutama bila selama hamil atau pada saat persalinan mengalami komplikasi. Waktu untuk sechat sempurna ini bias berminggu-minggu, bulanan atau tahunan tergantung pada kondisi kesehatan dan gangguan kesehatan lainnya (Pitriani Risa dkk, 2015)

4. Program Kebijakan Masa Nifas

Kunjungan masa nifas paling sedikit dilaksanakan 4 x untuk menilai status ibu dan bayi baru lahir, untuk mencegah, mendeteksi dan menangani masalah yang terjadi, kunjungan dalam masa nifas antara lain :

- a. Kunjungan I (6-8 jam pasca persalinan) Tujuan:
 - 1) Mencegah pendarahan karena atonia uteri.
 - 2) Mendeteksi dan merawat penyebab lain pendarahan dan rujuk jika perdarahanberlanjut.
 - 3) Memberikan konseling bagaimana mencegah pendarahan karena atonia uteri.
 - 4) Pemberian ASI awal.
 - 5) Melakukan hubungan antara ibu dan bayi baru lahir.
 - 6) Menjaga bayi tetap sehat dan mencegah hipotermi.

- 7) 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 stabil.

b. Kunjungan II (6 hari post partum) Tujuan :

- 1) Memastikan involusi uterus berjalan normal, terus berkontraksi, fundus dibawah mbilikus, tidak ada perdarahan abnormal dan tidak ada bau.
- 2) Menilai adanya tanda demam, infeksi atau pendarahan abnormal.
- 3) Memastikan ibu mendapatkan cukup nutrisi, cairan dan istirahat.
- 4) Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak ada tanda penyulit.
- 5) Memberikan konseling pada ibu mengenai asuhan pada bayi : merawat tali pusat, menjaga bayi tetap hangat dan merawat bayi sehari – hari

c. Kunjungan II (2 minggu post partum)

Sama seperti diatas (6 hari setelah persalinan)

d. Kunjungan IV (6 minggu postpartum)

- 1) Menanyakan jika ada penyulit atau masalah
- 2) Memberikan konseling KB secara dini (Pitriani Risa dkk, 2015;8).

5. Perubahan Masa Nifas

a. Perubahan fisiologis

1) Uterus

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

uterus, Involusi terjadi karena : Autolysis, Atrofi Jaringan, Efek oksitosin (Bahiyatun, 2016).

Tabel 2.2
Involusi Uterus Pada Masa Nifas

Masa Involusi	TFU	Berat Uterus	Diameter Uterus	Palpasi Servik
Plasenta lahir	Setinggi Pusat	900 gr	12,5 cm	Lembut/lunak 2cm
1 minggu	Pertengahan antarapusat dan simfisis	450gr	7,5 cm	Cm
2 minggu	Tidak teraba	200 gr	5 cm	1 cm
6 minggu	Normal	60 gr	2,5 cm	Menyempit

2) Lochea

Ekskresi cairan rahim selama masa nifas yang mengandung darah dan sisa jaringan desidua yang nekrotik dari dalam uterus. Proses keluarnya darah nifas atau lochea terdiri dari 4 tahapan :

a) Lochea rubra/Merah (Kruenta)

Lochea ini muncul pada hari 1 sampai hari ke 3 masa post partum. Cairan yang keluar berwarna merah karena berisi darah segar, jaringan sisa-sisa plasenta, dinding rahim, lemak bayi, lanugo dan mekonium.

b) Lochea Sanguilenta

Lochea ini terjadi pada hari ke 4 sampai hari ke 7. bewarna merah kecoklatan dan berlendir.

c) Locheaserosa

Berwarna kuning kecoklatan karena mengandung serum, lekosit dan robekan plasenta muncul pada hari ke 7 sampai hari ke 14 post partum.

d) Lochea alba

Mengandung leukosit, sel desidua, sel epitel, selaput lendir serviks dan serabut jaringan yang mati. Berlangsung selama 2 sampai 6 minggu post partum (Bahiyatun, 2016).

3) Cervik dan Vagina

Serviks mengalami involusi bersama- sama dengan uterus. Warna serviks sendiri merah kehitam-hitaman karena penuh pembuluh darah. Konsistensinya lunak, kadang-kadang terdapat laserasi/perluasan kecil. Karena robekan kecil yang terjadi selama dilatasi, serviks tidak pernah kembali pada keadaan sebelum hamil.

Vulva dan vagina mengalami penekanan serta peregangan yang sangat besar selama proses persalinan dan akan kembali secara bertahap dalam 68 minggu post partum. Penurunan hormon estrogen pada masa post partum berperan dalam penipisan mukosa vagina dan hilangnya rugae. Rugae akan terlihat kembali sekitar minggu ke4 (Pitriani Risa dkk, 2015;62).

4) Saluran kencing

Hendaknya buang air kecil dapat dilakukan sendiri secepatnya. Kadang-kadang pada masa puerperium ibu sulit melakukan buang air kecil, karena spingter uretra ditekan oleh kepala janin dan spasme oleh iritasi muskulus spingter ani selama persalinan, juga oleh karena adanya edema kandung kemih yang terjadi selama persalinan (Pitriani Risa dkk, 2015;68).

5) Perubahan aktifitas endoktrin

Menurunnya estrogen menyebabkan prolaktin disekresikan dan merangsang puting susu. Hisapan bayi merangsang keluarnya oksitosin sehingga membantu uterus kembali ke bentuk normal dan pengeluaran air susu (Pitriani Risa dkk, 2015;74)

b. Perubahan Psikologi Masa Nifas

Menurut rubin perubahan psikologis yang dialami klien dalam periode post partum dapat berupa: (Pitriani Risa dkk, 2015;76).

1) Periode taking in

Merupakan periode ketergantungan yang berlangsung dari hari pertama sampai hari kedua post partum. Pada saat ini, fokus perhatian ibu terutama pada dirinya sendiri. Kelelahan membuat ibu cukup istirahat untuk mencegah gejala kurang tidur seperti mudah tersinggung. Hal ini membuat ibu cenderung menjadi pasif terhadap lingkungannya. Oleh karena itu kondisi ibu perlu dipahami dengan menjaga komunikasi yang baik.

2) Periode taking hold

Fase ini berlangsung antara 2- 7 hari setelah melahirkan. Pada fase taking hold, ibu merasa khawatir akan ketidakmampuan dan rasa tanggung jawabnya dalam merawat bayi. Oleh karena itu, ibu membutuhkan dukungan karena saat ini merupakan kesempatan yang baik untuk menerima berbagai penyuluhan dalam merawat diri dan bayinya sehingga tumbuh rasa percaya diri.

3) Periode letting go

Fase ini merupakan fase menerima tanggung jawab akan peran barunya yang berlangsung 7 hari setelah melahirkan. Ibu sudah menyesuaikan diri dengan ketergantungan bayinya. Keinginan untuk merawat diri dan bayinya meningkat pada fase ini.

c. Pemeriksaan Fisik Ibu Nifas

1) Keadaan Umum Ibu

Observasi tingkat energy dan keadaan emosi ibu

2) Tanda-tanda vital

a) Tekanan darah

Tekanan darah normal yaitu $< 140/90$ mmHg. Tekanan darah tersebut bisa meningkat dari pra persalinan pada 1-3 hari pos Partum. Setelah persalinan sebagian besar wanita mengalami peningkatan tekanan darah sementara waktu. Keadaan ini akan kembali normal selama beberapa hari. Bila tekanan darah menjadi rendah menunjukkan adanya

perdarahan post partum. Sebaliknya bila ekanan darah tinggi, merupakan petunjuk kemungkinan adanya pre-eklampsia yang bisa timbul pada masa nifas. Namun hal ini seperti itu jarang terjadi.

b) Suhu

Suhu tubuh normal yaitu kurang dari 38°C. Pada hari ke 4 setelah persalinan suhu ibu bisa naik sedikit kemungkinan disebabkan dari aktivitas payudara. Bila kenaikan mencapai lebih dari 38°C pada hari kedua sampai hari-hari berikutnya, harus diwaspadai adanya infeksi atau sepsis nifas.

c) Nadi

Nadi normal pada ibu nifas adalah 60-100. Denyut Nadi ibu akan melambat sampai sekitar 60 x/menit yakni pada waktu habis persalinan karena ibu dalam keadaan istirahat penuh. Ini terjadi utamanya pada minggu pertama post partum. Pada ibu yang nervus nadinya bisa cepat, kira-kira 110 x/mnt. Bisa juga terjadi gejala shock karena infeksi khususnya bila disertai peningkatan suhu tubuh.

d) Pernafasan

Pernafasan normal yaitu 20-30 x/menit. Pada umumnya respirasi lambat atau bahkan normal. Mengapa demikian, tidak lain karena ibu dalam keadaan pemulihan atau dalam kondisi istirahat. Bila ada respirasi cepat post partum (30 x/mnt) mungkin karena adanya ikutan dari tanda-tanda syok.

3) Payudara

Dalam melakukan pengkajian apakah terdapat benjolan, pembesaran kelenjar, dan bagaimanakah keadaan putting susu ibu apakah menonjol atau tidak, apakah payudara ibu ada bernanah atau tidak. Apakah produksi ASI sudah ada dan banyak. Jika produksi ASI belum banyak maka diajarkan melakukan pikat payudara.

4) Uterus

Apabila uterus awalnya berkontraksi dengan baik maka pada saat palpasi tidak akan tampak peningkatan aliran pengeluaran lochea. Bila sebelumnya kontraksi uterus tidak baik dan konsistensinya lunak, palpasi akan menyebabkan kontraksi yang akan mengeluarkan bekuan darah yang terakumulasi, aliran ini pada keadaan yang normal akan berkurang dan uterus menjadi keras.

a) Diastasis rectiea.

Kita melakukan pemeriksaan diastasis rectie yaitu tujuannya adalah untuk mengetahui apakah pelebaran otot perut normal atau tidak caranya yaitu dengan memasukkan kedua jari kita yaitu jari telunjuk dan jari tengah ke bagian dari diafragma dari perut ibu. Jika jari kita masuk dua jari berarti diastasis rectie ibu normal. Jika lebih dari dua jari berarti abnormal. Cara penanganan diastasis rectie adalah dengan operasi ringan (tometock).

b) Kandung Kemih

Jika kandung kemih ibu penuh, maka bantu ibu untuk mengosongkan kandung kemihnya dan anjurkan ibu agar tidak menahan apabila terasa BAK. Jika ibu tidak dapat berkemih dalam 6 jam post partum, bantu ibu dengan cara menyiramkan air hangat dan bersih ke vulva dan perineum ibu. Bila berbagai cara telah dilakukan namun ibu tetap tidak bisa berkemih, maka mungkin perlu dilakukan pemasangan kateterisasi. Setelah kandung kemih dikosongkan, maka lakukan massase pada fundus agar uterus berkontraksi dengan baik.

c) Ekstremitas Bawah

Pada pemeriksaan kaki apakah ada Varises, oedema, Reflek patella, nyeri tekan atau panas pada betis. Adanya tanda Homan, caranya dengan meletakkan I tangan pada lutut ibu dan dilakukan tekanan ringan agar lutut tetap lurus. Bila ibu merasakan nyeri pada betis dengan tindakan tersebut, tanda Homan (+) Genitalia

- (1) Periksa pengeluaran lochea, warna, bau dan jumlahnya
- (2) Hematom vulva (gumpalandarah)
- (3) Gejala yang paling jelas dan dapat diidentifikasi dengan inspeksi vagina dan serviks dengan cermat
- (4) Lihat kebersihan pada genitalia ibu
- (5) Ibu harus selalu menjaga kebersihan pada alat genitalianya karena pada masa nifas ini ibu sangat mudah sekali untuk terkena infeksi

d. Perineum

Pada pemeriksaan perineum sebaiknya ibu dalam posisi dengan kedua tungkai dilebarkan. saat melakukan pemeriksaan perineum periksalah Jahitan laserasinya Sebelum melakukan pemeriksaan jahitan laserasinya, terlebih dahulu bersihkan padabagian jahitan laserasi dengan kasa yang dikasih betadine supaya jahitan terlihat tampak lebih jelas Oedema atau tidak Hemoroid pada anus Hematoma (Pembengkakan jaringan yang isinya arah).

Lochea Mengalami perubahan karena proses involusi lochea rubra, serosa dan alba (Bahiyatun, 2016;103).

6. Pijat Payudara

1. Pengertian Pijat Payudara

Pijat payudara adalah teknik stimulasi manual pada payudara yang bertujuan untuk meningkatkan produksi ASI (Air Susu Ibu). Metode ini telah lama dikenal dan dipraktikkan oleh banyak ibu menyusui di seluruh dunia sebagai cara alami untuk mendukung kelancaran laktasi.

Selain meningkatkan produksi ASI, pijat payudara juga dapat membantu mengatasi berbagai masalah umum yang sering dialami ibu menyusui, seperti payudara bengkak (engorgement), saluran ASI tersumbat, dan mastitis (peradangan pada payudara).

Dengan teknik yang tepat, pijat payudara dapat menjadi solusi yang efektif dan nyaman untuk mendukung keberhasilan menyusui

2. Manfaat Pijat Payudara

Pijat payudara menawarkan berbagai manfaat signifikan bagi ibu menyusui:

1. Meningkatkan Produksi ASI: Stimulasi pada payudara membantu meningkatkan aliran darah dan merangsang kelenjar penghasil ASI.
2. Mengatasi Payudara Bengkak (Engorgement): Pijatan lembut membantu melancarkan aliran ASI dan mengurangi penumpukan yang menyebabkan nyeri dan ketidaknyamanan.
3. Mencegah dan Mengatasi Saluran ASI Tersumbat: Pijat membantu memecah sumbatan dan memastikan ASI mengalir lancar.
4. Mengurangi Risiko Mastitis: Dengan melancarkan aliran ASI, risiko infeksi dan peradangan pada payudara dapat diminimalkan.
5. Meningkatkan Kenyamanan: Pijat payudara dapat memberikan efek relaksasi dan mengurangi ketegangan pada otot-otot di sekitar payudara.

3. Waktu Pijat Payudara

Pijat payudara dapat dimulai sejak masa kehamilan, terutama pada trimester ketiga, sebagai persiapan untuk menyusui. Namun, konsultasikan terlebih dahulu dengan dokter atau bidan untuk memastikan tidak ada kontraindikasi, terutama jika memiliki riwayat persalinan prematur atau masalah kehamilan lainnya.

Setelah melahirkan, pijat payudara dapat dilakukan secara rutin,

terutama saat payudara terasa penuh atau tidak nyaman. Idealnya, pijat dilakukan sebelum atau sesudah menyusui atau pemerah ASI untuk memaksimalkan efeknya.

D. Konsep Dasar BBL

1. Pengertian Bayi Baru

Bayi baru lahir normal adalah bayi yang baru lahir pada usia kehamilan genap 37-41 minggu, dengan presentasi belakang kepala atau letak sungsang yang melewati vagina tanpa memakai alat. Neonatus adalah bayi baru lahir yang menyesuaikan diri dari kehidupan didalam uterus ke kehidupan di luar uterus.

Bayi baru lahir atau neonatus adalah masa kehidupan neonatus pertama di luar rahim sampai dengan usia 28 hari dimana terjadi perubahan yang sangat besar dari kehidupan di dalam rahim menjadi di luar rahim. Pada masa ini terjadi pematangan organ hampir di semua sistem (Cunningham, 2012). Neonatus adalah bayi berumur 0 (baru lahir) sampai dengan usia 28 hari. Neonatus dini adalah bayi berusia 0-7 hari. Neonatus lanjut adalah bayi berusia 8- 28 hari (Marmi, 2015).

2. Tanda-Tanda Bayi Lahir Normal

Bayi baru lahir dikatakan normal jika usia kehamilan aterm antara 37- 42 minggu, dengan berat badan 2500 gram – 4000 gram, panjang badan 48-52 cm, lingkar dada 30- 38 cm, lingkar kepala 33- 35 cm, lingkar lengan 11- 12 cm, frekuensi detak jantung 120-160 x permenit, pernafasan 40-60x permenit, kulit

kemerahan dan licin karena jaringan subkutan yang cukup, rambut lanugo tidak terlihat dan rambut kepala biasanya telah sempurna, gerakan aktif, bayi langsung menangis kuat, refleks rooting (mencari puting susu dengan rangsangan taktil pada pipi dan daerah mulut) sudah terbentuk dengan baik, refleks sucking (isap dan menelan) sudah terbentuk dengan baik, refleks morro (gerakan memeluk bila dikagetkan), ref 5 grasping (menggenggam) sudah baik, genetalia sudah terbentuk sempurna , pada laki- laki testis sudah turun ke skrotum dan penis berlubang, pada perempuan: Vagina dan uretra yang berlubang, serta labia mayora sudah menutupi labia minora, eliminasi baik, mekonium dalam 24 jam pertama, berwarna hitam kecoklatan.

3. Penilaian Terhadap Bayi Baru Lahir

Segera setelah lahir letakkan bayi diatas kain bersih dan kering yang disiapkan di atas perut ibu (bila tidak memungkinkan, letakkan di dekat ibu misalnya diantara kedua kaki ibu atau I sebelah ibu) pastikan area tersebut bersih dan kering, keringkan bayi terutama muka dan permukaan tubuh dengan kering, hangat dan bersih. Kemudian lakukan penilaian awal sebagai berikut:

- a. Apakah bayi cukup bulan/tidak
- b. Apakah air ketuban bercampur mekonium/tidak
- c. Apakah bayi menangis kuat dan/atau bernafas tanpa kesulitan
- d. Apakah bayi bergerak dengan aktif atau lemas Jika bayi tidak bernapas atau bernapas megap–megap atau lemah maka segera lakukan tindakan resusitasi

bayi baru lahir.

4. Pencegahan Kehilangan Panas

Mencegah terjadinya kehilangan panas melalui upaya sebagai berikut:

- a. Mengringkan bayi dengan seksama.
- b. Mengeringkan dengan cara menyeka tubuh bayi, juga memberikan rangsangan taktil untuk membantu bayi memulai pernapasannya
- c. Menyelimuti bayi dengan selimut menggunakan kain bersih dan hangat.
- d. Mengganti handuk atau kain yang telah basah oleh cairan ketuban dengan selimut atau kain yang baru dalam kondisi bersih, dan kering
- e. Menutupi bagian kepala bayi. Bagian kepala bayi memiliki luas permukaan yg relative luas maka bayi akan dengan cepat kehilangan panas jika bagian kepala tidak tertutup.
- f. Menganjurkan ibu untuk memeluk dan menyusui bayinya. Pelukan ibu pada tubuh bayi dapat menjaga kehangatan tubuh dan mencegah kehilangan panas. Sebaiknya pemberian ASI harus dimulai dalam waktu satu 1 jam pertama kelahiran
- g. Jangan segera memandikan bayi baru lahir

5. Mekanisme Kehilangan Panas Pada Bayi Baru Lahir

Kehilangan Panas Pada Bayi Terdiri Dari:

- a. Evaporasi

Penguapan cairan ketuban pada permukaan tubuh bayi, karena segera setelah

lahir tubuh bayi tidak segera dikeringkan.

b. Konduksi

Kehilangan panas tubuh melalui kontak langsung antara tubuh bayi dengan permukaan yang dingin, seperti: meja, tempat tidur, timbangan yang temperaturnya lebih rendah dari tubuh bayi, akan menyerap panas tubuh bayi bila bayi diletakkan di atas benda–benda tersebut.

c. Konveksi

Kehilangan panas tubuh terjadi saat bayi terpapar udara sekitar yang lebih dingin, Bayi yang dilahirkan atau ditempatkan ditempat ruangan dingin akan cepat mengalami kehilangan panas seperti kipas angin, hembusan udara melalui ventilasi, atau pendingin ruangan.

d. Radiasi

Kehilangan panas yang terjadi karena bayi ditempatkan di dekat benda–benda yang mempunyai suhu tubuh lebih rendah dari suhu tubuh bayi, karena benda–benda tersebut menyerap radiasi panas tubuh bayi (walaupun tidak bersentuhan secara langsung).

