

LAPORAN
ASUHAN KEBIDANAN BERKELANJUTAN (*CONTINUTY OF*
***CARE*) PADA NY” F” DI TPMB “Y” KABUPATEN SOLOK**
TAHUN 2026



Oleh :
Nama : Renny Fransisca
NIM : 241004615901062

PROGRA 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 Memenuhi Disetujui Untuk Di Laksanakan
Ke Tahap Seminar Hasil

Bukittinggi, Februari 2026

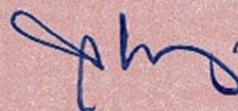
Menyetujui

Koordinator COC

Pembimbing COC



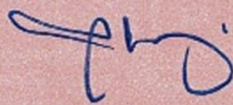
Tuti Oktriani, S.ST, Bd , M.Keb
NIDN. 1020108101



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

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)

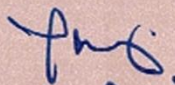
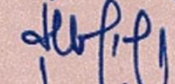
Laporan Asuhan Kebidanan Berkelanjutan (*Continuity of Care*) ini
Telah berhasil dipertahankan di hadapan dewan penguji Program
Studi Pendidikan Profesi Bidan Fakultas Kebidanan Universitas
Prima Nusantara Bukittinggi untuk didokumentasikan dalam
bentuk Laporan Asuhan Kebidanan Berkelanjutan
(*Continuity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

DEWAN PENGUJI

Pembimbing : Suci Rahmadheny, S.ST, Bd, M.Keb

Penguji I : Rulfia Desi Maria, S.SiT, Bd, M.Keb

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

()
()
()

Ditetapkan : Bukittinggi

Tanggal : Februari 2026

Mengetahui,

Dekan Fakultas Kebidanan



Rulfia Desi Maria, S.SiT, Bd, M.Keb

NIDN. 1018038402

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis ucapkan kehadiran Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan Laporan “Asuhan Kebidanan Berkelanjutan (*Continuity Of Care*) Pada Ny. “F” Di TPMB “Y” Kabupaten Solok Sumatera Barat Tahun 2026”. Laporan COC ini disusun dengan maksud untuk memenuhi tugas akhir sebagai salah satu syarat kelulusan Universitas Prima Nusantara Bukittinggi.

Penulis menyadari bahwa tanpa bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak, sangatlah sulit bagi penulis untuk menyelesaikan Laporan COC ini. Oleh karena itu, penulis mengucapkan terimakasih terutama kepada Yth. Ibu Suci Rahmadheny, S.ST, Bd, M.Keb, selaku Pembimbing Akademik sehingga penulis dapat menyelesaikan Asuhan COC kebidanan berkelanjutan ini. Seterusnya ucapan terimakasih penulis kepada :

1. Ibu Dr. Hj. Evi Susanti, S.ST, M.Biomed selaku Rektor Universitas Prima Nusantara Bukittinggi.
2. Bapak Ns.Fauzi Ashra, M.Kep, PhD selaku Wakil Rektor I Universitas Prima Nusantara Bukittinggi.
3. Bapak Yuhendri Putra, S.Si, M.Biomed selaku Wakil Rektor II Universitas Prima Nusantara Bukittinggi.
4. Ibu Melia 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 Rahmadheny, S.ST, Bd, M.Keb selaku Ketua Program Studi Pendidikan Profesi Bidan Universitas Prima Nusantara Bukittinggi.
7. Ibu Rulfia Desi Maria, S.SiT, Bd, M.Keb.Biomed selaku Penguji I.
8. Ibu Lady Wizia, S.Keb, Bd, M.Keb selaku Penguji II.

9. Ibu Tuti Oktriani ,S.ST, Bd, M.Keb selaku Koordinator COC Program studi Profesi Bidan Universitas Prima Nusantara Bukittinggi
10. Para staf dosen yang tidak dapat saya sebutkan namanya satu-persatu.
11. Bapak/Ibu tenaga kependidikan yang telah membantu proses selama ini.
12. Keluarga besar Universitas Prima Nusantara Bukittinggi.
13. Kepada calon penerima asuhan berkelanjutan ini.'

Penulis menyadari bahwa laporan COC ini masih jauh dari kata sempurna. Oleh karena itu kritik dan saran yang membangun dari semua pihak sangat penulis harapkan demi perbaikan laporan COC ini dimasa yang akan datang. Mudah-mudahan bermanfaat bagi kita semua dan juga bagi tenaga kesehatan.

Bukittinggi, Februari 2026

(Renny Fransisca)

DAFTAR ISI

COVER.....	i
LEMBAR PERSETUJUAN	ii
LEMBAR PENGESAHAN	iii
KATA PENGANTAR.....	iv
DAFTA ISI	vi
DAFTAR TABEL	viii
DAFTAR GAMBAR.....	ix
DAFTAR LAMPIRAN	x
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A Latar Belakang	1
B Tujuan Umum Dan Khusus	4
C Manfaat	5
BAB II TINJAUAN TEORI.....	6
A Kehamilan.....	6
1. Definisi Kehamilan	6
2. Perubahan Fisiologis Kehamilan TM III	7
3. Perubahan Psikologis Kehamilan TM III	11
4. Tanda Bahaya Kehamilan TM III	12
5. Ketidaknyamanan Kehamilan TM III	13
6. Kebutuhan Fisiologis Kehamilan TM III.....	15
7. Kebutuhan Psikologis Kehamilan tm III.....	22
8. Asuhan Antenatal Care (ANC)	23
B Persalinan	29
1. Definisi Persalinan	29
2. Tanda-Tanda Persalinan.....	30
3. Jenis-Jenis Persalinan.....	31
4. Sebab Mulainya Persalinan	32
5. Kebutuhan Dasar Persalinan	33
6. Tahapan Persalinan	36
7. Faktor Yang Mempengaruhi Persalinan	46
8. Mekanisme Persalinan	54
9. Patograf	62
10. 60 Langkah Asuhan Persalinan Normal.....	56
C Bayi Baru Lahir	76
1. Definisi Bayi Baru Lahir.....	76
2. Perubahan Fisiologis Bayi Baru Lahir	76
3. Asuhan Bayi Baru Lahir 2 Jam Pertama	80
4. Kunjungan Bayi Baru Lahir.....	85
5. Tanda Bahaya Bayi Baru Lahir.....	87

D Nifas	89
1. Definisi Masa Nifas	89
2. Perubahan Fisiologis Pada Masa Nifas	89
3. Perubahan Psikologis Pada Masa Nifas	97
4. Kebutuhan Masa Nifas.....	100
5. Pemantauan Masa Nifas.....	102
6. Tahapan Masa Nifas.....	102
7. Kunjungan Masa Nifas.....	103
8. Tujuan Asuhan Masa Nifas.....	104
E KB Pasca Persalinan.....	105
F Manajemen Asuhan Kebidanan	144
BAB III TINJAUAN KASUS	148
A. SOAP Kehamilan.....	148
B. SOAP Persalinan.....	165
C. SOAP Bayi Baru Lahir	168
D. SOAP Nifas	193
BAB IV PEMBAHASAN	199
A. Kehamilan	199
B. Persalinan.....	203
C. Bayi Baru Lahir	207
D. Nifas.....	210
BAB V PENUTUP	213
A. Kesimpulan	213
B. Saran	214
DAFTAR PUSTAKA	

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 TFU Menurut Usia Kehamilan Dalam Minggu	7
Tabwl 2.2 TFU Dalam Cm Menurut Usia Kehamilan Dalam Bulan	8
Tabel 2.3 Rekomendasi Oenambahan Berat Badan Selama Hamil Berdasarkan IMT.....	9
Tabel 2.4 Kebutuhan Gizi Pada Ibu Hamil.....	18
Tabel 2.5 Imunisasi TT	26
Tabel 2.6 Penilaian Pada Ibu Bersalin	39
Tabel 2.7 Penilaian Kkeadaan Umum Bayi Berdasarkan Nilai APGAR	80
Tabel 2.8 TFU Dalam Berat Uterus Menurut Masa Involusi Uterus.....	90
Tabel 2.9 Pemantauan Masa Nifas	102

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 TFU Menurut Leold.....	8
Gambar 2.2 TFU	25
Gambar 2.3 Pelvis Wanita	47
Gambar 2.4 Pintau Atas Panggul Dan Pintu Bawah Panggul.....	48
Gambar 2.5 Bidang Hodge	48
Gambar 2.6 Ukuran Panggul Luar Dan Dalam.....	49
Gambar 2.7 Pemeriksaan Dalam Konjugta Obstetric	50
Gambar 2.8 Alat Kontrasepsi Kondom.....	111
Gambar 2.9 Alat Kontrasepsi Pil	114
Gambar 2.10 Alat Kontrasepsi Suntik Progestin	118
Gambar 2.11 Alat Kontrasepsi KB Implan.....	126
Gambar 2.12 Alat Kontrasepsi Dalam Rahim	132
Gambar 2.13 Alat Kontrasepsi MOW	140

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Dokumentasi COC

Lampiran 2. Lembar Patograf

Lampiran 3. Lembar Konsultasi

Lampiran 4. Teori dan Referensi Pendidikan Kesehatan Asuhan Kebidanan

BAB I

PENDAHULUAN

A Latar Belakang

Asuhan kebidanan adalah proses pengambilan keputusan dan tindakan yang dilakukan oleh bidan sesuai dengan wewenang dan ruang lingkup praktiknya berdasarkan ilmu dan kiat kebidanan. Asuhan kebidanan juga menerapkan fungsi dan kegiatan dalam memberikan pelayanan kepada klien yang mempunyai kebutuhan/masalah dalam bidang kesehatan ibu masa hamil, masa persalinan, nifas, bayi setelah lahir, serta keluarga berencana, (Sutanto & Fitriana, 2019).

Kehamilan, persalinan, nifas, bayi baru lahir adalah proses alamiah atau normal dan bukan merupakan proses patologi. Asuhan kebidanan yang seharusnya diberikan oleh seorang bidan adalah asuhan yang berkesinambungan atau komprehensif yaitu mulai dari kehamilan, persalinan, nifas, hingga bayi baru lahir. Peran bidan sangat penting dalam memberikan asuhan kebidanan secara komprehensif sesuai standar pelayanan kebidanan (Mandriwati, 2017).

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

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

Kematian bayi adalah kematian yang terjadi antara saat setelah bayi lahir sampai bayi belum berusia tepat satu tahun. Angka Kematian Bayi (AKB) atau *Infant Mortality Rate* (IMR) merupakan salah satu indikator sangat sensitif untuk mengetahui gambaran tingkat permasalahan kesehatan masyarakat. AKB merupakan indikator yang biasanya digunakan untuk menentukan derajat kesehatan masyarakat. Oleh karena itu banyak upaya kesehatan yang dilakukan dalam rangka penurunan AKB. (Kemenkes RI, 2018).

Menurut data World Health Organization (WHO), AKI di dunia pada tahun 2024 diperkirakan 183 per 100.000 kelahiran hidup. Sedangkan angka kematian bayi (AKB) di dunia menurut data World Health Organization (WHO) pada tahun 2024 diperkirakan 16 per 1000 kelahiran hidup (WHO 2024).

Berdasarkan data Susenas Tahun 2024 jumlah terjadi penurunan yang signifikan dari 346 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2010 (Hasil SP 2010) menjadi 189 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2020 (Hasil Long Form SP 2020) atau turun sebesar 45% dalam sepuluh tahun terakhir. Lima penyebab kematian ibu terbesar

yaitu perdarahan, hipertensi dalam kehamilan (HDK), infeksi, partus lama/ macet, dan abortus. Di Indonesia Angka Kematian Bayi (AKB) tercatat 24 per 1.000 kelahiran hidup dengan jumlah kasus sebesar 151.200 kasus. Penyebab terbanyak kematian bayi disebabkan oleh bayi berat lahir rendah (BBLR) dan Asfiksia.(SDKI, 2018).

Angka kematian ibu di provinsi sumatera barat pada tahun 2021 mencapai 192 ibu meninggal dunia, sedangkan angka kematian bayi yang meninggal jauh lebih tinggi mencapai 891 bayi meninggal dunia. Angka ini meningkat dibanding tahun sebelumnya.

Berdasarkan profil dinas kesehatan kabupaten solok terdapat kematian ibu pada tahun 2019 atau AKI dengan jumlah lahir hidup 6.817 dan terjadi penurunan angka kematian ibu pada tahun 2020 yaitu 184 per 100.000 kelahiran hidup dengan jumlah lahir 6.574, namun angka tersebut masih dibawah target nasional yaitu 306 per 100.000 kelahiran hidup. Sedangkan angka kemati bayi di kabupaten solok tidak jauh berbeda yaitu 32 per 1.000 kelahiran hidup (SDKI, 2012) dan terjadi stagnansi penurunan bila dibandingkan dengan (SDKI, 2007) yaitu 34 per 1000 kelahiran hidup. Kematian bayi tahun 2018 terjadi penurunan menjadi 66 kasus dan pada tahun 2019 terjadi penurunan juga sebanyak 60 kasus dan tahun 2020 terjadi peningkatan kematian bayi 65 kasus.

Salah satu cara untuk menurunkan AKI dan AKB adalah dengan memberikan Asuhan Kebidanan secara Komprehensif dan berkualitas. Dimana diharapkan peran bidan dalam memberikan pelayanan atau asuhan kebidanan kepada ibu

secara komprehensif dan berkesinambungan mulai dari hamil, bersalin, nifas, bayi baru lahir dan keluarga berencana.

Berdasarkan uraian masalah diatas maka penulis tertarik melakukan asuhan kebidanan secara komprehensif pada ibu hamil, bersalin, nifas bayi baru lahir dan pelayanan keluarga berencana yaitu pada Ny. F di Praktik Mandiri Bidan Yosti,S.Tr.keb,Bdn Kabupaten Solok dengan pendekatan manajemen asuhan kebidanan Varney dan Pendokumentasian SOAP.

B Tujuan

1. Umum

Untuk menerapkan asuhan kebidanan dengan komprehensif pada ibu hamil trimester III, bersalin, Nifas, Bayi Baru Lahir, dan keluarga berencana di Praktik Mandiri Bidan Yosti,S.Tr.keb,Bdn Kabupaten Solok tahun 2026.

2. Khusus

- a. Mampu melakukan pengkajian data dalam memberikan asuhan kebidanan pada ibu secara komprehensif.
- b. Mampu menginterpretasikan data yang dikumpulkan pada ibu secara komprehensif.
- c. Mampu mengidentifikasi diagnosa dan masalah potensial pada ibu secara komprehensif.
- d. Mampu mengidentifikasi kebutuhan yang memerlukan penanganan segera, kolaborasi dan rujukan pada ibu secara komprehensif.
- e. Mampu merencanakan asuhan yang menyeluruh pada ibu secara komprehensif.

- f. Mampu melaksanakan asuhan kebidanan pada ibu secara komprehensif.
- g. Mampu mengevaluasi asuhan yang diberikan pada ibu secara komprehensif.
- h. Mampu melakukan pendokumentasian asuhan kebidanan pada ibu secara komprehensif dengan pola pikir Varney dan pendokumentasian SOAP.

C Manfaat

1 Bagi peneliti

Dapat menerapkan teori yang diperoleh dari pendidikan ke lahan praktek, meningkatkan kemampuan, dan menambah pengalaman yang nyata dalam memberikan asuhan kebidanan kompherensif mulai dari hamil, bersalin, nifas dan bayi baru lahir serta melakukan pemantauan dan perkembangan.

2 Bagi lahan praktik

Penulisan ini diharapkan dapat dijadikan sebagai bahan bacaan dan masukan di PMB Yosti,S.Tr.keb,Bdn untuk pelayanan asuhan kebidanan pada ibu hamil TM III, bersalin, nifas dan neonatus normal pada NY”F”.

3 Bagi institusi pendidikan

- 1) Hasil asuhan ini diharapkan dapat sebagai evaluasi institusi untuk mengetahui kemampuan mahasiswanya dalam melakukan asuhan pada ibu hamil TM III, bersalin, nifas dan neonatus normal pada NY”F” di PMB Yosti,S.Tr.keb,Bdn .
- 2) Dapat menjadi referensi perpustakaan untuk bahan bacaan yang dapat dimanfaatkan sebagai perbandingan untuk angkatan selanjutnya.

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. Kehamilan

1 Definisi Kehamilan

Menurut Federasi Ginekologi Internasional, kehamilan didefinisikan sebagai fertilisasi atau penyatuan dari spermatozoa dan ovum dan dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi. Bila dihitung dari saat fertilisasi hingga lahirnya bayi, kehamilan normal akan berlangsung dalam waktu 40 minggu atau 10 bulan atau 9 bulan menurut kalender internasional. Kehamilan terbagi dalam 3 trimester, dimana trimester kesatu berlangsung dalam 12 minggu, trimester kedua 15 minggu (minggu ke-13 hingga ke-27), dan trimester ketiga (minggu ke-28 hingga ke-40). (Prawirohardjo, 2016).

Masa kehamilan dimulai dari konsepsi sampai sampai lahirnya janin. Lamanya hamil normal adalah 280 hari (40 minggu atau 9 bulan 7 hari) dihitung dari hari pertama haid terakhir. (Lusiana Gultom, 2020).

Kehamilan didefinisikan sebagai fertilisasi atau penyatuan dari spermatozoa dan ovum dan dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi. Bila dihitung dari saat fertilisasi hingga lahirnya bayi, kehamilan normal akan berlangsung dalam waktu 40 minggu atau 10 bulan atau 9 bulan menurut kalender internasional. Kehamilan terbagi menjadi 3 trimester dimana trimester kesatu berlangsung dalam 12 minggu, trimester kedua 15 minggu (minggu ke-13-27) dan trimester ketiga 13 minggu (minggu ke-28 hingga minggu ke-40). (Yuanita, 2019)

Kehamilan trimester III merupakan kehamilan dengan usia 28-40 minggu dimana merupakan waktu mempersiapkan kelahiran dan kedudukan sebagai orang tua, seperti terpusatnya perhatian pada kelahiran bayi sehingga di sebut juga periode penantian (Manuaba, 2010).

2 Perubahan Fisiologis Pada Kehamilan Trimester III

a. Uterus

Pada trimester ke-III uterus semakin membesar, yang dapat menimbulkan sesak nafas karena mendesak diafragma ke atas. Ketebalan dinding uterus yang awalnya hanya 5 mm dan beratnya kurang lebih 2 ons, menjadi lebih dari 2 pon pada usia kehamilan cukup bulan, dan kapasitas awal kurang dari 10 ml meningkat 500 hingga 1000 kali lebih besar hingga mencapai 5000 ml atau lebih.

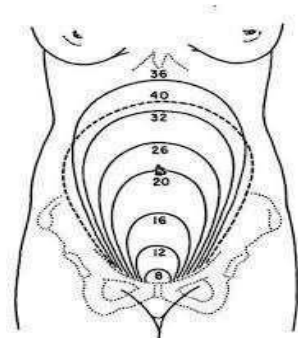
Pada TM ke-III juga muncul kontraksi Braxton Hicks, kontraksi ini merupakan kontraksi uterus yang tidak seirama, dan menimbulkan nyeri. Kontraksi ini sering disalah artikan sebagai kontraksi persalinan. Kontraksi Braxton Hicks ini merupakan biang keladi pada persalinan palsu. (Helen Varney, 2007).

Tabel: 2.1 Tinggi fundus uteri menurut tuanya kehamilan dalam minggu.

Usia Kehamilan (Minggu)	Tinggi Fundus Uteri (TFU)
12	1-2 jari di atas simfisis
16	Pertengahan antara pusat dan simfisis

20	1 jari dibawah pusat
24	Setinggi pusat
28	3 jari di atas pusat
32	Pertengahan px dengan pusat
36	3 jari di bawah prosesus xiphoideus (px)
40	Pertengahan px dengan pusat

Sumber: Sulaiman, 1983



Gambar 2.1. Tinggi Fundus Uteri Menurut Leold

Tabel 2.2 Tinggi fundus uteri dalam cm menurut usia kehamilan dalam bulan

Tinggi Fundus Uteri (TFU)	Usia Kehamilan (Bulan)
20 cm	5 Bulan
23 cm	6 Bulan
26 cm	7 Bulan
30 cm	8 Bulan
33 cm	9 Bulan

Sumber: Sulaiman, 1983

b. Payudara

Pada trimester III payudara akan bertambah ukurannya dan vena-vena dibawah kulit akan lebih terlihat. Putting payudara akan lebih besar, kehitaman, dan tegak. Estrogen menyebabkan pertumbuhan tubulus laciferous dan ductus juga menyebabkan penyimpanan lemak. Progesteron menyebabkan tumbuhnya lobus, elveoli lebih tervakularisasi dan mampu bereaksi. Proklatin merangsang produksi kolostrum dan air susu ibu (Prawirohardjo, 2016).

c. Perubahan pada metabolik

Sebagian besar penambahan berat badan selama kehamilan berasal dari uterus dan isinya. Kemudian payudara, volume darah, dan cairan ekstraselular. Diperkirakan selama kehamilan berat badan akan bertambah 12,5 kg. pada trimester III pada perempuan dengan gizi baik dianjurkan menambah berat badan per minggu sebesar 0,4 kg, sementara pada perempuan dengan gizi kurang atau berlebih dianjurkan menambah berat badan per minggu masing-masing 0,5 kg dan 0,3 kg (Prawirohardjo, 2014).

**Tabel 2.3 Rekomendasi penambahan berat badan selama kehamilann
berdasarkan indeks masa tubuh**

Kategori	IMT	Rekomendasi(kg)
Rendah	<19,8	12,5-18
Normal	19,8-26	11,5-16
Tinggi	26-29	7-11,5
Obesitas	>29	≥ 7
Gemelli		16-20,5

Sumber : (Sarwono, 2008 dalam cunningham).

d. Perubahan pada sistem kardiovaskular

a) Tekanan darah

Volume darah akan meningkat pada minggu 32-34 dengan perubahan kecil setelah minggu tersebut. Volume plasma akan meningkat kira-kira 40-45%. Hal ini dipengaruhi oleh aksi progesteron dan estrogen pada ginjal yang diinisiasi oleh jalur renin-angiotensin dan aldosteron. Penambahan volume darah ini sebagian besar berupa plasma dan eritrosit (Prawirohardjo, 2014).

b) Haemoglobin

Nilai normal Hb pada akhir kehamilan rata-rata 12,5 g.dL, dan sekitar 5% wanita hamil konsentrasi kurang dari 11,0 g/dL. Nilai Hb dibawah 11,0 g/dL, terutama pada akhir kehamilan perlu dianggap abnormal dan biasanya disebabkan oleh defisiensi besi dan bukan karena hipervolemia yang umumnya ditemukan pada kehamilan. Trimester ke-3 nilai normal yang paling sering dinyatakan 12-16 gm/100ml. Sedangkan menurut WHO, Hb normal, ≤ 11 gr %, anemia ringan 9-10 gr %, anemia sedang 7-8 gr % dan anemia berat < 7 gr % (Prawirohardjo, 2014).

e. Vagina dan vulva

Pada usia kehamilan memasuki trimester III dinding vagina mengalami banyak perubahan yang merupakan persiapan untuk mengalami peregangan waktu persalinan dengan meningkatnya ketebalan mukosa, mengendornya

jaringan ikat, dan hipertropi sel otot polos. Perubahan ini mengakibatkan bertambah panjang dinding vagina (Romaui, 2011).

f. Sistem perkemihan

Pada kehamilan trimester III kepala janin mulai turun ke pintu atas panggul, keluhan sering kencing akan timbul lagi karena kandung kencing akan mulai tertekan kembali, pada kehamilan tahap lanjut pelvis ginjal kanan dan ureter lebih berdelatasi dari pada pelvis kiri akibat pergeseran uterus yang berat ke kanan. Perubahan-perubahan ini membuat pelvis dan ureter mampu menampung urin dalam volume yang lebih besar dan juga memperlambat laju aliran urin (Romaui, 2011).

g. Sistem muskuloskeletal

Lordosis yang progresif akan menjadi bentuk yang umum pada kehamilan. Akibat kompensasi dari pembesaran uterus ke posisi anterior, lordosis menggeser pusat daya berat ke belakang ke arah dua tungkai. Sendi sakroiliaka, sakrokoksigs dan pubis akan meningkat mobilitasnya, yang diperkirakan karena pengaruh hormonal. Mobilitas tersebut dapat mengakibatkan perubahan sikap ibu dan pada akhirnya menyebabkan perasaan tidak enak pada bagian bawah punggung terutama pada akhir kehamilan (Prawirohardjo, 2014).

3 Perubahan Psikologis Pada Kehamilan Trimester III

Adapun perubahan psikologi ibu hamil sebagai berikut (Romaui, 2011):

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

- b. Merasa tidak menyenangkan ketika bayi tidak hadir tepat waktu.
- c. Takut akan rasa sakit dan bahaya fisik yang timbul pada saat melahirkan, khawatir akan keselamatannya.
- d. Khawatir bayi akan dilahirkan dalam keadaan tidak normal, bermimpi yang mencerminkan perhatian dan kekhawatirannya.
- e. Merasa sedih karena akan terpisah dari bayinya.
- f. Merasa kehilangan perhatian.
- g. Perasaan sudah terlukah (sensitif).
- h. Libido menurun (Romauli, 2011).

4 Tanda Bahaya Kehamilan Trimester III

Tanda bahaya kehamilan adalah tanda-tanda yang mengindikasikan adanya bahaya yang dapat terjadi selama kehamilan, yang apabila tidak terdeteksi bisa menyebabkan kematian ibu. Ada beberapa tanda bahaya kehamilan sebagai berikut (Nugroho, 2014):

a. Perdarahan

Perdarahan pada kehamilan trimester III pada umumnya disebabkan oleh plasenta previa. Perdarahan yang terjadi sangat terkait dengan luas plasenta dan kondisi segmen bawah rahim yang menjadi tempat implementasi plasenta tersebut. Pada plasenta yang tipis dan menutupi sebagian jalan lahir, maka umumnya terjadi perdarahan bercak berulang dan apabila segmen bawah rahim mulai terbentuk disertai penurunann bagian terbawah janin, maka perdarahan mulai meningkat hingga tingkatan yang dapat membahayakan keselamatan ibu (Prawirohardjo, 2014).

b. Nyeri hebat di daerah abdomen

Pada kehamilan trimester III nyeri hebat, menatap dan tidak hilang setelah beristirahat pada abdomen ibu dapat mengancam keselamatan jiwa ibu, biasanya terjadi dibagian bawah perut. Nyeri abdomen bagian bawah dapat bersifat nyeri yang berdenyut-denyut disekitar minggu ke 28 minggu bisa berarti akan mengalami persalinan yang lebih cepat (Jannah, 2012).

c. Berkurangnya pergerakan janin

Bayi harus bergerak paling sedikit 3 kali dalam periode 3 jam. Biasanya diukur dalam waktu 12 jam yaitu sebanyak 10 kali (Jannah, 2012).

d. Ketuban pecah dini

Ketuban dinyatakan pecah dini jika terjadi sebelum proses persalinan berlangsung. Pecahnya selaput ketuban dapat terjadi pada preterm sebelum kehamilan 37 minggu maupun kehamilan aterm (Sutanto, 2014).

e. Demam tinggi

Demam tinggi yang terutama yang diikuti dengan tubuh menggigil, rasa sakit seluruh tubuh, sangat pusing biasanya di sebabkan oleh malaria (Jannah, 2012).

5 Ketidaknyamanan Pada Kehamilan Trimester III

Ketidaknyamanan yang dialami ibu dalam masa kehamilan antara lain:

a. Rasa lelah yang berlebihan pada punggung

Bayi yang tumbuh semakin besar dan beratnya mengarah kedepan membuat punggung berusaha menyeimbangkan posisi tubuh, hal ini menyebabkan punggung yang cepat lelah. Oleh sebab itulah orang yang

hamil tua tidak tahan berjalan terlalu jauh. Berdiri dan duduk menyandarakan terasa lebih ringan. Ibu hamil disarankan untuk memijat otot yang kaku (Sutanto, 2010) .

b. Bengkak pada mata kaki atau betis

Bengkak pada mata kaki atau betis dapat mengganggu bagi sebagian ibu hamil. Sementara itu, rahim yang besar akan menekan pembuluh darah utama yang menyebabkan darah yang mau mengalir dari bagian bawah menjadi terhambat. Darah yang terhambat berakibat wajah dan kelopak mata membengkak, terutama pada pagi hari setelah bangun (Sutanto, 2010).

c. Napas lebih pendek

Ukuran bayi yang semakin besar di dalam Rahim akan menekan daerah diafragma (otot di bawah paru-paru) menyebabkan aliran napas agak berat, sehingga secara otomatis tubuh akan meresponnya dengan napas yang lebih pendek. Cara mengatasinya dengan posisi duduk yang nyaman, tidur menyamping dan lakukan olahraga aerobik untuk meringankan ketidaknyamanan. Sesuaikan olahraga dengan kemampuan ibu hamil, misalnya dengan aerobik barbel ringan atau hanya sekedar yoga dengan posisi tertentu (Sutanto, 2010).

d. Panas di perut bagian atas

Panas di perut bagian atas disebabkan oleh peningkatan asam lambung. Penyebabnya adalah perubahan hormon dalam tubuh ibu hamil. Untuk

mengatasinya, minum air putih lebih banyak dan makan dengan porsi yang lebih sedikit tapi sering (Sutanto, 2010).

e. Payudara semakin membesar

Payudara semakin membesar disebabkan oleh kelenjar susu yang mulai penuh dengan susu. Pada saat tertentu akan keluar tetesan-tetesan air susu di bra ibu hamil, terutama setelah bulan ke-9. Penambahan berat payudara berkisar antara ½-2 kg (Sutanto, 2010).

f. Varises di wajah dan kaki

Varises merupakan pelebaran pembuluh darah pada seorang wanita hamil terjadi di daerah wajah, leher, lengan, dan kaki terutama di betis. Untuk mengatasinya dianjurkan makan-makanan yang mengandung serat seperti sayur bayam, sawi, daun papaya, dan kol. Sarankan ibu hamil untuk menghindari mengejan saat buang air besar karena tindakan itu akan menyebabkan volume darah dalam jumlah besarkan menuju pembuluh darah sekitar anus (Sutanto, 2010).

g. Stretch mark

Stretch mark adalah garis-garis putih dan perut pada daerah perut, bisa juga terjadi di dada, pantat, paha, dan lengan atas. Walaupun stretch mark tidak dapat dihindarkan, tetapi akan hilang dengan sendirinya setelah melahirkan (Sutanto, 2010).

6 Kebutuhan Fisiologis Pada Kehamilan Trimester III

1) Oksigen

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

Untuk mencegah hal tersebut diatas dan untuk memenuhi kebutuhan oksigen maka ibu hamil perlu:

- a. Latihan nafas
- b. Tidur dengan bantal yang lebih tinggi
- c. Makan tidak terlalu banyak
- d. Konsul ke dokter bila ada kelainan atau gangguan pernapasan seperti asma dan lai-lain (Romauli, 2011).

2) Nutrisi

a) Kalori

Jumlah kalori yang diperlukan bagi ibu hamil untuk setiap harinya adalah 2.500 kalori. Pengetahuan tentang berbagai jenis makanan yang dapat memberikan kecukupan kalori tersebut sebaiknya dapat dijelaskan secara rinci dan bahasa yang dimengerti oleh para ibu hamil dan keluarganya. Jumlah kalori yang berlebih dapat menyebabkan obesitas dan hal ini merupakan faktor predisposisi untuk terjadinya preeklampsia. Jumlah pertambahan berat badan sebaiknya tidak melebihi 10-12 kg selama hamil (Prawirohardjo, 2014) .

b) Protein

Jumlah protein yang diperlukan oleh ibu hamil adalah 85 gram per hari. Sumber protein tersebut dapat diperoleh dari tumbuh-tumbuhan (kacang-kacangan) atau hewani (ikan, ayam, telur, susu, keju). Defisiensi protein dapat menyebabkan kelahiran prematur, anemia, oedema (Prawirohardjo, 2014).

c) Kalsium

Kebutuhan kalsium ibu hamil adalah 1,5 gram per hari. Kalsium dibutuhkan untuk pertumbuhan janin, terutama bagi pengembangan otot dan rangka. Sumber kalsium yang mudah diperoleh adalah susu, keju, yoghurt, dan kalsium karbonat. Defisiensi kalsium dapat menyebabkan riketsia pada bayi atau osteomalasia pada ibu (Prawirohardjo, 2014).

d) Zat besi

Metabolisme yang tinggi pada ibu hamil memerlukan kecukupan oksigenasi jaringan yang diperoleh dari pengikatan dan pengantaran oksigen melalui hemoglobin dalam sel-sel darah merah. Untuk menjaga konsentrasi hemoglobin yang normal, diperlukan asupan zat besi bagi ibu hamil dengan jumlah 30 mg/hari terutama setelah trimester kedua. Bila tidak ditemukan anemia pemberian zat besi per minggu cukup adekuat. Zat besi yang diberikan dapat berupa ferrous gluconate, ferrous fumarate, atau ferrous sulphate. Kekurangan zat besi pada ibu hamil dapat menyebabkan anemia defisiensi zat besi (Prawirohardjo, 2014).

e) Asam folat

Selain zat besi, sel-sel darah merah juga memerlukan asam folat bagi pematangan sel. Jumlah asam folat yang dibutuhkan oleh ibu hamil adalah 400 mikrogram per hari. Kekurangan asam folat dapat menyebabkan anemia megaloblastik pada ibu hamil (Prawirohardjo, 2014).

Tabel 2.4 Kebutuhan Gizi pada Ibu Hamil

Nutrisi	Jumlah
Makronutrisi	
Kalori	2500 kkal
Protein	60 g
Mikronutrisi	
Vitamin larut dalam lemak	
A	800 ug RE
D	10 ug
E	10 TE
K	65 ug
Vitamin larut dalam air	
C	70 mg
Folat	400 ug
Riboflavin/ B2	17 mg
Niasin/ B3	1,6 mg
Tiamin/ B1	1,5 mg
Piridoksin/ B6	2,2 mg
Kobalamin/ B12	2,2 mg

Mineral	
Kalsium	1200 mg
Magnesium	320 mg
Zinc	15 mg

Sumber: Prawirohardjo, 2016

f) Air

Kebutuhan ibu hamil di trimester III ini bukan hanya dari makanan tapi juga dari cairan. Air sangat penting untuk pertumbuhan sel-sel baru, mengatur suhu tubuh, melarutkan dan mengatur proses metabolisme zat-zat gizi, serta mempertahankan volume darah yang meningkat selama masa kehamilan. Kebutuhan air pada ibu hamil trimester III yaitu sebanyak 7-8 gelas per hari atau 2 liter dalam sehari (Walyani Elisabeth siwi, 2015).

g) Personal hygiene

Personal hygiene pada ibu hamil adalah kebersihan yang dilakukan oleh ibu untuk mengetahui kemungkinan infeksi, karena badan yang kotor yang banyak mengandung kuman-kuman. Kehamilan merupakan suatu proses kehidupan seorang wanita, dimana dengan adanya proses ini terjadi perubahan-perubahan yang meliputi perubahan fisik, mental, psikologis dan sosial. Kesehatan pada ibu hamil untuk mendapatkan ibu dan anak yang sehat dilakukan selama ibu dalam keadaan hamil. Hal ini dapat dilakukan di antaranya dengan memperhatikan kebersihan diri pada ibu hamil itu sendiri, sehingga dapat mengurangi hal-hal yang memberikan efek negatif pada ibu hamil, misalnya pencegahan terhadap infeksi.

h) Eliminasi

Pada trimester III terjadi pembesaran janin yang menyebabkan desakan pada kantong kemih. (Sulistyawati,2016)

Tindakan mengurangi asupan cairan untuk mengurangi keluhan ini sangat tidak dianjurkan, karena akan menyebabkan dehidrasi.

i) Seksual

Selama kehamilan berjalan normal, koitus diperbolehkan sampai akhir kehamilan, meskipun beberapa ahli berpendapat sebaiknya tidak lagi berhubungan seks selama 14 hari menjelang kelahiran. Hubungan seksual selama kehamilan tidak dilarang selama tidak ada riwayat penyakit seperti :

- (1) Sering abortus dan kelahiran prematur
- (2) Perdarahan pervaginam
- (3) Koitus harus dilakukan dengan hati-hati terutama pada minggu terakhir kehamilan
- (4) Bila ketuban sudah pecah, koitus dilarang karena dapat menyebabkan infeksi janin intrauterin (Walyani elisabeth siwi.2015).

j) Mobilisasi

Ibu hamil boleh melakukan kegiatan/aktifitas fisik biasa selama tidak terlalu melelahkan. (Walyani elisabeth siwi.2015). Mobilisasi untuk ibu hamil harus memperhatikan cara-cara yang benar antara lain:

- (1) Melakukan latihan/senam hamil agar otot-otot tidak kaku
- (2) Jangan melakukan gerakan tiba-tiba/ spontan
- (3) Jangan mengangkat secara langsung benda-benda yang cukup berat, jongkok lah terlebih dulu baru kemudian mengangkat benda

- (4) Apabila bangun tidur, miring dulu baru kemudian bangkit dari tempat tidur.

k) Body mekanik

Seiring dengan bertambahnya usia kehamilan, tubuh akan mengadakan penyesuaian fisik dengan penambahan ukuran janin. Keluhan yang sering muncul dari perubahan ini adalah rasa pegal di punggung dan kram kaki ketika tidur malam hari (Sulistyawati, 2016).

Untuk mencegah dan mengurangi keluhan pada sikap tubuh yang baik antara lain:

- (1) Pakailah sepatu dengan hak yang rendah/ tanpa hak jangan terlalu sempit
- (2) Tidurlah dengan posisi kaki ditinggikan
- (3) Duduk dengan posisi punggung tegak
- (4) Hindari duduk atau berdiri terlalu lama

l) Istirahat

pada trimester akhir kehamilan sering diiringi dengan bertambahnya ukuran janin, sehingga terkadang ibu kesulitan untuk menentukan posisi yang paling baik dan nyaman untuk tidur. (Ari Sulistyawati, 2016)

Posisi tidur yang dianjurkan pada ibu hamil adalah miring ke kiri, kaki kiri lurus, kaki kanan sedikit menekuk dan diganjal dengan bantal, dan untuk mengurangi rasa nyeri pada perut, ganjal dengan bantal pada perut bawah sebelah kiri. Ibu hamil sebaiknya memiliki jam istirahat/tidur yang cukup. Kurang istirahat/tidur, ibu hamil akan terlihat pucat, lesu dan kurang gairah. Usahakan tidur malam ± 8 jam dan tidur siang ± 1 jam (Nugroho, dkk, 2014)

7 Kebutuhan Psikologis Pada Kehamilan Trimester III

1) Support keluarga

- a) Keluarga ikut mendukung dan pengertian dengan mengurangi beban kerja ibu, mewaspadaai tanda persalinan
- b) Ikut serta merundingkan persiapan persalinan
- c) Suami dan pasangan perlu menyiapkan kenyataan dari peran menjadi orang tua

2) Support dari tenaga kesehatan

- a) Menginformasikan tentang hasil pemeriksaan
- b) Meyakinkan bahwa ibu akan menjalani kehamilan dengan baik
- c) Meyakinkan ibu bahwa bidan selalu siap membantu
- d) Meyakinkan ibu bahwa ibu dapat melewati persalinan dengan baik

3) Rasa aman dan nyaman selama kehamilan

Orang yang paling penting bagi seorang wanita hamil biasanya ialah seorang ayah sang anak. Semakin banyak bukti bahwa wanita yang diperhatikan dan dikasihi oleh pasangan prianya selama hamil akan menunjukkan lebih sedikit gejala emosi dan fisik, lebih sedikit komplikasi persalinan, dan lebih mudah melakukan penyesuaian selama masa nifas.

