

**ASUHAN KEBIDANAN BERKESINAMBUNGAN PADA Ny.“S”
DI TEMPAT PRAKTIK MANDIRI BIDAN
SUSI ANGGRAINI, A.Md. Keb
KABUPATEN SOLOK
TAHUN 2025**

Laporan Tugas Akhir

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



Disusun Oleh :

NISFANIKA SHAHIRA
NIM. 224110466

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

PERNYATAAN PERSETUJUAN PEMBIMBING

Laporan Tugas Akhir

**ASUHAN KEBIDANAN BERKESINAMBUNGAN PADA Ny. "S"
DI TEMPAT PRAKTIK MANDIRI BIDAN
SUSI ANGGRAINI, A.Md. Keb
KABUPATEN SOLOK
TAHUN 2025**

Disusun oleh :

NISFANIKA SHAHIRA
NIM. 224110466

Telah disetujui dan diperiksa untuk dipertahankan dihadapan Tim Penguji
Laporan Tugas Akhir Program Studi Diploma Tiga
Kebidanan Padang Jurusan Kebidanan
Kemenkes Poltekkes Padang

Padang, 23 Juni 2025

Menyetujui :

Pembimbing Utama

Elda Yusefni, S.ST, M.Keb
NIP. 19690409 199502 2 001

Pembimbing Pendamping

Lita Angelina Saputri, S.SiT, M.Keb
NIP. 19850717 200801 2 003

Padang, 23 Juni 2025

Ketua Prodi Diploma Tiga Kebidanan Padang

Dr. Eravianti, S.SiT, MKM
NIP. 19671016 198912 2 001

PERNYATAAN PENGESAHAN PENGUJI

Laporan Tugas Akhir

**ASUHAN KEBIDANAN BERKESINAMBUNGAN PADA Ny. "S"
DI TEMPAT PRAKTIK MANDIRI BIDAN
SUSI ANGGRAINI, A.Md. Keb
KABUPATEN SOLOK
TAHUN 2025**

Disusun Oleh :

NISFANIKA SHAHIRA
NIM. 224110466

Telah dipertahankan di hadapan Tim Penguji Laporan Tugas Akhir Program Studi Diploma Tiga Kebidanan Padang Jurusan Kebidanan Kemenkes Poltekkes Padang pada Tanggal :

Padang, 23 Juni 2025

SUSUNAN DEWAN PENGUJI

Ketua,

Mardiani Bebasari, S.SiT, M.Keb
NIP. 19750306 200501 2 001

(.....)

Anggota,

Nurul Aziza Ath Thaariq, M.Tr.Keb
NIP. 19930216 202012 2 010

(.....)

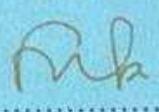
Anggota,

Elda Yusefni, S.ST, M.Keb
NIP. 19690409 199502 2 001

(.....)

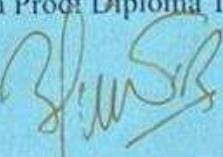
Anggota,

Lita Angelina Saputri, S.SiT, M.Keb
NIP. 19850717 200801 2 003

(.....)

Padang, 23 Juni 2025

Ketua Prodi Diploma Tiga Kebidanan Padang



Dr. Eravanti, S.SiT, MKM
NIP. 19671016 198912 2 001

SURAT PERNYATAAN

Yang bertandatangan di bawah ini, saya :

Nama : Nisfanika Shahira
NIM : 224110466
Program Studi : Diploma Tiga Kebidanan Padang
TA : 2024-2025

Menyatakan bahwa saya tidak melakukan plagiat dalam penulisan Laporan Tugas

Akhir saya yang berjudul :

**ASUHAN KEBIDANAN BERKESINAMBUNGAN PADA Ny. “S”
DI TEMPAT PRAKTIK MANDIRI BIDAN
SUSI ANGGRAIN, A.Md. Keb
KABUPATEN SOLOK
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.

Tanggal, 23 Juni 2025
Peneliti

Nisfanika Shahira
NIM. 224110466

RIWAYAT HIDUP



1. IDENTITAS DIRI

Nama : Nisfanika Shahira
Tempat/ Tanggal lahir : Air Bangis/ 1 November 2003
Agama : Islam
Alamat : Jorong Pasar Baru Utara, Nagari Air Bangis,
Kecamatan Sungai Beremas, Kabupaten Pasaman
Barat, Provinsi Sumatera Barat
No Hp : 085766427642
Nama Orang Tua
Ayah : Yudi Fendra
Ibu : Khotma Lius

2. RIWAYAT PENDIDIKAN

No	Pendidikan	Tempat Pendidikan	Tahun
1.	TK	Aisyah Bustanul Athfal	2008-2010
2.	MIN	MIN 1 Pasaman Barat	2010-2016
3.	SMP	SMPN 1 Sungai Beremas	2016-2019
4.	MAN	MAN 2 Bukittinggi	2019-2022

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. "S" di Tempat Praktik Mandiri Bidan Susi Anggraini, A.Md. Keb Kabupaten Solok 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 Tiga Kebidanan Padang Jurusan Kebidanan Kemenkes Poltekkes Padang.

Pada kesempatan ini peneliti menyampaikan terimakasih kepada ibu Elda Yusefni, S.ST, M.Keb selaku dosen pembimbing utama dan ibu Lita Angelina Saputri, S.SiT, M.Keb selaku dosen pembimbing pendamping yang telah membimbing peneliti dalam menyusun laporan tugas akhir.

Ucapan terimakasih yang peneliti sampaikan kepada:

1. Ibu Renidayati, S.Kp, M.Kep, Sp.Jiwa, Direktur Kemenkes Poltekkes Padang.
2. Ibu Dr. Yuliva, S.SiT, MKM, Ketua Jurusan Kebidanan Kemenkes Poltekkes Padang.
3. Ibu Dr. Eravianti, S.SiT, MKM, Ketua Program Studi Diploma Tiga Kebidanan Kemenkes Poltekkes Padang.
4. Bapak dan ibu dosen mata kuliah beserta staf yang telah memberikan ilmu dan arahan kepada peneliti selama penelitian dalam pendidikan.

5. Orang tua dan kedua adik Darvesh Fazli dan Fadhil Adelio serta keluarga tercinta yang selalu memberikan dukungan baik moril maupun materil, serta kasih sayang yang tiada terkira dalam setiap langkah kaki peneliti.
6. Ibu Susi Anggraini, A.Md. Keb, Pimpinan Tempat Praktik Mandiri Bidan yang telah memberikan peneliti bekal ilmu dan bimbingan selama penelitian dalam pendidikan.
7. Ny. "S" dan keluarga yang telah bersedia menjadi responden peneliti dan telah berpartisipasi serta bekerja sama dalam menyelesaikan Laporan Tugas Akhir ini.
8. Seluruh teman-teman mahasiswa Program Studi Diploma Tiga Kebidanan Kemenkes Poltekkes Padang yang telah memberikan dukungan baik berupa motivasi maupun kompetisi yang sehat dalam penyusunan Laporan Tugas Akhir ini.
9. Semua pihak yang tidak dapat peneliti sebutkan satu persatu, yang ikut andil dalam terwujudnya Laporan Tugas Akhir ini.

Peneliti menyadari bahwa dalam penyusunan Laporan Tugas Akhir ini masih jauh dari kesempurnaan, hal ini karena adanya kekurangan dan keterbatasan kemampuan. Oleh karena itu, segala kritik dan saran yang bersifat membangun sangat peneliti harapkan demi kesempurnaan Laporan Tugas Akhir ini.

Padang, 23 Juni 2025

Peneliti

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL	i
PERNYATAAN PERSETUJUAN PEMBIMBING	ii
PERNYATAAN PENGESAHAN PENGUJI	iii
SURAT PERNYATAAN	iv
KATA PENGANTAR.....	vi
DAFTAR ISI.....	viii
DAFTAR TABEL	xi
DAFTAR GAMBAR	xii
DAFTAR LAMPIRAN	xiii
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang	1
B. Perumusan Masalah	6
C. Tujuan Penelitian.....	7
D. Manfaat Penelitian	8
 BAB II TINJAUAN PUSTAKA	10
A. Konsep Dasar Kehamilan.....	10
1. Pengertian Kehamilan Trimester III.....	10
2. Perubahan Fisiologis dan Psikologis pada Ibu Hamil Trimester III	10
3. Tanda Bahaya dalam Kehamilan Trimester III	15
4. Ketidaknyamanan dalam Kehamilan pada Trimester III	19
5. Kebutuhan Psikologis Ibu Hamil Trimester III.....	23
6. Kebutuhan Fisiologis Ibu Hamil Trimester III.....	26
7. Asuhan <i>Antenatal</i>	34
B. Konsep Dasar Persalinan.....	42
1. Pengertian Persalinan	42
2. Tanda – Tanda Persalinan.....	42
3. Penyebab Mulainya Persalinan	46
4. Faktor – faktor yang Mempengaruhi Proses Persalinan	48

5.	Mekanisme Persalinan	50
6.	Partografi.....	54
7.	Tahapan Persalinan.....	60
8.	Perubahan Fisiologis pada Masa Persalinan	62
9.	Kebutuhan Dasar Ibu Bersalin	68
C.	Konsep Dasar Bayi Baru Lahir	71
1.	Pengertian Bayi Baru Lahir.....	71
2.	Perubahan fisiologis bayi segera setelah lahir	72
3.	Asuhan bayi baru lahir dalam 2 jam pertama.....	78
4.	Kunjungan Neonatus	83
D.	Nifas	83
1.	Pengertian Nifas	83
2.	Perubahan Fisiologis Masa Nifas.....	84
3.	Kebutuhan pada Masa Nifas	90
4.	Tahapan Masa Nifas	94
5.	Kunjungan Masa Nifas.....	94
6.	Tujuan Asuhan pada Ibu Nifas	96
E.	Manajemen Asuhan Kebidanan.....	96
F.	Kerangka pikir.....	109
BAB III METODE PENELITIAN		110
A.	Jenis Laporan Kasus.....	110
B.	Lokasi dan Waktu.....	110
C.	Subjek Studi Kasus	110
D.	Instrumen Studi Kasus	111
E.	Teknik Pengumpulan Data	111
F.	Alat dan Bahan.....	112
BAB IV TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN		114
A.	Gambaran Umum Lokasi Penelitian	114
B.	Tinjauan Kasus.....	115

C. Pembahasan.....	182
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN	206
A. Kesimpulan	206
B. Saran.....	207

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 2. 1 Porsi Makan Ibu Hamil Trimester III	28
Tabel 2. 2 Kenaikan Berat Badan Sesuai IMT	29
Tabel 2. 3 Tinggi Fundus Uteri Sesuai Usia Kehamilan	38
Tabel 2. 4 Jadwal Pemberian Imunisasi Tetanus Toxoid Pada Ibu Hamil.....	39
Tabel 2. 5 APGAR Score	79
Tabel 2. 6 Perubahan Uterus Selama Postpartum	85
Tabel 2. 7 Perubahan Lochea	86

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 2. 1 Isi Piring Ibu Hamil.....	27
Gambar 2. 2 Palpasi Abdomen Menggunakan Manuver.....	38
Gambar 2. 3 Mekanisme Persalinan.	54
Gambar 2. 4 Kerangka Pikir Asuhan Berkesinambungan pada Ibu Hamil, Bersalin dan Nifas serta Bayi Baru Lahir.....	109

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1. Lembar konsultasi pembimbing utama
- Lampiran 2. Lembar konsultasi pembimbing pendamping
- Lampiran 3. *Gantt chart* penelitian
- Lampiran 4. Surat Izin Penelitian
- Lampiran 5. Surat Izin Penelitian Tempat Praktik Mandiri Bidan
- Lampiran 6. Surat Permohonan Menjadi Responden
- Lampiran 7. Pernyataan Persetujuan *Informed Consent*
- Lampiran 8. Format Partografi
- Lampiran 9. Cap Kaki Bayi dan Sidik Jari Ibu
- Lampiran 10. Kartu Tanda Penduduk Responden
- Lampiran 11. Kartu Keluarga Responden
- Lampiran 12. Dokumentasi

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Kehamilan, persalinan, dan nifas merupakan proses alamiah (normal) dan fisiologis yang di alami oleh setiap wanita.¹ Meskipun kehamilan, persalinan dan nifas adalah proses fisiologis, adakalanya kehamilan tidak berlangsung normal atau menjadi patologis.^{2,3} Perubahan dari fisiologis menjadi patologis dapat mengakibatkan berbagai resiko komplikasi dan jika tidak ditangani dengan tepat dapat menyebabkan terjadinya kematian ibu dan bayi.⁴

Menurut *Bill and Melinda Gates Foundation*, pada tahun 2021 Angka Kematian Ibu (AKI) secara global adalah 158,8 kematian per 100.000 kelahiran hidup. Jika dibandingkan ini menunjukkan kenaikan dengan tahun 2020 yaitu 157,1 kematian per 100.000 kelahiran hidup. Kematian ibu terjadi hampir setiap dua menit pada tahun 2020. Diperkirakan 287.000 perempuan kehilangan nyawa karena sebagian besar penyebab yang dapat dicegah terkait dengan kehamilan dan persalinan di tahun 2020. Menurut *World Health Organization (WHO)* dan UNICEF tahun 2023, AKI di Asia Tenggara mencapai 117 kematian per 100.000 kelahiran hidup di tahun 2020.⁵

Berdasarkan Kemenkes RI, AKI pada tahun 2021 sebanyak 166 per 100.000 kelahiran hidup hal ini mengalami peningkatan dibandingkan pada tahun 2020 dimana jumlah kematian ibu sebesar 98 per 100.000 kelahiran hidup.⁶ Penyebab langsung kematian ibu adalah gangguan hipertensi dalam kehamilan 31,90%, pendarahan obstetrik 26,90%, komplikasi non-obstetrik