6. Penampilan Bayi Baru Lahir

Adapun penilaian penampilan pada bayi baru lahir yaitu:

- a. Kesadaran dan Reaksi terhadap sekeliling, rangsangan terhadap reaksi atau rayuan, rangsangan sakit, atau suara keras yang mengejutkan.
- b. Keaktifan, bayi normal melakukan gerakan-gerakan yang simetris pada waktu bangun. Adanya tremor pada bibir, kaki dan tangan pada waktu

menangis adalah hal yang normal, tetapi bila hal ini terjadi pada waktu tidur, kemungkinan gejala suatu kelainan yang perlu dilakukan pemeriksaan lebih lanjut

- c. Apakah secara keseluruhan badan proporsional apakah kepala terlihat simetris, apakah terdapat benjolan seperti tumor yang lunak dibelakang atas yang menyebabkan kepala tampak lebih panjang yang disebabkan akibat proses kelahiran, benjolan pada kepala tersebut hanya terdapat dibelahan kiri atau kanan saja, atau pada sisi kiri dan kanan tetapi tidak melampaui garis tengah bujur kepala, pengukuran lingkaran kepala dapat ditunda sampai kondisi Caput succedaneum dikepala hilang dan jika terjadi moulase, tunggu hingga kepala bayi kembali pada bentuknya semula.
- d. Wajah, yaitu melihat ada atau tidaknya molase, ada atau tidaknya caput succedaneum (edema pada kulit kepala, lunak tidak berfluktuasi, batasnya tidak tegas serta menybrangi sutura dan akan hilang dalam beberapa hari)
- e. Mata, yaitu memperhatikan antara kesimetrisan antara mata kanan dan mata kiri, perhatikan adanya tanda-tanda perdarahan berupa bercak merah yang akan menghilang dalam waktu 6 minggu
- f. Mulut, penampilannya harus simetris, mulut tidak mencucu seperti mulut ikan, tidak ada tanda kebiruan pada mulut bayi, saliva tidak terdapat pada bayi normal, bila terdapat secret yang berlebihan, kemungkinan ada kelainan bawaan pada saluran pencernaan
- g. Leher, dada, abdomen, melihat adanya cedera akibat persalinan dengan

memperhatikan ada tidaknya kelainan pada pernapasan bayi

- h. Punggung, melihat adanya benjolan pada tulang punggung dengan lekukan yang kurang sempurna seperti Bahu, tangan, sendi, tungkai perlu diperhatikan bentuk, gerakannya, memperhatikan bila ekstremitas lunglai/kurang gerak, fraktur pada bayi
- i. Kulit berwarna kemerahan, kadang-kadang didapatkan kulit yang mengelupas ringan, pengelupasan yang berlebihan harus dipikirkan kemungkinan adanya kelainan

7. Ketidaknyamanan Bayi Baru Lahir

Ada beberapa masalah yang sering terjadi pada bayi baru lahir yaitu :

a. Muntah

Keluar kembali sebagian besar atau seluruh isi lambung yang terjadi secara paksa melalui mulut, disertai kontraksi lambung dan abdomen. Penyebabnya karena kelainan konginetal saluran pencernaan atau teknik menyusui yang salah. Penatalaksanaannya dengan cara kaji faktore penyebab, perbaiki teknik menyusui, sendawakan bayi. Jika bayi sering mengalami muntah maka akan menyebabkan dehidrasi, asidosis, ketosis bahkan sampai syok.

b. Gumoh (Regurtasi)

Keluarnya kembali susu yang telah ditelan ketika atau beberapa saat setelah menyusui dan dalam jumlah hanya sedikit. Penyebabnya karena bayi sudah kenyang, bayi terlalu aktif, klep penutup lambung belum berfungsi sempurna, posisi anak/bayi saat menyusui yang tidak benar, dan fungsi peristaltik

yang belum sempurna. Penatalaksanaannya dengan cara memperbaiki teknik menyusui/ memberikan susu, sendawakan bayi, dan jangan langsung mengangkat bayi saat gumoh, bisa menyebabkan terjadinya aspirasi atau bayi tersedak.

c. Diare

Diare adalah buang air besar dengan frekuensi 3x atau lebih perhari, disertai perubahannya menjadi cair dengan atau tanpa lendir dan darah yang terjadi pada bayi dan anak yang sebelumnya tampak sehat. Penyebabnya karena bayi terkontaminasi feses ibu yang mengandung kuman patogen saat dilahirkan, infeksi ilang dari petugas kesehatan yang mengalami diare dan hygiene yang buruk, dot yang tidak disterilkan sebelum digunakan, dan lain-lain.

d. Saborrhea

Merupakan radang berupa sisik yang berlemak pada daerah yang memiliki banyak kelenjar sebacea, biasanya di daerah kepala. Hal ini terjadi karena disfungsi kelenjar sebacea, pengaruh hormon sisa kehamilan ibunya dan produksi sebum oleh kelenjar keringat yang berlebihan. Namun hal ini bisa dibersihkan dengan cara mengoleskan atau membasahi kerak dengan baby oil atau vaselin selama 24 jam, sesudah itu urut pelan-pelan kulit kepala yang berkerak itu dengan handuk lembut hingga kerak mengelupas. Lalu keluarkan kerak yang tersangkut dirambut dengan hati-hati atau menggunakan sikat rambut yang lembut, sisir yang halus atau kapas untuk menghindari iritasi pada kulit kepala bayi.

e. Bisulan

Suatu perdarahan pada kulit yang biasanya mengenai folikel rambut dan disebabkan oleh kuman staphylococcus berupa sekumpulan nanah yang telah terakumulasi didalamrongga jaringan setelah terinfeksi sesuatu. Hal ini terjadi karena kurang menjaga kebersihan pada bayi.

f. Miliriasis

Kelainan kulit yang ditandai dengan kemerahan disertai gelembung kecil berair yang timbul akibat keringat berlebihan dan sumbatan pada saluran kelenjar keringat.Penyebabnya ialah karena udara panas dan lembab dengan ventilasi udara yang kurang, pakaian yang terlalu ketat dan aktivitas yang berlebihan.Miliriasis bisa dihilangkan dengan cara melakukan perawatan kulit yang benar, member bedak salycil, hindari memberikan bedak pada saat kulit basah karena akan menambah pentumbatan keringat.

g. Bercak Mongol

Pigmentasi datar dan berwarna gelap di daerah pinggang bawah dan bokong yang ditemukan pada saat lahir pada beberapa bayi. Hal ini akan menghilang dengan sendirinya pada tahun pertama dan kedua kehidupan.

h. Hemangioma

Hemangioma merupakan tumor jaringan lunak yang terjadi akibat proliferasi dari pembuluh darah yg tidak normal dan dapat terjadi pada setiap jaringan pembuluh darah. Hemangioma terjadi karena adanya proliferasi (pertumbuhan yang berlebih) dari pembuluh darah yang tidak normal, dan bisa terjadi

disetiap jaringan pembuluhdarah. Hemangioma termasuk tumor jinak yang banyak terdapat pada bayi dan anak hal ini terjadi akibat mekanisme dari control pertumbuhan pembuluh darah.

i. Obstipasi

Penimbunan feses yang keras akibat adanya penyakit atau adanya obstruksi pada saluran cerna/ tidak ada pengeluaran tinja 3 hari atau lebih yang disebabkan oleh kebiasaan makan, hypothyroidisme, keadaan mental, penyakit organis, kelainan kongenital pada saluran cerna.

j. Oral Trush

Oral trush adalah kondisi selaput, lendir mulut, biasanya mukosa dan lidah, dan kadang-kadang pelatum, gusi serta lantai mulut yang disebabkan oleh infeksi jamur *Candida Albicans*. Penyakit ini di tandai dengan plak-plak putih dari bahan lembut menyerupai gumpulan susu yang dapat di kupas, yang meninggalkan permukaan perdarahan merah.

k. Diaper Rush (Ruam Popok)

Kelainan kulit yang disebabkan karena infeksi jamur golongan *Candida*, yang menyerang bagian tubuh bayi/anak balita yang tertutup popok yang selalu basah dan jarang diganti - area genitalia, lipat paha dan bokong. Kulit anak yang mengalami ruam popok ini cenderung terlihat kemerahan dan agak bersisik.

8. Reflek Pada Bayi Baru Lahir

- a. Refleks moro, reflek ini terjadi karena adanya reaksi miring terhadap rangsangan mendadak. Reflek ini dapat di munculkan dengan cara menggendong bayi dengan sudut 45° , lalu biarkan kepalanya turun sekitar 1-2 cm. Reflek ini simetris dan terjadi pada 8 minggu pertama setelah lahir.
- b. Refleks rooting, dalam memberikan reaksi terhadap belaian di pipi atau sisi mulut, bayi menoleh kearah sumber rangsangan dan membuka mulutnya siap untuk mengisap.
- c. Refleks mengedip atau reflexs mata, melindungi mata dari trauma.
- d. Refleks menggenggam, reflek ini di munculkan dengan menempatkan jari atau pensil atau pensil di dalam telapak tangan bayi, dan bayi akan menggenggamnya dengan erat.
- e. Refleks berjalan dan melangkah. Jika bayi di sangga pada posisi tegap dan kakinya mennyentuh permukaan yang rata, bayi akan terangsang untuk berjalan.
- f. Refleks leher tonik asimetris. Pada posisi terlentang, jika kepala bayi menoleh ke satu arah, lengan di sisi tersebut akan ekstensi sedangkan lengan sebelahnya fleksi. Jika di dudukkan tegak, kepala bayi pada awalnya akan terkulai ke belakang lalu bergerak ke kanan sesaat sebelum akhirnya menunduk ke depan.

9. Ciri – Ciri Bayi Baru Lahir Normal

Ciri - ciri Bayi Baru lahir normal adalah sebagai berikut :

- a. Berat badan 2.500-4000 gram.
- b. Panjang badan 48-52 cm.

- c. Lingkar dada 30-38 cm
- d. Lingkar kepala 33-35 cm.
- e. Frekuensi jantung 120-160 kali/menit
- f. Pemapasan 40-60 kali/menit,.
- g. Kulit kemerah-merahan dan licin karena jaringan subkutan cukup.
- h. Rambut lanugo tidak terlihat, rambut kepala biasanya telah sempurna.
- i. Kuku agak panjang dan lemas.
- j. Genitalia : pada perempuan labia mayora sudah menutupi labia minora, pada laki-laki testis sudah turun dan skrotum sudah ada.
- k. Reflex isap dan menelan sudah terbentuk dengan baik.
- l. Reflex moro atau gerak memeluk jika dikagetkan sudah baik.
- m. Reflex grasp atau menggenggam sudah baik.
- n. Eliminasi baik, mekonium keluar dalam 24 jam pertama, mekonium berwarna hitam kecoklatan

10. Perawatan bayi baru Lahir

Sebelum bayi lahir, perlengkapan di kamar bersalin harus diperiksa apakah sudah siap, apakah semua alat sudah lengkap, dan apakah tidak ada yang macet. Perlengkapan yang diperlukan di kamar bersalin, yaitu sebagai berikut.

- a. Meja tempat bayi yang lengkap dengan lampu 60 watt,
- b. Tabung oksigen dengan alat pemberi oksigen pada bayi.
- c. Untuk menjaga kemungkinan terjadinya asfiksia, perlu menyediakan alat resusitasi.

- d. Alat pemotong dan pengikat tali pusat dan obat antiseptic serta kain kassa steril untuk merawat tali pusat.
- e. Tanda pengenalan bayi yang sama dengan ibu.
- f. Tempat tidur bayi, pakaian bayi, thermometer.
- g. Lain-lain; kapas, kain kassa, baju steril, dan obat antiseptic yang akan dipakai sebelum menolong persalinan.
- h. Setelah bayi lahir, bayi segera dikeringkan, dibungkus dengan handuk kering, diletakkan di dada ibu untuk Inisiasi Menyusu Dini (IMD).
- i. Penilaian klinis bayi normal segera sesudah lahir bertujuan untuk mengetahui derajat vitalitas dan mengukur reaksi bayi terhadap tindakan resusitasi. Derajat vitalitas bayi adalah kemampuan sejumlah fungsi tubuh yang bersifat esensial dan kompleks untuk kelangsungan hidup bayi, seperti pemapasan, denyut jantung, sirkulasi darah, dan reflex primitive.
- j. Pada waktu lahir, bayi sangat aktif. Frekuensi jantung dalam menit-menit pertama kira-kira 180 kali/menit yang kemudian turun sampai 140kali/menit-120kali/menit pada waktu bayi berusia 30 menit.
- k. Evaluasi awal bayi baru lahir dilaksanakan segera setelah lahir (menit pertama) dengan menilai 2 indikator kesejahteraan bayi, yaitu pernapasan dan frekuensi jantung bayi. Pada menit pertama, bidan berpacu dengan waktu dalam melakukan pertolongan pada bayi dan ibunya sehingga dua aspek ini sangat mewakili kondisi umum bayi baru lahir.

11. Evaluasi Nilai APGAR

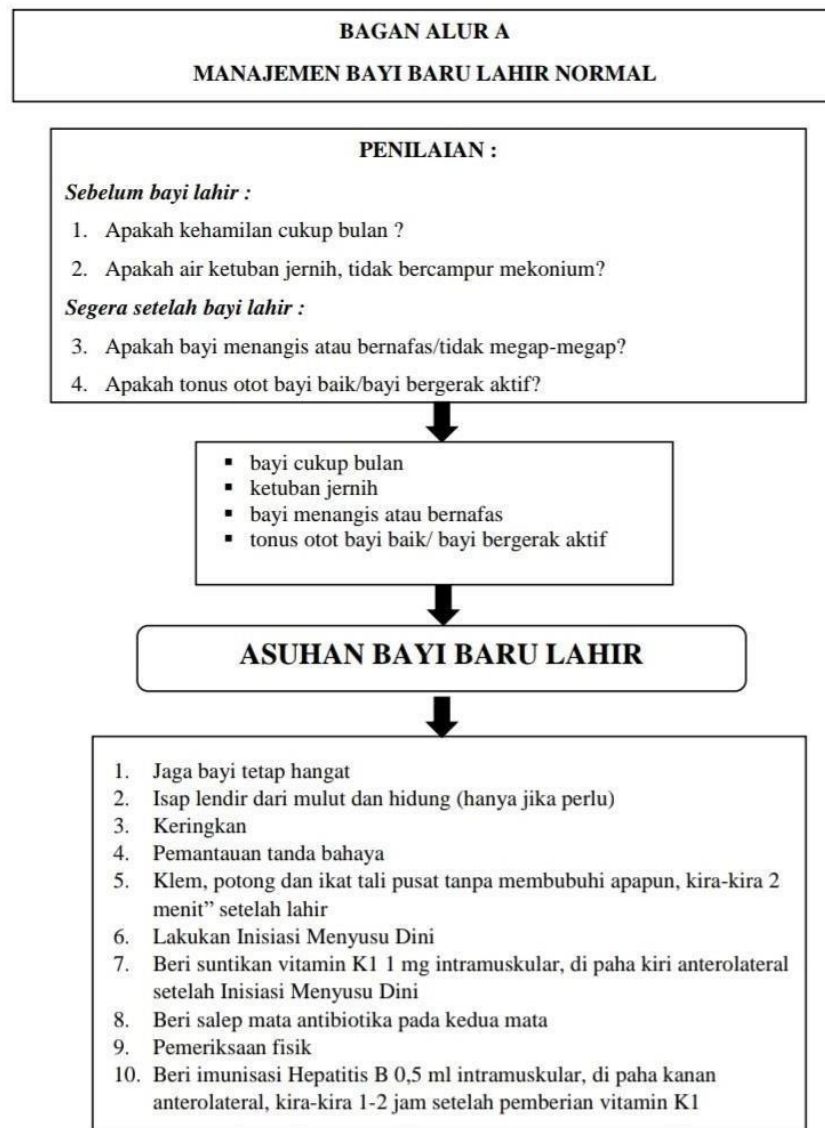
Pada tahun 1962, dr. Joseph Butterfield seorang ahli anak membuat akronim APGAR, yaitu Appearance (warna kulit), Pulse (denyut nadi), Grimace (respons reflex), Activity (tonus otot), Respiratory (pernapasan). Evaluasi nilai APGAR dilakukan mulai dari menit pertama sampai 5 menit. Masing-masing aspek dituliskan dalam skala skor 0- 2,

Tabel 2.3 APGAR SKOR

Aspek Pengamatan BBL	Skor 0	Skor 1	Skor 2
Appearance/ Warna kulit	Seluruh tubuh bayi berwarna kebiruan	Warna kulit tidak normal, tetapi tangan dan kaki kebiruan	Warna kulit seluruh tubuh normal
Pulse / denyut nadi	Denyut nadi tidak ada	Denyut Nadi <100 kali / menit	Denyut Nadi > 100 kali / menit
Grimace / respon Reflex	Tidak ada respon terhadap stimulasi	Wajah meringis saat distimulasi	Meringis, menarik, batuk, atau bersin saat di stimulasi
Activity / Tonus otot	Lemah , tidak ada gerakan	Lengan dan kaki dalam posisi fleksi dengan sedikit gerakan	Bergerak aktif dan spontan
Respiratory	Tidak bernafas, pernafasan lambat dan tidak teratur	Menangis lemah, terdengar seperti merintih	Menangis kuat, pernafasan baik dan teratur

Penilaian APGAR 5 menit pertama dilakukan saat kala I persalinan dengan menempatkan bayi baru lahir di atas perut ibu dan ditutupi dengan selimut atau handuk kering yang hangat.

12. Manajemen Bayi Baru Lahir Normal



Gambar 2.4

Bagan Alur Manajemen Bayi Baru Lahir Normal

*Sumber: Kesehatan RI (2010), Buku Saku Pelayanan Kesehatan Neonatal Esensial
Pedoman Teknis Pelayanan Kesehatan Dasar*

13. Pemotongan Tali Pusat

Pemotongan sampai denyut nadi tali pusat berhenti dapat dilakukan pada bayi normal, sedangkan pada bayi gawat (high-risk baby) perlu dilakukan pemotongan tali pusat secepat mungkin agar dapat dilakukan resusitasi sebaik-baiknya. Bahaya yang ditakutkan adalah bahaya infeksi. Untuk menghindari infeksi tali pusat yang dapat menyebabkan sepsis dan meningitis, gunting tali pusat harus benar-benar steril. Selanjutnya, tali pusat dirawat dalam keadaan steril/bersih dan kering.

Prosedur pemotongan tali pusat:

- a. Klem tali pusat dengan dua klem, pada titik kira-kira 2 atau 3 cm dari pangkal pusat bayi (beri jarak kira-kira 1 cm diantara 2 klem tersebut).
- b. Potong tali pusat diantara kedua klem sambil melindungi perut bayi dengan tangan kiri penolong.
- c. Pertahankan kebersihan pada saat pemotongan tali pusat, ganti sarung tangan jika ternyata sudah kotor. Potong tali pusat dengan menggunakan gunting steril.
- d. Ikat tali pusat dengan kuat atau gunakan penjepit khusus tali pusat.
- e. Periksa tali pusat setiap 15 menit. Apabila masih terjadi perdarahan, lakukan

pengikatan sekali lagi dengan ikatan yang lebih kuat.

- f. Pastikan dengan benar bahwa tidak ada perdarahan tali pusat. Perdarahan 30 ml pada bayi baru lahir setara dengan perdarahan 600 ml pada orang dewasa.
- g. Jangan mengoleskan salep atau zat apapun ke tempat tali pusat., Hindari juga pembungkusan tali pusat. Tali pusat yang tidak tertutup akan mongering dan puput lebih cepat dengan komplikasi yang lebih sedikit. Setelah dipotong, tali pusat diikat dengan kuat, menggunakan benang. Akan tetapi, dengan perkembangan teknologi, pengikatan tali pusat saat ini dilakukan dengan menggunakan penjepit satu kali pakai sampai tali pusat lepas. Penjepit ini biasanya terbuat dari plastic dan suda dalam keadaan steril dari pabrik. Pengikatan dilakukan pada jarak 2,5 cm dari umbilicus.

14. Manfaat Pemberian ASI Awal

Pemberian ASI awal dengan meletakkan bayi di dada ibu segera setelah lahir disebut Inisiasi Menyusu Dini (IMD). Beberapa penelitian membuktikan bahwa IMD menimbulkan banyak keuntungan untuk ibu dan bayi, yaitu :

- a. Mendekatkan hubungan batin antara ibu dan bayi karena pada IMD terjadi komunikasi batin yang sangat pribadi dan sensitive.
- b. Bayi akan mengenal ibunya lebih dini sehingga memperlancar proses laktasi.
- c. Suhu tubuh bayi stabil karena hipotermia telah dikoreksi panas tubuh ibunya.
- d. Reflex oksitosin ibu akan berfungsi secara maksimal.
- e. Mempercepat produksi ASI karena mendapat rangsangan isapan bayi lebih awal

15. Prosedure Pemberian ASI Awal

Prosedur dan gambaran proses IMD adalah sebagai berikut.

- a. Tempatkan bayi di atas perut ibu dalam 1 jam pertama tanpa pembatas kain diantara keduanya (skin to skin contact), lalu selimuti ibu dan bayi dengan selimut hangat. Posisikan bayi dalam keadaan tengkurap.
- b. Setelah bayi stabil dan mulai beradaptasi dengan lingkungan luar uterus, bayi mulai mencari puting susu ibu.
- c. Embusan angin dan panas tubuh ibu akan memancarkan bau payudara ibu dan dengan insting bayi akan mencari sumber bau tersebut.
- d. Dalam beberapa menit bayi akan merangkak ke atas dan mencari serta merangsang puting susu ibu, selanjutnya bayi mulai mengisap.
- e. Selama periode ini, tangan bayi akan memasase payudara ibu dan selama itu pula reflex pelepasan hormone oksitosin ibu akan terjadi.
- f. Selama prosedur ini, bidan tidak boleh meninggalkan ibu dan bayi sendirian. Tahap ini sangat penting karena bayi dalam kondisi siaga penuh, Bidan harus menunda untuk memandikan bayi, melakukan pemeriksaan fisik, atau prosedur lain.

16. Pemeriksaan Umum

- a. Pernapasan

Pernapasan bayi normal adalah 30 -60 kali/menit, tanpa retraksi dada dan tanpa suara merintih pada fase ekspirasi.

- b. Warna kulit

Warna kulit bayi normal adalah kemerahan, sedangkan bayi premature tampak lebih pucat

c. Denyut jantung

Denyut jantung normal bayi adalah 120-160 kali/menit, tetapi masih dianggap normal jika lebih dari 160 kali/menit.

d. Suhu aksila

Suhu bayi normal adalah 36,5°C

e. Postur dan gerakan

Postur normal bayi dalam keadaan istirahat adalah kepala tangan longgar, dengan lengan, panggul, dan lutut semifleksi.

f. Tali pusat

Tali pusat normal berwarna putih kebiruan pada hari pertama,. Tali pusat mulai kering, mengerut, dan akhirnya terlepas setelah 7-10 hari.

g. Berat badan

Beberapa hari setelah lahir, berat badan bayi akan turun sekitar 10% dari berat badan lahir. Pada hari ketiga setelah kelahiran, berat badan bayi akan naik kembali sampai akhir minggu pertama dan bertanya akan sama dengan berat badan lahir.

17. Pemeriksaan Fisik (Head to toe)

a. Kepala

Periksa ubun-ubun besar dan ubun-ubun kecil dengan cara palpasi untuk

mengetahui apakah ada sutura, mulase, kaput suksedanium, sefalhematoma, dan hidrosefalus. Pemeriksaan dilakukan dengan menilai lingkaran kepala. Lingkaran kepala lebih dari normal disebut mikrosefali dan biasanya ditemukan pada penyakit hidrosefalus, sedangkan lingkaran kepala kurang dari normal disebut mikrosefali. Dalam keadaan normal, ubun-ubun atau fontanel berbentuk datar. Ubun-ubun besar dan menonjol dapat ditemukan pada penyakit hidrosefalus, sedangkan lingkaran kepala kurang dari normal disebut mikrosefali. Dalam keadaan normal, ubun-ubun atau fontanel berbentuk datar. Ubun-ubun besar dan menonjol dapat ditemukan pada keadaan tekanan intrakranial yang tinggi. Ubun-ubun cekung dapat ditemukan pada kasus dehidrasi dan malnutrisi.

b. Wajah

Periksa tanda paralisis pada wajah bayi. Pemeriksaan ini dilakukan dengan menilai apakah wajah asimetris atau tidak. Wajah asimetris dapat disebabkan oleh adanya paralisis fasial. Pemeriksaan ini juga dapat menilai adanya pembengkakan wajah.

c. Mata

Periksa mata bayi dengan cara inspeksi untuk mengetahui ukuran, bentuk dan kesimetrisan mata, mata kotor atau tidak, kekeruhan kornea, katarak kongenital, mata keluar nanah, bengkak pada kelopak mata, dan perdarahan konjungtiva. Pemeriksaan mata ada beberapa bagian, yaitu sebagai berikut :

1) Pemeriksaan sklera bertujuan untuk menilai warna sklera, yang dalam

keadaan nora berwarna putih. Apabila ditemukan warna lain, kemungkinan ada indikasi penyakit. Pemeriksaan ini juga menilai kejernihan kornea. Apabila ada radang, kornea akan tampak keruh.