4) Persiapan menjadi orang tua

Ini sangat penting dipersiapkan karena setelah bayi lahir akan banyak perubahan peran yang terjadi, mulai dari ibu, ayah dan keluarga. Bagi pasangan yang baru pertama punya anak, persiapan dapat dilakukan dengan banyak konsultasi dengan orang yang mampu untuk membagi

pengalamannya dan memberikan nasehat mengenai persiapan menjadi orang tua. Bagi pasangan yang sudah mempunyai lebih dari dua anak, dapat belajar dari pengalaman mengasuh anak sebelumnya. Selain persiapan mental, yang tak kalah pentingnya adalah persiapan ekonomi, karena bertambah anggota, bertambah pula kebutuhannya (Romauli, 2011).

8 Asuhan Antenatal Care (ANC)

a. Pengertian

Antenatal Care (ANC) adalah kunjungan ibu hamil ke bidan atau dokter. Setiap ibu hamil mendapatkan pelayanan antenatal sesuai standar. Pemerintahan daerahkota wajib memberikan pelayanan kesehatan ibu hamil sesuai standar kepada semua ibu hamil di wilayah kerja tersebut dalam kurun waktu setahun. Pelayanan antenatal yang sesuai standar yaitu meliputi:

1) Standar Kuantitas

Setiap ibu hamil sedikitnya memerlukan 4x kunjungan selama periode antenatal.

- a) Dua kali kunjungan selama trimester I (sebelum 12 minggu).
- b) Satu kali kunjungan selama trimester II (Kehamilan diatas 12 – 24minggu).
- c) Tiga kali kunjungan selama trimester III (Kehamilan diatas 24 – 40minggu). (Kemenkes RI, 2020).

2) Pelayanan Asuhan Standar Antenatal

Standar kualitas pelayanan antenatal yang diberikan kepada ibu hamil yaitu Dalam melaksanakan pelayanan Antenatal Care, ada sepuluh standar

pelayanan yang harus dilakukan oleh bidan atau tenaga kesehatan yang dikenal dengan 10 T.

Kemenkes, (2020) mengemukakan suatu teori tentang Pelayanan atau asuhan standar minimal 10 T adalah sebagai berikut:

- 1) Timbang berat badan dan ukur tinggi badan
- 2) Pemeriksaan tekanan darah 23
- 3) Nilai status gizi (ukur lingkar lengan atas)
- 4) Pemeriksaan puncak rahim (tinggi fundus uteri)
- 5) Tentukan presentasi janin dan denyut jantung janin (DJJ)
- 6) Skrining status imunisasi Tetanus dan berikan imunisasi Tetanus Toksoid (TT) bila diperlukan.
- 7) Pemberian Tablet zat besi minimal 90 tablet selama kehamilan
- 8) Test laboratorium (rutin dan khusus)
- 9) Tatalaksana kasus
- 10) Temu wicara (konseling), termasuk Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K) serta KB paska persalinan.

Pelaksanaan Standar Pelayanan 10 T

- 1) Pengukuran Tinggi Badan dan penimbangan Berat Badan (T1) Menurut Kemenkes RI, (2020) kenaikan berat badan wanita hamil minimal 9 kg atau 1 kg disetiap bulannya.
- 2) Pengukuran Tekanan Darah (T2)

Tekanan darah akan ibu dikatakan normal oleh petugas apabila berada diangka 110/70 hingga 140/90 mmHg, bila melebihi 140/90 mmHg maka

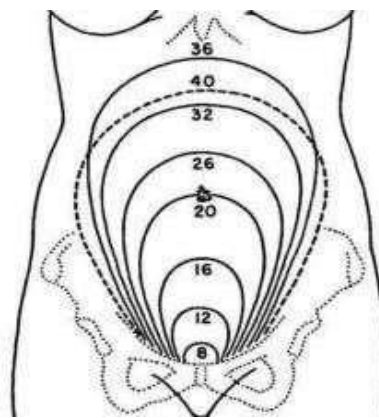
perlu untuk diwaspadai adanya preeklampsia. (Kemenkes RI,2020)

3) Pengukuran Lingkar Lengan Atas (LILA) (T3)

Ukuran lingkar lengan atas (LILA) $<23,5$ cm maka bisa dinyatakan KEK (kurang energi kronik). (Kemenkes RI, 2020)

1) Pengukuran Tinggi Fundus Uteri (TFU) (T4)

Pengukuran tinggi fundus uteri dimulai dari batas atas symphysis dan disesuaikan dengan hari pertama haid terakhir. Tinggi fundus uteri juga bisa menentukan usia kehamilan, bila tinggi uterus kurang dari umur kehamilan mungkin terdapat gangguan terhadap janin, dan begitupun sebaliknya. (Hatijar et al., 2020)



Gambar 2.2 Tinggi Fundus Uteri

Sumber : (Hatijar et al., 2020)

2) Pengukuran Persentasi Janin dan Detak Jantung Janin (DJJ) (T5) Untuk melihat kelainan pada letak janin, atau masalah lain. (KemenkesRI, 2020)

3) Melakukan Skrining TT (Tetanus Toksoid) (T6)

Imunisasi Tetanus toksoid harus segera diberikan pada saat seorang wanita hamil melakukan kunjungan yang pertama dan biasanya dilakukan pada

minggu ke empat. (Sulistyowati, 2013)

Tabel 2.5 Imunisasi Tetanus Toksoid

Status TT	Interval Minimal Pemberian	Lama Perlindungan
TT 1		Langkah awal pembentukan kekebalan tubuh terhadap penyakit Tetanus
TT 2	1 bulan setelah TT 1	3 tahun
TT 3	6 bulan setelah TT 2	5 tahun
TT 4	12 bulan setelah TT 3	10 tahun
TT 5	12 bulan setelah TT 4	25 tahun / seumur hidup

Sumber : (Kemenkes RI, 2020)

Imunisasi TT disuntikan secara intramuscular atau sub kutan dalam dengan dosis pemberian 0,5 ml. (Kemenkes RI, 2020)

4) Pemberian Tablet Fe (T7)

Zat besi adalah unsur pembentukan sel darah merah dibutuhkan oleh ibuhamil guna mencegah terjadinya anemia atau kurang darah selama kehamilan. Ibu mendapatkan minimal 90 tablet selama kehamilan.(Kemenkes RI, 2020)

5) Pemeriksaan Laboratorium (rutin dan khusus) (T8)

DEPKES RI (2013) mengemukakan sebuah teori tentang Pemeriksaan laboratorium dilakukan untuk mencegah hal-hal buruk yang bisa mengancam janin.Hal ini bertujuan untuk skrining/ lebih lanjut berikut bentuk

pemeriksaannya :

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 pertama dan sekali pada trimester ketiga. 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.

c) Pemeriksaan protein dalam urin

Pemeriksaan protein dalam urin pada ibu hamil dilakukan pada trimester kedua dan ketiga atas indikasi. Pemeriksaan ini ditujukan untuk mengetahui adanya proteinuria pada ibu hamil. Proteinuria 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 pertama, sekali pada trimester kedua, dan sekali pada

trimester ketiga terutama ada akhir trimester ketiga.

e) Pemeriksaan darah malaria

Semua ibu hamil di daerah endemis malaria dilakukan pemeriksaan darah malaria dalam rangka skrining pada kontak pertama. 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 risiko tinggi dan ibu hamil yang diduga Sifilis. Pemeriksaan Sifilis sebaiknya dilakukan sedini mungkin pada kehamilan.

g) Pemeriksaan HIV

Pemeriksaan HIV terutama untuk daerah dengan risiko tinggi kasus HIV dan ibu hamil yang dicurigai menderita HIV. Tes HIV pada Ibu hamil disertai dengan konseling sebelum dan sesudah tes serta menanda tangani informed consent.

h) Pemeriksaan BTA

Pemeriksaan BTA dilakukan pada ibu hamil yang menderita batuk berdahak lebih dari 2 minggu (dicurigai menderita Tuberkulosis) sebagai upaya penapisan infeksi TBC.

6) Tatalaksana atau penanganan khusus (T9)

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

dapat ditangani dirujuk sesuai dengan sistem rujukan. Pihak di rumah sakit ataupun dokter juga akan mendiskusikan opsi-opsinya kepada ibu agar ibu bisa memilih. (Kemenkes RI, 2020)

7) Temu wicara (Konseling) (T10)

Apapun yang ingin klien tanyakan selama proses kehamilan bisa disampaikan disaat temu wicara. Karena konseling ini juga termasuk dari bagian proses pemeriksaan ANC. (Kemenkes RI, 2020).

B. Persalinan

1 Definisi Persalinan

Persalinan merupakan proses membuka dan menipisnya serviks sehingga janin turun ke jalan lahir. Persalinan adalah proses dimana bayi, plasenta dan selaput ketuban keluar dari uterus ibu. Persalinan dianggap normal terjadi pada usia kehamilan cukup bulan (setelah 37 minggu) tanpa disertai penyulit. Persalinan dimulai (inpartu) sejak uterus berkontraksi dan menyebabkan perubahan pada serviks (membuka dan menipis) dan berakhir dengan lahirnya plasenta secara lengkap. Ibu belum dapat dikategorikan inpartu apabila kontraksi uterus tidak mengakibatkan perubahan atau pembukaan serviks (JNPK-KR, 2017).

Persalinan normal adalah proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan uri) yang telah cukup bulan dan dapat hidup di luar uterus melalui vagina secara spontan. Persalinan adalah proses dimana bayi, Plasenta, dan selaput ketuban keluar dari uterus ibu bersalin. Persalinan yang normal terjadi pada usia kehamilan cukup bulan/setelah usia kehamilan 37 minggu atau lebih tanpa

penyulit. Proses persalinan dimulai (inpartu) sejak uterus berkontraksi dan menyebabkan pendarahan pada serviks (membuka dan menipis) dan berakhir dengan lahirnya plasenta secara lengkap (Manuaba, 2010)

Persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan plasenta) yang telah cukup bulan atau dapat hidup diluar kandungan melalui jalan lahir atau jalan lai, dengan bantuan atau tanpa bantuan (kekuatan sendiri) (Rosyati, 2017).

Persalinan dan kelahiran normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37 – 42 minggu), lahir spontan dengan persentasi belakang kepala yang berlangsung dalam 18 jam, tanpa komplikasi baik pada ibu maupun janin. Persalinan adalah proses membuka dan mnipisnya serviks, dan janin turun ke bawah jalan lahir. Kelahiran adalah proses dimana janin dan ketuban didorong keluar menuju jalan lahir. (Prawirohardjo, 2018).

2 Tanda dan Gejala Persalinan

Yang merupakan tanda pasti persalinan adalah :

a. Timbulnya kontraksi uterus

Biasa disebut dengan HIS persalinan yaitu his pembukaan yang mempunyai sifat sebagai berikut:

- 1) Nyeri melingkar dari punggung memancar kebagian depan
- 2) Pinggang terasa sakit dan menjalar kedepan
- 3) Sifatnya teratur, interval makin lama makin pendek dan kekuatannya makin besar
- 4) Mempunyai pengaruh pada pendataran dan atau pembukaan serviks

5) Makin beraktifitas ibu akan menambah kekuatan kontraksi. Kontraksi uterus mengakibatkan perubahan pada serviks (frekuensi minimal 2 kali dalam 10 menit). Kontraksi yang terjadi dapat menyebabkan pendataran, penipisan dan pembukaan serviks

b. Penipisan dan pembukaan serviks

Penipisan dan pembukaan serviks ditandai dengan adanya pengeluaran lendir dan darah sebagai tanda pemula.

c. *Bloody Show* (lendir disertai darah dari jalan lahir)

Dengan pendataran dan pembukaan, lendir dari *canalis cervicalis* keluar disertai dengan sedikit darah. Pendarahan yang sedikit ini disebabkan karena lepasnya selaput janin pada bagian bawah segmen bawah rahim hingga beberapa capillair darah terputus.

d. Premature Rupture of membrane

Adalah keluarnya cairan banyak dengan sekonyong-konyong dari jalan lahir. Hal ini terjadi akibat ketuban pecah atau selaput janin robek. Ketuban biasanya pecah kalau pembukaan lengkap atau hampir lengkap dan dalam hal ini keluarnya cairan merupakan tanda yang lambat sekali. Tetapi kadang-kadang ketuban pecah pada pembukaan kecil, malahan kadang-kadang selaput janin robek sebelum persalinan. Walaupun demikian persalinan diharapkan akan mulai dalam 24 jam setelah air ketuban keluar.

3 Jenis-jenis Persalinan

a. Persalinan spontan

Berlangsung dengan kekuatan ibu sendiri dan melalui jalan lahir.

b. Persalinan buatan

Persalinan dibantu dengan tenaga dari luar, misalnya ekstraksi dengan forceps, atau dilakukan operasi section caesarea.

c. Persalinan anjuran

Terjadi bila bayi sudah cukup besar untuk hidup diluar, atau baru berlangsung setelah pemevahan ketuban, pemberian Pitocin atau prostaglandin. Berhubung dengan tuanya umur kehamilan dan berat badan bayi yang dilahirkan, dikenal beberapa istilah :

- 1) Abortus : pengeluaran buah kehamilan sebelum kehamilan 22 minggu atau bayi dengan berat badan kurang dari 500 gram.
- 2) Partus posnatus atau partus serotinus : pengeluaran buah kehamilan setelah 42 minggu (Sulaiman, 1983).

4 Sebab Mulainya Persalinan

Menurut Widia shofa,2018 terjadinya persalinan disebabkan oleh beberapa teori sebagai berikut:

a. Keregangan otot-otot

Seperti halnya dengan kandung kemih dan lambung, bila dindingnya teregang oleh karena isinya bertambah maka timbul kontraksi untuk mengeluarkan isinya. Demikian pula dengan Rahim, maka dengan majunya kehamilan makin teregang otot-otot dan otot-otot Rahim makin rentan.

b. Teori Penurunan Kadar Progesteron

Proses kematangan plasenta terjadi sejak usia kehamilan 28 mg. dimana terjadi penimbunan jaringan ikat, pembuluh darah mengalami penyempitan

dan buntu, sehingga terjadi penurunan progesterone. Hal ini menyebabkan otot uterus lebih sensitive terhadap oksitosin sehingga uterus berkontraksi setelah terjadinya penurunan progesterone.

c. Teori Oksitosin

Oksitosin dikeluarkan oleh kelenjar hipofisis posterior. Perubahan keseimbangan estrogen dan progesterone mengubah sensitivitas otot uterus, sehingga sering terjadinya kontraksi Braxton Hicks. Dengan semakin tuanya usia kehamilan kadar progesterone menurun dan kadar oksitosin meningkat sehingga terjadinya persalinan.

d. Teori Prostaglandin

Prostaglandin dileluarkan oleh desidua. Apabila diberikan prostaglandin saat hamil dapat menimbulkan kontraksi myometrium pada setiap umur kehamilan. Hal ini juga disokong dengan adanya kadar prostaglandin yang tinggi baik dalam air ketuban maupun darah perifer pada ibu-ibu hamil sebelum melahirkan atau selama persalinan.

e. Pengaruh Janin

Hipofise dan kelenjar suprenal janin rupa-rupanya juga memegang peranan oleh karena itu pada anencephalus kehamilan sering lebih lama dari biasanya (Sulaiman, 1983).

5 Kebutuhan dasar ibu bersalin

a. Kebutuhan fisik

Kebersihan diri Untuk menjaga kebersihan diri ibu, bidan dapat menganjurkan ibu untuk membasuh daerah sekitar kemaluannya sesudah buang air besar atau

buang air kecil dan menjaga tetapi bersih dan kering. Hal ini dapat menimbulkan kenyamanan dan relaksasi serta menurunkan resiko infeksi karena dengan adanya kombinasi antara bloody show, keringat, cairan amnion, larutan untuk pemeriksaan vagina dan juga vices dapat membuat ibu bersalin merasa tidak nyaman. Bidan dapat melap badan ibu dengan air DTT agar ibu merasa nyaman dan segar (Indrayani, 2013).

b. Kehadiran pendamping persalinan

Anjurkan ibu untuk ditemani suami atau anggota keluarga atau temannya yang ia inginkan selama proses persalinan, menganjurkan mereka untuk melakukan peran aktif dalam mendukung ibu dan mengidentifikasi langkah-langkah yang mungkin sangat membantu kenyamanan ibu. Adapun dukungan yang dapat diberikan oleh pendamping persalinan seperti mengusap keringat, menemani jalan-jalan, memberikan minum (Indrayani, 2013).

c. Kehadiran pendamping persalinan

Anjurkan ibu untuk ditemani suami atau anggota keluarga atau temannya yang ia inginkan selama proses persalinan, menganjurkan mereka untuk melakukan peran aktif dalam mendukung ibu dan mengidentifikasi langkah-langkah yang mungkin sangat membantu kenyamanan ibu. Adapun dukungan yang dapat diberikan oleh pendamping persalinan seperti mengusap keringat, menemani jalan-jalan, memberikan minum (Indrayani, 2013).

d. Pengurangan rasa nyeri

Adapun asuhan yang dapat diberikan untuk mengurangi rasa nyeri antara lain:

1) Pengaturan posisi

Pengaturan posisi, bisa juga dengan menggunakan bantal, ibu bersalin memerlukan bantal dibawah kepalanya, hal ini dapat meningkatkan relaksasi, mengurangi tekanan otot dan mengeliminasi titik-titik tekanan. Anjuran posisi yang diberikan pada ibu untuk mengurangi nyeri pada bersalin antara lain :

- a) Anjurkan ibu untuk mencari posisi yang nyaman bagi dirinya dan minta keluarga untuk membantu
 - b) Ibu boleh berjalan, berdiri, duduk atau jongkok, berbaring miring kiri atau merangkak
- 2) Jangan biarkan ibu pada posisi terlentang karena akan membuat supine hypotensi syndrome. Relaksasi dan latihan pernapasan. Dalam hal ini, ada tiga latihan relaksasi pada ibu bersalin, di antaranya:
- a) Relaksasi progresif yaitu dengan cara mengeraskan satu grup otot (tangan, lengan, kaki, muka) dengan sengaja sekeras mungkin dan kemudian merilekskannya selembut mungkin. Relaksasi terkontrol yaitu dengan cara mengeraskan satu grup otot dan satu grup merelaksasikan bagian sisi yang berlawanan.
 - b) Sebagai contoh lengan kiri dikuatkan, sementara lengan kanan dirilekskan.
 - c) Bernafas dalam dengan cara rileks sewaktu ada his dengan cara meminta ibu untuk menarik napas panjang, tahan napas sebentar kemudian dilepaskan dengan cara meniup sewaktu ada his (Indarayani, 2013).

3) Usapan di punggung atau abdominal

Lakukan pemijatan/masase di punggung atau mengusap perut dengan lembut. Hal ini dapat memberikan dukungan dan kenyamanan pada ibu bersalin sehingga akan mengurangi rasa sakit.

4) Pengosongan kandung kemih

Sarankan ibu untuk sesering mungkin untuk berkemih. Kandung kemih yang penuh dapat menyebabkan nyeri pada bagian abdominal, juga menyebabkan sulit turunnya bagian terendah janin, memperlambat proses persalinan dan meningkatkan infeksi kandung kemih (Indrayani, 2013).

e. Informasi dan kepastian tentang hasil pemeriksaan kemajuan persalinan

Setiap ibu bersalin selalu ingin mengetahui apa yang terjadi pada tubuhnya, terutama yang berkaitan dengan kemajuan persalinannya sehingga dapat memberikan penjelasan/informasi tentang :

- 1) Penjelasan tentang proses dan perkembangan persalinan
- 2) Jelaskan semua hasil pemeriksaan. Semua hasil pemeriksaan harus dijelaskan pada ibu, hal ini akan mengurangi kebingungan pada ibu.
- 3) Pengurangan rasa takut akan menurunkan nyeri akibat ketegangan dari rasa takut.
- 4) Penjelasan tentang prosedur dan adanya pembatasan hal ini memungkinkan ibu bersalin merasa aman dan dapat mengatasinya secara efektif (Indrayani, 2013).

6 Tahapan Persalinan

Menurut Prawirohardjo (2012) tahapan persalinan antara lain

a. Kala I (Pembukaan)

Kala I persalinan merupakan permulaan kontraksi persalinan sejati, yang ditandai dengan perubahan serviks yang progresif yang diakhiri dengan pembukaan lengkap (10 cm) pada primigravida kala I berlangsung kira-kira 13 jam, sedangkan pada multigravida kira-kira 7 jam. Terdapat 2 fase pada kala I antara lain :

1) Fase Laten

Fase laten adalah periode waktu dari awal persalinan pembukaan mulai berjalan secara progresif, yang umumnya dimulai sejak kontraksi mulai muncul hingga pembukaan 3-4 cm atau permulaan fase aktif berlangsung dalam 7-8 jam. Selama fase ini presentasi mengalami penurunan sedikit hingga tidak sama sekali.

2) Fase Aktif

Fase aktif adalah periode waktu dari awal kemajuan aktif pembukaan menjadi komplit dan mencakup fase transisi, pembukaan pada umumnya dimulai dari 3-4 cm hingga 10 cm dan berlangsung selama 6 jam. Penurunan bagian presentasi yang progresif terjadi selama akhir fase aktif dan selama kala dua persalinan. Fase aktif dibagi dalam 3 fase, yaitu :

- a) Fase akselerasi, yaitu dalam waktu 2 jam pembukaan 3 cm menjadi 4 cm.
- b) Fase dilatasi, yaitu dalam waktu 2 jam pembukaan sangat cepat dari 4 cm menjadi 9 cm.
- c) Fase deselerasi, yaitu pembukaan menjadi lamban kembali dalam waktu 2 jam pembukaan 9 cm menjadi 10 cm (lengkap).

(1) Penanganan kala I

(a) Membantu ibu dalam persalinan jika ibu tampak gelisah, ketakutan dan kesakitan:

- Berikan dukungan dan keyakinan akan dirinya
- Berikan informasi mengenai proses dan kemajuan persalinan
- Dengarkan keluhannya dan lebih peka terhadap perasaannya.

(b) Jika ibu tampak kesakitan, dukungan asuhan yang diberikan adalah:

- Lakukan perubahan posisi seperti tidur miring kiri
- Mengajarkan ibu teknik bernapas, seperti ibu diminta untuk tarik napas panjang melalui hidung, kemudian dilepaskan secara perlahan melalui mulut sewaktu terasa kontraksi
- Menjelaskan kemajuan persalinan dan perubahan yang terjadi serta prosedur yang dilaksanakan dan hasil-hasil pemeriksaan.
- Menganjurkan keluarga untuk memenuhi kebutuhan energy dan mencegah dehidrasi pada ibu dengan memberikan cukup minum.
- Sarankan ibu untuk berkemih sesering mungkin.

(2) Pemantauan kala I

Patograf adalah alat bantu untuk memantau kemajuan persalinan, asuhan, pengenalan penyulit dan informasi untuk membuat keputusan. Table berikut menguraikan frekuensi minimal penilaian dan intervensi. Jika ibu menunjukkan tanda-tanda komplikasi atau gejala komplikasi atau

perubahan kondisi, penilaian harus dilakukan lebih sering (Sarli et al., 2019)

Tabel 2.6 Penilaian Pada Ibu Bersalin

Parameter	Frekuensi pada fase laten	Frekuensi pada fase aktif
Tekanan darah	Setiap 4 jam	Setiap 4 jam
Temperature/suhu	Setiap 4 jam	Setiap 4 jam
Nadi	Setiap 30 menit	Setiap 30 menit
DJJ	Setiap 1 jam	Setiap 30 menit
Kontraksi	Setiap 1 jam	Setiap 30 menit
Perubahan servik	Setiap 4 jam	Setiap 2-4 jam
Penurunan bagian terendah janin	Setiap 4 jam	Setiap 2-4 jam

Perubahan Fisiologis Kala I

1) Perubahan pada uterus

Uterus terdiri dari dua komponen fungsional utama yaitu myometrium dan serviks. Kontraksi uterus bertanggung jawab terhadap penipisan dan pembukaan serviks serta pengeluaran bayi dalam persalinan. Kontraksi uterus saat persalinan sangat unik karena kontraksi ini merupakan kontraksi otot yang sangat sakit. Kontraksi ini bersifat intermitten yang memberikan keuntungan berupa adanya periode istirahat/reaksi diantara dua kontraksi.

2) Perubahan serviks

Kala I persalinan dimulai dari munculnya kontraksi persalinan yang ditandai dengan perubahan serviks secara progresif dan diakhiri dengan pembukaan servik lengkap. Kala ini idibagai menjadi 2 fase yaitu fase laten dan fase aktif.

- a) Fase laten : fase yang dimulai pada pembukaan serviks 0-3 cm. pada fase ini kontraksi uterus meningkat baik pada frekuensi, durasi dan intensitasnya dari setiap 10-20 menit, lama 15-20 detik dengan intensitas cukup menjadi 5-7 menit, lama 30-40 detik dengan intensitas yang kuat.
- b) Fase aktif : fase yang dimulai pada pembukaan serviks 4 dan berakhir sampai pembukaan serviks mencapai 10 cm. pada fase ini kontraksi uterus menjadi efektif ditandai dengan meningkatnya frekuensi, durasi dan kekuatan kontraksi. tekanan puncak kontraksi yang dihasilkan mencapai 40-50 mmHg. Diakhir fase aktif kontraksi berlangsung 2-3 menit sekali, selama 60 detik dengan intensitas lebih dari 40 mmHg.

Ada 2 proses fisiologi utama yang terjadi pada servik :

- Pendataran servik

Pendataran serviks disebut juga penipisan servik pemendekan saluran servik dari 2 cm menjadi hanya berupa muara melingkar dengan tepi hamper setitis kertas. Proses ini terjadi dari atas kebawah sebagai hasil dari aktivitas myometrium. Serabut-serabut otot setinggi os servik internum ditarik keatas dan dipendekkan menuju segmen bawah uterus, sementara os eksternum tidak berubah.

- Pembukaan serviks

Pembukaan terjadi sebagai akibat dari kontraksi uterus serta tekanan yang berlawanan dari kantong membrane dan bagian bawah janin. Kepala janin saat fleksi akan membantu pembukaan yang efisien. Pada primigravida pembukaan didahului dengan pendataran. Sedangkan pada multigravida pembukaan serviks dapat terjadi bersamaan dengan pendataran.

3) Perubahan tekanan darah

Tekanan darah meningkat selama terjadi kontraksi (sistolik rata-rata naik 15 mmHg, diastolic 5-10 mmHg), antara kontraksi tekanan darah kembali normal pada level sebelum persalinan. Rasa sakit, takut dan cemas juga akan meningkatkan tekanan darah.

4) Perubahan metabolisme

Selama persalinan metabolisme aerob maupun anerob terus menerus meningkat seiring dengan kecemasan dan aktivitas otot. Peningkatan metabolisme ini ditandai dengan meningkatnya suhu tubuh, nadi, pernafasan, cardiac output dan kehilangan cairan.

5) Perubahan ginjal

Poliuri akan terjadi selama persalinan. Ini mungkin disebabkan karena meningkatnya curah jantung selama persalinan dan meningkatnya filtrasi glomerulus dan aliran plasma ginjal.

6) Perubahan hematologi

Hemoglobin meningkat sampai 1.2 grm/100ml selama persalinan dan akan kembali pada tingkat seperti sebelum persalinan setelah pasca salin kecuali ada perubahan post partum (Heri Rosyati, 2017).

b. Kala II (kala pengeluaran janin)

Menurut Prawirohardjo (2012), beberapa tanda dan gejala persalinan kala II yaitu : a) ibu merasakan ingin mengejan bersamaan terjadinya kontraksi. b) ibu merasakan peningkatan tekanan pada rectum atau vaginanya. c) perineum terlihat menonjol. d) vulva vagina dan sfingter ani terlihat membuka. e) peningkatan pengeluaran lendir darah.

Kala II adalah kala pengeluaran bayi, dimulai dari pembukaan lengkap sampai bayi lahir. Uterus dengan kekuatan hisnya ditambah kekuatan meneran akan mendorong janin hingga lahir. Proses ini biasanya berlangsung $\frac{1}{2}$ -2 jam pada primigravida dan $\frac{1}{2}$ -1 jam pada multigravida (Mochtar, 2012).

Kala II his terkoordinir, kuat, cepat dan lama, kira-kira 2-3 menit sekali. Kepala janin telah turun masuk ruang panggul sehingga terjadi tekanan pada otot-otot dasar panggul yang secara refleks timbul rasa mencedakan. Karena tekanan pada rectum, ibu seperti ingin buang air besar dengan tanda anus terbuka. Pada waktu itu, kepala janin mulai terlihat, vulva membuka dan perineum menonjol atau meregang. Dengan his mencedakan yang dipimpin akan lahir kepala dengan diikuti seluruh badan janin (Mochtar, 2012).

Perubahan Fisiologis Kala II

1) Tekanan darah

Tekanan darah dapat meningkat 15-25 mmHg selama kontraksi pada kala II. Upaya mencedakan pada ibu juga dapat mempengaruhi tekanan darah, menyebabkan tekanan darah meningkat dan kemudian menurun dan pada akhirnya berada sedikit di atas normal. Oleh karena itu, diperlukan evaluasi

tekanan darah dengan cermat diantar kontraksi, rata-rata peningkatan tekanan darah 10 mmHg diantara kontraksi ketika wanita telah mengedan adalah hal yang normal.

2) Metabolisme

Peningkatan metabolisme yang terus menerus berlanjut sampai kala II disertai upaya mengedan pada ibu yang akan menambah aktivitas otot-otot rangka untuk memperbesar peningkatan metabolisme.

3) Denyut nadi

Frekuensi denyut nadi ibu bervariasi pada setiap kali mengedan. Secara keseluruhan, frekuensi nadi meningkat selama kala II persalinan disertai tekikardi yang mencapai puncaknya pada saat persalinan.

4) Suhu

Peningkatan suhu tertinggi terjadi pada saat persalinan dan segera setelahnya. Peningkatan normal adalah 0,5-1 °C.

5) Perubahan pada sistem pernafasan

Sedikit peningkatan frekuensi pernapasan masih normal diakibatkan peningkatan lebih lanjut curah jantung selama persalinan dan mencerminkan peningkatan metabolisme yang terjadi.

6) Perubahan hematologi

Hemoglobin meningkat rata-rata 1.2 gram/100 ml selama persalinan dan kembali ke kadar sebelum persalinan pada hari pertama post partum jika tidak ada kehilangan darah yang abnormal (Heri Rosyati, 2017).

c. Kala III (kala pengeluaran plasenta)

Menurut Prawirohardjo (2012) tanda-tanda lepasnya plasenta antara lain :

1) Perubahan bentuk dan tinggi fundus

Uterus berbentuk bulat penuh (discoit) dan tinggi fundus biasanya turun sampai dibawah pusat. Setelah uterus berkontraksi dan uterus terdorong ke bawah, uterus menjadi bulat dan fundus berada di atas pusat (sering kali mengarah ke sisi kanan).

2) Tali pusat memanjang

Tali pusat terlihat keluar memanjang atau terjulur melalui vulva vagina.

3) Semburan darah

Semburan darah yang keluar menandakan bahwa darah yang terkumpul diantaranya melekatnya plasenta dan permukaan maternal plasenta keluar dari tepi plasenta yang terlepas. Setelah bayi lahir kontraksi istirahat sejenak. Saat kontraksi uterus teraba keras sehingga fundus uterus setinggi pusat, dan berisi plasenta yang menjadi tebal 2x sebelumnya. Beberapa saat kemudian his melepaskan pengeluaran plasenta. Dalam waktu 5-10 menit plasenta terlepas, terdorong ke dalam vagina akan lahir spontan atau sedikit dorongan dari atas simfisi atau fundus uteri. Seluruh proses biasanya berlangsung 5-30 menit setelah bayi lahir. Pengeluaran plasenta disertai dengan pengeluaran darah kira-kira 100-200 cc (Mochtar, 2012).

Perubahan Fisiologis Kala III

Dimulai segera setelah bayi lahir sampai lahirnya plasenta yang berlangsung tidak lebih dari 30 menit. Setelah bayi lahir uterus teraba keras

dnegan fundus uteri diatas pusat beberapa menit kemudian uterus berkontraksi lagi untuk melepaskan plasenta dari dindingnya. Biasanya plasenta lepas dalam 6 mneit-15 menit setelah bayi lahir dan keluar spontan atau dengan tekanan pada fundus uteri. Pengeluaran plasenta, disertai dnegan pengeluaran darah. Komplikasi yang dapat timbul pada kala II adalah pendrahan akibat atonia uteri,retnstio plasenta, perlukaan jalan lahir (Heri Rosyati, 2017).

d. Kala IV

Kala IV merupakan setelah plasenta dan selaput ketuban dilahirkan sampai dengan 2 jam post partum.pada kala IV dilakukan observasi terhadap perdarahan pascapersalinan, paling sering terjadi pada 2 jam pertama. Observasi yang dilakukan adalah sebagai berikut :

- 1) Tingkat kesadaran pasien
- 2) Pemeriksaan tanda-tanda vital seperti tekanan darah, nadi dan pernafasan dan suhu.
- 3) Kontraksi uterus.
- 4) Terjadinya perdarahan. Perdarahan dianggap normal bila jumlahnya tidak melebihi 400-500 cc (Sulistyawati, 2011).

Perubahan Fisiologis Kala IV

Perubahan kala IV dimulai dnegan kelahiran plasenta dan berakhir 2 jam kemudian. Periode ini merupakan saat paling kritis untuk mencegah kematian ibu, terutama kematian disebabkan perdarahan. Selama kala IV, bidan harus memantau ibu setiap 15 menit pada jam pertama 30 menit pada jam kedua

setelah persalinan. Jika kondisi ibu tidak stabil, maka ibu harus dipantau lebih sering. Setelah pengeluaran plasenta, uterus biasanya berada pada tengah dari abdomen kira-kira 2/3 antara symphysis pubis dan umbilicus atau berada tepat di atas umbicus (Heri Rosyati, 2017).

7 Faktor-faktor Yang Mempengaruhi Persalinan

Adapun faktor-faktor yang dapat mempengaruhi jalannya proses persalinan adalah penumpang (passenger), jalan lahir (passage), kekuatan (power), posisi ibu (positioning) dan respon psikologi (psychology response). Masing-masing dari faktor tersebut dijelaskan sebagai berikut :

a. Penumpang (passenger)

Penumpang dalam persalinan adalah janin dan plasenta. Hal-hal yang perlu diperhatikan mengenai janin adalah ukuran kepala janin, presentasi, letak, sikap dan posisi janin, sedangkan yang perlu diperhatikan pada plasenta adalah letak, besar dan luasnya (Prawirohardjo, 2013).

b. Jalan lahir (passage)

Merupakan jalan lahir yang harus dilewati oleh janin terdiri dari rongga panggul, serviks dan vagina. Syarat agar janin dan plasenta dapat melalui jalan lahir tanpa ada rintangan, amak jalan lahir tersebut harus normal (Shofa, 2015).

Passage terdiri dari :

1) Bagian Keras tulang-tulang panggul (rangka panggul) :

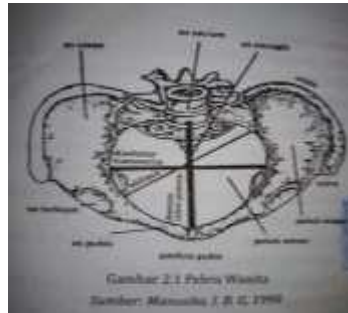
1) Os. Coxae

a) Os. illium

b) Os. ischium

- c) Os. Pubis
- 2) Os. Sacrum = Promontorium
- 3) Os. Coccygis

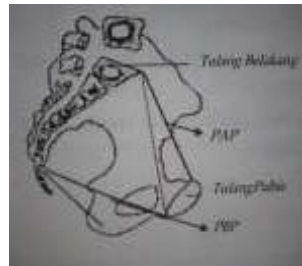
Gambar 2.3 Pelvis Wanita



Sumber : Widya, 2015

- 2) Bagian lunak : Otot-otot , jaringan dan ligamen-ligamen pintu panggul
 - 1) Pintu atas panggul (PAP) = Disebut inlet dibatasi oleh promontorium, linea inominata dan pinggir atas sympsis.
 - 2) Ruang tengah panggul (RTP) kira-kira pada spina ishiadica, isebut midlet.
 - 3) Pintu bawah panggul (PBP) dibatasi simfisis dan arkus pubis, disebut outlet
 - 4) Ruang panggul yang sebenarnya (Pelvis Cavity) berada antara inlet atau outlet.

Gambar 2.4 PAP dan PBP



Sumber : Widya, 2015

(1) Sumbu Panggul

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

(2) Bidang- bidang Hodge

- (a) Bidang Hodge I : Dibentuk pada lingkaran PAP dengan bagian atas symphysis dan promontorium.
- (b) Bidang Hodge II : Sejajar dengan Hodge I setinggi pinggir bawah symphysis.
- (c) Bidang Hodge III : Sejajar Hodge I dan II setinggi pinal ischiadica kanan dan kiri.
- (d) Bidang Hodge IV : Sejajar Hodge I, II dan III setinggi os coccygis.

Gambar 2.5 Bidang Hodge



Sumber : Widya, 2015

(3) Stasion bagian persentasi atau derajat penurunan:

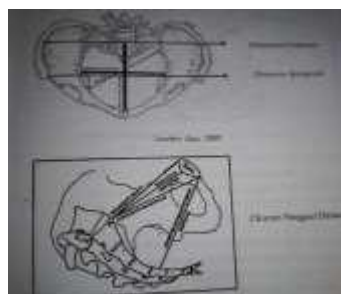
- (a) Stasion 0 : Sejajar Sina Ischiadica
- (b) 1 cm di atas spina ischiadica disebut stasion 1 dan seterusnya sampai stasion 5
- (c) -1 cm dibawah spina ischiadica disebut stasion -1 dan seterusnya sampai stasion -5

(4) Ukuran – ukuran panggul

(a) Ukuran Luar Panggul :

- Distansia spinarum : Jarak antara kedua spina iliaca anterior superior :23 – 26 cm
- Distansia cristarum : Jarak antara kedua crista iliaca kanan dan kiri : 26 – 29 cm
- Konjugata Externa (Boudeloque) 18 – 20 cm
- Lingkaran panggul 80 – 90 cm
- Konjugata diagnalis (periksa dalam) 12,5 cm
- Distansia tubernum (dipakai Oseander) 10,5 cm

Gambar 2.6 Ukuran Panggul Luar dan Dalam



Sumber : Widya, 2015

(b) Ukuran Panggul Dalam :

Pintu atas panggul merupakan suatu bidang yang dibentuk oleh promontorium, linea inominata, dan pinggir atas simfisis pubis.

- 1) Konjugata Vera : Dengan periksa dalam diperoleh konjugata diagonalis 10,5 – 11 cm.
- 2) Konjugata Transversa 12 – 13 cm
- 3) Konjugata Oblique 13 cm
- 4) Konjugata obstetrik adalah jarak bagian tengah simfisis ke promontorium.

Gambar 2.7 Pemeriksaan dalam konjugata Obstetrik



Sumber : Widya, 2015

- 3) Ruang Tengah Panggul
 - 1) Bidang terluas ukurannya 13 x 12,5 cm
 - 2) Bidang tersempit ukurannya 11,5 x 11 cm
 - 3) Jarak antar spina ischiadica 11 cm
- 4) Pintu Bawah Panggul (Outlet) :
 - 1) Ukuran anterior posterior 10 – 11 cm
 - 2) Ukuran melintang 10,5 cm

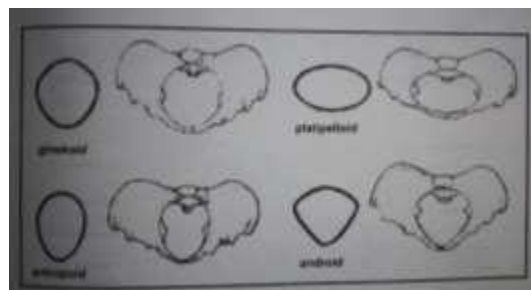
- 3) Arcus pubis membentuk sudut 90° lebih, pada laki-laki kurang dari 180° . Inklinasi pelvis (miring panggul) adalah sudut yang dibentuk dengan horizon bila wanita berdiri tegak dengan inlet $55 - 60^\circ$.