18,5%, komplikasi obstetrik lainnya 11,80%, infeksi yang berkaitan dengan kehamilan 4,20%, abortus 5% dan penyebab lain 1,70%.⁷ Hal ini masih jauh dari target yang sudah ditetapkan *Sustainable Development Goals* (SDGs) yaitu 70 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2030.⁷

Hasil *Long Form* Sensus Penduduk 2020 menunjukkan AKI di Sumatera Barat sebesar 178 kematian per 100.000 kelahiran hidup, hal ini mengalami peningkatan dengan tahun 2021 yaitu 193 kematian per 100.000 kelahiran hidup.⁸ Beberapa faktor penyebab kematian ibu di Sumatera Barat pada tahun 2021 adalah perdarahan 46 kasus, infeksi 8 kasus, hipertensi dalam kehamilan 29 kasus, gangguan metabolismik 3 kasus, penyakit jantung 9 kasus, *covid-19* 47 kasus dan lain-lain 51 kasus.⁹

Pada tahun 2020 jumlah AKI di Kabupaten Solok sebesar 14 kasus, hal ini mengalami penurunan dibandingkan dengan tahun 2021 menjadi 12 kasus. Faktor penyebab kematian ibu adalah perdarahan, infeksi nifas, Eklamsi, dan lain-lain.¹⁰

Menurut WHO AKB pada tahun 2021 mencapai 7,87 per 1.000 kelahiran hidup, hal ini mengalami peningkatan dibandingkan pada tahun 2020 yaitu 7,79 per 1.000 kelahiran hidup.⁶ Secara nasional AKB di Indonesia mengalami penurunan dari 17,6 per 1.000 kelahiran hidup pada tahun 2020 menjadi 17,2 per 1000 kelahiran hidup tahun 2021.¹¹ Penyebab kematian bayi adalah gangguan yang terjadi selama masa perinatal sebesar 49,8%, kelainan kongenital, genetik 14,2%, Pneumonia 9,2%, diare, infeksi gastrointestinal

lainnya 7%, *viral hemorrhagic fever* 2,2%, meningitis 2%, gangguan undernutrisi, dan metabolik 1,3%.⁷

Pada tahun 2021 di Sumatera Barat jumlah kematian bayi sebanyak 851 kasus. Penyebab kematian bayi pada tahun 2021 adalah BBLR 188 kasus, asfiksia 170 kasus, kelainan kongenital 110 kasus, diare 29 kasus, pneumonia 19 kasus, infeksi 13 kasus, dan penyebab lain sebesar 322 kasus.⁹

Pada tahun 2020 jumlah kematian bayi di Kabupaten Solok sebanyak 65 kasus hal ini mengalami penurunan jika dibandingkan dengan tahun 2021 yaitu sebesar 64 kasus. Penyebab kematian bayi di Kabupaten solok adalah berat badan lahir rendah/ preterm dan asfiksia.¹⁰

Setiap kehamilan memiliki potensi risiko masalah atau komplikasi, yang beberapa diantaranya dapat berakibat fatal pada ibu maupun janin. Perawatan kehamilan dapat membantu memastikan bahwa ibu dan janin mendapatkan hasil yang sehat dan bersih, mendeteksi adanya komplikasi, serta mempersiapkan persalinan yang aman.¹²

Bidan sebagai tenaga kesehatan sangat berperan penting untuk menurunkan komplikasi selama kehamilan dengan memberikan pelayanan asuhan kebidanan yang baik pada ibu dan janin, memberi penyuluhan serta pengetahuan seputar kesehatan.⁵ Selain itu, bidan juga memiliki tanggung jawab untuk memastikan setiap ibu dan bayi memiliki kualitas hidup yang baik terutama dalam fokus kesehatan untuk mencegah terjadinya komplikasi yang dapat menyebabkan kematian ibu dan bayi.¹³

Salah satu upaya yang dapat dilakukan untuk menurunkan AKI dan AKB dalam kebidanan yaitu memberikan Asuhan Kebidanan *Continuity of Care* (COC). COC adalah asuhan yang diberikan selama siklus kehidupan mulai dari *antenatal care* (ANC), *intranatal care* (INC), bayi baru lahir (BBL), *postpartum care* (PNC), dan Keluarga berencana (KB).¹³

Penilaian terhadap pelayanan kesehatan ibu hamil ANC dapat dilakukan dengan melihat cakupan K1, K4, dan K6. K1 adalah jumlah ibu hamil yang telah memperoleh pelayanan *antenatal* pertama kali oleh tenaga kesehatan, dibandingkan jumlah sasaran ibu hamil di satu wilayah kerja pada kurun waktu satu tahun. Cakupan K4 adalah jumlah ibu hamil yang telah memperoleh pelayanan *antenatal* sesuai standar paling sedikit 4 kali. Sedangkan, cakupan K6 adalah jumlah ibu hamil yang telah memperoleh pelayanan *antenatal* sesuai dengan standar paling sedikit 6 kali pemeriksaan serta minimal 2 kali pemeriksaan dengan dokter. Pada tahun 2021, di Indonesia cakupan pelayanan ibu hamil K1 sebesar 98,0%, K4 sebesar 88,8%, dan K6 sebesar 63,0%. Sedangkan di Sumatera barat pada tahun yang sama cakupan pelayanan K1 sebesar 86,8%, K4 sebesar 74,7%, dan K6 sebesar 42,2%.⁹ Pada tahun 2022, di Kabupaten Solok cakupan pelayanan ibu hamil K1 99,9% hal ini mengalami peningkatan dari tahun 2021 yaitu sebesar 84,4%. Sedangkan cakupan K4 pada tahun 2022 berada pada angka 96,5% meningkat dari tahun sebelumnya.¹⁰

Penilaian terhadap kesehatan BBL dapat dilakukan dengan melihat cakupan kunjungan neonatal minimal 3 kali sesuai standar di suatu wilayah tertentu pada kurun waktu satu tahun. Kunjungan neonatal 1 kali (KN1) adalah cakupan

neonatal yang mendapatkan pelayanan sesuai standar pada usia 6-48 jam setelah lahir. Sedangkan KN3 adalah pelayanan kunjungan neonatal lengkap minimal satu kali pada usia 6-48 jam, satu kali pada hari ke 3- hari ke 7, dan satu kali pada hari ke 8- hari ke 28 sesuai dengan standar. Pada tahun 2021 di Indonesia cakupan pelayanan kesehatan neonatal KN1 sebesar 100,2% dan KN lengkap sebesar 96,3%. Sedangkan di Sumatera Barat pada tahun yang sama cakupan pelayanan kesehatan neonatal KN1 sebesar 85,4% dan KN lengkap sebesar 81,3%.⁹ Pada tahun 2022, di Kabupaten Solok cakupan pelayanan kesehatan neonatal KN1 sebesar 99,8% dan KN3 sebesar 99,5 %.¹⁰

Penilaian terhadap kesehatan ibu nifas PNC dapat dilakukan dengan melihat cakupan KF sesuai standar minimal 4 kali. Pada tahun 2021 di Indonesia cakupan KF1 sebesar 94,7% dan KF lengkap sebesar 90,7%. Sedangkan pada tahun yang sama di Sumatera Barat cakupan KF 1 sebesar 88,7%, dan KF lengkap sebesar 78,1 %. Hal ini menunjukkan bahwa pelayanan kesehatan KF 1 pada ibu *postpartum* disumatera barat lebih tinggi dibandingkan KF lengkap pada tahun 2021.⁹ Pada tahun 2021, di Kabupaten Solok cakupan KF sebesar 89%, meningkat pada tahun 2022 yaitu sebesar 93,3%.¹⁰

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh Julianti Fitri dan Setiawandari pada tahun 2020 di Klinik Medika Utama Sidoarjo menunjukkan asuhan kebidanan yang diberikan mulai dari kehamilan, persalinan, nifas, bayi baru lahir, dan keluarga berencana berjalan sesuai standar asuhan kebidanan. Setelah di berikan asuhan kebidanan COC ibu merasa nyaman, komplikasi yang

yang terjadi dapat teratasi dan mendeteksi sejak awal kehamilan, ibu dan bayi mendapatkan asuhan yang adekuat dan terintegrasi.¹⁴

Begitu juga dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Dewi Andriya Ningsih, COC diklaim mampu meningkatkan mutu pelayanan kebidanan yang berkualitas, asuhan berkesinambungan yang diberikan oleh bidan mampu meningkatkan keselamatan pada ibu dan bayi, sehingga dapat menekan komplikasi pada ibu dan bayi.¹⁵

Maka dari itu diperlukan asuhan berkesinambungan mulai dari asuhan kehamilan, persalinan, bayi baru lahir, nifas, dan alat kontrasepsi pasca persalinan. Hal ini agar proses alamiah berjalan normal sehingga tidak berkembang menjadi patologis dengan mendeteksi secara dini adanya faktor resiko kelainan, melakukan pencegahan, dan penanganan komplikasi.¹⁶

Berdasarkan hal tersebut mengingat Continuity of Care sangat penting dilakukan oleh bidan, maka peneliti melakukan penyusunan Laporan Tugas Akhir ini dengan judul “ Asuhan Kebidanan Berkesinambungan pada Ny. “S” di Tempat Praktik Mandiri Bidan Susi Anggraini, Amd. Keb Kabupaten Solok.”

B. Perumusan Masalah

Berdasarkan uraian latar belakang di atas masalah yang dapat dirumuskan adalah “ Bagaimanakah Asuhan Kebidanan Berkesinambungan pada Ny. “S” mulai dari usia kehamilan 36-37 minggu, persalinan, bayi baru lahir, dan nifas di Tempat Praktik Mandiri Bidan Susi Anggraini, A.Md. Keb Kabupaten Solok Tahun 2025 ?”

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan umum

Untuk menerapkan Asuhan Kebidanan Berkesinambungan pada Ny.“S” mulai dari usia kehamilan 36-37 minggu, persalinan, bayi baru lahir, dan nifas di Tempat Praktik Mandiri Bidan Susi Anggraini, A.Md. Keb Kabupaten Solok Tahun 2025 dengan mengacu pada KEPEMENKES NO.938/MENKES/SK/VIII/2007 tentang Standar Asuhan Kebidanan.

2. Tujuan khusus

- a. Melakukan pengumpulan data subyektif dan obyektif Asuhan Kebidanan Berkesinambungan pada Ny.“S” dan By.Ny.“S” mulai dari usia kehamilan 36-37 minggu, persalinan, bayi baru lahir, dan nifas di Tempat Praktik Mandiri Bidan Susi Anggraini, A.Md. Keb Kabupaten Solok Tahun 2025.
- b. Melakukan perumusan diagnosa dan atau masalah kebidanan pada Ny.“S” dan By.Ny.“S” mulai dari usia kehamilan 36-37 minggu, persalinan, bayi baru lahir, dan nifas di Tempat Praktik Mandiri Bidan Susi Anggraini, A.Md. Keb Kabupaten Solok Tahun 2025.
- c. Menyusun perencanaan asuhan pada Ny.“S” dan By.Ny.“S” mulai dari usia kehamilan 36-37 minggu, persalinan, bayi baru lahir, dan nifas di Tempat Praktik Mandiri Bidan Susi Anggraini, A.Md. Keb Kabupaten Solok Tahun 2025.
- d. Melakukan Implementasi/ penatalaksanaan asuhan kebidanan pada Ny.“S” dan By.Ny.“S” mulai dari usia kehamilan 36-37 minggu,

persalinan, bayi baru lahir, dan nifas di Tempat Praktik Mandiri Bidan Susi Anggraini, A.Md. Keb Kabupaten Solok Tahun 2025.

- e. Melakukan evaluasi tindakan Asuhan Kebidanan pada Ny.“S” dan By.Ny.“S” mulai dari usia kehamilan 36-37 minggu, persalinan, bayi baru lahir, dan nifas di Tempat Praktik Mandiri Bidan Susi Anggraini, A.Md. Keb Kabupaten Solok Tahun 2025.
- f. Membuat Pendokumentasian Asuhan Kebidanan yang diberikan pada Ny.“S” dan By.Ny.“S” mulai dari usia kehamilan 36-37 minggu, persalinan, bayi baru lahir, dan nifas di Tempat Praktik Mandiri Bidan Susi Anggraini, A.Md. Keb Kabupaten Solok Tahun 2025.

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat teoritis

Hasil studi kasus ini dapat sebagai pertimbangan masukan untuk menambah wawasan, meningkatkan kemampuan dan keterampilan peneliti dalam memberi asuhan kebidanan yang komprehensif, melakukan pemantauan dan perkembangan tentang asuhan kebidanan berkesinambungan pada ibu hamil, bersalin, bayi baru lahir, dan nifas di Tempat Praktik Mandiri Bidan.