- 2) Pemeriksaan pupil. Secara normal, pupil berbentuk bulat dan simetris. Apabila diberikan sinar, pupil akan mengecil. Midriasis atau dilatasi pupil menunjukkan adanya rangsangan simpatis, sedangkan miosis menunjukkan keadaan pupil yang mengecil. Pupil yang berwarna putih menunjukkan kemungkinan adanya penyakit katarak.
- 3) Pemeriksaan jernih atau keruhnya lensa dilakukan untuk memeriksa adanya kemungkinan katarak. Lensa yang keruh dapat menjadi indikasi adanya kemungkinan katarak.
- 4) Pemeriksaan bola mata. Kondisi bola mata yang menonjol disebut eksoftalmus dan bola mata yang mengecil disebut enoftalmos. Strabismus atau juling merupakan sumbu visual yang tidak sejajar pada lapangan gerakan bola mata. Selain itu, terdapat nistagmus yaitu gerakan bola mata ritmik yang cepat dan horizontal

d. Telinga

Jumlah, posisi, dan kesimetrisan telinga dihubungkan dengan mata dan kepala serta ada tidaknya gangguan pendengaran. Periksa apakah telinga berada pada garis lurus dengan mata, sudut vertikal lebih besar daripada garis vertikal lurus, dan tidak miring. Pemeriksaan telinga bagian luar dapat dimulai dengan pemeriksaan daun telinga untuk menentukan bentuk, besar, dan posisinya

serta mengalami gangguan atau tidak.

e. Hidung

Periksa bentuk dan lebar hidung, pola nafas, dan kebersihan hidung. Pemeriksaan ini dilakukan dengan menilai adanya kelainan bentuk hidung dan menentukan ada tidaknya epistaksis. Periksa apakah ada pengeluaran atau tidak dari hidung dan apakah bayi bernapas atau bersin melalui hidung atau tidak. Jika tidak ada pengeluaran dari hidung atau bayi bernapas atau bersin tidak melalui hidung, dicurigai adanya atresia choanal. Pemeriksaan yang dapat digunakan adalah pemeriksaan rinoskopi anterior dan posterior.

f. Mulut

Pemeriksaan inspeksi mulut dilakukan untuk mengetahui bentuk dan kesimetrisan mulut, mukosa mulut kering/basah, memeriksa lidah dan palatum, ada bercak putih atau tidak pada gusi, refleks menghisap, kelainan, dan tanda abnormal lain. Pemeriksaan palpasi mulut bertujuan untuk mengetahui ada atau tidaknya labioskizis dan trismus (kesukaran membuka mulut dan keadaan bibir yang tidak simetris). Periksa apakah ada refleks mooring dan refleks sucking. Selanjutnya, dilakukan pemeriksaan gusi untuk memeriksa edema atau tanda radang. Pemeriksaan lidah bertujuan untuk menilai apakah terjadi kelainan kongenital atau tidak. Keadaan yang dapat ditemukan adalah makroglosia, makroglosia, dan glosoptosis. Makroglosia yaitu lidah yang terlalu besar. Makroglosia yaitu lidah yang terlalu kecil. Glosoptosis yaitu lidah tertarik kebelakang.

g. Leher

Periksa bentuk dan kesimetrisan leher, adanya pembengkakan/benjolan, kelainan tiroid atau adanya pembesaran kelenjar getah bening, dan tanda abnormal lain.

h. Klavikula dan lengan

Periksa adanya fraktur klavikula, gerakan, dan apakah ada kelainan.

i. Dada

Periksa bentuk dan kelainan dada, apakah ada kelainan bentuk atau tidak, apakah ada retraksi dinding dada atau tidak, dan gangguan pernapasan. Pernapasan yang normal pada bayi adalah 40-60 x/menit, denyut jantung 120-160 </menit. Pemeriksaan inspeksi payudara bertujuan untuk mengetahui apakah papila mammae normal, simetris, atau ada edema. Pemeriksaan palpasi payudara bertujuan untuk mengetahui apakah ada pengeluaran susu (witch's milk) pada bayi usia 0-1 minggu.

j. Abdomen

Periksa bentuk abdomen bayi. Apabila abdomen bayi cekung, kemungkinan terjadi hernia diafragmatika. Apabila abdomen bayi kembung, kemungkinan disebabkan oleh perforasi usus yang biasanya akibat ileus mekonium. Periksa apakah ada penonjolan di sekitar tali pusat pada saat bayi menangis, perdarahan tali pusat, jumlah pembuluh darah pada tali pusat bentuk dan kesimetrisan abdomen, dan kelainan lainnya

k. Genitalia

Pemeriksaan genitalia dilakukan untuk mengetahui :

- 1) Bayi laki-laki: panjang penis, testis sudah turun dan berada dalam skrotum, orifisium uretra di ujung penis, dan kelainan (fimosis hipospadia/epispadia).
- 2) Bayi perempuan: labia mayor dan labia minora, klitoris, orifisium vagina, orifisium uretra, sekret, dan kelainan. Perhatikan apakah ada pseudomenore (cairan kental berwarna keputihan) yang normal pada bayi perempuan.

l. Ekstremitas atas, bahu, dan lengan

Periksa gerakan, bentuk, dan kesimetrisan ekstremitas atas. Sentuh telapak tangan bayi dan hitung jumlah jari tangan bayi. Periksa dengan teliti jumlah jari tangan bayi, apakah terdapat polidaktili (ari yang lebih), sindaktili (jari yang kurang), atau normal. Periksa apakah bayi menggenggam tangan kita dengan kuat sehingga tubuh bayi dapat terangkat (refleks palmar grasping) dan kelainan lainnya.

m. Ekstremitas bawah, tungkai, dan kaki

Periksa apakah kedua kaki bayi sejajar dan normal. Periksa jumlah jari kaki bayi, apakah terdapat polidaktili, sindaktili, atau normal. Refleks plantar grasp dapat diperiksa dengan cara menggosokkan sesuatu di telapak kaki bayi dan jari-jari kaki bayi akan melekuk secara erat. Refleks Babinski ditunjukkan pada saat bagian samping telapak kaki bayi digosok dan jari-jari kaki bayi akan menyebar dan jempol kaki ekstensi.

n. Anus

Periksa apakah bayi mengeluarkan mekonium/feses yang berarti bahwa bayi memiliki lubang anus, Periksa juga posisi dan fungsi sfingter ani. Jika tidak ada mekonium, feses yang keluar, dicurigai adanya kelainan, seperti atresia ani, megakolon, dan kelainan lainnya.

o. Punggung

Pada saat bayi tengkurap, lihat dan raba kurvatura kolumna vertebralis untuk mengetahui adanya skoliosis, pembengkakan, spina bifida, mielomeningoel, dan kelainan lainnya.

p. Kulit

Kulit bayi kemerahan dan dilapisi verniks kaseosa yang melindungi kulit bayi yang terdiri atas campuran air dan minyak. Periksa apakah ada lanugo, edema, bercak, tanda lahir, dan memar. Kulit pucat menandakan anemia dan ada renjatan, kulit kuning menandakan inkompatibilitas antara darah ibu dan bayi dan sepsis, kulit biru menandakan asfiksia.

q. Refleks

Refleks Moro diperiksa dengan cara bertepuk tangan. Jika bayi terkejut, bayi membuka telapak tangannya seperti mengambil sesuatu. Periksa refleks mencari puting (rooting), refleks mengisap, refleks menggenggam (grasping), refleks tonic neck (saat kepala digerakkan ke samping, lengan pada sisi tersebut akan lurus dan lengan yang berlawanan akan menekuk)

r. Antropometri

Berat badan bayi yang normal adalah 2.500-4.000 g. Dalam minggu pertama,

berat badan bayi turun terlebih dahulu, kemudian naik kembali pada usia 2 minggu dan umumnya mencapai berat badan lahir. Penurunan berat badan maksimal pada bayi cukup bulan adalah 10% dan penurunan berat badan maksimal pada bayi kurang bulan adalah 15%. Panjang badan bayi normal adalah 48-52 cm, lingkaran kepala 33-37 cm, dan lingkaran dada 34-38 cm.

s. Eliminasi

Dalam waktu 24 jam, bayi mengeluarkan mekonium dan berkemih 20- 30 Cc urine per hari kemudian meningkat menjadi 100-200 cc/hari.

E. Konsep Dasar KB dan Kontrasepsi

1. Keluarga Berencana

a. Pengetian Keluarga Berencana

Menurut *World Health Organization*, Keluarga Berencana merupakan suatu tindakan yang dapat membantu individu maupun pasangan suami istri untuk dapat menghindari kelahiran yang tidak diinginkan, mendapatkan kelahiran yang diinginkan, mengatur interval jarak kelahiran, mengontrol waktu saat kelahiran dalam hubungan dengan suami istri, serta menentukan jumlah anak dalam keluarga (Sulistyawati, 2011).

Program KB juga merupakan suatu upaya untuk mengurangi kematian ibu dengan kondisi 4T, yaitu Terlalu muda (melahirkan di bawah usia 20 tahun), Terlalu tua (melahirkan di atas usia 35 tahun), Terlalu sering dan Terlalu dekat interval waktu melahirkannya, sehingga dinilai menjadi cara paling efektif untuk meningkatkan ketahanan, kesehatan dan keselamatan ibu

dan anak (Kemenkes RI, 2017).

Selain itu juga merupakan upaya untuk membentuk keluarga yang berkualitas dengan menetapkan usia kawin ideal, mengatur jumlah kehamilan, mengatur jarak kehamilan dan melahirkan, serta membina ketahanan serta kesejahteraan anak (BKKBN, 2018).

Peranan program KB ini sangat diperlukan untuk mencegah kehamilan yang tidak diinginkan, untuk *unsafe abortion* dan komplikasi yang pada akhirnya dapat mencegah kematian ibu. Hal ini dapat dicapai dengan pelayanan keluarga berencana, yang merupakan salah satu strategi untuk dapat mendukung percepatan penurunan angka kematian ibu dengan cara mengatur waktu, jarak, dan jumlah kehamilannya serta mencegah atau memperkecil kemungkinan seorang ibu hamil mengalami komplikasi yang dapat membahayakan jiwa maupun janin selama masa kehamilan, persalinan, dan nifas, juga mencegah atau memperkecil terjadinya komplikasi selama masa masa tersebut (Sulistyawati, 2011).

b. Sejarah Keluarga Berencana

Upaya keluarga berencana internasional diinisiasi oleh Margaret Sanger yang mendirikan International Planned Parenthood Federation (IPFF) pada tahun 1952, sedangkan di Indonesia dimulai dengan adanya usaha membatasi kelahiran. Pada tahun 1957 didirikan Perkumpulan Keluarga Berencana (PKB) Indonesia yang seluruh proses kegiatan pelayanannya masih sangat terbatas, hingga pada 17 Oktober 1968 dibentuk Lembaga

Keluarga Berencana Nasional (LKBN). LKBN ini dibentuk dan dikukuhkan sebagai lembaga semi pemerintah oleh Presiden Soeharto melalui Surat Keputusan No.36/KPTS/Kesra/X/1968, yang selanjutnya diubah melalui Kepres No.8 Tahun 1970 menjadi Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional (BKKBN). Pada perkembangannya, dengan diterbitkannya Undang-Undang No 52 Tahun 2009 tentang perkembangan kependudukan dan pembangunan keluarga, BKKBN diubah dari Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional menjadi Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional hingga saat ini.

c. Sasaran Program Keluarga Berencana

Sasaran dari program KB adalah PUS atau pasangan usia subur. Penentuan PUS sebagai sasaran KB ini bertujuan agar dapat mengatur jarak kelahiran dengan penggunaan kontrasepsi yang lama (Setiyaningrum dan Aziz, 2014).

d. Ruang Lingkup Keluarga Berencana

Dalam program KB, terdapat enam (6) ruang lingkup pelayanan yaitu Komunikasi Informasi dan Edukasi atau KIE, konseling, pelayanan kontrasepsi, pelayanan Infertilitas, pendidikan seks, konsultasi pranikah dan konsultasi perkawinan, serta konsultasi genetik (Handayani, 2010).

e. Strategi Program Keluarga Berencana

Menurut Pinem (2009), terdapat enam strategi program KB yang dapat dilakukan agar dapat meningkatkan kualitas pelayanannya yaitu :

- 1) Memperbanyak pilihan metode kontrasepsi
- 2) *Provider* atau pemberi pelayanan harus dapat memberikan informasi yang lengkap, rasional dan dapat dipahami oleh klien
- 3) Meningkatkan kemampuan teknik seluruh pemberi pelayanan atau *provider* melalui pelatihan secara *periodic*
- 4) Meningkatkan hubungan pribadi antara *provider* dan *client*
- 5) Kontinuitas pelayanan agar mendapatkan layanan yang terkontrol dan terjamin
- 6) Kecocokan dan penerimaan terhadap layanan sebaiknya dirancang dengan mempertimbangkan kebutuhan klien.

f. Hambatan Program Keluarga Berencana

Namun dalam pelaksanaannya di lapangan seringkali terdapat beberapa hambatan. Pinem (2009) menyebutkan setidaknya terdapat 6 faktor yang dapat menurunkan kualitas pelayanan program KB yaitu :

- 1) Pelayanan KB yang kurang berkualitas dapat menyebabkan peserta KB enggan untuk ber KB. Pelayanan yang dimaksud ini mencakup ketidakcocokan terhadap kontrasepsi, persepsi serta stigma rasa sakit saat memakai kontrasepsi, ketidaknyamanan saat memakai kontrasepsi, kegagalan pelayanan kontrasepsi, maupun faktor keramahan *provider* yang terlibat.
- 2) Ketersediaan alat kontrasepsi.

Ketersediaan alat kontrasepsi ini sangatlah penting untuk dapat

menunjang keberhasilan program keluarga berencana. Dengan variatifnya ketersediaan alat kontrasepsi maka calon akseptor dapat memilih alat ataupun obat kontrasepsi sesuai keinginannya. Akibatnya *drop out* maupun kegagalan kontrasepsi bisa lebih diminimalisir.

3) **Konseling dan KIE.**

Penyampaian KIE yang baik mengenai pilihan alat kontrasepsi efektif dan efisien akan memberikan kebebasan kepada calon peserta KB untuk memilih kontrasepsi yang diinginkan dengan berbagai pertimbangan yang rasional.

4) **Budaya.**

Budaya merupakan salah satu alasan kuat dan mendasar bagi beberapa PUS untuk tidak mengikuti program KB. Beberapa daerah dengan adat istiadat dan budaya yang kuat masih memegang teguh bahwa banyak anak akan mendatangkan banyak rezeki, serta beberapa adat lainnya mengharuskan dalam satu keluarga memiliki anak laki laki atau perempuan dengan jumlah yang sudah ditentukan.

5) **Kelompok wanita yang sudah tidak ingin anak lagi tetapi enggan menggunakan alat kontrasepsi.** Penyebabnya antara lain berkaitan dengan masalah keuangan, aspek kejiwaan, medis, waktu, biaya, resiko kesehatan, serta hambatan sosial.

6) **Kelompok *Hardcore*.**

Kelompok ini merupakan kelompok wanita yang dengan tegas tidak mau

menggunakan alat kontrasepsi baik untuk saat ini maupun untuk waktu yang akan datang. Kelompok ini harus didekati dengan melakukan KIE khusus.

g. Akseptor Keluarga Berencana

Menurut BKKBN (2007) berdasarkan status pemakaiannya, terdapat enam jenis akseptor KB yaitu :

1) Akseptor aktif

Akseptor aktif adalah Akseptor yang saat ini sedang menggunakan salah satu obat atau alat kontrasepsi untuk menjarangkan kehamilan ataupun mengakhiri kesuburan.

2) Akseptor aktif kembali

Akseptor aktif kembali adalah pasangan usia subur atau PUS yang telah menggunakan kontrasepsi selama tiga bulan atau lebih yang tidak diselingi suatu kehamilan, dan kembali menggunakan alat/obat kontrasepsi (baik dengan cara sama maupun berganti) setelah berhenti atau istirahat kurang lebih selama tiga bulan berturut-turut dan bukan karena hamil

3) Akseptor KB baru

Akseptor KB baru adalah Akseptor yang baru pertama kali menggunakan alat atau obat kontrasepsi ataupun pasangan usia subur yang kembali menggunakan alat kontrasepsi setelah melahirkan atau abortus.

4) Akseptor KB dini

Akseptor KB dini merupakan para ibu yang menerima salah satu cara kontrasepsi dalam waktu dua minggu setelah melahirkan atau abortus

5) Akseptor KB langsung

Akseptor KB langsung merupakan para istri yang memakai salah satu cara kontrasepsi dalam waktu 40 hari setelah melahirkan atau abortus

6) Akseptor KB *drop out*

Akseptor KB *drop out* adalah Akseptor yang menghentikan pemakaian kontrasepsi lebih dari tiga bulan.

2. KONTRASEPSI

a. Pengertian Kontrasepsi

Kontrasepsi merupakan komponen penting dalam pelayanan Kesehatan reproduksi sehingga dapat mengurangi risiko kematian dan kesakitan dalam kehamilan. Kontrasepsi adalah upaya untuk mencegah terjadinya kehamilan (BKKBN, 2013).

Kontrasepsi berasal dari kata kontra yang berarti mencegah atau melawan, sedangkan konsepsi berarti pertemuan antara sel telur yang matang dan sel sperma yang menyebabkan kehamilan. Maksud dari kontrasepsi_ adalah untuk menghindari atau untuk mencegah terjadinya kehamilan sebagai akibat dari pertemuan antara sel telur yang matang dengan sel sperma. Sejak pada jaman dahulu, di Indonesia pasangan usia subur sudah menggunakan obat dan jamu yang maksudnya adalah untuk mencegah kehamilan. Keluarga berencana modern ini di Indonesia sudah dikenal sejak

pada tahun 1953. Pada waktu itu sekelompok ahli kesehatan, kebidanan, dan para tokoh masyarakat yang telah mulai membantu masyarakat memecahkan masalah-masalah dalam pertumbuhan penduduk (Sarsanto, 2007).

b. Tujuan Kontrasepsi

Secara umum tujuan pemakaian alat kontrasepsi ini adalah diupayakan untuk menyelamatkan ibu dan anak akibat dilahirkan pada usia muda dan dalam rangka merencanakan pembentukan keluarga kecil, bahagia sejahtera, hal ini terbagi atas tiga masa usia produksi: pertama, untuk masa menunda kehamilan bagi pasangan usia subur (PUS) dengan istri usia dibawah 20 tahun dianjurkan untuk menunda kehamilan. Kedua, masa menjarangkan kehamilan periode istri usia 20 sampai 35 tahun merupakan usia paling baik untuk melahirkan dengan jumlah anak 2 orang dengan jarak kelahiran 3 sampai 4 tahun. Ketiga, masa untuk mengakhiri setelah memiliki 2 orang anak atau lebih (Sarsanto, 2007).

c. Pemilihan Kontrasepsi

Pemilihan kontrasepsi menentukan alat atau obat yang digunakan untuk mencegah atau menghindari terjadinya kehamilan sebagai akibat pertemuan antara sel telur yang matang dengan sel sperma yang baik yang bersifat sementara maupun bersifat permanent (Prawirohardjo, 2005). Pemilihan kontrasepsi (PK) merupakan salah satu komponen dalam pelayanan kependudukan dan KB. Selain Pelayanan Kontrasepsi (PK) juga terdapat

komponen pelayanan kependudukan/KB lainnya seperti komunikasi dan edukasi (KIE), konseling, pelayanan infertilitas, pendidikan seks (*Sex Education*), konsultan pra-perkawinan dan konsultasi perkawinan, konsultasi genetik, tes keganasan dan adopsi. Tidak ada satupun metode kontrasepsi yang aman dan efektif bagi semua klien karena masing-masing mempunyai kesesuaian dan kecocokan individual bagi setiap klien.

Namun secara umum persyaratan metode kontrasepsi ideal adalah sebagai berikut (Prawirohardjo, 2005):

- 1) Aman, artinya tidak akan menimbulkan komplikasi berat jika digunakan.
- 2) Berdaya guna, dalam arti jika digunakan sesuai dengan aturan akan dapat mencegah kehamilan. Kontrasepsi diantaranya adalah keefektifan teoritis, keefektifan praktis, dan keefektifan biaya. Keefektifan teoritis (*theoretical effectiveness*) yaitu kemampuan dari suatu cara kontrasepsi untuk mengurangi terjadinya kehamilan yang tidak diinginkan, apabila cara tersebut digunakan terus menerus sesuai dengan petunjuk yang diberikan tanpa kelalaian, sedangkan keefektifan praktis (*use effectiveness*) adalah keefektifan yang terlihat dalam kenyataan di lapangan setelah pemakaian jumlah besar, meliputi segala sesuatu yang mempengaruhi pemakaian seperti kesalahan, penghentian, kelalaian dan lain-lain.
- 3) Dapat diterima, bukan hanya oleh klien melainkan juga oleh lingkungan budaya di masyarakat. Ada dua macam penerimaan terhadap kontrasepsi yakni penerimaan awal (*initial acceptability*) dan penerimaan lanjut

(*continued acceptability*). Penerimaan awal tergantung pada bagaimana motivasi dan persuasi yang diberikan oleh petugas KB. Penerimaan lanjut dipengaruhi oleh banyak faktor seperti umur, motivasi, budaya, sosial ekonomi, agama, sifat yang ada pada KB dan faktor daerah (desa/kota).

- 4) Terjangkau harganya oleh masyarakat.
- 5) Bila metode tersebut dihentikan penggunaannya, klien akan segera kembali kesuburannya, kecuali untuk kontrasepsi mantap (Prawirohardjo, 2005).

d. Macam – Macam Kontrasepsi

1) Metode Kontrasepsi Sederhana

Metode kontrasepsi sederhana terdiri dari 2 yaitu metode yaitu metode sederhana tanpa alat dan metode kontrasepsi dengan alat. Metode kontrasepsi tanpa alat antara lain :

a) Metode Amenorrhoe Laktasi (MAL),

MAL adalah kontrasepsi yang mengandalkan pemberian Air Susu Ibu (ASI) tanpa tambahan makanan ataupun minuman apapun yang lainnya. Selama tiga bulan setelah melahirkan saat bayi hanya minum ASI (Air Susu Ibu) dan menstruasi belum terjadi, otomatis tidak akan terjadi kehamilan. Tapi jika ibu hanya menyusui kurang dari 6 jam perhari, kemungkinan terjadi kehamilan cukup besar.

b) Couitus Interruptus,

Coitus Interruptus (senggama terputus) : ejakulasi diluar vagina. Factor kegagalan biasanya terjadi karena ada sperma yang sudah keluar sebelum ejakulasi, orgasme berulang atau terlambat menarik penis keluar.