5) Jenis Panggul

Berdasarkan pada ciri-ciri bentuk pintu atas panggul ada 4 bentuk pokok jenis panggul :

- 1) Ginekoid
- 2) Android
- 3) Antropoid
- 4) Platipeloid

Gambar 2.6 Jenis Panggul



Sumber : Widya, 2015.

- 6) Otot – otot dasar panggul ligamen – ligamen penyangga uterus
- 1) Ligamentum kardinale sinistrum dan dekstrum (Mackendrot):
Ligamen terpenting untuk mencegah uterus tidak turun. Jaringan ikat tebal serviks dan puncak vagina kearah lateal dinding pelvis

- 2) Ligamentum sacro-uterina sinistrum dan dekstrum: menahan uterus tidak banyak bergerak melengkung dari bagian belakang serviks kiri dan kanan melalui dinding rektum kearah os sacrum kiri dan kanan
- 3) Ligamentum Rotundum sinistrum dan dekstrum (Round ligament) : Ligamen yang menahan uterus dalam posisi antefleksi.
- 4) Ligamentum Latum sinistrum dan dekstrum (Broad Ligament)
: Dari uterus kearah lateral
Ligamentum infundibulo pelvikum : Menahan tuba falopi.
Dari infundibulum ke dinding pelvis.

c. Kekuatan (Power)

Faktor kekuatan dalam persalinan dibagi atas dua yaitu :

1) Kekuatan primer (kontraksi involuter)

Kontraksi berasal dari segmen atas uterus yang menebal dan dihantarkan ke uterus bawah dalam bentuk gelombang. Istilah yang digunakan untuk menggambarkan kontraksi involunter ini antara lain frekuensi, durasi dan intensitas kontraksi, kekuatan primer ini mengakibatkan serviks menipis (effacement) dan berdilatasi sehingga jani turun (Sondakh, 2013).

2) Kekuatan sekunder (kontraksi volunter)

Pada kekuatan ini otot-otot diafragma dan abdomen ibu berkontraksi dan mendorong keluar isi ke jalan lahir sehingga menimbulkan tekanan intra abdomen. Tekanan ini menekan uterus pada semua sisi dan menambah

kekuatan dalam menolong keluar. Kekuatan sekunder tidak mempengaruhi dilatasi serviks, tetapi setelah dilatasi serviks lengkap, kekuatan ini cukup penting dalam usaha untuk mendorong keluar dari uterus dan vagina (Sondakh, 2013).

d. Posisi ibu (*positioning*)

Posisi ibu dapat mempengaruhi adaptasi anatomi dan fisiologi persalinan. Perubahan posisi yang diberikan pada ibu bertujuan untuk menghilangkan rasa letih, memberi rasa nyaman, dan memperbaiki sirkulasi. Posisi tegak (contoh : posisi berdiri, berjalan, duduk dan jongkok) memberi sejumlah keuntungan, salah satunya adalah memungkinkan gaya gravitasi membantu penurunan jani. Selain itu, posisi ini di anggap dapat mengurangi kejadian penekanan tali pusat (Sondakh, 2013).

e. Respon psikologi (*psychology respons*)

Respon psikologi ibu dapat dipengaruhi oleh :

- 1) Dukungan ayah bayi/pasangan selama proses persalinan
- 2) Dukungan kakek nenek (saudara dekat) selama persalinan
- 3) Saudara kandung bayi selamam persalinan (Sondakh, 2013).

f.. Faktor Penolong

Peran dari penolong persalinan dalam hal ini bidan adalah mengantisipasi dan menangani komplikasi yang mungkin terjadi pad ibu dan janin. Proses tergantung dari kemampuan skil dan kesiapan penolong dalam menghadapi proses persalinan (Widia,2015).

8 Mekanisme Persalinan

Selama proses persalinan, janin melakukan serangkaian gerakan untuk melewati panggul (*seven cardinal movements of labor*) yang terdiri dari:

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 multipara, engagement sering terjadi sebelum awal persalinan. Namun, pada multipara dan beberapa primipara, engagement tidak terjadi sampai setelah persalinan dimulai (Mutmainnah, dkk 2017).

b. Descent

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 : ketika sutura sagitalis sejajar dengan sumbu jalan lahir.
- 2) Asinklismus anterior: kepala janin mendekat ke arah promontorium sehingga os parietalis terlihat lebih rendah.
- 3) Asinklismus posterior : kepala janin mendekat ke arah symphysis dan tertahan oleh symphysis pubis (Mutmainnah dkk , 2017).

b. Fleksi (flexion)

Segara setelah bagian terbawah janin yang turun terbawah janin yang turun tertahan oleh serviks, dinding samping panggul, atau dasarpanggul, dalam keadaan normal fleksi terjadi dan dagu didekatkan kearah dada janin. Fleksi ini disebabkan oleh:

- 1) Persendian leher : dapat berputar kesegala arah termasuk mengarah ke dada.
- 2) Letak leher bukan digaris tengah, tetapi kearah 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 (Mutmainnah dkk, 2017).

c. Putaran paksi dalam (internal rotation)

Putaran paksi dalam dimulai dalam bidang setinggi spina ischiadika. Setiap kali terjadi kontraksi, kepala janin diarahkan kebawah lengkung pubis dan kepala berputar saat mencapai otot paggul (Mutmainnah dkk, 2017).

d. Ekstensi (ekstention)

Saat kepala janin mencapai perenium, kepala akan defleksi kearah anterior oleh perenium. Ula-mula oksiput melalui permukaan bawah simpisis pubis, kemudian kepala keluar mengikuti subu jalan lahir akibat ekstensi (Mutmainnah dkk, 2017).

e. Putaran paksi luar (eksterna 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 (Mutmainnah dkk, 2017).

f. Ekspulsi

Setelah bahu keluar, kepala dan bahu diangkat keatas tulang pubis ibu dan badan bayi dikeluarkan dengan gerakan fleksi lateral kearah symphysis pubis (Mutmainnah dkk. 2017).

9 60 Langkah Asuhan Persalinan Normal

60 langkah asuhan persalinan normal :

- 1) Melihat adanya tanda persalinan
- 2) Memastikan kelengkapan alat pertolongan persalinan termasuk mematahkan ampul oksitosin dan memasukkan 1 buah alat suntik sekali pakai 3 cc ke dalam partus set.
- 3) Memakai celemek plastik
- 4) Memastikan lengan/tangan tidak memakai perhiasan, mencuci tangan dengan sabun di air mengalir.
- 5) Memakai sarung tangan DTT pada tangan kanan yang digunakan untuk pemeriksaan dalam Mengambil alat suntik sekali pakai dengan tangan kanan, isi dengan oksitosin dan letakkan kembali kedalam partus set. Bila ketuban belum pecah, pinggirkan $\frac{1}{2}$ kocher pada partus set

- 6) Membersihkan vulva dan perineum menggunakan kapas DTT (basah) dengan gerakan vulva ke perineum (bila daerah perineum dan sekitarnya kotor karena kotoran ibu keluar, bersihkan daerah tersebut dari kotoran).
- 7) Melakukan pemeriksaan dalam dan pastikan pembukaan sudah lengkap dan selaput ketuban sudah pecah.
- 8) Mencelupkan tangan kanan yang bersarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5%, membuka sarung tangan secara terbalik dan merendamnya dalam larutan klorin 0,5%.
- 9) Memeriksa denyut jantung janin setelah kontraksi uterus selesai, pastikan DJJ dalam batas normal.
- 10) Memberitahu ibu pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik, meminta ibu untuk meneran saat ada his, bila ia sudah merasa ingin meneran.
- 11) Meminta bantuan keluarga untuk menyiapkan posisi ibu saat meneran (bila ada rasa ingin meneran dan terjadi kontraksi yang kuat, bantu ibu keposisi setengah duduk atau psosis lain yang diinginkan dan pastikan ibu merasa nyaman).
- 12) Melakukan pimpinan meneran saat ibu mempunyai dorongan kuat untuk meneran.
- 13) Saat kepala bayi membuka vulva dengan diameter 5 sampai 6 cm, letakkan handuk bersih, pada perut ibu untuk mengeringkan bayi.
- 14) Meletakkan kain bersih yang dilipat 1/3 bagian di bawah bokong ibu

- 15) Membuka tutup partus set dan perhatikan kembali kelengkapan alat dan bahan.
- 16) Memakai sarung tangan DTT pada kedua tangan
- 17) Saat sub-occiput tampak dibawah simfisis, tangan kanan melindungi perineum dengan diaalas lipatan kain dibawah bokong, sementara tangan kiri menahan puncak kepala agar tidak terjadi defleksi maksimal saat kepala lahir.
- 18) Minta ibu untuk tidak meneran dengan nafas pendek-pendek. Bila didapatkan mekonium pada air ketuban, segera setelah kepala lahir lakukan penghisapan pada mulut dan hidung bayi menggunakan penghisap lendir De Lee.
- 19) Menggunakan kassa/kain bersih untuk membersihkan muka bayi dari lendir dan darah.
- 20) Memeriksa adanya lilitan tali pusat pada leher janin.
- 21) Menunggu hingga kepala bayi selesai melakukan putaran paksi luar secara spontan.
- 22) Setelah bayi menghadap paha ibu, tempatkan kedua telapak tangan biparietal kepala bayi, tarik secara hati-hati kea rah bawah sampai bahu anterior/depan lahir, kemudian tarik secara hati-hati ke atas sampai bahu posterior/belakang lahir. Bila terdapat lilitan tali pusat yang terlalu erat hingga menghambat putaran paksi luar, minta ibu berhenti meneran, dengan perlindungan tangan kiri pasang klem di dua tempat pada tali pusat dan potong tali pusat di antara kedua klem tersebut.

- 23) Setelah bahu lahir, tangan kanan menyangga kepala, leher, dan bahu bayi bagian posterior dengan posisi ibu jari pada leher (bagian bawah kepala) dan ke empat jari pada bahu dan dada/punggung bayi, sementara tangan kiri memegang lengan dan bahu bayi bagian anterior saat badan dan lengan lahir.
- 24) Setelah badan dan lengan lahir, tangan kiri menyusuri pinggang ke arah bokong dan tungkai bawah bayi untuk memegang tungkai bawah (selipkan jari telunjuk tangan kiri diantara kedua lutut bayi).
- 25) Setelah seluruh badan bayi lahir pegang bayi bertumpu pada lengan kanan sedemikian rupa sehingga bayi menghadap ke penolong. Nilai bayi, kemudian letakkan diatas perut ibu dengan posisi kepala lebih rendah dari badan (bila tali pusat pendek, letakkan bayi ditempat yang memungkinkan).
- 26) Segera mengeringkan bayi, membungkus kepala dan badan bayi kecuali bagian tali pusat.
- 27) Memeriksa fundus uteri untuk memastikan kehamilan tunggal.
- 28) Memberitahu ibu akan disuntik.
- 29) Menyuntikan oksitosin 10 unit secara intramuscular pada bagian 1/3 atas luar paha setelah melakukan aspirasi terlebih dahulu untuk memastikan bahwa ujung jarum tidak mengenai pembuluh darah.
- 30) Menjepit tali pusat menggunakan klem kira-kira 3cm dari umbilicus bayi. Melakukan urutan tali pusat ke arah ibu dan memasang klem diantara kedua 2 cm dari klem pertama.

- 31) Memegang tali pusat diantara 2 klem menggunakan tangn kiri, dengan perlindungan jari-jari tangan kiri, memotong tali pusat diantara 2 klem, bila bayi tidak bernapas spontan lihat penanganan khusus bayi baru lahir.
- 32) Mengganti pembungkus bayi dengan kain kering dan bersih, membungkus bayi hingga kepala.
- 33) Memberikan bayi pada ibu untuk dilakukan inisiasi menyusui dini.
- 34) Memindahkan klem tali pusat hingga berjarak 5-10 cm dari vulva.
- 35) Meletakkan tangan kiri di atas simfisis menahan bagian bawah uterus, sementara tangan kanan memegang tali pusat menggunakan klem dengan jarak 5-10 cm dari vulva.
- 36) Saat kontraksi, memegang tali pusat dengan tangan kanan sementara tangan kiri menekan uterus dengan hati-hati kearah dorso cranial.
- 37) Jika dengan peregangan tali pusat terkendali tali pusat terlihat bertambah panjang dan terasa adanya pelepasan plasenta, minta ibu untuk meneran sedikit sementara tangan kanan menarik tali pusat kearah bawah kemudian ke atas sesuai dengan kurva jalan lahir hingga plasenta tampak pada vulva.
- 38) Setelah plasenta tampak di vulva, teruskan melahirkan plasenta dengan hati-hati. Bila perlu (terasa ada tahanan), pegang plasenta dengan kedua tangan dan lakukan putaran searah untuk membantu pengeluaran plasenta dan mencegah robeknya selaput ketuban.
- 39) Segera setelah plasenta lahir, melakukan massase pada fundus uteri dengan menggosok fundus secara sirkuler menggunakan bagian palmar 4 jari tangan kiri hingga kontraksi uterus baik (fundus teraba keras).

- 40) Sambil tangan kiri melakukan massase pada fundus uteri, periksa bagian maternal dan bagian fetal plasenta dengan tangan kanan untuk memastikan bahwa seluruh kotiledon dan selaput ketuban sudah lahir lengkap, dan memasukkan dalam kantong plastic yang tersedia.
- 41) Memeriksa apakah ada robekan pada introitus vagina dan perineum yang menyebabkan perdarahan aktif, bila ada lakukan penjahitan.
- 42) Periksa kembali kontraksi uterus dan tanda adanya perdarahan pervaginam, pastikan kontraksi uterus baik.
- 43) Membersihkan sarung tangan dari lendir dan darah didalam larutan klorin 0,5% kemudian bilas tangan yang masih mengenakan sarung tangan dengan air yang sudah di desinfeksi tingkat tinggi dan mengeringkannya.
- 44) Mengikat tali pusat kurang lebih 1 cm dari umbilicus dengan simpul mati.
- 45) Mengikat balik tali pusat dengan simpul mati untuk kedua kalinya.
- 46) Melepaskan klem pada tali pusat dan memasukkannya dalam wadah berisi larutan klorin 0,5%.
- 47) Membungkus kembali bayi.
- 48) Berikan bayi pada ibu untuk disusui
- 49) Lanjutkan pemantauan terhadap kontraksi uterus, tanda perdarahan pervaginam dan tanda vital ibu.
- 50) Mengajarkan ibu/keluarga untuk memeriksa uterus yang memiliki kontraksi baik dan mengajarkan massase uterus apabila kontraksi uterus tidak baik.
- 51) Mengevaluasi jumlah perdarahan yang terjadi.
- 52) Memeriksa nadi ibu.

- 53) Merendam semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5%.
- 54) Membuang barang-barang yang terkontaminasi ke tempat sampah yang di sediakan
- 55) Membersihkan ibu dari sisa air ketuban, lendir dan darah dan menggantikan pakainnya dengan pakaian yang kering/bersih.
- 56) .Memastikan ibu merasa nyaman dan memberitahu keluarga untuk membantu apabila ibu ingin minum.
- 57) Dekontaminasi tempat persalinan dengan larutan klorin 0,5%.
- 58) Membersihkan sarung tangan di dalam larutan klorin 0,5% melepaskan sarung tangan secara terbalik dan merendamnya dalam larutan klorin 0,5%.
- 59) Mencuci tangan dengan sabun di air mengalir.
- 60) Melengkapi partograf (Prawirohardjo, 2018).

10 Patograf

a. Pengertian patograf

Patograf dipakai untuk kemajuan persalinan dan membantu petugas kesehatan terutama bidan dalam menentukan keputusan dalam pentalaksanaan. Patograf memberi peringatan pada petugas kesehatan bahwa suatu persalinan berlangsung lama, adanya gawat ibu dan janin, bahwa ibu mungkin perlu dirujuk (Prawirohardjo, 2018)

b. Tujuan

Tujuan partograf adalah:

- 1) Hasil observasi dan kemajuan persalinan dengan memeriksa pembukaan serviks berdasarkan periksa dalam.

- 2) Mendeteksi apakah proses persalinan berjalan secara normal, dengan demikian dapat mendeteksi dini kemungkinan terjadinya partus lama (Prawirohardjo, 2016).

c. Penggunaan patograf

Patograf harus digunakan untuk sebagai berikut :

- 1) Semua ibu dalam fase aktif kala satu persalinan sampai dengan kelahiran bayi, sebagai elemen penting asuhan persalinan.
- 2) Semua tempat pelayanan persalinan (rumah, puskesmas, klinik bidan swasta, rumah sakit, dan lain-lain).
- 3) Semua penolong persalinan yang memberikan asuhan kepada ibu selama persalinan dan kelahiran (spesialis Obstetri Ginekologi, Bidan, Dokter Umum, Residen, dan mahasiswa Kedokteran) (Prawirohardjo, 2016).

d. Halaman Depan Patograf

Halaman depan patograf mencatumkan bahwa observasi yang dimulai pada fase aktif persalinan dan menyediakan lajur dan kolom untuk mencatat hasil pemeriksaan selama fase aktif persalinan, seperti :

- 1) Informasi tentang ibu
 - a) Nama, Umur
 - b) Gravida, partus, abortus(keguguran)
 - c) Nomor catatan medik/nomor puskesmas
 - d) Tanggal dan waktu mulai dirawat (atau jika dirumah, tanggal dan waktu penolong persalinan mulai merawat ibu).
- 2) Waktu pecahnya ketuban .

3) Kondisi janin

- a) DJJ (denyut jantung janin)
- b) Warna dan adanya air ketuban
- c) Penyusupan (molase) kepala janin

4) Kemajuan persalinan

- a) Pembukaan serviks. Dengan menggunakan metode yang dijelaskan dibagian pemeriksaan fisik, nilai dan catat pembukaan serviks setiap 4 jam (lebih sering dilakukan jika ada tanda-tanda penyulit). Saat ini berarada dalam fase aktif persalinan, catat pada patograf hasil temuan setiap pemeriksaan. Tanda “X” harus ditulis di garis waktu yang sesuai dengan lajur besarnya pembukaan serviks. Beri tanda untuk temuan-temuan dari pemeriksaan dalam yang dilakukan pertama kali selama masa fase aktif persalinan di garis waspada. Hubungkan “X” dari setiap pemeriksaan dengan garis utuh.
- b) Penurunan bagian terbawah janin atau presentasi janin Setiap kali melakukan pemeriksaan dalam (setiap 4 jam), atau lebih sering jika ada tanda-tanda penyulit, nilai dan catat turunya bagian terbawah atau presentasi janin. Pada persalinan normal, kemajuan pembukaan serviks umumnya diikuti dengan turunnya bagian terbawah atau presentasi janin. Namun kadang kala, turunnya bagian terbawah/presentasi janin baru terjadi setelah pembukaan serviks sebesar 7 cm. Penurunan kepala janin diukur secara palpasi bimanual. Penurunan kepala janin diukur seberapa jauh dari tepi simfisis pubis. Dibagi menjadi 5 kategori dengan simbol

5/5 sampai 0/5. Simbol 5/5 menyatakan bahwa bagian kepala janin sudah tidak dapat lagi dipalpasi di atas simfisis pubis.

- c) Garis waspada dan garis bertindak. Garis waspada dimulai pada pembukaan serviks 4 cm dan berakhir pada titik dimana pembukaan lengkap diharapkan terjadi jika laju pembukaan 1 cm per jam. Pencatatan selama fase aktif persalinan harus dimulai di garis waspada. Jika pembukaan serviks mengarah ke sebelah kanan garis waspada (pembukaan kurang dari 1 cm per jam), maka harus dipertimbangkan pula adanya tindakan intervensi yang diperlukan,

5) Jam dan waktu

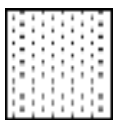
- a) Waktu mulainya fase aktif persalinan Dibagian bawah patograf (pembukaan serviks dan penurunan) tertera kotak-kota di beri angka 1-16. Setiap kotak menyatakan waktu satu jam sejak dimulainya fase aktif persalinan
- b) Waktu aktual saat pemeriksaan atau penilaian Dibawah lajur kotak untuk waktu mulainya fase aktif, ertera kotak-kotak untuk mencatat waktu aktual saat pemeriksaan dilakukan. Setiap kotak menyatakan satu jam penuh dan berkaitan dengan dua kotak waktu tiga puluh menit pada jalur kotak di atasnya atau lajur kontraksi di bawahnya. Saat ibu masuk dalam fase aktif persalnan, catatkan pembukaan serviks di garis waspada. Kemudian catatkan waktu aktual pemeriksaan ini di kotak waktu yang sesuai.

6) Kontraksi Uterus

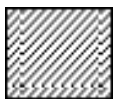
Di bawah lajur patograf terdapat lima lajur kotak dengan tulisan “kontraksi per 10 menit” di sebelah luar kolom paling kiri. Setiap kotak menyatakan satu kontraksi. Setiap 30, raba dan catat jumlah kontraksi dalam 10 menit dan lamanya kontraksi dalam satuan detik.

Nyatakan jumlah kontraksi yang terjadi dalam waktu 10 menit dengan mengisi angka pada kotak yang sesuai. Sebagai contoh jika ibu mengalami 3 kontraksi dalam waktu satu kali 10 menit, isi kotak.

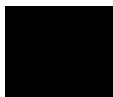
Nyatakan lamanya kontraksi dengan:



Beri titik-titik di kotak yang sesuai untuk menyatakan kontraksi yang lamanya kurang dari 20 detik.



Beri garis-garis di kotak yang sesuai untuk menyatakan kontraksi yang lamanya 20-40 detik.

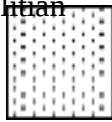


Isi penuh kotak yang sesuai untuk menyatakan kontraksi yang lamanya lebih dari 40 detik.

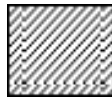
INGAT:

- Periksa frekuensi dan lamanya kontraksi uterus setiap jam selama fase laten dan setiap 30 menit selama fase aktif.
- Nilai frekuensi dan lamanya kontraksi selama 10 menit
- Catat lamanya kontraksi menggunakan lambang yang sesuai
- Catat temuan-temuan di kotak yang bersesuaian dengan waktu penelitian

penelitian



< 20 detik



20 – 40 detik



> 40 detik

7) Obat-obatan dan cairan yang diberikan

a) Oksitosin

b) Obat-obatan lainnya dan cairan I.V, yang diberikan

8) Kondisi ibu

a) Nadi, tekanan darah, dan temperatur tubuh

b) Urin (volume, aseton, dan protein).

9) Asuhan pengamatan, dan keputusan klinik lainnya (dicatat dalam kolom tersedia di sisi patograf atau dicatat kemajuan persalinan (Prawirohardjo, 2016).

e. Cara pengisian Halaman depan Patograf

1) Informasi tentang ibu

Lengkapi bagian awal atas patograf secara teliti pada saat memulai asuhan persalinan. Waktu kedatanagan (tertulis sebagai : jam, pada patograf) dan perhatikan kemungkinan ibu datang dalam fase laten persalinan. Catatlah waktu terjadinya pecah ketuban.

2) Kesehatan dan kenyamanan janin

Kolom, lajur, dan skala angka pada patograf adalah untuk pencatatan denyut jantung janin (DJJ), air ketuban, dan penyusupan tulang kepala janin.

a) Denyut jantung janin

Dengan menggunakan metode seperti yang diuraikan pada bagian pemeriksaan fisisk, nilai dan catat denyut jantung janin (DJJ) setiap 30 menit (lebih sering jika ada tanda-tanda gawat janin). Setiap kotak pada bagian ini, menunjukkan bahwa waktu 30 menit. Skala angka disebelah kolom paling kiri menunjukkan Denyut jantung janin. Catat denyut jantung janin dengan memberi tanda titik pada garis yang sesuai dengan angka yang menunjukkan denyut jantung janin. Kemudian hubungkan titik yang satu dengan titik lainnya dengan garis yang tidak terputus.

b) Warna dan adanya air ketuban

Nilai air ketuban setiap kali dilakukan pemeriksaan dalam dan nilai warna air ketuban jika selaput ketuban pecah. Catat temuan-temuan dalam kotak yang sesuai di bawah lajur denyut jantung janin. Gunakan lambang-lambang berikut :

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 dan tidak ada air ketuban (kering).

Mekonium dalam cairan ketuban tidak selalu menunjukkan gawat janin. Jika terdapat mekonium, pantau DJJ secara seksama untuk mengenali tanda-tanda gawat janin (denyut jantung janin <100 atau >180 kali permenit), ibu segera dirujuk ke fasilitas kesehatan yang sesuai. Akan tetapi, jika terdapat mekonium kental, segera rujuk ibu ke tempat yang memiliki asuhan kegawatdaruratan obstetrik dan bayi baru lahir.

c) Molase (penyusupan tulang kepala janin)

Penyusupan adalah indikator penting tentang seberapa jauh kepala bayi dapat menyesuaikan diri dengan bagian keras panggul ibu. Tulang kepala yang saling menyusup atau tumpang tindih, menunjukkan kemungkinan adanya disproporso tulang panggul (cephalo pelvic disproportion). Setiap kali melakukan pemeriksaan dalam, nilai penyusupan kepala janin. Catat temuan dikotak yang sesuai di bawah lajur air ketuban. Gunakan lambang-lambang berikut :

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, tapi masih dapat dipisahkan.

3 : tulang-tulang kepala janin tumpang tindih dan tidak dapat dipisahkan (Prawirohardjo, 2016).

3) Kemajuan persalinan

Kolom dan lajur kedua patograf adalah untuk pencatatan kemajuan persalinan. Angka 0-10 yang tertera di tepi kolom paling kiri adalah besarnya dilatasi servik. Tiap angka mempunyai lajur dan kotak yang lain pada lajur di atasnya, menunjukkan penambahan dilatasi sebesar 1 cm skala dengan 1-5 juga menunjukkan seberapa jauh penurunan janin. Tiap kotak dibagian ini menyatakan waktu 30 menit.

a) Pembukaan serviks

Dengan menggunakan metode yang dijelaskan dibagian pemeriksaan fisik, nilai dan catat pembukaan serviks setiap 4 jam (lebih sering dilakukan jika ada tanda-tanda penyulit). Saat ibu berada dalam fase aktif persalinan, catat pada patograf hasil temuan setiap pemeriksaan. Tanda “X” harus ditulis digaris waktu yang sesuai dengan lajur besarnya pembukaan serviks. Beri tanda untuk temuan-temuan dari pemeriksaan dalam yang dilakukan pertama kali selama fase aktif persalinan di garis waspada. Hubungkan tanda “X” dari setiap pemeriksaan dengan garis utuh.

b) Penurunan bagian terbawah atau presentasi janin

Setiap kali melakukan pemeriksaan dalam (setiap 4 jam) atau lebih sering jika ada tanda-tanda penyulit, nilai dan catat turunnya bagian terbawah atau presentasi janin. Pada persalinan normal, kemajuan

pembukaan serviks umumnya diikuti dengan turunnya bagian terbawah atau presentasi janin. Namun, kadangkala, turunnya bagian terbawah/presentasi janin baru terjadi setelah pembukaan serviks sebesar 7 cm. Simbol penurunan dibagi menjadi 5 simbol yaitu :

- Simbol 5/5 : menyatakan bahwa bagian kepala janin belum memasuki tepi atas simfisis pubis
- Simbol 0/5 : menyatakan bahwa bagian kepala janin sudah tidak dapat lagi dipalpasi di atas simfisis pubis.

Kata-kata “turunya kepala” dan garis terputus dari 0-5, tertera disisi yang sama dengan angka pembukaan serviks. Berikan tanda (0) pada garis waktu yang sesuai. Sebagai contoh jika kepala bisa dipalpasi 4/5, tuliskan tanda (0) di nomor 4. Hubungkan tanda (0) dari setiap pemeriksaan dengan garis terputus.

c) Garis waspada dan garis bertindak

Garis waspada dimulai pada pembukaan serviks 4 cm dan berakhir pada titik dimana pembukaan lengkap diharapkan terjadi jika laju pembukaan 1 cm per jam. Pencatatan selama fase aktif persalinan harus dimulai digaris waspada. Jika pembukaan serviks mengarah ke sebelah kanan garis waspada (pembukaan kurang dari 1 cm perjam), maka harus dipertimbangkan pula adanya tindakan intervensi yang diperlukan, misalnya : amniotomi, infus oksitosin atau persiapan-persiapan rujukan (ke rumah sakit atau puskesmas) yang mampu menangani penyulit kegawatdaruratan obstetrik. Garis bertindak tertera sejajar dengan garis waspada, dipisahkan oleh 8 kotak atau 4 jalur ke

sisi kanan. Jika pembukaan serviks berada disebelah kanan garis bertindak, maka tindakan untuk menyelesaikan persalinan harus dilakukan.

4) Jam dan waktu

a) Waktu mulainya fase aktif persalinan

Dibagian bawah patograf (pembukaan serviks dan penurunan) tertera kotak-kotak di bri angka 1-16. Setiap kotak menyatakan waktu satu jam sejak dimulainya fase aktif persalinan.

b) Waktu aktual saat pemeriksaan dalam

Dibawah lajur kotak untuk waktu mulainya fase aktif, tertera kotak-kotak untuk mencatat waktu aktual saat pemeriksaan dilakukan. Setiap kotak menyatakan satu jam penuh dan berkaitan dengan dua kotak waktu tiga puluh menit pada lajur kotak diatasnya atau lajur kontraksi dibawahnya. Saat ibu masuk dalam fase aktif persalinan, catatkan pembukaan serviks digaris waspada. Kemudian catatkan waktu aktual pemeriksaan ini dikotak waktu yang sesuai.

5) Kontraksi uterus

Dibawah lajur waktu patograf terdapat lima lajur 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 dalam 10 menit dan lamanya kontraksi dalam satuan detik.

6) Obat-obatan dan cairan

Dibawah lajur kotak observasi kontraksi uterus tertera lajur kotak untuk mencatat oksitosin, obat-obatan lainnya, dan cairan I.V.

a) Oksitosin

Jika tetesa (drip) oksitosin sudah dimulai, dokumentasikan setiap 30 menit jumlah unit oksitosin yang diberikan per volume cairan I.V dan dalam satuan tetesan per menit.

b) Obat-obatan lain dan cairan I.V

Catat semua pemberian obat-obatn tambahan dan atau cairan I.V dalam kotak yang sesuai dengan kolom waktunya.

7) Kesehatan dan kenyamanan ibu

Bagian terakhir pada lembar depan patograf berkaitan dengan kesehatan dan kenyamanan ibu:

a) Nadi, takanan darah, dan temperatur tubuh

Angka disebelah kiri bagian patograf ini berkaitan dengan nadi dan takanan darah ibu.

- Nilai dan catat nadi ibu setiap 30 mnit selama fase aktif persalinan (lebih sering jika dicurigai adanya penyulit). Beri tanda titik pada kolom waktu yang sesuai.
- Nilai dan catat tekanan darah ibu setiap 4 jam selama fase aktif persalinan (lebih sering jika dianggap ada penyulit). Beri tanda pada pada patograf pada kolom waktu yang sesuai.
- Nilai dan catat temperatur tubuh ibu (lebih sering jika meningkat atau dianggap adanya infeksi) setiap 2jam dan catat temperatur tubuh dalam kotak yang sesuai.

b) Volume urin, protein, atau aseton

Ukur dan catat jumlah produksi ibu sedikitnya setiap 2 jam (setiap kali ibu berkemih). Jika memungkinkan saat ibu berkemih, lakukan pemeriksaan adanya aseton atau protein dalam urin (Prawirohardjo, 2016).

PARTOGRAF

No. Registrasi: Nama Ibu: Umur: G: P: A:
 No. Puskesmas: Tanggal: Jam:
 Ketuban pecah sejak jam: Mules sejak jam:

Denyut Jantung Janin (/menit)

Air ketuban Penyusupan

Pembukaan servik (cm) dari tanda X

Turunan kepala dari tanda O

Waktu (jam)

Kontraksi tiap 10 menit

Oksitosin U/L tetes/menit

Obat dan Cairan IV

● Nadi

Tekanan darah

Suhu °C

Urin { Protein Aseton Volume

Gambar 2-4 : Partograf (halaman depan)

Gambar 2.8 Halaman Depan Patograf

Lembar belakang patograf

Halaman belakang patograf merupakan bagian untuk mencatat hal-hal yang terjadi selama proses persalinan dan kelahiran, serta tindakan-tindakan yang dilakukan sejak persalinan kala I hingga kala IV (termasuk bayi baru lahir). Itulah sebabnya bagian ini disebut sebagai catatan persalinan. Nilai dan catatan asuhan

yang diberikan sebagai catatan persalinan. Nilai dan catat asuhan yang diberikan pada ibu dalam masa nifas terutama persalinan kala IV untuk memungkinkan penolong persalinan mencegah terjadinya penyulit dan membuat keputusan klinik, terutama pada pembedahan kala IV (mencegah terjadinya perdarahan pasca persalinan). Selain itu itu, catat persalinan (yang sudah diisi dengan lengkap dan tepat) dapat pula digunakan untuk menilai/ memantau sejauh mana telah dilakukan pelaksanaan asuhan persalinan yang bersih dan aman (Prawirohardjo,2016).

CATATAN PERSALINAN								
1. Tanggal :								
2. Nama bidan :								
3. Tempat persalinan :								
☐ Rumah Ibu ☐ Puskesmas ☐ Polindes ☐ Rumah Sakit ☐ Klinik Swasta ☐ Lainnya :								
4. Alamat tempat persalinan : RT 001/RW04 Kel. Tebet Timur Kecamatan Tebet, Jakarta								
5. Catatan : ☐ rujuk. kala : I / II / III / IV								
6. Alasan merujuk :								
7. Tempat rujukan :								
8. Pendamping pada saat menjujuk :								
☐ bidan ☐ teman ☐ suami ☐ dukun ☐ keluarga ☐ tidak ada								
9. Masalah dalam kehamilan/persalinan ini :								
☐ Gawat darurat ☐ Pendarahan ☐ 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 ☐ keluarga ☐ dukun ☐ tidak ada								
16. Gawat janin :								
☐ Ya, tindakan yang dilakukan : a. b.								
☐ Tidak ☐ Pemantauan DJJ setiap 5-10 menit selama kala II, hasil : ☐ Distesia 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 : ... 5 ... menit								
21. Pemberian Oksitosin 10 U IM? :								
☐ Ya, waktu : ... f ... menit sesudah persalinan ☐ Tidak, alasan :								
22. Penjepitan tali pusat : ... menit setelah bayi lahir								
☐ 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 anestesi ☐ Tidak djahit, alasan :								
29. Atonia uteri :								
☐ Ya, tindakan : ☐ Tidak								
30. Jumlah darah yang keluar/perdarahan :								
31. Masalah dan penatalaksanaan masalah :								
KALA IV								
32. Kondisi ibu : KU TD mmHg Nadi : ... x/mnt Napas : ... x/m								
33. Masalah dan penatalaksanaan masalah :								
BAYI BARU LAHIR								
34. Berat badan ... gram								
35. Panjang ... cm								
36. Jenis kelamin : L / P								
37. Penilaian bayi baru lahir: baik / ada penyulit								
38. Bayi lahir :								
☐ Normal, tindakan : ☐ mengeringkan ☐ menghangatkan ☐ rangsang taktil ☐ pakaien/velumit bayi dan tempatkan di sisi ibu ☐ tindakan pencegahan infeksi mata ☐ Asfiksia ringan / pucat/biru/lemas, tindakan : ☐ mengeringkan ☐ menghangatkan ☐ rangsang taktil ☐ lain-lain, sebutkan : ☐ bebaskan jalan napas ☐ pakaien/velumit bayi dan tempatkan di sisi ibu ☐ Cacat bawaan, sebutkan : ☐ Hipotermi, tindakan : a. b.								
39. Pemberian ASI :								
☐ Ya, waktu : ... 1/2 ... jam setelah bayi lahir ☐ Tidak, alasan :								
40. Masalah lain, sebutkan :								
Hasilnya :								
TABEL PEMANTAUAN KALA IV								
Jam Ke	Waktu	Tekanan Darah	Nadi	Suhu	Tinggi Fundus Uteri	Kontraksi Uterus	Kandung Kemih	Darah yg keluar
1								
2								

Gambar 2-5 : Halaman Belakang Partograf

Gambar 2.9 Halaman Belakang Patograf

C. Bayi Baru Lahir

1. Definisi Bayi Baru Lahir

Bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir dalam presentasi belakang kepala melalui vagina tanpa memakai alat, pada usia kehamilan genap 37 minggu sampai dengan 42 minggu, dengan berat badan 2500- 4000 gram, nilai Apgar > 7 dan tanpa cacat bawaan(Rukiyah, 2013).

Bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir dengan umur kehamilan lebih dari atau sama dengan 37 minggu dengan berat 2500 - 4000 gram. Adaptasi BBL terhadap kehidupan uterus. (Armini dkk, 2017) Pada waktu kelahiran, sejumlah adaptasi fisik dan fisiologis mulai terjadi pada bayi baru lahir, karena perubahan drastis ini, bayi memerlukan pemantauan ketat untuk menentukan bagaimana ia membuat suatu transisi yang baik terhadap kehidupannya diluar uterus. Bayi baru lahir juga membutuhkan perawatan yang dapat meningkatkan kesempatan menjalani transisi dengan berhasil. Tujuan asuhan kebidanan yang lebih luas selama ini adalah memberikan perawatan komprehensif pada bayi baru lahir pada saat ia dirawat di dalam ruang rawat, untuk mengajarkan orang tua bagaimana merawat bayi mereka, dan untuk memberi motivasi terhadap upaya pasangan menjadi orang tua, sehingga orang tua percaya diri dan mantap (Armini dkk, 2017).

2. Perubahan Fisiologis Bayi Baru Lahir

a. Termoregulasi

Bayi baru lahir memiliki kecendrungan cepat stress akibat perubahan suhu lingkungan karena belum dapat mengatur suhu tubuh sendiri. Pada saat

bayi meninggalkan lingkungan rahim ibu yang bersuhu rata-rata 37 derajat celcius, kemudian bayi masuk kedalam lingkungan. Suhu ruangan persalinan yang bersuhu 25 derajat celcius sangat berbeda dengan suhu di dalam rahim, bayi didalam rahim dapat kehilangan panas melalui 4 mekanisme yaitu: (Wahyuni, 2011)

1) Konveksi

Adalah kehilangan panas tubuh yang terjadi saat bayi terpapar udara sekitar yang lebih dingin. Bayi yang dilahirkan atau ditempatkan didalam ruangan yang dingin akan cepat kehilangan panas. Kehilangan panas juga terjadi jika terjadi konveksi aliran udara dari kipas angin, hembusan udara melalui ventilasi atau pendingin ruangan (Wahyuni, 2011).

2) Radiasi

Adalah kehilangan panas yang terjadi karena bayi ditempatkan di benda-benda yang mempunyai suhu tubuh yang lebih rendah dari suhu tubuh bayi. Bayi bias kehilangan panas dengan cara ini karena benda-benda tersebut menyerap radiasi panas tubuh bayi (walaupun tidak bersentuhan secara langsung) (Wahyuni, 2011).