2. Manfaat aplikatif

a. Institusi

Hasil studi kasus ini dapat dimanfaatkan sebagai masukan dalam pemberian asuhan komprehensif pada ibu hamil, bersalin, bayi baru

lahir, dan nifas di Tempat Praktik Mandiri Bidan Susi Anggraini, A.Md. Keb Kabupaten Solok Tahun 2025.

b. Manfaat bagi Profesi Bidan

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

c. Manfaat bagi Klien dan Masyarakat

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

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Kehamilan

1. Pengertian Kehamilan Trimester III

Kehamilan didefinisikan sebagai fertilisasi atau penyatuan dari spermatozoa dan ovum kemudian dilanjutkan dengan nidasi dan implantasi. Kehamilan terbagi atas 3 trimester yaitu kehamilan trimester I (0-12 minggu), kehamilan trimester II ($> 12\text{-}24$ minggu), kehamilan trimester III awal (24-36 minggu), dan trimester III akhir (36-40 minggu).⁵

Kehamilan Trimester III merupakan trimester terakhir pada kehamilan. Selama periode ini, pertumbuhan janin berlanjut dari 24 minggu hingga saat kelahiran atau pada minggu ke 40. Janin ibu dalam tahap penyempurnaan untuk kelahiran.¹⁷ Pada trimester ini disebut dengan periode menunggu dan waspada karena pada tahap ini ibu merasa tidak sabar dalam menunggu kelahiran bayinya, serta selalu menunggu tanda-tanda persalinan.¹⁸

2. Perubahan Fisiologis dan Psikologis pada Ibu Hamil Trimester III

Pada masa kehamilan akan terjadi berbagai perubahan pada ibu hamil, baik secara fisiologis maupun psikologis. Perubahan tersebut sebagian besar menyebabkan ibu hamil merasa tidak nyaman selama kehamilan dan memicu timbulnya stress yang ditandai dengan ibu sering murung serta muncul rasa takut dan cemas.⁵

a. Perubahan Fisiologis pada Ibu Hamil Trimester III.

Selama kehamilan seluruh sistem genitalia wanita mengalami perubahan yang mendasar sehingga dapat menunjang perkembangan dan pertumbuhan janin dalam rahim. Adapun perubahan fisiologis ibu hamil pada trimester III adalah sebagai berikut.⁵

1) Sistem Reproduksi

Trimester III kehamilan terdapat beberapa perubahan pada sistem reproduksi yaitu¹⁹ :

- a) Terjadi penebalan mukosa atau selaput dalam vagina.
- b) Terjadi peregangan pada sel otot vagina.
- c) Jaringan ikat mulai elastis.
- d) Peningkatan sekresi vagina yang khas seperti keputihan kental.
- e) *Serviks* menjadi lebih lunak sebagai pengaruh dari prostaglandin dalam tubuh.
- f) Otot-otot *uterus* berkontraksi dengan teratur dan terjadi pelebaran serta penipisan pada bagian paling bawah *uterus* di minggu terakhir kehamilan.

2) Payudara

Trimester III kehamilan perubahan payudara yang khas ada pada bagian produksi ASI yaitu *lobules* dan *alveoli* akan mulai memproduksi ASI secara maksimal, khususnya setelah janin dan plasenta lahir serta penurunan hormon estrogen dan progesteron.¹⁹

3) Kulit

Trimester III kehamilan muncul berbagai perubahan pada kulit yang semakin kompleks, antara lain garis-garis kemerahan yang biasa dikenal dengan *stretch mark*, kulit abdomen menjadi lebih gelap, muncul *striae* berwarna merah dan putih khususnya di kehamilan ke dua, maka garis di kehamilan sebelumnya besar kemungkinan akan muncul kembali.¹⁹

4) Perubahan Metabolisme

Trimester III kehamilan perubahan metabolisme yang nampak terlihat adalah kenaikan berat badan yang terjadi 2 kali lipat dari trimester sebelumnya. Beberapa perubahan baru juga muncul seperti *oedema* di bagian pergelangan kaki maupun tungkai yang berisi cairan hasil metabolisme. Peningkatan cairan ini diakibatkan dari meningkatnya tekanan pada vena cava karena kaki memiliki posisi yang lebih rendah dari rahim ibu yang akhirnya terjadi pembengkakan atau yang biasa dikenal dengan *oedema*.¹⁹

5) Perubahan Hematologis

Trimester III kehamilan perubahan hematologis ibu masih berlanjut seperti pada trimester I, kadar Hb dan Hat ibu cenderung rendah dan sangat penting untuk mengkonsumsi tablet penambah darah, 90 tablet selama masa kehamilan. Hasil atau nilai kadar Hb yang cenderung rendah < 11 gr/ dL menjadi diagnosa penunjang

anemia dan jika terjadi defisiensi zat besi beresiko terhadap perdarahan saat persalinan.¹⁹

6) Sistem Kardiovaskuler

Trimester III kehamilan perubahan sistem kardiovaskuler ibu berfokus pada pembesaran *uterus* yang berlangsung semakin cepat yang berdampak pada laju aliran darah dari uteroplasenta ke ginjal. Ibu disarankan untuk tidur miring kiri dan kanan, hindari posisi terlentang karena akan berpengaruh pada kondisi ginjal.¹⁹

7) Sistem Urinaria

Trimester III kehamilan perubahan pada sistem urinaria ibu berfokus pada penekanan vesica urinaria yang semakin rendah diakibatkan dari membesarnya *uterus* dan penurunan kepala janin menuju jalan lahir. Selain itu, terjadi kenaikan volume darah pada ginjal yang diteruskan pada meningkatnya laju filtrasi glomerulus dan renal plasma flow. Beberapa ibu memiliki gejala poliurinaria sering buang air kecil dalam waktu yang berdekatan.¹⁹

8) Sistem Muskuloskeletal

Trimester III kehamilan perubahan pada sistem muskuloskeletal ibu berfokus pada keluhan di bagian tulang punggung yang dipengaruhi oleh penambahan berat badan serta perubahan struktur atau dimensi tubuh peningkatan *kurvatura lumbosakral* (lordosis).¹⁹

9) Sistem Persarafan

Trimester III kehamilan perubahan pada sistem persarafan ibu berlanjut pada penurunan memori yang disebabkan adanya depresi, kecemasan, kurang tidur, dan perubahan fisik saat kehamilan. Penurunan memori ini bersifat sementara dan hilang setelah proses kehamilan selesai.¹⁹

10) Sistem Pencernaan

Trimester III kehamilan perubahan sistem pencernaan ibu berfokus pada penurunan motilitas otot polos pada organ digesif dan berkurangnya pengeluaran asam lambung. Muncul keluhan pada ibu seperti *heartburn* atau perasaan panas atau terbakar di dada dan lambung. Kondisi ini normal sebagai respon yang refleks dari tonus sphincter esofagus yang menyebabkan refleks lambung ke esofagus karena makanan yang dicerna lebih lama di proses oleh lambung. Keluhan lain pada trimester III ini mungkin konstipasi yang disebabkan oleh peningkatan hormone progesterone dan hemoroid (wasir).¹⁹

b. Perubahan Psikologis pada Ibu Hamil Trimester III

Pada masa kehamilan selain mengalami perubahan fisiologis ibu hamil juga mengalami perubahan psikologis, faktor penyebab terjadinya perubahan psikologis adalah karena meningkatnya produksi hormon progesteron. Selain perubahan hormon kerentanan daya psikis atau kepribadian juga dapat mempengaruhi perubahan psikologis pada ibu hamil. Ibu hamil dengan psikologis yang baik akan mengalami

kebahagian dalam menjalani kehamilannya. Sebaliknya ibu hamil yang mengalami gangguan psikologis besar kemungkinan akan melewati masa masa kehamilannya dengan penuh tekanan. Hal ini akan berdampak besar bagi kesehatan kehamilan. Adapun perubahan psikologis pada ibu hamil trimester III adalah.^{17,20}

- 1) Rasa tidak nyaman timbul kembali, merasa dirinya jelek, aneh, dan tidak menarik.
- 2) Merasa tidak menyenangkan ketika bayi-bayi tidak lahir tepat waktu.
- 3) Takut akan rasa sakit dan bahaya fisik yang timbul pada saat melahirkan, khawatir akan keselamatannya.
- 4) Khawatir bayi akan dilahirkan dalam keadaan tidak normal, bermimpi yang mencerminkan perhatian kekhawatirannya.
- 5) Merasa sedih karena akan terpisah dari bayinya.
- 6) Merasa kehilangan perhatian.
- 7) Perasaan mudah terluka (sensitif).
- 8) Libido.⁵

3. Tanda Bahaya dalam Kehamilan Trimester III

Tanda bahaya pada kehamilan trimester III (24-40 minggu) yaitu perdarahan pervaginam, sakit kepala yang hebat, penglihatan kabur, bengkak di muka atau tangan, kejang, dan pengeluaran cairan pervaginam (ketuban pecah dini).²¹

a. Perdarahan Pervaginam

1) Plasenta previa

Plasenta previa adalah kondisi dimana plasenta berimplantasi di segmen bawah rahim baik anterior maupun posterior sehingga menutupi ostium uteri internal.

Keadaan ini dibagi menjadi empat bagian yaitu:

- (a) Plasenta previa totalis di mana ostium uteri internum tertutup seluruhnya oleh plasenta.
- (b) Plasenta previa parsialis di mana ostium uteri internum sebagian ditutupi oleh plasenta.
- (c) Plasenta previa marginalis di mana bagian tepi dari plasenta berada di pinggir dari ostium uteri internum.
- (d) Plasenta letak rendah di mana plasenta berimplantasi pada segmen bawah rahim, tetapi tepi dari plasenta tidak mencapai ostium uteri internum, namun berada di dekatnya.

Faktor predisposisi plasenta abnormal:

- (a) Multiparitas dan usia lanjut (≥ 35 tahun).
- (b) Defek vaskularisasi desidua yang kemungkinan terjadi akibat perubahan atrofik dan inflamatorik.
- (c) Cacat atau jaringan parut pada endometrium oleh bekas pembedahan (SC, kuret, dan lain-lain).

(d) Chorion leave persisten.

Faktor yang diduga menjadi penyebab plasenta previa adalah usia ibu lebih dari 35 tahun, multiparitas, riwayat plasenta previa pada kehamilan sebelumnya, gemelli, mioma, dan hipoplasia endometrium (bila hamil pada umur muda).

Gejala yang ditemukan meliputi perdarahan pada usia kehamilan lebih dari 28 minggu, perdarahan terjadi spontan (tiba-tiba) tanpa sebab dan berulang, darah berwarna merah segar, ada stolsel atau kadang kehitaman, awalnya darah berupa bercak namun lama kelamaan banyak.²¹

2) Solusio plasenta

Solusio plasenta adalah lepasnya plasenta dari tempat implantasi sebelum waktunya (sebelum janin lahir). Klasifikasi solusio plasenta berdasarkan derajat lepasnya dibagi menjadi dua :

- (a) Solusio plasenta parsialis, bila hanya sebagian plasenta yang lepas.
- (b) Solusio plasenta totalis (komplit), bila seluruh plasenta lepas.

Adapun gejala yang ditemukan tergantung pada derajat pelepasan plasenta. Perdarahan bisa tersembunyi bisa juga tampak pervaginam berupa darah segar ataupun bekuan darah. Biasanya ibu merasakan sakit secara tiba-tiba di perut dan kadang terlokalisir pada sisi tempat plasenta lepas, nyeri punggung dan kontraksi uterus yang tidak terkoordinasi dan diselingi relaksasi. Gejala lain yang signifikan adalah pembesaran uterus pada perdarahan tersembunyi dan syok.²¹

b. Hipertensi Kehamilan Lanjut

- 1) Hipertensi dalam kehamilan: Hipertensi yang terjadi setelah usia kehamilan >20 minggu. Tanda gejalanya meliputi TD diastolik ≥ 90 mmHg dan sistolik ≥ 140 mmHg, protein urine negatif.
- 2) Preeklampsia dan eklampsia: Preeklampsia ringan ditandai dengan kenaikan tekanan darah pada usia >20 minggu kehamilan, dengan diastolik ≥ 90 mmHg, sistolik ≥ 140 mmHg dan protein urine (+1), edema ekstremitas dan atau wajah. Sedangkan preeklampsia berat ditandai dengan diastolik ≥ 110 mmHg dan sistolik ≥ 160 mmHg, protein urine (+2), edema ekstremitas dan atau wajah, oliguria (<400ml dalam 24 jam), nyeri epigastrum/ulu hati, gangguan penglihatan, dan nyeri kepala hebat. Sementara eklampsia adalah preeklampsia berat yang disertai dengan kejang.²¹

c. Keluar Cairan Pervaginam (Ketuban Pecah Dini/KPD)

Ketuban pecah dini adalah pecahnya ketuban sebelum waktunya tanpa disertai tanda inpartu bahkan sampai satu jam berikutnya. KPD disebabkan oleh berkurangnya kekuatan membran atau meningkatnya tekanan intrauterin, atau bisa disebabkan oleh kedua-duanya. Tanda KPD meliputi riwayat pengeluaran cairan tanpa disadari ibu dalam jumlah banyak atau sedikit demi sedikit dan periksa dengan kertas laksus (berubah jadi biru).²¹

d. Gerakan Janin Tidak Terasa

1) Fetal distress

Fetal distress adalah kondisi gawat janin. Tanda gejala yang ditemukan pada fetal distress diantaranya DJJ <120 atau >160 kali per menit, terdapat mekoneum dalam air ketuban (pada letak kepala).

2) Intra uterin fetal death (IUFD)

Intra uterin fetal death adalah kematian janin yang terjadi setelah melewati masa bertahan hidup sebelum pertengahan kehamilan (masa aborsi) yaitu >20 minggu. Tanda gejala yang dapat ditemukan meliputi pertumbuhan janin terhenti (TFU tetap atau berkurang), gerakan janin terhenti, DJJ tidak ada, peningkatan BB ibu berhenti atau berkurang, perubahan mundur pada payudara, pada palpasi kepala janin teraba jatuh dan pada USG ditemukan tidak ada gerak janin, tidak ada DJJ dan tengkorak janin saling tumpang tindih (beberapa hari setelah kematian).²¹

4. Ketidaknyamanan dalam Kehamilan pada Trimester III

Memasuki Trimester III, posisi dan ukuran bayi semakin membesar sehingga ibu hamil merasa tidak nyaman. Beberapa ketidaknyamanan yang biasa terjadi pada ibu hamil di trimester III dan cara mengatasinya adalah sebagai berikut.²²

a. 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.