- c) Metode Kalender (pantang berkala) : tidak melakukan senggama pada masa subur, perlu kedisiplinan dan pengertian antara suami istri karena sperma maupun sel telur (ovum) mampu bertahan hidup sampai dengan 48 jam setelah ejakulasi. Faktor kegagalan karena salah menghitung masa subur (saat ovulasi) atau siklus haid tidak teratur sehingga perhitungan tidak akurat. Sedangkan metode kontrasepsi sederhana dengan alat yaitu :

- a) Kondom, terbuat dari latex. Terdapat kondom untuk pria maupun wanita serta berfungsi sebagai pemblokir sperma. Kegagalan pada umumnya karena kondom tidak dipasang sejak permulaan senggama atau terlambat menarik penis setelah ejakulasi sehingga kondom terlepas dan cairan sperma tumpah dalam vagina

- b) Diafragma :

Lingkaran cincin dilapisi karet fleksibel ini akan menutup mulut Rahim bila dipasang dalam liang vagina dalam 6 jam sebelum senggama. Efektifitasnya sangat kecil, karena itu harus digunakan bersama spermatisida untuk mencapai efektifitas 80%.

- c) Cup serviks

- (1) Pengertian

Kap serviks merupakan jenis alat kontrasepsi, kap serviks digunakan dengan cara memasukannya ke dalam vagina sehingga menutupi seluruh bagian serviks dan akan mencegah masuknya sperma pada bagian serviks, sehingga tidak akan terjadi pembuahan. Kap serviks juga aman untuk ibu menyusui, karena tidak mengandung hormon apapun yang bisa mempengaruhi produksi ASI sehingga mungkin bisa menjadi pertimbangan untuk Anda yang sedang menyusui. Kap serviks akan lebih efektif dipakai pada perempuan yang belum pernah melahirkan, karena perempuan yang pernah melahirkan akan memiliki perubahan pada lubang vagina sehingga lubangnya menjadi lebih besar.

(2) Keuntungan

- (a) Harganya relatif murah meskipun tidak dijual disembarang tempat
- (b) Bersifat reversible, sehingga bisa digunakan kembali setelah dipakai dengan cara mencucinya dengan air hangat dan sabun
- (c) Mudah dibawa kemana-mana karena ukurannya yang ringan bisa digunakan hingga 48 jam tanpa menyebabkan tekanan pada UV
- (d) Aman digunakan oleh ibu menyusui

- (e) Aman untuk wanita perokok, karena biasanya perokok akan berpengaruh dengan alat kontrasepsi hormonal
- (f) Tidak mempengaruhi siklus haid
- (g) Kesuburan akan terjaga dengan aman ketika Anda tidak memakainya

(3) Kerugian

- (a) Bisa menimbulkan cervicitis
- (b) Ukuran kap serviks harus diubah jika sudah mengalami keguguran, melahirkan atau perubahan berat badan
- (c) Bisa menimbulkan infeksi pada saluran kemih
- (d) Tidak bisa digunakan oleh wanita yang sedang menstruasi

d) Spermisida :

Bahan kimia aktif untuk membunuh sperma, berbentuk cairan krim atau tisu vagina yang harus dimasukkan kedalam vagina lima menit sebelum senggama. Kegagalan sering terjadi karena waktu larut yang belum cukup, jumlah spermatida yang digunakan terlalu sedikit atau vagina sudah dibilas dalam waktu kurang dari 6 jam setelah senggama. (Handayani, 2010).

2) Metode Kontrasepsi Hormonal

Kontrasepsi hormonal pada dasarnya dibagi menjadi 2 yaitu kombinasi (mengandung hormone progesterone dan esterogen sintetik) dan yang hanya berisi progesterone saja. Kontrasepsi hormonal kombinasi

terdapat pada pil, suntik, dan implant (Berencana et al., 2021).

Kontrasepsi hormonal bisa berupa pil KB yang diminum sesuai petunjuk hitungan hari yang ada pada setiap blisternya, suntikan, susuk, (implant) yang ditanam untuk periode tertentu, koyo KB atau spiral berhormon. Kontrasepsi hormonal terdiri dari :

a) Pil

(1) Pengertian

Pil oral akan menggantikan produksi normal estrogen dan progesteron oleh ovarium. Pil oral akan menekan hormon ovarium selama siklus haid yang normal, sehingga juga menekan releasing factors di otak dan akhirnya mencegah ovulasi. Pemberian Pil Oral bukan hanya untuk mencegah ovulasi, tetapi juga menimbulkan gejala-gejala pseudo pregnancy (kehamilan palsu) seperti mual, muntah, payudara membesar, dan terasa nyeri (Hartanto, 2002).

(2) Efektivitas

Efektivitas pada penggunaan yang sempurna adalah 99,5- 99,9% dan 97% (Handayani, 2010).

(3) Jenis KB Pil menurut Sulistyawati (2013) yaitu:

- (a) Monofasik: pil yang tersedia dalam kemasan 21 tablet mengandung hormon aktif estrogen atau progestin, dalam dosis yang sama, dengan 7 tablet tanpa hormon aktif, jumlah dan porsi

hormonnya konstan setiap hari.

(b) Bifasik: pil yang tersedia dalam kemasan 21 tablet mengandung hormon aktif estrogen, progestin, dengan dua dosis berbeda 7 tablet tanpa hormon aktif, dosis hormon bervariasi.

(c) Trifasik: pil yang tersedia dalam kemasan 21 tablet mengandung hormon aktif estrogen atau progestin, dengan tiga dosis yang berbeda 7 tablet tanpa hormon aktif, dosis hormon bervariasi setiap hari.

(4) Cara kerja KB Pil menurut Saifuddin (2010) yaitu:

- (a) Menekan ovulasi
- (b) Mencegah implantasi
- (c) Mengentalkan lendir serviks
- (d) Pergerakan tuba terganggu sehingga transportasi ovum akan terganggu.

(5) Keuntungan KB Pil menurut Handayani (2010) yaitu:

- (a) Tidak mengganggu hubungan seksual
- (b) Siklus haid menjadi teratur (mencegah anemia)
- (c) Dapat digunakan sebagai metode jangka panjang
- (d) Dapat digunakan pada masa remaja hingga menopause
- (e) Mudah dihentikan setiap saat
- (f) Kesuburan cepat kembali setelah penggunaan pil dihentikan
- (g) Membantu mencegah: kehamilan ektopik, kanker ovarium, kanker

endometrium, kista ovarium, acne, disminorhea.

(6) Keterbatasan KB Pil menurut Sinclair (2010) yaitu:

- (a) Amenorhea
- (b) Perdarahan haid yang berat
- (c) Perdarahan diantara siklus haid
- (d) Depresi
- (e) Kenaikan berat badan
- (f) Mual dan muntah
- (g) Perubahan libido
- (h) Hipertensi
- (i) Jerawat
- (j) Nyeri tekan payudara
- (k) Pusing
- (l) Sakit kepala
- (m) Kesemutan dan baal bilateral ringan
- (n) Mencetuskan moniliasis
- (o) Cloasma
- (p) Hirsutisme
- (q) leukorhea
- (r) Pelumasan yang tidak mencukupi
- (s) Perubahan lemak
- (t) Disminorea

- (u) Kerusakan toleransi glukosa
- (v) Hipertrofi atau ekropi serviks
- (w) Perubahan visual
- (x) Infeksi pernafasan
- (y) Peningkatan episode sistitis
- (z) Perubahan fibroid uterus.

b) Suntik KB :

(1) Pengertian

Suntikan KB yaitu suatu cairan berisi zat untuk mencegah kehamilan selama jangka waktu tertentu (antara 1 – 3 bulan), cairan tersebut merupakan hormon sistesis progesterone. Hormon tersebut akan membuat lendir rahim menjadi kental sehingga sel sperma tidak dapat masuk ke dalam rahim. Zat tersebut juga mencegah keluarnya sel telur (ovulasi) dan membuat uterus (dinding rahim) tidak siap menerima hasil pembuahan.

Kontrasepsi suntikan merupakan cara untuk mencegah terjadinya kehamilan dengan melalui suntikan hormonal. Kontrasepsi hormonal jenis suntik di Indonesia semakin banyak diminati karena kerjanya yang efektif, pemakaiannya yang praktis, harganya relatif murah, dan aman. Sebelum disuntik, kesehatan ibu harus diperiksa terlebih dahulu untuk memastikan kecocokannya. Suntikan diberikan saat ibu dalam keadaan tidak hamil. Umumnya

pemakai kontrasepsi suntik memiliki persyaratan yang sama dengan pemakai pil.

(2) Jenis-jenis Kontrasepsi Suntik

Terdapat dua macam jenis kontrasepsi suntik yaitu golongan progestin seperti Depo-provera, Depo geston, Depo Progestin, dan Noristat. Golongan kedua yaitu campuran progestin dan estrogen propionat, misalnya Cyclo Provera. Kontrasepsi suntik yang sering digunakan di Indonesia yaitu suntik 1 bulan seperti Cyclofem dan suntik 3 bulan seperti Depoprovera, Depogeston.

(3) Cara kerja kontrasepsi Suntik menurut Sulistyawati (2013) yaitu:

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

(4) Keuntungan

Kontrasepsi suntik memiliki keuntungan yaitu tidak mengganggu kelancaran Air Susu Ibu (ASI) kecuali jenis Cyclofem, dapat melindungi ibu dari anemia, memberi perlindungan terhadap radang panggul dan untuk pengobatan kanker bagian dalam rahim, memiliki resiko kesehatan yang sangat kecil, tidak berpengaruh pada hubungan suami-istri, pemeriksaan dalam tidak diperlukan

pada pemakaian awal dan dapat dilaksanakan oleh tenaga paramedis baik perawat maupun bidan.

Kontrasepsi suntik yang tidak mengandung estrogen tidak mempengaruhi secara serius pada penyakit jantung dan reaksi penggumpalan darah. Oleh karena tindakan dilakukan oleh tenaga medis/paramedis, peserta tidak perlu menyimpan obat suntik, tidak perlu mengingat setiap hari, kecuali hanya untuk kembali melakukan suntikan berikutnya. Kontrasepsi ini tidak menimbulkan ketergantungan, hanya saja peserta harus rutin kontrol setiap 1, 2 atau 3 bulan. Reaksi suntikan berlangsung sangat cepat (kurang dari 24 jam) dan dapat digunakan oleh wanita tua di atas 35 tahun, kecuali Cyclofem.

(5) Kerugian dan efek samping

Kerugian dan efek samping kontrasepsi suntik diantaranya Gangguan haid, tidak dapat dihentikan sewaktu-waktu, penambahan berat badan, kembali kekesuburan memerlukan waktu, pada penggunaan jangka Panjang dapat menyebabkan (perubahan pada lipid serum, menurunkan densitas tulang, menimbulkan kekeringan pada vagina, menurunkan libido, gangguan emosi, sakit kepala, nervositas dan jerawat).

c) KB Implant :

(1) Pengertian

Implan merupakan alat kontrasepsi yang mengandung levonorgestrel dan dibungkus dalam kapsul silastik silikon polidimetil silikon dan disusukkan di bawah kulit. Implan sangat efektif karena memiliki tingkat kegagalan 0,2-1 kehamilan per 100 perempuan.

(2) Cara kerja

Mengganggu proses pembentukan endometrium sehingga sulit terjadi implantasi, menekan ovulasi, menjadikan lendir serviks kental, mengurangi transportasi sperma.

(3) Jenis-jenis Implan

- (a) Norplant : terdiri dari 6 batang silastik lembut berongga dengan panjang 3,4 cm, diameter 2,4 mm, diisi dengan 3,6 mg levonorgestrel dan lama kerjanya 5 tahun.
- (b) Implanon: terdiri dari satu batang putih lentur dengan panjang kira-kira 40 mm, dan diameter 2 mm, yang diisi dengan 68 mg 3- Keto-desogestrel dan lama kerjanya 3 tahun
- (c) Jadena dan indoplant : terdiri dari 2 batang yang diisi dengan 75 mg Levonorgestrel dengan lama kerja 3 tahun

(4) Keuntungan dan efek samping

Implan sangat efektif serta praktis dengan pengembalian kesuburan yang cepat setelah pencabutan, aman digunakan baik setelah melahirkan dan saat menyusui karena tidak mengandung estrogen, dapat dicabut kapan saja sesuai kebutuhan, Namun,

implan memiliki efek samping berupa gangguan siklus haid, amenorea, spotting, perubahan berat badan, rasa nyeri pada payudara, dan sakit kepala.

3) Metode Kontrasepsi dengan Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR)

a) Pengertian

Menurut Suratun, 2008 dalam Priyanti & Syalfina (2017) IUD/AKDR merupakan alat kontrasepsi yang dimasukkan kedalam Rahim dan memiliki banyak bentuk bermacam-macam terdiri dari plastik (polyethylene), dililit tembaga (Cu), dililit tembaga bercampur perak (Ag) ada juga yang berisi hormone progesterone pada batangnya. Efektifitas kontrasepsi IUD pada umumnya tinggi walau masih terjadi 1-3 kehamilan per 100 wanita pertahun.

IUD (Intra Uterine Device) atau spiral : terbuat dari bahan polyethylene yang diberi lilitan logam, umumnya tembaga (Cu) dan dipasang dimulut Rahim. Kelemahan alat ini yaitu bisa menimbulkan rasa nyeri diperut, infeksi panggul, pendarahan diluar masa menstruasi atau darah menstruasi lebih banyak dari biasanya (Supriadi, 2017).

b) Mekanisme kerja

Memiliki mekanisme kerja yaitu IUD/AKDR dimasukkan ke dalam

uterus. Dapat menghambat kemampuan sperma untuk masuk ke tuba falopii, termasuk mempengaruhi fertilisasi sebelum ovum mencapai kavum uteri, sehingga mencegah sperma dan ovum bertemu, mencegah implantasi telur dalam uterus.

c) Efek samping

Efek samping dalam penggunaan IUD/AKDR meliputi bercak darah serta kram abdomen sesaat pasca pemasangan IUD/AKDR, kram dan nyeri punggung, dismenorea terutama pada 1-3 bulan pertama pemasangan IUD/AKDR, gangguan menstruasi, perdarahan berkepanjangan, anemia, benang hilang, ekspulsi, kehamilan, kehamilan ektopik, aborsi sepsis spontan, hingga perforasi serviks atau uterus.

4) **Metode Kontrasepsi Mantap**

Metode kontrasepsi mantap terdiri dari 2 macam yaitu

a) Metode Operatif Wanita (MOW)

(1) Pengertian

Merupakan prosedur yang dapat menghentikan kesuburan dengan menyumbat atau memotong kedua saluran telur dengan cara bedah. Tubekomi atau disebut sterilisasi merupakan metode kontrasepsi permanen yang hanya diperuntukan bagi yang tidak menginginkan atau tidak boleh memiliki anak lagi karena alasan kesehatan.

(2) Mekanisme kerja Mekanisme kerjanya menutup tuba falopi dengan mengikat dan memotong atau memasang cincin sehingga sperma tidak dapat bertemu dengan sel telur

(3) Keuntungan

Motivasi dilakukan hanya satu kali sehingga tidak perlu berulang-ulang, efektifitas hampir 100%, tidak mempengaruhi seksualitas, tidak ada kegagalan dari pihak pasien.

(4) Kerugian

Tindakan tubektomi dapat dianggap tidak reversible, ada kemungkinan untuk membuka Kembali pada yang masih menginginkan anak dengan operasi rekanalisasi.

b) Metode Operatif Pria (MOP).

(1) Pengertian

Vasektomi atau Metode Operasi Pria (MOP) merupakan istilah dalam ilmu bedah yang terbentuk dari dua kata yaitu vas atau vasa deferensia yang artinya saluran yang menyalurkan sel sperma keluar dari testis dan ektomi atau ektomia artinya pemotongan sebagian. Dengan kata lain vasektomi merupakan pemotongan sebagian (0.5cm–1cm) saluran benih sehingga terdapat jarak di antara ujung saluran benih bagian sisi testis dan saluran benih bagian sisi lainnya yang masih tersisa dan pada masing-masing kedua ujung saluran yang tersisa tersebut dilakukan pengikatan

sehingga saluran menjadi buntu atau tersumbat.

(2) Cara Kerja

Aliran sperma dihambat tanpa mempengaruhi jumlah cairan semen dengan cara saluran vas deferens yang berfungsi mengangkut sperma dipotong dan diikat. Jumlah sperma hanya 5% dari cairan ejakulasi. Cairan semen diproduksi dalam vesika seminalis dan prostat sehingga tidak akan terganggu oleh vasektomi.

(3) Efektifitas

Memiliki efektifitas mencapai 99% lebih.

(4) Indikasi

Menunda kehamilan, mengakhiri kesuburan, membatasi kehamilan, setiap pria, suami dari pasangan usia subur yang telah memiliki jumlah anak cukup dan tidak ingin menambah anak lagi.

(5) Kontraindikasi

Peradangan kulit atau jamur pada kemaluan, peradangan pada alat kelamin pria, penyakit kencing manis, kelainan mekanisme pembekuan darah, infeksi didaerah testis dan penis, hernia, varikokel, testis membesar karena tumor, hidrokkel serta testis tidak turun.

F. Manajemen Asuhan Kebidanan

1. Pengertian

Manajemen kebidanan adalah proses pemecahan masalah yang digunakan sebagai metode untuk mengorganisasikan pikir dan tindakan berdasarkan teori ilmiah. Penemuan penemuan, keterampilan dalam rangka atau tahapan yang logis untuk mengambil suatu keputusan yang berfokus pada klien .

2. Langkah-langkah Manajemen asuhan Kebidanan

Adapun tujuh langkah proses manajemen menurut Varney (2007), yaitu :

a) Langkah I :Pengkajian

Pada langkah pertama ini melakukan pengkajian dengan mengumpulkan data dasar, data subyektif, dan obyektif semua informasi yang akurat dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi klien secara lengkap.

b) Langkah II : Interpretasi Data

Menginterpretasikan data dasar untuk kemudian diproses menjadi diagnosa kebidanan, masalah serta kebutuhan perawatan kesehatan

c) Langkah III : Diagnosa Potensial

Mengidentifikasi masalah atau diagnosa potensial berdasarkan masalah dan diagnose kebidanan saat ini yang dialami klien.

d) Langkah IV : Antisipasi

Mengidentifikasi situasi yang gawat dimana bidan harus bertindak segera untuk melakukan antisipasi, pencegahan jika memungkinkan, dan persiapan terhadap semua keadaan yang mungkin muncul untuk keselamatan jiwa balita dengan melakukan kolaborasi dan konsultasi dengan dokter.

e) Langkah V :Perencanaan

Langkah ini merupakan lanjutan dari masalah atau diagnosa yang telah diidentifikasi atau diantisipasi dan juga merupakan pengembangan perencanaan asuhan menyeluruh yang ditentukan oleh langkah-langkah sebelumnya.

f) Langkah VI :Pelaksanaan

Melaksanakan rencana perawatan secara menyeluruh, bisa dilakukan oleh bidan atau tim kesehatan yang lain.

g) Langkah VII :Evaluasi

Langkah ini merupakan evaluasi apakah rencana asuhan tersebut yang meliputi pemenuhan kebutuhan benar-benar terpenuhi sesuai dengan kebutuhan dalam masalah dan diagnose.

3. Pendokumentasian Asuhan Kebidanan

Dokumentasi adalah catatan tentang interaksi antara tenaga kesehatan, pasien keluarga pasien, dan tim kesehatan tentang hasil pemeriksaan, prosedur tindakan, pengobatan pada pasien, pendidikan pasien, dan respon pasien terhadap semua asuhan yang diberikan.

Pendokumentasian yang benar adalah pendokumentasian mengenai asuhan yang telah dan akan dilakukan pada seorang pasien, di dalamnya tersirat proses berfikir bidan yang sistematis dalam menghadapi seorang pasien sesuai langkah-langkah manajemen kebidanan.

Pendokumentasian atau catatan manajemen kebidanan dapat diterapkan dengan metode SOAP. Dalam metode SOAP, S adalah data Subjektif, O adalah data Objektif, A adalah analysis/ assessment dan P adalah Planning yang

merupakan catatan yang bersifat sederhana, jelas, logis dan singkat. Prinsip dari metode SOAP ini merupakan pemikiran penatalaksanaan manajemen kebidanan

a. S (Data Subjektif)

Data subjektif (S) merupakan pendokumentasian manajemen kebidanan menurut Helen Varney langkah pertama (pengkajian data), terutama data yang diperoleh melalui anamnesis. Data subjektif ini berhubungan dengan masalah dari sudut pandang pasien. Ekspresi pasien mengenai kekhawatiran dan keluhannya yang dicatat sebagai kutipan langsung atau ringkasan yang akan berhubungan langsung dengan diagnosis. Data subjektif ini nantinya akan menguatkan diagnosis yang akan disusun.

b. O (Data Objektif)

Data Objektif (O) merupakan pendokumentasian manajemen kebidanan menurut Helen Varney pertama (pengkajian data), terutama data yang diperoleh melalui hasil observasi yang jujur dari pemeriksaan fisik pasien, pemeriksaan laboratorium/ pemeriksaan diagnostic lain. Catatan medic dan informasi keluarga atau orang lain dapat dimasukkan dalam data objek ini. Data ini akan memberikan bukti gejala klinis pasien dan fakta yang berhubungan dengan diagnosis.

c. A (Assessment)

A (analysis/ assessment), merupakan pendokumentasian hasil analisis dan interpretasi (kesimpulan) dari data subjektif dan objektif. Dalam pendokumentasian manajemen kebidanan, karena keadaan pasien yang setiap

saat bisa mengalami perubahan, dan akan ditemukan informasi baru dalam data yang subjektif maupun objektif, maka proses pengkajian data akan menjadi sangat dinamis. Hal ini juga menuntut bidan untuk sering melakukan analisis data yang dinamis tersebut dalam rangka mengikuti perkembangan pasien. Analisis yang tepat dan akurat akan menjamin cepat diketahuinya perubahan pada pasien, sehingga dapat diambil keputusan/ tindakan yang tepat.

d. P (Planning)

Planning/ perencanaan adalah membuat rencana asuhan saat ini dan akan datang. Rencana asuhan disusun berdasarkan analisis dan interpretasi data. Rencana asuhan ini bertujuan untuk mengusahakan tercapainya kondisi pasien seoptimal mungkin dan mempertahankan kesejahteraannya.

