

**ASUHAN KEBIDANAN BERKESINAMBUNGAN PADA NY“N”
DI PRAKTIK MANDIRI BIDAN SISMAIMULYANI, S.ST
KABUPATEN PESISIR SELATAN
TAHUN 2025**

Laporan Tugas Akhir

Untuk Memenuhi Salah Satu Syarat dalam Menyelesaikan Pendidikan pada
Program Studi Diploma III Kebidanan Padang Jurusan Kebidanan
Poltekkes Kemenkes Padang Tahun 2025



Disusun Oleh:

ERVANIS ROZA LINDA
NIM. 224110452

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEBIDANAN PADANG
JURUSAN KEBIDANAN POLTEKKES
KEMENKES PADANG
TAHUN 2025**

PERNYATAAN PERSETUJUAN PEMBIMBING

Laporan Tugas Akhir

ASUHAN KEBIDANAN BERKESINAMBUNGAN PADA NY "N"
DI PRAKTIK MANDIRI BIDAN SISMAIMULYANI,S.ST
KABUPATEN PESISIR SELATAN
TAHUN 2025

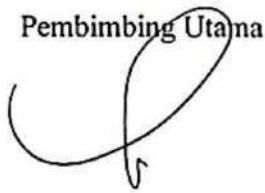
Disusun Oleh:

ERVANIS ROZA LINDA
NIM. 224110452

Telah disetujui dan diperiksa untuk dipertahankan dihadapan Tim Penguji
Laporan Tugas Akhir Program Studi Diploma III Kebidanan Padang
Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Padang pada
Tanggal Juni 2025

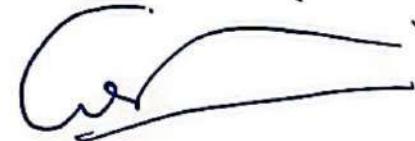
Menyetujui :

Pembimbing Utama



Dr. Yuliva, M.Kes
NIP.197307101993022001

Pembimbing Pendamping



Lisa Rahmawati, M.Keb
NIP. 198503162012122002

Ketua Program Studi Diploma III Kebidanan Padang
Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Padang



Dr. Eravianti, S.Si.T, MKM
NIP. 19671016 198912 2 001

PERNYATAAN PEGESAHAH PENGUJI

Laporan Tugas Akhir

ASUHAN KEBIDANAN BERKESINAMBUNGAN PADA NY. "N"
DI PRAKTIK MANDIRI BIDAN SISMAIMULYANI, S.ST
KABUPATEN PESISIR SELATAN
TAHUN 2025

Disusun Oleh:

ERVANIS ROZA LINDA
NIM. 224110452

Telah dipertahankan dihadapan Tim Penguji Laporan Tugas Akhir
Program Studi Diploma III Kebidanan Padang Jurusan Kebidanan
Poltekkes Kemenkes Padang

SUSUNAN DEWAN PENGUJI,

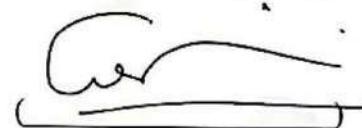
Ketua,
Rati Purnama Sari, M.Tr.Keb
NIP. 199103152019022002



Anggota,
Elda Yusefni,S.ST., M.Keb
NIP. 196904091995022001



Anggota,
Dr. Yuliva, M.Kes
NIP. 197307101993022001



Anggota,
Lisa Rahmawati, M.Keb
NIP. 198503162012122002

Padang, Juni 2025
Ketua Program Studi Diploma III
Kebidanan Padang


Dr. Eravianti, S.Si.T,MKM
NIP. 19671016 198912 2 001

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya:

Nama : Ervanis Roza Linda
NIM : 224110452
Program Studi : Diploma III Kebidanan Padang
TA : 2024/2025

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

**ASUHAN KEBIDANAN BERKESINAMBUNGAN PADA NY. "N"
DI PRAKTIK MANDIRI BIDAN SISMAIMULYANI, S.ST
KABUPATEN PESISIR SELATAN
TAHUN 2025**

Apabila suatu saat nanti saya terbukti melakukan tindakan plagiat, maka saya akan menerima sanksi yang telah ditetapkan.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Padang, Juni 2025
Peneliti

Ervanis Roza Linda
NIM. 224110452

RIWAYAT HIDUP



A. Identitas Diri

Nama : Ervanis Roza Linda
Tempat, Tanggal Lahir : Simpang Empat, 16 April 2004
Agama : Islam
Alamat : Jorong Paraman Ampalu, Kenagarian Rabijongor, Kecamatan Gunung Tuleh Kabupaten Pasaman Barat
No. Hp : 081266228692
Email : ervanisrozalinda1604@gmail.com
Nama Orang Tua
Ayah : Khaidirman (Alm)
Ibu : Irnawati

B. Riwayat Pendidikan

1. TK : TK Aisyiah Bustanul Athfal
2. SD : SDN 04 Gunung Tuleh
3. SMP : SMP N 1 Gunung Tuleh
4. SMA : SMA N 1 Gunung Tuleh

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadirat Allah SWT yang telah memberikan berbagai kemudahan, petunjuk serta karunia yang tak terhingga sehingga peneliti dapat menyelesaikan Laporan Tugas Akhir yang berjudul Asuhan Kebidanan Berkesinambungan Pada Ny. “N” di Praktik Mandiri Bidan Sismaimulyani, S.ST Kabupaten Pesisir Selatan Tahun 2025 dengan baik dan tepat waktu. Laporan Tugas Akhir ini peneliti susun untuk memenuhi salah satu syarat dalam menyelesaikan Pendidikan pada Program Studi Diploma III Kebidanan Padang Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Padang Tahun 2025

Dalam penyusunan Laporan Tugas Akhir ini peneliti mengucapkan terima kasih kepada Ibu Dr. Yuliva, M. Kes sebagai dosen pembimbing utama sekaligus Ketua Jurusan Kebidanan dan Ibu Lisa Rahmawati, M. Keb sebagai pembimbing pendamping yang telah membimbing peneliti dalam menyusun Laporan Tugas Akhir. Ucapan terimakasih juga peneliti ucapkan kepada:

1. Ibu Renidayati, S. Kp, M. Kep, Sp Jiwa, Direktur Kemenkes Poltekkes Padang.
2. Ibu Dr. Eravianti, S. SiT, MKM, Ketua Program Studi Diploma III Kebidanan Padang Kemenkes Poltekkes Padang.
3. Pimpinan Praktik Mandiri Bidan Sismaimulyani,S.ST beserta staf yang telah memberi ijin dan membantu penelitian ini.
4. Ny. “N” dan keluarga yang telah bersedia menjadi responden.

5. Orang tua dan adik serta keluarga tercinta yang selalu memberikan dukungan baik moral maupun materi, serta kasih sayang yang tiada terkira dalam setiap langkah kaki peneliti.
6. Sahabat dan teman-teman mahasiswa Jurusan Kebidanan Kemenkes Poltekkes Padang yang telah memberikan dukungan baik berupa motivasi maupun kompetisi yang sehat dalam penyusunan Laporan Tugas Akhir ini.
7. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu, yang ikut andil dalam terwujudnya Laporan Tugas Akhir ini.

Peneliti sudah berupaya semaksimal mungkin dalam menyusun Laporan Tugas Akhir ini namun peneliti masih mengharapkan kritik dan saran yang bersifat membangun sangat peneliti harapkan demi kesempurnaan Laporan Tugas Akhir ini.

Padang, Juni 2025

Peneliti

DAFTAR ISI

Halaman

HALAMAN

HALAMAN JUDUL	i
PERNYATAAN PERSETUJUAN PEMBIMBING Error! Bookmark not defined.	
PERNYATAAN PEGESAHAN PENGUJI	ii
SURAT PERNYATAAN	iv
RIWAYAT HIDUP.....	v
KATA PENGANTAR.....	vi
DAFTAR ISI.....	viii
DAFTAR TABEL	xi
DAFTAR GAMBAR	xii
DAFTAR LAMPIRAN	xiii
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	6
C. Tujuan Penelitian.....	6
D. Mafaat Penelitian	7
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	10
A. Kehamilan	10
1. Konsep Dasar Kehamilan.....	10
a. Pengertian Kehamilan Trimester III.....	10
b. Tanda-Tanda Kehamilan Trimester III	10
c. Perubahan Fisiologis Dan Psikologis Pada Ibu Hamil Trimester III	11
d. Tanda Bahaya Dalam Kehamilan Pada Trimester III.....	16
e. Ketidaknyamanan Dalam Kehamilan Pada Trimester III	19
f. Kebutuhan Psikologis Ibu Hamil Trimester III.....	22
g. Kebutuhan Fisiologis Ibu Hamil Trimester III.....	25
h. Asuhan Antenatal	30
2. Menajemen Asuhan Kebidanan Ibu Hamil.....	38
B. Persalinan	42
1. Konsep Dasar Persalinan	42
a. Pengertian Persalinan.....	42
b. Tanda-Tanda Persalinan.....	42

c.	Tanda Bahaya Persalinan	46
d.	Penyebab Mulainya Persalinan	48
e.	Faktor-Faktor yang Mempengaruhi proses Persalinan	50
f.	Mekanisme Persalinan.....	58
g.	Partografi	62
h.	Tahapan persalinan	71
i.	Perubahan fisiologis pada masa persalinan.....	74
j.	Kebutuhan Dasar Ibu Bersalin.....	82
2.	Menajemen Asuhan Kebidanan Ibu Bersalin	85
C.	Bayi Baru Lahir (BBL).....	92
1.	Konsep Dasar Bayi Baru Lahir	92
a.	Pengertian Bayi Baru Lahir	92
b.	Perubahan fisiologis bayi segera setelah lahir.....	92
c.	Asuhan Bayi Baru Lahir dalam 2 Jam Pertama:	98
d.	Tanda Bahaya Pada Bayi Bayi.....	102
e.	Imunisasi Pada Bayi.....	103
2.	Menajemen Asuhan Kebidanan Bayi Baru Lahir	104
D.	Nifas...	106
1.	Konsep Dasar Nifas.....	106
a.	Pengertian Masa Nifas	106
b.	Perubahan Fisiologis Masa Nifas	106
c.	Tanda Bahaya Masa Nifas.....	115
d.	Kebutuhan Pada Masa Nifas	120
e.	Tahapan Masa Nifas	126
f.	Kunjungan	128
g.	Tujuan Asuhan Pada Ibu Nifas.....	130
2.	Menajemen Asuhan Kebidanan Ibu Nifas	130
E.	Kerangka pikir asuhan kebidanan berkesinambungan	133
BAB III METODE PENELITIAN	134	
A.	Jenis Laporan Tugas Akhir (LTA).....	134
B.	Lokasi dan Waktu	134
C.	Subjek Studi Kasus	135
D.	Instrumen Studi Kasus.....	135
E.	Jenis dan Teknik Pengumpulan Data	135

F. Alat dan bahan	136
BAB IV TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN	138
A. Gambaran Umum Lokasi	138
B. Tinjauan Kasus	139
C. Pembahasan.....	192
1. Kehamilan	193
2. Persalinan	200
3. Bayi Baru Lahir.....	207
4. Nifas.....	213
BAB V PENUTUP	217
A. KESIMPULAN.....	217
B. SARAN	218

**DAFTAR PUSTAKA
LAMPIRAN**

DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 2. 1 Rekomendasi Peningkatan Berat Badan Ibu Hamil	16
Tabel 2.2 Porsi Makan Dan Minum Ibu Hamil Untuk Kebutuhan Sehari	28
Tabel 2.3 Pemenuhan Nutrisi Ibu.....	29
Tabel 2.4 Jadwal Imunisasi Tt.....	34
Tabel 2.5 Kontraksi Uterus	67
Tabel 2.6 Perhitungan Skore Apgar	99
Tabel 2.7 Perbandingan Tinggu Fundus Uteri Dan Berat Uterus Di Masa Involusi	107
Tabel 2.8 Perubahan Sistem Pencernaan.....	110
Tabel 2.9 Penilaian Klinik Penyebab Perdarahan Pospartum	116
Tabel 2.10 Kecukupan Gizi Rata-Rata Untuk Ibu Menyusui	120
Tabel 4.1 Asuhan Kebidanan Kehamilan Kunjungan I.....	149
Tabel 4.2 Asuhan Kebidanan Kehamilan Kunjungan II	152
Tabel 4.3 Asuhan Kebidanan Ibu Bersalin.....	157
Tabel 4.4 Asuhan Kebidanan Ibu Nifas 6 Jam	168
Tabel 4.5 Asuhan Kebidanan Ibu Nifas 3 Hari	171
Tabel 4.6 Asuhan Kebidanan Ibu Nifas 15 Hari	175
Tabel 4.7 Asuhan Kebidanan Bayi Baru Lahir 6 Jam	184
Tabel 4.8 Asuhan Kebidanan Bayi Baru Lahir 3 Hari	187
Tabel 4.9 Asuhan Kebidanan Bayi Baru Lahir Pada 15 Hari	190

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 2.1 Tinggi Fundus Uteri	12
Gambar 2.2 Mekanisme Persalinan.....	62
Gambar 2.10 Posisi Tangan Saat Memotong Tali Pusat	100
Gambar 2.11 Jadwal Imunisasi Dasar	103
Gambar 2.12 Jadwal Imunisasi Lanjutan	104
Gambar 2.13 Perubahan Tinggi Fundus Selama Masa Nifas.....	107
Gambar 2.14 Kerangka Pikir	133