- 1) Perbanyak waktu istirahat dan tidur lebih awal. Apabila ibu hamil masih bekerja, ambillah waktu sebentar pada jam istirahat untuk memejamkan mata atau merebahkan diri.
- 2) Konsumsi makanan sehat setiap hari untuk menambah tenaga dan mencukupi kebutuhan nutrisi harian ibu hamil.
- 3) 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.
- 4) Minum air putih yang cukup untuk mencegah dehidrasi.
- 5) Batasi kegiatan yang tidak penting. Jika ibu hamil membutuhkan bantuan untuk melakukan sesuatu maka jangan ragu meminta bantuan suami atau keluarga.²²

b. Nyeri Punggung

Nyeri punggung saat trimester III umumnya terjadi karena punggung ibu hamil harus menopang bobot tubuh yang lebih berat. Rasa nyeri juga dapat disebabkan oleh hormon rileksin yang mengendurkan sendi di antara tulang-tulang di daerah panggul. Kendurnya sendi-sendi dapat

memengaruhi postur tubuh dan memicu nyeri punggung. Untuk mengatasi hal tersebut, ibu hamil dapat melakukan hal-hal sebagai berikut.²²

- 1) Lakukan latihan panggul, seperti senam hamil, peregangan kaki secara rutin, atau senam kegel.
- 2) 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.
- 3) Duduk dengan tegak dan gunakan kursi yang menopang punggung dengan baik.
- 4) Gunakan sepatu yang nyaman, contohnya sepatu hak rendah karena model ini dapat menopang punggung lebih baik.
- 5) Kompres punggung dengan handuk hangat.²²

c. Sering Buang Air Kecil

Seiring bertambahnya usia kehamilan, berat rahim akan bertambah dan ukuran rahim mengalami peningkatan sehingga rahim membesar ke arah luar pintu atas panggul menuju rongga perut. Perubahan ini menyebabkan tertekannya kandung kemih oleh volume rahim menyebabkan kapasitas kandung kemih berkurang, akibatnya daya tampung kandung kemih berkurang. Untuk mengatasi hal tersebut, ibu hamil dapat melakukan hal-hal sebagai berikut.²²

- 1) Hindari mengonsumsi minuman berkafein, seperti kopi, teh, atau minuman bersoda, karena bisa membuat ibu hamil lebih sering buang air kecil.

- 2) Pastikan minum air putih setidaknya delapan gelas sehari, hindari minum sebelum tidur.
- 3) Jangan menahan rasa ingin buang air kecil karena dapat meningkatkan frekuensi ke toilet.²²

d. Sesak Napas

Otot yang berada di bawah paru-paru dapat terguncang oleh rahim yang terus membesar. Hal ini membuat paru-paru sulit untuk mengembang dengan sempurna sehingga kadang membuat ibu hamil sulit untuk bernapas. Jika ibu hamil mengalami hal demikian maka lakukan hal-hal sebagai berikut.²²

- 1) Topang kepala dan bahu dengan bantal saat tidur.
- 2) Lakukan olahraga ringan secara rutin untuk memperbaiki posisi tubuh sehingga paru-paru dapat mengembang dengan baik.²²

e. Dada Terasa Panas atau Terbakar

Rasa terbakar di dada disebabkan oleh perubahan hormon yang menyebabkan otot lambung menjadi rileks dan tertekannya lambung oleh rahim yang semakin membesar. Hal tersebut memicu isi dan asam lambung terdorong naik ke kerongkongan yang menimbulkan keluhan berupa rasa panas atau terbakar di dada. Untuk menghindarinya, ada beberapa langkah yang dapat dilakukan oleh ibu hamil sebagaimana berikut.²²

- 1) Teliti dalam memilih makanan. Jauhi makanan yang asam, pedas, berminyak, atau berlemak, dan batasi konsumsi minuman berkarbohidrat.

2) Makan dengan frekuensi lebih sering, tetapi dengan porsi yang sedikit.

Jangan makan sambil berbaring atau mendekati waktu tidur.²²

5. Kebutuhan Psikologis Ibu Hamil Trimester III

Adanya perubahan-perubahan yang terjadi pada psikologis ibu hamil menandakan bahwa ibu hamil memiliki kebutuhan tertentu yang akan mendukung dan menyokong proses adaptasi psikologisnya. Terpenuhi atau tidaknya kebutuhan akan memberi dampak besar terhadap penerimaan dan kesiapan ibu terhadap kehamilan dan proses reproduksi yang akan dijalani ibu hamil. Beberapa kebutuhan psikologi ibu selama masa kehamilan trimester III sebagai berikut.¹⁷

a. Dukungan Keluarga

Keluarga dapat memberikan dukungan dan kasih sayang kepada ibu hamil sehingga memberikan perasaan nyaman dan aman ketika ibu merasa takut dan khawatir dengan kehamilannya.

Dukungan tersebut dapat berupa :

- 1) Memberikan dukungan kepada ibu untuk menerima kehamilannya.
- 2) Memberikan dukungan kepada ibu untuk menerima dan mempersiapkan peran sebagai ibu.
- 3) Memberikan dukungan kepada ibu untuk menghilangkan rasa takut dan cemas terhadap persalinan.
- 4) Memberikan dukungan kepada ibu untuk menciptakan hubungan yang kuat antara ibu dan anak yang dikandungnya melalui perawatan kehamilan dan persalinan yang baik.

5) Menyiapkan keluarga lainnya untuk menerima kehadiran anggota keluarga baru.²³

b. Dukungan Suami

Selama kehamilan dukungan terbesar yang hendaknya didapatkan ibu hamil adalah dukungan dari suaminya. Hal ini akan berdampak pada kesiapan ibu dalam menghadapai kehamilan dan persalinan hingga proses laktasi nanti. Saat menjelang proses persalinan, suami hendaknya menjadi suami siaga yang selalu siap dan sigap terhadap kemungkinan persalinan yang dapat terjadi sewaktu-waktu.¹⁷

Dukungan yang dapat diberikan oleh suami, misalnya dengan mengantar ibu memeriksakan kehamilannya, memenuhi keinginan ibu hamil yang ngidam, mengingatkan dengan minum tablet Fe, maupun membantu ibu melakukan kegiatan rumah tangga selama ibu hamil. Walaupun suami hanya melakukan hal-hal kecil, akan tetapi sangat diperlukan dalam meningkatkan keadaan psikologis ibu hamil ke arah yang lebih baik.²³

c. Dukungan Lingkungan

Lingkungan hendaknya memberikan dukungan dengan tidak memberikan hal yang dapat membuat ibu hamil merasa cemas dan khawatir seperti perkataan yang negatif dan memojokkan ibu. Orang-orang yang berada di lingkungan ibu hamil haruslah dapat menjaga sikap dan ucapan.¹⁷

d. Dukungan dari Tenaga Kesehatan

Dukungan tenaga kesehatan sangat penting terutama dalam berkomunikasi memberikan pendidikan kesehatan dan informasi yang benar tentang kehamilan. Secara khusus, bidan dapat melakukan perannya pada ibu hamil melalui kelas *antenatal*, menerima konsultasi klien, memberikan dukungan dan menumbuhkan rasa yakin pada ibu bahwa ibu hamil dapat menghadapi segala perubahan yang terjadi pada dirinya, membagi pengalamannya, dan berkomunikasi dengan baik pada ibu hamil bahkan kepada suami dan keluarga ibu hamil tersebut.¹⁷

e. Rasa Aman dan Nyaman

Rasa aman dan nyaman secara tidak langsung dapat juga diakibatkan oleh keadaan sosial ekonomi ibu dan keluarga. Kebutuhan nutrisi, pakaian, *hygiene* dan sebagainya pasti akan membutuhkan sokongan ekonomi yang baik.¹⁷

f. Persiapan Persalinan, Kelahiran dan menjadi Orang Tua

1) Persiapan Persalinan, dan Kelahiran

Secara fisik dan psikologis seorang ibu hamil pada akhir kehamilan memerlukan adaptasi yang sangat besar. Terdapat perubahan peran dari seorang ibu untuk menghadapi persalinan dan kelahiran bayi. Tidak sedikit ibu hamil merasa cemas menghadapi persalinannya, karena dikhawatirkan pada proses persalinannya terdapat komplikasi.

2) Persiapan menjadi Orang Tua

Pada tahap tertentu, konflik ini normal dirasakan oleh setiap calon ibu. Jika perasaan ini terus menerus dialami, tentu saja dapat memperburuk suasana hati. Bukan tidak mungkin selanjutnya perasaan negatif yang tidak segera diatasi dapat menyebabkan ibu hamil mengalami frustasi bahkan depresi.²³

g. Persiapan *Sibling*

Kehadiran seorang adik yang baru merupakan krisis utama bagi seorang anak. Anak sering mengalami perasaan kehilangan atau cemburu karena digantikan oleh bayi yang baru. Beberapa faktor yang memengaruhi respons seorang anak adalah umur, sikap orang tua, dan waktu berpisah dengan orang tua.²³

6. Kebutuhan Fisiologis Ibu Hamil Trimester III

Kompensasi dari terjadinya perubahan fisik pada ibu hamil adalah munculnya kebutuhan fisik yang apabila kebutuhan terpenuhi akan menunjang kesehatan ibu dan janin dalam kandungan.¹⁷

Adapun Kebutuhan Fisiologi Ibu Hamil Trimester III.²⁴

a. Oksigen

Pada kehamilan terjadi perubahan pada sistem pernafasan 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

karena selain untuk mencukupi kebutuhan O₂ ibu, juga harus mencukupi kebutuhan O₂ janin.²⁴

b. Nutrisi

Kondisi kesehatan ibu hamil dipengaruhi oleh banyak faktor, salah satunya adalah gizi. Kesehatan selama kehamilan berkaitan dengan pertumbuhan dan perkembangan janin, kelancaran saat persalinan serta terjadinya komplikasi atau permasalahan selama kehamilan. Ibu hamil perlu memperhatikan asupan makanan sehari-hari agar memenuhi kebutuhan zat gizi yang diperlukan selama kehamilan baik untuk kebutuhan ibu, janin dan persiapan persalinan dan masa nifas.²⁵

Untuk memastikan ibu hamil mendapatkan semua nutrisi yang dibutuhkan, berikut adalah rekomendasi porsi harian berdasarkan panduan "Isi Piringku" :



Gambar 2. 1 Isi Piring Ibu Hamil.

Sumber : Kemenkes RI, 2019.

Tabel 2. 1 Porsi Makan Ibu Hamil Trimester III

No	Bahan Makanan	Ibu Hamil Trimester 3	Keterangan
1.	Nasi atau makanan pokok	6 porsi	1 porsi = 100 g atau $\frac{3}{4}$ gelas nasi. 1 porsi = 125 g atau 3 buah jagung ukuran sedang. 1 porsi = 210 g atau 1 $\frac{1}{2}$ potong singkong. 1 porsi = 70 g atau 3 iris roti putih. 1 porsi = 200 g atau 2 gelas mie basah.
2.	Protein hewani seperti : 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.
3.	Protein nabati seperti : tempe, tahu, dan lainnya	4 porsi	1 porsi = 50 gr atau 1 potong sedang tempe. 1 porsi = 100 gr atau 2 potong sedang tahu.
4.	Sayur- sayuran	4 porsi	1 porsi = 100 gr atau 1 mangkuk sayur matang tanpa kuah.
5.	Buah- buahan	4 porsi	1 porsi = 100 gr atau 1 potong sedang pisang. 1 porsi = 100-190 gr atau 1 potong besar pepaya.
6.	Minyak / lemak	5 porsi	1 porsi = 5 gr atau 1 sendok teh, bersumber dari pengolahan makanan seperti menggoreng, menumis, santan, kemiri, mentega, dan sumber lemak lainnya.
7.	Gula	2 porsi	1 porsi = 10 gr atau 1 sendok makanan bersumber dari kue-kue manis, minum teh manis, dan lain-lainnya.

Sumber : Kemenkes, 2023.

Tabel 2. 2 Kenaikan Berat Badan Sesuai IMT

No	Kategori IMT (kg/m^2)	Rentang Kenaikan BB yang dianjurkan (kg)
1.	Rendah (BMI < 18,5)	12,5 - 18
2.	Normal (BMI 18,5 – 24,9)	11,5 - 16
3.	Tinggi (BMI 25 – 29,9)	7 – 11,5
4.	Obesitas (BMI ≥ 30)	< 6

Sumber : Yulizayati, Henni. F, dan Yunita. C, 2021

c. *Personal Hygiene*

Pada ibu hamil karena bertambahnya aktifitas metabolisme tubuh maka cenderung menghasilkan keringat yang berlebih, sehingga perlu menjaga kebersihan badan secara ekstra disamping itu menjaga kebersihan badan juga dapat memberikan rasa nyaman bagi tubuh.²⁴

1) Mandi

Pada umur kehamilan trimester III sebaiknya tidak mandi rendam karena ibu hamil dengan perut besar akan kesulitan untuk keluar dari bak mandi rendam. Menjaga kebersihan diri terutama lipatan kulit (ketiak, bawah buah dada, daerah genitalia) dengan cara dibersihkan dan dikeringkan. Air yang digunakan mandi sebaiknya tidak terlalu panas dan tidak terlalu dingin.²⁴

2) Perawatan vulva dan vagina

Ibu hamil harus membersihkan vulva setiap mandi, setelah BAB/BAK, cara membersihkan dari depan ke belakang kemudian dikeringkan dengan handuk kering. Pakaian dalam dari katun yang menyerap keringat, jaga vulva selalu dalam keadaan kering, hindari keadaan lembab pada vulva.²⁴

3) Perawatan gigi

Saat hamil sering terjadi karies yang disebabkan karena konsumsi kalsium yang kurang, dapat juga karena *emesis-hiperemesis gravidarum*, hipersaliva dapat menimbulkan timbunan kalsium di sekitar 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. Untuk menjaga supaya gigi tetap dalam keadaan sehat perlu dilakukan perawatan sebagai berikut:

- a) Periksa ke dokter gigi minimal satu kali selama hamil
- b) Makan makanan yang mengandung cukup kalsium (susu, ikan) kalau perlu minum suplemen tablet kalsium.
- c) Sikat gigi setiap selesai makan dengan sikat gigi yang lembut.