BAB III

TINJAUAN KASUS

**Manajemen Asuhan Kebidanan Laporan Pada Ny. “YS” G2P1A0H1 Usia
Kehamilan 39-40 Mg Di PMB Dian Wahyuni, S.ST
Di Kota Payakumbuh Tahun 2026**

A. SOAP KEHAMILAN

Kehamilan Kunjungan I

Tanggal/Jam Pengkajian : 12-12-2025 / 17.00 Wib
Tempat Pengkajian : PMB Dian Wahyuni, S.ST
Pengkaji : PUTRI WINNA SARI

DATA SUBJEKTIF

1. Identitas

Nama Pasien	: Ny. YS	Nama Suami	: Tn. R
Umur	: 29 Tahun	Umur	: 30 Tahun
Suku	: Minang	Suku	: Minang
Agama	: Islam	Agama	: Islam
Pendidikan	: S1	Pendidikan	: SMA
Pekerjaan	: PNS	Pekerjaan	: Swasta
No. Telepon	: 081363*****	No. Telepon	: -
Alamat	: Balai Jaring		
Gol.darah	: O	Gol.darah	: AB

2. **Kunjungan saat ini** : Kunjungan Ulang

3. **Keluhan Utama** : Ibu mengatakan ingin memeriksa kehamilannya dan ibu
sering BAK dimalam hari

4. Riwayat Menstruasi

- HPHT : 03 – 04 - 2025
- a. Lama : 5-6 hari
- b. Banyaknya : 3 - 4 kaliganti pembalut dalam sehari
- c. Warnanya : Merah kehitaman
- d. Siklus : 28 Hari
- e. Teratur/Tidak : Teratur

5. Riwayat Pernikahan

- a. Status pernikahan : Kawin SAH
- b. Pernikahan ke : Pertama
- c. Usia saat menikah : 24 Tahun
- d. Lama pernikahan : 5 Tahun

6. Riwayat kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu G2P1A0H1

Hamil Ke		Persalinan & BBL								Nifas		
		Tgl lahir	Umur Kelahiran	Jenis Persalinan	Penolong	T4 Persln	Kompli		JK	BB Lahir	Laktasi	Komplikasi
						Ibu	Bayi					
1.	26-08-2022	39 - 40 mg	Normal	Bidan	PMB	-	-	L	3000	Lancar	-	
2.	Hamil saat ini											

7. Riwayat kontrasepsi yang digunakan : Implant

8. Riwayat Kehamilan sekarang

BB Ibu sebelum hamil: 65 kg

a. Trimester I

ANC : 1 kali

Tempat : PMB

Keluhan : Mual muntah dan pusing

Anjuran : Makan sedikit tapi sering, kurangi makan yang bisa menyebabkan mual dan muntah serta istirahat yang cukup

Tripel E : HIV (-) sifilis (-) dan hepatitis B (-)

Obat-obatan : Paracetamol, Vit B6, Tablet Tambah Darah (Fe), Asam folat

Hb : 12,5 gram (Buku KIA)

Penyulit : Tidak Ada

b. Trimester II

ANC : 2 kali

Tempat : PMB

Keluhan : Mualmuntah dan pusing Sekali kali

Anjuran : Makan sedikit tapi sering, kurangi makan yang menyebabkan mual dan istirahat yang cukup

Obat-obatan : Paracetamol, Tablet tambahdarah(fe), vit B6, asam folat

Penyulit : Tidak Ada

c. Trimester III

ANC : 3 kali

Tempat : PMB

Keluhan : Sering BAK di malam hari

Anjuran : Anjurkan ibu untuk mengurangi minum di malam hari ,
istirahat yang cukup

Penyulit : Tidak Ada

Obat-obatan : Tablet tambah darah (fe) , Vit c, calcium

Pergerakan Janin : Aktif

9. Pola keseharian

Nutrisi : Makan 2-3 sehari dengan 1 porsi sedang nasi, ayam goreng, dan 1 mangkok sayur bayam, minum 10 gelas air putih 10 dan 1 gelas susu.

Eliminasi : BAB 1 kali sehari dengan konsistensi lembek
BAK 8-10 kali sehari dengan warna putih kekuningan

Seksual : 1-2 x seminggu selama hamil

Aktivitas : melakukan pekerjaan rumah sehari-hari di Bantu juga oleh suami/orang tua

Istirahat : tidur siang 1-2 jam dan tidur malam 7-8 jam

10. Personal Hygiene

Kebiasaan mandi : 2 x dalam sehari

Menggosok gigi : setiap kali mandi dan sebelum tidur Kebiasaan membersihkan

alat kelamin : setiap selesai BAK , BAB dan setiap mandi

Kebiasaan mengganti pakaian dalam : setiap habis mandi dan ketika terasa lembab/basah

Jenis pakaian dalam yang digunakan : pakaian dalam longgar dan menyerap Keringat

11. Riwayat kesehatan

- a. Penyakit sistemik yang pernah/sedang di derita : Tidak Ada
- b. Penyakit yang pernah/sedang diderita keluarga : Tidak Ada
- c. Riwayat keturunan kembar : Tidak Ada
- d. Riwayat Alergi : Tidak Ada
- e. Kebiasaan-kebiasaan : Ibu mengatakan tidak merokok, tidak minum jamu dan mengosumsi obat- obatan terlarang.

12. Keadaan Psiko Sosial dan Spiritual

- a. Tanggapan dan dukungan keluarga terhadap kehamilan : Ibu sangat senang dengan kehamilanya
- b. Pengambilan keputusan dalam keluarga : Suami sebagai pengambil keputusan berdasarkan pertimbangan keluarga
- c. Tangapan keluarga terhadap kehamilan : Keluarga sangat bahagia dengan kehamilan ini
- d. Pengetahuan ibu tentang kehamilan dan keadaan sekarang : Ibu sudah punya cukup pengalaman dari kehamilan yang lalu

- e. Dukungan suami/keluarga terhadap kehamilan : Suami dan keluarga sangat mendukung
- f. Petugas Kesehatan yang akan membantu persalinan: Ibu berencana bersalinan di tempat Bidan Dian Wahyuni, S.ST.

DATA OBJEKTIF

1. Pemeriksaan fisik

- a. Keadaan umum : baik
- b. Kesadaran : Composmentis
- c. Tanda vital
 - Tekanan darah : 110 / 70 mmHg
 - Nadi : 80 x/menit
 - Pernafasan : 20 x/menit
 - Suhu : 36,7 °C
- d. BB
 - Sebelum hamil : 65 kg
 - Sekarang : 79 kg
- e. TB : 160 cm
- f. IMT : 30,9
- g. LILA : 32 cm

2. Head To Toe

- a. Kepala dan Wajah
 - Wajah : Tidak Odema

Mata : Tidak Ikteris, konjungtiva merah muda

Mulut : Tidak ada karang gigi

b. Leher

Kelenjar Tyroid : Tidak ada pembengkakan

Pembuluh Limfe : Tidak ada pembengkakan

Vena Jugularis : Tidak ada pembengkakan

c. Dada & Payudara

Bentuk : Simetris

Areola mammae : hiperpigmentasi

Putting susu : Menonjol

Benjolan : tidak ada

Colostrums : belum keluar

Aksila : Tidak ada pembengkakan

d. Abdomen

1) Inspeksi

Bekas luka : Tidak ada

Striae gravidarum : ada

Linea : ada

2) Palpasi

Leopold I : TFU pertengahan PX dan pusat pada bagian atas uterus teraba bulat, lunak dan tidak melenting (bokong)

Leopold II : pada bagian kanan ibu teraba keras memanjang, dan Memapan (Punggung), sebelah kiri teraba tonjolan tonjolan kecil (ekstremitas).

Leopold III : pada bagian bawah ibu teraba bulat keras melenting (kepala) dan tidak bisa digoyangkan

Leopold IV : sebagian besar kepala sudah masuk PAP

3) TBBJ : $33 - 12 \times 155 = 3255$

4) DJJ : 134 x/i

5) TFU : 33

e. Ekstremitas Atas & Bawah

Edema : Tidak ada

Varices : Tidak ada

Reflek patella : Positif

3. Asessment

Diagnosa : Ibu G2P1A0H1 usia kehamilan 36-37 minggu janin hidup, Tunggal intrauterin, letak kepala, puka, keadaan ibu dan janin baik

4. Planning

a. Informasi hasil pemeriksaan kepada ibu

1) KIE tanda-tanda bahaya TM III

2) Jelaskan penyebab keluhan yang dirasakan dan cara mengatasi

3) Jelaskan ketidaknyamanan TM III

- 4) Tanyakan persiapan persalinan
- 5) Anjurkan ibu untuk datang segera jika sudah ada tanda-tanda persalinan
- 6) Informasikan personal hygiene

5. Pedokumentasian.

CATATAN PELAKSANAAN

Waktu	Catatan pelaksanaan
12-12-2025 17.00 wib	1. Menginformasikan kepada ibu hasil pemeriksaan bahwa keadaan ibu dan janin baik TD: 110/70 mmHg N: 80 x/menit P: 20 x/menit S: 36,7°C DJJ: 134 x/menit Evaluasi : Ibu mengerti dengan keadaannya
	2. Memberikan KIE Tanda bahaya kehamilan trimester III a. Perdarahan pervaginam b. Sakik kepala yang hebat c. Bengkak dimuka dan tangan d. Janin Kurang Bergerak Seperti Biasa e. Pengeluaran Cairan Pervaginam (Ketuban Pecah Dini) f. Kejang g. Demam tinggi h. Nyeri ulu hati Evaluasi : ibu sudah mengetahui tanda bahaya TM III

	3. Menjelaskan keluhan yang dirasakan ibu adalah hal yang fisiologis dimana kepala janin pada TM III telah memasuki rongga panggul menekan kandung kemih sehingga kandung kemih lebih cepat terasa penuh, segeradikosongkan,perbanyak minum disiang hari agar tetap terhidarasi, hindari minum terlalu banyak dimalam hari agar tidak BAK dimalam hari sehingga tidak mengganggu waktu tidur,hindari minum teh,kopi,cola dengan kafein karena bersifat diuretik (membuang kelebihan garam dan air dalam tubuh melalui urine), dan bersihkan, keringkan vagina setelah BAK agar terhindar dari infeksi saluran kemih. Evaluasi : ibu sudah mengetahui penyebab keluhan yang dirasakan.
	4. Menjelaskan ketidak nyamana TM III Biasanya ibu hamil TM III akan mengeluh Konstipasi, Hemoroid, Sering BAK, Nyeri punggung, Keputihan, sesak napas,dada terasa panas atau terbakar, odema pada kaki hal ini masih dalam keadaan fisiologis. Evaluasi : ibu mengerti dan tau apasaja ketidaknyaman yang mungkin akan terjadi pada ibu TM III
	5. Menganjurkan ibu istirahat yang cukup jangan melakukan pekerjaan yang berat.pekerjaan rumah bisa dibantu oleh suami/orang tua dirumah Evaluasi: ibu mengerti apa saja yang tidak boleh dilakukan

	6. Menanyakan kembali tentang persiapan persalinan baik untuk ibu dan bayinya Evaluasi : ibu mengatakan semua kebutuhan untuk persalinan telah disiapkan dan ibu mengatakan akan melahirkan di PMB Dian Wahyuni, S.ST, didampingi oleh suami dan orang tua, biaya dan transportasi telah disiapkan, pakaian ibu dan bayi juga telah disiapkan.
	7. Menganjurkan ibu untuk memperhatikan persolan hyginnya Evaluasi : ibu mengerti untuk kebersihan dirinya
	8. Menganjurkan ibu untuk segera datang kembali jika sudah ada tanda-tanda persalinan atau adanya tanda bahaya TM III Evaluasi : ibu akan datang kembali jika sudah ada tanda- tanda

Kehamilan Kunjungan II

Tanggal/Jam Pengkajian : 26-12-2025 / 17.30 Wib

A. Data Subjektif

1. Ibu mengatakan BAK dimalam hari sudah mulai berkurang
2. Ibu mengatakan tidak ada tanda bahaya TM III
3. Ibu mengatakan sudah mulai merasakan kontraksi
4. Ibu mengatakan janinnya bergerak aktif

B. Data Objektif

1. Pemeriksaan fisik
 - a. Keadaan umum : baik
 - b. Kesadaran : Composmentis
 - c. Tanda vital
 - Tekanan darah : 120 / 80 mmHg
 - Nadi : 80 x/menit
 - Pernafasan : 20 x/menit
 - Suhu : 36,7 °C
 - Lila : 32 cm
 - d. BB : 79 kg
 - e. Abdomen
 - 1) Inspeksi
 - Bekas luka : Tidak ada

Striae gravidarum : ada

Linea : ada

2) Palpasi

Leopold I : TFU pertengahan PX dan pusat pada bagian atas uterus teraba bulat, lunak dan tidak melenting (bokong)

Leopold II : pada bagian kanan ibu teraba keras memanjang, dan Memapan (Punggung), sebelah kiri teraba tonjolan tonjolan kecil (ekstremitas).

Leopold III : pada bagian bawah ibu teraba bulat keras melenting (kepala) dan tidak bisa digoyangkan

Leopold IV : sebagian besar kepala sudah masuk PAP

3) TBBJ : $35 - 12 \times 155 = 3565$

4) DJJ : 142 x/i

5) TFU : 35

f. Ekstremitas Atas & Bawah

Edema : Tidak ada

Varices : Tidak ada

Reflek patella : Positif

C. Assessment

Diagnosa : Ibu G2P1A0H1 usia kehamilan 38-39 minggu janin hidup, Tunggal intrauterin, letak kepala, puka, keadaan ibu dan janin baik

Masalah : Tidak ada

Kebutuhan : Tidak ada

D. Planning

Waktu	Catatan pelaksanaan
26-12-2025 17.30 wib	1. Menginformasikan kepada ibu hasil pemeriksaan bahwa keadaan ibu dan janin baik TD: 120/70 mmHg N: 80 x/menit P: 20 x/menit S: 36,7°C DJJ: 142 x/menit Evaluasi : Ibu mengerti dengan keadaannya
	2. Menjelaskan keluhan yang dirasakan ibu adalah hal yang fisiologis dimana kepala janin pada TM III telah memasuki rongga panggul menekan kandung kemih sehingga kandung kemih lebih cepat terasa penuh, segera dikosongkan,perbanyak minum disiang hari agar tetap terhidarasi, hindari minum terlalu banyak dimalam hari agar tidak BAK dimalam hari sehingga tidak mengganggu waktu tidur,hindari minum teh,kopi,cola dengan kafein karena bersifat diuretik (membuang kelebihan garam dan air dalam tubuh melalui urine), dan bersihkan, keringkan vagina setelah BAK agar terhindar dari infeksi saluran kemih. Evaluasi : ibu sudah mengetahui penyebab keluhan yang dirasakan.

	3. Menganjurkn ibu untuk segera datang jika sudah ada tanda-tanda persalinan a. Lebih sering buang air kecil b. Kontraksi teratur c. Keluar lendir kental bercampur darah dari vagina/kemaluan Evaluasi : ibu mengerti yang disampaikan
	4. Menjelaskan kepada ibu tentang persiapan persalinan a. Bagaimana transportasi ke tempat tenaga kesehatan dan ke tempat bersalin b. Pendamping persalinan c. Calon pendonor darah jika diperlukan d. Perlengkapan ibu dan bayi untuk bersalin Evaluasi : ibu mengerti dan sudah menyiapkan semuanya
	5. Anjurkan ibu untuk kunjungan ulang Evaluasi : ibu bersedia untuk melakukan kunjungan ulang

B. SOAP PERSALINAN

Tanggal/Jam Pengkajian : 7 Januari 2026 / 03.00 WIB

Tempat : PMB Dian Wahyuni, S.ST

Pengkaji :: Putri Winna Sari

Manajemen kala I

Data Subjektif

1. Alasan masuk kamar bersalin : ingin bersalin
2. Keluhan yang dirasakan : nyeri pinggang menjalar ke ari-ari

3. Pemenuhan Kebutuhan Sehari-hari

a. Pola Nutrisi

1) Makan Terakhir

Pukul : 20 : 00 WIB

Keluhan : Tidak ada

2) Minum Terakhir

Pukul : 02: 00 WIB

keluhan : Tidak ada

b. Pola eliminasi

BAB Terakhir : 15: 30 WIB

BAK Terakhir : 01: 30 WIB

c. Istirahat Terakhir

Pukul : 23 : 00 WIB

Keluhan : Tidak ada

Data Objektif

1. Pemeriksaan fisik

a. Keadaan umum : Baik

b. Kesadaran : Composmentis

c. Tanda Tanda vital

Tekanan darah : 120 /70 mmHg Nadi : 80 x/menit

Pernafasan : 21 x/menit

Suhu : 36,5 °C

d. Abdomen

Leopold I : TFU pertengahan PX dan pusat pada Bagian atas uterus teraba bulat, lunak dan tidak melenting (bokong).

Leopold II : pada bagian kanan ibu teraba memanjang dan memapan dan memapan sedangkan (Punggung) pada bagian kiri ibu teraba tonjolan-tonjolan kecil (ekstremitas)

Leopold III : pada bagian bawah ibu teraba bulat Keras melenting (kepala) dan tidak bisa digoyangkan

Leopold IV : kepala sudah masuk PAP (divergen)

TFU 35

TBBJ : $35 - 11 \times 155 = 3720$

DJJ : 146 x/i

Perlimaan : 2/5

Kontraksi

Frekuensi : 3 x dalam 10 menit

Intensitas : kuat

Durasi : 40 menit

e. Ekstremitas Atas & Bawah : tidak odema

f. Genitalia

Vulva/Vagina	: lendir bercampur darah
Varises	: tidak ada
Kemerahan	: tidak ada
Oedema	: tidak ada
Interna Dinding Vagina	: tidak ada masa
Penipisan portio	: tipis
Pembukaan	: 2 cm
Selaput ketuban	: utuh
Letak	: kepala
Presentasi	: UUK
Molase	: tidak ada
Penumbungan	: tidak ada
Penurunan	: Hodge II

Assessment

Diagnosa	: Ibu inpartu KALA I fase aktif UK 39-40 minggu normal
Masalah	: tidak ada
Kebutuhan	: tidak ada

Planning

1. Informasi hasil pemeriksaan
2. Informad consent dan informed choise
3. Berikan asuhan pengurangan rasa nyeri
4. Berikan ibu rasa aman dan nyaman serta support mental
5. Berikan nutrisi
6. Memfasilitas eliminasi
7. Melanjutkan keluarga untuk mendampingi ibu
8. Siapkan alat, obat-obatan dan pakain ibu dan bayi
9. Memantau kala 1
10. Pendokumentasian

CATATAN PELAKSANAAN

Waktu	Catatan pelaksanaan
Rabu , 7 Januari 2026 03.00 WIB	1. Menginformasikan kepada ibu bahwa keadaan ibu dan bayi normal, dan persalinan juga semakin dekat, pembukaan 2 cm, dengan hasil pemeriksaan TD : 120/80 mmHg, Nadi 80x/menit, Pernafasan 21x/menit, Suhu 36,5°C, gerakan janin kuat, DJJ : 146x/menit, irama teratur Evaluasi : ibu dan keluarga mengerti dengan hasil Pemeriksaan

	2. Memberikan surat persetujuan tindakan kepada suami untuk menandatangani tindakan yang akan dilakukan nantinya selama ibu bersalin dan membiarkan ibu untuk membuat pilihan tentang alternatif asuhan yang akan diberikan. Evaluasi : suami menanda tangani informed consent
	3. Melakukan massase pada punggung ibu untuk mengalihkan perhatian pada hal lain, agar mengurangi rasa sakit yang dia rasakan, sehingga pasien akan lupa terhadap nyeri yang dialami. Evaluasi : ibu sedang diberikan massase pada punggung
	4. Memberikan rasa aman kepada ibu dengan menganjurkan ibu memilih posisi yang nyaman bagi ibu dan menganjurkan keluarga atau pendamping persalinan untuk memberikan dukungan mental kepada ibu dan juga memberikan dukungan psikologis dimana membantu menyakinkan ibu bahwa persalinan adalah hal yang fisiologi, meyakinkan ibu dan bayi dalam keadaan sehat, meyakinkan ibu bisa melewati persalinan ini dengan normal Evaluasi : ibu telah memilih posisi yang nyaman dan ibu juga telah mendapatkan dukungan dari keluarga dan Suami
	5. Menjelaskan pada ibu tentang nutrisi dimana ibu dianjurkan untuk minum air putih atau teh manis dan makan nasi atau roti sebelum proses persalinan. Hal ini mencegah ibukelelahan dalam persalinan Evaluasi : ibu paham dan suami bersedia membantu

	6. Memfasilitasi eliminasi pada ibu dengan memberi pilihan ibu akan ke kamar mandi untuk BAB/BAK atau difasilitasi dengan pispot saja dan menganjurkan setiap 2 jam harus mengosongkan kandung kemihnya Evaluasi : ibu memilih untuk BAB/BAK ke kamar mandi
	7. Menganjurkan keluarga sebagai pendamping persalinan, memberikan pilihan kepada ibu untuk memilih siapa yang akan mendampingi ibu saat persalinan nantinya Evaluasi : ibu memilih suami untuk menemaninya
	8. Menyiapkan partus set 1 ½ kocher 2 umbilikal klem 1 gunting tali pusat 1 gunting episotomi 1 duk steril - Kasa steril - Handscoon steril - Underpad - Piring plasenta - Nirbeken - Heacting set - Air klorin - Menyiapkan obat m . Oxytocin - Lidocain Menyiapkan perlengkapan ibu - Kain / sarung - Duk pembalut

	c. Baju ibu d. Handuk e. Gurita Menyiapkan perelengkapan bayi a. Baju bayi b. Bedong bayi 9. Memantau pengawasan kala I dengan menggunakan partograf yaitu : Nadi setiap 30 menit, Djj setiap 30 menit, kontraksi setiap 30 menit, tekanan darah setiap 4 jam, pernafasan setiap 30 menit, dan VT setiap 4 jam, suhu setiap 4 jam dan pendokumentasian pada partograf Pukul 05.25 WIB TTV TD : 124/79 mmHg, N :80 x/Menit, P:21x/Menit, DJJ :149 x/menit, S: 36,5 ° C kontraksi : 3x/10/, 40 detik, VT : 8 cm, ketuban: utuh, pendarahan : ada, penyusupan tidak ada Pukul 05.40 WIB TTV, N :87 x/Menit, P: 21x/Menit, DJJ :144 x/menit, kontraksi : 3x/10/i 40 detik Pukul 05 .45 WIB TTV N :85 x/Menit, P: 22x/Menit,DJJ :138 x/menit, kontraksi : 5 x/10/i 45 detik, , S: 37 ° C, VT : 10 cm, ketuban: jernih, pendarahan : tidak ada, penyusupan tidak ada Evaluasi : terdokumentasi dalam partograf 10. Melakukan pendokumentasian dalam bentuk SOAP Evalusi : pendokumentasian selesai
--	---

Manajemen Kala II Tanggal: 7 Januari 2026 Jam: 05:45 WIB

Data Subjektif

Ibu mengatakan keluar air-air, rasa ingin mengejan dan terasa ingin buang air besar

Data Objektif

1. Pemeriksaan fisik

- a. Keadaan umum : baik
- b. Kesadaran : complemetis
- c. Tanda vital
 - Tekanan darah : 124 / 79 mmHg
 - Nadi : 85 x/menit
 - Pernafasan : 22 x/menit
 - Suhu : 37 °C
- d. Kontraksi : 5 x dalam 10 menit, selama 45 detik
- e. DJJ : 139 x/i
- f. Genetalian luar : Tampak tekanan pada anus, perineum menonjol, vulva membuka
- g. Genetalia dalam
 - Dinding vagina : tidak ada molase
 - Penipisan Porsio : 10%
 - Ketuban : jernih