3) Konduksi

Konduksi adalah kehilangan panas tubuh melalui kontak langsung antara tubuh bayi dengan permukaan yang dingin, meja, tempat tidur, atau timbangan yang temperatunya lebih rendah dari tubuh bayi akan menyerap

panas tubuh bayi melalui mekanisme konduksi apalagi bayi diletakkan di atas benda-benda tersebut (Wahyuni, 2011).

4) Evaporasi

Adalah jalan utama bayi kehilangan panas. Kehilangan panas dapat terjadi penguapan cairan ketuba pada permukaan tubuh bayi sendiri karena setelah lahir, tubuh bayi tidak segera di keringkan. Kehilangan panas juga terjadi pada yang terlalu cepat dimandikan dan tubuhnya tidak segera dikeringkan dan diselimuti (Wahyuni, 2011).

5) Perubahan sistem pernapasan

Sistem pernapasan merupakan system yang paling tetantang ketika mengalami perubahan dari fase intra uterus. Bayi baru lahir harus segera bernafas. Selama kehamilan, organ yang berperan selama respirasi janin sampai janin lahir adalah plasenta (Mutmainnah dkk, 2017).

Aktifnya pernapasan yang pertama menimbulkan serangkaian peristiwa, diantaranya:

- a) Membantu perubahan sirkulasi menjadi sirkulasi dewasa.
- b) Mengosongkan cairan dari paru-paru.
- c) Menentukan volume paru neonates dan karakteristik fungsi paru-paru bayi baru lahir (Mutmainnah dkk, 2017).

b. Sistem pencernaan

Hubungan antara esophagus bawah dan lambung bayi baru lahir masih belum sempurna yang berakibat gumoh. Kapasitas lambung juga terbatas, kurang

dari 30cc dan bertambah secara lambat sesuai pertumbuhan bayi (Mutmainnah dkk, 2017).

c. Sistem kardiovaskuler dan darah

Setelah bayi baru lahir, paru akan berkembang yang mengakibatkan tekanan arteri dalam paru menurun diikuti dengan menurunnya tekanan pada jantung kanan. Kondisi ini menyebabkan tekanan jantung kiri lebih besar dibandingkan dengan tekanan jantung kanan, dan hal tersebutlah yang membuat *foramen ovale* secara fungsional menutup. Hal ini terjadi pada jam-jam pertama setelah kelahiran (Mutmainnah dkk, 2017).

d. Metabolisme glukosa.

Sebelum dilahirkan, kadar darah janin berkisar 60-70% dari kadar darah ibu dalam persiapannya untuk kehidupan luar rahim, seorang janin yang sehat mencadangkan glukosa sebagai glikogen terutama di dalam hati. Sebagian penyimpanan glikogen berlangsung pada trimester III (Mutmainnah dkk, 2017).

Pada saat tali pusat diklem, bayi baru lahir harus mendapat cara untuk mempertahankan glukosa yang sangat diperlukan untuk fungsi otak neonates. Pada setiap bayi baru lahir, glukosa darah menurun dalam waktu singkat (1 hingga 2 jam kelahiran). Bayi baru lahir yang sehat hendaknya didorong untuk sesegera mungkin menggunakan simpanan glikogen dalam jumlah banyak pada jam pertama kelahiran (Mutmainnah dkk, 2017).

e. System ginjal.

Bayi baru lahir mengekskresikan sejumlah kecil urine pada 48 jam pertama kehidupan, sering kali hanya sebanyak 30-60 ml. protein atau darah tidak boleh

terdapat di dalam urine bayi baru lahir. Bidan harus senantiasa ingat bahwa masa abdomen yang ditemukan pada pemeriksaan fisik acap kali sebenarnya ginjal dan bisa jadi sebuah tumor, pembesaran atau penyimpangan pertumbuhan ginjal (Mutmainnah dkk, 2017).

3. Asuhan Bayi Baru Lahir 2 Jam Pertama

a. Penilaian Awal Pada Bayi Baru Lahir

Tujuan penilaian pada bayi segera lahir adalah untuk mengetahui aktivitas bayi normal atau tidak dan identifikasi masalah kesehatan bayi baru lahir yang memerlukan perhatian keluarga dan penolong persalinan serta tindak lanjut petugas kesehatan. Penilaian dua jam pertama sesudah lahir.

Hal – hal yang dinilai waktu pemantauan bayi pada jam pertama sesudah lahir meliputi :

- 1) Kemampuan menghisap kuat atau lemah
- 2) Bayi tampak aktif atau lunglai
- 3) Bayi kemerahan atau biru

Apabila bayi mengalami kesulitan bernapas maka lakukan tindakan resusitasi pada bayi baru lahir (Sondakh, 2013).

Tabel 2.7

Penilaian Keadaan Umum Bayi Berdasarkan Nilai APGAR

Skor	0	1	2
Appearance color (warnakulit)	Pucat	Badan merah, ekstremitas biru	Seluruh tubuh kemerah – merahan

Pulse (heart rate) (frekuensi denyut jantung)	Tidak ada	Kurang dari 100	Lebih dari 100
Grimace (reaksi terhadap rangsangan)	Tidak ada	Sedikit gerakan mimic	Menangis, batuk/ bersin
Activity (tonus otot)	Tidak ada	Ekstremitas sedikit fleksi	Gerakan aktif
Respiration (usaha bernapas)	Tidak ada	Lemah, tidak teratur	Menangis kuat

Sumber : (Sofian, 2015).

b. Pemotongan Tali Pusat

Tali pusat dijepit dengan klem kira – kira 3 cm dan sekali lagi 1,5cm dari pusat. Pemotongan dilakukan antara kedua klem tersebut. Kemudian bayi diletakkan di atas kain bersih atau steril yang hangat. Setelah itu, dilakukan pengikatan tali pusat dengan alat penjepit plastik atau pita dari nilon atau dapat juga benang katun steril. Untuk menghindari infeksi tali pusat yang dapat menyebabkan sepsis, meningitis, dan lain-lain, maka di tempat pemotongan dan di pangkal tali pusat, serta 2,5 cm di sekitar tali pusat dapat diberi antiseptik, selanjutnya tali pusat dirawat dalam keadaan steril/bersih dan kering (Sondakh, 2013).

Adapun cara memotong tali pusat yaitu :

- 1) Menjepit tali pusat dengan klem dengan jarak 3 cm dari pusat, lalu

mengurut tali pusat ke arah ibu dan memasang klem kedua dengan jarak 2 cm dari klem pertama.

- 2) Memegang tali pusat diantara 2 klem dengan menggunakan tangan kiri lalu memotong tali pusat di antara 2 klem.
- 3) Mengikat tali pusat dengan jarak ± 1 cm dari umbilikus dengan simpul mati lalu mengikat balik tali pusat dengan simpul mati. Untuk kedua kalinya bungkus dengan kain kassa steril, lepaskan klem pada tali pusat, lalu memasukkannya ke dalam wadah yang berisi larutan klorin 0,5 %.
- 4) Membedung bayi dengan kain bersih dan memberikannya kepada ibu.
- 5) Berikan nasehat kepada ibu dan keluarga untuk tidak membungkus tali pusat bayi (Mutmainnah dkk, 2017).

c. Inisiasi Menyusu Dini (IMD)

Inisiasi menyusu dini (IMD) adalah segera setelah bayi dilahirkan, bayi diletakkan di dada atau perut atas ibu selama paling sedikit satu jam untuk memberi kesempatan pada bayi untuk mencari dan menemukan puting ibunya (Walyani, 2015).

Keuntungan IMD untuk bayi

- 1) Mempercepat keluarnya kolostrum yaitu makanan dengan kualitas dan kuantitas optimal untuk kebutuhan bayi.
- 2) Mengurangi infeksi dengan kekebalan pasif (melalui kolostrum maupun aktif.
- 3) Mengurangi 22% kematian bayi berusia 28 hari kebawah.

- 4) Meningkatkan keberhasilan menyusui secara eksklusif dan lamanya bayi disusui. Membantu bayi mengkoordinasikan kemampuan isap, telan, dan napas. Refleks menghisap awal pada bayi paling kuat dalam beberapa jam pertama setelah lahir.
- 5) Meningkatkan jalinan kasih sayang ibu dengan bayi
- 6) Mencegah kehilangan panas (JNPK-KR, 2017).

Keuntungan bagi ibu :

- 1) Rangsangan puting susu ibu, memberikan *refleks* pengeluaran *oksitosin* kelenjar *hipofisis*, sehingga pelepasan plasenta akan dapat dipercepat.
- 2) Pemberian ASI mempercepat involusi uterus menuju keadaan normal.
- 3) Rangsangan puting susu ibu mempercepat pengeluaran ASI, karena *oksitosin* bekerja sama dengan *hormone prolaktin*.

Tatalaksana Inisiasi Menyusu Dini, yaitu diantaranya :

- 1) Anjurkan suami atau keluarga mendampingi saat melahirkan
- 2) Hindari penggunaan obat kimiawi dalam proses persalinan.
- 3) Segera keringkan bayi tanpa menghilangkan lapisan lemak putih (verniks).
- 4) Dalam keadaan ibu dan bayi tidak memakai baju, terkurapkan bayi di dada atau perut ibu agar terjadi sentuhan kulit ibu dan bayi dan kemudian selimuti kedua agar tidak kedinginan.
- 5) Anjurkan ibu memberikan sentuhan kepada bayi untuk merangsang bayi mendekati puting.
- 6) Biarkan bayi bergerak sendiri mencari puting susu ibunya.
- 7) Biarkan kulit bayi bersentuhan langsung dengan kulit ibu selama minimal

satu jam walaupun proses menyusui telah terjadi. Bila belum menjadi proses menyusui hingga 1 jam, biarkan bayi berada di dada ibu sampai proses menyusui pertama selesai.

- 8) Tunda tindakan seperti menimbang, mengukur, dan memberikan suntikan vitamin K1 sampai proses menyusui pertama selesai.
- 9) Proses menyusui dini dan kontak kulit ibu dan bayi harus diupayakan meskipun ibu melahirkan dengan cara operasi atau tindakan lain.
- 10) Berikan ASI saja tanpa meminum atau cairan lain, kecuali ada indikasi medis yang jelas (Ai yeyeh, lia. 2013)

d. Resusitasi (Bila perlu)

Di setiap persalinan, penolong persalinan harus selalu siap melakukan tindakan resusitasi bayi baru lahir. Kesiapan bertindak dapat menghindarkan kehilangan waktu yang sangat berharga bagi upaya pertolongan. Walaupun hanya beberapa menit tidak bernapas, bayi baru lahir akan dapat mengalami kerusakan otak yang berat dan atau meninggal.

Persipan meliputi ruang bersalin dan tempat resusitasi. Gunakan ruangan yang hangat dan terang. Tempat resusitasi hendaknya rata, keras, bersih, dan kaering misalnya didepan atau diatas lantai ber alas tikar. Tempat resusitasi sebaiknya di dekat sumber pemanas misalnya: lampu sorot dan tidak banyak tiupan angin (jendela atau pintu terbuka biasanya digunakan bohlam berdaya 60 watt atau lampu gas minyak bumi (petomax). Nyalakan lampu menjelang kelahiran bayi (Johariyah. 2012).

4. Kunjungan Neonatus

Kunjungan neonatal adalah kontak neonatal dengan tenaga kesehatan minimal dua kali untuk mendapatkan pelayanan dan pemeriksaan kesehatan neonatal, baik di dalam maupun diluar gedung puskesmas, termasuk bidan desa, polindes dan kunjungan ke rumah (Walyani, 2015).

Cakupan pelayanan neonatal adalah cakupan neonatus yang mendapatkan pelayanan sesuai standar minimal 3 kali yaitu:

1) Kunjungan Neonatus 1 (KN 1)

Kunjungan neonatus KN I dapat dilakukan pada kurun waktu 6 – 48 jam setelah lahir yang ditangani sesuai standar oleh tenaga kesehatan terlatih di seluruh sarana kesehatan (Zuraida, 2016).

Menurut Marmi 2014, asuhan yang dapat diberikan pada bayi baru lahir pada KN I yaitu :

- a) Melanjutkan pengamatan pernafasan dan warna bayi baru lahir
- b) Mempertahankan suhu tubuh bayi agar tetap normal
 - 1) Hindari memandikan bayi minimal 6 jam dan hanya setelah itu jika tidak terdapat masalah medis serta suhunya 36, 5° C atau lebih.
 - 2) Bedong bayi dengan kain yang kering dan bersih
 - 3) Kepala bayi harus tetap tertutup
- c) Pemberian vitamin K

Semua bayi baru lahir normal dan cukup bulan perlu diberikan vitamin K 1 mg (Marmi, 2014)

d) Pemberian salep/obat tetes mata

Pemberian salep atau obat tetes tetrasiklin 1% atau eritromisin 0,5% di anjurkan untuk mencegah oftalmia neonatorum (Muslihatun, 2010).

e) Perawatan Tali Pusat Nasehat Merawat Tali Pusat

- 1) Jangan membungkus puntung tali pusat atau mengoleskan cairan dan bahan apapun ke puntung tali pusat.
- 2) Beri nasehat pada Ibu dan Keluarga sebelum meninggalkan bayi yaitu lipat popok dibawah puntung tali pusat, jika puntungnya kotor bersihkan dengan air matang / DTT kemudian keringkan kembali secara seksama dengan menggunakan kain bersih.
- 3) Mencari bantuan jika tali pusat memerah, keluar nanah/darah dan berbau.
- 4) Jika pangkal tali pusat menjadi merah, mengeluarkan nanah/darah, maka segera rujuk bayi ke fasilitas yang dilengkapi perawatan untuk bayi baru lahir (Rukiyah, 2013).
- 5) Dalam waktu 24 jam dan sebelum ibu dan bayi pulang ke rumah beri imunisasi BCG, Polio Oral dan Hepatitis B (Muslihatun, 2010).

2) Kunjungan Neonatal ke-2 (KN 2)

Kunjungan neonatus KN 2 dapat di lakukan pada kurun waktu hari ke – 3 sampai dengan waktu 7 hari setelah lahir yang di tanda tangani sesuai standar oleh tenaga kesehatan terlatih di seluruh sarana kesehatan (Zuraida, 2016).

Menurut Marmi, 2014 asuhan yang di berikan adalah :

a) Minum (Pemberian Asi Eksklusif)

Berikan ASI sesering mungkin sesuai keinginan ibu (jika payudara penuh) dan sesuai kehendak bayi atau kebutuhan bayi yaitu 6 bulan.

b) Defekasi (BAB)

Bayi yang pencernaannya normal akan BAB pada 24 jam pertama setelah lahir. BAB pertama ini di sebut mekonium dan frekuensi BAB sebanyak 5 atau 6 kali sehari. Feses bayi yang beri ASI eksklusif biasanya tidak berbentuk, bisa seperti pasta atau krem, berbiji dan bisa juga seperti mencret atau mencair. Sedangkan feses bayi yang di beri susu formula berbentuk padat, bergumpal – gumpal atau agak liat dan bulat.

c) Buang Air Kecil

Bayi baru lahir cenderung sering BAK yaitu 7 – 10 kali sehari dengan warna urine yang pucat, kondisi ini menunjukkan masukan cairan yang cukup. Untuk menjaga bayi tetap bersih, hangat dan kering maka setelah BAK harus di ganti popoknya.

d) Pola Tidur

Dalam 2 minggu pertama setelah lahir, bayi normalnya sering tidur. Bayi baru lahir sampai usia 3 bulan rata – rata tidur selama 16 jam sehari. Jumlah waktu tidur bayi akan berkurang seiring dengan bertambahnya usia bayi.

e) Kebersihan Kulit

Kebersihan kulit bayi benar - benar harus di jaga, sebaiknya orang tua maupun orang lain yang ingin memegang bayi di haruskan untuk

mencuci tangan terlebih dahulu dan harus memastikan semua pakaian handuk, selimut dan kain yang di gunakan untuk bayi selalu bersih dan kering.

f) Keamanan Bayi

Jangan sekali – kali meninggalkan bayi tanpa ada yang menunggu. Hindari pemberian apapun ke mulut bayi selain ASI, karena bisa tersedak. Jangan menggunakan alat penghangat buatan di tempat tidur bayi.

3) Kunjungan Neonatal ke-3(KN 3)

Kunjungan neonatus KN 3 dapat di lakukan pada kurun waktu hari ke – 8 sampai dengan waktu 28 hari setelah lahir yang di tanda tangani sesuai standar oleh tenaga kesehatan terlatih di seluruh sarana kesehatan (Zuraida, 2016).

Asuhan yang dapat di berikan pada bayi baru lahir pada KN 3 yaitu :

- a) Pemantauan asupan asi
- b) Pemantaun berat badan bayi
- c) Pemeriksaan ada atau tidaknya tanda bahaya bayi atau sakit.

5. Tanda Bahaya Bayi Baru Lahir

- a. Pernafasan sulit atau lebih dari 60 kali per menit
- b. Terlalu panas ($>38^{\circ}\text{C}$) dan telalu dingin ($<36^{\circ}\text{C}$)
- c. Warna kulit bayi kuning (terutama pada 24 jam pertama), biru atau pucat, memar dan tali pusat merah, bengkak, keluar cairan (nanah), bau busuk, pernafasan sulit.
- d. Tidak buang air besar dalam 3 hari, tidak buang air kecil dalam 24 jam, feses

lembek atau cair, sering berwarna hijau tua dan terdapat lendir atau darah.

- e. Menggigil, rewel, lemas, mengantuk, berlebihan, isapan saat menyusu lemah, kejang, tidak bisa tenang dan menangis terus menerus.

D. Masa Nifas

1. Pengertian Nifas

Masa nifas (*puerperium*) dimulai setelah plasenta lahir dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil. Masa nifas berlangsung selama kira-kira 6 minggu atau 42 hari, namun secara keseluruhan akan pulih dalam waktu 3 bulan (Kemenkes RI, 2015).

Masa nifas, disebut juga masa *postpartum* atau *puerperium*, adalah masa sesudah persalinan, masa perubahan, pemulihan, penyembuhan dan pengembalian alat-alat kandungan/ reproduksi, seperti sebelum hamil yang lamanya 6 minggu atau 40 hari pascapersalinan.

Masa nifas (*puerperium*) adalah masa pemulihan kembali, mulai dari persalinan selesai sampai alat-alat kandungan kembali seperti pra hamil. Lama masa nifas yaitu 6-8 minggu. Masa nifas (*puerperium*) dimulai setelah kelahiran plasenta dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil. Masa nifas berlangsung selama kira-kira 6 minggu (Sukma, 2017).

2. Perubahan Fisiologis Masa Nifas

Pada masa nifas terjadi perubahan-perubahan fisiologis berikut :

- a. Involusi Uterus

Involusi atau pengerutan uterus merupakan suatu proses dimana uterus kembali ke kondisi sebelum hamil dengan berat sekitar 30 gram. Proses ini dimulai segera setelah plasenta lahir akibat kontraksi otot-otot polos uterus.

Tabel 2.8

TFU dan Berat Uterus Menurut Masa Involusi

Involusi	TFU	Berat uterus
Bayi lahir	Setinggi pusat, 2 jari dibawah pusat	1.000 gr
1 minggu	Pertengahan pusat simfisis	750 gr
2 minggu	Tidak teraba diatas simfisis	500 gr
6 minggu	Normal	50 gr
8 minggu	Normal seperti sebelum hamil	30 R

Sumber : Kemenkes RI, 2015.

b. Lochea

Lochea adalah eksresi cairan rahim selama masa nifas. Lochea mengandung darah dan sisa jaringan desidua yang nekrotik dari dalam uterus. Pemeriksaan lochea meliputi perubahan warna dan bau karena lochea memiliki ciri khas berbau amis atau khas darah dan adanya bau busuk menandakan adanya infeksi. Jumlah total pengeluaran seluruh periode lochea rata-rata kira-kira 240-270 ml. Lochea terbagi dalam 4 tahapan:

1) Lochea rubra atau merah (Cruenta)

Lochea ini muncul pada hari satu sampai hari ketiga masa postpartum. Cairan yang keluar berwarna merah karena berisi darah segar, jaringan sisa plasenta, dinding rahim, lemak bayi, lanugo dan meconium.

2) Lochea Sanguinolenta

Cairan yang keluar berwarna merah kecoklatan dan berlendir, berlangsung dari hari keempat sampai hari ketujuh Postpartum.

3) Lochea Serosa

Lochea ini berwarna kuning kecoklatan karena mengandung serum, leukosit, dan robekan atau laserasi plasenta. Muncul pada hari 8 sampai hari 14 postpartum.

4) Lochea Alba atau putih

Mengandung Leukosit, sel desidua, sel epitel, selaput lendir servik, dan serabut jaringan yang mati. Loche alba bisa berlangsung selama 2-6 minggu postpartum.

c. Proses laktasi

Selama masa nifas payudara bagian alveolus mulai optimal memproduksi air susu (ASI). Dari alveolus ini ASI disalurkan kedalam saluran kecil (duktulus), dimana beberapa saluran kecil bergabung untuk membentuk saluran lebih besar (duktus). Dibawah areola, saluran yang besar ini mengalami pelebaran yang disebut sinus. Akhirnya semua saluran yang besar ini memusat ke dalam puting dan bermuara ke luar. Di dalam dinding alveolus maupun saluran, terdapat otot yang apabila berkontraksi dapat memompa ASI keluar (Kemenkes RI, 2015)

1) Jenis-jenis ASI

- a) Kolostrum : cairan pertama yang dikeluarkan oleh kelenjar payudara pada hari pertama sampai dengan hari ke-3, berwarna kuning keemasan, mengandung protein tinggi rendah laktosa.
- b) ASI transisi : keluar pada hari ke-3-8, jumlah ASI meningkat tetapi protein rendah dan lemak hidrat arang tinggi.
- c) ASI mature : ASI yang keluar hari ke-8-11 dan seterusnya, nutrisi terus berubah sampai bayi 6 bulan (Kemenkes RI, 2015).

2) Beberapa hormon yang berperan dalam proses laktasi

a) Hormon prolaktin

Ketika bayi menyusu, payudara mengirimkan rangsangan ke otak. Otak kemudian bereaksi mengeluarkan hormon prolaktin masuk ke dalam cairan darah menuju kembali ke payudara. Hormon prolaktin merangsang sel-sel pembuat susu untuk bekerja, memproduksi susu. Semakin sering dihisap bayi, semakin banyak ASI yang diproduksi. Semakin jarang bayi menyusu, semakin sedikit ASI yang diproduksi. Jika bayi berhenti menyusu, payudara juga akan berhenti memproduksi ASI.

b) Hormon Oksitosin

Setelah menerima rangsangan dari payudara, otak juga mengeluarkan hormon oksitosin. Hormon oksitosin diproduksi lebih cepat dari pada prolaktin. Hormon ini juga masuk ke dalam aliran darah menuju payudara. Di payudara, hormon oksitosin ini

merangsang sel-sel otot untuk berkontraksi. Di kontraksi ini menyebabkan ASI yang diproduksi sel-sel pembuat susu terdorong mengalir melalui pembuluh menuju muara aliran ASI. Kadang-kadang, bahkan ASI mengalir hingga keluar payudara ketika bayi sedang tidak menyusu. Mengalirnya ASI disebut refleks pelepasan ASI (Kemenkes RI, 2015).

d. Vulva dan Vagina

Vulva dan vagina mengalami penekanan serta peregangan yang sangat besar selama proses persalinan dan akan kembali secara bertahap dalam 6-8 minggu postpartum. Penurunan hormon estrogen pada masa postpartum berperan dalam penipisan mukosa vagina dan hilangnya rugae. Rugae akan terlihat kembali pada sekitar minggu keempat.

e. Perineum

Setelah persalinan, perineum menjadi kendur karena teregang oleh tekanan kepala bayi yang bergerak maju. Pulihnya tonus otot perineum terjadi sekitar 5-6 minggu postpartum.

f. Sistem Pencernaan

1. Nafsu makan

- (a) Ibu biasanya lapar setelah melahirkan
- (b) Ibu boleh konsumsi makanan ringan
- (c) Ibu akan merasa sangat lapar setelah benar-benar pulih dan efek analgesik, anestesi, dan keletihan.

2. Motalitas

- (a) Secara khas, penurunan tonus otot dan motilitas otot traktus cerna menetap selama waktu singkat setelah bayi lahir.
- (b) Kelebihan analgesik dan anestesi bisa memperlambat pengembalian tonus dan motilitas ke keadaan normal.

3. Defekasi

- (a) Buang air besar spontan bisa tertunda selama 2 sampai- 3 hari setelah ibu melahirkan.
- (b) Buang air besar tidak lancar disebabkan tonus otot usus menurun selama proses persalinan dan awal masa pasca persalinan, diare sebelum persalinan, kurang makan, atau dalam keadaan dehidrasi.
- (c) Kebiasaan buang air besar teratur perlu dicapai setelah tonus usus kembali pada keadaan normal. (Nurul jannah, 2011)

g. Sistem Urinarius

Diuresis postpartum normal dalam 24 jam setelah melahirkan sebagai respon terhadap penurunan estrogen. Kemungkinan terdapat spasme sfingter dan edema leher buli-buli sesudah bagian ini mengalami kompresi anatar kepala janin dan tulang pubis selama persalinan. Kandung kencing masa nifas mempunyai kapasitas yang bertambah besar dan relatif tidak sensitif terhadap tekanan cairan intravesika. Urin dalam jumlah besar akan dihasilkan dalam waktu 12-36 jam sesudah melahirkan.(Rukiyah, 2011)

h. Sistem Endokrin

Keadaan hormon plasenta menurun dengan, hormon plasenta laktogen, tidak dapat terdeteksi dalam 24 jam postpartum, hormon HCG

menurun dengan cepat, estrogen turun sampai 10%. Hormon pituitary menyebabkan prolaktin meningkat dengan cepat selama kehamilan, wanita yang tidak laktasi prolaktin menurun sampai keadaan sebelum hamil dapat dipengaruhi seberapa banyak ibu menyusui.(Rukiyah, 2011).

i. Sistem Musculoskeletal

Otot-otot uterus berkontraksi segera setelah persalinan. Pembuluh pembuluh darah yang berada diantara anyaman otot-otot uterus akan terjepit. Proses ini akan menghentikan perdarahan setelah plasenta dilahirkan. Ligamen – ligamen, diafragma pelvis, serta fasia yang meregang pada waktu persalinan, secara berangsur-angsur menjadi pulih kembali sehingga tak jarang uterus jatuh ke belakang dan menjadi retrofleksi karena ligamentum rotundum menjadi kendur. Setbilisasi secara sempurna terjadi pada 6-8 minggu setelah persalinan.(Nurul Jannah, 2011).

j. Tanda-Tanda Vital

1) Suhu badan

Dalam 24 jam postpartum suhu badan akan meningkat sedikit ($37,5^{\circ}$ – 38° C) sebagai akibat kerja keras sewaktu melahirkan, kehilangan cairan, dan kelelahan. Biasanya, pada hari ke -3, suhu badan akan meningkat lagi karena adanya pembentukan ASI, payudara akan menjadi bengkak, dan bewarna merah karena banyaknya ASI. Bila suhu tidak turun, kemungkinan terjadi infeksi.

2) Nadi

Denyut nadi normal orang dewasa 60 – 80 kali/menit. Denyut nadi ibu postpartum biasanya akan lebih cepat. Bila melebihi 100 kali/menit, keadaan ini termasuk abnormal dan keadaan ini menunjukkan adanya kemungkinan infeksi.

3) Tekanan Darah

Tekanan darah biasanya tidak berubah. Kemungkinan akan lebih rendah setelah melahirkan karena ada pendarahan atau yang lainnya. Tekanan darah akan tinggi bila terjadi preeklampsia postpartum.

4) Pernapasan

Keadaan pernapasan selalu berhubungan dengan suhu dan denyut nadi. Bila suhu dan nadi tidak normal, pernapasan juga akan mengikutinya kecuali bila ada gangguan khusus pada saluran cerna.(Nurul Jannah, 2011).

k. Sistem Kardiovaskuler

- 1) Denyut jantung, volume secukupnya dan curah jantung meningkat selama hamil.
- 2) Segera setelah melahirkan, keadaan tersebut akan meningkat lebih tinggi lagi selama 30 – 60 menit karena darah biasanya melintasi sirkulasi utero/ plasenta tiba-tiba kembali ke sirkulasi umum.
- 3) Nilai curah jantung mencapai puncak selama awal puerperium 2-3 minggu setelah melahirkan curah jantung berada pada tingkat sebelum hamil. (Nurul jannah, 2011).

1. Sistem Hematologi

- 1) Leukosit normal selama kehamilan rata-rata $\pm 12.000/\text{mm}^3$. Selama 10 – 12 hari pertama setelah bayi lahir, nilai leukosit antara $15.000 - 20.000/\text{mm}^3$ merupakan hal umum.
- 2) Kadar hemoglobin dan hematokrit dan eritrosit sangat bervariasi pada saat awal masa postpartum sebagai akibat volume darah, plasenta, dan tingkat volume darah yang berubah-ubah.
- 3) Perubahan komponen darah terjadi saat masa nifas, misalnya jumlah sel darah putih akan bertambah banyak. Jumlah sel darah merah berfluktuasi, namun dalam 1 minggu pasca persalinan, biasanya semua akan kembali ke keadaan semula. (Nurul Jannah, 2011).

3. Perubahan Psikologis Pada Masa Nifas

Perubahan psikologis mempunyai peranan yang sangat penting pada ibu dalam masa nifas. Ibu nifas menjadi sangat sensitif, sehingga diperlukan pengertian dari keluarga-keluarga terdekat. Adaptasi psikologis yang perlu dilakukan sesuai dengan fase di bawah ini :

a. Fase taking in

Fase ini merupakan periode ketergantungan yang berlangsung dari hari pertama sampai hari kedua setelah melahirkan. Pada saat itu, fokus perhatian ibu terutama pada dirinya sendiri. Pengalaman selama proses persalinan sering berulang diceritakannya. 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 (Kemenkes RI, 2015).

- 1) Fase ini merupakan periode ketergantungan ketika ibu mengharapkan segala kebutuhannya terpenuhi oleh orang lain.
- 2) Berlangsung selama 1 – 2 hari setelah melahirkan akan menggunakan keterlibatannya dalam tanggung jawabnya.
- 3) Beberapa hari setelah melahirkan akan menggunakan keterlibatannya dalam tanggung jawabnya.
- 4) Disebut fase Taking in (fase menerima) selama 1 – 2 jam hari pertama karena selama waktu ini, ibu yang baru melahirkan memerlukan perlindungan dan perawatan.
- 5) Adapun dikatakan sebagai fase dependen selama 1-2 hari pertama ini karena pada waktu ini ibu menunjukkan kebahagiaan/ kegembiraan yang sangat senang untuk menceritakan pengalamannya ketika melahirkan.
- 6) Pada fase ini, ibu lebih mudah tersinggung dan cenderung pasif terhadap lingkungannya disebabkan faktor kelelahan.
- 7) Pada fase ini, perlu diperhatikan pemberian ekstra makanan untuk proses pemulihan ibu dan nafsu makan ibu juga sedang meningkat.

b. Fase taking hold

Fase ini berlangsung antara 3-10 hari setelah melahirkan. Pada fase taking hold, ibu merasa khawatir akan ketidakmampuan dan rasa tanggung jawabnya dalam merawat bayi. Selain itu perasaannya sangat sensitif sehingga mudah tersinggung jika komunikasinya kurang hati-hati. Oleh

karena itu, ibu memerlukan dukungan karena saat ini merupakan kesempatan yang baik untuk menerima berbagai penyuluhan dalam merawat diri dan bayinya sehingga tumbuh rasa percaya diri (Kemenkes RI, 2015).

- a. Pada fase *Taking Hold* ini, secara bergantian timbul kebutuhan ibu untuk mendapatkan perawatan dan penerimaan dari orang lain dan keinginan untuk bisa melakukan segala sesuatu secara mandiri.
- b. Fase ini berlangsung antara 3 – 10 hari setelah melahirkan
- c. Pada fase ini, ibu sudah mulai menunjukkan kepuasan (terfokus pada bayinya)
- d. Ibu mulai tertarik melakukan pemeliharaan pada bayinya.
- e. Ibu mulai terbuka untuk menerima pendidikan kesehatan bagi dirinya dan juga bayinya.
- f. Ibu mudah sekali didorong untuk melakukan perawatan pada bayinya.
- g. Pada fase ini, ibu berespon dengan penuh semangat untuk memperoleh kesempatan belajar dan berlatih tentang cara perawatan bayi dan ibu memiliki keinginan untuk merawat bayinya secara langsung.

c. Fase *Letting Go*

Fase ini merupakan fase menerima tanggung jawab akan peran barunya yang berlangsung setelah 10 hari postpartum.

- a. Fase ini merupakan fase menerima tanggung jawab akan peran barunya yang berlangsung setelah 10 hari postpartum.
- b. Ibu sudah mulai menyesuaikan diri dengan ketergantungan bayinya.

- c. Keinginan ibu untuk merawat diri dan bayinya sangat meningkat pada fase ini.
- d. Terjadi penyesuaian dalam hubungan keluarga untuk mengobservasi bayi.
- e. Hubungan antar pasangan memerlukan penyesuaian dengan kehadiran anggota baru (bayi).
- f. Depresi postpartum umumnya terjadi pada fase ini (Nurul Jannah, 2011).

4. Kebutuhan Masa Nifas

- a. Nutrisi dan cairan

Mengonsumsi tambahan 500 kalori tiap hari ; makan dengan diet seimbang untuk mendapatkan protein, mineral dan vitamin yang cukup ; Minum sedikitnya 3 liter air setiap hari. Pil zat besi harus diminum untuk menambah zat gizi setidaknya selama 40 hari pasca bersalin. Minum kapsul vitamin A (200.000 unit) agar bisa memberikan vitamin A kepada bayinya melalui ASI (Walyani ES dan Purwoastuti, 2015).

- b. Ambulasi

Ambulasi dini sangat penting dalam mencegah thrombosis vena. Tujuan ambulasi dini adalah untuk membantu menguatkan otot-otot perut dan dengan demikian menghasilkan bentuk tubuh yang baik, mengencangkan otot dasar panggul sehingga mencegah atau memperbaiki sirkulasi darah ke seluruh tubuh (Walyani ES dan Purwoastuti, 2015).

- c. Eliminasi

Diuresis yang nyata akan terjadi pada satu atau dua hari pertama setelah melahirkan, dan kadang-kadang ibu mengalami kesulitan untuk mengosongkan kandung kemihnya karena rasa sakit, memar atau gangguan pada tonus otot (Walyani ES dan Purwoastuti, 2015).

e. Kebersihan diri dan perineum

Pada ibu masa nifas sebaiknya anjurkan kebersihan seluruh tubuh. Mengajarkan pada ibu bagaimana membersihkan daerah kelamin dengan sabun dan air. Nasehatkan ibu untuk membersihkan diri setiap kali buang air kecil dan besar (Walyani ES dan Purwoastuti, 2015).

f. Istirahat

Istirahat selama ibu masa nifas beristirahat cukup untuk mencegah kelelahan yang berlebihan. Sarankan untuk kembali kegiatan-kegiatan rumah tangga biasa perlahan-lahan, serta untuk tidur siang atau beristirahat selagi bayi tidur (Walyani ES dan Purwoastuti, 2015).

g. Seksual

Secara fisik aman untuk memulai hubungan suami istri begitu darah merah berhenti dan ibu dapat memasukan satu atau dua jarinya kedalam vagina tanpa ada rasa nyeri (Walyani ES dan Purwoastuti, 2015).

h. Keluarga berencana

Idealnya pasangan harus menunggu sekurang-kurangnya 2 tahun sebelum ibu hamil kembali. Petugas kesehatan dapat membantu merencanakan keluarganya dengan mengajarkan kepada mereka tentang cara mencegah kehamilan yang tidak di inginkan (Walyani ES dan Purwoastuti, 2015).

5. Pemantauan Masa Nifas

Tabel 2.9 Pemantauan Masa Nifas

Umum	Payudara	Perut/uterus	Vulva/perineum
○ Suhu tubuh ○ Denyut nadi ○ Tekanan darah ○ Tanda-tanda anemia ○ Tanda-tanda oedema/tromboplebitis ○ Refleks ○ Varises	○ Putting susu : pendek, pecah, rata ○ Nyeri tekan ○ Abses ○ Pembengkakan / ASI berhenti ○ Pengeluaran ASI	○ Posisi uterus/tinggi fundus ○ Kontraksi uterus ○ Ukuran kandung kemih	○ Pengeluaran lochea ○ Penjahitan laserasi atau luka ○ episiotomy ○ Pembengkakan ○ Luka ○ Hemoroid

Sumber : Saifuddin, 2016.

6. Tahapan Masa Nifas

Nifas dibagi dalam tiga periode, yaitu :

- a. Puerperium dini, yaitu kepulihan ketika ibu telah diperbolehkan berdiri dan berjalan.
- b. Puerperium intermedial, yaitu kepulihan menyelurula alat-alat genital.
- c. Remote puerperium, yaitu waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna, terutama bila selama hamil atau waktu persalinan mempunyai komplikasi. Waktu untuk sehat sempurna mungkin beberapa minggu, bulan, atau tahun (Walyani ES dan Purwoastuti, 2015).

7. Kunjungan Masa Nifas

Pelayanan kesehatan pada masa nifas dimulai dari 6 jam sampai 42 hari pasca bersalin oleh tenaga kesehatan terdiri dari :

a. Kunjungan I : 6 – 8 Jam Postpartum

Tujuan :

- 1) Mencegah perdarahan masa nifas oleh karena atnia uteri
- 2) Mendeteksi dan perawatan penyebab lain perdarahan serta melakukan rujukan bila perdrahan berlanjut
- 3) Memberikan konseling pada ibu dan keuarga tentang cara mencegah perdarahan yang disebabkan atonia uteri.
- 4) Pemberian ASI awal.
- 5) Mengajarkan cara mempererat hubungan antara ibu dan bayi baru lahir.
- 6) Menjaga bayi tetap sehat melalui pencegahan hipotermi
- 7) Setelah bidan melakukan pertolongan persalinan, maka bidan harus menjaga ibu dan bayi untk 2 jam pertama setelah kelahiran atau sampai keadaan ibu dan bayi baru lahir dalam keadaan baik.

b. Kunjungan II : 6 hari post partum

Tujuan :

- 1) Memastikan involusi uterus berjalan dengan normal, uterus berkontraksi dengan baik, tinggi fundus uteri dibawah umbilikus, tidak ada perdarahan normal.
- 2) Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi dan perdarahan
- 3) Memastikan ibu mendapat istirahat yang cukup

- 4) Memastikan ibu mendapat makanan yang bergizi dan cukup cairan
- 5) Memastikan ibu dengan baik dan benar serta tidak ada tanda-tanda kesulitan menyusui.
- 6) Memberikan konseling tentang perawatan bayi baru lahir.

c. Kunjungan III : 2 Minggu postpartum

Tujuan :

- 1) Memastikan involusi uterus berjalan dengan normal, uterus berkontraksi dengan baik, tinggi fundus uteri dibawah umbilikus, tidak ada perdarahan normal.
- 2) Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi dan perdarahan
- 3) Memastikan ibu mendapat istirahat yang cukup
- 4) Memastikan ibu mendapat makanan yang bergizi dan cukup cairan
- 5) Memastikan ibu dengan baik dan benar serta tidak ada tanda-tanda kesulitan menyusui.
- 6) Memberikan konseling tentang perawatan bayi baru lahir.

d. Kunjungan IV : 6 Minggu Postpartum

Tujuan :

- 1) Menanyakan penyulit-penyulit yang dialami ibu selama masa nifas
- 2) Memberikan konseling KB secara dini (Romauli, 2011).

8. Tujuan Asuhan Masa Nifas

Asuhan masa nifas diperlukan dalam periode ini karena merupakan masa kritis bagi ibu maupun bayinya. Diperkirakan 60% kematian ibu akibat kehamilan

terjadi setelah persalinan dan 50% kematian masa nifas terjadi dalam 24 jam pertama (Walyani ES dan Purwoastuti, 2015).