4) 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.²⁴

5) 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.²⁴

6) Pakaian

Pakaian yang dianjurkan untuk ibu hamil adalah pakaian yang longgar, nyaman dipakai, tanpa sabuk atau pita yang menekan bagian perut atau pergelangan tangan karena akan mengganggu sirkulasi darah.

Pakaian dalam atas (BH) dianjurkan yang longgar dan mempunyai kemampuan untuk menyangga payudara yang makin berkembang. Pilih BH yang mempunyai tali bahu yang lebar sehingga tidak menimbulkan rasa sakit pada bahu. Sebaiknya memilih BH yang bahannya dari katun karena selain mudah dicuci juga jarang menimbulkan iritasi. Celana dalam sebaiknya terbuat dari katun yang mudah menyerap air sehingga untuk mencegah kelembaban yang dapat menyebabkan gatal dan iritasi apalagi ibu hamil biasanya sering BAK karena ada penekanan kandung kemih oleh pembesaran uterus.²⁴

d. Eliminasi (BAB dan BAK)

1) Buang Air Besar (BAB)

Pada ibu hamil sering terjadi obstipasi. Obstipasi ini kemungkinan disebabkan oleh :

- a) Kurang gerak badan.
- b) Hamil muda sering terjadi muntah dan kurang makan.
- c) Peristaltik usus kurang karena hormon.
- d) Tekanan pada rektum oleh kepala.

Terjadinya obstipasi pada ibu hamil maka panggul terisi dengan rektum yang penuh feses selain membesarnya rahim, maka dapat menimbulkan bendungan di dalam panggul yang memudahkan timbulnya hemoroid. Hal tersebut dapat dikurangi dengan minum banyak air putih, gerak badan cukup, makan-makanan yang berserat seperti sayuran dan buah-buahan.

2) Buang Air Kecil (BAK)

Masalah buang air kecil tidak mengalami kesulitan, bahkan cukup lancar dan justru lebih sering BAK karena ada penekanan kandung kemih oleh pembesaran uterus.²⁴

e. Seksual

Hamil bukan merupakan halangan untuk melakukan hubungan seksual. Akan terapi, memasuki trimester ketiga, janin sudah semakin besar dan bobot janin semakin berat, membuat tidak nyaman untuk melakukan hubungan intim. Oleh karena itu diperlukan pengertian suami untuk memahami keengganannya istri.

Pada trimester ketiga, minat dan libido ibu juga menurun, pegal di punggung dan pinggul, tubuh bertambah berat dengan cepat, nafas lebih sesak (karena besarnya janin mendesak dada dan lambung), dan kembali merasa mual, itulah beberapa penyebab menurunnya minat seksual. Tapi jika ibu termasuk yang tidak mengalami penurunan libido di trimester ketiga, hubungan seksual dapat dilakukan dengan hati – hati karena dapat menimbulkan kontraksi uterus sehingga kemungkinan dapat terjadi partus

prematur, *fetal bradycardia* pada janin sehingga dapat menyebabkan *fetal distress* tetapi tidak berarti dilarang. Hubungan seks selama kehamilan juga mempersiapkan ibu untuk proses persalinan nantinya melalui latihan otot panggul yang akan membuat otot tersebut menjadi kuat dan *fleksibel*.²⁴

f. Mobilisasi dan Body Mekanik

Mobilisasi adalah kemampuan seseorang untuk bergerak secara bebas, mudah dan teratur, mempunyai tujuan dalam rangka pemenuhan kebutuhan hidup sehat. Manfaat mobilisasi adalah sirkulasi darah menjadi baik, nafsu makan bertambah, pencernaan lebih baik dan tidur lebih nyenyak. Gerak badan yang melelahkan, gerak badan yang menghentak atau tiba-tiba dilarang untuk dilakukan. Ibu hamil dianjurkan berjalan-jalan pagi hari dalam udara yang bersih, masih segar, gerak badan ditempat, berdiri jongkok, terlentang kaki diangkat, terlentang perut diangkat, melatih pernafasan. Ibu hamil juga dianjurkan bergerak dengan intensitas normal tidak berlebihan dan segera istirahat bila lelah.²⁴

g. *Exercise / Senam Hamil*

Selama masa kehamilan olah raga dapat membantu tubuh ibu hamil siap untuk menghadapi kelahiran. Yang banyak dianjurkan adalah jalan pagi hari yang bertujuan untuk ketenangan, relaksasi, latihan otot ringan dan mendapatkan udara segar. Senam ibu hamil, jenis olahraga ini tidak dapat dilakukan secara sembarangan. Hindari melakukan gerakan peregangan yang berlebihan, khususnya pada otot perut, punggung serta rahim.²⁴

h. Istirahat / Tidur

Istirahat dan tidur secara teratur dapat meningkatkan kesehatan jasmani dan rohani untuk kepentingan perkembangan dan pertumbuhan janin dan juga membantu wanita hamil tetap kuat dan mencegah penyakit, juga dapat mencegah keguguran, tekanan darah tinggi, dan masalah-masalah lain. Istirahat yang diperlukan yaitu 8 jam malam hari dan 1 jam siang hari. Pada saat tidur atau rebahan sebaiknya dengan kaki yang terangkat, serta mengurangi duduk atau berdiri terlalu lama.²⁴

i. Imunisasi

Immunisasi adalah suatu cara untuk meningkatkan kekebalan seseorang secara aktif terhadap suatu antigen. Vaksinasi dengan toksoid tetanus (TT), dianjurkan untuk dapat menurunkan angka kematian bayi karena infeksi tetanus. Vaksinasi toksoid tetanus dilakukan dua kali selama hamil. Immunisasi TT sebaiknya diberikan pada ibu hamil dengan umur kehamilan antara tiga bulan sampai satu bulan sebelum melahirkan dengan jarak minimal empat minggu.²⁴

7. Asuhan *Antenatal*

Setiap perempuan hamil memiliki kemungkinan resiko yang berhubungan dengan keadaan kehamilannya, sehingga dibutuhkan asuhan yang dapat memfasilitasi hasil yang sehat dan positif bagi ibu dan janinnya, mendeteksi komplikasi serta mempersiapkan persalinan. Asuhan *antenatal* merupakan salah satu upaya untuk mengurangi angka kesakitan dan angka kematian ibu dan bayi baru lahir.²⁶

a. Pengertian

Antenatal Care (ANC) adalah pelayanan kesehatan oleh tenaga profesional untuk ibu hamil selama masa kehamilan yang dilaksanakan sesuai dengan standar pelayanan yang ditetapkan. Kunjungan ibu hamil ke pelayanan kesehatan dianjurkan yaitu 1 kali pada trimester I, 2 kali pada trimester II, dan 3 kali pada trimester III. Standar waktu pelayanan tersebut dianjurkan untuk menjamin perlindungan terhadap ibu hamil dan janin berupa deteksi dini faktor resiko, pencegahan, dan penanganan dini komplikasi kehamilan.²⁷

b. Tujuan *Antenatal Care*

- 1) Memantau kemajuan persalinan untuk memastikan kesehatan ibu selama kehamilan dan tumbuh kembang janin.
- 2) Meningkatkan dan mempertahankan kesehatan fisik, mental, dan sosial ibu dan bayi.
- 3) Mengenali secara dini adanya komplikasi yang mungkin terjadi selama kehamilan.
- 4) Mempersiapkan persalinan cukup bulan, ibu dan bayi selamat, dengan trauma seminimal mungkin.
- 5) Mempersiapkan ibu agar nifas berjalan normal dengan pemberian ASI eksklusif.

- 6) Mempersiapkan peran ibu dan keluarga dalam menerima kelahiran bayi agar dapat tumbuh kembang secara normal.²⁷

c. Kunjungan *Antenatal*

Selama masa kehamilan pelayanan kesehatan ibu hamil dilakukan minimal enam kali kunjungan dengan jadwal satu kali pada trimester pertama (0-12 minggu), dua kali pada trimester kedua (>12 minggu-24 minggu), dan tiga kali pada trimester ketiga (>24 minggu hingga persalinan). Jika ada keluhan, penyakit, atau gangguan kehamilan, kunjungan antenatal dapat dilakukan lebih dari enam kali sesuai kebutuhan. Calon ibu harus berkomunikasi dengan dokter minimal dua kali, yaitu satu kali di trimester pertama dan satu kali di trimester ketiga.²⁸

Pelayanan ANC oleh dokter pada trimester 1 (satu) dengan usia kehamilan kurang dari 12 minggu atau dari kontak pertama, dokter melakukan skrining kemungkinan adanya faktor risiko kehamilan atau penyakit penyerta pada ibu hamil termasuk di dalamnya pemeriksaan ultrasonografi (USG). Pelayanan ANC oleh dokter pada trimester 3 (tiga) dilakukan perencanaan persalinan, termasuk pemeriksaan ultrasonografi (USG) dan rujukan terencana bila diperlukan. Pemeriksaan USG pada trimester I lebih ditekankan untuk skrining kelainan pada janin sedangkan USG pada trimester III bertujuan untuk memeriksa kemungkinan penyulit menjelang persalinan.²⁸

d. Standar Asuhan Keperawatan *Antenatal Care* Empat belas (14T).²⁷

Dalam memberikan asuhan pelayanan kebidanan pada ibu hamil minimal 10T, dan 4T dilakukan apabila terdapat indikasi seperti protein urine, reduksi urine, pemberian obat malaria, dan pemberian yodium. Pelayanan asuhan standar antenatal 14T, yaitu :

1) Timbang Berat Badan dan Tinggi Badan (T1)

Pengukuran BB harus dilakukan pada setiap kunjungan ANC, sedangkan pengukuran TB hanya dilakukan pada kunjungan pertama pemeriksaan kehamilan. Tujuan dilakukan untuk mengetahui perkembangan tubuh ibu dapat dilakukan pengukuran BB dan TB. Tinggi badan ibu hamil kurang dari 145 cm meningkatkan risiko terjadinya CPD (*Cephalo Pelvic Disproportion*).⁵

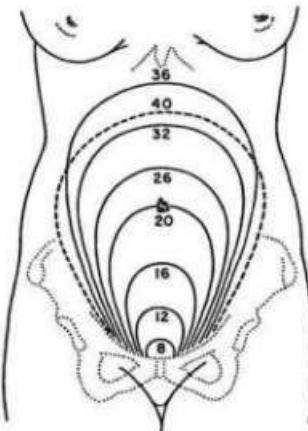
2) Ukur Tekanan Darah (T2)

Tensi normal pada ibu hamil 110/70 sampai 120/ 80 mmHg. Apabila melebihi batas normal yang semakin mengalami kenaikan secara terus menerus perlu adanya kewaspadaan hipertensi dan preeklamsia. Jika TD turun dibawah normal waspada ke arah anemia.

3) Ukur Tinggi Fundus Uteri (T3)

Tujuan pemeriksaan TFU menggunakan rumus Mc. Donald adalah menentukan umur kehamilan berdasarkan minggu dan hasilnya bisa dibandingkan dengan hasil anamnesis. Hari Pertama Haid Terakhir (HPHT) dan waktu gerakan janin mulai dirasakan. TFU yang normal

harus sama dengan UK dalam minggu yang dicantumkan dalam HPHT.²⁷



Gambar 2. 2 Palpasi Abdomen Menggunakan Manuver.
Sumber: Prawirohardjo, Sarwono, 2018

Tabel 2. 3 Tinggi Fundus Uteri Sesuai Usia Kehamilan

No	Usia Kehamilan	Tinggi Fundus Uteri
1.	12 Minggu	3 jari diatas simpisis
2.	16 Minggu	Pertengahan pusat- simpisis
3.	20 Minggu	3 jari dibawah pusat
4.	24 Minggu	Setinggi pusat
5.	28 Minggu	3 jari di atas pusat
6.	32 Minggu	Pertengahan pusat- prosesus xiphoideus
7.	36 Minggu	3 jari dibawah prosesus xiphoideus
8.	40 Minggu	Pertengahan pusat- prosesus xiphoideus

Sumber : Sulistiyawati Ari, 2011

4) Pemberian Tablet Fe sebanyak 90 tablet selama kehamilan (T4)

Tablet ini mengandung 200 mg Sulfat Ferosus 0,25 mg asam folat yang diikat dengan laktosa. Tujuan pemberian tablet Fe adalah untuk memenuhi kebutuhan Fe pada ibu hamil dan nifas, karena pada masa kehamilan kebutuhannya meningkat seiring pertumbuhan janin. Zat besi

penting untuk mengkompensasi peningkatan volume darah yang terjadi selama kehamilan dan untuk memastikan pertumbuhan dan perkembangan janin.²⁷

5) Pemberian Imunisasi TT (T5)

Imunisasi tetanus toxoid adalah proses untuk membangun kekebalan sebagai upaya pencegahan terhadap infeksi tetanus. Vaksin tetanus yaitu toksin kuman tetanus yang telah dilemahkan. Pemberian imunisasi tetanus toxoid (TT) artinya pemberian kekebalan terhadap penyakit tetanus kepada ibu hamil dan bayi yang dikandung.