Letak	: kepala
Presentasi	: UUK
Molase	: tidak ada
Penumbungan	: tidak ada
Penurunan	: HOD IV

Assesement

Diagnosa	: Ibu inpartu kala II normal
Masalah	: tidak ada
Kebutuhan	: tidak ada

Planning

1. Informasikan hasil pemeriksaan pada ibu dan keluarga
2. Berikan dukungan psikologis
3. Anjurkan ibu untuk memilih posisi yang nyaman
4. Anjurkan cara meneran yang benar
5. Anjurkan pertolongan persainan
6. Lakukan penanganan BBL
7. Pedokumentasian

CATATAN PELAKSANAAN

Waktu	Catatan pelaksanaan
Rabu ,7 Januari 2026 05.45 WIB	1. Menginformasikan pada ibu bahwa pembukaan sudah lengkap pukul 05.45 wib ketuban sudah pecah secara spontan, air ketuban berwarna jernih, dan keadaan umum ibu dan janin baik Evaluasi : ibu paham dengan informasi yang diberikan
	2. Memberikan suport dan meyakinkan bahwa ibu bisa melalui persalinannya Evaluasi : ibu sudah sedikit tenang
	3. Memberikan ibu minum diantara kontraksi Evaluasi : ibu sudah minum air putih ½ gelas
	4. Membantu ibu mengatur posisi mendedan yang nyaman sesuai keinginan ibu Evaluasi : ibu sudah nyaman dengan posisi pilihannya dorsal recumben
	5. Mengajarkan ibu teknik meneran yaitu meneran ketika kontraksi dan ada dorongan meneran, tidak menahan nafas saat meneran, menarik paha ke arah dada kemudian kepala diangkat sehingga dagu mendekati dada dan ibu dapat melihat ke arah perut serta tidak mengangkat bokong saat meneran dan membimbing ibu untuk meneran disaat kontraksi dan anjurkan ibu untuk istirahat disela kontraksis supaya ibu tidak kehabisan tenaga nantinya Evaluasi : ibu paham dan mengerti

	6. Melakukan pertolongan persalinan, vulva hygiene terlebih dahulu, dekatkan semua alat, letakkan handuk diatas perut ibu,dekatkan partus set, patahkan ampul oxytosin, cuci tangan pasang handscoon sebelah kanan, lalu masukan oxytosin kedalam spuit dengan teknik satu tangan, lalu pasang handscoon sebelah kiri,letakkan underpad bawah bokong ibu dan meminta suami mendampingi persalinan dan berikan ibu semangat. pada saat kepala tampak di vulva 5-6 cm kemudian menahan perenium dengan satu tangan. Tangan lain menuntun kelahiran kepala tetap fleksipada saat keluar secara bertahap melewati introitus vagina dan perenium. Setelah bayi lahir usap wajah bayi dengan kasa untuk membersihkan lendir dan darah dari mulut dan hidung bayi. Lalu cek lilitan tali pusat, Tidak terdapat lilitan tali pusat, tunggu putaran paksi luar. Kemudian letakkan tangan biparietal kemudian tuntun ke arah bawah untuk kelahiran bahu depan ,kemudian tuntun ke arah atas untuk melahirkan bahu belakang, lalu lahirkan badan dengan sanggah Susur Evaluasi : Bayi lahir pukul : 06.12 wib Jenis kelamin : laki – laki Keadaan Umum : Bayi bugar
--	--

	7. Melakukan penanganan BBL yaitu keringkan bayi, bersihkan jalan nafas dengan cara hisap lendir dari mulut dan hidung, klem tali pusat, letakan klem kedua 2-3 cm dari klem pertama ke arah plasenta, lalu potong antara kedua klem dengan posisi tangan melindungi bayi dari ujung gunting dan ikat tali pusat, kemudian melakukan IMD letakan bayi dengan tengkurap di dada ibu untuk kontak kulit ibu dan bayi, letakkan kepala bayi berda pada kedua payudara ibu dengan posismulut bayi sejajar dengan puting ibu, biarkan bayi melakukan kontak kulit ke kulit di dada ibu paling sedikit 1 jam. Setelah tali pusat dipotong lakukan pemeriksaan janin kedua, jika tidak didapat janin kedua, suntikkan oksitosin 10 unit secara IM di sepertiga paha luar ibu. Evaluasi : asuhan segera bayi baru lahir telah Dilakukani
	8. Melakukan pendokumentasian dalam bentuk SOAP Evaluasi : Pendokuemntasian Selesai

Manajemen Kala III Tanggal : 7 Januari 2026

Jam : 06 12 wib

Data Subjektif

1. Ibu mengatakan merasa senang dengan kelahiran bayinya
2. Ibu mengatakan merasa lelah
3. Ibu mengatakan masih terasa nyeri pada perut bagian bawah
4. Ibu mengatakan ada rasa ingin meneran

Data Objektif

1. Pemeriksaan fisik
 - a. Keadaan umum : Baik
 - b. Kesadaran : complementis
 - c. Tanda vital
 - Tekanan darah : 126 / 80 mmHg
 - Nadi : 89 x/menit
 - Pernafasan : 20 x/menit
 - Suhu : 37,2 °C
 - d. Pengeluaran darah pervaginam : adanya semburandarah
 - e. TFU : setinggi pusat
 - f. Janin kedua : tidak ada
 - g. Kontraksi uterus : normal
 - h. Tali pusat : memanjang
 - i. Blass : minimal

Assessment

Diagnosa : ibu inpartu kala III Normal Masalah : tidak ada

Kebutuhan : tidak ada

Planning

1. Informasikan hasil pemeriksaan pada ibu
2. Berikan asupan nutrisi dan cairan
3. Lakukan pemotongan tali pusat
4. Periksa janin kedua
5. Manajemen aktif kala III
6. Pedokumentasian

CATATAN PELAKSANAAN

Waktu	Catatan pelaksanaan
Rabu, 7 Januari 2026 06.12 wib	1. Menginformasikan kepada ibu bahwa bayinya telah lahir dengan jenis kelamin laki - laki, normal, BB 3610 gram, PB 50 cm, dan plasenta belum lahir Evaluasi : ibu kelihatan senang dengan kelahiran Bayinya
	2. Memberikan asupan nutrisi dan cairan pada ibu untuk menambah tenaga Evaluasi : ibu telah diberikan teh dan telah diminum

	3. Menjelaskan kepada ibu bahwa keluhan yang dirasakan adalah hal yang fisiologis dimana rasa nyeri yang dirasakan akibat dari kontraksi uterus untuk lahirnya plasenta, Evaluasi : ibu mengetahui penyebab nyeri yang dirasakan 4. Melakukan palpasi pada uterus ibu untuk memastikan adanya janin kedua Evaluasi : uterus ibu telah di palpasi dan tidak didapatkan adanya janin kedua 5. Melakukan manajemen aktif kala III a. Melakukan injeksi oksytocin 1 ampul pada 1/3 bagian paha luar ibu Evaluasi : injeksi oksitosin telah dilakukan b. Melakukan peregang tali pusat terkendali, pindahkan klem 5-10 cm dari vulva, lihat adanya tanda-tanda pelepasan plasenta, setelah adanya tanda-tanda pelepasan plasenta regangkan tali pusat ke arah bawah dengan satu tangan sambil tangan yang lain mendorong uterus ibu ke arah atas ibu (dorso kranial) secara hati-hati hingga lahirnya plasenta Evaluasi : Peregang tali pusat terkendali telah dilakukan c. Plasenta lahir lengkap dan dilakukan massase pada uterus Evaluasi : Plasenta lahir lengkap pukul 06.20 WIB, kortiledon lengkap, diameter plasenta ± 20 cm, tebal ± 2cm, panjang tali pusat ± 50 cm. 6. Melakukan pendokumentasian dalam bentuk SOAP Evaluasi : pendokumentasian selesai
--	---

Manajemen Kala IV

Tanggal : 7 Jan 2026

Jam : 06.20 WIB

Data Subjektif

1. Ibu merasa senang bayi dan plasenta telah lahir
2. Ibu mengatakan sangat lelah
3. Ibu mengatakan perutnya masih terasa mules-mules

Data Objektif

1. pemeriksaan fisik

- a. Keadaan umum : baik
- b. kesadaran : complemetis
- c. Tanda vital
 - Tekanan darah : 121 /74 mmHg
 - Nadi : 78 x/menit
 - Pernafasan : 19 x/menit
 - Suhu : 36 ,8 °C
- d. TFU : 2 jari di bawah pusat
- e. Kontraksi uterus : baik
- f. Blass : kosong
- g. Luka laserasi : Derajat II
- h. Volume darah : 150 cc

Assessment

Diagnosa : Ibu parturien kala iv normal

Masalah : Tidak ada

Kebutuhan : Tidak ada

Planning

- a. Informasikan hasil pemeriksaan
- b. Periksa leserasi
- c. Pastikan bayi yang sedang IMD bernapas dengan normal
- d. Berikan nutrisi pada ibu
- e. Bersihkan pasien
- f. Bersihkan alat
- g. Bersihkan diri
- h. Informasikan tentang salap mata, VIT K dan HBO
- i. Anjurkan istirahat dan berikan penkes personal hygien
- j. Lakukan pemantauan kala IV

CATATAN PELAKSANAAN

Waktu	Catatan pelaksanaan
Rabu , 7 Januari 2026 06.20 WIB	1. Menginformasikan pada ibu tentang hasil pemeriksaan dan menjelaskan kepada ibu bahwa nyeri yang ibu rasakan pada perut bagian bawah terjadi karena Rahim berkontraksi agar dapat kembali keadaan sebelum hamil Evaluasi : Ibu sudah mengetahui hasil pemeriksaan dan mengerti dengan penjelasan yang disampaikan
	2. Melakukan pemeriksaan laserasi Evaluasi : Sudah dilakukan heating derajat II
	3. Memastikan bayi yang sedang IMD bernapas dengan baik Evaluasi : bayi bernapas dengan baik
	4. Memberikan asupan gizi melalui makanan dan minuman dan mintak bantuan pada suami untuk menyuapi ibu Evaluasi : ibu telah disuapi makan dan minum oleh Suami
	5. Melakukan personal hygiene dimana membersihkan badan ibu dan dipasangkan pembalut, gurita, dan baju ganti sehingga ibu merasa nyaman Evaluasi : ibu sudah dibersihkan pembalut dan gurita sudah di pasangkan 6. Menempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi selama 10 menit kemudian cuci dan membilas peralatan setelah didekontaminasi Membuang bahan-bahan yang terkontaminasi ketempat sampah infeksius dan non infeksius.

	7. Mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir, kemudian keringkan dengan tisu. Evaluasi:tangan telah bersih dan kering
	8. Menginformasikan kepada ibu setelah bayi IMD minimal selama 1 jam, bayi akan diberikan salap mata untuk terhindar dari infeksi mata, dan diinjeksi Vit K untuk membantu pembekuan darah dan mencegah pendarahan yang bisa terjadi pada bayi,setelah 1 jam pemberian vit K makan bayi akan diinjeksikan kembali HBO untuk mencegah penyakit hepatitis B pada bayi Evaluasi : ibu bersedia bayinya diinjeksi dan pemberian salaf mata 9. Menganjurkan ibu untuk istirahat agar ibu tidak lagi merasa letih dan tenaga ibu kembali serta mengajarkan ibu untuk selalu keringkan jika selesai BAK untuk pemulihan luka laserasinya Evaluasi : ibu sedang istirahat dan pahan tentang kebersihan luka laserasinya 10. Melakukan pemantauan kala IV meliputi Tekanan darah, nadi, suhu, Tinggi fundus uteri, kontraksi uterus, kandung kemih, perdarahan setiap satu kali 15 menit dalam 1 jam pertama dan setiap 1 x 30 menit dalam 1 jam kedua Evaluasi : pemantauan sudah dilakukan Pukul : 06.35 TD : 121 /74 mmHg N : 78 x/i S : 36,8 °C TFU : 2 jari bawah pusat

	Kontraksi : Baik Blass : tidak penuh Pendarahan : normal Pukul : 06.50 TD : 110 /80 mmHg, N : 80 x/i TFU : 2 jari bawah pusat Kontraksi : Baik Blass : tidak penuh Pendarahan : normal Pukul : 07.05 TD : 122 /79 mmHg N : 80x/i TFU : 2 jari bawah pusat Kontraksi : Baik Blass : Tidak penuh Pendarahan : normal Pukul : 07.20 TD : 120 /85 mmHg N : 80 x /i TFU : 2 jari bawah pusat Kontraksi : Baik Blass : Tidak penuh Pendarahan : normal
--	--

	Pukul : 07.50 TD : 110/70 mmHg N : 74x/i S : 36,1 °C TFU : 2 jari bawah pusat Kontraksi : Baik Blass : Tidak penuh Pendarahan : normal Pukul : 08.20 TD : 121/89 mmHg N : 85 x/i TFU : 2 jari bawah pusat Kontraksi : Baik Blass : Tidak penuh Pendarahan : normal 11. Melakukan pendokumentasian dalam bentuk SOAP Evaluasi : pendokumentasian selesai
--	--

C. SOAP NIFAS

Kunjungan I

Hari/tanggal : Rabu , 7 Januari 2026

Jam : 13 : 00 WIB

Tempat : PMB Dian Wahyuni, S.ST.

Data Subjektif

1. Keluhan Utama : ibu mengatakan perutnya masih sedikit mules

2. Riwayat persalinan sekarang

Tanggal persalinan : 7 Januari 2026

Penolong : Bidan

Jenis persalinan : Spontan

Plasenta : Lahir lengkap

Panjang tali pusat : 50 cm

Lama persalinan

Kala I	: 4 jam	Kala II	: 25
		menit	

Kala III	: 8 menit	Kala IV	: 2 jam
----------	-----------	---------	---------

Keadaan ketuban

Warna : Jernih

Bau : Amis

Laserasi perineum : Ada

3. Data Pola Keseharian

- a. Nutrisi : ibu telah makan satu piring berisi nasi sedang , satu potong
Sedang ayam, satu mangkuk sayur bayam
- b. Eliminasi : BAK lancar tidak ada komplikasi , Belum BAB
- c. Istirahat : ibu mengatakan s u d a h tidur malam 1 jam
- d. Personal hygiene : ibu mengatakan sudah mandi 30 menit yang lalu

Data Objektif

6. Pemeriksaan Umum

- a. Keadaan umum : baik
- b. Kesadaran : composmentis
- c. Tanda vital

Tekanan darah : 118/70 mmHg Nadi : 78 x/menit

Pernafasan : 19 x/menit Suhu : 36,9 °C

7. Pemeriksaan Khusus

- a. Wajah : tidak odema
- b. Mata : tidak ikterik dan konjungtiva merah muda
- c. Payudara : terasa penuh dan pengeluaran ASI lancar
- d. Abdomen : TFU 2 jari dibawah pusat, kontraksi baik
- e. Genetalia : tidak ada tanda infeksi, bersih dan pengeluaran lochea
rubra
- f. Ekstremitas : odema (-),
- g. Aktifitas : ibu hanya berbaring, duduk dan Berjalan ke kamar mandi

Assessment

Diagnosa : Ibu post partum 7 jam
Masalah : tidak ada
Kebutuhan : tidak ada

Planning

1. Informasikan hasil pemeriksaan
2. Anjurkan ibu untuk istirahat
3. Ajarkan teknik menyusui baik dan benar
4. Anjurkan makan makanan yang bergizi
5. Penkes tanda bahaya post partum
6. Penkes personal hygiene
7. Anjurkan untuk kunjungan ulang
8. Pendokumentasian

CATATAN PELAKSANAAN

Waktu	Catatan pelaksanaan
Rabu, 7 Januari 2026 13:00 WIB	1. Menginformasikan hasil pemeriksaan bahwa ibu dalam keadaan baik, TD :118/70 mmHg, S:36,9 ° c P:19x/i, N: 78x/I kontraksi : baik, pengeluaran darah : normal Evaluasi : ibu tampak senang dengan keadaannya
	2. Menganjurkan ibu untuk beristirahat yang cukup untuk memulihkan kondisi ibu di saat bayi tidur Evaluasi : ibu akan beristirahat
	3. Menganjurkan ibu memakan makanan bergizi dan asupan nutrisi yang cukup untuk metabolisme dan proses pembentukan ASI yaitu karbohidrat, tinggi protein (tahu, tempe, kacang-kacangan, daging, ikan dan ayam), sayur-mayur, buah-buahan dan minum air putih minimal 3 liter/hari serta tetap mengkonsumsi tablet tambah darah Evaluasi : Ibu paham dengan informasi yang disampaikan 4. Memberitahu ibu tanda-tanda bahaya nifas - Demam tinggi - Cairan pervagimam berbau busuk - Penglihatan kabur - Nyeri tekan pada abdomen - Payudara lecet dan bengkak Evaluasi : Ibu mengerti dengan penjelasan yang disampaikan

	5. Mengajarkan teknik menyusui yang benar yaitu posisikan ibu senyaman mungkin dan jika ibu memilih menyusui dengan posisi duduk kaki tidak boleh menggantung, duduk bersandar atau disanggah dengan bantal, posisi bayi berada dalam satu garis lurus perut ibu dan perut bayi menempel wajah bayi menghadap ke payudara ibu dan supaya ibu tidak capek sanggah bayi dengan bantal. sebelum menyusui oleskan sedikit ASI pada puting untuk mencegah lecet dan memudahkan bayi mencari puting, pastikan mulut bayi terbuka lebar seluruh puting dan sebagian besar areola masuk ke mulut bayi, sehingga bibir atas dan bawah terlipat keluar, untuk menandakan cara menyusui telah benar saat menyusui bayi tidak mengeluarkan suara/berbunyi, dan setelah ibu menyusui sebaiknya bayi disendawakan untuk mencegah bayi tidak muntah/gumoh Evaluasi : ibu mengerti dengan penjelasan yang diberikan
	6. Mengajarkan ibu personal hygiene menggantikan pembalut minimal 4 jam sekali atau ketika sudah penuh dan membersihkan daerah kewanitaan dari depan ke belakang. Evaluasi : ibu mengerti tentang apa yang dianjurkan

Kunjungan II

Hari/tanggal : Rabu, 14 Januari 2026

Jam : 17 : 00 WIB

Tempat : PMB Dian Wahyuni, S.ST.

Data Subjektif

1. Ibu mengatakan tidak ada tanda-tanda bahaya nifas seperti yang telah disampaikan pada kunjungan I.
2. Ibu mengatakan sudah menyusui bayinya tapi ASI tidak banyak dan ibu cemas ASInya tidak banyak seperti waktu menyusui anak pertama
3. Ibu mengatakan sudah menyusui dengan benar seperti yang di ajarkan pada kunjungan I
4. Ibu mengatakan darah yang keluar dari kemaluannya semakin berkurang.

Data Objektif

1. Pemeriksaan Umum

- a. Keadaan umum : baik
- b. Kesadaran : composmentis
- c. Tanda vital

Tekanan darah : 120/70 mmHg Nadi : 80 x/menit

Pernafasan : 20 x/menit Suhu : 36,5 °C

2. Pemeriksaan Khusus

- a. Wajah : tidak odema
- b. Mata : tidak ikterik dan konjungtiva merah muda

- c. Payudara : terasa penuh dan pengeluaran ASI lancar
- d. Abdomen : TFU pertengahan simfis- pusat, kontraksi baik
- e. Genetalia : tidak ada tanda infeksi, bersih dan pengeluaran lochea sangoelenta
- f. Ekstremitas : odema (-),

Assessment

- Diagnosa : Ibu post partum 7 hari
- Masalah : ASInya tidak banyak dan ibu cemas kalau ASInya tidak banyak
- Kebutuhan : massage payudara

Planning

1. Informasikan hasil pemeriksaan
2. Melakukan pemantauan post partum
3. Penkes tentang nutrisi selama nifas dan menyusui
4. Mengajarkan ibu massage payudara
5. Anjurkan untuk kunjungan ulang
6. Pendokumentasian

CATATAN PELAKSANAAN

Waktu	Catatan pelaksanaan
Rabu, 14 Januari 2026 17:00 WIB	1. Menginformasikan hasil pemeriksaan bahwa ibu dalam keadaan baik, TD :120/70 mmHg, S:36,5 ° c P : 20x/i, N: 80x/I Evaluasi : ibu tampak senang dengan keadaannya
	2. Melakukan pengawasan postpartum berupa TFU, kontraksi dan pengeluaran pervaginam Hasil pemeriksaan : TFU : Pertengahan pusat dan symphysis Kontraksi : Baik Evaluasi : Ibu akan beristirahat 3. Menganjurkan ibu memakan makanan bergizi dan asupan nutrisi yang cukup untuk metabolisme dan proses pembentukan ASI yaitu karbohidrat, tinggi protein (tahu, tempe, kacang-kacangan, daging, ikan dan ayam), sayur-mayur, buah-buahan dan minum air putih minimal 3 liter/hari serta tetap mengkonsumsi tablet tambah darah Evaluasi : Ibu paham dengan informasi yang Disampaikan 4. Menganjurkan ibu untuk kunjungan ulang lebih kurang 2 minggu lagi Evaluasi : ibu mau untuk kunjungan ulang 5. Melakukan pendokumentasian dalam bentuk SOAP Evaluasi : pendokumentasian selesai

Kunjungan III

Hari/tanggal : Rabu , 28 Januari 2026

Jam : 16 : 30 WIB

Tempat : PMB Dian Wahyuni, S.ST.