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Lembar Konsultasi Pembimbing Utama
- Lampiran 2 Lembar Konsutasi Pembimbing Pendamping
- Lampiran 3 Ganchart Penulisan Penelitian
- Lampiran 4 Surat Permohonan Menjadi Responden
- Lampiran 5 *Informed Consent*
- Lampiran 6 Surat Izin Penelitian
- Lampiran 7 KK Pasutri
- Lampiran 8 KTP Pasutri
- Lampiran 9 Surat Keterangan Lahir
- Lampiran 10 Stempel Telapak Kaki Bayi
- Lampiran 11 *Partografi*
- Lampiran 12 Surat Selesai Penelitian
- Lampiran 13 Dokumentasi

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Masa kehamilan, persalinan, nifas, neonatus merupakan suatu keadaan fisiologis yang kemungkinan dapat mengancam jiwa ibu dan bayi bahkan dapat menyebabkan kematian. Tujuan adanya asuhan berkesinambungan ini untuk menganalisis atau mendeteksi sedini mungkin adanya komplikasi yang dialami oleh ibu serta memberikan asuhan yang berkesinambungan kepada ibu hamil, ibu bersali, ibu nifas, dan bayi baru lahir (neonatus).¹ Dalam pemeriksaan kesehatan ibu hamil dilakukan minimal 1 kali pada trimester pertama, 2 kali pada trimester kedua, dan 3 kali pada trimester ketiga serta minimal dua kali diperiksa oleh dokter saat kunjungan pertama di trimester satu dan saat kunjungan ke lima di trimester ketiga.²

Penilaian terhadap pelaksanaan pelayanan kesehatan ibu hamil dapat dilakukan dengan melihat cakupan Kunjungan ke-empat (K4) dan Kunjungan ke-enam (K6).³ Cakupan pelayanan pada kesehatan ibu hamil dengan K1 murni secara nasional dari hasil data Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) pada tahun 2018 sebesar 86,0%⁴, terjadi peingkatan pada tahun 2023 yaitu 86,7%.⁵ Sedangkan cakupan pelayanan kesehatan ibu menurut Profil Kesehatan Indonesia K4 pada tahun 2018 sebesar 88,03%, terjadi penurunan pada tahun 2023 yaitu cakupan K4 sebesar 85,6%, dimana

angka ini menurun dibandingkan tahun sebelumnya. Pelayanan kesehatan ibu hamil (K6) pada tahun 2023 di Indonesia sebesar 74,4%.^{2,3}

Pelayanan kesehatan ibu bersalin yang baik dan sesuai standar maka, sejak tahun 2015 setiap ibu bersalin diharapkan melakukan persalinan dengan ditolong oleh tenaga kesehatan yang kompeten di fasilitas pelayanan kesehatan.⁶ Pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan di Indonesia menurut hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2018 sebesar 93,1%, dengan proporsi terbesar penolong persalinan tertinggi yaitu bidan sebesar 62,7% dan dokter kandungan sebesar 28,9%. Persalinan di fasilitas pelayanan kesehatan pada tahun 2023 di Indonesia sebesar 87,2%.^{2,6}

Pelayanan kesehatan ibu nifas harus dilakukan minimal empat kali dengan waktu kunjungan ibu dan bayi baru lahir bersamaan. Cakupan pelayanan nifas (KF) lengkap di Indonesia pada tahun 2018 adalah 85,92%. Sedangkan cakupan kunjungan KF lengkap pada tahun 2023 sebesar 85,7%.^{2,6}

Cakupan kunjungan neonatal fokus pada cakupan kunjungan neonatal pertama dan cakupan kunjungan neonatal lengkap. Salah satu permasalahan yang dihadapi pada bayi baru lahir dan menjadi penyebab terbanyak kematian adalah Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR), infeksi, dan kelainan kongenital.⁶ Pada Kunjungan Neonatal Pertama (KN1) Indonesia pada tahun 2018 sebesar 97,36%, dan cakupan Kunjungan Neonatal Pertama (KN1) pada tahun 2023 sebesar 92,0%. Cakupan KN lengkap pada

tahun 2018 sebesar 91,39% dan pada tahun 2023 adalah (90,8%) yang mengalami penurunan.^{2,6}

Keberhasilan program kesehatan ibu dapat dinilai melalui indikator utama yaitu Angka Kematian Ibu (AKI). AKI adalah semua kematian dalam ruang lingkup tersebut di setiap 100.000 kelahiran hidup.⁶ AKI menurut *World Health Organization* (WHO) pada tahun 2021 di seluruh dunia menjadi 395.000 kasus kematian ibu per 100.000 kelahiran hidup dengan penyebab kematian ibu adalah tekanan darah tinggi selama kehamilan, pendarahan, infeksi postpartum dan aborsi yang tidak aman. Angka Kematian Bayi (AKB) di dunia menurut WHO mencapai 7,87 pada tahun 2021 berbeda dengan tahun sebelumnya sekitar 7,79 per 1000 kelahiran hidup. Pada tahun yang sama (AKB) sebanyak 27.974 kasus dan mengalami penurunan pada tahun 2021.⁷

Berdasarkan profil kesehatan Indonesia jumlah kematian ibu tahun 2023 adalah 4.482 kematian, sedangkan pada tahun 2018 sebesar 280 kematian. Berdasarkan penyebab kematian ibu terbanyak pada tahun 2023 adalah hipertensi dalam kehamilan sebanyak 412 kasus, perdarahan obstetrik sebanyak 360 kasus dan komplikasi obstetrik lain sebanyak 204 kasus. Jumlah AKB di Indonesia tahun 2018 dari seluruh kematian neonatus yang dilaporkan, 80% terjadi pada periode enam hari pertama kehidupan, dengan penyebab kematian neonatal terbanyak adalah kondisi BBLR. Sedangkan jumlah AKB di Indonesia tahun 2023 pada periode neonatal dengan jumlah 27.530 kematian. Kelainan Kongenital

0,3%, Infeksi 0,3%, penyakit saraf, penyakit sistem saraf pusat 0,2%, komplikasi intrapartum 0,2%.^{2,6}

Berdasarkan data dari Badan Pusat Statistik (BPS) Provinsi Sumatera Barat tahun 2023 jumlah kematian ibu waktu melahirkan sebanyak 110 kasus.⁸ Sedangkan jumlah kematian bayi waktu melahirkan sebanyak 575 kasus dari 82.560 kelahiran hidup.⁸ Kepala Bidang Kesehatan Masyarakat Dinkes Pesisir Selatan, mengatakan angka kematian ibu pada 2024 sebanyak 125 per 100.000 kelahiran hidup dengan jumlah kematian ibu 9 orang⁹, sedangkan pada 2023 angkanya 138 per 100.000 kelahiran hidup dengan jumlah kematian ibu 11 orang¹⁰. Kasus kematian ibu di Pesisir Selatan saat ini masih didominasi oleh kasus pre-eklamsia atau kasus hipertensi pada kehamilan. Sementara angka kematian bayi di Pesisir Selatan pada 2024 tercatat 10 per 1.000 kelahiran hidup dengan jumlah kematian bayi 72 orang⁹. Angka tersebut menurun dari angka kematian bayi pada 2023 yaitu 11 per 1.000 kelahiran hidup dengan kematian bayi 10 orang. Dimana kasus terbanyak kematian bayi ialah karena berat lahir rendah dan asfiksia¹⁰.

Salah satu target dalam *Sustainable Development Goals* (SDGs) atau Tujuan Pembangunan Berkelanjutan (TPB) adalah untuk mengurangi AKI menjadi 70 kematian per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2030. Salah satu upaya yang dapat dilakukan untuk menurunkan AKI dan Angka Kematian Bayi (AKB) adalah dengan tersedianya pelayanan kesehatan yang berkualitas, baik dalam pelayanan kehamilan *Antenatal Care* (ANC),

Pelayanan persalinan *Intranatal Care* (INC), Pelayanan nifas *Postnatal Care* (PNC), dan Bayi Baru Lahir (BBL).¹¹ Bidan berperan untuk terus meningkatkan pemahaman tentang asuhan kebidanan, mulai dari kehamilan, persalinan, bayi baru lahir, nifas, dan keluarga berencana. *Continuity of care* (COC) merupakan pelayanan berkaitan dengan kualitas layanan yang diberikan sepanjang waktu, sehingga memerlukan hubungan berkelanjutan antara pasien dan profesional kesehatan.¹²

Berdasarkan penelitian yang dilakukan pada Ny. N Usia 29 tahun diwilayah kerja Puskesmas Maos yang dilaksanakan pada bulan januari-april 2022 dengan menggunakan format asuhan kebidanan komprehensif diikuti sejak mulai hamil, bersalin, nifas, bayi baru lahir, dan KB berjalan dengan baik sesuai standar asuhan kebidanan. Hasil penelitian dapat disimpulkan asuhan *Continuity of care* yang dilakukan kepada Ny. N selama kehamilannya, ibu dalam keadaan sehat, proses persalinan normal, involusi nifas berjalan normal, bayi tidak sakit kuning dan berjalan normal, dan pada konseling keluarga berencana ibu memilih kontrasepsi suntik 3 bulan.¹³

Berdasarkan penelitian yang dilakukan pada Ny. K COC telah dilaksanakan dengan tiga kunjungan antenatal, pertolongan persalinan, empat kali pemeriksaan nifas, dan tiga kali pemeriksaan neonatus. Setelah melahirkan, Ny. K mendapatkan perawatan postnatal sebanyak empat kali, di mana ditemukan masalah nyeri pada luka perineum yang diatasi dengan rebusan daun sirih. Selain itu, asuhan kebidanan pada BBL-neonatus juga dilakukan secara komprehensif dengan tiga kali pijat bayi untuk

meningkatkan daya tahan tubuh dan mencegah kembung. Secara keseluruhan, asuhan COC ini diterima baik oleh keluarga Ny. K dan memberikan manfaat yang dirasakan oleh ibu dan keluarganya, yang pada akhirnya meningkatkan pengetahuan mereka tentang perawatan bayi dan kebidanan.¹⁴

Berdasarkan uraian diatas, maka peneliti melakukan penelitian yang berjudul “Asuhan Kebidanan Berkesinambungan Pada Ny. “N” di Praktik Mandiri Bidan Sismaimulyani, S.ST Kabupaten Pesisir Selatan Tahun 2025”

B. Rumusan Masalah

Rumusan masalah pada studi kasus ini yaitu, Bagaimana Asuhan Kebidanan Berkesinambungan Pada Ny. “N” di Praktik Mandiri Bidan “S” Kabupaten Pesisir Selatan Tahun 2025

C. Tujuan Penelitian

a. Tujuan Umum

Untuk menerapkan asuhan kebidanan berkesinambungan pada ibu hamil trimester III, bersalin, nifas dan bayi baru lahir (neonatus) dengan mengacu pada Kepmenkes No.938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang standar asuhan kebidanan

b. Tujuan Khusus

1. Melakukan pengumpulan data subyektif dan obyektif pada Ny. “N” mulai dari hamil trimester III, bersalin, nifas, bayi baru lahir di Praktik Mandiri Bidan Sismaimulyani, S.ST Kabupaten Pesisir Selatan Tahun

2025.

2. Melakukan perumusan diagnosa masalah dan masalah kebidanan pada Ny. "N" mulai dari hamil trimester III, bersalin, nifas, bayi baru lahir di Praktik Mandiri Bidan Sismaimulyani, S.ST Kabupaten Pesisir Selatan Tahun 2025.
3. Menyusun perencanaan asuhan kebidanan pada Ny. "N" mulai dari hamil trimester III, bersalin, nifas, bayi baru lahir di Praktik Mandiri Bidan Sismaimulyani, S.ST Kabupaten Pesisir Selatan Tahun 2025.
4. Melakukan Implementasi/penatalaksanaan asuhan kebidanan pada Ny. "N" mulai dari hamil trimester III, bersalin, nifas, bayi baru lahir di Praktik Mandiri Bidan Sismaimulyani, S.ST Kabupaten Pesisir Selatan Tahun 2025
5. Melakukan evaluasi tindakan yang telah diberikan pada Ny. "N" mulai dari hamil trimester III, bersalin, nifas, bayi baru lahir di Praktik Mandiri Bidan Sismaimulyani, S.ST Kabupaten Pesisir Selatan Tahun 2025
6. Melakukan pendokumentasian asuhan kebidanan yang diberikan pada Ny. "N" dengan metode SOAP mulai dari hamil trimester III, bersalin, nifas, bayi baru lahir di Praktik Mandiri Bidan Sismaimulyani, S.ST Kabupaten Pesisir Selatan Tahun 2025

D. Mafaat Penelitian

1. Manfaat Teoritis

Hasil studi kasus ini dapat sebagai pertimbangan masukan untuk menambah wawasan tentang asuhan kebidanan komprehensif pada ibu hamil, bersalin, nifas dan bayi baru lahir.

2. Manfaat Aplikatif

a. Manfaat Bagi Institusi

Hasil studi kasus ini dapat dimanfaatkan sebagai masukan dalam pemberian asuhan komprehensif pada ibu hamil trimester III, bersalin, nifas dan neonatus.

b. Manfaat Bagi Profesi Bidan

Sebagai sumbangan teoritis maupun aplikatif bagi profesi bidan dalam asuhan komprehensif pada ibu hamil trimester III, bersalin, nifas, dan neonatus.

c. Manfaat Bagi Klien dan Masyarakat

Agar klien maupun masyarakat dapat melakukan deteksi dari penyulit yang mungkin timbul pada masa hamil trimester III, bersalin, nifas maupun, bayi baru lahir sehingga memungkinkan segera mencari pertolongan untuk mendapatkan penanganan.

d. Manfaat Bagi Peneliti

1) Dapat menerapkan ilmu yang telah diperoleh dengan memberikan asuhan kebidanan yang berkesinambungan pada ibu hamil trimester III mulai dari, bersalin, nifas, dan bayi baru lahir sesuai dengan teori yang telah dipelajari.