Umur kehamilan mendapat imunisasi TT:

- a) Imunisasi TT sebaiknya diberikan sebelum kehamilan 8 bulan untuk mendapatkan imunisasi lengkap.
- b) TT1 dapat diberikan sejak diketahui positif hamil dimana biasanya diberikan pada kunjungan pertama ibu hamil ke sarana kesehatan.²⁷

Tabel 2. 4 Jadwal Pemberian Imunisasi Tetanus Toxoid Pada Ibu Hamil

No	Imunisasi	Interval/Selang Waktu Minimal	Perlindungan
1.	Imunisasi TT 1	Selama kunjungan kehamilan pertama atau sedini mungkin pada kehamilan	Langkah awal pembentukan kekebalan tubuh terhadap penyakit tetanus.
2.	Imunisasi TT 2	4 minggu setelah imunisasi TT 1 (pada kehamilan)	3 tahun
3.	Imunisasi TT 3	6 bulan setelah imunisasi TT 2 (pada kehamilan atau bila selang waktu minimal terpenuhi)	5 tahun
4.	Imunisasi TT 4	1 tahun setelah TT 3	10 tahun
5.	Imunisasi TT 5	1 tahun setelah TT 4	25 tahun/ seumur hidup

Sumber : Annisa Karnesyia, 2023

6) Pemeriksaan Hb (T6)

Pemeriksaan Hb yang sederhana yakni dengan cara talquis dan cara Sahli. Pemeriksaan Hb dilakukan pada kunjungan ibu hamil pertama kali, lalu periksa lagi menjelang persalinan. Pemeriksaan Hb adalah salah satu upaya untuk mendeteksi anemia pada ibu hamil.²⁷

7) Pemeriksaan Protein Urine (T7)

Pemeriksaan ini berguna untuk mengetahui adanya protein dalam urin ibu hamil. Pemeriksannya menggunakan asam asetat 2-3% ditujukan pada ibu hamil dengan riwayat tekanan darah tinggi, kaki *oedema*. Pemeriksaan protein urin ini untuk mendeteksi ibu hamil ke arah preeklamsia.²⁷

8) Pemeriksaan VDRL (*Veneral Disease Research Lab*) (T8)

Pemeriksaan VDRL untuk mengetahui adanya *Treponema Pallidum* penyakit menular seksual seperti sifilis. Pemeriksaan kepada ibu hamil yang pertama kali datang diambil spesimen darah vena 2 cc. Apabila hasil tes dinyatakan positif, ibu hamil melakukan pengobatan/rujukan. Akibat fatal yang terjadi adalah kematian janin pada kehamilan ≤ 16 minggu, pada kehamilan lanjut dapat menyebabkan prematur, cacat bawaan.²⁷

9) Pemeriksaan Urine Reduksi (T9)

Untuk ibu hamil dengan riwayat DM, bila hasil positif maka perlu diikuti pemeriksaan gula darah untuk memastikan adanya diabetes melitus gestasional. Diabetes melitus gestasional pada ibu hamil dapat

mengakibatkan adanya penyakit berupa preeklamsia, polihidramnion, bayi besar.²⁷

10) Perawatan Payudara (T10)

Perawatan payudara untuk ibu hamil, dilakukan 2 kali sehari sebelum mandi dimulai pada usia kehamilan 6 minggu.²⁷

11) Senam Hamil (T11)

Senam hamil bermanfaat untuk membantu ibu hamil dalam mempersiapkan persalinan. Adapun tujuan senam hamil adalah memperkuat dan mempertahankan elastisitas otot-otot dinding perut, ligamentum, otot dasar panggul, memperoleh relaksasi tubuh dengan latihan kontraksi dan relaksasi.²⁷

12) Pemberian Obat Malaria (T12)

Obat malaria diberikan kepada ibu hamil pendatang dari daerah endemik malaria, serta kepada ibu hamil dengan gejala malaria seperti panas tinggi disertai menggil dan hasil apusan darah yang positif. Dampak atau akibat penyakit tersebut yaitu dapat terjadi abortus, anemia, dan partus prematur.²⁷

13) Pemberian Kapsul Minyak Yodium (T13)

Diberikan pada kasus gangguan akibat kekurangan yodium di daerah endemis yang dapat berdampak buruk terhadap tumbuh kembang janin.²⁷

14) Temu Wicara/Konseling (T14)

Memberikan informasi dan penjelasan tentang kondisi normal kehamilan, tanda bahaya yang perlu diwaspadai ibu hamil dan keluarga, serta pencegahan dan penanganan komplikasi kehamilan.²⁷

B. Konsep Dasar Persalinan

1. Pengertian Persalinan

Persalinan adalah suatu proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan uru) yang telah cukup bulan atau dapat hidup di luar kandungan melalui jalan lahir atau melalui jalan lain, dengan bantuan atau tanpa bantuan (kekuatan sendiri). Proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung tidak lebih dari 18 jam. Proses ini dimulai dengan adanya kontraksi persalinan yang ditandai dengan perubahan serviks secara progresif dan diakhiri dengan kelahiran plasenta tanpa komplikasi baik bagi ibu maupun janin.²⁹ Dalam ilmu kebidanan, terdapat berbagai jenis persalinan, antara lain persalinan alami, persalinan buatan, dan persalinan anjuran. Persalinan spontan adalah persalinan yang berlangsung dengan kekuatan ibu melalui jalan lahirnya.^{29,30}

2. Tanda – Tanda Persalinan

Tanda – tanda persalinan dibagi menjadi 2 diantaranya.³¹

- a. Tanda-tanda bahwa persalinan sudah dekat

1) *Lightening*

Beberapa minggu sebelum persalinan, calon ibu merasa bahwa keadaannya menjadi lebih enteng. Ia merasa kurang sesak, tetapi sebaliknya ia merasa bahwa berjalan sedikit lebih sukar, dan sering diganggu oleh perasaan nyeri pada anggota bawah.³¹

2) *Pollikasuria*

Pada akhir bulan ke-IX 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 kandung kemih tertekan sehingga merangsang ibu untuk sering kencing yang disebut *Pollikasuria*.³¹

3) *False labor*

Tiga atau empat minggu sebelum persalinan, calon ibu diganggu oleh his pendahuluan yang sebetulnya hanya merupakan peningkatan dari kontraksi *Braxton Hicks*. His pendahuluan ini bersifat:

- a) Nyeri yang hanya terasa di perut bagian bawah.
- b) Tidak teratur.
- c) Lamanya his pendek, tidak bertambah kuat dengan majunya waktu dan bila dibawa jalan malah sering berkurang .
- d) Tidak ada pengaruh pada pendataran atau pembukaan *serviks*.³¹

4) Perubahan *serviks*

Pada akhir bulan ke-9 hasil pemeriksaan *serviks* menunjukkan bahwa *serviks* yang tadinya tertutup, panjang dan kurang lunak, kemudian menjadi lebih lembut, dan beberapa menunjukkan telah terjadi pembukaan dan penipisan. Perubahan ini berbeda untuk masing masing ibu hamil, misalnya pada multipara sudah terjadi pembukaan 2 cm namun pada primipara sebagian besar masih dalam keadaan tertutup.³¹

5) *Energy Sport*

Beberapa ibu akan mengalami peningkatan energi kira-kira 24-28 jam sebelum persalinan mulai. Setelah beberapa hari sebelumnya merasa kelelahan fisik karena tuanya kehamilan maka ibu mendapat satu hari sebelum persalinan dengan energi yang penuh.³¹

6) *Gastrointestinal Upsets*

Beberapa ibu mungkin akan mengalami tanda-tanda seperti diare, obstipasi, mual dan muntah karena efek penurunan hormon terhadap sistem pencernaan.³¹

b. Tanda-tanda persalinan

Yang merupakan tanda pasti dari persalinan adalah :

- 1) Timbulnya kontraksi *uterus* (his persalinan) yaitu his pembukaan yang mempunyai sifat sebagai berikut.
 - a) Nyeri melingkar dari punggung memancar ke perut bagian depan.

- b) Pinggang terasa sakit dan menjalar kedepan.
 - c) Sifatnya teratur, interval makin lama makin pendek dan kekuatannya makin besar.
 - d) Mempunyai pengaruh pada pendataran dan atau pembukaan *serviks*.
 - e) Makin beraktifitas ibu akan menambah kekuatan kontraksi. Kontraksi uterus yang mengakibatkan perubahan pada *serviks* (frekuensi minimal 2 kali dalam 10 menit). Kontraksi yang terjadi dapat menyebabkan pendataran, penipisan dan pembukaan *serviks*.
- 2) Penipisan dan pembukaan *serviks*
- Penipisan dan pembukaan *serviks* ditandai dengan adanya pengeluaran lendir dan darah sebagai tanda pemula.
- 3) *Bloody Show* (lendir disertai darah dari jalan lahir)
- Adanya pendataran dan pembukaan, lendir dari *canalis cervicalis* keluar disertai dengan sedikit darah yang disebabkan karena lepasnya selaput janin pada bagian bawah segmen bawah rahim hingga beberapa kapiler darah terputus.
- 4) *Premature Rupture of Membrane*
- Adalah keluarnya cairan banyak dengan tiba-tiba dari jalan lahir, hal ini terjadi akibat ketuban pecah atau selaput janin robek. Ketuban biasanya pecah pada saat pembukaan lengkap atau hampir lengkap. Keluarnya cairan dari jalan lahir 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. Penyebab Mulainya Persalinan

Beberapa teori yang menyebabkan mulainya persalinan adalah sebagai berikut.³¹

a. Penurunan Kadar Progesteron

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

Proses penuaan plasenta terjadi mulai umur kehamilan 28 minggu, dimana terjadi penimbunan jaringan ikat, dan pembuluh darah mengalami penyempitan dan buntu. Produksi progesteron mengalami penurunan, sehingga otot rahim lebih sensitif terhadap oksitosin. Akibatnya otot rahim mulai berkontraksi setelah tercapai tingkat penurunan progesteron tertentu.³¹

b. Teori Oksitosin

Oksitosin dikeluarkan oleh kelenjar *hipofisis pars posterior*. Perubahan keseimbangan estrogen dan progesteron dapat mengubah sensitivitas otot rahim, sehingga sering terjadi kontraksi *Braxton Hicks*. Di akhir kehamilan kadar progesteron menurun sehingga oksitosin bertambah dan

meningkatkan aktivitas otot-otot rahim yang memicu terjadinya kontraksi sehingga terdapat tanda-tanda persalinan.³¹

c. Keregangan Otot-otot.

Otot rahim mempunyai kemampuan meregang dalam batas tertentu. Setelah melewati batas tertentu terjadi kontraksi sehingga persalinan dapat dimulai. Seperti halnya dengan *Bladder* dan Lambung, bila dindingnya teregang oleh isi yang bertambah maka timbul kontraksi untuk mengeluarkan. Demikian pula dengan rahim, dengan majunya kehamilan maka otot-otot akan teregang dan otot-otot rahim makin rentan. Contoh, pada kehamilan ganda sering terjadi kontraksi setelah keregangan tertentu sehingga menimbulkan proses persalinan.³¹

d. Pengaruh Janin

Hipofise dan kelenjar *suprarenal* janin juga memegang peranan karena pada anensefali kehamilan sering lebih lama dari biasa, karena tidak terbentuk hipotalamus. Pemberian *kortikosteroid* dapat menyebabkan maturasi janin, dan induksi (mulainya) persalinan.³¹

e. Teori Prostaglandin

Prostaglandin yang dihasilkan oleh desidua diduga menjadi salah satu sebab permulaan persalinan. Pemberian prostaglandin saat hamil dapat menimbulkan kontraksi otot rahim sehingga hasil konsepsi dapat keluar. Prostaglandin dapat dianggap sebagai pemicu terjadinya persalinan. Hal ini juga didukung dengan adanya kadar prostaglandin yang tinggi baik dalam

air ketuban maupun daerah perifer pada ibu hamil, sebelum melahirkan atau selama persalinan.³¹

4. Faktor – faktor yang Mempengaruhi Proses Persalinan

Faktor - faktor yang mempengaruhi persalinan.³²

a. *Passage* (Jalan Lahir)

Jalan lahir terdiri dari panggul ibu, yakni bagian tulang padat, dasar panggul, vagina, dan introitus (lubang luar vagina).

Bidang-bidang hodge :

Bidang hodge adalah bidang semu sebagai pedoman untuk menentukan kemajuan persalinan yaitu seberapa jauh penurunan kepala melalui pemeriksaan dalam/*vagina toucher* (VT), Adapun bidang hodge sebagai berikut.