Data Subjektif

1. Ibu mengatakan bayinya sangat kuat menyusu dan ASI sudah lancar sejak rutin melakukan massage payudara
2. Ibu mengatakan sudah mengkonsumsi makanan seperti apa yang telah dianjurkan pada kunjungan II
3. Ibu mengatakan terdapat pengeluaran dari kemaluan berwarna kuning kecoklatan

Data Objektif

1. Pemeriksaan Umum

- a. Keadaan umum : baik
- b. Kesadaran : composmentis
- c. Tanda vital

Tekanan darah : 110/70 mmHg Nadi : 78 x/menit

Pernafasan : 21 x/menit Suhu : 36,8 °C

2. Pemeriksaan Khusus

Wajah : tidak odema

Mata : tidak ikterik dan konjungtiva merah muda

Payudara : terasa penuh dan pengeluaran ASI lancar

Abdomen : TFU tidak teraba, blass minimal

Genetalia : tidak ada tanda infeksi, terlihat pengeluaran cairan berwarna kuning kecoklatan, lochea serosa

Ekstremitas : Tidak ada oedema

Assessment

Diagnosa : Ibu post partum 21 hari Masalah : tidak ada

Kebutuhan : tidak ada

Planning

1. Informasikan hasil pemeriksaan
2. Melakukan pemantauan post partum
3. Memberikan penkes tentang alat kontrasepsi
4. Anjurkan untuk kunjungan ulang
5. Pendokumentasian

CATATAN PELAKSANAAN

Waktu	Catatan pelaksanaan
Rabu, 28 Januari 2026 16.30 WIB	1. Menginformasikan hasil pemeriksaan bahwa ibu dalam keadaan baik, TD :110/70 mmHg, S:36,8 ° c P : 21x/i, N: 78x/I Evaluasi : ibu tampak senang dengan keadaannya 2. Melakukan pengawasan postpartum berupa TFU, kontraksi dan pengeluaran pervaginam

	Hasil pemeriksaan : TFU : tidak teraba, blass tidak teraba
	Perdarahan : lochea serosa Evaluasi : Ibu akan beristirahat
	3. memberikan ibu pembedaan kesehatan tentang alat kontrasepsi seperti jenis-jenis alat kontrasepsi, keuntungan, kerugian masing-masing alat kontrasepsi Evaluasi: saat nifasnya selesai ibu berencana menggunakan suntik 3 bulan.
	4. Menganjurkan ibu untuk kunjungan ulang 2 minggu lagi untuk melakukan pemasangan implant Evaluasi : ibu mau untuk kunjungan ulang

D. SOAP Bayi Baru Lahir

Kunjungan Neonatus I

Tanggal : 7 Januari 2026

Jam : 13.00 WIB

Data Subjektif

1. Ibu mengatakan sudah mendapatkan ASI
2. Ibu mengatakan bayi sudah BAB dan

Data Objektif

1. Pemeriksaan umum Keadaan Umum: baik
2. Kesadaran : composmentis

3. Tanda-tanda vital

Suhu : 37 °C
N : 130 x/menit
RR : 45 x/i

4. Pemeriksaan Fisik

- a. Warna kulit : kemerahan tidak ada bercak-bercak, dan tidak ada tanda lahir.
- b. Kepala : Simetris tidak ada kelainan, Adanya caput suks edadenum.
- c. Mata : Tidak ada tanda-tanda infeksi, sclera tidak kuning dan simetris
- d. Hidung : simetris, bersih, tidak ada kelainan tidak ada pernapasan cuping hidung, septum berada ditengah dan tidak ada polip
- e. Mulut : Warna bibir merah, tidak ada sianosis, tidak ada labio skizis, maupun palatoskizis,
- f. Telinga : Bersih, tidak ada secret, simetris kiri dan kanan
- g. Leher : Tidak ada pembengkakan kelenjer tyroid dan limfe
- h. Dada : Gerakan dada mengembang simetris dengan respirasi, puting susu simetris.
- i. Abdomen : Tidak teraba massa, abdomen bergerak keatas dan kebawah bersamaan dengan respirasi, tidak adanya perdarahan/tanda-tanda infeksi tali pusat.

j. Tangan

Gerakan : aktif

Jumlah jari : 10

Kelainan : tidak ada

k. Kaki

Gerakan : aktif

Jumlah jari : 10

Kelainan : tidak ada

l. Genetalia : testis berada didalam scrotum dan lobang penis berada pada ujung penis

m. Anus : adanya lobang anus dan tidak ada kelainan

n. Punggung : Tidak ada cekungan maupun pembengkakan, tulang belakang lurus dan tidak ada kelainan

3. Pemeriksaan reflek

Reflek sucking : ada

Reflek rooting : ada

Reflek morro : ada

Grasping : ada

Babinsky : ada

Assessment

Diagnosa : Neonatus Aterm Sesuai Masa Kehamilan usia 6 jam Normal

Masalah : tidak ada

Kebutuhan : tidak ada

Planning

1. Informasikan keadaan bayi pada ibu
2. Jaga bayi tetap hangat
3. Anjurkan ibu menyusui sesering mungkin
4. Ajarkan teknik menyusui
5. Persiapan memandikan bayi
6. Anjurkan asi eksklusif
7. KIE tanda bahaya

CATATAN PELAKSANAAN

Waktu	Catatan pelaksanaan
Rabu, 7 Januari 2026 13.00 wib	1. Menginformasikan pada ibu bahwa bayinya dalam keadaan baik Evaluasi: ibu tampak senang dengan keadaan bayinya
	4. Mengajarkan ibu cara teknik menyusui baik dan benar Agak puting susu tidak lecet Evaluasi: ibu sudah bisa cara menyusui baik dan benar
	5. Menganjurkan ibu untuk ASI eksklusif yaitu hanya memberikan ASI saja kepada bayi sampai umur bayi 6 bulan Evaluasi : ibu akan ASI eksklusif

	6. Menginformasikan kepada ibu bahwa bayi akan dimandikan karena sudah berusia 6 jam. Evaluasi : Ibu bersedia dan telah menyiapkan semua perlengkapan mandi bayi
	7. Menjelaskan kepada ibu tanda bahaya pada bayi baru lahir yaitu kulit bayi berwarna kuning, bayi tidak mau menyusui, bayi bernafas megap-megap, bayi demam suhu $>37,5^{\circ}\text{C}$, atau bayi kedingin suhu $< 36,5^{\circ}\text{C}$ bayi kejang, keluar pus dari tali pusat dan sekelilingnya memerah, bayi terlihat lemah Evaluasi : ibu telah mengetahui tanda bahaya bayi baru lahir
	7. Melakukan pendokumentasian dalam bentuk SOAP Evaluasi : pendokumentasian selesai

Kunjungan Neonatus II

Tanggal : 14 Januari 2026

Jam : 17.00 WIB

Data Subjektif

1. Ibu mengatakan tali pusat belum lepas
2. Ibu mengatakan bayi kuat menyusu
3. Ibu mengatakan tidak ada masalah dengan BAB dan BAK bayi

Data Objektif

1. Pemeriksaan umum

- a. Keadaan Umum : baik
- b. Kesadaran : composmentis
- c. BB : 3950 gr
- d. Tanda-tanda vital
 - Suhu : 36,9 °C
 - N : 132 x/menit
 - RR : 43 x/i

2. Pemeriksaan Fisik

- a. Mata : Tidak ada tanda-tanda infeksi, sclera tidak kuning dan simetris
- b. Mulut : lembab dan warna bibir merah,
- c. Telinga : tidak ada cairan tanda infeksi
- d. Abdomen : terlihat tali pusat kering sebagian, dan tidak ada

tanda-tanda infeksi

e. Ekstermitas : Gerakan aktif

f. Kulit : kemerahan dan bersih

Assessment

Diagnosa : Neonatus Aterm Sesuai Masa Kehamilan usia 7 hari Normal

Masalah : tidak ada Kebutuhan: tidak ada

Planning

1. Informasikan keadaan bayi pada ibu
2. KIE tentang nutrisi bayi dan hal yang membahayakan bayi

CATATAN PELAKSANAAN

Waktu	Catatan pelaksanaan
Rabu, 14 Januari 2026, 17.0 Wib	1. Menginformasikan pada ibu bahwa bayinya dalam keadaan baik Evaluasi: ibu tampak senang dengan keadaan bayinya 2. Memberikan penkes tentang : a. Kebutuhan nutrisi bayi yaitu Asi sangat penting bagi bayi serta mengusahakan agar bayi mendapatkan Asi eksklusif selama 6 bulan dan ibu yakin tetap memberikan Asi pada bayinya b. Hal-hal yang membahayakan pada bayi, diantaranya tidak menidurkan bayi ditepi ranjang, tidak membiarkan bayi menangis terus menerus, dan tidak menggoyangkan atau menggoncang bayi, bayi tidak boleh terkena asap rokok. Evaluasi : Ibu paham dengan penkes yang diberikan

Kunjungan Neonatus III

Tanggal : 28 Januari 2026

Jam : 16.30 WIB

Data Subjektif

1. Ibu mengatakan bayi kuat menyusu
2. Ibu mengatakan tidak ada masalah dengan BAB dan BAK bayi
3. Ibu mengatakan bayi tidak kuning

Data Objektif

1. Pemeriksaan umum

- a. Keadaan Umum : baik
- b. Kesadaran : composmentis
- c. BB : 4300 gr
- d. Tanda-tanda vital
 - Suhu : 37 °C
 - N : 130 x/menit
 - RR : 43 x/i

2. Pemeriksaan Fisik

- a. Mata : Tidak ada tanda-tanda infeksi, sclera tidak kuning dan simetris
- b. Mulut : lembab dan warna bibir merah, Telinga : tidak ada cairan tanda infeksi
- c. Abdomen : Tidak terdapat perdarahan pada pusat, tali pusat telah

lepas dan tidak ada tanda-tanda infeksi

d. Ekstermitas : Gerakan aktif

e. Kulit : kemerahan dan bersih

Assessment

Diagnosa : Bayi usia 3 minggu Normal

Masalah : tidak ada Kebutuhan: tidak ada

Planning

1. Informasikan keadaan bayi pada ibu
2. Pantau kembali pola ibu menyusui bayinya
3. Ingatkan kembali tentang pentingnya imunisasi dan jadwal imunisasinya

CATATAN PELAKSANAAN

Waktu	Catatan pelaksanaan
Rabu, 28 Januari 2026, 16.30 Wib	1. MenginformasikaAn pada ibu bahwa bayinya dalam keadaan baik Evaluasi: Ibu tampak senang dengan keadaan bayinya
	2. Memantau kembali pola ibu menyusui bayinya Evaluasi : Ibu mengatakan menyusui bayinya minimal 1x2jam , kadang 1x1 jam dengan frekuensi lebih dari 15-30 menit
	3. Memberitahu ibu tentang pentingnya imunisasi dan penyakit- penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi dan juga memberitahu ibu jadwal imunisasi selanjutnya yaitu BCG umur 1 bulan, DPT-HB-Hib 1 Polio 2 pada usia 2 bulan,DPT-HB- Hib 2 Polio 3 usia 3 bulan, DPT-HB-Hib 3

	Polio 4 usia 4 bulan dan imunisasi campak usia 9 bulan Evaluasi : Ibu mengerti dan bersedia bayinya mendapatkan imunisasi
--	---

BAB IV PEMBAHASAN

Penulis dalam pembahasan ini mencoba membandingkan antara teori yang penulis dapatkan dari berbagai sumber dengan tinjauan kasus yang telah diuraikan didalam BAB III. Harapan penulis adalah memperoleh gambaran secara nyata kesamaan dan kesenjangan yang penulis jumpai selama melakukan asuhan kebidanan kehamilan pada Ny.YS usia 29 tahun G1P1A0H1 sejak kontak pertama yang dimulai pada masa kehamilan 36-37 minggu. Pembahasan ini disusun dari mulai kehamilan sampai KB menggunakan SOAP.

Selama melaksanakan asuhan pada Ny. YS dan penulis menemukan adanya kesesuaian dan kesenjangan antara teoritis dengan kenyataan yang ada di lapangan praktek.

A. Kehamilan Trimester III

Kehamilan adalah fertilisasi atau penyatuan spermatozoa dan ovum dan dilanjutkan dengan nidasi dan implantasi. Dihitung dari saat fertilisasi hingga lahirnya bayi, kehamilan yang berlangsung dalam waktu 40 minggu (10 bulan atau 9 bulan) menurut kalender internasional. Kehamilan dibagi dalam III trimester, dimana trimester kesatu berlangsung dalam 12 minggu, trimester kedua 15 minggu (13 minggu hingga 27 minggu), dan trimester ketiga 13 minggu (minggu ke 28 hingga minggu ke 40). (Sarwono, 2018)

Pada pengumpulan data, penulis menggunakan format pengkajian meliputi anamnesa, pemeriksaan umum, pemeriksaan khusus. Dan pemeriksaan kehamilan penulis mengikuti standar asuhan kehamilan 10 T (Timbang berat badan, Tekanan darah, Tinggi fundus uteri, Tablet Fe, TT, pemeriksaan Hb, pemeriksaan VDRL, protein urin, reduksi urin, temu wicara dalam rangka persiapan rujukan).

Ny.YS usia 29 tahun dengan usia kehamilan 36-37 minggu dilakukan sebanyak 2 kali kunjungan di BPM. Dalam pemeriksaan kehamilan yang penulis lakukan didapatkan hasil ibu G1P1A0H1 usia kehamilan 36-37 minggu, janin hidup. tunggal. intrauterin, letak kepala, U puka, keadaan jalan lahir baik, keadaan ibu dan janin baik. Setelah dilakukan pemeriksaan TTV dalam batas normal. Dan pada pemeriksaan yang telah dilakukan didapatkan tinggi fundus uteri ibu 33 cm dengan taksiran berat badan janin 3255 gram, dan berat badan ibu yang bertambah dari awal kehamilan sampai kehamilan sekarang yakni 14 kg dan masih didalam batas normal kenaikan berat badan ibu hamil.

Dari standar asuhan kebidanan menurut teori ada beberapa yang tidak dilakukan selama kunjungan pertama kehamilan pada trimester 1, diantaranya pemeriksaan VDRL (Venereal Diseases Research Laboratory) screening untuk penyakit sifilis, HIV dan hepatitis B pada ibu hamil, dengan hasil negatif. Berdasarkan data subjektif yang didapat ibu mengatakan pemeriksaan laboratorium telah dilakukan di dengan hasil Hb ibu 12,5 gr % dan protein urin serta glukosa urin negatif (-) serta ibu telah diberikan tablet Fe tambahan oleh tenaga kesehatan. Karena tidak ada indikasi seperti ibu lemas, mudah lelah, konjungtiva serta bibir pucat dan tidak ada tanda - tanda ibu anemia, sehingga tidak dilakukan pemeriksaan Hb ulang untuk memastikan kembali kondisi ibu. Pertambahan berat badan, LILA, TTV, TFU, serta pemeriksaan lainnya semuanya dalam batas normal dan sesuai dengan teori yang ada, begitu juga dengan tinggi fundus uteri yang sesuai dengan usia kehamilan. Berdasarkan hasil pemeriksaan yang telah dilakukan kepada Ny. YS tidak ditemukan tanda - tanda bahaya dan keadaan yang serius dan berisiko terhadap ibu dan janin.

B. Persalinan

Persalinan normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan 37 42 minggu lahir spontan dengan presentasi - belakang kepala biasa berlangsung dalam 18 jam tanpa komplikasi baik pada (ibu maupun janin). (Aprilia, 2011).

Ny. YS datang ke PMB bidan “DW” dengan keluhan sakit pinggang menjalar ke perut bagian bawah dan keluar lendir bercampur darah sejak pukul 03.00 WIB. Penulis menemukan kesesuaian teori dengan di lapangan yaitu adanya tanda-tanda persalinan salah satunya terjadinya his persalinan mempunyai ciri khas pinggang terasa nyeri yang menjalar kedepan, intervalnya kuat dan teratur, diikuti dengan keluarnya lendir bercampur darah yang menandakan jalan telah membuka.

Kala I

Kala I dimulai dari pembukaan nol sampai pembukaan lengkap (10 cm) dimana proses ini dibagi menjadi 2 fase yaitu : fase laten (pembukaan serviks cm sampai 3 cm), fase aktif (pembukaan serviks 4 cm sampai 10 cm). (Jenny J.S Sondakh, 2017).

Pada pukul 05.25 WIB Ny. YS datang ke PMB bidan ‘DW’ dengan keluhan sakit pinggang menjalar ke perut bagian bawah (ari-ari), lendir bercampur darah. Dilakukan pemeriksaan dalam dengan pembukaan 8 keluar cm, portio tipis, ketuban utuh, tidak ada molase, DJJ janin normal dan TTV ibu dalam batas normal. Dan pada pukul 05.45 Wib pembukaan lengkap, portio tidak teraba, ketuban pecah spontan, warna air ketuban jernih, DJJ janin normal dan TTV ibu dalam batas normal.

Setelah dilakukan pemeriksaan dalam asuhan yang diberikan pada kala 1 memberikan hasil yang baik selama proses persalinan. Menurut teori pada kala 1 persalinan dilakukan asuhan yaitu mengobservasi kemajuan persalinan, TTV, HIS, denyut jantung janin, memenuhi kebutuhan asupan nutrisi dan cairan, kebutuhan akan eliminasi dengan melibatkan anggota keluarga ibu. Pemantauan kemajuan persalinan berjalan dengan baik, sesuai dengan teori dengan kenyataan yang terdapat di lapangan. Pada kala I penulis melakukan asuhan komplementer terhadap ibu dengan melakukan pijat pada punggung dan pinggang ibu untuk mengurangi rasa sakit pada ibu dan memberikan kenyamanan serta ketenangan pada ibu.

Kala II

Kala II dimulai ketika pembukaan lengkap sampai lahirnya bayi Kala Nurasiah, Rukmawati, & Badriah, 2014). Pada kala II ini penulis melakukan vaginal tuse kepada pasien dimana dilakukan setiap 05.45 jam pembukaan lengkap dan sudah adanya tanda gejala kala II seperti dorongan untuk meneran, kepala sudah tampak 5-6 cm didepan vulva, adanya tekanan pada anus, dan perineum menonjol. Dan dilakukan pertolongan persalinan dengan langkah APN selama 22 menit. Bayi lahir jam 06.12 wib dengan jenis kelamin Laki - laki BB 3610 gram, PB 50 cm, bugar, tidak ada kelainan pada bayi.

Menurut teori yang ada, kala II berlangsung pada primi 1 jam dan pada multi 1/2 jam. Sedangkan Kala II pada Ny. YS berlangsung selama 27 menit dari pembukaan lengkap sampai bayi lahir. Ini dikarenakan Ny. YS dalam proses melahirkan sangat pandai dalam mengedan, dan memiliki semangat dan kekuatan yang luar biasa dimana Ny. YS melakukan apa yang dianjurkan oleh bidan serta

semangat dan motivasi dari suami yang membuat Ny. YS untuk melahirkan sang buah hati yang ia tunggu-tunggu. Karena dari itu pentingnya semangat atau suport dari keluarga dan suami saat proses persalinan. Disini ditemukan kesesuaian teori dengan di lapangan yaitu kala II pada multigravida berlangsung ½ jam.

Kala III

Kala III dimulai segera setelah bayi lahir sampai lahirnya plasenta, yang berlangsung tidak lebih dari 30 menit (Sondakh, 2013). Pada kala III setelah bayi lahir dilakukan palpasi pada uterus ibu untuk memastikan apakah ada janin kedua. Setelah itu dilakukan manajemen aktif kala II, pada pukul 06.12 Wib diberikan suntik oxytocin 10 unit secara IM. Kemudian dilakukan peregang tali pusat terkendali plasenta lahir secara spontan pada pukul 06.20 Wib dengan keadaan lengkap. Kala III pada Ny. YS berlangsung selama 8 menit. Hal ini sesuai dengan teori yang menjelaskan bahwa kala III berlangsung tidak lebih dari 30 menit sehingga tidak ditemukan kesenjangan antara teori dan kenyataan yang ada di lapangan.

Kala IV

Kala IV dimulai sejak lahirnya plasenta hingga 2 jam. Pada kala IV ini dilakukan observasi terhadap perdarahan pasca persalinan, paling sering terjadi pada 2 jam pertama (Reni, 2017). Pada kala IV dilakukan pemantauan 2 jam post partum dimulai sejak pukul 06.20 Wib setelah plasenta lahir, hingga pukul 08.20 Wib, Dilakukan pemantauan sesuai dengan teori yaitu satu jam pertama dilakukan setiap 15 menit, pada jam kedua dilakukan setiap 30 menit, Pada kala IV telah dilakukan pemantauan seperti TTV, TFU, kontraksi, kandung kemih, pengeluaran darah dan dari pemantauan ini didapat bahwa keadaan TTV, TFU, kontraksi,

kandung kemih, serta pengeluaran darah Ny.N dalam batas normal menurut teori. Dalam hal ini tidak ditemukannya kesenjangan antara teori dengan kenyataan yang didapat di lapangan.

C. Nifas

Periode masa nifas (peurperium) adalah masa pulih kembali, mulai dari persalinan selesai hingga alat - alat kandungan kembali seperti prahamil. Lama masa nifas yaitu 6- 8 minggu (Bahi yatun,2009). Pada Ny. YS dilakukan kunjungan masa nifas sebanyak 3 kali kunjungan. Pada kunjungan pertama (6 jam post partum) dilakukan pengawasan dan pemantauan tanda _ tanda bahaya post partum dan kondisi ibu serta bayi. Dalam pengawasan dan pemantauan masa nifas 6 jam post partum keadaan TTV dalam batas normal, kontraksi uterus baik, tinggi fundus uteri 2 jari di bawah pusat, pengeluaran pervaginam lochea rubra. Dalam hal ini tidak ditemukan kesenjangan antara teori dan kenyataan yang didapat di lapangan karena kondisi ibu masih dalam batas normal menurut teori yang ada.

Pada Ny. YS diberikan pengawasan dan pemantauan 6 jam post partum pendidikan kesebatan tentang tanda bahaya post partum yang harus diwaspadai oleh ibu selama masa nifas, ASI eksklusif yang wajib diberikan kepada bayi selama 6 bulan pertama. serta teknik menyusui yang baik dan benar. Hal ini sudah sesuai dengan teori dan tujuan pemantauan dan pengawasan 6 jam post partum dan tidak ada kesenjangan yang ditemukan antara teori dengan kenyataan yang didapat di lapangan.

Pada kunjungan kedua (7 hari post partum) dilakukan evaluasi dari kunjungan pertama post partum yang dilakukan masih dalam lingkup PMB tempat

ibu bersalin serta pengawasan 7 hari post partum. Tidak ada tanda tanda bahaya dan keluhan ibu selama masa nifasnya, pada kunjungan ini tidak ditemukan adanya penyulit, dan involusi berjalan dengan baik sesuai uterus dengan teori yang dibahas sebelumnya. Ny. YS dapat menerima keadaan dan perubahan perubahan yang terjadi selama nifas dan telah masa melaksanakan anjuran yang diberikan dengan baik pada kunjungan pertama, Ny. YS terlihat bahagia atas kelahiran bayinya dn berusaha untuk melakukan perawatan yang baik untuk bayinya. Ny. YS mengatakan juga sudah mulai bisa beraktivitas, pada kunjungan nifas kedua ini diberikan konseling tentang KB dan upaya memperlancar dan meningkatkan kualitas ASI untuk pemenuhan kebutuhan ASI eksklusif pada bayi. Tujuan kunjungan 7 hari post partum yaitu mengevaluasi tanda bahaya pada ibu dan memastikan nutrisi ibu, dalam hal ini tidak ditemukan kesenjangan antara teori dan kenyataan yang didapat di lapangan.