- 2) Dapat meningkatkan pengetahuan dan keterampilan serta mengembangkan konsep pemikiran dalam menentukan pemecah masalah sesuai dengan teori yang didapatkan di pendidikan dalam memberikan asuhan kebidanan pada ibu hamil, bersalin, nifas, dan bayi baru lahir.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Kehamilan

1. Konsep Dasar Kehamilan

a. Pengertian Kehamilan Trimester III

Kehamilan trimester III yaitu berlangsung dari kehamilan >28 minggu sampai dengan 42, dimana pada trimester III ini adanya perubahan fisiologis, peningkatan kewaspadaan serta orang tua mempersiapkan kebutuhan untuk persalinan dan kedudukan sebagai orang tua, seperti lebih fokus pada kehadiran bayi, sehingga masa ini disebut juga dengan masa penantian.¹⁵

b. Tanda-Tanda Kehamilan Trimester III

Tanda kehamilan adalah perubahan fisiologis yang dapat diketahui dengan melakukan pemeriksaan fisik pada ibu hamil. Diagnosis Kehamilan trimester III, yang di deteksi saat pemeriksaan yaitu:¹⁵

- 1) Uterus membesar, bila di palpasi TFU 3 jari diatas pusat pada usia kehamilan 28 minggu, sampai dengan TFU berada dipetengahan pa dan pusat pada usis kehamilan 40 minggu
- 2) Bentuk janin saat dipalpasi sudah dapat ditentukan bagiannya
- 3) Pergerakan janin yang mulai aktif
- 4) Detak jantung janin yang terdengar jelas.

c. Perubahan Fisiologis Dan Psikologis Pada Ibu Hamil Trimester

III

Perubahan fisiologis dan psikologis pada ibu hamil trimester III yaitu:¹⁵

1) Perubahan Fisiologis

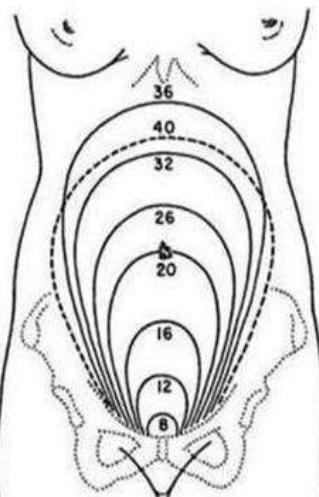
Proses adaptasi masa kehamilan yaitu:¹⁵

a) Perubahan sistem reproduksi

(1) Uterus

Pada kehamilan trimester III uterus terus membesar. Di akhir kehamilan otot-otot uterus bagian atas akan berkontraksi, sehingga segmen bawah rahim akan melebar dan menipis. Pergerakan janin dapat di observasi dan badannya dapat diraba untuk mengetahui posisi dan ukuran. Adapun Cara mengukur tinggi fundus uteri menggunakan teknik McDonald adalah dengan menghitung jarak dari simfisis pubis hingga ke fundus uteri dan sebaliknya. Teknik McDonald ini menggunakan alat ukur panjang yang elastis yaitu pita ukur. Pengukuran usia kehamilan menggunakan metode tinggi fundus uteri dengan teknik McDonald biasanya dilakukan pada saat usia kehamilan mencapai 22 minggu. Namun, sebelum pengukuran harus dilakukan pemeriksaan

inspeksi pada perut terlebih dahulu.



Gambar 2.1 Tinggi Fundus Uteri

Sumber: Siti Rahma, Anna Malia, (2021)¹⁶

Ukuran Tinggi Fundus Uteri (TFU) sesuai usia kehamilan:

- (a) Usia kehamilan 12 minggu: TFU 3 jari diatas symphysis
- (b) Usia kehamilan 16 minggu: TFU pertengahan antara symphysis dan pusat
- (c) Usia kehamilan 20 minggu: TFU 3 jari dibawah pusat
- (d) Usia kehamilan 24 minggu: TFU setinggi pusat
- (e) Usia kehamilan 28 minggu: TFU 3 jari diatas pusat
- (f) Usia kehamilan 32 minggu: pertengahan antara pusat

Proccecus Xifodeus

- (g) Usia kehamilan 36 minggu: TFU 3 jari dibawah

Proccecus Xifodeus

(h) Usia kehamilan 40 minggu: pertengahan antara pusat

Proccecus Xifodeus.

(2) Serviks

Serviks bertambah vaskularisasinya dan menjadi lunak yang disebut dengan tanda *goodell*. Kelenjar endoservikal membesar dan mengeluarkan banyak cairan mucus. Oleh karena pertambahan dan pelebaran pembuluh darah, warna menjadi lividae yang disebut dengan tanda *chadwick*.

(3) Vagina dan perineum

Selama kehamilan, terjadi peningkatan vaskularitas dan hyperemia di kulit dan otot perineum dan vulva, disertai pelunakan jaringan ikat di bawahnya. Dinding vagina mengalami perubahan mencolok sebagai persiapan untuk meregang saat persalinan dan kelahiran.

(4) Vulva

Pada vulva terjadi perubahan sebagaimana berikut.

- (a) Vaskularisasi meningkat.
- (b) Warna menjadi lebih gelap.

(5) Ovarium

Selama kehamilan, ovulasi berhenti karena adanya peningkatan estrogen dan progesteron yang

menyebabkan penekanan sekresi *Follicle Stimulating Hormone* (FSH) dan *Luteinizing Hormone* (LH) dari hipofisis anterior. Masih terdapat korpus luteum graviditas sampai terbentuknya uri yang mengambil alih pengeluaran estrogen dan progesterone.

(6) Perubahan Sistem

Payudara akan membesar dan tegang akibat hormon somatomatropin, estrogen dan progesteron akan tetapi belum mengeluarkan air susu. Pada kehamilan akan terbentuk lemak sehingga payudara menjadi lebih besar, areola mengalami hiperpigmentasi.

(7) Perubahan Sistem Imun dan Sistem Urine

Perubahan pada sistem imun ditandai dengan peningkatan umum kekebalan bawaan serta penekanan kekebalan adaptif yang terjadi selama masa kehamilan. Sementara perubahan pada sistem urine ditandai dengan urinaria yang akan meningkat hingga 50 persen. Pada kehamilan trimester III kandung kemih menjadi organ abdomen dan tertekan oleh pembesaran uterus serta penurunan kepala sehingga menyebabkan peningkatan frekuensi buang air kecil.

(8) Perubahan Sistem Muskuloskeletal

Perubahan tubuh secara bertahap dan peningkatan berat wanita hamil menyebabkan perubahan postur dan cara berjalan. Berat uterus dan isinya menyebabkan perubahan titik pusat gravitasi dan garis bentuk tubuh. Perubahan ini menyebabkan rasa tidak nyaman di punggung bawah seperti nyeri lumbar dan nyeri ligament terutama di akhir.

(9) Perubahan pada Sistem Metabolik

Basal Metabolic Rate umumnya meningkat 15%-20% terutama pada trimester III dan akan kembali ke kondisi sebelum hamil pada 5-6 hari postpartum. Vasodilatasi perifer dan peningkatan aktivitas kelenjar keringat membantu mengeluarkan kelebihan panas akibat peningkatan BMR selama hamil. Kelemahan dan kelelahan setelah aktivitas ringan, rasa mengantuk mungkin dialami ibu sebagai akibat peningkatan aktivitas metabolisme.

(10) Perubahan Berat Badan

Kenaikan berat badan selama hamil berdasar usia kehamilan, 30 minggu sebesar 8500 gram, dan 40 minggu sebesar 12.500 gram. Pada kehamilan

trimester III terjadi penambahan berat badan 0,5 kg/minggu.

Tabel 2. 1 Rekomendasi Peningkatan Berat Badan Ibu Hamil

Kategori	Rekomendasi Penambahan Berat Badan (kg)	Indeks Masa Tubuh (IMT)
BB Rendah	12,5 – 18	<19,8
BB Normal	11,5 – 16	19,8 - 26
BB Berlebihan	7 – 11,5	26 - 29
Obesitas	<7	>29
Gameli	16 – 20,5	-

Sumber: Kasmiaty RI¹⁵

2) Perubahan Psikologis

Pada usia kehamilan 39-40 minggu, seorang ibu mungkin mulai takut akan rasa sakit dan bahaya melahirkan serta mengkhawatirkan keselamatannya. Pada kehamilan trimester ketiga perasaan tidak nyaman kembali muncul, banyak ibu yang merasa dirinya aneh, berantakan, canggung, jelek, dan membutuhkan perhatian lebih dari pasangannya. Selain itu ibu juga mulai memikirkan takut terpisahnya bayi dari bagian tubuhnya dan merasa kehilangan kandungan dan menjadi kosong. Ibu juga merasa takut kehilangan perhatian khusus yang diterimanya selama hamil, di samping itu ibu juga mulai sensitif atau perasaan terluka.¹⁷

d. Tanda Bahaya Dalam Kehamilan Pada Trimester III

Tanda bahaya dalam kehamilan pada trimester III yaitu:¹⁸

1) Penglihatan kabur

Pada kasus preeklamsia, penglihatan kabur atau berbayang dapat terjadi akibat peningkatan tekanan darah yang menyebabkan sakit kepala hebat. Tekanan darah tinggi ini dapat menimbulkan edema pada otak, yang meningkatkan resistensi intrakranial dan mempengaruhi sistem saraf pusat. Akibatnya, dapat terjadi kelainan serebral dan gangguan penglihatan. Gejala visual yang dapat mengindikasikan kondisi yang mengancam jiwa, seperti pada preeklamsia berat, meliputi perubahan visual mendadak, seperti penglihatan kabur, berbayang, melihat bintik-bintik, atau berkunang-kunang. Gangguan ini disebabkan oleh perubahan peredaran darah di pusat penglihatan pada korteks serebri atau di retina

2) Keluar cairan pervaginam

Pada trimester III, keluarnya cairan dari vagina yang tidak disadari oleh ibu, berbau amis, dan berwarna putih keruh dapat mengindikasikan pecahnya ketuban. Jika ketuban pecah sebelum adanya tanda-tanda persalinan dan dalam satu jam belum muncul tanda-tanda persalinan, kondisi ini disebut ketuban pecah dini (KPD). Ketuban pecah dini yang tidak segera ditangani dapat meningkatkan risiko infeksi intrauterin, gangguan suplai oksigen ke janin,

dan komplikasi lainnya yang dapat berujung pada kematian janin dalam kandungan atau *Intrauterine Fetal Death* (IUFD).

3) Bengkak pada wajah, tangan, dan kaki

Bengkak dapat menunjukkan adanya masalah serius jika muncul pada permukaan muka dan tangan, tidak hilang setelah beristirahat, dan diikuti dengan keluhan fisik yang lain. Hal ini bisa merupakan pertanda pre-eklampsia.

4) Perdarahan

Perdarahan *antepartum* atau perdarahan pada kehamilan lanjut adalah perdarahan pada trimester dalam kehamilan sampai sebelum persalinan. Pada kehamilan lanjut, perdarahan yang tidak normal adalah merah, banyak dan kadang-kadang tapi tidak selalu disertai rasa nyeri.

Adapun macam-macam perdarahan antepartum yaitu:

a) Plasenta previa

Plasenta previa adalah plasenta yang implantasinya tidak normal sehingga menutupi seluruh atau sebagian jalan lahir, dimana plasenta previa ini ditandai dengan perdarahan tanpa nyeri, perdarahan berulang-ulang sebelum partus, perdarahan keluar banyak, bunyi jantung anak biasanya ada.

b) Solusio plasenta

Solusio plasenta adalah pelepasan plasenta sebelum waktunya, dimana solusio plasenta ini menyebabkan perdarahan dengan nyeri, perdarahan segera disusul dengan partus, bunyi jantung anak biasanya tidak ada.

5) Nyeri perut yang hebat

Nyeri abdomen yang tidak berhubungan dengan persalinan adalah tidak normal. Nyeri abdomen yang mengindikasikan mengancam jiwa adalah yang hebat, menetap dan tidak hilang setelah beristirahat, kadang-kadang dapat disertai dengan perdarahan lewat jalan lahir.

Nyeri perut ini bisa berarti *solutio plasenta, ruptur uteri*.

6) Gerakan janin berkurang atau tidak terasa

Bayi harus bergerak paling sedikit 1 kali dalam periode 1 jam. Gerakan janin berkurang bisa disebabkan oleh aktifitas ibu yang berlebihan sehingga gerakan janin tidak dirasakan, kematian janin, perut tegang akibat kontraksi berlebihan ataupun kepala sudah masuk panggul pada kehamilan aterm.

e. Ketidaknyamanan Dalam Kehamilan Pada Trimester III

Ketidaknyamanan yang biasa terjadi pada ibu hamil di trimester III dan cara mengatasinya adalah sebagai berikut:¹⁸

1) Rasa Lelah

Pertambahan berat badan dan membesarnya ukuran janin dapat membuat ibu hamil lebih mudah kelelahan. Untuk mengatasi hal tersebut, ibu hamil dapat melakukan hal-hal sebagai berikut.