Tujuan asuhan masa nifas normal di bagi 2 yaitu :

a. Tujuan umum

Membantu ibu dan pasangannya selama masa transisi awal megasuh anak.

b. Tujuan khusus

- 1) Menjaga kesehatan ibu dan bayi baik fisik maupun psikologisnya
- 2) Melaksanakan skrining yang komprehensif
- 3) Mendekteksi masalah, megobati atau merujuk bila terjadi komplikasi pada ibu dan bayinya.
- 4) Memberikan pendidikan kesehatan, tentang perawatan kesehatan diri, nutrisi, KB, meyusui, pemberian imunisasi dan perawatan bayi sehat.
- 5) Memberikan pelayanan keluarga berencana (Walyani ES dan Purwoastuti, 2015).

E. KB Pasca Persalinan

1. Pengertian KB Pasca Persalinan

KB pasca persalinan merupakan upaya pencegahan kehamilan dengan menggunakan alat dan obat kontrasepsi segera setelah melahirkan sampai dengan 42 hari/ 6 minggu setelah melahirkan (BKKBN, 2017).

Pelayanan KB selama tahun pertama pasca persalinan berdampak pada komponen pelayanan kesehatan ibu dan anak serta kesehatan reproduksi.

2. Manfaat KB Pasca Persalinan

Menurut USAID (2019), penggunaan KB pada perempuan postpartum dapat berdampak signifikan pada:

- 1) Mengurangi angka kematian dan kesakitan pada ibu.
- 2) Mengurangi angka kematian dan kesakitan pada bayi.
- 3) Mencegah resiko atau kehamilan yang tidak diinginkan.
- 4) Mencegah kehamilan yang tidak diinginkan pada perempuan mudan dantua, ketika besarnya resiko kematian ibu dan bayi.
- 5) Mengurangi kejadian aborsi, khususnya aborsi tidak aman.
- 6) Memungkinkan perempuan ntuk mengatur jarak kehamilan.
- 7) Mengurangi kasus penularan HIV/AIDS dari ibu ke janin.

3. Metode Kontrasepsi Pasca Persalinan

Metode kontrasepsi postpartum yang efektif digunakan oleh perempuan postpartum sesuai waktu yang tepat dapat dilihat sebagai berikut:

a. Definisi Kontrasepsi Sederhana

Kontrasepsi yang tidak mengandung hormone, baik estrogen maupun progesterone. Metode kontrasepsi sederhana adalah suatu cara yang dapat dikerjakan sendiri oleh akseptor KB, tanpa pemeriksaan medis terlebih dahulu (Handayani, 2010:18).

b. Kenikmatan seksual berkurang bagi suami isteri, sehingga dapat mempengaruhi kehidupan perkawinan. (Fitri, 2018:106)

c. Jenis-jenis

1. Senggama Terputus

a) Pengertian

Senggama terputus adalah mengeluarkan kemaluan pria dari alat kelamin wanita menjelang ejakulasi. Dengan cara ini diharapkan cairan sperma tidak masuk kedalam rahim serta mengecilkan kemungkinan bertemunya sel telur yang dapat mengakibatkan terjadinya pembuahan (Affandi, Biran. 2014: MK-15).

b) Cara kerja

Alat kelamin (penis) dikeluarkan sebelum ejakulasi sehingga sperma tidak masuk ke dalam vagina sehingga tidak ada pertemuan antara sperma dan ovum, dan kehamilan dapat dicegah (Affandi, Biran. 2014: MK- 15).

c) Efektivitas

Metode senggama terputus dapat efektif, jika dilakukan dengan benar dan konsisten. Angka kegagalan 4-27 kehamilan per 100 perempuan per tahun. Pasangan yang mempunyai pengendalian diri yang besar, pengalaman, dan kepercayaan dapat menggunakan metode ini menjadilebih efektif (Jannah,dkk.2018:91)

Keuntungan:

- 1) Tidak memerlukan alat/murah
- 2) Tidak menggunakan zat-zat kimiawi
- 3) Selalu tersedia setiap saat
- 4) Tidak mempunyai efek samping. (Fitri, 2018:106)

Kerugian :

- 1) Angka kegagalan cukup tinggi 16-23 kehamilan per 100 wanita per

tahun faktor-faktor yang menyebabkan angka kegagalan yang tinggi ini adalah:

- 2) Adanya cairan preejakulasi (yang sebelumnya sudah tersimpan dalam kelenjar prostat, uretra, kelenjar cowper), yang dapat keluar setiap saat, dan setiap tetes sudah dapat mengandung berjuta- juta spermatozoa.
- 3) Kenikmatan seksual berkurang bagi suami isteri, sehingga dapat mempengaruhi kehidupan perkawinan.(Fitri, 2018:106)

2. Metode Amenorea Laktasi (MAL)

a) Pengertian

Metode Amenorea Laktasi adalah kontrasepsi yang mengandalkan pemberian Air Susu Ibu (ASI) secara eksklusif, artinya hanya diberikan ASI tanpa tambahan makanan atau minuman apa pun lainnya. MAL akan efektif jika digunakan dengan benar selama 6 bulan pertama melahirkan dan belum mendapatkan haid setelah melahirkan serta memberikan ASI secara eksklusif (Pusdiknakes, 2014) Selain itu, ada beberapa hal yang perlu diperhatikan agar efektivitas MAL optimal, menurut Kemenkes 2013 :

- 1) Ibu harus menyusui secara penuh atau hampir penuh
- 2) Perdarahan pasca 56 hari pascasalin dapat diabaikan (belum dianggap haid)
- 3) Bayi menghisap payudara secara langsung
- 4) Menyusui dimulai dari setengah sampai satu jam setelah bayi lahir

- 5) Kolostrum diberikan kepada bayi
- 6) Pola menyusui on demand(menyusui setiap saat bayi membutuhkan) dan dari kedua payudara
- 7) Sering menyusui selama 24 jam termasuk malam hari
- 8) Hindari jarak antar menyusui lebih dari 4 jam

b) Mekanisme Kerja

Cara kerja MAL adalah menunda atau menekan terjadinya ovulasi. Pada saat laktasi atau menyusui, hormon yang berperan adalah prolaktin dan oksitosin. Semakin sering menyusui, kadar hormon prolaktin meningkat dan hormon gonadotropin melepaskan hormon penghambat atau inhibitor. Hormon penghambat dapat mengurangi kadar esterogen, sehingga tidak terjadi ovulasi (Jannah,dkk.2018:9)

c) Keuntungan

- (1) Untuk bayi : Mendapat kekebalan pasif (mendapat antibodi perlindungan lewat ASI), Sumber asupan gizi yang terbaik dan sempurna untuk tumbuh kembang bayi yang optimal, Terhindar dari keterpaparan terhadap kontaminasi dari air, susu lain atau formula, atau alat minum yang dipakai.
- (2) Untuk Ibu Mengurangi perdarahan pasca persalinan, mengurangi resiko anemia, Meningkatkan hubungan psikologi ibu dan bayi.

d) Keterbatasan

- (1) Perlu persiapan sejak perawatan kehamilan agar menyusui dalam 30 menit pasca persalinan.

- (2) Mungkin sulit dilaksanakan karena kondisi sosial
- (3) Efektivitas tinggi hanya sampai kembalinya haid atau sampai dengan 6 bulan
- (4) Tidak melindungi terhadap IMS termasuk virus hepatitis B/HBV dan HIV/AIDS (Affandi, 2014: MK-1)

b. Kontrasepsi Sederhana dengan Alat

a) Pengertian

Suatu upaya mencegah/menghalangi pembuahan atau pertemuan antara sel telur dengan sperma dengan menggunakan metode-metode yang membutuhkan alat sederhana yang tidak memerlukan obat-obatan (Affandi, 2010:17).

b) Jenis-jenis

A. Kondom

1. Pengertian

Menurut Affandi (2010:17) kondom merupakan selubung/sarung karet yang terbuat dari berbagai bahan diantaranya lateks (karet), plastic (vinil), atau bahan alami (produksi hewani) yang dipasang pada penis saat hubungan seksual. Kondom terbuat dari karet sintesis yang tipis, berbentuk silinder, dengan muaranya berpinggir tebal, yang bila digulung berbentuk rata atau mempunyai bentuk seperti putting susu. Berbagai bahan telah ditambahkan pada kondom baik untuk meningkatkan efektivitasnya (misalnya penambahan spermisida) maupun sebagai aksesoris aktivitas seksual



Gambar 2.8 Alat Kontrasepsi Kondom

Sumber: www.google.co.id (diakses pada tanggal 29 Agustus 2023)

2. Tipe kondom

1. Kondom biasa
2. Kondom berkontur (bergerigi).
3. Kondom beraroma.
4. Kondom tidak beraroma. (Saifuddin, 2013:17).

c) Cara kerja

- a) Menghalangi terjadinya pertemuan sperma dan sel telur dengan cara mengemas sperma diujung slubung karet yang dipasang dipenis.
- b) Mencegah penularan mikroorganisme (IMS dan HIV/AIDS) dari satu pasangan kepada pasangan yang lain (Dewi, 2011:62).

d) Keterbatasan

- a) Cara penggunaan sangat memengaruhi keberhasilan kontrasepsi.
- b) Agak mengganggu hubungan seksual (mengurangi sentuhan langsung).
- c) Harus selalu tersedia setiap kali berhubungan seksual.
- d) Pembuangan kondom bekas mungkin menimbulkan masalah dalam hal limbah (Walsh, 2007:233).

e) Keuntungan

1) Kontrasepsi

- a) Efektif jika digunakan dengan benar
- b) Tidak mengganggu produksi ASI
- c) Tidak mengganggu kesehatan klien
- d) Tidak mempunyai pengaruh sistematis
- e) Murah dan dapat dibeli secara umum Tidak perlu resep dokter atau pemeriksaan kesehatan khusus
- f) Metode kontrasepsi sementara bila metode kontrasepsi lainnya harus ditunda.

2) Non kontrasepsi

- a) Memberi dorongan kepada suami untuk ikut ber- KB
- b) Dapat mencegah penularan IMS
- c) Mencegah ejakulasi dini
- d) Membantu mencegah terjadinya kanker serviks (mengurangi iritasi bahan karsinogenik eksogen pada serviks)
- e) Saling berinteraksi sesama pasangan
- f) Mencegah imuno infertilitas (Affandi, 2014: MK-18)
- g) Indikasi
- h) Ingin segera mendapatkan kontrasepsi.
- i) Ingin kontrasepsi tambahan.
- j) Pria yang ingin berpartisipasi dalam program KB.
- k) Pria yang mempunyai riwayat penyakit genetalia.
- l) Sensitivitas penis terhadap secret vagina.

m) Ejakulasi premature (Saifuddin, 2013:19).

f) Kontraindikasi

- a) Menginginkan kontrasepsi jangka panjang.
- b) Alergi terhadap bahan dasar kondom.
- c) Pria mempunyai pasangan yang beresiko tinggi apabilaterjadi kehamilan.
- d) Tidak mau terganggu dengan berbagai persiapan untukmelakukan hubungan seksual (Saifuddin, 2013:19).

d.Kontrasepsi Hormonal

a. Definisi Kontrasepsi Hormonal

Kontrasepsi hormonal merupakan salah satu metode kontrasepsi yang paling efektif dan reversibel untuk mencegah terjadinya konsepsi (Baziad, 2008:5). Kontrasepsi hormonal merupakan kontrasepsi dimana estrogen dan progesteron memberikan umpan balik terhadap kelenjar hipofisis melalui hipotalamus sehingga terjadi hambatan terhadap folikel dan proses ovulasi (Manuaba, 2010 dalam Affandi, 2014: MK-19).

b. Mekanisme Kerja Kontrasepsi Hormonal

Hormon estrogen dan progesteron memberikan umpan balik, terhadap kelenjar hipofisis melalui hipotalamus sehingga terjadi hambatan terhadap perkembangan folikel dan proses ovulasi. Melalui hipotalamus dan hipofisis, estrogen dapat menghambat pengeluaran Folicle Stimulating Hormone (FSH) sehingga perkembangan dan kematangan Folicle De Graaf tidak terjadi. Di samping itu progesteron dapat menghambat pengeluaran Hormone Luteinizing

(LH). Estrogen mempercepat peristaltik tuba sehingga hasil konsepsi mencapai uterus endometrium yang belum siap untuk menerima implantasi (Manuaba, 2010 dalam Affandi, 2014: MK-20).

c. Macam-Macam Kontrasepsi Hormonal

1. Pil

1 Pengertian

Pil kontrasepsi mencakup pil kombinasi yang berisi hormone esterogen dan progesterone yang biasa di sebut dengan pil, sedangkan yang hanya berisi progestin disebut dengan “mini pil” (Hidayati, 2012:192).



Gambar 2.9 .Alat kontrasepsi Pil

Sumber: www.google.co.id (Diakses tanggal 20 Agustus 2023)

2. Efektivitas Kontrasepsi Pil

Pil kombinasi memiliki efektifitas lebih dari 99 persen, jika digunakan dengan benar dan konsisten. Artinya, kurang dari 1 orang dari 100 wanita yang menggunakan pil kombinasi akan hamil setiap tahunnya. Metode tersebut paling *reversible*, artinya jika pengguna ingin hamil bisa langsung berhenti minum pil dan biasanya bisa langsung hamil kembali dalam waktu 3 bulan (Jannah, dkk. 2018:135).

3. Jenis Kontrasepsi Pil

Menurut Sulistyawati (2013) dalam (Marmi, 2016:193) jenis kontrasepsi pil yaitu:

1) Monofasik

Pil yang tersedia dalam kemasan 21 tablet mengandung hormon aktif estrogen atau progestin, dalam dosis yang sama, dengan 7 tablet tanpahormon aktif, jumlah dan porsi hormonnya konstan setiap hari.

2) 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.

3) 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 Kontrasepsi Pil

Menurut Hidayati (2012) dan Jannah, dkk. (2018:134) cara kerja kontrasepsi pil yaitu:

- a. Menekan ovulasi
- b. Pencegahan ovulasi disebabkan gangguan pada sekresi luteinizing hormone (LH) oleh kelenjar hipofise, sehingga tidak terjadi puncak mid- siklus (pada keadaan normal terjadi puncak sekresi LH di pertengahan siklus dan ini menyebabkan pelepasan ovum dari

folikelnya). Mencegah implantasi

- c. Mini pil terdapat mengganggu perkembangan siklus endometrium dan berada dalam fase yang salah atau menunjukkan ketidakaturan atau atrofis, sehingga endometrium tidak dapat menerima ovum yang telah dibuahi.
- d. Mengentalkan lendir serviks
- e. Progestin mencegah penipisan lendir serviks pada pertengahan siklus, sehingga lendir serviks tetap kental dan sedikit, tidak memungkinkan spermatozoa untuk penetrasi. Kerugian Kontrasepsi Pil menurut (Prawirohardjo, 2011:449) yaitu:
 - f. Perlu di minum secara teratur, secara cermat dan konsisten.
 - g. Tidak ada perlindungan terhadap penyakit menular seksual (PMS) dan HIV

5. Keuntungan KB Pil menurut Prawirohardjo, 2011:448 yaitu:

- (1) Tidak mengganggu hubungan seksual
- (2) Tidak mempengaruhi ASI.
- (3) Dapat digunakan sebagai metode jangka panjang
- (4) Mudah dihentikan setiap saat
- (5) Kesuburan cepat kembali setelah penggunaan pil dihentikan
- (6) Membantu mencegah kehamilan ektopik, kanker ovarium, kanker endometrium, kista ovarium, acne, dismenorhea.

6. Kerugian Kontrasepsi Pil menurut (Prawirohardjo, 2011:449) yaitu:

- 1) Perlu di minum secara teratur, secara cermat dan konsisten.

- 2) Tidak ada perlindungan terhadap penyakit menular seksual (PMS) dan HIV.
- 3) Peningkatan resiko gangguan sirkulasi, seperti hipertensi, penyakit arteri dan tromboembolisme.
- 4) Peningkatan resiko adenoma hati, ikterus kolestasis, batu ginjal.
- 5) Efek pada kanker payudara.
- 6) Tidak cocok untuk perokok diatas usia 35 tahun

7. Indikasi Kontrasepsi Pil

- 1) Usia reproduksi, baik bagi yang telah memiliki anak atau belum memilikianak.
- 2) Pasca persalinan dan menyusui.
- 3) Pasca keguguran
- 4) Hipertensi (<180/110 mmhg) atau memiliki masalah dengan pembekuandarah.
- 5) Tidak boleh menggunakan estrogen (Sujiyati,2017:101)

8. Kontraindikasi Kontrasepsi Pil

- 1) kehamilan/diduga hamil.
- 2) Riwayat kanker payudara.
- 3) Sering lupa menggunakan pil.
- 4) Miom uterus.
- 5) Riwayat stroke (Affandi, 2010 MK 22)

9. Cara pemakaian Kontrasepsi Pil

- 1) Minum pil pertama pada hari 1-5 siklus menstruasi.

- 2) Minum pil setiap hari pada saat yang sama.
- 3) Bila menyusui antara 6 minggu dan 6 bulan pasca persalinan dan tidak menstruasi, mini pil dapat di minum setiap saat. Mini pil dapat di berikan setelah pasca keguguran.
- 4) Bila lupa 1 atau 2 pil, minum segera pil yang terlupakan dan gunakan metode pelindung sampai akhir bulan.
- 5) Walau belum menstruasi, mulailah paket baru sehari setelah paket terakhir habis (Hidayati, 2012:45).

B. Suntik Progestin

1. Pengertian

Suntikan Depo Provera ialah 6-alfa-medroksiprogesteron yang digunakan untuktujuan kontrasepsi parental, mempunyai efek progestagen yang kuat dan sangat efektif. Kontrasepsi ini sangat cocok untuk program post partum karena tidak mengganggu laktasi dan terjadinya amenorea setelah suntikan (Anwar,2011:450



Gambar 2.10 Alat Kontrasepsi Suntik Progestin

Sumber: www.google.co.id (Diakses tanggal 29 Agustus 2023)

2. Kontrasepsi Suntik Progestin

Menurut Sulistyawati (2013:79), kedua jenis kontrasepsi suntik

mempunyai efektivitas yang tinggi, dengan 30% kehamilan per 100 perempuan per tahun, jika penyuntikannya dilakukan secara teratur sesuai jadwal yang telah ditentukan

3. Cara Kerja

- 1) Menghalangi terjadinya ovulasi dengan jalan menekan pembentukan relase factor dan hipotalamus.
- 2) Leher serviks bertambah kental, sehingga menghambat penetrasi sperma melalui serviks uteri.
- 3) Menghambat implantasi ovum dalam endometrium (Mulyani, 2013:93)

4. Keuntungan

- 1) Tidak terpengaruh pada hubungan seksual.
- 2) Pencegahan kehamilan jangka panjang.
- 3) Tidak mengandung estrogen sehingga tidak berdampak serius terhadap penyakit jantung dan gangguan pembekuan darah.
- 4) Tidak memiliki pengaruh terhadap ASI
- 5) Mencegah beberapa penyebab penyakit radang panggul. Menurunkan krisis anemia bulan sabit (sickle cell). (Affandi, 2011:44).

5. Keterbatasan

Sering ditemukan gangguan haid, seperti:

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

- 4) Tidak haid sama sekali.
- 5) Harus kembali untuk suntikan.
- 6) Tidak dapat dihentikan sewaktu-waktu sebelum suntikan berikutnya.
- 7) Permasalahan berat badan merupakan efek tersering,
- 8) Terlambatnya kembali kesuburan setelah penghentian pemakaian (karena belum habisnya pelepasan obat suntikan dari depo).
- 9) Penggunaan jangka panjang dapat sedikit menurunkan kepadatan tulang (densitas).
- 10) Pada penggunaan jangka panjang dapat menimbulkan kekeringan pada vagina, menurunkan libido, sakit kepala, jerawat (Affandi, 2011:44)

6. Indikasi

- 1) Nulipara dan yang telah memiliki anak.
- 2) Menghendaki kontrasepsi jangka panjang.
- 3) Menyusui dan membutuhkan kontrasepsi yang sesuai.
- 4) Setelah abortus atau keguguran.
- 5) Hipertensi dengan masalah gangguan pembekuan darah atau anemia bulansabit.
- 6) Anemia defisiensi besi.
- 7) Mendekati usia menopause yang tidak mau atau tidak boleh menggunakan pil kontrasepsi kombinasi. (Affandi, 2010 :346).

7. Kontraindikasi

- 1) Hamil atau dicurigai hamil (resiko cacat pada janin 7 per 100.000

kelahiran).

- 2) Tidak dapat menerima terjadinya gangguan haid, terutama amenorea.
- 3) Menderita kanker payudara atau riwayat kanker payudara.
- 4) Diabetes mellitus disertai komplikasi (Affandi, 2011:45).

8. Waktu mulai menggunakan kontrasepsi suntikan Progestin

1. Menurut Affandi (2011:46) yaitu :
2. Suntikan pertama diberikan dalam waktu 7 hari siklus haid.
3. Mulai hari pertama sampai hari ke-7 siklus haid.
4. Suntikan pada ibu yang tidak haid, injeksi pertama dapat diberikan setiap saat, dengan syarat ibu tersebut tidak hamil. Selama 7 hari setelah suntikan tidak boleh melakukan hubungan seksual.
5. Penyuntikan pada ibu yang menggunakan kontrasepsi hormonal lain dan ingin mengganti dengan kontrasepsi suntikan dapat diberikan bila ibu tersebut telah menggunakan kontrasepsi hormonal sebelumnya secara benar, dan ibu tersebut tidak hamil, suntikan pertama dapat segera diberikan tidak perlu menunggu sampai haid berikutnya datang.
6. Keadaan apabila ibu sedang menggunakan jenis kontrasepsi jenis lain dan ingin menggantinya dengan jenis kontrasepsi suntikan yang lain, kontrasepsi suntikan yang akan diberikan dimulai pada saat jadwal kontrasepsi suntikan yang sebelumnya.
7. Aturan penyuntikan pada ibu yang menggunakan kontrasepsi non hormonal dan ingin menggantinya dengan kontrasepsi hormonal, suntikan pertama dapat segera diberikan, dengan syarat ibu tersebut

tidak hamil dan pemberiannya tidak perlu menunggu haid berikutnya datang. Jika ibu disuntik setelah hari ke-7 haid, maka ibu tersebut selama 7 hari setelah suntikan tidak boleh melakukan hubungan seksual.

8. Keadaan pada ibu ingin menggantikan AKDR dengan kontrasepsi hormonal. Suntikan pertama dapat diberikan pada hari pertama sampai hari ke-7 siklus haid, atau dapat diberikan setiap saat setelah hari ke-7 siklus haid, asal saja yakin ibu tersebut tidak hamil.
9. Ibu tidak haid atau ibu dengan perdarahan tidak teratur. Suntikan pertama dapat diberikan setiap saat, asal saja ibu tersebut tidak hamil, dan selama 7 hari setelah suntikan tidak boleh melakukan hubungan seksual.
10. Pasca bersalin < 6 bulan jika menggunakan MAL 10) Pasca keguguran segera atau dalam waktu 7 hari siklus haid

C. Suntik Kombinasi

1. Pengertian

Suntikan KB ini mengandung kombinasi hormon Medroxyprogesterone Acetate (hormon progestin) dan Estradiol Cypionate (hormon estrogen) (Affandi, 2010:349).

2. Efektivitas

Menurut Sulistyawati (2013:88), jenis kontrasepsi suntik kombinasi mempunyai efektivitas yang tinggi, dengan 30% kehamilan per 100 perempuan per tahun, jika penyuntikannya dilakukan secara

teratur sesuai jadwal yang telah ditentukan.

3. Indikasi

- 1) Usia reproduksi
- 2) Telah memiliki anak, ataupun yang belum memiliki anak
- 3) Ingin mendapatkan kontrasepsi dengan efektivitas tinggi
- 4) Menyusui ASI pasca persalinan >6 bulan
- 5) Pascapersalinan dan tidak menyusui
- 6) Anemia
- 7) Nyeri haid hebat
- 8) Haid teratur
- 9) Riwayat kehamilan ektopik
- 10) Sering lupa menggunakan pil kontrasepsi (Affandi, 2011:52)

4. Kontraindikasi

- 1) Hamil atau diduga hamil
- 2) Menyusui dibawah umur 6 minggu pascapersalinan
- 3) Perdarahan pervaginam yang belum diketahui penyebabnya
- 4) Penyakit hati akut (virus hepatitis)
- 5) Usia >35 tahun yang merokok
- 6) Riwayat penyakit jantung, stroke, atau dengan tekanan darah tinggi(>180/110 mmHg)
- 7) Riwayat kelainan tromboemboli atau dengankencing manis > 20 tahun
- 8) Kelainan pembuluh darah yang menyebabkan sakit kepala atau migraine

9) Keganasan pada payudara (Affandi, 2011:49)

5. Waktu mulai menggunakan kontrasepsi suntikan

- 1) Suntikan pertama dapat diberikan dalam waktu 7 hari siklus haid.
Tidak diperlukan kontrasepsi tambahan.
- 2) Bila suntikan pertama diberikan setelah hari ke-7 siklus haid, klien tidak boleh melakukan hubungan seksual selama 7 hari atau menggunakan kontrasepsi lain untuk 7 hari. Bila klien tidak haid, suntikan pertama dapat diberikan setiap saat, asal saja dapat dipastikan ibu tersebut tidak hamil. Klien tidak boleh melakukan hubungan seksual untuk 7 hari lamanya atau menggunakan metode kontrasepsi yang lain selama masa waktu 7 hari.
- 3) Bila klien pasca persalinan >6 bulan menyusui serta telah mendapatkan haid, maka suntikan pertama diberikan pada siklus haid 1-7 hari.
- 4) Bila pasca persalinan <6 bulan dan menyusui jangan diberikan suntikan kombinasi
- 5) Bila pasca persalinan 3 minggu dan tidak menyusui, suntikan kombinasi dapat diberikan.
- 6) Pasca keguguran, suntikan kombinasi dapat segera diberikan atau dalam waktu 7 hari.
- 7) Ibu yang sedang menggunakan metode kontrasepsi hormonal kombinasi. Selama ibu tersebut menggunakan kontrasepsi sebelumnya secara benar, suntikan kombinasi dapat segera diberikan tanpa perlu

menunggu haid. Bila ragu-ragu perlu dilakukan uji kehamilan terlebih dahulu. Bila kontrasepsi sebelumnya juga kontrasepsi hormonal dan ibu tersebut ingin menggantinya dengan suntikan kombinasi, maka suntikan kombinasi tersebut dapat diberikan sesuai jadwal kontrasepsi sebelumnya tidak diperlukan metode kontrasepsi lain

- 8) Ibu yang menggunakan metode kontrasepsi nonhormonal dan ingin menggantinya dengan suntikan kombinasi, maka suntikan pertama dapat segera diberikan asal saja diyakini ibu tersebut tidak hamil dan pemberiannya tidak perlu menunggu datangnya haid. Bila diberikan pada 1-7 siklus haid, metode kontrasepsi tidak diperlukan. Bila sebelumnya menggunakan AKDR dan ingin menggantinya dengan suntikan kombinasi, maka suntikan pertama diberikan hari 1-7 siklus haid. Cabut segera AKDR. (Affandi, 2011:51)

6. Keuntungan

- 1) Resiko terhadap kesehatan kecil
- 2) Tidak berpengaruh pada hubungan suami istri
- 3) Tidak diperlukan pemeriksaan dalam
- 4) Jangka panjang
- 5) Klien tidak perlu menyimpan obat suntik (Sujiyatini, 2011:140)

7. Kekurangan

- 1) Terjadi perubahan pada pola haid seperti tidak teratur, bercak, perdarahansela sampai 10 hari
- 2) Mual, sakit kepala, nyeri payudara ringan, dan keluhan seperti ini

akan hilang setelah suntikan kedua atau ketiga

- 3) Klien harus kembali setiap 30 hari sekali untuk mendapatkan suntikan
- 4) Penambahan berat badan
- 5) Kemungkinan terlambatnya pemulihan kesuburan setelah penghentian pemakaian (Sujiyatini, 2011:141)

D. Susuk KB/ Implan

1. Pengertian

Kontrasepsi implan adalah sytem norplan dari implant subdermal levonogestrel yang terdiri atas enam skala kapsul dimethylsiloxame yang dibuat dari bahan silastik, masing-masing kapsul berisi 36 md levonogestrel dalam format Kristal dngan masa kerja limatahun (Kumalasari, 2015:278).



Gambar 2.11 KB Implan

Sumber: www.google.co.id (Diakses tanggal 29 Agustus 2023)

2. Macam-macam Implant

Jenis kontrasepsi Implant menurut (Jannah, dkk. 2018:155) yaitu:

(a) Norplant

Terdiri dari 6 batang silastik lembut berongga dengan panjang 3,4 cm, dengan diameter 2,4 mm, yang 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 lamakerja 3 tahun.

1. Cara Kerja KB Implant Lendir serviks menjadi kental

- a. Mengganggu proses pembentukan endometrium sehingga sulit menjadi implantasi
- b. Mengurangi transportasi sperma.
- c. Menekan ovulasi (Hidayati R, 2012 dalam Fitri, 2018:43)

3. Indikasi

- 1) Usia reproduksi.
- 2) Menghendaki kontrasepsi jangka panjang.
- 3) Ibu menyusui.
- 4) Pasca keguguran/abortus.
- 5) Tidak menginginkan anak lagi, tetapi tidak mau menggunakan metodekontrasepsi mantap (vasektomi/tubektomi).
- 6) Wanita dengan kontraindikasi hormone estrogen.
- 7) Sering lupa mengkonsumsi pil (Kumalasari2015:280).

4. Kontraindikasi

1. Hamil/diduga hamil.
2. Perdarahan pervaginam yang belum jelas sebabnya.
3. Kanker payudara atau riwayat kangker payudara.
4. Tidak dapat menerima perubahan pola menstruasi yang terjadi.
Diabetesmelitus.

5. Penyakit jantung/darah tinggi.
6. Varises (Hidayat R, 2012 dalam Fitri, 2018:44)

5. Keuntungan

1. Daya guna tinggi.
2. Perlindungan jangka panjang (sampai lima tahu).
3. Pengembalian kesuburan yang cepat.
4. Tidak memerlukan pemeriksaan dalam.
5. Bebas dari prngsrug estrogen.
6. Tidak mengganggu kegiatan senggama.
7. Tidak mengganggu ASI.
8. Pasien hanya kembali ke klinik bila ada keluhan.
9. Dapat di cabut setiap saat.
10. Mengurangi jumlah darah menstruasi.
11. Mengurangi atau memperbaiki anemia. (Manuaba, 2010:602)

6. Kerugian

- a. Menimbulkan gangguan menstruasi, yaitu tidak mendapat menstruasi dan terjadi perdarahan yang tidak teratur.
- b. Berat badan bertambah.

- c. Menimbulkan akne, ketegangan payudara.
- d. Liang senggama terasa kering (Manuaba, 2010:603).

7. Cara Pemasangan dan Pencabutan ImplanA Cara Pemasangan

- (1) Siapkan peralatan, susun alat, periksa kelengkapan alat dan tempatkan pada tempat yang mudah dijangkau.
- (2) Beri penjelasan pada klien atas tindakan yang akan dilakukan.
- (3) Minta klien untuk membersihkan lengannya yang akan dipasang implant dengan sabun dan air bersih.
- (4) Posisikan klien.
- (5) Cuci tangan dengan sabun dibawah air mengalir sesuai dengan standart pencegahan infeksi.
- (6) Pakai sarung tangan steril.
- (7) Usap tempat pemasangan implant dengan larutan antiseptic dan pasang duk berlubang yang steril. Usap tempat yang akan dilakukan insisi kearah luar dengan gerakan melingkar, sekitar 8-13 cm dan biarkan kering.
- (8) Buat insisi pada lengan. Buat insisi dangkal selebar 2 mm hanya untuk menembus kulit.
- (9) Tusukkan trokar dan pendorongnya. Masukkan trokar jangan dengan paksaan. Jika terdapat tahanan, coba dari sudut lainnya (batas masuknya trokar sampai tanda strip ke dua).
- (10) Angkat trokar ke atas. Trokar di angkat ke atas untuk meletakkan

- kapsul tepat dibawah kulit, sehingga kulit terangkat.
- (11) Tarik pendorong keluar dan masukkan kapsul implant.
 - (12) Tahan pendorong dan menarik trokar keluar, raba ujung kapsul dengan jari, untuk memastikan kapsul sudah keluar seluruhnya dari trokar.
 - (13) Memutar ujung trokar, pastikan kapsul pertama bebas.
 - (14) Fiksasi kapsul pertama dengan jari telunjuk. Geser trokar sekitar 15 derajat untuk memasang kapsul berikutnya. Keluarkan trokar setelah kedua kapsul terpasang.
 - (15) Tekan tempat insisi dengan jari selama 1 menit untuk menghentikan perdarahan.
 - (16) Cuci tangan dengan sabun dibawah air mengalir.
 - (17) Bereskan alat yang telah digunakan, mencuci dan mengembalikan ketempat semula. Beritahu klien tentang hasilnya dan beritahu rencana selanjutnya dengan jelas dan lengkap. (Sulistyawati, 2011:44).

2) Cara Pencabutan

- (1) Cuci lengan akseptor, lakukan tindakan antiseptis.
- (2) Tentukan lokasi dari impian dengan jari-jari tangan dan dapat diberi tandadengan tinta atau apa saja.
- (3) Suntikkan anastesi local dibawah implant
- (4) Buat satu insisi 4 mm sedekat mungkin pada ujung- ujung implant padadaerah alas kipas

- (5) Keluarkan implant pertama yang terletak paling dekat dengan insisi atau yang terletak paling dekat dengan permukaan. Sampai saat ini dikenal 3 cara pengeluaran/pencabutan norplant.

Cara pop-out

Merupakan teknik pilihan bila memungkinkan karena tidak traumatis, sekalipun tidak selalu mudah untuk mengeluarkannya. Dorong ujung proksimal “kapsul” ke arah distal dengan ibu jari sehingga mendekati lubang insisi sementara jari telunjuk menahan bagian tengah kapsul, sehingga ujung distal kapsul menekan kulit. Bila perlu, bebaskan jaringan yang menyelubungi ujung kapsul dengan scapel. Tekan dengan lembut ujung kapsul melalui lubang insisi sehingga ujung tersebut akan menyembut/pop out melalui lubang insisi. Kerjakan prosedur yang sama untuk semua kapsul yang tertinggal.

Cara standard

Bila cara pop-out tidak berhasil atau tidak mungkin dikerjakan, maka dapat dipakai cara standar. Jepit ujung distal kapsul dengan klem masquito, sampai kira-kira 0.5-1 cm dari ujung klemnya masuk dibawah kulit melalui lubang insisi. Putar pegangan klem pada posisi 180 disekitar sumbu utamanya mengarah ke bahu akseptor. Bersihkan jaringan-jaringan yang menempel disekeliling klem dan kapsul dengan scapel atau kasa steril sampai kapsul terlihat jelas. Tangkap ujung kapsul yang sudah terlihat dengan klem crille, lepaskan klem masquito, dan keluarkan kapsul dengan klem crille. Cabut atau keluarkan kapsul-kapsul lainnya dengan cara yang sama.

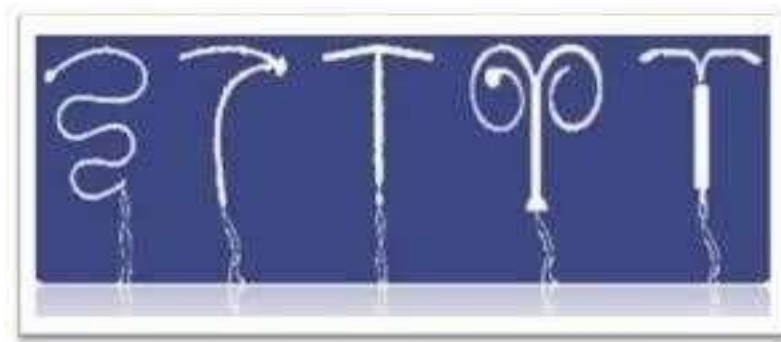
Cara “U”

Teknik ini dikembangkan oleh Dr. Untung Prawirohardjo dari Semarang dibuat insisi memanjang selebar 4 mm, kira-kira 5 mm proksimal dari ujung distal kapsul, diantara kapsul ke 3 dan kapsul 4. Kapsul yang akan dicabut difiksasi dengan meletakkan jari telunjuk tangan kiri sejajar di samping kapsul. Kapsul dipegang kurang lebih 5 mm dari ujung distalnya. Kemudian klem diputar ke arah pangkal lengan atas atau bahu akseptor sehingga kapsul terlihat dibawah lubang insisi dan dapat dibersihkan dari jaringan-jaringan yang menyelubunginya dengan scapel, untuk seterusnya dicabut keluar (Hartanto, 2009:69).

E Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR/IUD)

1) Pengertian

AKDR atau IUD adalah suatu benda kecil yang terbuat dari plastic yang lentur, mempunyai lilitan tembaga atau juga mengandung hormone dan dimasukkan kedalam rahim melalui vagina serta mempunyai benang (Marmi, 2016:256).



Gambar 2.12 Kontrasepsi AKDR

Sumber: www.google.co.id (Diakses tanggal 29 Agustus 2023)

1) Jenis-jenis IUD/AKDR

- (a) Copper-T IUD berbentuk T, terbuat dari bahan polyethelene dimana padabagian verticalnya diberi lilitan kawat tembaga halus.
- (b) Copper-7 Berbentuk angka 7 dengan maksud untuk memudahkan pemasangan.
- (c) Multi load Terbuat dari plastik dengan dua tangan kiri dan kanan berbentuksayap yang fleksibel
- (d) Lippes loop Berbentuk dari bahan polyethelene,bentuknya seperti spiralatau huruf S bersambung (Handayani, 2010:80).

2) Cara Kerja KB IUD/AKDR

- a) Menghambat kemampuan sperma untuk masuk ke tuba fallopi.
- b) Mempengaruhi fertilisasi sebelum mencapai kavum uteri.
- c) IUD bekerja terutama mencegah sperma dan ovum bertemu, walaupun IUD membuat sperma sulit masuk kedalam alat reproduksi perempuan dan mengurangi sperma untuk fertilisasi.(Handayani, 2010:80).

3) Efektifitas

IUD sangat efektif (92-92%) dan tidak perlu diingat setiap hari seperti halnya pil. Tipe multiload dapat dipakai selama sampai 4 tahun, nova T dan copper T 200 (Cut-T 200) dapat di pakai 3-5 tahun, cut T 380 dapat untuk 8 tahun, kegagalan rata-rata 0.8 kehamilan per 100 pemakai wanita pada tahun pertama pemakaian (Handayani, 2010:81).

4) Indikasi

- (a) Usia reproduksi.

- (b) Keadaan nulipara.
- (c) Menginginkan menggunakan kontrasepsi jangka panjang.
- (d) Perempuan menyusui yang menginginkan menggunakan kontrasepsi.
- (e) Setelah melahirkan dan tidak menyusui. Setelah mengalami abortus dan tidak terlihat adanya infeksi.
- (f) Resiko rendah dari IMS.
- (g) Tidak menghendaki metoda hormonal.
- (h) Tidak menyukai mengingat-ingat seperti minum pil.
- (i) Tidak menghendaki kehamilan setelah 1-5 hari senggama.
- (j) Perokok.
- (k) Gemuk ataupun kurus.
- (l) Pemasangan dapat dilakukan bidan dan dokter yang telah dilatih secara khusus (Hidayati, 2012 dalam Fitri 2018:166).