Pada kunjungan ketiga dilakukan pengawasan 21 hari post partum dengan memberikan konseling salah satunya tentang KB,. Asuhan KB (Keluarga Berencana) belum dilaksanakan karena keterbatasan waktu, pada saat ini pasien masih dalam keadaan nifas, dalam kunjungan tersebut ibu bidan sudah menjelaskan beberapa jenis KB yang bisa dipakai oleh Ny “YS” dan nyonya N sudah mengambil keputusan akan menggunakan KB Implant setelah masa nifas selesai dan rencananya diberikan 2 minggu lagi. Secara keseluruhan asuhan KB sudah diberikan kepada Ny. YS hanya saja ada perbedaan antara teori dengan praktek dimana seharusnya konseling KB diberikan pada kunjungan nifas ke 4 (29 hari sampai 42 hari post partum)

D. Bayi Baru Lahir

Bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir dengan umur kehamilan 39-42 minggu dan berat lahir 2500 gram sampai 4000 gram.(Rukiyah,Ai Yeyeh dkk.2016). By. Ny YS lahir pada tanggal 7 Januari 2026 dengan berat 3610 gram dan panjang badan 50 cm berjenis kelamin Laki laki. Pada saat saat ini keadaan bayi baik berdasarkan hasil pemeriksaan fisik dengan cara melakukan inspeksi, palpasi, perkusi dan auskultasi. Dan bayi sudah dilakukan IMD yang bertujuan menjaga tubuh bayi agar tetap hangat agar terhindar dari hipotermia pada BBL. Setelah satu jam dilakukan inisiasi menyusui dini, kemudian dilakukan pemeriksaan tanda-tanda vital dan antropometri pada bayi, denyut jantung 130 kali/menit; respirasi 45 kali/menit; suhu 37 °C, berat badan 3610 gram, panjang badan 50 cm, lingkar kepala: 33 cm, lingkar dada 34 cm. Menurut Myles (2019) bahwa bayi normal mempunyai frekuensi pernapasan 30-60 kali/menit, suhu tubuh 36,5⁰C - 37,5⁰C (Sarwono, 2010), denyut jantung rata-rata 120-160 kali/menit (Sarwono, 2010), sedangkan menurut Marmi dan Raharjo (2012) bayi baru lahir normal dengan ciri-ciri seperti berat badan 2500 - 4000 gram; panjang badan lahir 48 - 52 cm; lingkar dada 30 - 38 cm; lingkar kepala 33 - 35 cm. Berdasarkan hasil pemeriksaan disimpulkan bahwa tanda vital dalam batas normal, dan dapat diklasifikasikan sebagai bayi normal berdasarkan data antropometri sesuai dengan teori dan tidak ditemukan kesenjangan antara teori dan di lapangan.

Pada kunjungan pertama neonatus yaitu 6 jam , bayi dimandikan dan tetap menjaga kehangatan bayi. Menganjurkan ibu tetap menyusui anaknya secara rutin dan tidak ada ditemukan kelainan pada bayi. Pada kunjungan kedua yaitu 7 hari post partum pemeriksaan bayi dengan hasil pemeriksaan dalam batas normal.

ibu mengatakan bayi menyusu kuat, dengan frekuensi 1x2 jam kadang 1x1 jam. Tidak ada masalah pada eliminasi bayi, dengan BAB dan BAK lancar. Tidak ada terdapat infeksi pada tali pusat. Begitu juga dengan kunjungan kedua, tidak ada terdapat kelainan pada bayi Ny.YS.

Pada kunjungan ke 2 tapi pusat belum lepas tapi tidak ada tanda- tanda infeksi tali pusat dan pada kunjungan ke 3 , bayi dalam kondisi sehat dan adanya perkembangan pada bayi, di lihat dari naiknya berat badan , bayi kuat menyusu , tidak ada kelainan pada bayi.

Penulis memberikan KIE seputar ASI, menjelaskan tanda bahaya bayi baru lahir, perawatan bayi lanjutan dan menganjurkan ibu untuk selalu memantau tumbuh kembang bayinya. Dan menurut penulis, dari data diatas tidak ada kesenjangan antara teori dan kasus yang sedang dikaji.

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Asuhan kebidanan merupakan penerapan fungsi dan kegiatan yang menjadi tanggung jawab dalam memberikan pelayanan kepada klien yang mempunyai kebutuhan/masalah dalam bidang kesehatan ibu pada masa hamil, masa persalinan, nifas, bayi setelah lahir serta keluarga berencana. (Rahmawati,2012)

Berdasarkan penerapan asuhan kebidanan pada Ny. YS dapat ditarik kesimpulan sebagai berikut:

1. Pengkajian dan pengumpulan data
Baik secara subjektif dan objektif telah dilakukan dan tidak ditemukan adanya masalah
2. Kunjungan selama kehamilan telah dilaksanakan sebanyak 2 kali di D PMB bidan Dian Wahyuni, S.ST dan dilaksanakan sejak usia kehamilan 36- 37 minggu dan 38 - 39 minggu dan tidak ditemukan adanya kegawatdaruratan dalam kehamilan
3. Ny YS bersalin di PMB bidan Dian Wahyuni, S.ST pada tanggal 07 – 01 - 2026 dengan usia kehamilan 39-40 minggu. Asuhan kebidanan pada Ny. YS terlaksana dengan baik mulai dari kala I sampai kala IV dan tidak ditemukan kesenjangan antara teori dan praktek.
4. Asuhan kebidanan post partum pada Ny. YS dilakukan sebanyak 3 kali dan tidak ditemukan komplikasi

5. Asuhan yang diberikan pada bayi Ny. YS telah dilakukan dengan standar asuhan kebidanan dan tidak ditemukan adanya komplikasi saat bayi lahir, serta bayi dalam keadaan bugar dengan A/S 8/9 serta tidak ditemukan kelainan
6. Asuhan kebidanan keluarga berencana dilakukan dengan memberikan pendidikan kesehatan tentang macam-macam kontrasepsi dan setelah diberikan penyuluhan tentang kontrasepsi pasca persalinan Ny. YS memilih setelah masa nifas selesai.
7. Pendokumentasian dilakukan mulai dari Kehamilan, persalinan, nifas, dan bayi baru lahir dalam SOAP

B. Saran

Dengan adanya asuhan kebidanan ini penulis mengharapkan:

1. Bagi Mahasiswa

Diharapkan kepada mahasiswa untuk dapat menjadikan laporan tugas akhir ini sebagai referensi dalam melaksanakan asuhan kebidanan berikutnya dan diharapkan mahasiswa dapat meningkatkan pengetahuan dan keterampilan dalam melaksanakan asuhan dilahan praktek sehingga dapat memberikan asuhan yang maksimal dan optimal.

2. Bagi Institusi Pendidikan

Diharapkan kepada institusi agar Studi kasus komprehensif ini dapat dijadikan sebagai referensi dalam pembuatan Laporan Tugas Akhir asuhan kebidanan berikutnya.

3. Bagi Profesi Bidan

Diharapkan bidan dapat meningkatkan kualitas dan kuantitas dalam

memberikan asuhan kebidanan yang meliputi asuhan kebidanan kehamilan, persalinan, nifas, bayi baru lahir, dan KB, serta selalu menerapkan asuhan yang sesuai dengan teori dan kewenangan bidan.

4. Bagi Klien dan Masyarakat

Diharapkan Studi kasus komprehensif ini dapat dijadikan sumber informasi serta pemahaman bagi masyarakat atau klien untuk bisa memahami pentingnya asuhan kebidanan ini yang dimulai dari masa kehamilan, persalinan, nifas, bayi baru lahir, dan KB.

DAFTAR PUSTAKA

- Affannd; B., Adriaansz, G. & Koesno, H., 2014. *Buku Panduan Praktis Pelayanan Kontrasepsi*. Jakarta: PT Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Anonim. (2019). *Rencana Strategis Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur 2019-2019*. Jawa timur.
- Dartiwen dan Yati Nurhayati.2019. *Asuhan Kebidanan pada Kehamilan*.Edisi 1. EGC:Yogyakarta.
- Dinkes Sumbar, *Profil Kesehatan Sumatra Barat Tahun 2019*. (2019). Sumatra Barat
- Faimah dan Nuryaningsih.2017,*Buku Ajar Asuhan Kebidanan Kehamilan*. Jakarta Fakultas Kedokteran dan Kesehatan Universitas Muhammadiyah Jakarta,
- Hani, Dkk. *Asuhan Kebidanan*. Yogyakarta. 2010
- Hernawati, E. & Kamila, L., 2017. *Kegawatdaruratan Maternal dan Neonatal*. Jakarta:CV. Trans Info Media
- Jamil,S. N, Sukma, F. & Hamidah, 2017. *Asuhan Kebidanan pada Neonatus, Bayi,Balita dan Anak Pra Sekolah*. Jakarta: Fakultas Kedokteran dan Kesehatan Universitas Muhammadiyah Jakarta
- Kemenkes RI. 2019. *Data dan Informasi Profil Kesehatan Indonesia 2018*. (2019).Indonesia.
- Kemenkes, RI. (2020). *Panduan Pelayanan Keluarga Berencana dan Kesehatan Reproduksi*
- Kemenkes RI. (2020). *Pedoman Bagi Ibu Hamil. Ibu Nifas Dan Bayi Baru Lahir*
- Manuaba. Ida Bagus Gde.2012. *Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan dan Keluarga Berencana untuk Pendidikan Bidan*. Jakarta: EGC.
- Manuaba.2010, *Imu Kebidanan, Penyakit Kandungan,dan KB*.Jakarta: EGC
- Marmi., dan Rahardjo K. 2012. *Asuhan Neonatus, Bayi, Balita dan Anak Pra Sekolah*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Mochtar, R. (2012). *Sinopsis Obstetri Fisiologi dan Patologi*. Jakarta: EGC (nd).
- Munthe, J. Adethia, k. Simbolon, M. L. & Damanik, L. P. U., 2019. *Asuhan Kebidanan Berkesinambungan (Continuity of Care)*. Jakarta: CV. Trans Info Media.
- Ningsih, S. L., & Suwandi, S. (2018). *Peran Bidan Dalam Pelaksanaan Permenkes Nomor 53 Tahun 2014 Tentang Pelayanan Kesehatan Neonatal Pada BayiBaru Lahir Di Puskesmas Kaleroang Sulawesi Tengah*. SOEPRA, 4(1), 73-94
- Nurhidajat, A., & Kusumawati, D. (2018). *Efektivitas Pelaksanaan Percepatan Penurunan Angka Kematian Ibu (Aki) Di Indonesia*. *Jurnal Anggaran Dan Keuangan Negara Indonesia (Akurasi)*, 2(1), 28-28,
- Padila. 2014. *Buku Ajar Keperawatan Maternitas*. Yogyakarta : Nuha Medika,.

- Pratiwi1, A. (2020). *Asuhan Kebidanan Komprehensif (Kehamilan, Persalinan, Nifas. Volume X No. 2 Desember 2020 Hal - 77, 78-88.*
- Prawirohardjo, S. 2010. *Buku Asuhan Nasional Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka
- Prawirohardjo, Sarwono (2014). *Buku Acuan Neonatal Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*. Jakarta : Bina Pustaka.
- Profil Gender dan Anak Kota Bukittinggi, Th 2021. (2021). Bukittinggi.
- Saifuddin, A.B., Adriaansz, G., Wiknjosastro. G. H. & Waspodo, D., 2014. *Pelayanan Kesehatan Maternal Dan Neonatal*. Jakarta: Pt Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Saifuddin, A.B., Adriaansz, G., Wiknjosastro, G. H. & Waspodo, D, 2014, *Pelayanan Kesehatan Maternal Dan Neonatal*. Jakarta: Pt Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo
- Saifuddin, A.B., Rachimhadhi, T. & Wiknjosastro, G. H., 2016. *Ilmu Kebidanan* Jakarta: Pt. Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo
- Saifuddin, Abdul Bari.2016.*Ilmu Kebidanan*.Jakarta : PT.Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Sukarni, Icemi. "*Buku ajar keperawatan maternitas*." (2013).
- Sulistyawati Ari, dan Nugraheny, 2010. *Asuhan Kebidanan Pada Ibu Bersalin*. Jakarta : Salemba Medika.
- Sulistyawati. 2014. *Asuhan Kehamilan Normal*. Jakarta: Medika
- Sutanto, Andina Vita. 2019. *Asuhan Kebidanan Nifas dan Menyusui*. Yogyakarta Pustaka Baru Press

Lampiran 1

SURAT PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN

Kepada

Yth calon Responden Di tempat Dengan Hormat,

Saya yang bertanda tangan dibawah ini, Mahasiswi Program Studi Profesi Bidan Universitas Prima Nusantara Bukittinggi

Nama : Putri Winna Sari
Nim : 241004615901116

Akan mengadakan asuhan kebidanan berkelanjutan (*Continuity Of Care*) bertujuan untuk mengembangkan ilmu pengetahuan dan tidak akan menimbulkan akibat dan dampak buruk bagi ibu/sodara/i sebagai responden, kerahasiaan informasi yang diberikan akan dijaga dan hanya digunakan untuk tujuan penelitian. Apabila ibu/sdr/i menyetujui maka dengan ini saya mohon kesedian, responden untuk menandatangani lembar persetujuan dan menjawab pertanyaan-pertanyaan yang saya ajukan untuk kebutuhan dalam asuhan kebidanan.

Atas perhatian ibu/sdr/ sebagai responden, saya ucapkan terimakasih.

Hormat Saya,

Putri Winna Sari
NIM. 241004615901116

Lampiran 2

LEMBAR INFORMED CONSENT

Saya yang bertanda tangan dibawah ini : Inisial responden: Ny Yani Safitri

Umur : 29 tahun

Alamat : Balai Jaring

Memberikan persetujuan untuk menjadi responden dalam pemberian “Asuhan Kebidanan Berkelanjutan (*Continuty Of Care*) yang akan dilakukan mahasiwi :

Nama Peneliti : Putri Winna Sari

NIM : 241004615901116

Prodi : Profesi Bidan

Telah dijelaskan bahwa keikut sertaanya ini hanya digunakan untuk keperluan penelitian dan saya secara suka rela bersedia menjadi responden penelitian ini .

Payakumbuh, 12 Desember 2025
Yang Menyatakan,

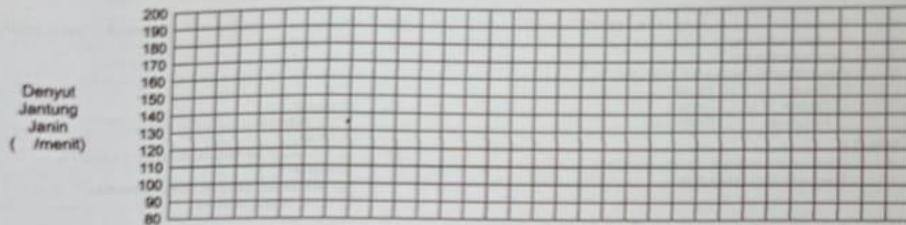
Ny Yani Safitri

PARTOGRAF

No. Register

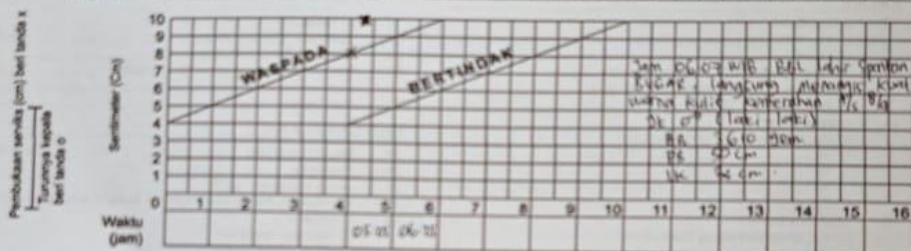
 Nama Ibu : Norlana Umur : 29 th G 6 P 3 A 2
 No. Puskesmas

 Tanggal : 9-4-2015 Jam : 05.35 Alamat : Korp. Puntung
 Ketuban pecah Sejak jam - mules sejak jam 01.00 Adem

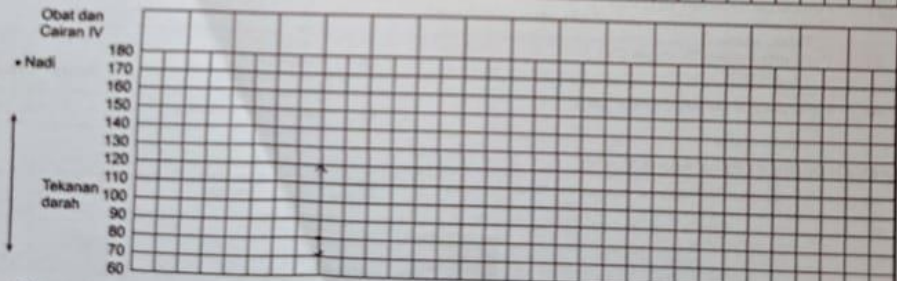


Air ketuban

 Penyusupan



Oksitosin U/L tetes/menit



Urin Protein Aseton Volume

Urin

 Protein

 Aseton

 Volume

CATATAN PERSALINAN

- Tanggal : 08-04-2015
- Nama bidan : Mella Acha Set
- Tempat Persalinan :
 - ☐ Rumah Ibu ☐ Puskesmas
 - ☐ Polindes ☐ Rumah Sakit
 - ☒ Klinik Swasta ☐ Lainnya :
- Alamat tempat persalinan : Sungai Durian
- Catatan : ☐ rujuk, kala : I / II / III / IV
- Alasan merujuk :
- Tempat rujukan :
- Pendamping pada saat merujuk :
 - ☐ Bidan ☐ Teman
 - ☐ Suami ☐ Dukun
 - ☐ Keluarga ☐ Tidak ada

KALA I

- Partogram melewati garis waspada : Y / (T)
- Masalah lain, sebutkan :
- Penatalaksanaan masalah Tsb :
- Hasilnya :

KALA II

- Episiotomi :
 - ☐ Ya, indikasi
 - ☒ Tidak
- Pendamping pada saat persalinan
 - ☐ Suami ☐ Teman ☐ Tidak ada
 - ☒ Keluarga ☐ Dukun
- Gawat Janin :
 - ☐ Ya, tindakan yang dilakukan
 - a.
 - b.
 - c.
- Distosia bahu :
 - ☐ Ya, tindakan yang dilakukan
 - a.
 - b.
 - c.
- Masalah lain, sebutkan :
- Penatalaksanaan masalah tersebut :
- Hasilnya :

KALA III

- Lama kala III : 5 menit
- Pemberian Oksitosin 10 U im ?
 - ☒ Ya, waktu : 1 menit sesudah persalinan
 - ☐ Tidak, alasan
- Pemberian ulang Oksitosin (2x) ?
 - ☐ Ya, alasan
 - ☒ Tidak
- Penegangan tali pusat terkendali ?
 - ☒ Ya
 - ☐ Tidak, alasan

PEMANTAUAN PERSALINAN KALA IV

Jam Ke	Waktu	Tekanan darah	Nadi	Suhu	Tinggi Fundus Uteri	Kontraksi Uterus	Kandung Kemih	Perdarahan
1	06.30	121/74 mmHg	78 %	36.8 °C	2 jari dibawah pusat	keras	Kosong	normal
	06.45	110/80 mmHg	80 %		2 jari dibawah pusat	keras	Kosong	normal
	07.00	122/79 mmHg	80 %		2 jari dibawah pusat	keras	Kosong	normal
	07.15	120/85 mmHg	80 %		2 jari dibawah pusat	keras	Kosong	normal
2	07.45	110/70 mmHg	74 %	36.1 °C	2 jari dibawah pusat	keras	Kosong	normal
	08.15	121/89	85 %		2 jari dibawah pusat	keras	Kosong	normal

Masalah kala IV :

Penatalaksanaan masalah tersebut :

Hasilnya :

- Masase fundus uteri ?
 - ☒ Ya
 - ☐ Tidak, alasan
- Plasenta lahir lengkap (intact) (Ya) / Tidak
 - Jika tidak lengkap, tindakan yang dilakukan :
 -
 -
 -
- Plasenta tidak lahir > 30 menit : Ya / Tidak
 - ☐ Ya, tindakan :
 -
 -
 -
- Laserasi :
 - ☒ Ya, dimana perineum dan vagina
 - ☐ Tidak
- Jika laserasi perineum, derajat : 1 (2) / 3 / 4
 - Tindakan :
 - ☒ Penjahitan, dengan / tanpa anestesi
 - ☐ Tidak dijahit, alasan
- Atoni uteri :
 - ☐ Ya, tindakan
 -
 -
 -
 - ☒ Tidak
- Jumlah perdarahan : 250 ml
- Masalah lain, sebutkan
- Penatalaksanaan masalah tersebut :
- Hasilnya :

BAYI BARU LAHIR :

- Berat badan : 3610 gram
- Panjang : 50 cm
- Jenis kelamin : D / P
- Penilaian bayi baru lahir : baik / ada penyulit
- Bayi lahir :
 - ☒ Normal, tindakan :
 - ☒ mengeringkan
 - ☒ menghangatkan
 - ☒ rangsang taktil
 - ☒ bungkus bayi dan tempatkan di sisi ibu
 - ☐ Aspiksia ringan/pucat/biru/lemas/tindakan :
 - ☐ mengeringkan ☐ bebaskan jalan napas
 - ☐ rangsang taktil ☐ menghangatkan
 - ☐ bungkus bayi dan tempatkan di sisi ibu
 - ☐ lain - lain sebutkan
 - ☐ Cacat bawaan, sebutkan :
 - ☐ Hipotermi, tindakan :
 -
 -
 -
- Pemberian ASI :
 - ☒ Ya, waktu : 1/2 jam setelah bayi lahir
 - ☐ Tidak, alasan
- Masalah lain,sebutkan :
- Hasilnya :

Lampiran 4

DOKUMENTASI

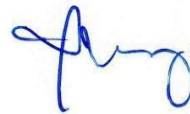


	UNIVERSITAS PRIMA NUSANTARA BUKITTINGGI FAKULTAS KEBIDANAN Jl. Kusuma Bhakti No.99 Gulai Bancha Bukittinggi Telp. (0752) 6218242, Fax. (0752) 32325 Sumatera Barat 26122, Indonesia http://www.upnb.ac.id
	FORMULIR BIMBINGAN STASE COC FM-08.1.1-23

Nama Mahasiswa : MELLA AZHAR
 NIM : 231004615901116
 Program Studi : PROFESI KEBIDANAN
 Pembimbing : TUTI OKTRIANI, SST, Bd. M.Keb

HARI/TANGGAL	MATERI	PARAF PEMBIMBING
SENIN / 12 MEI 2025	BAB I,II,III,IV,V	
RABU / 14 MEI 2025	LAPORAN COC LENGKAP ACC	

Bukittinggi, 14 MEI 2025
 Ka Prodi Pendidikan Profesi Bidan



(Suci Rahmadheny, SST Bd M.Keb)
 NIDN. 1027049401