- 1) Hodge I : Bidang yang setinggi dengan Pintu Atas Panggul (PAP) yang dibentuk oleh promontorium, artikulasio-iliaca, sayap sacrum, linea inominata, ramus superior os pubis, tepi atas symfisis pubis.
- 2) Hodge II : Bidang setinggi pinggir bawah symfisis pubis sejajar dengan PAP (Hodge I).
- 3) Hodge III : Bidang setinggi spina ischiadicae sejajar dengan PAP (Hodge I).
- 4) Hodge IV : Bidang setinggi ujung os coccygis berhimpit dengan PAP (Hodge I).³²

b. *Passenger* (Janin dan Plasenta)

Passenger atau janin bergerak sepanjang jalan lahir merupakan akibat interaksi beberapa faktor, yakni ukuran kepala janin, presentasi, letak, sikap, dan posisi janin. Karena plasenta melewati jalan lahir, maka dianggap juga sebagai bagian dari *passenger* yang menyertai janin. Namun plasenta jarang menghambat proses persalinan pada kehamilan normal.³²

c. *Power* (Kekuatan)

Kekuatan terdiri dari kemampuan ibu melakukan kontraksi *involunter* dan *volunter* secara bersamaan untuk mengeluarkan janin dan plasenta dari uterus. Kontraksi *involunter* disebut juga kekuatan primer, menandai dimulainya persalinan. Apabila serviks berdilatasi, usaha *volunter* dimulai untuk mendorong, yang disebut kekuatan sekunder, dimana kekuatan ini memperbesar kekuatan kontraksi *involunter*.³²

d. Posisi Ibu

Posisi ibu mempengaruhi adaptasi anatomi dan fisiologi persalinan. Posisi tegak memberikan sejumlah keuntungan yaitu mengubah posisi membuat rasa letih hilang, memberi rasa nyaman, dan memperbaiki sirkulasi. Posisi tegak meliputi posisi berdiri, berjalan, duduk, jongkok. Posisi tegak memungkinkan gaya gravitasi membantu penurunan janin.³²

e. Psikologis

Wanita bersalin biasanya akan mengutarakan kekhawatirannya jika ditanya. Perilaku dan penampilan wanita serta pasangannya merupakan petunjuk berharga tentang jenis dukungan yang akan diperlukannya.³²

5. Mekanisme Persalinan

Mekanisme persalinan merupakan gerakan janin dalam menyesuaikan ukuran kepala dengan ukuran panggul saat proses persalinan.

a. *Engagement*

Engagement adalah peristiwa ketika diameter biparietal melewati pintu atas panggul dengan sutura sagitalis melintang/oblik di dalam jalan lahir dan sedikit *fleksi*. *Engagement* pada primigravida terjadi pada bulan terakhir kehamilan sedangkan pada multigravida dapat terjadi pada awal persalinan.³³

b. Penurunan Kepala

Pada primigravida, masuknya kepala ke dalam pintu atas panggul biasanya sudah terjadi pada bulan terakhir dari kehamilan, tetapi pada multigravida biasanya baru terjadi pada permulaan persalinan. Masuknya kepala ke dalam PAP, biasanya dengan sutura sagitalis melintang dan dengan *fleksi* yang ringan. Masuknya kepala melewati pintu atas panggul (PAP) dapat dalam keadaan *asinklitismus* yaitu bila sutura sagitalis terdapat di tengah-tengah jalan lahir tepat di antara simfisis dan promotorium.³³

Pada *sinklitismus*, *os parietal* depan dan belakang sama tingginya. Jika sutura sagitalis agak ke depan mendekati simfisis atau agak ke belakang mendekati promotorium, maka dikatakan kepala dalam keadaaan *asinklitismus*, ada dua jenis *asinklitismus* yaitu sebagai berikut.

- 1) *Asinklitismus posterior*: bila sutura sagitalis mendekati simfisis dan *os. parietal* belakang lebih rendah dari *os. parietal* depan.

2) *Asinklitismus anterior*: bila sutura sagitalis mendekati promontorium sehingga os parietal depan lebih rendah dari os parietal belakang.

Pada derajat sedang *asinklitismus* pasti terjadi pada persalinan normal, tetapi bila berat gerakan ini dapat menimbulkan *disproporsi sepalopelvis* dengan panggul yang berukuran normal sekalipun.³³

Penurunan kepala lebih lanjut terjadi pada kala I dan kala II persalinan. Hal ini disebabkan karena adanya kontraksi dan retraksi dari segmen atas rahim, yang menyebabkan tekanan langsung fundus pada bokong janin. Dalam waktu yang bersamaan terjadi relaksasi dari segmen bawah rahim sehingga terjadi penipisan dan dilatasi serviks. Keadaan ini menyebabkan bayi terdorong ke dalam jalan lahir. Penurunan kepala ini juga disebabkan karena tekanan cairan intrauterin, kekuatan meneran, atau adanya kontraksi otot-otot abdomen dan melurusnya badan janin.³³

c. *Fleksi*

Pada awal persalinan, kepala bayi dalam keadaan *fleksi* yang ringan, dengan majunya kepala biasanya *fleksi* juga bertambah. Pada pergerakan ini, dagu dibawa lebih dekat ke arah dada janin sehingga ubun-ubun kecil lebih rendah dari ubun-ubun besar. Hal ini disebabkan karena adanya tahanan dari dinding serviks, dinding pelvis, dan lantai pelvis dengan adanya *fleksi*, diameter suboccipito bregmatika (9,5 cm) mengantikan diameter suboccipito frontalis (11 cm). Sampai di dasar panggul, biasanya kepala janin berada dalam keadaan *fleksi* maksimal.³³

Ada beberapa teori yang menjelaskan mengapa *fleksi* bisa terjadi. *Fleksi* ini disebabkan karena anak di dorong maju dan sebaliknya mendapat tahanan dari serviks, dinding panggul, atau dasar panggul. Akibat dari keadaan ini terjadilah *fleksi*.³³

d. Rotasi Dalam (Putaran Paksi Dalam)

Putaran paksi dalam adalah pemutaran dari bagian depan sedemikian rupa sehingga bagian terendah dari bagian depan janin memutar ke depan bawah simfisis. Pada presentasi belakang kepala, bagian yang terendah ialah daerah ubun-ubun kecil dan bagian inilah yang akan memutar ke depan ke arah simfisis. Rotasi dalam penting untuk menyelesaikan persalinan karena merupakan suatu usaha untuk menyesuaikan posisi kepala dengan bentuk jalan lahir khususnya bidang tengah dan pintu bawah panggul.³³

e. *Ekstensi*

Sesudah kepala janin sampai di dasar panggul dan ubun-ubun kecil berada di bawah simfisis, maka terjadilah *ekstensi* dari kepala janin. Hal ini di sebabkan karena sumbu jalan lahir pada pintu bawah panggul mengarah ke depan dan ke atas sehingga kepala harus mengadakan *fleksi* untuk melewatkinya. Jika kepala yang *fleksi* penuh pada waktu mencapai dasar panggul tidak melakukan ekstensi, maka kepala akan tertekan pada perineum dan dapat menebusnya.³³

Sub oksiput yang tertahan pada pinggir bawah simfisis akan menjadi pusat pemutaran (*hypomochlion*), maka lahirlah berturut-turut pada pinggir

atas perineum: ubun-ubun besar, dahi, hidung, mulut, dan dagu bayi dengan gerakan ekstensi.³³

f. Rotasi Luar (Putaran Paksi Luar)

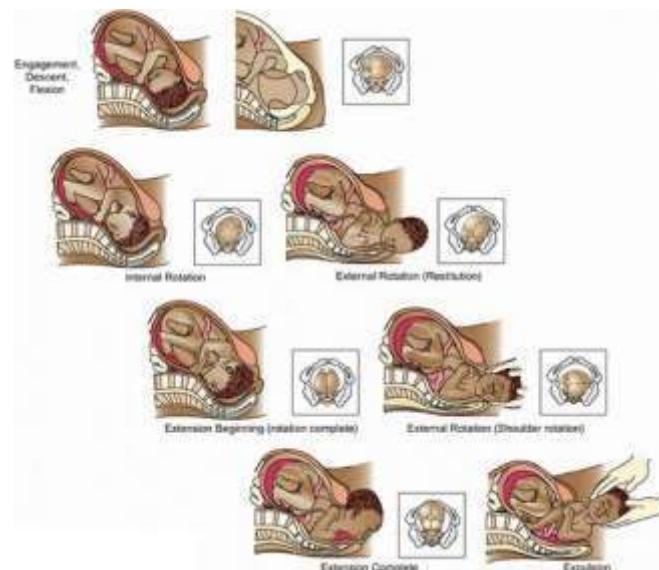
Kepala yang sudah lahir selanjutnya mengalami restitusi yaitu kepala bayi memutar kembali kearah punggung anak untuk menghilangkan torsi pada leher yang terjadi karena putaran paksi dalam. Bahu melintasi pintu dalam keadaan miring. Di dalam rongga panggul, bahu akan menyesuaikan diri dengan bentuk panggul yang di laluinya sehingga di dasar panggul setelah kepala bayi lahir, bahu mengalami putaran dalam dimana ukuran bahu (diameter bisacromial) menempatkan diri dalam diameter anteroposterior dari pintu bawah panggul. Bersamaan dengan itu kepala bayi juga melanjutkan putaran hingga belakang kepala berhadapan dengan tuber ischiadicum sepihak.³³

g. *Ekspulsi*

Setelah putaran paksi luar, bahu depan sampai di bawah simfisis dan menjadi hipomochlion untuk kelahiran bahu belakang. Setelah kedua bahu bayi lahir, selanjutnya seluruh badan bayi dilahirkan searah dengan sumbu jalan lahir.

Adanya kontraksi yang efektif, *fleksi* kepala yang adekuat, dan janin dengan ukuran yang rata-rata, sebagian besar oksiput yang posisinya posterior berputar cepat segera setelah mencapai dasar panggul sehingga persalinan tidak begitu bertambah panjang. Akan tetapi, pada kira-kira 5-10% kasus, keadaan yang menguntungkan ini tidak terjadi. Sebagai contoh

kontraksi yang buruk atau *flexi* kepala yang salah atau keduanya, rotasi mungkin tidak sempurna atau mungkin tidak terjadi sama sekali, khususnya kalau janin besar.³³



Gambar 2. 3 Mekanisme Persalinan.
Sumber : Ayunda, 2019

6. Partografi

Partografi adalah alat bantu yang digunakan selama fase aktif persalinan. Tujuan utama penggunaan partografi adalah untuk mencapai hasil observasi dan kemajuan persalinan dengan menilai pembukaan serviks melalui VT dan mendeteksi dini adanya kemajuan partus lama.³⁴

a. Kegunaan Partografi

- 1) Mencatat kemajuan persalinan.
- 2) Mencatat kondisi ibu dan janin.
- 3) Mencatat asuhan yang diberikan selama persalinan dan kelahiran.
- 4) Menggunakan informasi yang tercatat untuk identifikasi dini penyulit persalinan.

- 5) Menggunakan informasi yang tersedia untuk membuat keputusan klinik yang sesuai dan tepat waktu.¹⁶
- b. Halaman depan partografi
 - 1) Informasi tentang ibu
 - a) Nama dan umur.
 - b) Gravida, para , abortus (keguguran).
 - c) Nomor catatan medik atau nomor puskesmas.
 - d) Tanggal dan waktu mulai dirawat (atau jika dirumah, tanggal dan waktu penolong persalinan mulai merawat ibu).
 - e) Waktu pecahnya selaput ketuban.
 - 2) Kesehatan dan kenyamanan janin
 - a) Denyut Jantung Janin

Nilai dan catat denyut jantung janin (DJJ) setiap 30 menit (lebih sering jika ada tanda-tanda gawat janin). Catat DJJ dengan memberi tanda titik pada garis yang sesuai yang menunjukkan DJJ, kemudian hubungkan titik satu dengan titik lainnya dengan garis tegas dan bersambung sehingga membentuk grafik DJJ.³⁴
 - b) Warna dan adanya air ketuban

Nilai air ketuban setiap kali dilakukan pemeriksaan dalam dan nilai warna air ketuban jika selaput ketuban pecah.³⁴

U : selaput ketuban masih utuh (belum pecah).

J : selaput ketuban sudah pecah dan air ketuban jernih.

M : selaput ketuban sudah pecah dan air ketuban bercampur dengan mekonium.

D : selaput ketuban sudah pecah dan air ketuban bercampur dengan darah.

K : selaput ketuban sudah pecah dan air ketuban tidak mengalir lagi (Kering).

c) Molase (Penyusupan tulang kepala janin)

Penyusupan adalah seberapa jauh kepala bayi dapat menyesuaikan diri dengan bagian keras panggul ibu. Semakin besar derajat penyusupan atau tumpang-tindih antara tulang kepala maka semakin menunjukkan resiko disproporsi kepala-panggul (CPD). Ketidakmampuan untuk berakomodasi atau disproporsi ditunjukkan melalui derajat penyusupan (molase) yang berat sehingga tulang kepala yang saling menyusup sulit untuk dipisahkan.

Gunakan lambang-lambang berikut.³⁴

0 : Tulang-tulang kepala janin terpisah, sutura dengan mudah dapat dipalpasi.

1 : Tulang-tulang kepala janin hanya saling bersentuhan.

2 : Tulang-tulang kepala janin saling tumpang tindih, tetapi masih dapat dipisahkan.

3 : Tulang-tulang kepala janin saling tumpang tindih dan tidak dapat dipisahkan.

3) Kemajuan persalinan

Kolom dan lajur kedua partografi adalah untuk pencatatan kemajuan persalinan. Angka 0-10 yang tertera di tepi kolom paling kiri adalah besarnya dilatasi serviks. Tiap kotak di bagian ini menyatakan waktu 30 menit.¹⁶

a) Pembukaan serviks

Nilai dan catat pembukaan serviks setiap 4 jam (lebih sering dilakukan jika ada tanda-tanda penyulit).³⁴

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.³⁴

c) Garis waspada dan garis bertindak

Garis waspada dimulai pada pembukaan serviks 4 cm dan berakhir pada titik di mana pembukaan lengkap diharapkan terjadi jika laju pembukaan 1 cm per jam. Pencatatan selama fase aktif persalinan dimulai dari garis waspada, jika pembukaan serviks mengarah ke sebelah kanan garis waspada (pembukaan kurang dari 1 cm per jam), maka harus dipertimbangkan adanya penyulit.³⁴

4) Jam dan waktu

a) Waktu mulainya fase aktif persalinan

Setiap kotak menyatakan waktu satu jam sejak dimulainya fase aktif persalinan.

b) Waktu aktual saat pemeriksaan atau penilaian

Setiap kotak menyatakan satu jam penuh dan berkaitan dengan dua kotak waktu tiga puluh menit pada lajur kotak di atasnya atau lajur kontraksi di bawahnya.¹⁶

5) Kontraksi uterus

Setiap 30 menit, raba dan catat jumlah kontraksi dalam 10 menit dan lamanya kontraksi dalam satuan detik.¹⁶

6) Obat-obatan dan cairan yang diberikan

a) Oksitosin

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

b) Obat-obatan lain dan cairan IV

Catat semua pemberian obat-obatan tambahan dan/atau cairan IV dalam kotak yang sesuai dengan kolom waktunya.¹⁶

7) Kesehatan dan kenyamanan ibu

a) Nadi, tekanan darah, dan temperatur tubuh

(1) Nilai dan catat nadi ibu setiap 30 menit selama fase aktif persalinan. (lebih sering jika dicurigai adanya penyulit). Beri tanda titik pada kolom waktu yang sesuai.