- a) Perbanyak waktu istirahat dan tidur lebih awal.
- b) Konsumsi makanan sehat setiap hari untuk menambah tenaga dan mencukupi kebutuhan nutrisi harian ibu hamil. Makanan yang baik untuk dikonsumsi antara lain roti gandum, sayuran hijau (bayam, kangkung, brokoli, sawi hijau dan pakcoy) dan buah-buahan.
- c) Rutin melakukan olahraga, seperti berjalan kaki, berenang, atau yoga, setidaknya selama 20-30 menit setiap hari. Olahraga rutin dapat mengurangi rasa lelah yang dialami oleh ibu hamil selama trimester akhir ini.
- d) Minum air putih yang cukup minimal 2 liter sehari (8 gelas) untuk mencegah dehidrasi.
- e) Batasi kegiatan yang tidak penting. Jika ibu hamil membutuhkan bantuan untuk melakukan sesuatu maka jangan ragu meminta bantuan suami atau keluarga.

2) Nyeri Punggung

Nyeri punggung saat trimester III umumnya terjadi karena punggung ibu hamil harus menopang bobot tubuh

yang lebih berat dengan posisi lordosis. Untuk mengatasi hal tersebut, ibu hamil dapat melakukan hal-hal sebagai berikut:

- a) Lakukan latihan panggul, seperti senam hamil, peregangan kaki secara rutin, atau senam kegel.
 - b) Letakkan bantal di punggung saat tidur untuk menyangga punggung dan perut ibu hamil. Jika ibu hamil tidur dengan posisi miring maka letakkan bantal di antara tungkai.
 - c) Duduk dengan tegak dan gunakan kursi yang menopang punggung dengan baik.
 - d) Gunakan sepatu yang nyaman, contohnya sepatu hak rendah karena model ini dapat menopang punggung lebih baik.
 - e) Kompres punggung dengan handuk hangat.
- 3) Sering Buang Air Kecil

Semakin mendekati persalinan, janin akan bergerak turun ke area panggul dan membuat ibu hamil merasakan adanya tekanan pada kandung kemih. Kondisi tersebut mungkin bisa membuat frekuensi buang air kecil meningkat dan membuat urine mudah keluar saat ibu hamil bersin atau tertawa. Pada kehamilan trimester tiga ini sudah masuk PAP (Pintu Atas Panggul) pada kehamilan primigravida >36 minggu dan multigravida saat akan persalinan. Untuk

mengatasi hal tersebut, ibu hamil dapat melakukan hal-hal sebagai berikut.

- a) Hindari mengkonsumsi minuman berkafein, seperti kopi, teh, atau minuman bersoda, karena bisa membuat ibu hamil lebih sering buang air kecil.
- b) Pastikan minum air putih setidaknya delapan gelas sehari. Namun, hindari minum sebelum tidur.
- c) Jangan menahan rasa ingin buang air kecil karena hal ini mungkin dapat meningkatkan frekuensi ke toilet

4) Dada Terasa Panas atau Terbakar

Rasa terbakar di dada disebabkan oleh perubahan hormon progesteron yang menyebabkan otot lambung menjadi rileks dan tertekannya lambung oleh rahim yang semakin membesar. Untuk menghindarinya, ada beberapa langkah yang dapat dilakukan oleh ibu hamil sebagaimana berikut: jauhi makanan yang asam, pedas, berminyak, atau berlemak, dan Batasi minuman berkafein.

f. Kebutuhan Psikologis Ibu Hamil Trimester III

Kebutuhan psikologis ibu hamil pada trimester III yaitu:¹⁹

1) Support keluarga pada saat kehamilan

a) Suami

(1) Berpartisipasi dalam kehamilan

Suami ikut berpartisipasi dalam kehamilan seolah-olah suami bisa merasakan semua yang dirasakan oleh ibu hamil.

(2) Berperan aktif

Dukungan yang bisa diberikan seorang suami kepadaistrinya seperti mengantarnya untuk periksa hamil, memenuhi apa yang diinginkan oleh ibu hamil, mengingatkan untuk minum vitamin dan obat penambah darah, serta dapat membantu ibu hamil saat melaksanakan pekerjaan rumah tangga. Walaupun suami melakukan hal sekecil apapun namun mempunyai makna dan arti untuk meningkatkan keadaan psikologis ibu hamil ke arah yang lebih baik.

b) Anggota keluarga

(1) Menjaga keharmonisan dan konduktivitas keluarga

(2) Membantu mempersiapkan menjadi orang tua

Persiapan untuk menjadi orang tua harus disiapkan sejak dini dengan cara berkonsultasi kepada orang yang lebih berpengalaman untuk merawat anaknya. Keluarga sangat mendukung kehamilan dapat ditunjukkan dengan sering berkunjung kerumah ibu hamil untuk bertanya

terkait kondisinya, serta keluarga mendoakan untuk kesehatan ibu dan bayi.

c) Support dari tenaga kesehatan

(1) Tenaga kesehatan memberi dukungan moral kepada ibu hamil dan meyakinkan kepada ibu hamil bahwa apa yang terjadi pada kehamilannya dan perubahan yang dirasakan adalah sesuatu yang normal atau fisiologis.

(2) Tenaga kesehatan yaitu bidan harus bersikap aktif melalui kelas antenatal serta bersikap pasif kepada ibu hamil yaitu dengan memberikan kesempatan kepada ibu hamil yang mengalami masalah dengan kehamilannya untuk segera berkonsultasi kepada tenaga kesehatan.

(3) Bidan harus mampu mengenali tanda-tanda bahaya yang dialami oleh ibu hamil, dan dapat memahami berbagai perubahan psikologis yang dialami pada ibu hamil untuk setiap trimesternya supaya asuhan kebidanan kehamilan yang diberikan dapat sesuai dengan kebutuhan ibu hamil.

(4) Bidan bisa bekerjasama dan membangun hubungan yang baik dengan ibu hamil serta

mengajarkan ibu bagaimana cara memenuhi nutrisinya selama kehamilan.

g. Kebutuhan Fisiologis Ibu Hamil Trimester III

Kebutuhan fisiologis ibu hamil pada trimester III yaitu:¹⁸

1. Kebutuhan Oksigen

Pada kehamilan terjadi perubahan pada sistem respirasi untuk dapat memenuhi kebutuhan O₂, di samping itu terjadi desakan diafragma karena dorongan rahim yang membesar. Sebagai kompensasi terjadinya desakan rahim dan kebutuhan O₂ yang meningkat, ibu hamil akan bernafas lebih dalam. Hal ini akan berhubungan dengan meningkatnya aktifitas paru-paru oleh karena selain untuk mencukupi kebutuhan O₂ ibu, juga harus mencukupi kebutuhan O₂ janin.

2. Kebutuhan Nutrisi

Kehamilan trimester ke III, ibu hamil butuh bekal energi yang memadai. Itulah sebabnya pemenuhan gizi seimbang tidak boleh dikesampingkan baik secara kualitas maupun kuantitas:²⁰

a) Karbohidrat

Fungsi utama karbohidrat adalah untuk menghasilkan energi khususnya pada ibu hamil. Pada kehamilan trimester III direkomendasikan penambahan jumlah kalori sebesar 285-300 kalori

dengan jumlah total 2.300 kalori. Sumber karbohidrat adalah golongan padi-padian (misalnya beras dan jagung), golongan umbi-umbian (misalnya ubi dan singkong), dan sagu.

b) Lemak

Lemak adalah sumber energi yang pekat, menghasilkan lebih dari dua kali lebih banyak dari kalori per-gram dari yang dihasilkan karbohidrat. Pada kehamilan normal, kadar lemak dalam aliran darah akan meningkat pada akhir trimester III. Sumber lemak seperti mentega, margarin, dan minyak sayur

c) Protein

Protein adalah zat utama untuk membangun jaringan bagian tubuh. Kekurangan protein dalam makanan ibu hamil mengakibatkan bayi akan lahir lebih kecil dari normal. Sumber zat protein yang berkualitas tinggi adalah susu. Tambahan protein yang diperlukan selama kehamilan sebanyak 10-12 g/hari, dengan jumlah total 67 kalori. Sumber lain meliputi sumber protein hewani (misalnya daging, ikan, unggas, telur dan kacang) dan sumber protein nabati (misalnya kacang-kacangan seperti kedelai, kacang tanah, kacang merah, dan tahu tempe).

d) Mineral

Mineral merupakan unsur pokok dalam material tubuh yang vital, beberapa diantaranya adalah pengatur dan pengaktif fungsi tubuh. Mineral yang memiliki fungsi penting khusus selama kehamilan terdiri atas kalsium, fosfor, zat besi, yodium, zink, dan natrium. Mineral dapat diproleh dari makanan sehari-hari seperti kacang-kacangan, hewan laut, biji-bijian, daging tanpa lemak, ikan, dan produk susu rendah lemak.

e) Vitamin

Vitamin sebenarnya telah terpenuhi dengan makanan sayur dan buah-buahan, tetapi dapat pula diberikan ekstra vitamin. Pemberian asam folat terbukti mencegah kecacatan pada bayi.

Untuk memenuhi penambahan BB maka kebutuhan zat gizi harus dipenuhi melalui makanan sehari-hari dengan menu seimbang seperti contoh dibawah ini. Kebutuhan makanan sehari-hari ibu tidak hamil, ibu hamil dan menyusui.

Tabel 2.2 Porsi Makan Dan Minum Ibu Hamil Untuk Kebutuhan Sehari

Bahan Makanan	Ibu Hamil TM III	Keterangan
Nasi atau makanan pokok	6 porsi	1 porsi = 100gr atau $\frac{3}{4}$ gelas nasi
Protein hewani: ikan, telur, ayam, dan lainnya	4 porsi	1 porsi = 50 gr atau 1 potong sedang ikan 1 porsi = 55 gr atau 1 butir telur ayam
Protein nabati: tempe, tahu, dan lainnya	4 porsi	1 porsi = 50 gr atau 1 potong sedang tempe 1 porsi = 100gr atau 2 potong sedang tahu
Sayur sayuran	4 porsi	1 porsi = 100 gr atau 1 mangkuk sayur matang tanpa kuah
Buah buahan	4 porsi	1 porsi = 100 gr atau 1 potong sedang pisang 1 porsi = 100-190 gr atau 1 potong besar papaya
	5 porsi Minyak/lemak termasuk santan yang digunakan dalam pengolahan, makanan digoreng, ditumis atau dimasak dengan santan.	1 porsi = 5 gr atau 1 sendok teh bersumber dari pengolahan makanan seperti menggoreng, menumis, santan, kemiri, mentega dan sumber lemak lainnya.

Sumber: Lusiana Gultom, 2020²⁰

Tabel 2.3 Pemenuhan Nutrisi Ibu

Nutrisi	Tidak Hamil	Hamil	Menyusui
Kalori	2.000	2.300	3.000
Protein	55 g	65 g	80 g
Kalsium (Ca)	0,5 g	1 g	1 g
Zat Besi (Fe)	12 g	17 g	17 g
Vitamin A	5.000 IU	6.000 IU	7.000 IU
Vitamin D	400 IU	600 IU	800 IU
Thiamin	0,8 mg	1 mg	1,2 mg

Sumber: Lusiana Gultom, 2020²⁰

3. Personal Hygiene

a) Mandi

Pada umur kehamilan trimester III sebaiknya tidak mandi berendam karena ibu hamil dengan perut besar akan kesulitan untuk keluar dari bak mandi rendam. Menjaga kebersihan diri terutama lipatan kulit dengan cara dibersihkan dan dikeringkan.

b) Perawatan vulva dan vagina

Pakaian dalam dari katun yang menyerap keringat, jaga vulva dan vagina selalu dalam keadaan kering, hindari keadaan lembab pada vulva dan vagina penyemprotan vagina harus dihindari selama kehamilan karena akan mengganggu mekanisme pertahanan vagina yang normal, dan penyemprotan vagina yang kuat ke dalam vagina dapat menyebabkan emboli udara atau emboli air.

c) Perawatan gigi

Memeriksakan gigi saat hamil diperlukan untuk mencari kerusakan gigi yang dapat menjadi sumber infeksi, perawatan gigi juga perlu dalam kehamilan karena hanya gigi yang baik menjamin pencernaan yang sempurna.

f) Perawatan kuku

Kuku supaya dijaga tetap pendek sehingga kuku perlu dipotong secara teratur, untuk memotong kuku jari kaki mungkin perlu bantuan orang lain. Setelah memotong kuku supaya dihaluskan sehingga tidak melukai kulit yang mungkin dapat menyebabkan luka dan infeksi.

g) Perawatan rambut

Wanita hamil menghasilkan banyak keringat sehingga perlu sering mencuci rambut untuk mmengurangi ketombe. Cuci rambut hendaknya dilakukan 2– 3 kali dalam satu minggu dengan cairan pencuci rambut yang lembut, dan menggunakan air hangat supaya ibu hamil tidak kedinginan.

h. Asuhan Antenatal

1) Pengertian Asuhan Antenatal

Asuhan *Antenatal Care* (ANC) adalah setiap kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan yang dilakukan sejak terjadinya masa konsepsi hingga sebelum mulainya proses persalinan yang komprehensif dan berkualitas.¹⁶

2) Tujuan Asuhan Antenatal

Tujuan asuhan antenatal yaitu:¹⁶

- a) Memantau kemajuan kehamilan untuk memastikan kesehatan ibu dan tumbuh kembang bayi.
- b) Meningkatkan dan mempertahankan kesehatan fisik, mental serta sosial ibu dan bayi.
- c) Menemukan secara dini adanya masalah atau gangguan dan komplikasi yang mungkin terjadi saat kehamilan.
- d) Mempersiapkan kehamilan dan persalinan dengan selamat baik ibu maupun bayi dengan trauma seminimal mungkin.
- e) Mempersiapkan ibu dan kelurga dapat berperan dengan baik dalam memelihara bayi agar dapat tumbuh kembang secara normal.
- f) Meminimalisirkan gangguan kesehatan selama kehamilan yang dapat membahayakan kesehatan dan keselamatan ibu dan bayi yang dikandungnya.