5) Kontraindikasi

- (a) Sedang hamil (diketahui hamil atau kemungkinan hamil).
- (b) Perdarahan vagina yang tidak diketahui.
- (c) Sedang menderita infeksi alat genitalia (vaginitis, servitis)
- (d) Tiga bulan terakhir sedang mengalami atau sering menderita abortus.
- (e) Kelainan uterus yang abnormal atau tumor jinak rahim yang dapat mempengaruhi kavum uteri
- (f) Penyakit trofoblas yang ganas.
- (g) Diketahui menderita TBC pelvis.
- (h) Kanker alat genital.

(i) Ukuran rongga rahim kurang dari 5cm (Saifuddin, 2013 dalam Fitri 2018:166)

6) Keuntungan

- (a) Efektif dengan segera.
- (b) Tidak ada interaksi obat.
- (c) Reversible dan sangat efektif.

7) Tidak terkait dengan koitus (Hidayati, 2012 dalam Fitri 2018:166)

Kerugian

- (a) Mengalami keterlambatan datang bulan, yang disertai tanda kehamilan, mual pusing, muntah-muntah.
- (b) Terjadi perdarahan lebih banyak, dari haid biasanya.
- (c) Sakit, misalnya di perut pada saat melakukan senggama. (Hidayati, 2012 dalam Fitri 2018:166)

8) Efek samping dan komplikasi

- (a) Efek samping umum terjadi:

Perubahan siklus haid, haid lebih lama dan banyak, perdarahan antar menstruasi dan saat haid lebih sakit (Sukarni dkk,2013:370-375).

- (b) Komplikasi

9) Merasa sakit dan kejang selama 3 sampai 5 hari setelah pemasangan, perdarahan berat pada waktu haid atau diantaranya yang memungkinkan penyebab anemia, perforasi dinding uterus (sangat jarang jika pemasangan benar) (Sukarni dkk,2013:370-375). Cara Pemasangan

AKDR / IUD

(a) Konseling Awal

- (1) Sapa klien
- (2) Beri informasi umum KB
- (3) Informasi mengenai KB
- (4) Jelaskan apa yang diperoleh

(b) Konseling Metode Khusus

- (1) Jamin kerahasiaan klien
- (2) Kumpulan data klien
- (3) Tanya tujuan KB
- (4) Tanya agama
- (5) Kebutuhan dan Kekhawatiran
- (6) Bantu klien memilih KB
- (7) Jelaskan efek samping IUD

(c) Konseling Pra Pemasangan dan Konseling

- 1) Solusi klien anamnesa
- 2) Melakukan pemeriksaan fisik dan panggul

(d) Pemeriksaan Perut – Inspekulo – Bimanual

- 1) BAK - Cuci Kemaluan
- 2) Pakai pelindung - Cuci Tangan
- 3) Bantu klien naik tempat tidur
- 4) Palpasi perut
- 5) Kenakan penutup Atur cahaya lampu
- 6) Pakai sarung tangan

- 7) Atur ala
- 8) Inspeksi Alat Genetalia Eksterna
- 9) Palpasi Klenjar skene bartholini
- 10) Pasang speculum
- 11) Inspekuloid
- 12) Keluarkan speculum
- 13) Periksa bimanual
- 14) Periksa vagina
- 15) Celup sarung tangan

(e) Tindakan Pra Pemasangan

- 1) Jelaskan proses pemasangan
- 2) Masukkan lengan IUD

(f) Tindakan Pemasangan

- 3) Pakai sarung tangan
- 4) Pasang speculum
- 5) Usap serviks vagina
- 6) Jepit serviks
- 7) Masukkan sonde
- 8) Ukur uterus keluarkan sond
- 9) Ukur sonde dikemasan IUD
- 10) Keluarkan IUD dari kemasan
- 11) Masukkan IUD posis horizontal (Tarik Lembut Tanukulum)
- 12) Tahan / pegang tenakulum

- 13) Lakukan “WITHDRAWEL”
 - 14) Keluarkan pendorong, dorong tabung ke partio sampai batang biru
 - 15) Keluarkan tabung dan buang ke tempat sampah
 - 16) Keluarkan tabung 3-4 cm, gunting benang
 - 17) Lepas tenakulum
 - 18) Tekan partio 30-60°
 - 19) Keluarkan speculum, pasien istirahat 15 menit
 - 20) Tindakan pasca pemasangan
 - 21) Rendam alat dekontaminasi
 - 22) Buang bahan / sampah
 - 23) Celup sarung tangan
 - 24) Cuci tangan
 - 25) Lepas pelindung
 - 26) Ajari klien
 - 27) Konseling pasca pemasangan
 - 28) Ada efek samping- control
 - 29) Kapan harus control
 - 30) IUD dalam 5-8 tahun
 - 31) Boleh control setiap ada keluhan Minta klien untuk ulangi penjelasan
 - 32) Dokumentasi
- 10) Pencabutan AKDR (IUD)
- a) Tindakan Pra Pencabutan

- (1) Pastikan klien sudah mengkosongkan kandung kencingnya dan mencucikemaluannya menggunakan sabun.
- (2) Bantu klien ke meja pemeriksaan.
- (3) Cuci tangan dengan air sabun, keringkan dengan air bersih. (4) Pakai sarung tangan baru yang telah di DTT.
- (5) Atur peralatan dan bahan-bahan yang akan dipakai dalam wadah steril atau DTT.

b) Tindakan Pencabutan

- (1) Lakukan pemeriksaan bimanual
- (2))Pastikan gerakan serviks bebas
- (3) Tentukan besar dan posisi uterus
- (4) Pastikan tidak ada infeksi atau tumor pada adneska.
- (5) Pasang speculum vagina untuk melihat serviks.
- (6) Usap vagina dan serviks dengan larutan antiseptik 2 sampai 3 kali.
- (7) Jepit benang yang dekat dengan klem Tarik keluar benang dengan mantaptetapi hati-hati untuk mengeluarkan AKDR.
- (8) Tunjukkan AKDR tersebut tersebut pada klien, kemudian rendam dalam larutan klorin 0,5%.
- (9) Keluarkan speculum dengan hati-hati.

c) Tindakan Pasca Pencabutan

- (1) Rendam semua peralatan yang sudah dipakai dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit untuk dekontaminasi.
- (2) Buang bahan-bahan yang sudah tidak terpakai lagi (kas, sarung

tangan sekali pakai) ke tempat yang sudah disediakan.

(3) Celupkan kedua tangan yang masih memakai sarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5%, kemudian lepaskan dalam keadaan terbalik dan rendam dalam larutan klorin tersebut.

(4) Cuci tangan dengan air dan sabun.

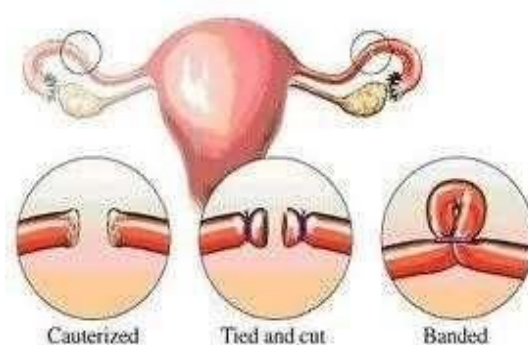
(5) Amati selama 5 menit sebelum memperbolehkan klien pulang.

(6) Diskusikan apa yang harus dilakukan bila klien mengalami masalah (seperti perdarahan yang lama atau rasa nyeri pada perut / panggul). Buat rekam medik tentang pencabutan AKDR (Tahir, dkk. 2015:8-9)

E. Kontrasepsi Mantap MOW

1 Pengertian

Kontrasepsi mantap atau sterilisasi pada wanita adalah suatu kontrasepsi permanen yang dilakukan dengan cara melakukan suatu tindakan pada keduasaluran telur sehingga menghalangi pertemuan sel telur (ovum) dengan sel mani (sperma) (Sofian, 2013:56)



Gambar 2.13 Alat Kontrasepsi MOW

Sumber: www.google.co.id (Diakses tanggal 29 Agustus 2023)

2. Efektivitas

Tubektomi merupakan metode kontrasepsi yang sangat efektif dan tidak menimbulkan efek samping jangka panjang. Efektivitasnya yaitu 0,5 kehamilan per 100 perempuan (0,5%) selama tahun pertama penggunaan (Saifuddin, 2010 dalam Fitri 2018:170).

3. Waktu

Pelaksanaan tindakan sterilisasi dilakukan pada saat :

- (a) Setiap waktu selama siklus menstruasi apabila diyakini tidak hamil
- (b) Hari ke-6 hingga ke-13 dari siklus menstruasi
- (c) Pasca persalinan (post partum) Sebaiknya dilakukan dalam 24 jam atau selambat-lambatnya 48 jam pasca persalinan. Setelah lebih dari 48 jam, operasi akan lebih sulit dengan adanya edema tuba dan infeksi yang akan menyebabkan kegagalan sterilisasi. Jika dilakukan setelah hari ke-7 sampai hari ke-10 pasca persalinan, uterus dan alat genital lainnya telah mengecil dan menciut yang menyebabkan mudah terjadinya perdarahan dan infeksi
- (d) Pasca keguguran (post abortus) Sterilisasi dapat dilakukan sesaat setelah terjadinya abortus
- (e) Saat tindakan operasi pembedahan abdominal Hendaknya saat operasi pembedahan abdominal telah dipertimbangkan untuk tindakan sterilisasi karena pada tindakan ini dapan sekaligus dilakukannya kontrasepsi mantap (Sofian, 2013:57)

4. Keuntungan

Terdapat beberapa keuntungan dan manfaat sterilisasi wanita yaitu :

- a. Sangat efektif (0,5 kehamilan per 100 perempuan selama tahun pertama penggunaan) Tidak mempengaruhi proses menyusui (breastfeeding)
- b. Tidak bergantung pada faktor senggama
- c. Baik bagi klien apabila kehamilan akan menjadi resiko kesehatan yang serius
- d. Pembedahan sederhana, dapat dilakukan dengan anestesi lokal
- e. Tidak ada efek samping dalam jangka panjang
- f. Tidak ada perubahan dalam fungsi seksual (tidak ada efek pada produksi hormon ovarium)
- g. Berkurangnya resiko kanker ovarium (Saifuddin, 2010)
- h. Motivasi hanya dilakukan satu kali, sehingga tidak diperlukan motivasi yang berulang
- i. Tidak adanya kegagalan dari pihak pasien (patient's failure)
- j. Tidak mempengaruhi libido seksual (Anwar, 2011:43).

5. Keterbatasan

Meskipun banyak keuntungan yang didapat pada metode sterilisasi ini, tetap saja terdapat keterbatasan diantaranya:

- a. Tidak dapat melindungi dari Infeksi Menular Seksual (IMS), termasuk HBV dan HIV/AIDS
- b. Harus dipertimbangkan kembali sifat permanen kontrasepsi ini karena tidak dapat dipulihkan kecuali dengan operasi rekanalisasi
- c. Klien dapat menyesal dikemudian hari Rasa sakit/ketidaknyamanan

dalam jangka pendek setelah tindakan

- d. Hanya dilakukan oleh dokter yang terlatih (Saifuddin, 2010 dalam Fitri2018:173)

6. Syarat

Terdapat beberapa syarat untuk menjadi akseptor kontrasepsi mantap MOW yaitu:

a. Syarat sukarela

Meliputi pengetahuan pasangan mengenai cara ontrasepsi lain, risiko dan keuntungan kontrasepsi mantap, serta sifat permanen metode ini

b. Syarat bahagia

Syarat ini dilihat berdasarkan ikatan perkawinan yang sah dan harmonis. Umur istri sekurang-kurangnya 25 tahun dengan sekurang-kurangnya 2 orang anak hidup dan anak terkecil berumur lebih dari 2 tahun.

c. Syarat medik (Saifuddin, 2017 dan Jannah, 2018:176)

7. Indikasi

Menurut Amru Sofian (2013) dalam (Affandi, 2014:MK-92), sterilisasi dilakukan atas indikasi: Indikasi medis umum Adanya gangguan fisik atau psikis yang akan menjadi lebih berat jika wanita tersebut hamil lagi, seperti tuberkulosis paru, penyakit jantung, penyakit ginjal maupun skizofrenia.

a. Indikasi medis obstetrik

Adanya riwayat toksemia gravidarum yang berulang, seksio sesarea berulang dan histerektomi obstetrik.

b. Indikasi medis ginekologik

Pada waktu melakukan operasi ginekologik, dapat dipertimbangkan untuk dilakukannya sterilisasi.

c. Indikasi sosial ekonomi

I. Rumus 120; yaitu perkalian jumlah anak hidup dan umur ibu, kemudian dapat dilakukan sterilisasi atas persetujuan suami istri

II. Rumus 100; yaitu perkalian jumlah anak hidup dan umur ibu, kemudian dapat dilakukan sterilisasi atas persetujuan suami istri

8. Kontraindikasi

- a. Hamil (sudah terdeteksi atau dicurigai)
- b. Perdarahan vaginal yang belum menjelaskan (hingga harus dievaluasi)
- c. Infeksi sistemik atau pelvik yang akut (hingga masalah tersebut sembuh)
- d. Tidak boleh menjalani proses pembedahan Kurang pasti mengenai keinginannya untuk fertilitas di masa depan
- e. Belum memberikan persetujuan tertulis (Saifuddin, 2010 dalam Fitri 2018:179)

F. Manajemen Asuhan Kebidanan

Manajemen kebidanan adalah pendekatan yang digunakan oleh bidan dalam menerapkan metode pemecahan masalah asuhan. Kedekatan ini dilakukan secara sistematis mulai dari pengkajian, analisis data, diagnosis kebidanan, perencanaan, evaluasi. Tujuh langkah Varney manajemen kebidanan : (Nurwiandani, 2018)

1. Investigasi / pengumpulan data

Investigasi adalah langkah pertama dalam manajemen kebidanan. Bidan dituntut untuk mengumpulkan semua data yang dibutuhkan dari berbagai sumber untuk evaluasi yang kompleks kepada ibu dan bayi. Dalam investigasi ini, bidan akan mendapatkan dua jenis data, yaitu data subjektif dan data objektif.

2. Interpretasi data

Identifikasi akurat untuk masalah / diagnosis dan kebutuhan pelayanan kesehatan kepada pasien. Identifikasi ini berdasarkan interpretasi yang tepat dari data yang sudah diinvestigasi.

3. Antisipasi masalah / diagnosa masalah

Setelah masalah / diagnosa utama berhasil diidentifikasi langkah berikutnya adalah memperkirakan sekaligus mengambil langkah antisipasi jika masalah / diagnosis tersebut menyebabkan masalah / diagnosis lain pada pasien.

4. Mengidentifikasi tindakan segera / evaluasi kebutuhan

Evaluasi kebutuhan yang membutuhkan penanganan segera. Acuanannya adalah kondisi ibu dan bayi. Evaluasi kebutuhan ini mencakup konsultasi, kolaborasi dengan petugas layanan kesehatan lain, dan melakukan rujukan.

5. Perencanaan

Semua langkah yang sudah dilalui, mulai dari investigasi, identifikasi, antisipasi masalah, dan evaluasi kebutuhan menjadi dasar untuk perencanaan asuhan. Dari perencanaan ini nantinya akan terungkap, seperti apa penyuluhan, konseling, dan rujukan yang dibutuhkan untuk pasien.

6. Penatalaksanaan / pelaksanaan

Langkah keenam adalah pelaksanaan rencana asuhan secara menyeluruh. Pelaksanaan ini sebaiknya dilakukan dengan penuh tanggung jawab, efisien, dan bermutu.

7. Evaluasi

Langkah terakhir adalah evaluasi efektivitas asuhan yang diberikan kepada pasien. Dari langkah ini akan terungkap apakah seluruh rangkaian langkah diatas sudah cukup untuk memenuhi kebutuhan pasien atau tidak. Selain itu, langkah ini juga menjadi koreksi jika langka-langka proses manajemen sebelumnya terbukti tidak efektif (Nurwiandani, 2018).

Pendokumentasian SOAP

SOAP merupakan catatan yang bersifat sederhana, jelas, logis dan tertuliskan. Metode SOAP adalah penyulingan intisari dari proses penatalaksanaan kebidanan (Nurwiandani, 2018).

S : data subjektif

Dokumentasi data subjektif dibentuk dalam format narasi yang rinci. Dokumentasi ini menggambarkan laporan pasien tentang diri mereka sendiri terkait keadaan ketika terjadi pencatatan.

O : data objektif

Data objektif ini didapatkan melalui observasi, baik berupa pengamatan maupun tindakan terhadap keadaan pasien saat ini. Observasi ini meliputi gejala yang dapat diukur, dilihat, didengar, disentuh, dirasakan, atau berbau.

A : analisis (Assesment)

Assesment juga dapat disebut sebagai analisis. Analisis ini harus menjelaskan alasan dibalik keputusan intervensi atau asuhan yang diambil bidan. Analisis juga harus sesuai dengan pemikiran yang digunakan dalam proses pemecahan masalah. Selain itu, perkembangan pasien kearah tujuan yang ditetapkan juga tersampaikan.

P : perencanaan (planning)

Perencanaan berarti membuat rencana asuhan untuk saat ini dan untuk yang akan datang. Rencana asuhan ini disusun berdasarkan hasil analisis dan interpretasi data. Tujuannya untuk mengupayakan tercapainya kondisi pasien yang seoptimal mungkin

(Nurwiandani, 2018)

BAB III

TINJAUAN KASUS

A. Asuhan Kebidanan Pada Ibu Hamil

Tanggal : 21 Januari 2026

Pukul : 16.30 WIB

A. DATA SUBJEKTIF (Kunjungan I)

Identitas/Biodata

Nama ibu	: Ny “F”	Nama Suami	: Tn “ A”
Umur	: 26 Tahun	Umur	: 29 Tahun
Suku/Bangsa	: Minang/Indonesia	Suku/Bangsa	: Minang
Pendidikan	: SMA	Pendidikan	: S1
Pekerjaan	: IRT	Pekerjaan	: Pedagang
Alamat	: Panyalai		

1. Alasan Kunjungan : Ingin memeriksakan kehamilan
2. Keluhan utama : ibu mengatakan mengeluh nyeri pada pinggang dan sering buang air kecil pada malam hari
3. Riwayat menstruasi
 - a. Teratur/tidak : Teratur
 - b. Siklus : 28 hari
 - c. Lamanya : $\pm$ 4-5 hari
4. Riwayat perkawinan
 - a. Status perkawinan : Sah
 - b. Perkawinan ke : Pertama
 - c. Umur ibu pertama kawin : 23 Tahun

- d. Setelah kawin berapa lama baru hamil : 2 Bulan
5. Riwayat kehamilan ini
- a. HPHT : 24-04-2025
- b. Usia kehamilan saat diperiksa berdasarkan HPHT : 37-38 Minggu
- c. Taksiran persalinan : 01-02-2026
- d. Kekhawatiran khusus : Tidak ada
- e. Keluhan pada
- 1) Trimester I : Mual muntah di pagi hari
- 2) Trimseter II : Tidak ada
- 3) Trimester III : terasa nyeri pada pinggang, sering BAK
- f. Pergerakan janin : aktif, bergerak 10- 15 kali sehari
- g. Apakah ibu sudah tahu cara menghitung pergerakan janin: Sudah
- h. Tanda bahaya/penyulit : Tidak ada
- i. Obat yang dikonsumsi termasuk jamu : Tidak ada
6. Riwayat kehamilan, persalinan, nifas yang lalu dan KB

Tgl Lahir	Usia Kehamilan	Jenis Persalinan	Tempat Persalinan	Penolong Persalinan	Komplikasi		Nifas	Bayi		Menyusui		Kontrasepsi	
					Ibu	Bayi		Pb/BB/Jk	Keadaan	Asi Saja	Disapir	Jenis Pemakaian	Lama Dilepas Baru Hamil
08-12-2023	Cukup bulan	Normal	PMB	Bidan	Tidak ada	Tidak ada	Normal	50/3200 gr/L	Baik	6 Bulan	2 Tahun 1 bulan	Suntik 3 bulan	2 bulan
Ini													

a. Riwayat Pemeriksaan Kehamilan

- 1) Trimester I : 2 kali di TPMB “Y”, 1 kali Puskesmas,
1 kali Dokter SpOG
- 2) Trimester II : 2 kali di TPMB “Y”, 3 kali Posyandu
- 3) Trimester III : 2 kali di TPMB “Y”, 1 kali Posyandu,

1 kali Puskesmas

b. Riwayat Pemeriksaan Penunjang : (periksa di puskesmas pada tanggal 06 Januari 2026)

Hb : 12,5 g/dl

Golongan Darah : O

Protein Urine : (-)

Reduksi Urine : (-)

7. Skrining imunisasi

a. TT1 : Ada (catin, bulan 11 tahun 2022)

b. TT2 : Ada hamil anak pertama (bulan 3 tahun 2023)

c. TT3 : Tidak ada

d. TT4 : Tidak Ada

e. TT5 : Tidak ada

8. Keluhan yang dirasakan (Jelaskan bila ada)

Ibu merasa nyeri di ari – ari yang menjalar ke pinggang

9. Pola kegiatan sehari-hari

a. Pola makan Makan sehari-hari

a) Pagi : 1 piring sedang nasi goreng + 1 butir telur ayam

b) Siang : 1 piring sedang nasi + 1 potong ayam + 1 mangkuk sedang sayur

c) Malam : 1 piring sedang nasi + 1 potong ikan + 1 mangkuk sedang sayur

d) Buah : 1 buah pisang + 1 buah pepaya Minum sehari-hari

1) Air putih berapa gelas sehari : 8 gelas

2) Susu berapa gelas sehari : 1-2 gelas

Perubahan pola makan yang dialami (termasuk ngidam, nafsu makan dll) : Tidak ada

b. Pola eliminasi

BAB

- 1) Frekuensi : 1 Kali Sehari
- 2) Warna : Kuning kecoklatan
- 3) Intensitas : Lembek
- 4) Keluhan : Tidak ada

BAK

a) Frekuensi

- Siang : 7 kali
- Malam : 2 kali

b) Warna : Putih kekuningan

c) Keluhan : sering BAK

c. Personal Hygiene

- a) Mandi : 2 Kali Sehari
- b) Sikat gigi : 3 Kali Sehari
- c) Perawatan Payudara : Ada
- d) Mengganti pakaian luar dan dalam : Ada

d. Bodi mekanis : Normal

e. Senam hamil : Ada

f. Kebiasaan yang merugikan kesehatan

- 1) Apakah ada yang merokok (ibu/suami/anggota keluarga): Tidak ada
- 2) Minum-minuman keras : Tidak ada
- 3) Mengonsumsi obat terlarang : Tidak ada

10. Pola seksualitas

- 1) Keluhan : Tidak ada
 - 2) Waktu : 1 kali 2 minggu
11. Pola istirahat dan tidur
- 1) Siang : jarang tidur siang
 - 2) Malam : $\pm$ 5-6 jam
12. Riwayat kesehatan
- a. Riwayat penyakit

Ibu mengatakan tidak memiliki riwayat penyakit Jantung, hipertensi, Ginjal, Diabetes, Ginjal, Asma, TBC, Epilepsi, tidak pernah mengalami kelainan jiwa serta ibu belum pernah di operasi.
13. Riwayat kesehatan keluarga
- Ibu mengatakan di dalam keluarga tidak ada yang memiliki riwayat penyakit Jantung, hipertensi, Ginjal, Diabetes, Ginjal, Asma, TBC, Epilepsi
14. Riwayat kehamilan keluarga
- a. Gemeli : Tidak ada
 - b. Lebih dari dua : Tidak ada
15. Riwayat biopsikososial, ekonomi, kultural, spiritual
- a. Kehamilan

Ibu merasa bahagia dengan kehamilannya saat ini dan juga merasa cemas karena akan mendekati waktu persalinan bayinya.
 - b. Keadaan ekonomi
 - 1) Penghasilan perbulan : Rp. 3.000.000,-
 - 2) Penghasilan perkapita : Rp. 1.000.000,-
 - c. Kegiatan spiritual : Sholat
 - d. Persiapan P4K

- 1) Taksiran Persalinan : 01-02-2026
- 2) Penolong Persalinan : Bidan
- 3) Tempat Persalinan : PMB Yosti
- 4) Pendamping Persalinan : Suami
- 5) Calon Pendorong Darah : Keluarga (Adik)
- 6) Transportasi : Mobil
- 7) Tabulin : Ada

B. DATA OBJEKTIF

1. Pemeriksaan Fisik

- a. Kesadaran : Composmentis
- b. Postur tubuh ibu : Lordosis

2. Pemeriksaan umum

- a. BB sebelum hamil : 53 kg
- b. BB sekarang : 65 kg
- c. TB : 155 cm
- d. IMT : 22 (ideal 18,5 -24.9)
- e. LILA : 29 cm

3. Tanda Vital

- a. Tekanan darah : 120/65 mmHg
- b. Nadi : 84x/menit
- c. Pernafasan : 20x/menit
- d. Suhu : 36°C

4. Pemeriksaan khusus

- 1) Kepala : Tidak Ada Odema

- 2) Muka : Tidak oedema pada kelopak mata
- 3) Mata : Konjungtiva tidak pucat, sclera tidak ikterik
- 4) Mulut : Tidak pucat, tidak ada caries pada gigi, tidak ada gusi berdarah
- 5) Leher : Tidak ada Pembengkakan kelenjar tyroid, Tidak ada pembesaran kelenjar limfe
- 6) Dada : Simetris kiri dan kanan, Papilla mammae menonjol, tidak ada benjolan/ massa
- 7) Abdomen : Besar perut sesuai usia kehamilan, tidak ada bekas operasi
linea nigra
 - Leopold I : Tinggi Fundus Uteri setinggi Processus Xiphoideus, pada fundus teraba lembek, bundar, tidak melenting kemungkinan bokong janin.
 - Leopold II : Pada bagian kanan perut ibu teraba keras, memapan, memanjang kemungkinan punggung janin. Pada bagian kiri perut ibu teraba tonjolan-tonjolan kecil kemungkinan ekstremitas janin.
 - Leopold III : Pada bagian terbawah perut ibu teraba keras, bulat, bisa digoyangkan kemungkinan kepala janin belum masuk pintu atas panggul.
 - Leopold IV : Belum dilakukan
 - MC Donald : 34 cm
 - TBJ : $(TFU-12) \times 155 = (34-12) \times 155 = 3.410$ gram
 - DJJ : (+)
 - Frekuensi : 144 x/menit
 - Irama : Teratur

- Intensitas : Sedang

8) Ekstremitas Atas dan bawah : tidak ada oedema, tidak ada sianosis

Pada ujung jari, tidak ada tremor, Tidak ada

Varices, Reflek patella ka-ki (+/+)

9) Genitalia luar (ada indikasi) : Tidak dilakukan

10) Pemeriksaan panggul dalam (ada indikasi) : Tidak dilakukan

11) Genitalia dalam dengan inspekulo : Tidak dilakukan

C. ASSESSMENT

Ibu G2P1A0H1 usia 26 tahun gravida 37-38 minggu, janin hidup, tunggal, intra uterin, puka, let kep, V, keadaan umum ibu dan janin baik.

Masalah : Tidak Ada

Kebutuhan :

1. Informasi tentang kondisi ibu dan janin yang dikandungnya
2. Pendidikan Kesehatan terkait KIE tentang pengetahuan perubahan fisiologis selama hamil dan penanganan nyeri punggung ibu
3. Anjuran untuk konsumsi makanan bergizi seimbang
4. Pendidikan kesehatan ibu tentang pola istirahat
5. Pendidikan kesehatan tentang tanda bahaya selama kehamilan
6. Pendidikan kesehatan tentang tanda – tanda persalinan
7. Informasi tentang persiapan persalinan seperti dokumen perlengkapan ibu dan bayi yang diperlukan untuk persalinan
8. Anjuran untuk kontrol ulang

D. PENATALAKSANAAN

1. Melakukan komunikasi interpersonal dengan ibu agar tercipta Suasana yang nyaman serta membina hubungan yang baik dan saling percaya dengan ibu. kemudian menginformasikan hasil pemeriksaan bahwa semua hasil pemeriksaan dalam batas normal, usia kehamilan ibu saat ini 37-38 minggu, TTV dalam batas normal

Evaluasi : ibu sudah tau hasil pemeriksaan dan senang bahwa semua dalam batas normal

2. Menjelaskan penyebab nyeri pinggang yang dirasakan ibu merupakan Hal yang normal pada kehamilan TM III, ini dikarenakan oleh kelelahan, ukuran rahim yang semakin membesar dan kepala janin menekan saraf dipinggang sehingga menyebabkan ibu merasakan nyeri pada pinggang. Terkadang nyeri pada pinggang dikarenakan mekanisme tubuh yang kurang baik. Untuk mengatasinya ibu disarankan untuk melakukan senam hamil. Senam hamil dapat mengurangi nyeri pada pinggang dikarenakan berat janin yang semakin besar meningkatkan beban pada tulang belakang dan membantu memperkuat otot-otot penyangga punggung sehingga nyeri berkurang. Perubahan pusat gravitasi tubuh saat hamil sering menyebabkan ibu membungkuk ke belakang sehingga timbul nyeri pinggang. Gerakan senam hamil melatih postur tubuh yang lebih baik dan mengurangi tekanan pada pinggang. Kemudian ibu disarankan untuk jangan berdiri terlalu lama dan gunakan bantal untuk penyangga saat duduk atau tidur.

Evaluasi : Ibu mengerti dan akan melakukan senam hamil yang disarankan bidan.

3. Menjelaskan penyebab sering BAK yang dirasakan ibu dikarenakan penurunan kepala janin sehingga terjadinya penekanan pada kandung kemih oleh kepala janin yang menyebabkan ibu sering buang air kecil. Untuk mengatasinya ibu dianjurkan untuk minum banyak padapagi dan siang hari sedangkan pada malam hari ibu mengurangi untuk banyak minum, ibu bisa menggantinya dengan mengonsumsi

buah- buahan yang mengandung air seperti : buah pir, semangka dan jeruk untuk mengantisipasi keluhan ibu yang sering BAK pada malam hari.

Evaluasi : ibu mngerti dengan penjelasan bidan tentang penyebab BAK.

4. Menjelaskan pola istirahat yang cukup seperti tidur siang dianjurkan 1-2 jam perhari, sedangkan malam dianjurkan 6-8 jam perhari.

Evaluasi : ibu sudah mengetahui pola istirahat yang cukup.

5. Menjelaskan kembali tentang tanda bahaya yang terjadi selama kehamilan, seperti :
 - a. Perdarahan dari jalan lahir
 - b. Sakit kepala yang sangat hebat
 - c. Penglihatan kabur
 - d. Rasa nyeri yang sangat hebat di bagian perut
 - e. Bengkak pada wajah dan tangan
 - f. Pergerakan bayi di dalam perut normal
 - g. Ketuban pecah sebelum waktunya

Evaluasi : ibu paham yang disampaikan bidan dan akan memperhatikan tanda-tanda bahaya pada kehamilan.

6. Menjelaskan kepada ibu tanda-tanda persalinan seperti adanya rasa sakit (kontraksi) yang semakin kuat dan sering dan tidak dapat dibawa beristirahat, adanya pengeluaran lendir-lendir bercampur darah, adanya pengeluaran air-air dan vagina. Jika ibu mengalami tanda-tanda tersebut segera datang ke rumah bidan untuk penanganan lebih lanjut.

Evaluasi : ibu dan suami mengerti dan akan memperhatikan tanda-tanda tersebut.

7. Menganjurkan ibu untuk menyiapkan kebutuhan yang di perlukan untuk persalinan seperti dokumen (KTP, KK Kartu BPJS dan Buku KIA), perlengkapan bayi (Popok,bedung, baju, topi bayi, dll) dan ibu (baju pendek dengan kancing depan,

sarung, celana dalam, gurita, dll).

Evaluasi : ibu sudah menyiapkan kebutuhan untuk persalinan.

8. Menjadwalkan ibu untuk melakukan kunjungan ulang 1 minggu lagi tanggal 28 Januari 2026 atau jika ada keluhan ibu bisa langsung datang ke praktek mandiri bidan.

Evaluasi : ibu bersedia kunjungan kembali

Kunjungan ANC ke II

Hari/tanggal : Rabu, 28 Januari 2026 Pukul : 16.30 WIB

A. DATA SUBJEKTIF

1. Ibu ingin memeriksakan kehamilannya.
2. Ibu mengatakan sudah mengetahui tentang ketidaknyamanan TM III dan tanda tanda bahaya kehamilan sesuai dengan penkes yang diberikan minggu lalu seperti yang dialami ibu saat ini nyeri pada punggung yang menjalar ke ari- ari dan sering BAK.
3. Ibu mengatakan pergerakan janinnya aktif
4. Ibu melakukan aktivitas senam hamil selama 15 menit sehari

B. DATA OBJEKTIF

1. Data umum BB : 65,5 Kg TTV

TD : 110/80 mmHg N : 86 x/i

P : 20 x/I S : 36,7 0C

TP : 01-02-2026

2. Data Khusus

Muka : Tidak pucat, tidak oedema,

Mata : konjungtiva tidak pucat, sklera tidak pucat

Mulut : Bibir tidak pecah pecah, gigi tidak ada caries, lidah bersih, gusi tidak berdarah.

Dada : Papilla mammae menonjol kiri dan kanan, ada pengeluaran colostrum kiri dan kanan.

Abdomen : tidak ada bekas operasi, pembesaran perut sesuai dengan usia kehamilan

Leopold I : TFU Setinggi Prosesus Xifoideus , pada fundus teraba bundar, lunak dan tidak melenting kemungkinan bokong janin.

Leopold II : Pada perut ibu sebelah kanan teraba panjang keras memapan kemungkinan punggung janin, pada perut ibu sebelah kiri teraba tinjolan tonjolan kecil kemungkinan eksremitas janin.

Leopold III : Pada perut ibu bagian bawah teraba keras, bulat, dan bisa di goyangkan kemungkinan kepala janin (belum masuk PAP)

Leopold IV : Belum dilakukan TFU : 34 CM

TBBJ : $(34-12) \times 155 = 3410\text{gr}$

DJJ : 148x/i

C. ASSESMENT

Diagnosa : Ibu G2P1A0H1 usia kehamilan 38-39 minggu, janin hidup, tunggal, intrauterin, letkep, V, puka, keadaan umum ibu dan janin baik

Masalah : Tidak Ada

Kebutuhan

1. Informasi tentang kondisi ibu dan janin yang dikandungnya
2. Informasi tentang tanda awal persalinan
3. Mengingatkan kembali tentang persiapan persalinan seperti dokumen perlengkapan ibu dan bayi yang diperlukan untuk persalinan

4. Anjuran untuk ber KB setelah proses persalinan
5. Anjuran untuk kontrol ulang

D. PENATALAKSANAAN

1. Menginformasikan hasil pemeriksaan kepada ibu bahwa ibu dalam keadaan baik dan tanda vital ibu dalam batas normal. Usia kehamilan ibu saat ini 38-39 minggu. BB: 65,5 Kg, TD : 110/80 mmHg, N : 86 x/I, S:36.7 0C, P : 20 x/I, DJJ : 148 x/i

Evaluasi : ibu telah mengetahui hasil pemeriksaan, dan senang bahwa semua dalam batas normal

2. Memberikan penkes tentang tanda tanda persalinan seperti : keluar lendir bercampur darah, sakit pinggang menjalar ke ari yang semakin lama semakinsakit dan semkain rapat, keluar air air selain BAK dari kemaluan bisa air merembes atau banyak. Jika ibu merasakan tanda- tanda tersebut ibu segera datang ke rumah bidan.

Evaluasi : ibu mengerti dan akan memperhatikan tanda-tanda persalinan.

3. Mengingatkan ibu kembali tentang persiapan persalinan seperti : pendamping persalinan, penolong persalinan ibu, pakaian ibu dan bayi, surat surat yang di butuhkan dll.

Evaluasi : ibu mengerti dan persiapan persalinan sudah disiapkan.

4. Menganjurkan ibu kunjungan ulang 4 hari lagi, pada tanggal 01 Februari 2026. Atau ibu bisa kunjungan kembali pada saat merasakan tanda-tanda persalinan.

Evaluasi : ibu sudah tau kapan datang kembali

B. SOAP ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU BERSALIN

KALA I

Hari/tanggal : 30 Januari 2026

Pukul : 01.00 WIB

A. SUBJEKTIF

1. Alasan masuk kamar bersalin :

Ibu mengatakan ingin melahirkan anak pertamanya

2. Keluhan yang dirasakan :

Ibu mengatakan sakit pinggang menjalar dan nyeri perut bagian bawah sejak pukul 14.00 WIB tanggal 29 Januari 2026 dan keluar lendir bercampur darah dari kemaluannya sejak pukul 22.30 WIB tanggal 29 Januari 2026, ibu merasakan gerakan janin jam 00.30 WIB.

3. Tanda-tanda persalinan

- a. Kontraksi : ada
- b. Sejak tanggal : 29 Januari 2026
- c. Pukul : 14.00 Wib
- d. Frekuensi : 3x dalam 10 menit
- e. Lamanya : 40 detik
- f. Kekuatan : Sedang
- g. Lokasi ketidaknyamanan : pinggang dan nyeri perut bagian bawah
- h. Psikologi : Ibu merasa nyeri setiap timbul kontraksi dan cemas menghadapi persalinannya.

4. Pengeluaran pervaginam

- a. Lendir darah : Ada
- b. Air ketuban : Tidak ada.
- c. Darah : Tidak ada

5. Riwayat kehamilan sekarang

- a. HPHT : 24-04-2025
- b. TP : 01-02-2026
- c. ANC
 - a) TM I : 2 kali ke PMB, 1x ke Puskesmas dan 1x ke Dokter Obgyn

b) TM II : 2x ke PMB, 1 x ke dokter obgyn

c) TM III : 3x ke PMB, 1x ke Puskesmas, dan 2x ke dokter Obgyn.

B. OBJEKTIF

- a) Keadaan umum : baik
- b) Kesadaran : composmentis
- c) Tanda vital
 - Tekanan darah : 122/70 mmHg
 - Nadi : 88 x/i
 - Pernafasan : 20 x/i
 - Suhu : 36,80C
- d) Berat badan : 65,5 kg
- e) Muka : Konjungtiva tidak pucat, Sklera Tidak kuning
- f) Bibir : Tidak pucat
- g) Payudara : Simetris kanan dan kiri, Puting susu menonjol,
Colostum (+), tidak ada massa, tidak nyeri
- h) Ekstremitas atas dan bawah : tidak ada odema, tidak sianosis, tidak
ada tanda homan, tidak ada varices,
Reflek patella kanan dan kiri (+/+)
- i) Abdomen : Pembesaran sesuai usia kehamilan, tidak ada
benjolan, tidak ada bekas operasi
 - Leopold I : Tinggi fundus uteri Setinggi proceccus xypoideus,
pada fundus teraba bundar, lunak, tidak melenting,
kemungkinan bokong janin.
 - Leopold II : Pada bagian kanan perut ibu teraba keras, memapan,
memanjang, kemungkinan punggung janin, pada

bagian kiri perut ibu teraba tonjolan-tonjolan kecil,
kemungkinan ekstremitas janin.