3) Jadwal Pemeriksaan Antenatal

Kebijakan program pelayanan antenatal yang ditetapkan oleh Departemen Kesehatan tentang frekuensi kunjungan sebaiknya dilakukan paling sedikit 6 kali selama kehamilan dengan dua kali pemeriksaan USG oleh dokter.¹⁶

- a) Pada trimester 1 (1-12 minggu), frekuensi kunjungan sebanyak 1 kali kunjungan.
- b) Pada trimester 2 (>12-24 minggu), freuensi kunjungan sebanyak 2 kali kunjungan dengan Bidan.
- c) Pada trimester 3 terdapat dua yaitu:

Trimester 3 awal >24- 36 minggu

Trimester 3 akhir >36-40 minggu

Frekuensi kunjungan sebanyak 3 kali kunjungan.

Kunjungan ketiga dan ke empat/K3 dan K4 (trimester III), pada masa ini sebaiknya ibu melakukan kunjungan *antenatal care* setiap dua minggu sampai adanya tanda kelahiran. Pada masa ini dilakukan pemeriksaan: anamnesis keluhan dan gerak janin, pemberian imunisasi *Tetanus Toksoid* (TT), pengamatan gerak jalin, pemeriksaan fisik dan obstetri, nasihat senam hamil, penilaian risiko kehamilan, Komunikasi, Informasi, dan Edukasi (KIE) ibu hamil, pemeriksaan *ultrasonografi* (USG), pemeriksaan laboratorium ulang.

- 4) Pelayanan Asuhan Standar Antenatal 14 T

Pelayanan asuhan standar antenatal 14 T terdiri dari:²¹

- a) Timbang berat badan dan pengukuran tinggi badan
Timbang BB dan pengukuran TB pertambahan BB yang normal pada ibu hamil yaitu berdasarkan indek massa tubuh, dimana metode ini menentukan pertambahan optimal selama masa kehamilan, karena merupakan hal yang penting untuk mengetahui BMT wanita hamil. Total pertambahan BB pada kehamilan yang normal adalah 11,5-16 Kg adapun TB menentukan tinggi panggul ibu, ukuran normal yang baik untuk ibu hamil antara lain.

- b) Ukur tekanan darah

Tekanan darah perlu diukur untuk mengetahui perbandingan nilai dasar selama kehamilan. Tekanan darah yang adekuat perlu untuk mempertahankan fungsi plasenta, tetapi tekanan darah sistolik 140 mmHg atau diastolic 90 mmHg pada awal pemeriksaan dapat mengindikasi potensi hipertensi.

- c) Ukur tinggi fundus uteri

Apabila usia kehamilan dibawah 24 minggu pengukuran dilakukan dengan jari, tetapi apabila kehamilan diatas 24 minggu memakai Mc.Donald yaitu dengan cara mengukur tinggi fundus memakai

pita senti dari tepi atas sympisis sampai fundus uteri kemudian ditentukan sesuai rumusnya.

d) Tetanus Toxoid

Imunisasi *tetanus toxoid* adalah proses untuk membangun kekebalan sebagai upaya pencegahan terhadap infeksi tetanus. Pemberian imunisasi *Tetanus Toxoid* (TT) pada kehamilan umumnya diberikan 2 kali saja imunisasi pertama diberikan pada usia 16 minggu untuk yang ke dua diberikan 4 minggu kemudian, akan tetapi untuk memaksimalkan perlindungan maka dibuat jadwal pemberian imunisasi pada ibu.

Tabel 2.4 Jadwal Imunisasi TT

Jenis TT	Waktu pelaksanaan	Masa perlindungan
TT 1	1 minggu sebelum menikah	0 perlindungan
TT 2	4 minggu setelah TT 1	3 tahun
TT 3	6 bulan setelah TT 2	5 tahun
TT 4	1 tahun setelah TT3	10 tahun
TT 5	1 tahun setelah TT4	Lebih dari 25 tahun

Sumber: Siti Rahma, Anna Malia, (2021)¹⁶

e) Tablet Fe (minimal 90 tablet selama hamil)

Zat besi pada ibu hamil adalah mencegah defisiensi zat besi pada ibu hamil, bukan menaikkan kadar hemoglobin. Wanita hamil perlu menyerap zat besi rata-rata 60 mg/hari, kebutuhannya meningkat

secara signifikan pada trimester 2, karena absorpsi usus yang tinggi. Fe diberikan 1 kali perhari setelah rasa mual hilang, diberikan sebanyak 90 tablet selama masa kehamilan. Tablet zat besi sebaiknya tidak diminum dengan teh atau kopi, karena akan mengganggu penyerapan. Jika ditemukan anemia berikan 2-3 tablet zat besi perhari. Selain itu untuk memastikannya dilakukan pemeriksaan HB yang dilakukan 2 kali selama kehamilan yaitu pada saat kunjungan awal dan pada usia kehamilan 28 minggu atau jika ada tanda-tanda anemia. Hb normal ibu hamil trimester III adalah 11-12 gram

- f) Pengambilan darah untuk pemeriksaan VDRL.

Pemeriksaan *Veneral Disease Research Laboratory* (VDRL) adalah untuk mengetahui adanya *treponema pallidum*/penyakit menular seksual, antara lain *syphilis*. Pemeriksaan kepada ibu hamil yang pertama kali datang diambil spesimen darah vena kurang lebih 2 cc. Apabila hasil tes dinyatakan positif, maka dilakukan pengobatan / rujukan pada ibu hamil. Beberapa jenis penyakit menular seksual, seperti *gonorrea* (GO), *sifilis* (Raja Singa), *trikonomiasis*, *ulkus mole (chancroid)*, *klamida*, kutil kelamin, herpes,

Human Immunodeficiency Virus/Acquired Immune Deficiency Syndrom (HIV/AIDS), trikomoniasis, Pelvic Inflammatory Disease (PID).

g) Temu wicara

Temu wicara pasti dilakukan dalam setiap klien melakukan kunjungan. Bisa berupa anamnesa, konsultasi dan persiapan rujukan. Anamnesa meliputi biodata, riwayat menstruasi, riwayat kesehatan, riwayat kehamilan, persalinan, nifas dan pengetahuan klien. Memberikan konsultasi atau melakukan kerjasama penanganan.

h) Pemeriksaan HB (Hemoglobin)

Dianjurkan pada saat kehamilan diperiksa hemoglobin untuk memeriksa darah ibu (HB, golongan darah, tripel eliminasi, gula darah) apakah ibu mengalami anemia atau tidak, mengetahui golongan darah ibu, sehingga apabila ibu membutuhkan donor pada saat persalinan ibu sudah mempersiapkannya sesuai dengan golongan darah ibu.

i) Perawatan payudara, senam payudara dan tekan payudara

Sangat penting dan sangat dianjurkan selama hamil dalam merawat payudara. Karena untuk

kelancaran proses menyusui dan tidak adanya komplikasi pada payudara, karena segera setelah lahir bayi akan dilakukan IMD (Inisiasi Menyusui Dini).

j) Pemeliharaan tingkat kebugaran/senam ibu hamil

Senam hamil merupakan terapi latihan gerak dan salah satu kegiatan dalam pelayanan selama kehamilan atau *prenatal care* yang dapat membantu ibu hamil menjaga kebugarannya dan mempersiapkan tubuh untuk persalinan serta melatih nafas saat menghadapi proses persalinan.

k) Pemeriksaan protein urine atas indikasi

Pemeriksaan ini berguna untuk mengetahui adanya protein dalam urin ibu hamil. Adapun pemeriksannya dengan asam asetat 2-3% ditujukan pada ibu hamil dengan riwayat tekanan darah tinggi, kaki *oedema*. Pemeriksaan protein urin ini ditujukan untuk mendeteksi preeklampsia pada ibu hamil.

l) Pemeriksaan reduksi urine atas indikasi

Pemeriksaan ini dilakukan untuk mendeteksi adanya glukosa atau gula dalam urin atau mengetahui terjadinya reduksi pada urin pasien dengan tujuan untuk mendeteksi secara dini ditakutkan ibu mengalami penyakit *Diabetes Mellitus* (DM).

m) Pemberian terapi kapsul yodium

Diberikan terapi tersebut untuk mengantisipasi terjadinya kekurangan yodium dan mengurangi terjadinya kekerdilan pada bayi kelak.

n) Pemberian terapi anti malaria untuk daerah endemis malaria

Diberikan kepada ibu hamil pendatang dengan gejala malaria yakni panas tinggi disertai menggigil dan hasil apusan darah yang positif. Dampak atau akibat penyakit tersebut kepada ibu hamil yakni kehamilan muda dapat terjadi abortus, partus prematurus juga anemia.

2. Menajemen Asuhan Kebidanan Ibu Hamil

Menejemen asuhan kebidanan pada bayi baru lahir mengacu pada Kepemenkes No.938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang Standar Asuhan Kebidanan yang meliputi:²²

a. Standar I: Pengkajian Data Subjektif dan Objektif

1) Data Subjektif

Hasil anamnesa: Biodata, keluhan utama, riwayat obsetri, riwayat kesehatan dan latar belakang social budaya.

2) Data Objektif

a) Hasil Pemeriksaan

(1) Inspeksi

Yaitu periksa pandang mulai dari kepala hingga kaki ibu hamil untuk menentukan ibu anemia atau tidak, muka (odema atau tidak), pada leher pembesaran kelenjer serta dilihat pembesaran perut sesuai usia kehamilan atau tidak, bekas luka operasi dan pada genetalia bagian luar serta penegluaran pervaginam.

(2) Palpasi

Yaitu periksa raba yang difokuskan pada abdomen dengan menggunakan cara leopold.

(3) Auskultasi

Untuk mendengarkan DJJ dengan frekuensi normal 120-160 x/menit, irama teratur, intensitas kuat, sedang atau lemah.

(4) Perkusi

Pemeriksaan reflex patella kiri dan kanan positif atau negative.

b) Psikologi

c) Pemeriksaan Penunjang

(1) Hasil pemeriksaan lab: darah dan urine.

(2) Hasil pemeriksaan USG

b. Standar II: Perumusan Diagnosa dan Masalah Kebidanan

1) Diagnosa

Ibu G., P., A., H., usia kehamilan, janin hidup/mati, tunggal/ganda, intrauterine/ekstrauterine, puka/puki, preskep/letsu/letsu-li, sudah masuk PAP/belum, KU ibu dan janin baik, sedang atau tidak.

2) Masalah

Masalah kehamilan antara lain: mual, muntah, sesak nafas, kram pada kaki, insomnia, nyeri punggung, sakit pinggang, konstipasi, hemoroid, varises pada kaki dan tangan dan sering buang air kecil.

3) Kebutuhan

Kebutuhan ibu hamil meliputi: informasi tentang hasil pemeriksaan, informasi tentang masalah yang dialami ibu, penjelasan tentang mangatasi masalah yang dirasakan ibu, dukungan psikologis, kebutuhan nutrisi, kebersihan diri, jadwal kunjungan kembali.

c. Standar III: Perencanaan

Langkah ini merupakan lanjutan dari masalah atau diagnosa yang telah diidentifikasi atau merupakan lanjutan dari setiap masalah yang berkaitan dengan kerangka pedoman tentang apa yang akan terjadi berikutnya, penyuluhan, konseling dan kolaborasi atau rujukan bila diperlukan. Pada kehamilan trimester ke-3 ini ibu minimal melakukan kunjungan 2 kali antara minggu

28 hingga 36 minggu atau lebih dan ibu boleh berkunjung jika terjadi masalah pada kehamilannya.

d. Standar IV: Pelaksanaan

Merupakan bentuk rencana tindakan sebelumnya. Tindakan dapat dilakukan oleh bidan sesuai dengan standar asuhan kebidanan.

Berikut pelaksanaanya:

- 1) Menginformasikan hasil pemeriksaan.
- 2) Menjelaskan keluhan yang sedang dirasakan.
- 3) Mengatasi keluhan tersebut.
- 4) Menjaga kebersihan dan mengatur pola makan dan istirahat.
- 5) Membicarakan persiapan untuk persalinan dan kesiapaan menghadapi kegawat darurat.
- 6) Menginformasikan kepada suami atau keluarga agar tetap memberikan dukungan kepada ibu.

e. Standar V: Evaluasi

Evaluasi keefektifan dan asuhan yang sudah diberikan meliputi pemenuhan kebutuhan pada klien apakah benar-benar telah terpenuhi sesuai dengan kebutuhan sebagaimana telah di identifikasi didalam diagnosa dan masalah rencana tersebut.

f. Standar VI: Pencatatan Asuhan Kebidanan Gunakan metode SOAP

S: Data informasi yang subjektif (mencatat hasil anamnesa).

O: Data informasi objektif (hasil pemeriksaan, observasi).

A: Mencatat hasil analisa (diagnosa dan masalah kebidanan).

1) Diagnosa atau masalah.

2) Diagnosa masalah potensial danantisipasinya. Perlu tindakan segera

P: Mencatat seluruh pentatalaksanaan (tindakan antisipasi, tindakan segera, tindakan rutin, penyuluhan, support, kolaborasi, rujukan dan evaluasi).

B. Persalinan

1. Konsep Dasar Persalinan

a. Pengertian Persalinan

Persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan plasenta) yang telah cukup bulan atau dapat hidup diluar kandungan melalui jalan lahir atau melalui jalan lain, dengan bantuan atau tanpa bantuan (kekuatan sendiri).²³

Persalinan normal adalah persalinan yang terjadi pada kehamilan aterm bukan premature atau postmature mempunyai onset yang spontan (tidak diinduksi) selesai setelah 4 jam dan sebelum 24 jam, bukan partus presipitatus atau partus lama mempunyai janin Tunggal dengan presentasi vertex (puncak kepala) dan oksiput pada bagian anterior pelvis, tidak mencakup komplikasi seperti perdarahan hebat, dan mencakup plasenta yang normal.²⁴

b. Tanda-Tanda Persalinan

Tanda-tanda persalinan meliputi:²⁵

1) Tanda-tanda bahwa persalinan sudah dekat

Pada masa 3-4 minggu sebelum persalinan ibu akan merasakan tanda-tanda seperti:

a) *Lightening*

Beberapa minggu sebelum persalinan, calon ibu merasa bahwa keadaannya menjadi lebih enteng la merasa kurang sesak, tetapi sebaliknya ia merasa bahwa berjalan sedikit lebih sukar, dan sering digangu oleh perasaan nyeri pada anggota bawah.

b) *Pollakisuria*.

Pada akhir bulan ke 9, berdasarkan hasil pemeriksaan didapatkan epigastrium kendor, fundus uteri lebih rendah dari pada kedudukannya, dan kepala janin sudah mulai masuk ke dalam pintu atas panggul. Keadaan ini menyebabkan indung kencing tertekan sehingga merangsang ibu untuk sering kencing yang disebut pollakisuria.

c) *False Labor*

Calon ibu digangu oleh his pendahuluan yang sebetulnya hanya merupakan peningkatan dari kontraksi *Braxton Hicks*. His pendahuluan ini bersifat:

- (1) Nyeri yang hanya terasa di perut bagian bawah.
- (2) Tidak teratur.

- (3) Lamanya his pendek, tidak bertambah kuat dengan majunya waktu dan bila dibawa jalan malah sering berkurang.
- (4) Tidak ada pengaruh pada pendataran atau pembukaan serviks.
- d) Perubahan Serviks

Pada akhir bulan ke 9 hasil pemeriksaan serviks menunjukkan bahwa serviks yang tadinya tertutup, panjang, dan kurang lunak. Namun kondisinya berubah menjadi lebih lembut, beberapa menunjukkan telah terjadi pembukaan dan penipisan. Perubahan ini berbeda untuk masing-masing ibu. Misalnya, pada multipara sudah terjadi pembukaan 2 cm namun pada primipara sebagian besar masih dalam keadaan tertutup. Pada akhir kehamilan, keluarnya darah dari jalan lahir dapat menjadi tanda awal dari proses persalinan, seperti pendarahan implantasi atau robekan pembuluh darah pada serviks yang mulai melunak dan membuka. Namun, keluarnya darah juga bisa menandakan komplikasi serius seperti plasenta previa, solusio plasenta, atau perdarahan antepartum yang berisiko membahayakan ibu dan janin. Oleh karena itu, jika terjadi perdarahan dari jalan lahir, segera lakukan pemeriksaan medis untuk menentukan penyebab dan tindakan yang tepat guna mencegah dampak

buruk seperti gangguan suplai oksigen pada janin, persalinan prematur, atau risiko perdarahan hebat pada ibu.

e) Energi

Beberapa ibu akan mengalami peningkatan energi kira-kira 24-28 jam sebelum persalinan mulai. Peningkatan energi ibu ini tampak dari aktivitas yang dilakukannya seperti membersihkan rumah, mengepel, mencuci perabot rumah, dan pekerjaan rumah lainnya sehingga ibu akan kehabisan tenaga menjelang kelahiran bayi, persalinan menjadi panjang dan sulit.

f) *Gastrointestinal Upsets*

Beberapa ibu mungkin akan mengalami tanda-tanda, seperti diare, obstipasi, mual, dan muntah karena efek penurunan hormon terhadap sistem pencernaan.

2) Tanda-tanda inpartu

Tanda-tanda inpartu terdiri dari:

a) Timbulnya His Persalinan

(1) Nyeri melingkar dari punggung memancar ke perut bagian depan.

(2) Makin lama makin pendek intervalnya dan makin kuat intensitasnya.

(3) Kalau dibawa berjalan bertambah kuat.

(4) Mempunyai pengaruh pada pendataran dan atau pembukaan serviks

b) Penipisan dan pembukaam serviks

Biasanya pada bumil dengan kehamilan pertama, terjadinya pembukaan ini disertai nyeri perut. Rasa nyeri terjadi karena adanya tekanan panggul saat kepala janin turun ke area tulang panggul sebagai akibat melunaknya rahim. Penipisan dan pembukaan serviks ditandai dengan adanya pengeluaran lendir dan darah sebagai tanda pemula.

c) *Bloody Show* atau lendir bercampur darah

Bloody show merupakan lendir disertai darah dari jalan lahir dengan pendataran dan pembukaan, lendir dari canalis cervicalis keluar disertai dengan sedikit darah. Perdarahan yang sedikit ini disebabkan karena lepasnya selaput janin pada bagian bawah segmen bawah rahim hingga beberapa kapiler darah terputus.

c. Tanda Bahaya Persalinan

Adapun tanda bahaya dalam persalinan yaitu:²⁶

1) Perdarahan lewat jalan lahir

Perdarahan pada kehamilan lanjut (Usia kehamilan > 20 minggu) meskipun sangat sedikit dapat merupakan ancaman bagi ibu dan janin. Ibu perlu segera mendapatkan pertolongan di

Nakes. Perdarahan pada ibu bersalin jika tidak tertangani dengan baik dapat menyebabkan syok hemoragik pada ibu.

2) Tali pusar atau tangan bayi keluar dari jalan lahir

Prolaps tali pusat adalah kondisi ketika tali pusat bayi turun melewati janin, menutupi jalan lahir, atau bahkan keluar lebih dulu daripada janin. Kondisi ini membuat bayi harus segera dilahirkan demi menghindari risiko kekurangan oksigen. Normalnya, bayi dilahirkan terlebih dahulu, barulah tali pusat keluar disusul oleh plasenta. Dalam kasus yang jarang terjadi, tali pusat mengalami prolaps, yang berarti jatuh dari posisi normalnya. Tali pusat bisa keluar dari leher rahim (serviks), lalu masuk ke dalam vagina mendahului keluarnya bayi.

3) Ibu mengalami kejang

Eklamsia adalah komplikasi kehamilan yang ditandai tekanan darah tinggi dan kejang sebelum, selama, atau setelah persalinan. Kondisi serius ini selalu didahului dengan preeklamsia sebelumnya. Eklamsia merupakan kondisi yang jarang terjadi, namun harus segera diatasi karena dapat membahayakan nyawa ibu hamil dan janin.

4) Ibu tidak kuat mengejan

Mengejan atau proses mendorong bayi keluar menuju jalan lahir mungkin menjadi hal yang menyulitkan bagi ibu hamil yang ingin melahirkan secara normal. Dalam melahirkan diperlukan

tenaga untuk mendorong bayi keluar dari jalan lahir. Power adalah tenaga ibu mendorong bayi keluar. Jika tenaga ibu kuat, maka persalinan lancar. Sebaliknya, jika tenaga ibu tidak ada, maka akan sulit melahirkan.

5) Air ketuban keruh dan berbau

Air ketuban berwarna hijau dan berbau. Kondisi ini terjadi saat air ketuban bercampur dengan mekonium yaitu kotoran atau tinja dari bayi. Kondisi ini dapat disebabkan pada kehamilan tua yang sudah melewati waktu, adanya plasenta yang tertekan, dan pada kondisi kekurangan oksigen sehingga membuat bayi menjadi stres dan menyebabkan mekonium keluar dan bercampur dengan air ketuban. Bahaya dari air ketuban hijau adalah jika ketuban ini tertelan oleh sang bayi. Salah satu komplikasi dari tertelannya air ketuban hijau adalah adanya *Meconium Aspiration Syndrome*.

6) Ibu gelisah atau mengalami kesakitan yang hebat

Maksudnya, ibu merasa gelisah dan cemas dengan persalinannya serta ibu mengalami sakit yang sangat tidak tertahankan atau sangat hebat. Hal ini dapat mempengaruhi power atau tenaga ibu saat melakukan persalinan.

d. Penyebab Mulainya Persalinan

Penyebab mulainya persalinan yaitu:²⁴

1) Teori Keregangan

Otot rahim mempunyai kemampuan meregang dalam batas tertentu. Keadaan uterus yang terus membesar dan menjadi tegang mengakibatkan iskemia otot-otot uterus, hal ini mungkin merupakan faktor yang dapat mengganggu sirkulasi utero plasenter sehingga plasenta mengalami degenerasi.

2) Teori Penurunan Progesteron

Proses penuaan plasenta terjadi mulai umur kehamilan 28 minggu, di manaterjadipenimbunanjaringan ikat, pembuluh darah mengalami penyempitan dan buntu. Villi koriales mengalami perubahan-perubahan dan produksi progesteron mengalami penurunan, sehingga otot rahim lebih sensitif terhadap oksitosin.

3) Teori Oksitosin Internal

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

4) Teori Prostaglandin

Konsentrasi prostaglandin meningkat sejak umur kehamilan 15 minggu, yang dikeluarkan oleh desidua. Pemberian prostaglandin pada saat hamil dapat menimbulkan

kontraksi otot rahim sehingga terjadi persalinan. Prostaglandin dianggap merupakan pemicu terjadinya persalinan.

5) Teori Hipotalamus-Pituitari dan Glandula Suprarenalis

Teori ini menunjukkan pada kehamilan dengan anensefalus sering terjadi keterlambatan persalinan karena tidak terbentuk hipotalamus. Pemberian kortikosteroid yang dapat menyebabkan maturitas jamim, induksi persalinan. Glandula suprarenal merupakan pemicu terjadinya persalinan. Teori berkurangnya nutrisi pada janin dikemukakan oleh Hippocrates untuk pertama kalinya.

e. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi proses Persalinan

Faktor yang mempengaruhi persalinan adalah:²⁵

1) *Power* (Kekuatan Ibu)

Power (tenaga) merupakan kekuatan yang mendorong janin untuk lahir. Dalam proses kelahiran bayi terdiri dari 2 jenis tenaga, yaitu primer dan sekunder.

- a) Primer: berasal dari kekuatan kontraksi uterus (his) yang berlangsung sejak muncul tanda-tanda persalinan hingga pembukaan lengkap.
- b) Sekunder: usaha ibu untuk mengejan yang dibutuhkan setelah pembukaan lengkap. Kekuatan meliputi his, kontraksi otot-otot perut, kontraksi diafragma dan aksi dari ligament, dengan kerjasama yang sempurna

(1) His (kontraksi uterus)

Adalah kekuatan kontraksi uterus karena otot-otot polos rahim bekerja dengan baik dan sempurna. Sifat his yang baik adalah kontraksi simetris, fundus dominan, terkoordinasi dan relaksasi. Pembagian his dan sifat-sifatnya:

- (a) His pendahuluan: his tidak kuat, datangnya tidak teratur, menyebabkan keluarnya lender darah atau *bloody show*.
- (b) His pembukaan (kala I): menyebabkan pembukaan serviks, semakin kuat, teratur dan sakit.
- (c) His pengeluaran (kala II): untuk mengeluarkan janin, sangat kuat, teratur, simetris, terkoordinasi.
- (d) His pelepasan uri (kal III): terkoordinasi sedang untuk melepaskan dan melahirkan plasenta.
- (e) His pengiring (kala IV): kontraksi lemah, masih sedikit nyeri, terjadi pengecilan rahim setelah beberapa jam atau hari.

(2) Tenaga mengejan

- (a) Setelah pembukaan lengkap dan ketuban pecah, tenaga yang mendorong anak keluar selain his,

terutama disebabkan oleh kontraksi otot-otot dinding perut, yang mengakibatkan peninggian tekanan intraabdominal.

- (b) Tenaga ini serupa dengan tenaga mengejan waktu kita buang air besar, tapi jauh lebih kuat lagi.
- (c) Saat kepala sampai kedasar panggul, timbul reflex yang mengakibatkan ibu menutup glottisnya, mengkontraksikan otot-otot perut dan menekan diafragmany ke bawah.
- (d) Tenaga mengejan ini hanya dpat berhasil bila pembukaan sudah lengkap, dan paing efektif sewaktu ada his.
- (e) Tanpa tenaga mengejan, anak tidak dapat lahir. Misalnya pada penderita yang lumpuh otot-otot perutnya, persalinan harus dibantu dengan forceps.
- (f) Tenaga mengejan ini juga melahirkan plasenta setelah terlepas dari dinding rahim.

2) *Passage* (Jalan Lahir)

Passage terdiri dari panggul ibu, yaitu terdiri dari tulang padat, dasar panggul, vagina, dan, *introitus* (lubang luar vagina). Meskipun jaringan lunak, khususnya lapisan-lapisan

otot dasar panggul ikut menunjang keluarnya bayi, akan tetapi panggul ibu lebih berperan dalam proses persalinan. Janin harus bisa menyesuaikan dirinya terhadap jalan lahir yang relatif kaku. Oleh sebab itu, ukuran dan bentuk panggul harus ditentukan sebelum persalinan dimulai. Jalan lahir terdiri atas:

- a) Jalan lahir keras (pelvic atau panggul), yaitu 2 tulang pangkal paha (*os coxae*) yang terdiri dari *os illium*, *os ischium*, dan *os pubis*, 1 tulang kelangkang (*os sacrum*), dan 1 tulang tungging (*os cocygis*).
- b) Jalan lahir lunak, dibentuk oleh Segmen Bawah Rahim (SBR), *serviks vagina*, *introitus vagina* dan *vulva*, *muskulus* dan *ligamentum* menyelubungi dinding dalam dan bawah panggul (*diafragma pelvis*) terdiri dari bagian otot (*muskulus levator ani*), dan bagian *membrane (diafragma urogenital)*.