- Leopold III : Pada bagian terbawah perut ibu teraba keras, bulat tidak bisa digoyangkan kemungkinan kepala janin yang sudah masuk pintu atas panggul.
- Leopold IV : Divergen
- Mc Donald : 34 cm
- TBJ : $(34-11) \times 155 = 3.565$ gram
- His : Baik (3x dalam 10 lamanya 40 detik)
- Penurunan : 3/5
- Pergerakan janin : Ada
- DJJ : (+)
- Frekuensi : 140 x/i

j) Genitalia : Keluar lendir bercampur darah, vulva tidak ada iritasi, tidak ada varices, tidak ada odema, tidak ada pembesaran kelenjar bartholini

Pemeriksaan dalam

- Atas indikasi : Inpartu
- Dinding vagina : Tidak ada massa
- Portio : Efficement 70%
- Pembukaan servik : 6 cm
- Ketuban : (+)
- Presentasi fetus : belakang kepala
- Posisi : ubun-ubun kecil kanan depan
- Molage : 0
- Penurunan bagian terendah janin : HIII

k) Anus : Tidak ada hemoroid

C. ASSESMENT

Diagnosa : Ibu inpartu G2P1A0H1 dengan usia kehamilan 39-40 minggu kala 1 fase aktif dilatasi maksimal , janin hidup, tunggal, intra uterin, puka-letkep, V ku ibu dan janin baik.

Masalah : Tidak Ada

Kebutuhan :

1. Informasi tentang hasil pemeriksaan kondisi ibu dan janin
2. Ajarkan keluarga atau suami *massage Endorphin* yang merupakan teknik relaksasi untuk mengurangi nyeri pada saat persalinan
3. Anjurkan ibu untuk eliminasi
4. Penuhi kebutuhan cairan dan nutrisi ibu
5. Berikan penkes tentang teknik relaksasi dan teknik mendedan yang benar
6. Persiapan persalinan
7. Mengatur posisi ibu agar dapat mempercepat proses penurunan kepala
8. Pengawasan kala I dengan partograf

D. PENATALAKSANAAN

1. Menginformasikan hasil pemeriksaan pada ibu dan keluarga bahwa keadaan Ibu dan janin baik. Didapatkan hasil pemeriksaan TTV : TD : 122/70 mmHg, N : 88 kali/menit, R: 20 kali/menit, S : 36,80C, pembukaan ibu saat ini : 6 cm, ketuban : (+), DJJ : 140 kali/menit.

Evaluasi : ibu dan keluarga sudah mengetahui hasil pemeriksaan

2. Melakukan dan mengajari pada keluarga cara *massage Endorphin* pada ibu untuk

mengurangi nyeri persalinan dimana Endorphin adalah hormon alami yang diproduksi tubuh manusia, maka endorphin adalah penghilang rasa sakit yang terbaik. Memberikan dukungan atau asuhan pada ibu saat kontraksi bila ibu tampak kesakitan, seperti mengajarkan suami untuk memijat atau menggosok punggung ibu, mengajarkan ibu teknik relaksasi dengan cara menarik napas panjang dari hidung dan melepaskan lewat mulut sewaktu kontraksi, serta mengipas dan melap keringat ibu karena kepanasan. Suami dan keluarga kooperatif dengan memijat punggung ibu,

Evaluasi: Saat dilakukan tindakan Endorphin Massage, keluarga sangat mendukung, memperhatikan dan mau melibatkan diri. ibu merasa nyaman setelah diberikan pijat endorpin, ibu sudah menarik napas panjang lewat hidung dan melepaskan dengan cara ditiup lewat mulut sewaktu kontraksi.

3. Mengajarkan ibu untuk mengosongkan kandung kemihnya secara rutin selama persalinan. Ibu harus berkemih paling sedikit setiap 2 jam atau lebih atau jika ibu terasa ingin berkemih. Kandung kencing yang penuh akan menghambat penurunan bagian terbawah janin. Selain itu juga akan meningkatkan rasa tidak nyaman yang tidak dikenali pasien, karena bersamaan dengan munculnya kontraksi uterus. Serta memberitahu bidan saat ibu merasakan ingin BAB. Rectum yang penuh akan mengganggu penurunan bagian terbawah janin, namun bila pasien mengatakan BAB, bidan harus memastikan kemungkinan adanya tanda dan gejala masuk pada kala II.

Evaluasi : Ibu mengerti dan bersedia untuk tidak menahan BAK dan BAB

4. Mengajarkan ibu untuk makan dan minum saat tidak ada kontraksi agar ibu tetap memiliki tenaga untuk meneran.

Evaluasi: ibu telah mengerti tentang yang telah di sampaikan dan bersedia untuk

minum dan makan

5. Memberikan penkes Teknik mengedan yang benar yaitu dengan cara mengambil nafas dalam, tahan sambil mengedan. Waktu mengedan tekukkan kepala ibu hingga dada dan tangan berada dipaha bawah

Evaluasi : ibu bisa melakukannya

6. Menganjurkan ibu berbaring,dengan posisi miring kiri agar mempercepat proses penurunan kepala dan mempermudah asupan oksigen dari plasenta ke janin atau ibu bisa berjalan-jalan disekitar ruangan.

Evaluasi : ibu bersedia dan tidur miring kiri.

7. Mempersiapkan alat dan bahan yang digunakan selama persalinan
 - a. Partus Set : Bak instrument berisi klem kocher 2 buah, penjepit tali pusat 1 buah, gunting tali pusat 1 buah, gunting episiotomi 1 buah, ½ kocher 1 buah, penghisap lendir, dan kasa secukupnya.
 - b. Tempat berisi obat : Oxytocin 5 ampul (10 IU), Lidokain 1 ampul (1%), Jarum suntik 1 cc, 3 cc, dan 5 cc, Vitamin K/NEO K 1 ampul, Salep mata chloramphenicol 1% 1 tube.
 - c. Heacting Set : yang berisi naldfooder 1 buah, gunting benang 1 buah, catgut cromik ukuran 3/0 1 buah, dan kasa secukupnya.
 - d. Bak instrument berisi : Kateter.
 - e. Lain – lain : Tempat sampah, Tempat plasenta, Tempat sampah tajam, Tempat baju kotor ibu dan bayi, kom berisi air DTT dan Kapas cebok, korentang dalam tempatnya, doppler dan pita cm, termometer, stetoskop dan tensi meter, Cairan infuse RL, infuse set dan abocat, pakaian ibu dan bayi, alat pelindung diri (celemek, penutup kepala, masker, kaca mata).

Evaluasi : semua alat dan bahan persalinan sudah siap diigunakan.

8. Melakukan pemantauan kemajuan persalinan seperti observasi DJJ, his, dan nadi ibu setiap 30 menit dan juga menggunakan patograf.

Pemantauan Kala I

Jam	TD	Nadi	Suhu	His	DJJ	Pembukaan
01.00 wib	122/70 mmHg	88x/i	36,8 ⁰ C	3x 10'durasi 35"	140x/i	6 cm
01.30 wib		88x/i		3x 10'durasi 35"	142x/i	
02.00 wib		89x/i		4x 10'durasi 40"	145x/i	
02.30 wib		90x/i		5x 10'durasi 45"	145x/i	
03.00 wib	123/78 mmHg	90x/i	36,8 ⁰ C	5x 10'durasi 45"	148x/i	10 cm

KALA II

Tanggal : 30 Januari 2026

Pukul : 03.00 WIB

A. DATA SUBJEKTIF

1. Ibu mengatakan ingin mencedan dan merasa ingin BAB
2. Ibu mengatakan sakitnya semakin kuat dan sering.
3. Ibu mengatakan pengeluaran lendir bercampur darah bertambah banyak.

B. DATA OBJEKTIF

1. Data Umum

Kesadaran : Composmentis

Emosional : Stabil

TD : 120/80

N : 90 x/i

P : 24x/i

S : 36,8 C

2. Data Khusus

Abdomen Perlimaan : 4/5

His

Frekuensi : 5x dalam 10 menit

Intensitas : Kuat

Durasi : 40 – 50 detik

Interval : $\pm$ 2 menit

DJJ

Frekuensi : 146 x/i

Irama : Teratur

Intensitas : Kuat

Blass : Tidak Teraba

3. Pemeriksaan dalam

Pemeriksaan Dalam (VT)

Massa : Tidak ada

Portio : Efficemen 100 %

Pembukaan serviks: 10 cm pukul 03.00 wib

Presentasi : Belakang kepala

Penurunan : Hodge III-IV

Posisi : UUK depan

Ketuban : (-) pecah spontan Pukul 02.45

Molase : (0)

Bagian yang menumbung : Tidak ada

Terdapat tanda gejala Kala II : Dorongan untuk meneran, Tekanan pada Perineum menonjol, Vulva dan anus membuka.

C. ASSESMENT

Diagnosa: Ibu inpartu G2P1A0H1 kala II keadaan umum ibu dan janin baik.

Masalah : Tidak Ada

Kebutuhan

1. Informasikan hasil pemeriksaan
2. Berikan asuhan sayang ibu
3. Lakukan pertolongan persalinan dan lakukan perawatan BBL
4. Lakukan IMD dan Bounding attachment

D. PELAKSANAAN

1. Menginformasikan hasil pemeriksaan kepada ibu dan suami bahwa pembukaan sudah lengkap, tanda-tanda kelahiran bayi ada, ibu sudah boleh meneran saat ada kontraksi atau rasa sakit dan istirahat saat kontraksi atau sakitnya hilang.

Evaluasi : ibu mengerti dan mengikuti instruksi bidan.

2. Menganjurkan ibu untuk memilih posisi persalinan, seperti setengah duduk, posisi hongkok, posisi berbaring.

Evaluasi : ibu memilih posisi setengah duduk

3. Melakukan pertolongan persalinan sesuai 60 langkah APN

Evaluasi : telah dilakukan.

4. Memberitahukan hasil pemeriksaan pada ibu bahwa pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik, dan membantu ibu untuk menentukan posisi yang nyaman dan sesuai dengan keinginannya.

Evaluasi : ibu mengerti dengan yang dijelaskan bidan.

5. Melaksanakan bimbingan meneran pada saat ibu merasa ada dorongan kuat untuk meneran

Evaluasi : Ibu mengerti yang dijelaskan

6. Membimbing ibu agar dapat meneran secara benar dan efektif yaitu

- a. Ibu hanya boleh meneran saat ada dorongan yang kuat dan spontan untuk meneran, tidak meneran berkepanjangan dan menahan nafas.
- b. Mendukung dan memberi semangat pada ibu saat meneran serta memperbaiki cara meneran yg tidak sesuai
- c. Menganjurkan ibu untuk beristirahat diantara kontraksi
- d. Memberikan ibu minum air 200 ml di antara kontraksi
- e. Menilai DJJ setiap kontraksi uterus selesai, DJJ 140 kali/menit

Evaluasi: ibu mengerti yang dijelaskan

7. Kepala janin terlihat pada vulva dengan diameter 5-6 cm membuka vulva, melindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi kain bersih dan kering. Tangan yang lain menahan kepala bayi untuk menahan posisi defleksi dan membantu lahirnya kepala. Menganjurkan ibu untuk meneran perlahan sambil bernapas cepat dan dangkal.

Evaluasi: telah dilakukan

8. Memeriksa kemungkinan adanya lilitan tali pusat. Tidak terdapat lilitan tali pusat pada leher bayi.

Evaluasi: telah dilakukan

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

Evaluasi: telah dilakukan

10. Setelah kepala melakukan putaran paksi luar, kepala di pegang secarabiparental. Menganjurkan ibu untuk meneran saat kontraksi, dengan lembut, kepala bayi digerakan ke arah atas dan distal hingga bahu depan muncul di bawah arkus pubis, kemudian menggerakan kepala kearah atas dan distal untuk melahirkan bahu belakang

Evaluasi: telah dilakukan

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

Evaluasi: telah dilakukan

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

Evaluasi: telah dilakukan bayi lahir jam 03.30 WIB

13. Melakukan penilaian selintas: Pukul 03.30 WIB. Bayi Laki- laki lahir spontan pervaginam, langsung menangis kuat, gerakan aktif, warna kulit merah muda.

Evaluasi: telah dilakukan

KALA III

Tanggal : 30 Januari 2026

Pukul : 03:30 WIB

A. SUBJEKTIF

- 1 Ibu mengatakan senang atas kelahiran bayinya
- 2 Ibu mengatakan masih merasa mules

B. OBJEKTIF

Keadaan Umum : Baik

Kesadaran : Compos Mentis

Keadaan Emosional : Stabil

TTV :

TD : 120/60 mmHg

RR : 20x/mnt

N : 82x/mnt

S : 36 oC

Pemeriksaan Fisik

a. Abdomen

Janin Kedua : Tidak ada

TFU : Sepusat

Kontraksi Uterus : Baik, teraba keras

Kandung kemih : Tidak teraba

b. Genetalia

Vulva vagina : Terdapat tanda – tanda pelepasan plasenta yaitu, adanya
semburan darah, tali pusat memanjang dan uterus globular.

C. ASSESMENT

Diagnosa : Ibu partus kala III normal

Masalah : Tidak Ada

Kebutuhan

1. Menginformasikan pada ibu bahwa bayinya telah lahir
2. Palpasi janin kedua
3. Lakukan manajemen aktif kala III
Suntik oxytocin, Peregang tali pusat terkendali, Masase uterus
4. Lakukan IMD
5. Berikan asupan nutrisi dan cairan pada ibu
6. Periksa kelengkapan placenta

D. PELAKSANAAN

1. Menginformasikan hasil pemeriksaan kepada ibu bahwa ibu dan bayi dalam

keadaan baik dan sekarang ibu akan memasuki tahap pengeluaran plasenta

Evaluasi : ibu mengerti

2. Memeriksa kembali uterus, TFU setinggi pusat, tidak ada janin kedua.

Evaluasi: telah dilakukan

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

Evaluasi: telah dilakukan

4. Melakukan Peregangan Tali Pusat Terkendali (PTT)

Evaluasi: telah dilakukan

5. Melakukan pemotongan tali setelah 2 menit setelah lahir

Evaluasi: telah dilakukan

6. Pindahkan klem hingga berjarak 5-10 cm dari vulva

Evaluasi: telah dilakukan

7. Satu tangan berada symphysis untuk mendeteksi kontraksi, tangan lain memegang tali pusat

Evaluasi: telah dilakukan

8. Pada saat uterus berkontraksi, tegangkan tali pusat ke arah bawah sambil tangan yang berada disymphysis melakukan dorsokranial secara hati-hati untuk mencegah terjadinya inversio uteri

Evaluasi: telah dilakukan

9. Lakukan **Evaluasi** dorsokranial hingga plasenta lahir, Saat plasenta muncul di introitus vagina lakukan plasenta dengan kedua tangan dan putar plasenta hingga selaput ketuban terpinil, kemudian plasenta tempatkan kedalam wadah

Evaluasi: plasenta telah lahir pada pukul 03.35 Wib

10. Lakukan masase uterus ± 30 detik secara melingkar hingga uterus berkontraksi

Evaluasi: telah dilakukan dan uterus berkontraksi

11. Evaluasi kemungkinan perdarahan dan laserasi pada vagina

Evaluasi: tidak terdapat laserasi dan perdarahan ± 100 cc

12. Memeriksa plasenta

Evaluasi: plasenta lengkap dengan: Kotheledon : 15 buah Tebal : 2,5cm Selaput ketuban : Ada dan utuh Panjang tali pusat : 30 cm Berat : 500 gram, Inseri talipusat : Insertio lateral

KALA IV

Tanggal : 30 Januari 2026

Pukul : 03.40 WIB

A. SUBJEKTIF

- 1 Ibu mengatakan merasa senang dengan kelahiran putranya dan plasentanya telah lahir
- 2 ibu juga mengatakan lelah dan mules pada bagian perut.

B. OBJEKTIF

1. Pemeriksaan Umum
2. Keadaan umum: Baik
3. Kesadaran: Composmentis
4. TTV :

TD	: 112/72 mmHg
N	: 98 x/i
P	: 22 x/i
S	: 36,6 °C

3. Pemeriksaan Khusus

Muka : Tidak pucat, tidak odema

Payudara : puting menonjol, ada pengeluaran colostrum

Abdomen : TFU : 2 jari dibawah pusat

Kontraksi : Normal

Genetalia : Ada pengeluaran darah $\pm$ 100 cc,

Kandung kemih kosong

C. ASESMEN

Diagnosa P2A0H2 Post Partum Kala IV Normal

Masalah : Tidak Ada

Kebutuhan

1. Informasikan pada ibu tentang hasil pemeriksaan
2. Berikan asupan nutrisi melalui makanan, minuman dan istirahat.
3. Bersihkan ibu agar ibu lebih nyaman dan bersih
4. Berikan penkes tentang tanda-tanda bahaya kala IV
5. Lakukan pengawasan kala IV

D. PELAKSANAAN

1. Memeriksa Uterus apakah berkontraksi dengan baik dan apakah perdarahan atau tidak

Evaluasi: Uterus berkontraksi dengan baik dan ada perdarahan dari robekan jalan lahir

2. Memastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan pervaginam, kontraksi uterus baik, tidak ada perdarahan abnormal.

Evaluasi: telah dilakukan

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

Evaluasi: telah dilakukan

4. Memastikan kandung kemih kosong.

Evaluasi: telah dilakukan

5. Mengajarkan ibu/keluarga cara menilai kontraksi dan melakukan masase uterus yaitu apabila perut teraba bundar dan keras artinya uterus berkontraksi dengan baik namun sebaliknya apabila perut ibu teraba lembek maka uterus tidak berkontraksi yang akan menyebabkan perdarahan dan untuk mengatasi uterus yang teraba lembek ibu atau suami harus melakukan

masase uterus dengan cara meletakkan satu tangan diatas perut ibu sambil melakukan gerakan memutar searah jarum jam hingga perut teraba keras.

Evaluasi: telah dilakukan

6. Mengevaluasi dan mengestimasi jumlah kehilangan darah ± 100 ml yaitu basah 2 pembalut dengan panjang 1 pembalut 18,5 cm.

Evaluasi: telah dilakukan

7. Memeriksa nadi ibu dan keadaan kandung kemih setiap 15 menit selama 1 jam pertama pasca persalinan dan setiap 30 menit jam kedua pascapersalinan. Memeriksa temperatur suhu tubuh ibu sekali setiap jam selama 2 jam pertama pasca persalinan dan mencatat hasil pamantauan dalam lembar Partograf.

Evaluasi: telah dilakukan

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

Evaluasi : telah dilakukan

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

Evaluasi: telah dilakukan

10. Membuang bahan-bahan yang terkontaminasi ke tempat sampah infeksiusdan non infeksius.

Evaluasi: telah dilakukan

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

Evaluasi: telah dilakukan

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

Evaluasi: Ibu sudah nyaman dan sudah makan dan minum

13. Mendekontaminasi tempat persalinan dengan larutan klorin 0,5%

Evaluasi: telah dilakukan .

14. Mencelupkan sarung tangan kotor ke dalam larutan klorin 0,5%, balikan bagian dalam ke luar dan rendam dalam larutan klorin 0,5 % selama 10 menit.

Evaluasi : telah di lakukan

15. Mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir, kemudian keringkan dengan tisu.

Evaluasi: telah dilakukan

16. sarung tangan DTT untuk melakukan pemeriksaan fisik bayi

Evaluasi: telah dilakukan

17. Menginformasikan ke ibu bahwa bayi akan dilakukan Inisiasi menyusui dini (IMD) selama 1 jam setelah itu diberikan salf mata dan injeksivitamin K.

Evaluasi: telah dilakukan

18. Menginformasikan pada ibu 1 jam dari pemeriksaan bayi akan dilakukan penyuntikan HB0.

Evaluasi: telah dilakukan

19. Mencelupkan sarung tangan dalam keadaan terbalik dan merendam dalam larutan clorin 0,5 % selama 10 menit.

Evaluasi: telah dilakukan

20. Mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir lalu dikeringkan dengan tisu.

Evaluasi: telah dilakukan

21. Melengkapi partograf (partograf halaman depan dan belakang terlampir).Asuhan kala IV persalinan (pemantauan ibu dan bayi tiap 15 menit pada jam pertama dan tiap 30 menit pada jam kedua) terlampir pada partograf.

Evaluasi: telah dilakukan

C. ASUHAN KEBIDANAN BAYI BARU LAHIR

KUNJUNGAN I

Tanggal : 30 Januari 2026

Pukul : 04.30 WIB

A. SUBJEKTIF

Nama bayi : Bayi Ny “ F “
 Umur : 1 jam
 Tanggal lahir : 30 Januari 2026
 Jam : 03.30 wib
 Jenis kelamin : Laki- laki

B. DATA OBJEKTIF

1. Pemeriksaan umum

- a. Keadaan umum : baik
- b. TTV : S : 36,70C
 N : 140 x/mnt
 RR : 48 x/mnt
- c. PB : 49 cm
- d. BB : 3.000 gr

2. Pemeriksaan Fisik

Kepala : Tidak ada caput, Tidak ada cepal hematoma, tidak ada molase.

Wajah : Simetris, tidak pucat, tidak ada tanda-tanda dwon syndrom. Mata :
 Simetris, Tidak oedema, tidak ada tanda infeksi

Hidung : Simetris, bersih, tidak ada pernafasan cuping hidung.

Mulut : Tidak ada labioskisis dan labiopalatosis

Telinga : Simetris, tulang telinga sudah terbentuk, daun telinga terbuka.

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

Dada : Simetris kiri dan kanan, tidak ada retraksi dinding dada

Tali pusat : Tidak ada infeksi Punggung : Tidak ada spina bifida

Ektremitas : Tidak sianosis, simetris kiri dan kanan, tidak poildaktili

atau sidaktili, Bergerak aktif

Genitalia : Testis sudah turun ke dalam skrotum

Anus : Ada

3. Pemeriksaan antropometri:

a. BB : 3000 gram

b. TB : 49 cm

c. Lingkar kepala : 34 cm

d. Lingkar dada : 33 cm

4. Pemeriksaan reflek

a. Reflek Morro : (+)

b. Reflek Rooting : (+)

c. Reflek Sucking : (+)

d. Reflek Grasping : (+)

e. Reflek Tonic Neck : (+)

C. ASESSMENT

Diagnosa : Bayi baru lahir spontan 1 jam yang lalu keadaan umum bayi baik.

Masalah : Tidak Ada

Kebutuhan

1. Informasikan pada ibu tentang keadaan bayinya
2. Lakukan perlindungan termal
3. Lakukan perawatan tali pusat
4. Penuhi kebutuhan nutrisi bayi
5. Jelaskan pada ibu tanda bahaya pada BBL

6. Berikan Vit K dan Salap Mata

D. PELAKSANAAN

1. Memberitahu ibu dan keluarga tentang keadaan umum bayinya bahwa bayi dalam keadaan sehat.

Evaluasi : Ibu dan keluarga merasa senang.

2. Memberikan injeksi Vit K dan salap mata

Evaluasi: Vit K 1 mg telah di suntikkan di sepertiga atas paha kiri secara IM yang sebelumnya di lakukan aspirasi dulu untuk memastikan tidak ada darah serta salap mata chloramphenicol telah di berikan.

3. Melakukan perawatan tali pusat dengan kassa steril

Evaluasi: Tali pusat sudah dikeringkan dengan baik dan tidak di berikan apapun.

4. Menganjurkan ibu untuk tetap menjaga kehangatan bayi dengan memakaikantopi bayi dan menganjurkan ibu untuk mendekap bayinya. **Evaluasi :** Bayi dalam keadaan hangat.

5. Menganjurkan ibu untuk menyusui bayinya sesering mungkin minimal 2 jam sekali dan Mengajarkan kepada ibu teknik menyusui yang baik dan benar padaibu dengan badan bayi menempel pada payudara ibu dengan kepala bayi menengadah, usahakan seluruh areola dalam mulut bayi, dagu menempel padapayudara ibu

Evaluasi : Bayi sedang menyusui, posisi menyusui benar, dan bayi terlihat tenang.

6. Memberitahu ibu jika ada tanda-tanda bahaya pada bayinya seperti :Kejang, demam, tidak mau menyusu, bayi merintih, mata berranah, kulit dan mata pada bayi kuning untuk segera memberitahu.

Evaluasi : Ibu mengerti.

KUNJUNGAN II

Tanggal : 05 Februari 2026

Pukul : 09.00 WIB

A. DATA SUBJEKTIF

Ibu mengatakan Tali pusat bayi sudah lepas pada hari ke 6, menyusu kuat, BAB berwarna kuning dan lunak dan BAK normal

B. DATA OBJEKTIF

Keadaan Umum : Baik

Tonus Otot : Aktif

Berat Badan : 3000 gram

Suhu : 36,7°C

Nadi : 130x/menit

Nafas : 44x / menit

Pemeriksaan Fisik

Mata : Sklera putih, tidak ada tanda-tanda infeksi

Telinga : Tidak ada pengeluaran cairan berlebih.

Hidung : Tidak ada pernafasan cuping hidung

Mulut : Tidak pucat, tidak ada kelainan, tidak ada oral trush

Dada : Tidak ada tarikan dinding dada

Abdomen : Tidak ada tanda-tanda infeksi pada pusat.

Genetalia : Testis sudah turun ke dalam skrotum

Kulit : Kemerahan

C. ASSESMENT

Neonatus Aterm usia 6 hari fisiologis.

Masalah : Tidak Ada

Kebutuhan

1. Informasikan hasil pemeriksaan
2. Pendidikan kesehatan tentang perawatan tali pusat yg sudah lepas
3. Pendidikan kesehatan tentang imunisasi bayi

D. PENATALAKSANAAN

1. Memberitahu ibu dan keluarga tentang keadaan umum bayinya bahwa bayi dalam keadaan sehat.

Evaluasi : ibu dan keluarga merasa senang.

2. Menjaga kehangatan bayi dengan memakaikan baju bersih dan kering serta memakaikan topi bayi.

Evaluasi : Bayi telah hangat.

3. Menganjurkan ibu susui bayi sesering mungkin atau minimal 2 jam sekali dan berikan ASI saja selama 6 bulan tanpa makan atau minuman yang lain hanya ASI saja .

Evaluasi : Ibu mengerti dan bersedia untuk menerapkannya.

4. Memberitahu ibu jika ada tanda-tanda bahaya pada bayinya seperti: Kejang, demam, tidak mau menyusu, bayi merintih, mata berranah, kulit dan mata pada bayi kuning untuk segera memberitahu

Evaluasi : Ibu mengerti.

5. Memberitahu ibu dan suami untuk hadir posyandu sekalian mendapat imunisasi BCG dan polio1 agar bayi bisa terlindungi dari penyakit TBC dan poliomielitis/lumpuh layu.

Evaluasi: Ibu dan suami mengerti dan berjanji akan ke posyandu

D. SOAP ASUHAN KEBIDANAN PADA NIFAS

KUNJUNGAN I

Hari/Tanggal : 30 Januari 2026

Pukul : 09.30 WIB

A. SUBJEKTIF

Ibu mengatakan telah selesai melahirkan. Ibu mengatakan lega karena bayi dan plasentanya telah lahir dan Ibu mengatakan perutnya masih mulas

B. OBJEKTIF

1. Pemeriksaan Umum

Keadaan umum : Baik

Kesadaran : Composmentis

Tanda-tanda Vital

a. Tekanan darah : 110/75 mmHg

b. Nadi : 80 x/menit

c. Respirasi : 20 x/menit

d. Suhu : 36 0C

TFU : 2 jari dibawah pusat

Kontraksi uterus : Normal

Perdarahan : 50 cc

ASI : + sudah keluar sedikit

Ektremitas : Tanda Homan (-)

Genetalia : tidak terdapat luka perineum, inspeksi terdpat lochea rubra

BAK / BAB: +/- Ibu sudah BAK, namun belum BAB

Aktifitas : Ibu hanya berbaring, duduk, dan berjalan ke toilet untuk buang air

C. ASSESMENT

Diagnosa : ibu Post Partum 6 jam normal

Masalah : Tidak Ada

Kebutuhan

1. Informasi hasil pemeriksaan
2. Pemenuhan kebutuhan nutrisi dan cairan ibu
3. Eliminasi
4. Mobilisasi dini
5. Penkes tentang :
 - a. Tanda bahaya masa nifas
 - b. ASI eksklusif
 - c. Perawatan payudara

D. PELAKSANAAN

1. Menjelaskan hasil pemeriksaan pada ibu bahwa keadaan ibu dalam keadaannormal

Evaluasi: Ibu telah mengetahui hasil pemeriksaan dan Ibu mengerti dengan penjelasan yang diberikan serta merasa senang dan lega.

2. Memberitahu ibu bahwa mules yang ibu rasakan adalah normal di karenakan kontraksi uterus kembali ke ukuran semula dan akan hilang pada hari ke2 -4.

Evaluasi: Ibu sudah mengerti tentang keluhan yang dirasakan.

3. Menganjurkan ibu untuk melakukan masase uterus untuk mencegah terjadinya atonia uteri dengan cara menggosok fundus uteri secara sirkuler menggunakan telapak tangan hingga kontraksi uterus baik (fundus teraba keras)

Evaluasi: Ibu sudah melakukan masase fundus.

4. Memberikan KIE yaitu :

- a. Memberitahu kepada ibu dan keluarga untuk sering melakukan massase agar rahim ibu keras seperti semula ini tujuannya untuk mencegah terjadinya perdarahan yang disebabkan oleh atonia uteri.

Evaluasi: Ibu sudah mengerti.

b. Memberitahu kie tentang nutrisi. Menganjurkan ibu untuk mengkonsumsi makanan yang seimbang yang mengandung karbohidrat (nasi, kentang, roti), protein (telur, ikan, daging, kacang-kacangan), buah dan sayuran seperti daun katuk, wortel, dan bayam untuk memperbanyak ASI serta minum air secukupnya minimal 8 gelas/hari.

Evaluasi: Ibu sudah mengerti tentang nutrisi yang ia perlukan.

c. Mengajarkan ibu teknik relaksasi dengan cara menarik nafas dalam melalui hidung, kemudian menghembuskan secara perlahan melalui mulut.

Evaluasi: Ibu sudah mengerti

5. Membantu ibu dalam melakukan ambulasi bertahap yaitu menggerak

Evaluasi: gerakan kedua kaki ibu.

Evaluasi : Ibu mampu melakukan ambulasi bertahap.

6. Melakukan pemberian obat oral yaitu Amoxicillin 3x1, Paracetamol 3x1, vitamin A 1x1, SF 60 mg 3x1.

Evaluasi: Ibu bersedia mengkonsumsi obat yang telah diberikan

7. Melakukan pendokumentasian.

Evaluasi: Dokumentasi telah dilakukan.

KUNJUNGAN II

Pada tanggal : 05 Februari 2026

Pukul : 09.00 WIB

A. DATA SUBJEKTIF

Ibu mengatakan ASI ibu juga sudah banyak.

B. DATA OBJEKTIF

1. Pemeriksaan Umum

Keadaan umum : composmentis

Tanda - Tanda Vital

TD : 110/70 mmHg N : 80 x/menit

S : 37,2 °C P : 20 x/menit

2. Pemeriksaan Fisik

Wajah : Inspeksi, tidak tampak adanya oedema

Mata : Inspeksi, konjungtiva tampak kemerahan

Dada : Inspeksi, puting susu menonjol. Tidak teraba bengkak, keras dan panas. ASI ibu ada.

Abdomen : Inspeksi, tidak ada bekas luka.

Palpasi : Diastasi recti normal

TFU : Pertengahan pusat - Sympisis

Ekstremitas : tidak ada oedem, tanda homan (-)

Genitalia : inspeksi, terdapat darah berwarna merah kecoklatan

C. ASSESMENT

Diagnosa : Ibu post partum hari ke 6 normal

Masalah : Tidak Ada

Kebutuhan

- a. Informasikan hasil pemeriksaan
- b. Berikan pendidikan kesehatan tentang nutrisi ibu menyusui
- c. Mengingatkan kembali pendidikan kesehatan tentang KB

D. PENATALAKSANAAN

1. Menjelaskan pada ibu tentang kondisinya berdasarkan pemeriksaan yang dilakukan bahwa keadaan ibu sehat yaitu : TD : 110/70 mmHg, N: 80 x / menit, S : 37,2 °C, P : 20 x/menit

Evaluasi : Ibu sudah mengetahui hasil pemeriksaan.

2. Mengajarkan perawatan payudara pada ibu, untuk menjaga agar payudara bersih dan memperlancar ASI, dan meminta ibu untuk melakukan perawatan payudara dua kali sehari pagi dan sore

Evaluasi : Ibu dapat melakukan perawatan payudara dan ibumau melakukan perawatan payudara dua kali sehari pagi dan sore.

3. Memberikan edukasi tentang posisi menyusui yang benar seperti : Setengah duduk, Berbaring miring, Berbaring terlentang, Duduk bersandar dikursi dan teknik menyusui
 - a. Usahakan pada saat ibu menyusui dalam keadaan tenang. Hindari menyusui pada saat keadaan haus dan lapar oleh karena itu dianjurkan untuk minum segelas air/ secukupnya sebelum menyusui.
 - b. Memasukkan areola mammae kedalam mulut bayi.

Ibu dapat menyusui dengan cara duduk atau berbaring dengan santai dan dapat menggunakan sandaran pada punggung. Sebelum menyusui usahakan tangan dan payudara dalam keadaan bersih.
 - d. Payudara dipegang dengan ibu jari diatas, jari lain menopang dibawah (bentuk C) atau dengan menjepit payudara dari jari tengah (bentuk gunting) dibelakang areola.
 - e. Berikan ASI pada bayi secara teratur dengan selang waktu 2-3 jam atau tanpa jadwal selam 15 menit. Setelah salah satu payudara mulai terasa kosong, sebaiknya ganti menyusui pada payudara yang satunya.
 - f. Setelah selesai menyusui oleskan ASI ke payudara, biarkan kering sebelum memakai bra, langkah ini berguna untuk mencegah lecet pada puting.
 - g. Sendawakan bayi tiap kali habis menyusui untuk mengeluarkan udara

darilambung bayi supaya bayi tidak kembung dan muntah.

Evaluasi : Ibu sudah dapat menyusui dengan posisi ternyaman ibu yaitu dengan posisi setengah duduk.

4. Melakukan diskusi menu dengan ibu dan keluarga meliputi : memenuhi nutrisi dan gizi ibu, makan-makanan yang bergizi, dalamsatu kali makan terdiri dari nasi, sayur daun bayam, daun katuk atau sayuran yang lain, ikan goreng, tempeatau tahu, dan satu buah pisang atau buah yang lain seperti apel, serta ibu minum air putih minimal 10 gelas agar tubuh dapat terhidrasi, dan tercukupi ASI yang keluar

Evaluasi : Ibu mau memenuhi kebutuhan nutrisi, dan gizi, ibu minum minimal 10 gelas air putih sehari,makan nasi, sayur- mayur, lauk-pauk, dan buah

5. Melakukan kesepakatan kunjungan ulang yaitu tanggal 07 Oktober 2024

Evaluasi : Ibu menyepakati untuk dilakukan kunjungan ulang.

BAB IV

PEMBAHASAN

Pembahasan bertujuan untuk merumuskan kesenjangan antara teori dan kasus nyata pada asuhan kebidanan secara Continuity of Care Ny “F” G2P1A0H1 UK 37-38 minggu selama masa kehamilan TM III, ibu bersalin, ibu nifas dan BBL yang dilakukan mulai tanggal 21 Januari 2026 sampai dengan tanggal 05 Februari 2026 di PMB “Y”, Kabupaten Solok dengan menggunakan standar Asuhan Kebidanan yang terdiri dari pengkajian, merumuskan diagnosa kebidanan, melaksanakan asuhan kebidanan, dan melakukan evaluasi serta pendokumentasian asuhan kebidanan dengan metode SOAP.

Pada bab ini penulis akan menyajikan pembahasan kesenjangan antara teori dengan manajemen asuhan komprehensif selama kehamilan, persalinan, nifas dan bayi baru lahir di PMB “Y” yang diterapkan pada Ny. “F” usia 26 tahun, G2P1A0H1 yang dimulai pada tanggal 21 Januari 2026 hingga 05 Februari 2026 saat pasien memasuki usia kehamilan 37-38 minggu sampai 6 hari post partum.

1. Kehamilan

Selama kehamilan ibu hamil wajib sedikitnya melakukan kunjungan 6 kali atau lebih dengan tenaga kesehatan yang mempunyai kompetensi, untuk mendapatkan

pelayanan terpadu dan komprehensif sesuai standar yaitu 1x trimester (TM) I usia kehamilan 0-13 minggu, 2x (TM) II usia kehamilan 13-28 minggu dan 3x (TM) III usia kehamilan di atas 28 minggu. Berdasarkan teori tersebut, klien sudah melakukan kunjungan sebanyak 13 kali yaitu 4 kali pada trimester I, 3 kali pada trimester II, dan 6 kali pada trimester III. Sesuai peraturan Menteri Kesehatan No.97 Tahun 2014, pemeriksaan kehamilan harus mengikuti standar 10 T yaitu timbang berat badan (BB) dan tinggi badan, pemeriksaan tekanan darah, LILA, pemeriksaan TFU, DJJ, skrining imunisasi TT, pemberian tablet Fe, tes laboratorium, tatalaksana kasus dan temuwicara. Standar asuhan yang diberikan pada Ny. "F" oleh penulis mengikuti pelaksanaan pemeriksaan ibu hamil di PMB "Y", dan standar yang ada telah diterapkan oleh penulis maupun pelayanan di PMB "Y", sesuai dengan peraturan Menteri Kesehatan No.97 Tahun 2014.

Ny "F" pada akhir kehamilan mengalami keluhan sering BAK pada malam hari, menurut (Walyani, 2015) pada akhir kehamilan kandung kemih tertekan oleh pembesaran uterus serta penurunan kepala sehingga meningkatkan peningkatan frekuensi buang air kecil. Untuk mengurangi frekuensi buang air kecil pada malam hari, ibu di anjurkan untuk mengurangi minum pada malam hari dan mengganti dengan buah yang mengandung air seperti jeruk, pear, semangka dan lain lain. Asuhan yang di berikan sudah sesuai dengan teori sehingga tidak ada kesenjangan.

Pertambahan berat badan ibu hamil menggambarkan status gizi selama hamil, oleh karena itu perlu di pantau setiap bulan. Jika terdapat kelambatan dalam penambahan berat badan ibu, ini dapat mengindikasikan adanya malnutrisi sehingga dapat menyebabkan gangguan pertumbuhan janin intra uteri. Penambahan berat badan ibu hamil yaitu 5 kg–18 kg.

Kenaikan berat badan yang ibu alami sesuai dengan teori WHO (2007). Pada

kunjungan dijumpai BB Ny.”F” yaitu 65 kg dan BB Ny.”F” sebelum hamil 53 kg. Sehingga pertambahan BB Ny.”F” dari mulai awal sampai akhir kehamilan mengalami kenaikan sebanyak 12 kg dan dalam batas yang normal sesuai dengan rekomendasi kenaikan berat badan yang dibutuhkan. Berat badan Ny.”F” selama kehamilan mengalami kenaikan hingga 12 kg, Index Massa Tubuh Ibu sebelum hamil yaitu 22 dan termasuk normal Weight. Menurut WHO (2017) IMT sebelum hamil menunjukkan normal weight maka pertambahan berat badan selama hamil yaitu 11,5 kg. Kenaikan berat badan yang ibu alami sesuai dengan teori WHO (2017).

Menurut Romauli (2011) tekanan darah dalam batas normal yaitu 100/70 - 120/80 mmHg, tekanan darah dikatakan tinggi bila lebih dari 140/90 mmHg. Hal ini sesuai teori Romauli (2011) ibu hamil yang memiliki tekanan darah dibawah 140/90 mmHg dan tidak disertai dengan protein urin merupakan keadaan ibu hamil yang normal. Selama kehamilan tekanan darah Ny.”F” berkisar antara 120/65 mmHg sehingga tekanan darah ibu dalam kondisi normal, tidak ada kesenjangan antara teori dan hasil pemeriksaan. Penentuan status gizi pada ibu hamil menurut Kemenkes, RI (2015) adalah normal jika LiLA $\geq 23,5$ cm dan KEK jika LiLA $\leq 23,5$ cm. Didapatkan LILA Ny “F” 29 cm, tidak ada kesenjangan antara teori dan hasil pemeriksaan.