Ukuran-Ukuran panggul:²⁷

- c) Panggul luar
 - (1) Distansia Spinarum yaitu diameter antara kedua Spina Iliaka anterior superior kanan dan kiri ; 24-26 cm
 - (2) Distansia kristarum yaitu diameter terbesar antara kedua crista iliaka kanan dan kiri : 28-30 cm

(3) Distansia boudeloque atau konjugata eksterna

yaitu diameter antara lumbal ke-5 dengan tepi atas

sympisis pubis: 18-20 cm

(4) Lingkar panggul yaitu jarak antara tepi atas

sympisis pubis kepertengahan antara trokhanter

dan spina iliaka anterior superior kemudian ke

lumbal ke-5 kembali ke sisi sebelahnya sampai

kembali ke tepi atas sympisis pubis. Diukur

dengan metlin. Normal: 80-90 cm

d) Panggul dalam

(1) Pintu atas panggul

(a) Konjugata Vera atau diameter antero posterior
yaitu diameter antara promontorium dan tepi
atas symfisis: 11 cm. Konjugata obstetrika
adalah jarak antara promontorium dengan
pertengahan symfisis pubis.

(b) Diameter transversa (melintang), yaitu jarak
terlebar antara kedua linea inominata: 13 cm

(c) Diameter oblik (miring) yaitu jarak antara
artikulasi sakro iliaka dengan tuberkulum
pubicum sisi yang bersebelah: 12cm

(2) Bidang tengah panggul

(a) Bidang luas panggul terbentuk dari titik tengah symfisis, pertengahan acetabulum dan ruas sacrum ke-2 dan ke-3. Merupakan bidang yang mempunyai ukuran paling besar, sehingga tidak menimbulkan masalah dalam mekanisme penurunan kepala. Diameter anteroposterior 12,75 cm, diameter tranversa 12,5 cm.

(b) Bidang sempit panggul. Merupakan bidang yang berukuran kecil, terbentang dari tepi bawah symfisis, spina ischiadika kanan dan kiri, dan 1-2 cm dari ujung bawah sacrum. Diameter antero-posterior: 11,5 cm; diameter tranversa: 10 cm.

(3) Pintu bawah panggul²⁷

(a) Terbentuk dari dua segitiga dengan alas yang sama, yaitu diameter tuber ischiadicum. Ujung segitiga belakang pada ujung os sacrum, sedangkan ujung segitiga depan arkus pubis.

(b) Diameter antero posterior yaitu ukuran dari tepi bawah symfisis ke ujung sacrum: 11,5 cm

(c) Diameter tranversa: jarak antara tuber ischiadicum kanan dan kiri: 10,5 cm

- (d) Diameter sagitalis posterior yaitu ukuran dari ujung sacrum ke pertengahan ukuran tranversa: 7,5 cm
- 3) *Passenger* (Janin dan Plasenta)
- Passenger* terdiri dari 3 komponen yaitu:
- a) Janin, janin bergerak sepanjang jalan lahir merupakan akibat interaksi beberapa faktor antara lain ukuran kepala janin, presentasi, letak, sikap, dan posisi janin.
 - b) Air ketuban, waktu persalinan, air ketuban membuka *serviks* dan mendorong selaput janin ke dalam ostium uteri. Bagian selaput anak yang berada di atas *ostium uteri* dan menonjol waktu *his* disebut dengan ketuban. Ketuban inilah yang membuka *serviks*. Cara mengenali air ketuban antara lain:
 - (1) Lakmus, jika positif maka kertas lakmus akan berwarna biru
 - (2) *Makroskopis*, bau amis, adanya *lanugo*, rambut *verniks caseosa*, dan bercampur ketuban
 - (3) *Mikroskopis*, *lanugo* dan rambut
 - (4) Laboratorium, kadar *urea/ureum* rendah dibanding urin
 - c) Plasenta, karena plasenta harus melalui jalan lahir, plasenta dianggap sebagai penumpang yang menyertai

janin. Namun, plasenta jarang menghambat proses persalinan normal.

Ukuran Kepala Janin:

a) Diameter

- (1) Diameter Sub Occipito Bregmatika 9,5 cm
- (2) Diameter occipitofrontalis. Jarak antara tulang oksiput daan frontal, \pm 12 cm
- (3) Diameter vertikomento / supraokspitomental / mento occipitalis \pm 13,5 cm, merupakan diameter terbesar terjadi pada presentasi dahi
- (4) Diameter submentobregmatika \pm 9,5 cm/Diameter anteroposterior pada presentasi muka

Diameter melintang pada tengkorak janin adalah:

- (a) Diameter Biparietalis 9,5 cm
- (b) Diameter Bitemporalis \pm 8 cm
- b) Ukuran Circumferensia (Keliling)
 - (a) Circumferensia fronto occipitalis \pm 34 cm
 - (b) Circumferensia mento occipitalis \pm 35 cm
 - (c) Circumferensia sub occiput bregmatika \pm 32 cm

Ukuran badan lain:

(a) Bahu

- (1) Jaraknya \pm 12 cm (jarak antara kedua akromion)
- (2) Lingkaran bahu \pm 34 cm

(b) Bokong

(1) Lebar bokong (diameter intertrokanterika) \pm 12 cm

(2) Lingkaran bokong \pm 27 cm

4) Psikis ibu bersalinan

Persalinan dan kelahiran merupakan proses fisiologis yang menyertai kehidupan hampir setiap wanita. Pada umumnya persalinan dianggap hal yang menakutkan karena disertai nyeri hebat, bahkan terkadang menimbulkan kondisi fisik dan mental yang mengancam jiwa. Nyeri merupakan fenomena yang subjektif, sehingga keluhan nyeri persalinan setiap wanita tidak akan sama, bahkan pada wanita yang samapun tingkat nyeri persalinannya tidak akan sama dengan nyeri persalinan yang sebelumnya.

f. Mekanisme Persalinan

Mekanisme persalinan meliputi:²⁸

1) *Engagement*

Engagement pada primigravida terjadi pada bulan terakhir kehamilan sedangkan pada multigravida dapat terjadi pada awal persalinan. Masuknya kepala akan mengalami kesulitan bila saat masuk ke dalam panggul dengan sutura sagitalis dalam antero posterior. Kepala pada saat melewati pintu atas panggul dapat juga dalam keadaan dimana sutura sagitalis lebih dekat ke promontorium atau ke simfisis maka hal ini disebut

asinklitismusn sutura sagitalis melintang di jalan lahir, tulang parietal kanan dan kiri sama tinggi, maka keadaan ini disebut sinklitismus.

2) Penurunan kepala

- a) Dimulai sebelum persalinan/inpartu. Penurunan kepala terjadi bersamaan dengan mekanisme lainnya.
- b) Kekuatan yang mendukung yaitu:
 - (1) Tekanan cairan amnion
 - (2) Tekanan langsung fundus ada bokong
 - (3) Kontraksi otot-otot abdomen
 - (4) Ekstensi dan pelurusan badan janin atau tulang belakang janin

3) Fleksi

- a) Gerakan fleksi di sebabkan karena janin terus didorong maju tetapi kepala janin terlambat oleh serviks, dinding panggul atau dasar panggul
- b) Kepala janin, dengan adanya fleksi maka diameter oksipito frontalis 12 cm berubah menjadi subokspitobregmatika 9 cm.
- c) Posisi dagu bergeser kearah dada janin
- d) Pada pemeriksaan dalam ubun-ubun kecil lebih jelas teraba daripada ubun-ubun besar.

4) Rotasi dalam (putaran paksi dalam)

a) Rotasi dalam atau putar paksi dalam adalah pemutaran bagian terendah janin dari posisi sebelumnya kearah depan sampai dibawah simpisis. Bila presentasi belakang kepala dimana bagian terendah janin adalah ubun-ubun kecil maka ubun-ubun kecil memutar ke depan sampai berada di bawah simpisis. Gerakan ini adalah upaya kepala janin untuk menyesuaikan dengan bentuk jalan lahir yaitu bentuk bidang tengah dan pintu bawah panggul. Rotasi dalam terjadi bersamaan dengan majunya kepala. Rotasi ini terjadi setelah kepala melewati Hodge III (setinggi spina) atau setelah didasar panggul. Pada pemeriksaan dalam ubun-ubun kecil mengarah ke jam 12.

b) Sebab-sebab adanya putar paksi dalam yaitu:

- (1) Bagian terendah kepala adalah bagian belakang kepala pada letak fleksi.
- (2) Bagian belakang kepala mencari tahanan yang paling sedikit yang disebelah depan yaitu hiatus genitalis.

5) Ekstensi

Setelah putaran paksi selesai dan kepala sampai di dasar panggul, terjadilah ekstensi atau defleksi dari kepala. Hal ini disebabkan karena sumbu jalan lahir pada pintu bawah panggul mengarah ke depan atas, sehingga kepala harus mengadakan ekstensi untuk melaluinya. Pada kepala bekerja dua

kekuatan, yang satu mendesak nya ke bawah dan satunya disebabkan tahanan dasar panggul yang menolaknya ke atas.

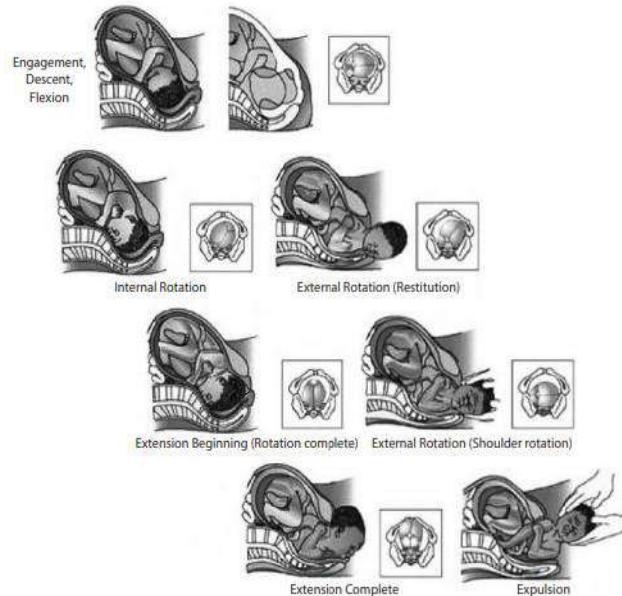
6) Rotasi luar (putaran paksi luar)

Terjadinya gerakan rotasi luar atau putar paksi luar dipengaruhi oleh faktor-faktor panggul, sama seperti pada rotasi dalam.

- a) Merupakan gerakan memutar ubun-ubun kecil ke arah punggung janin, bagian belakang kepala berhadapan dengan tuber iskhiadikum kanan atau kiri, sedangkan muka janin menghadap salah satu paha ibu. Bila ubun-ubun kecil pada mulanya disebelah kiri maka ubun-ubun kecil akan berputar kearah kiri, bila pada mulanya ubun-ubun kecil disebelah kanan maka ubun-ubun kecil berputar ke kanan.
- b) Gerakan rotasi luar atau putar paksi luar ini menjadikan diameter biakromial janain searah dengan diameter anteroposterior pintu bawah panggul, dimana satu bahu di anterior di belakang simpisis dan bahu yang satunya di bagian posterior dibelakang perineum.
- c) Sutura sagitalis kembali melintang.

7) Ekspulsi

Setelah terjadinya rotasi luar, bahu depan berfungsi sebagai *hypomochlion* untuk kelahiran bahu belakang.



Gambar 2.2 Mekanisme Persalinan

Sumber: Ayunda Insani A, Bd S, (2019)²⁹

Kemudian setelah kedua bahu lahir disusul lahirlah trochanter depan dan belakang sampai lahir janin seluruhnya. Gerakan kelahiran bahu depan, bahu belakang dan seluruhnya.

g. Partograf

1) Pengertian

Partograf adalah alat untuk mencatat hasil observasi dan pemeriksaan fisik ibu dalam proses persalinan serta merupakan alat utama dalam mengambil keputusan klinik khususnya pada persalinan kala satu.²⁹

2) Kegunaan

Mencatat hasil observasi dan kemajuan persalinan dengan memeriksa pembukaan serviks berdasarkan pemeriksaan dalam.

Mendeteksi apakah proses persalinan berjalan secara normal, dengan demikian dapat mendeteksi secara dini kemungkinan terjadinya partus lama. Hal ini merupakan bagian terpenting dari proses pengambilan keputusan klinik persalinan kala I.

3) Bagian-bagian partografi

Bagian-bagian patografi yaitu:²⁹

- a) Kemajuan persalinan, meliputi: pembukaan serviks, turunnya bagian terendah dan kepala janin, kontraksi uterus.
- b) kondisi janin: denyut jantung janin, warna dan volume air ketuban, moulase kepala janin.
- c) Kondisi ibu: tekanan darah, nadi dan suhu badan; volume urine, obat dan cairan.

4) Cara Pengisian Patografi

Cara pengisian patografi yaitu:²⁹

a. Lembar depan partograph

Informasi ibu ditulis sesuai identitas ibu. Waktu kedatangan ditulis sebagai jam. Catat waktu pecahnya selaput ketuban, dan catat waktu merasakan mules.

b. Kondisi janin

(5) Denyut Jantung Janin

Nilai dan catat denyut jantung janin (DJJ) setiap 30 menit (lebih sering jika terdapat tanda-tanda gawat janin). Setiap kotak menunjukkan waktu 30 menit.