Menurut Manuaba (2007) pengukuran TFU usia kehamilan 38 minggu yaitu berkisar antara 34 cm. Didapatkan hasil pada Ny.”F” kunjungan pada usia kehamilan 38-39 minggu TFU yaitu 34 cm. Tidak ada kesenjangan antara teori dan hasil pemeriksaan. Pada Ny.”F” pemeriksaan DJJ yaitu 140 kali/menit. Menurut Kemenkes (2016) sesuai dengan teori nilai normal denyut jantung janin antara 120-160 x/m. Hal ini sesuai dengan teori Kemenkes (2016) dan tidak terjadi kesenjangan.

Ibu hamil minimal memiliki status imunisasi TT agar mendapatkan perlindungan terhadap infeksi tetanus. Pada Ny.”F” baru mendapatkan imunisasi TT

sebanyak 2 kali TT1 : Pada saat catin, TT2 : pada kehamilan anak pertama, sehingga Ny“F” perlu mendapatkan imunisasi TT 3 kali lagi, dengan jarak 1 tahun sesudah imunisasi pada saat catin dan tidak ada kesenjangan yang terjadi.

Pemeriksaan laboratorium yang dilakukan yaitu pemeriksaan kadar hemoglobin darah (Hb) dilakukan minimal sekali pada trimester pertama dan sekali pada trimester ketiga, normal Hb ibu hamil $>11,5$ gr/dL. Pemeriksaan protein urine: Pemeriksaan ini berguna untuk mengetahui adanya proteinuria pada ibu hamil, yang merupakan satu indikator terjadinya pre-eklampsia pada ibu hamil. Normal protein urin negatif (-) ibu hamil yaitu urin ibu tetap jernih dan tidak berubah warna ataupun kekeruhan. Pemeriksaan glukosa urin, tujuannya untuk mengetahui apakah ibu hamil menderita diabetes gestasional. Normal Glukosa urin negatif (-) ibu hamil yaitu warna tetap biru atau sedikit kehijauan, dari hasil pemeriksaan Hb Ny.”F” pada kunjungan ulang $12,5$ g/dL, hasil pemeriksaan protein urin Ny.”F” negative (-) dan hasil pemeriksaan glukosa urin Ny.”F” negative (-) sehingga tidak terdapat kesenjangan.

Kunjungan pertama usia kehamilan 37-38 minggu, Ny “F” mengatakan sering BAK pada malam hari. Pendidikan kesehatan yang diberikan pada Ny “F” yaitu cara mengatasi keluhan sering BAK pada malam hari, anjuran makan makanan yang sehat, ajarkan senam hamil, persiapan persalinan, tanda persalinan, serta tanda bahaya kehamilan. Pada kunjungan ke II usia kehamilan ibu 38-39 minggu keadaan ibu dan janin baik Ny “F” mengatakan tidak ada keluhan. Pada kunjungan ke II ini diingatkan kembali tentang konseling persiapan persalinan dan tanda-tanda persalinan. Konseling di berikan supaya Ny “F” mempunyai persiapan untuk menghadapi proses persalinan, menyiapkan fisik dan mental ibu. Asuhan yang diberikan pada Ny “F” akan dilakukan secara berkesinambungan sampai menjadi akseptor KB. Asuhan kebidanan yang diberikan kepada Ny.”F” sudah sesuai dengan teori dan kesenjangan yang ada dapat

teratasi dengan baik.

2. Persalinan

Terdapat tanda-tanda persalinan yang menandakan seorang ibu sudah memasuki masa persalinan. Tanda-tanda tersebut yaitu kekuatan his makin sering terjadi dan teratur dengan jarak kontraksi yang semakin pendek, dapat terjadipengeluaran pembawa tanda (pengeluaran lendir bercampur darah, dapat disertai ketuban pecah dan pada pemeriksaan dalam, dijumpai perubahan serviks (perlunakan serviks, pendataran serviks dan terjadi pembukaan serviks). Tahapandari persalinan terdiri atas kala I (kala pembukaan), kala II (kala pengeluaran janin), kala III (pelepasan plasenta) dan kala IV (kala pengawasan atau observasi/ pemulihan). Kala I (kala pembukaan) dimulai dari saat persalinan mulai (pembukaan 0) sampai pembukaan lengkap (10 cm). Proses ini terjadi pada primigravida ataupun multigravida. Pada primigravida, kala I berlangsung ± 12 jam, sedangkan pada multigravida ± 8 jam. Berdasarkan teori tersebut Ny.”F” telah memasuki masa persalinan pada kala I tanggal 30 Januari 2026 pukul 01.00 WIB dilakukan pemeriksaan pasien mengatakan sakit pinggang menjalar ke ari ari dan keluar lender bercampur darah dari kemaluannya dan ketubannya belum pecah, his 3 x 10 menit lamanya 40 detik, tekanan darah 122/70 mmHg dan denyut jantung janin 144 kali/menit.

Pemeriksaan dalam didapatkan pembukaan 6 cm, portio teraba lunak, ketuban utuh dan berada dalam kala I fase aktif, menurut (Febrianti & Aslina, 2021) fase aktif berlangsung selama 6 jam, tapi pada Ny “F” pembukaannya berlangsung selama 2 jam, dengan presentasi belakang kepala dan penurunan hodge IV. dimana terjadinya proses pembukaan tidak sesuai dengan teori. Ini bisa terjadi karena Ny “F” melakukan asuhan yang di jelaskan ketika hamil, seperti : senam hamil.

Asuhan yang diberikan pada Ny “F” dalam menghadapi kala I yaitu dengan memberikan asupan nutrisi, membantu mengurangi rasa sakit dengan melakukan pijatan endorphen oleh suami pasien pada lengan kemudian hingga bagian pinggang Ny “F”. Pijatan dilakukan dengan pijatan lembut sampai Ny”F” merasakan rileks. Pada saat awal datang ibu mengatakan sakit pinggang menjalar ke ari ari, tampak wajah ibu meringis namun ibu masih bisa mendengarkan perintah, setelah dilakukan pemijatan didapatkan Ny “F” mengatakan nyeri berkurang, nyeri juga berkurang saat ibu mengambil nafas panjang saat kontraksitanpa harus dipijat ulang. Dari pengkajian yang telah dilakukan, menunjukkan bahwa endorphen massage efektif untuk menurunkan intensitas nyeri dengan pasien yang kooperatif. Hal ini sejalan dengan penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Azizah (2015), menunjukkan bahwa endorphen massage efektif untuk mengurangi nyeri pada kala I persalinan. selama kala I Ny “F”. Asuhan sayang ibu diberikan sesuai kebutuhan seperti memberi posisi yang nyaman, memberikan nutrisi dan cairan sehingga ibu dapat meneran dengan baik.

Memasuki kala II (kala pengeluaran janin) Ny.”F” mengatakan sakit semakin kuat terdapat dorongan untuk meneran yang semakin kuat, merasakan tekanan yang kuat pada anus dan rasa ingin BAB dan keluar air dari jalan lahirnya. Hal ini sesuai dengan teori gejala utama kala II adalah his semakin kuat, dengan interval 1 sampai 3 menit, dengan durasi 50 sampai 100 detik.

Mekonium merupakan kotoran atau feses pertama bayi, berwarna hijau, kental dan lengket yang seharusnya dikeluarkan bayi di beberapa hari pertama kehidupannya. Hal ini disebabkan usia kehamilan ibu yang telah melewati usia 9 bulan, yang dapat menyebabkan terjadinya asfiksia neonatorum dan penanganannya lakukan penilaian awal bayi lahir : apakah kehamilan cukup bulan?, apakah bayi mengangis atau bernafas/tidak megap- megap? dan apakah tonus otot bayi baik/bayi

bergerak aktif?. Jika air ketuban bercampur mekonium nilai napas bayi, jika bayi menangis atau bernapas normal, segera lakukan asuhan bayi baru lahir. Sesuai dengan teori usia kehamilan Ny.”F” 39-40 minggu dan saat bayi lahir bayimenangis kuat, bernafas normal/tidak megap megap dan tonus otot bayi baik/bayi bergerak aktif, sehingga segera lakukan asuhan bayi baru lahir. Bayi lahir pada tanggal 30 Januari 2026 pukul 03.30 WIB. Lama kala II berlangsung selama 30 menit ini sesuai dengan teori untuk multigravida lama kala II berlangsung $\frac{1}{2}$ -1 jam. Setelah bayi lahir dilakukan penilaian sepintas, mengeringkan tubuh bayi dan meletakkan bayi di dada ibu untuk dilakukan IMD. Kala III (pelepasan plasenta) Kala III dimulai segera setelah bayi lahir sampai lahirnya plasenta, sesuai teori tanda gejala pelepasan plasenta yaitu adanya semburan darah tiba-tiba, uterus berkontraksi dan tali pusat bertambah panjang. Berlangsung tidak lebih dari 30 menit atau sekitar 5- 10 menit. Sesuai dengan teori pada kala III Ny.”F” berlangsung selama 10 menit. Kala IV (kala pengawasan/ observasi/ pemulihan) merupakan kala pengawasan yang dilakukan dari lahirnya plasenta sampai 2 jam pertama post partum.

Hal-hal yang perlu diperlu dipantau selama dua jam pertama pasca persalinan yaitu pantau tekanan darah, nadi, tinggi fundus, kandung kemih dan perdarahan setiap 15 menit dalam satu jam pertama dan setiap 30 menit dalam satu jam kedua pada kala IV. Pemijatan uterus untuk memastikan uterus menjadi keras, setiap 15 menit dalam satu jam pertama dan setiap 30 menit dalam jam kedua kala IV. Pantau suhu tubuh ibu satu kali dalam satu jam pertama dan satu kali pada jam kedua pasca persalinan. Nilai perdarahan, periksa perineum dan vagina setiap 15 menit dalam satu jam pertama dan setiap 30 menit dalam jam kedua. Ajarkan ibu dan keluarganya bagaimana menilai tonus dan perdarahan uterus.

Pada kala IV, keadaan umum dan tanda-tanda vital dalam kondisi

normal, kontraksi uterus baik, tinggi fundus uteri dalam batas normal, yaitu 2 jari di bawah pusat dan tidak terdapat robekan. Berdasarkan APN Pada kala IV bayi jugadiberikan salep mata dan suntikan vitamin neo K 1Mg/0,5 cc secara IM dan 1 jam setelah pemberian salep mata dan suntik vitamin K bayi diberikan imunisasi hepatitis B (Hb0). Secara keseluruhan asuhan persalinan yang diberikan kepada Ny.”F” sudah sesuai dengan teori tetapi ada kesenjangan yang terjadi pada proses pembukaan untuk Multigraviida Ny.”F” tidak sesuai dengan teori dimana berlangsungnya pembukaan lengkap dalam waktu 2 jam sedangkan pada teori proses pembukaan kala I fase aktif berlangsung selama 6 jam. .

3. Masa Nifas

Masa nifas Ny.”F” berjalan normal. Menurut Kemenkes RI (2020), bahwa frekuensi kunjungan nifas sebanyak 4 kali kunjungan yaitu pada 6-8 jam setelah persalinan, dalam 6 hari postpartum, 2 minggu dan 6 minggu porspartum Penulis melakukan kunjungan nifas sebanyak 2 kali ini dikarenakan waktu penulis untuk melakukan asuhan tidak mencukupi, jadi penulis hanya bisa melakukan kunjungan 6 jam sampai 6 hari post partum. Hal tersebut menunjukkan adanya kesenjangan antara teori dan pelaksanaan.

Pada saat Post partum 6 jam dilakukan pemeriksaan fisik, hasilnya keadaan ibu baik, TTV normal, kontraksi baik, TFU 2 jari di bawah pusat, lochea rubra, perdarahan 2 kali ganti doek, ibu sudah berkemih, bisa miring ke kanan dan kiri dan sudah bisa duduk. Ambulasi dini pada ibu post partum harus dilakukan secepat mungkin, ibu post partum sudah diperbolehkan bangun dari tempat tidur setelah 2 jam, ibu sudah diperbolehkan pergi ke kamar mandi dengan dibantu setelah 2 jam melahirkan. (Saleha, 2013) Menurut Saleha (2013), segera setelah plasenta lahir, uterus berada kurang lebih pertengahan antara umbilikus dan simfisis atau sedikit

lebih tinggi dan pengeluaran lochea hari ke 2-3 postpartum yaitu lochea rubra. Pada 6 jam masa nifas, ibu memberikan kolostrum dikarenakan ia mendengar informasi dari bidan bahwa kolostrum adalah ASI pertama yang bermanfaat bagi kekebalan tubuh bayi sehingga bayi tidak mudah terserang penyakit dan mengandung sel darah putih 311 dan antibodi yang paling tinggi dari pada ASI sebenarnya, khususnya kandungan imunoglobulin A (Ig A) yang membantu melapisi usus bayi yang masih rentan dan mencegah kuman masuk ke tubuh bayi (Saleha, 2013).

Sari dan Rimandini (2014) menyatakan bahwa hal yang perlu dipantau pada kunjungan masa nifas 6-8 jam postpartum adalah memastikan bahwa tidak terjadi perdarahan, pemberian ASI awal dan tetap menjaga bayi agar tidak hipotermi. Asuhan yang diberikan pada ibu adalah memberikan konseling mengenai kebutuhan istirahat karena ibu post partum yang kebutuhan istirahatnya tidak terpenuhi dapat mempengaruhi jumlah produksi ASI, memperlambat proses involusi serta dapat menyebabkan depresi dan ketidaknyamanan untuk merawat bayi dan dirinya (Walyani, 2015). Selain itu konseling tentang istirahat, konseling perawatan bayi seperti mengganti popok, mengajarkan cara menyusui yang benar, dan pemberian tablet Fe sebanyak 10 butir.

Pada kunjungan 6 hari masa nifas, keadaan umum ibu baik, TTV dalam batas normal, cairan yang keluar dari kemaluan berwarna merah kecoklatan (lochea sanguinolenta), ASI lancar dan pola nutrisi ibu baik. Hal ini sesuai dengan pendapat Nugroho (2014), yang menyatakan bahwa pada hari ke 3-7 setelah persalinan terdapat pengeluaran lochea sanguinolenta. Ibu masih mengonsumsi tablet Fe, tidak ada masalah saat BAK dan BAB, bayi menyusui dengan baik. Menurut Rukiah (2012), ibu dalam masa nifas harus mengonsumsi pil zat besi setidaknya 40 hari pasca bersalin dan vitamin A (200.000 unit) agar bisa memberikan Vitamin A kepada

bayinya melalui ASInya Berdasarkan penjelasan diatas asuhan masa nifas pada Ny. “F” telah memenuhi standar asuhan nifas 6 hari, dimana asuhan yang wajib di lakukan pada nifas 6 hari adalah memastikan involusi uterus berjalan dengan baik, tidak ada perdarahan abnormal dan tidak adapengeluaran yang berbau, menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi, memastikan ibu mendapatkan cukup makanan cairan dan istirahat, memastikan ibumenyusui dengan baik dan tidak ada tanda-tanda penyulit, memberikan konselingpada ibu tentang asuhan pada bayi, tali pusat dan perawatan bayi sehari-hari (Sari, 2014).

4. Bayi Baru Lahir

Pelaksanaan kunjungan bayi baru lahir pada bayi Ny.”F” dilakukan sebanyak 2 kali kunjungan, yaitu kunjungan pada 1 jam dan kunjungan 6 hari. Menurut Kemenkes RI (2020) kunjungan ulang minimal pada bayi baru lahir adalahpada usia 6-48 jam, pada usia 3-7 hari dan pada 8- 28 hari. Ditinjau berdasarkan pelaksanaan dilapangan, kunjungan bayi baru lahir yang didapatkan bayi Ny.”F” belum mencapai kunjungan minimal. Hal ini di karenakan waktu penulis untuk melakukan kunjungan selanjutnya tidak mencukupi. Hal ini menunjukkan adanya kesenjangan teori dan praktik. Pukul 03.30 WIB bayi Ny.”F” lahir spontan, menangis kuat, warna kulit kemerahan, berat badan 3.000 gr dan panjang badan 49 cm, bayi lahir cukup bulan sesuai masa kehamilan. Menurut Saputra (2014) Bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir dengan usia kehamilan 37 minggu sampai 42 minggu dan berat lahir 2.500 gram sampai 4.000 gram. Hal tersebut menunjukkan tidak adanya kesenjangan teori dan praktik di lapangan Setelah kelahiran telah dilakukan IMD pada bayi Ny.”F” selama 1 jam, pencegahan hipotermi dan perawatan tali pusat. Bayi mendapatkan Vit K dan salep mata.

Menurut Kemenkes (2015) Segera setelah bayi lahir dan tali pusat diikat,

gunakan topi pada bayi di letakkan secara tengkurap di dada ibu kontak langsung antara dada bayi dan kulit dada ibu. Bayi akan merangkak mencari puting susu dan menyusui pada 1 jam pertama untuk mendapatkan colostrum. Colostrum adalah cairan kekuning-kuningan yang dihasilkan oleh kelenjar payudara pada hari pertamasampai ketiga atau ke empat yang banyak mengandung laktosa, lemak dan vitamin Suhu ruangan tidak boleh kurang dari 36 0C. Keluarga memberi dukungan dan membantu ibu selama proses IMD. Menurut Kemenkes (2015) Pemberian Vitamin K pada BBL untuk mencegah terjadinya perdarahan karena defisiensi. BBL yang lahir normal dan cukup bulan berikan Vit.K 1 mg secara IM di paha kanan lateral.

Asuhan yang diberikan pada 1 jam bayi baru lahir adalah menjaga kehangatan, membersihkan jalan nafas, mengeringkan dengan tetap menjaga kehangatan, menjepit dan memotong tali pusat, memberikan salep mata, menyuntikkan Vit Neo K 1 Mg/0,5cc serta melakukan IMD. 17 6 jam setelah bayi baru lahir sudah dimandikan dan telah diberikan imunisasi HB0 0,5 cc. Bayi Ny.”F” lahir cukup bulan masa gestasi 39-40 minggu, lahir spontan pukul 03.30 WIB tidak ditemukan adanya masalah, menangis spontan, kuat, tonus otot positif (+) warna kulit kemerahan jenis kelamin perempuan, anus (+) dan tidak ada cacat bawaan. Hal tersebut menunjukkan tidak ada kesenjangan teori dan praktik.

Pada saat melakukan kunjungan bayi baru lahir yang kedua, pada kunjungan 6 hari neonatus diperoleh hasil tali pusat bayi sudah putus, tali pusat sudah putus pada hari ke-5 tanggal 30 September 2024 dan tidak ada tanda- tanda infeksi, tidak ada ikterus, bayi menyusui kuat, gerak bayi aktif dan tidak ada tanda bahaya yang terlihat pada bayi. Asuhan yang diberikan pada kunjungan ini sesuai dengan teori kemenkes (2015) yaitu pencegahan infeksi, menilai bayi baru lahir, menjaga bayi tetap. Berdasarkan hasil pengkajian dari pemeriksaan Bayi Baru Lahir, hasil pemeriksaan

keseluruhan bayi Ny. “F” terdapat kesenjangan dari segi waktu dalam memberikan asuhan.

BAB VI

PENUTUP

A. Kesimpulan

Penulis mengambil kesimpulan dari studi kasus yang berjudul Asuhan Kebidanan Berkelanjutan pada Ny “F” di PMB “Y” sejak tanggal 21 Januari 2026 s/d 05 Februari 2026 yaitu:

1. Asuhan kebidanan berkelanjutan sejak masa kehamilan, intrapartu, BBL dan postnatal telah penulis lakukan dengan memperhatikan alur pikir 7 langkah varney dan pendokumentasian SOAP. Secara keseluruhan sesuai dengan teori tidak ada kesenjangan tetapi proses pembukaan Multigravida Ny.”F” tidak sesuai dengan teori dimana berlangsung 2 jam sedangkan teori mengatakan proses pembukaan untuk primigravida berlangsung 6 jam.
2. Asuhan kebidanan pada ibu hamil Ny “F” telah dilakukan pengkajian data subyektif, obyektif serta interpretasi data diperoleh diagnosa G2P1A0H1 UK 37-38 minggu, Janin Hidup, Tunggal, Letak Kepala, Intrauteri dengan gangguan

ketidaknyamanan trimester III. Penatalaksanaan telah dilakukan sesuai rencana dan tidak ditemukan kesenjangan antara teori dan asuhan yang di berikan.

3. Asuhan kebidanan pada ibu bersalin Ny “F” penulis mampu menegakkan diagnosa melalui hasil pengkajian dan melakukan pertolongan persalinan sesuai 60 langkah APN. Bayi lahir spontan pervaginam pada tanggal 25 September 2024 pukul 03.30 WIB.
4. Persalinan berjalan dengan normal tanpa ada penyulit dan komplikasi yang menyertai. Persalinan terjadi di fasilitas kesehatan yang memadai untuk mengantisipasi berbagai komplikasi yang mungkin timbul.
5. Pengkajian data subyektif dan obyektif pada Ny “F” postnatal telah dilakukan dan penulis mampu melakukan asuhan nifas dari tanggal 21 Januari 2026 s/d 05 Februari 2026 yaitu dari 2 jam postpartum sampai 6 hari post partum, selama pemantauan masa nifas ibu berlangsung dengan normal, tidak ditemukan tanda bahaya ataukomplikasi, keadaan ibu sehat.
6. Asuhan kebidanan pada bayi baru lahir Ny “F” telah dilakukan pengkajian dan diagnosa berhasil ditegakkan melalui hasil pengkajian dan pemeriksaan. Bayi telah diberikan salep mata, vitamin k1 1 mg dan diberikan imunisasi HB0 1 jam setelah pemberian vitamin K. Hal ini tidak ditemukan kesenjangan dengan teori.

B. Saran

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

1. Teoritis

Hasil studi ini dapat sebagai pertimbangan, masukan untuk menambahkan wawasan tentang penatalaksanaan asuhan kebidanan berkelanjutan (Antenatal Care, Intranatal Care, Postnatal Care dan Neonatus) sehingga dapat mengurangi

angka kematian ibu dan angka kematian bayi.

2. Bagi PMB “Y”

Agar memaksimalkan Standar Operating Procedure (SOP), meningkatkan program kerja dan sistem layanan kesehatan yang berbasis asuhan kebidanan komprehensif seperti melakukan kegiatan homecare dan penyuluhan yang secara aktif diberikan kepada klien supaya menyadari pentingnya melakukan pemeriksaan kesehatan terutama untuk memantau tumbuh kembang ibu sejak kehamilan sampai masa nifas nifas dan juga tumbuhkembang bayi.

3. Aplikatif

- a. Institusi Hasil studi kasus ini dapat dimanfaatkan untuk memberikan masukan penanganan asuhan kebidanan berkelanjutan sehingga dapat menambah pengetahuan tentang asuhan-asuhan yang dapat diberikan pada asuhan kebidanan secara berkelanjutan.
- b. Profesi Hasil studi ini dapat digunakan sebagai sumbangan teoritis maupun aplikatif bagi organisasi profesi bidan dalam upaya asuhan kebidanan secara berkelanjutan, sehingga dapat memberikan pelayanan kebidanan secara professional dan sesuai dengan kode etik kebidanan.
- c. Klien dan Masyarakat Diharapkan klien dan masyarakat lebih aktif dan tanggap terhadap semua informasi dan pelayanan kesehatan kehamilan, persalinan, nifas dan bayi baru lahir. Hal ini bertujuan untuk mendeteksi dini komplikasi yang mungkin saja terjadi, sebagai pencegah komplikasi lebih lanjut dan sebagai peningkatan taraf kesehatan klien dan masyarakat

DAFTAR PUSTAKA

- Armini, Ni Wayan., Ni Gusti Kompiang Srisarih., Gusti Ayu Marheani.
2017. *Asuhan Kebidanan Neonatus, Bayi, Balita dan Anak Prasekolah*. Yogyakarta:ANDI.
- Dinas Kesehatan Indonesia. 2018. Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2018. Dinas Kesehatan.
- Depkes RI. (2013). *Riset Kesehatan Dasar*. Jakarta: Badan Penelitian dan pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI.
- Dinkes Sumbar, (2016). *Angka Kematian Ibu. Padang* : EGC
- Jannah, Nurul. 2012. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Kehamilan*. Yogyakarta: ANDI. Johariyah. Ema Wahyu Ningrum. 2012. *Asuhan Kebidanan Persalinan dan Bayi Baru Lahir*. Jakarta. CV. Trans Info Media
- Kemenkes RI. 2014. Pedoman Gizi Seimbang, Direktorat Jenderal Bina Gizi dan KIA, Jakarta
- Marmi. Kukuh Rahardjo. 2014. *Asuhan Neonatus, Bayi, Balita Dan Anak Prasekolah*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar
- Mayunani, Anik. 2012. *Inisiasi Menyusu Dini, Asi Eksklusif dan Manajemen Laktasi* Jakarta:CV. Trans Info Media.
- Mutmainnah, Annisa UI., Hendri Johan., dkk. 2017. *Asuan Persalinan Normal dan Bayi Baru lahir*. Yogyakarta: ANDI.
- Nugroho, Taufan., Nurrezki dkk. 2014. *Askeb 1 Kehamilan*. Yogyakarta: Nuha Medika. Nugroho, Taufan., Nurrezki dkk. 2014. *Askeb 2 Persalinan*. Yogyakarta: Nuha Medika. Nurwiandani, Widy. 2018. *Dokumentasi Kebidanan*. Yogyakarta: Pustaka Baru Press Prawirohardjo, Sarwono. 2012. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta: PT. Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Romauli, Suryati. 2011. *Asuhan Kebidanan Konsep Dasar Asuhan Kehamilan*.Yogyakarta: Nuha Medika.
- Rukiyah, Yeyeh Ai. Lia Yulianta. 2013. *Asuhan Neonatus Bayi dan Anak Balita*.Jakarta. CV. Trans Info Media.
- Rukiyah, Ai yeyeh., Lia Yulianti. 2014. *Asuhan kebidanan*

- kehamilan*. Jakarta: CV. Trans Info Media.
- Sondakh, Jenny J.S. 2013. *Asuhan Kebidanan Persalinan dan Bayi Baru Lahir*. Malang: Erlangga.
- Susanto, Andina Vita., Yuni Fitria. 2018. *Asuhan pada Kehamilan*. Yogyakarta: Pustaka Baru Press
- Wahyuni, Sari. 2013. *Asuhan Neonatus, Bayi, dan Balita*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran ECG.
- Walyani, Elisabeth Siwi. Endang Purwoastuti. 2015. *Asuhan Kebidanan Masa Nifas dan Menyusui*. Yogyakarta: PustakaBaruPres.
- Walyani, Elisabeth Siwi. Endang Purwoastuti. 2015. *Asuhan Kebidanan pada Kehamilan*. Yogyakarta: PustakaBaruPres.
- Walyani, Elisabeth Siwi., Endang Purwoastuti. 2016. *Asuhan Kebidanan Persalinan dan bayi baru lahir*. Yogyakarta: PustakaBaruPress

DOKUMENTASI

Lampiran 1. Dokumentasi Continuity Of Care (COC)

1. Kehamilan (ANC)



2. Persalinan (INC)



3. Bayi Baru Lahir (BBL)



4. Nifas (PNC)



Lapiran 2. Lembar Patograf

PARTOGRAF

No. Registrasi

 Nama Ibu : _____ Umur : _____ G : _____ P : _____ A : _____

No. Puskesmas

 Tanggal : _____ Jam : _____

Ketuban pecah sejak jam : _____ Mules sejak jam : _____

Denyut Jantung Janin (/menit)	200															
	190															
	180															
	170															
	160															
	150															
	140															
	130															
	120															
	110															
	100															
	90															
	80															

Air ketuban

Penyusupan

Pembukaan servik (cm) beri tanda X

Turunya kepala beri tanda O

sentimeter (cm)	10																
	9																
	8																
	7																
	6																
	5																
	4																
	3																
	2																
	1																
	0																
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16

Waktu (jam)

Kontraksi tiap 10 menit

< 20

20-40

> 40

(detik)

5															
4															
3															
2															
1															

Oksitosin U/L tetes/menit

Obat dan Cairan IV

● Nadi

↑ Tekanan darah ↓

180															
170															
160															
150															
140															
130															
120															
110															
100															
90															
80															
70															
60															

Suhu °C

Urin { Protein Aseton Volume

Gambar 2-4 : Partograf (halaman depan)

CATATAN PERSALINAN								
1. Tanggal :								
2. Nama bidan :								
3. Tempat persalinan : ☐ Rumah Ibu ☐ Puskesmas ☐ Polindes ☐ Rumah Sakit ☐ Klinik Swasta ☐ Lainnya :								
4. Alamat tempat persalinan : RT 001/RW04 Kel. Tebet Timur Kecamatan Tebet, Jakarta								
5. Catatan : ☐ rujuk, kala : I / II / III / IV								
6. Alasan merujuk :								
7. Tempat rujukan :								
8. Pendamping pada saat merujuk : ☐ bidan ☐ teman ☐ suami ☐ dukun ☐ keluarga ☐ tidak ada								
9. Masalah dalam kehamilan/persalinan ini: ☐ Gawat darurat ☐ Pendarahan ☐ 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. Distosia 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 10 U IM? ☐ Ya, waktu: ...f... menit sesudah persalinan ☐ Tidak, alasan :								
Penjepitan tali pusat menit setelah bayi lahir								
22. Pemberian ulang Oksitosin (2x)? ☐ Ya, alasan :								
☐ Tidak								
23. Penegangan tali pusat terkendat? ☐ 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 anestesi ☐ Tidak djahit, alasan :								
29. Aloia uteri: ☐ Ya, tindakan :								
☐ Tidak								
30. Jumlah darah yang keluar/perdarahan :								
31. Masalah dan penatalaksanaan masalah :								
KALA IV								
32. Kondisi ibu : KU TD mmHg Nadi: x/mnt Napas: x/m								
33. Masalah dan penatalaksanaan masalah :								
BAYI BARU LAHIR								
34. Berat badan ... gram								
35. Panjang cm								
36. Jenis kelamin: L / P								
37. Penilaian bayi baru lahir: baik / ada penyulit								
38. Bayi lahir: ☐ Normal, tindakan: ☐ mengeringkan ☐ menghangatkan ☐ rangsang taktil ☐ pakaian/selimuti bayi dan tempatkan di sisi ibu ☐ tindakan pencegahan infeksi mata Asfiksia ringan / pucat/biru/lemas, tindakan: ☐ mengeringkan ☐ menghangatkan ☐ rangsang taktil ☐ lain-lain, sebutkan :								
☐ bebaskan jalan napas								
☐ pakaian/selimuti bayi dan tempatkan di sisi ibu								
☐ Cacat bawaan, sebutkan :								
☐ Hipotermi, tindakan: a. b. c.								
39. Pemberian ASI ☐ Ya, waktu: ...1/2... jam setelah bayi lahir ☐ Tidak, alasan :								
40. Masalah lain, sebutkan :								
Hasilnya :								
TABEL PEMANTAUAN KALA IV								
Jam Ke	Waktu	Tekanan Darah	Nadi	Suhu	Tinggi Fundus Uteri	Kontraksi Uterus	Kandung Kemih	Darah yg keluar
1								
2								

Gambar 2-5 : Halaman Belakang Partograf

	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 DAN KONSULTASI LAPORAN COC

Lampiran 3. Lembar Konsultasi

Nama : Renny Fransisca
 NIM : 241004615901062
 Program Studi : Profesi Bidan
 Pembimbing : Suci Rahmadheny, S.ST,Bd, M.Keb
 Judul : Asuhan Kebidanan Berkelanjutan (*CONTINUITY OF CARE*) Pada NY.
 “F” DI TPMB “Y” Kabupaten Solok Tahun 2026

HARI/TANGGAL	MATERI	PARAF PEMBIMBING
Senin/ 16 Februari 2025	Membahas tentang Cover, BAB I dan BAB II,BAB III	
Sabtu/ 21 Februari 2025	Membahas BAB III dan Lanjutan penulisan BAB III	
Sabtu/ 21 Februari 2025	Membahas Revisi dan persetujuan ujian COC	

Bukittinggi, Februari 2026
 Ka.Prodi Pendidikan Profesi Bidan



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

Lampiran 3. Teori & Referensi Pendidikan Kesehatan Asuhan Kebidanan Pendidikan Kesehatan pada ANC

1. Teori Penyebab Sering Buang Air Kecil

Frekuensi berkemih pada trimester ketiga sering dialami pada kehamilan trimester III setelah terjadi lightening. Efek lightening adalah bagian presentasi akan menurun masuk ke dalam panggul dan menimbulkan tekanan langsung pada kandung kemih, sehingga merangsang keinginan untuk berkemih. Terjadi perubahan pola berkemih dari diurnal menjadi nokturia karena edema dependen yang terakumulasi sepanjang hari diekskresi. Dan cara mengatasinya dengan menjelaskan mengapa hal tersebut bisa terjadi dan menyarankan untuk mengurangi asupan cairan menjelang tidur sehingga tidak mengganggu kenyamanan tidur malam (Sutanto, 2010).

2. Teori Penyebab Nyeri pada Pinggang Ibu Hamil TM III

Nyeri pinggang saat kehamilan trimester III merupakan ketidaknyamanan sering yang terjadi pada ibu hamil TM III, hal ini dikarenakan ukuran rahim yang semakin membesar dan kepala janin menekan saraf dipinggang sehingga menyebabkan ibu merasakan nyeri pada pinggang. Terkadang nyeri pada pinggang dikarenakan mekanisme tubuh yang kurang baik. Untuk mengatasinya ibu disarankan untuk jangan membungkuk saat mengambil barang, sebaiknya ibu turunkan badan dalam posisi jongkok, lalu kemudian mengambil barang yang dimaksud. Kemudian ibu disarankan untuk jangan berdiri terlalu lama dan gunakan bantal untuk penyangga saat duduk atau tidur. Atau ibu Istirahat, kompres dengan air hangat pada bagian yang sakit. (Sutanto, 2010).

3. Teori Tanda-tanda Bahaya Pada Kehamilan

a. Perdarahan

Perdarahan pada kehamilan trimester III pada umumnya disebabkan oleh plasenta previa. Perdarahan yang terjadi sangat terkait dengan luas plasenta dan kondisi segmen bawah rahim yang menjadi tempat implementasi plasenta tersebut. Pada plasenta yang tipis dan menutupi sebagian jalan lahir, maka umumnya terjadi perdarahan bercak berulang dan apabila segmen bawah rahim mulai terbentuk disertai penurunann bagian terbawah janin, maka perdarahan mulai meningkat hingga tingkatan yang dapat membahayakan keselamatan ibu (Prawirohardjo, 2014).

b. Nyeri hebat di daerah abdomen

Pada kehamilan trimester III nyeri hebat, menetap dan tidak hilang setelah beristirahat pada abdomen ibu dapat mengancam keselamatan jiwa ibu, biasanya terjadi dibagian bawah perut. Nyeri abdomen bagian bawah dapat bersifat nyeri yang berdenyut-denyut disekitar minggu ke 28 minggu bisa berarti akan mengalami persalinan yang lebih cepat (Jannah, 2012).

c. Berkurangnya pergerakan janin

Bayi harus bergerak paling sedikit 3 kali dalam periode 3 jam. Biasanya diukur dalam waktu 12 jam yaitu sebanyak 10 kali (Jannah, 2012).

d. Ketuban pecah dini

Ketuban dinyatakan pecah dini jika terjadi sebelum proses persalinan berlangsung. Pecahnya selaput ketuban dapat terjadi pada preterm sebelum kehamilan 37 minggu maupun kehamilan aterm (Sutanto, 2014).

5. Teori Tanda-Tanda Persalinan

a. Terjadinya His Persalinan

His persalinan mempunyai ciri khas pinggang terasa nyeri yang menjalar ke depan, sifatnya teratur, interval makin pendek, dan kekuatannya makin besar, mempunyai pengaruh terhadap perubahan serviks, makin beraktivitas (jalan) kekuatan makin

bertambah.

b. Pengeluaran lendir dan darah (pembawa tanda)

Dengan His persalinan terjadi perubahan pada serviks yang menimbulkan pendataran dan pembukaan. Pembukaan menyebabkan lendir yang terdapat pada kanalis servikalis lepas. Terjadi perdarahan karena kapiler pembuluh darah pecah.

c. Pengeluaran cairan

Pada beberapa kasus terjadi ketuban pecah yang menimbulkan pengeluaran cairan. Sebagian besar ketuban baru pecah menjelang pembukaan lengkap. Dengan pecahnya ketuban diharapkan persalinan berlangsung dalam waktu 24 jam. (Helen Varney, 2008).

Teori Pendidikan Kesehatan Asuhan Pada Persalinan

1. Teori Pijat Endorpin

Pijat endorpin merupakan sentuhan ringan untuk relaksasi dan pengurangan rasa sakit, oleh karena itu pijat endorpin ini bisa dilakukan pada ibubersalin yang mengalami nyeri berat, sedang melalui sentuhan pendamping persalinan sehingga menimbulkan perasaan tenang dan rileks pada akhirnya denyut jantung dan tekanandarah menjadi normal (Mander, dalam Nurun 2020).

Dari hasil penelitian Dewie dan Kaparang (2020), yang menyatakan bahwa pada saat dilakukan pijat endorpin saat dalam tahap persalinan, ibu akan merasa lebih nyaman dan rasa sakit yang tidak terlalu hebat, hal ini terjadi karena pijatan yang dilakukan akan merangsang tubuh mengeluarkan senyawa endorpin. Rasa nyeri serta rasa sakit, pengendalian stress, mengatur produksi hormon pertumbuhan, dan hormon seks serta meningkatkan sistem kekebalan tubuh. Rasa nyaman yang timbul dalam proses bersalin juga dapat dirasakan dengan adanya hormon endorpin.

2. Manfaat Tidur Miring Kiri Pada Proses Persalinan

Posisi miring ke kiri pada saat persalinan membuat ibu lebih nyaman dan efektif untuk meneran dan membantu perbaikan oksiput yang melintang pada bayi untuk berputar menjadi posisi oksiput anterior serta mengurangi risiko terjadinya laserasi dan memperlancarkan aliran darah melalui plasenta serta suplai oksigen kejanin (Sri Handayani, 2021).

Teori pendidikan kesehatan asuhan pada masa nifas

1. Pendidikan Kesehatan Teknik menyusui

Posisi menyusui yang benar seperti : Setengah duduk, Berbaring miring, Berbaring terlentang, Duduk bersandar dikursi dan tehnik menyusui

- a. Usahkan pada saat ibu menyusui dalam keadaan tenang. Hindari menyusuipada saat keadaan haus dan lapar oleh karena itu dianjurkan untuk minum segelas air/ secukupnya sebelum menyusui.
- b. Memasukkan areola mammae kedalam mulut bayi.Ibu dapat menyusui dengan cara duduk atau berbaring dengan santai dandapat menggunakan sandaran pada punggung. Sebelum menyusui usahakan tangan dan payudara dalam keadaan bersih.
- d. Payudara dipegang dengan ibu jari diatas, jari lain menopang dibawah (bentuk C) atau dengan menjepit payudara dari jari tengah (bentuk gunting) dibelakang areola.
- e. Berikan ASI pada bayi secara teratur dengan selang waktu 2-3 jam atau tanpa jadwal selama 15 menit. Setelah salah satu payudara mulai terasa kosong, sebaiknya ganti menyusui pada payudara yang satunya.
- f. Setelah selesai menyusui oleskan ASI ke payudara, biarkan kering sebelum

memakai bra, langkah ini berguna untuk mencegah lecet pada puting.

- g. Sendawakan bayi tiap kali habis menyusui untuk mengeluarkan udara dari lambung bayi supaya bayi tidak kembung dan muntah. (Yusari Asih, 2018).