Kisaran normal DJJ tertera diantara garis tebal angka 180 dan 100. Bidan harus waspada jika DJJ mengarah di bawah 120 per menit (bradicardi) atau diatas 160 permenit (tachikardi). Beri tanda ‘•’ (tanda titik) pada kisaran angka 180 dan 100. Hubungkan satu titik dengan titik yang lainnya.

(6) Warna dan adanya air ketuban

Catat warna air ketuban setiap melakukan pemeriksaan vagina, menggunakan lambing-lambang berikut:

U: Selaput ketuban **Utuh**.

J: Selaput ketuban pecah, dan air ketuban **Jernih**

M: Air ketuban bercampur **Mekonium**.

D: Air ketuban bernoda **Darah**.

K: Tidak ada cairan ketuban/**Kering**.

(7) Penyusupan/molase tulang kepala janin

Setiap kali melakukan periksa dalam, nilai penyusupan antar tulang (molase) kepala janin. Catat temuan yang ada di kotak yang sesuai di bawah lajur air ketuban. Gunakan lambang-lambang berikut:

0: Sutura terpisah.

1: Tulang-tulang kepala janin hanya saling bersentuhan.

2: Sutura tumpang tindih tetapi masih dapat diperbaiki.

3: Sutura tumpang tindih dan tidak dapat diperbaiki.

Sutura/tulang kepala saling tumpang tindih menandakan kemungkinan adanya *Cephalo Pelvic Disproportion* (CPD).

(8) Kemajuan persalinan

Angka 0-10 di kolom paling kiri adalah besarnya dilatasi serviks.

(a) Pembukaan serviks

Saat ibu berada dalam fase aktif persalinan, catat pada partografi setiap temuan dari setiap pemeriksaan. Nilai dan catat pembukaan serviks setiap 4 jam. Cantumkan tanda ‘X’ di garis waktu yang sesuai dengan lajur besarnya pembukaan serviks.

(b) Penurunan bagian terbawah janin

Untuk menentukan penurunan kepala janin tercantum angka 1-5 yang sesuai dengan metode perlamaan. Tuliskan turunnya kepala janin dengan garis tidak terputus dari 0-5. Berikan tanda ‘0’ pada garis waktu yang sesuai.

(c) Garis waspada dan garis bertindak

Garis waspada, dimulai pada pembukaan serviks 4 cm, dan berakhir pada titik di mana pembukaan lengkap. Jika pembukaan serviks mengarah ke sebelah kanan garis waspada, maka harus dipertimbangkan adanya penyulit. Jika pembukaan serviks telah melampaui dan berada di sebelah kanan garis bertindak maka menunjukkan perlu dilakukan tindakan untuk menyelasaikan persalinan.

(d) Jam dan waktu

Waktu mulainya fase aktif persalinan setiap kotak menyatakan satu jam sejak dimulainya fase aktif persalinan. Waktu aktual saat pemeriksaan atau persalinan. Cantumkan tanda ‘x’ di garis waspada, saat ibu masuk dalam fase aktif persalinan.

(e) Kontraksi uterus

Terdapat lima kotak kontraksi per 10 menit.

Nyatakan lama kontraksi dengan:

Tabel 2.5 Kontraksi Uterus

	Beri titik-titik di kotak yang sesuai untuk menyatakan kontraksi yang lamanya < 20 detik
	Beri garis-garis (arsir) di kotak yang sesuai untuk menyatakan kontraksi yang lamanya 20-40 detik.
	Isi penuh kotak yang sesuai untuk menyatakan kontraksi yang lamanya > 40 detik.

Sumber: Fitria Dwi Anggraini, Nur Zuwariyah, (2020)²⁹

(f) Obat-obatan dan cairan yang diberikan³⁰

(1) Oksitosin

Jika tetesan drip sudah dimulai, dokumentasikan setiap 30 menit jumlah unit oksitosin yang diberikan per volume cairan dan dalam satuan tetes per menit.

(2) Obat lain dan cairan IV

Catat semua dalam kotak yang sesuai dengan kolom waktunya.

(g) Kondisi ibu³⁰

(1) Nadi, dicatat setiap 30 menit. Beri tanda titik

(•) pada kolom yang sesuai.

(2) Tekanan darah, dicatat setiap 4 jam atau lebih

sering jika diduga ada penyulit. Beri tanda panah pada partograf pada kolom waktu yang

sesuai

(3) Suhu tubuh, diukur dan dicatat setiap 2 jam atau lebih sering jika terjadi peningkatan mendadak atau diduga ada infeksi. Catat suhu tubuh pada kotak yang sesuai

(4) Volume urine, protein dan aseton. Ukur dan catat jumlah produksi urine setiap 2 jam (setiap ibu berkemih). Jika memungkinkan, lakukan pemeriksaan aseton dan protein dalam urine.

(h) Lembar belakang partograph

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 , itulah sebabnya bagian ini disebut sebagai catatan persalinan Nilai dan catatkan asuhan yang diberikan pada ibu dalam masa nifas terutama selama pesalinan kala IV untuk memungkinkan penolong persalinan mencegah terjadinya penyulit dan membuat keputusan klinik yang sesuai, dokumentasi ini sangat penting untuk membuat keputusan klinik terutama pada pemantauan kala IV.

Adapun lembaran patograf yang harus di isi yaitu:

1) Data dasar

Data dasar terdiri dari tanggal, nama bidan, tempat persalinan, alamat tempat persalinan, catatan, alasan merujuk, tempat rujukan dan pendamping pada saat merujuk. Isi data padamasing-masing tempat yang telah disediakan, atau dengan cara memberi tanda ✓ pada kotak disamping jawaban yang sesuai.

2) Kala I

Kala I terdiri dari pertanyaan-pertanyaan tentang temuan semua temuan fase laten, grafik melewati atau tidak, masalah-masalah lain yang timbul, penatalaksanaannya, dan hasil penatalaksanaan masalah tersebut.

3) Kala II

Kala II terdiri dari episiotomy, pendamping persalinan, gawat janin, distosia bahu, masalah penyerta, penatalaksanaan dan hasilnya. Beri tanda ✓ pada kotak di samping jawaban yang sesuai.

4) Kala III

Kala III terdiri dari lama kala III, pemberian oksitosin, penegangan tali pusat terkendali, masase fundus, plasenta lahir lengkap, plasenta tidak lahir > 30 menit, laserasi, atoniauteri, jumlah perdarahan, masalah penyerta, penatalaksanaan dan hasilnya, isi jawaban pada tempat yang disediakan dan beri tanda ✓ pada kotak di samping jawaban yang sesuai. Untuk nomor 25, 26,28, lingkari jawaban yang benar.

5) Kala IV

Kala IV berisi data tentang keadaan umum ibu setelah melahirkan bayi dan plasenta, tekanan darah, nadi, suhu, tinggi fundus, kontraksi uterus, kandung kemih dan jumlah darah yang keluar. Pemantauan pada kala IV ini sangat penting terutama untuk deteksi dini komplikasi atau kesiapan penolong mengatasi masalah atau penyulit obsetrik segera seperti syok hipovolemik, perdarahan pasca primer, atau infeksi. Bila timbul masalah selama kala IV, tuliskan jenis dan tatalaksana masalah secara singkat dan lengkap pada kolom yang

tersedia. Pengisian pemantauan kala IV dilakukan setiap 15 menit pada satu jam pertama setelah melahirkan, dan setiap 30 menit pada satu jam berikutnya. Isi setiap kolom sesuai dengan hasil pemeriksaan dan jawab pertanyaan mengenai masalah kala IV pada tempat yang telah disediakan.

6) Bayi baru lahir

Informasi tentang bayi baru lahir terdiri dari berat dan panjang badan, jenis kelamin, penilaian kondisi bayi baru lahir, pemberian ASI, masalah penyerta, penatalaksanaan terpilih dan hasilnya. Isi jawaban pada tempat yang disediakan serta beri tanda ada kotak di samping jawaban yang sesuai.

h. Tahapan persalinan

Secara klinis dapat dinyatakan partus dimulai bila timbul his dan wanita tersebut mengeluarkan lendir yang disertai darah . Lendir yang disertai darah ini berasal dari lendir kanalis servikalis karena serviks mulai membuka atau mendatar.²⁴

1) Kala I (pembukaan jalan lahir)

Kala I persalinan dimulai dari adanya kontraksi uterus yang teratur dan diakhiri dengan dilatasi serviks 10 cm. Pada primipara

kala I berlangsung kurang lebih 13 jam, sedangkan multipara 7 jam. Terdapat dua fase pada kala I, yaitu:

- a) Fase laten merupakan periode waktu dari dimulainya persalinan sampai pembukaan berjalan secara progresif, umumnya dimulai saat kontraksi muncul hingga pembukaan 3-4 cm berlangsung dalam 7-8 jam. Selama fase ini presentasi mengalami penurunan sedikit hingga tidak sama sekali.
- b) Fase aktif dibagi menjadi 3 yaitu:

(1) fase akselerasi terjadi dalam 2 jam pembukaan 3 cm menjadi 4cm,

(2) fase dilatasi maksimal terjadi dalam 2 jam pembukaan berlangsung sangat cepat dari 4 cm menjadi 9 cm, fase deselerasi pembukaan menjadi lambat dalam waktu 2 jam pembukaan dari 9 cm menjadi lengkap. Fase tersebut terjadi pada primigravida. Pada multigravida terjadi demikian namun terjadi dalam waktu yang lebih pendek

2) Kala II (pengeluaran)

Kala II persalinan merupakan tahap di mana janin dilahirkan.

Pada saat kala II his semakin kuat dan cepat 2-3 menit sekali.

Saat kepala janin sudah masuk panggul secara reflektoris akan menimbulkan keinginan mengejan, merasakan tekanan pada anus dan merasakan ingin BAB, perinium menonjol, vulva

membuka. Batas dan lama tahap persalinan kala II berbeda-beda tergantung paritasnya. Pada primigravida membutuhkan tahapan ini kira-kira 25-57 menit.

3) Kala III (kala uri)

Dimulai dari bayi lahir sampai plasenta lahir. Setelah bayi lahir uterus akan teraba keras dengan fundus uteri berada di atas pusat (fundus berkонтакси dengan baik). Beberapa menit kemudian uterus berkontraksi lagi untuk melepaskan plasenta dari dinding uterus. Pelepasan plasenta terjadi antara 6-15 menit setelah bayi lahir dan keluar spontan atau dengan tekanan pada fundus uteri. Pada tahap ini dilakukan tekanan ringan dorso kranial untuk membantu pengeluaran plasenta. Plasenta diperhatikan secara cermat sehingga tidak menyebabkan gangguan kontraksi rahim atau terjadi perdarahan sekunder.

4) Kala IV (2 jam setelah melahirkan)

Kala IV persalinan berlangsung selama 2 jam setelah plasenta lahir. Periode ini merupakan masa pemulihan yang terjadi segera jika homeostasis berlangsung dengan baik. Pada tahap ini kontraksi otot rahim meningkat sehingga pembuluh darah terjepit untuk menghentikan perdarahan. Pada kala ini dilakukan observasi terhadap tekanan darah (TD), pernapasan (P), nadi (N), kontraksi otot rahim dan perdarahan selama 2 jam

pertama. Pada 1 jam pertama dilakukan pemeriksaan 15 menit sekali dan 1 jam kedua dilakukan pada 30 menit kedua.

i. Perubahan fisiologis pada masa persalinan

Perubahan fisiologis pada masa persalinan yaitu:²⁴

1) Fisiologi Persalinan Kala 1

a) Uterus

Saat mulai persalinan, jaringan dari miometrium berkontraksi dan berelaksasi seperti otot pada umumnya.

Pada saat otot retraksi, ia tidak akan kembali ke ukuran semula tapi berubah ke ukuran yang lebih pendek secara progresif. Dengan perubahan bentuk otot uterus pada proses kontraksi, relaksasi, dan retraksi maka kavum uterus lama kelamaan menjadi semakin mengecil. Proses ini merupakan salah satu faktor yang menyebabkan janin turun ke pelviks.

Kontraksi uterus mulai dari fundus dan terus melebar sampai ke bawah abdomen dengan dominasi tarikan ke arah fundus (fundal dominan). Kontraksi uterus berakhir dengan masa yang terpanjang dan sangat kuat pada fundus.

b) Serviks

Sebelum onset persalinan, serviks mempersiapkan kelahiran dengan berubah menjadi lembut. Saat persalinan mendekat, serviks mulai menipis dan membuka.

Penipisan serviks (*effacement*)

Berhubungan dengan kemajuan pemendekan dan penipisan serviks. Seiring dengan bertambah efektifnya kontraksi, serviks mengalami perubahan bentuk menjadi lebih tipis. Hal ini disebabkan oleh kontraksi uterus yang bersifat fundal dominan sehingga seolah-olah serviks tertarik ke atas dan lama - kelamaan menjadi tipis.

Dilatasi

Proses ini merupakan kelanjutan dari effacement. Setelah serviks dalam kondisi menipis penuh, maka tahap berikutnya adalah pembukaan. Serviks membuka disebabkan daya tarikan otot uterus ke atas secara terus - menerus saat uterus berkontraksi. Dilatasi dan diameter serviks dapat diketahui melalui pemeriksaan intravagina. Berdasarkan diameter pembukaan serviks, proses ini terbagi dalam 2 fase, yaitu:

(1) Fase Laten

Berlangsung selama kurang lebih 8 jam. Pembukaan terjadi sangat lambat sampai mencapai diameter 3 cm.

(2) Fase Aktif

Dibagi dalam 3 fase.

- (a) Fase akselerasi, dalam waktu 2 jam pembukaan 3 cm kini menjadi 4 cm.