(2) Nilai dan catat tekanan darah ibu setiap 4 jam selama fase aktif persalinan. Beri tanda panah pada partografi dan kolom waktu yang sesuai.

(3) Nilai dan catat temperatur tubuh ibu setiap 2 jam.

b) Volume, urin, protein, atau aseton

Ukur dan catat jumlah produksi urin ibu sedikitnya setiap 2 jam (setiap kali ibu berkemih). Jika memungkinkan saat ibu berkemih, lakukan pemeriksaan adanya aseton atau protein dalam urin.¹⁶

c. Halaman belakang partografi

a) Data dasar

Data dasar terdiri atas tanggal, nama bidan, tempat persalinan, alamat tempat persalinan, catatan, alasan merujuk, tempat rujukan dan pendamping pada saat merujuk.

b) Kala 1

Kala 1 terdiri atas pertanyaan-pertanyaan tentang partografi saat melewati garis waspada, masalah-masalah yang dihadapi, penatalaksanaan, dan hasil penatalaksanaan tersebut.

c) Kala II

Kala II terdiri atas episiotomi persalinan, pendamping persalinan, distosia bahu, masalah lain, penatalaksanaan masalah tersebut dan hasilnya.

d) Kala III

Terdiri dari lama Kala III, pemberian oksitosin, penegangan tali pusat terkendali, rangsangan pada fundus, kelengkapan plasenta saat

dilahirkan, retensi plasenta yang > 30 menit, laserasi, atonia uteri, jumlah perdarahan, masalah lain, penatalaksanaan dan hasilnya.

e) Bayi Baru Lahir

Informasi bayi baru lahir terdiri atas berat dan panjang badan, jenis kelamin, penilaian kondisi bayi baru lahir, IMD / ASI, masalah lain dan hasilnya.

f) Kala IV

Kala IV berisi tentang keadaan umum ibu setelah melahirkan bayi dan plasenta, tekanan darah, nadi, temperatur , tinggi fundus, kontraksi urerus, kandung kemih, dan jumlah darah yang keluar.¹⁶

7. Tahapan Persalinan

Adapun tahapan persalinan yaitu.

a. Kala I

Kala I persalinan dimulai sejak terjadinya kontraksi uterus yang teratur dan meningkat (frekuensi dan kekuatan) hingga serviks membuka lengkap (10 cm). Berdasarkan kemajuan pembukaan kala I persalinan terdiri atas dua fase, yaitu fase laten dan fase aktif :

- 1) Fase Laten, yaitu dimulai saat awal berkontraksi yang menyebabkan penipisan dan pembukaan serviks secara bertahap, berlangsung dari pembukaan 0 sampai 3 yang membutuhkan waktu 8 jam.
- 2) Fase Aktif, yaitu fase pembukaan yang lebih cepat membutuhkan waktu 6 jam yang terbagi lagi menjadi:

- a) Fase *Akselerasi* (fase percepatan), dari pembukaan 3 cm sampai 4 cm yang dicapai dalam 2 jam.
 - b) Fase Dilatasi Maksimal, dari pembukaan 4 cm sampai 9 cm yang dicapai dalam 2 jam.
 - c) Fase *Deselerasi* (kurangnya kecepatan), dari pembukaan 9 cm sampai 10 cm yang dicapai dalam 2 jam.³⁰
- b. Kala II
- Kala II atau Kala Pengeluaran adalah periode persalinan yang dimulai dari pembukaan lengkap (10 cm) sampai lahirnya bayi. Proses ini berlangsung 2 jam pada primigravida dan 1 jam pada multigravida. Pada kala ini biasanya lebih cepat dan kuat, kurang lebih 2-3 menit sekali. Dalam kondisi normal kepala janin sudah masuk dalam rongga panggul.³⁵
- c. Kala III
- Kala III atau Kala Uri adalah periode persalinan yang dimulai dari lahirnya bayi sampai lahirnya plasenta. Berlangsung tidak lebih dari 30 menit. Setelah bayi lahir uterus teraba keras dan fundus uteri agak diatas pusat. Beberapa menit kemudian uterus berkontraksi lagi untuk melepaskan plasenta dari dindingnya.³⁵
- d. Kala IV

Kala IV merupakan masa 1-2 jam setelah plasenta lahir. Masa setelah plasenta lahir adalah masa dimulainya masa nifas (*puerperium*), mengingat pada masa ini sering timbul perdarahan.³⁵

Observasi yang harus dilakukan pada Kala IV adalah :

- 1) Tingkat kesadaran ibu bersalin.
- 2) Pemeriksaan TTV: TD, nadi, suhu, respirasi.
- 3) Kontraksi uterus.
- 4) Isi kandung kemih.
- 5) Terjadinya perdarahan. Perdarahan dianggap masih normal jika jumlahnya tidak melebihi 400 sampai 500 cc.³⁵

8. Perubahan Fisiologis pada Masa Persalinan

Perubahan fisiologis selama persalinan bersifat dramatis dan sering dianggap ringan, sebagian besar wanita menganggap bahwa persalinan adalah peristiwa kodrati yang harus dilalui tetapi ada juga yang menganggap sebagai peristiwa yang sangat menentukan kehidupan selanjutnya. Perubahan fisiologis ini nantinya akan mempengaruhi jalannya persalinan.³⁵

a. Perubahan *Uterus*

Di *uterus* terjadi perubahan saat masa persalinan, perubahan yang terjadi sebagai berikut.³⁵

- 1) Kontraksi *uterus* yang dimulai dari fundus uteri dan menyebar ke depan dan ke bawah abdomen dan berakhir dengan masa yang terpanjang dan sangat kuat pada fundus uteri.³⁵
- 2) Segmen Atas Rahim (SAR) dan Segmen Bawah Rahim (SBR)
 - a) SAR dibentuk oleh korpus uteri yang bersifat aktif dan berkontraksi, dinding SAR akan bertambah tebal dengan majunya persalinan sehingga mendorong bayi keluar.

b) SBR dibentuk oleh istmus uteri bersifat aktif relokasi dan dilatasi.

Dilatasi makin tipis karena terus diregang dengan majunya persalinan.³⁵

3) Perubahan Bentuk Rahim

Setiap terjadi kontraksi, sumbu panjang rahim bertambah panjang sedangkan ukuran melintang dan ukuran muka belakang berkurang, adapun pengaruh perubahan bentuk rahim adalah sebagai berikut :

- a) Ukuran melintang menjadi turun, akibatnya lengkungan punggung bayi turun menjadi lurus, bagian atas bayi tertekan fundus, dan bagian bawah bayi tertekan pintu atas panggul.
- b) Rahim bertambah panjang, sehingga otot-otot memanjang diregang dan menarik segmen bawah rahim dan *serviks*. Akibatnya menimbulkan terjadinya pembukaan serviks sehingga segmen atas rahim (SAR) dan segmen bawah rahim (SBR) juga terbuka.³⁵

4) *Faal Ligamentum Rotundum*

Faal Ligamentum Rotundum terletak pada sisi uterus, yaitu di bawah dan di depan insersi tuba falopi. Ligamentum ini melintasi atau bersilangan pada lipatan peritonium, melewati saluran pencernaan dan memasuki bagian depan labia mayora pada sisi atas perineum.

Perubahan yang terjadi pada *Ligamentum Rotundum* adalah sebagai berikut :

- a) Pada saat kontraksi, fundus yang tadinya bersandar pada tulang punggung berpindah ke depan mendesak dinding perut depan kearah

depan. Perubahan letak uterus pada waktu kontraksi ini penting karena menyebabkan sumbu rahim menjadi searah dengan sumbu jalan lahir.

- b) Dengan adanya kontraksi dari *ligamentum rotundum*, fundus uteri tertambat sehingga waktu kontraksi fundus tidak dapat naik ke atas.³⁵

5) Perubahan *Serviks*

- a) Pendataran *serviks (Effacement)*

Pendataran *serviks* adalah pemendekan *kanalis servikalis* dari 1-2 cm menjadi satu lubang dengan pinggir yang tipis.

- b) Pembukaan serviks

Adalah pembesaran dari ostium eksternum yang tadinya berupa suatu lubang dengan diameter beberapa milimeter menjadi lubang dengan diameter kira-kira 10 cm yang dapat dilalui bayi. Saat pembukaan lengkap, bibir porsio tidak teraba lagi, kepala janin akan menekan serviks, dan membantu pembukaan secara efisien.³⁵

6) Perubahan Pada Sistem Urinaria

Pada akhir bulan ke 9, pemeriksaan fundus uteri menjadi lebih rendah, kepala janin mulai masuk pintu atas panggul dan menyebabkan kandung kemih tertekan sehingga merangsang ibu untuk sering buang air kecil. Pada kala I, adanya kontraksi uterus/his menyebabkan kandung kemih semakin tertekan. Poliuria sering terjadi selama persalinan, hal ini kemungkinan disebabkan karena peningkatan *cardiac output*,

peningkatan filtrasi glomerulus, dan peningkatan aliran plasma ginjal.

Poliuri akan berkurang pada posisi terlentang.³¹

Kandung kemih yang penuh dapat menahan penurunan kepala janin dan dapat memicu trauma mukosa kandung kemih selama proses persalinan. Pencegahannya dapat dilakukan dengan mengingatkan ibu bersalin untuk buang air kecil sesering mungkin.³¹

7) Perubahan pada Vagina dan Dasar Panggul

- a) Pada kala I ketuban ikut meregangkan bagian atas vagina sehingga dapat dilalui bayi.
- b) Setelah ketuban pecah, segala perubahan terutama pada dasar panggul yang ditimbulkan oleh bagian depan bayi menjadi saluran dengan dinding yang tipis.
- c) Saat kepala sampai di vulva, lubang vulva menghadap ke depan atas. Dari luar peregangan oleh bagian depan nampak pada perineum yang menonjol dan menjadi tipis sedangkan anus menjadi terbuka.
- d) Regangan yang kuat ini dimungkinkan karena bertambahnya pembuluh darah pada bagian vagina dan dasar panggul, tetapi kalau jaringan tersebut robek akan menimbulkan perdarahan banyak.³¹

- 8) Perubahan System Kardiovaskular (meliputi tekanan darah dan jantung)

Selama persalinan, curah jantung meningkat 40 % sampai 50 % dibandingkan dengan kadar sebelum persalinan dan sekitar 80% sampai 100 % dibandingkan dengan kadar sebelumnya. Peningkatan curah jantung terjadi karena pelepasan katekolamin akibat nyeri dan karena kontraksi otot abdomen dan uterus. Seiring dengan kontraksi uterus sekitar 300 sampai 500 ml darah dipindahkan ke volume darah sentral.³¹

- 9) Perubahan pada Metabolisme Karbohidrat dan *Basal Metabolisme Rate*

Pada saat mulai persalinan, terjadi penurunan hormon progesteron yang mengakibatkan perubahan pada sistem pencernaan menjadi lebih lambat sehingga makanan lebih lama tinggal di lambung, akibatnya banyak ibu bersalin yang mengalami obstivasi atau peningkatan getah lambung sehingga terjadi mual dan muntah. Metabolisme karbohidrat *aerob* dan *anaerob* meningkat secara perlahan yang terjadi akibat aktivitas otot rangka dan kecemasan ibu. Peningkatan ini ditandai dengan adanya peningkatan suhu badan ibu, nadi, pernafasan, *cardiac output* dan hilangnya cairan.

Pada *Basal Metabolisme Rate* (BMR), dengan adanya kontraksi dan tenaga mengejan yang membutuhkan energi yang besar, maka pembuangan juga akan lebih tinggi dan suhu tubuh meningkat. Suhu tubuh akan sedikit meningkat (0,5-10 C) selama proses persalinan dan

akan segera turun setelah proses persalinan selesai. Hal ini disebabkan karena adanya peningkatan metabolisme tubuh.³⁵

10) Perubahan pada System Pernafasan

Dalam persalinan, ibu mengeluarkan lebih banyak CO₂ dalam setiap nafas. Selama kontraksi uterus yang kuat, frekuensi dan kedalaman pernafasan meningkat sebagai respon terhadap peningkatan kebutuhan oksigen akibat pertambahan laju metabolismik.

Masalah umum terjadi ketika perubahan sistem pernafasan adalah *hiperventilasi maternal*. Kondisi ini dapat dimanifestasikan dengan kesemutan pada tangan dan kaki yang dialami ibu bersalin. Mengejan yang berlebihan dan berkepanjangan selama kala II dapat menyebabkan penurunan oksigen sebagai akibat sekunder dari menahan nafas. Pernafasan sedikit meningkat karena adanya kontraksi uterus dan peningkatan metabolisme dan diafragma tertekan oleh janin.³⁵

11) Perubahan pada Gastrointestinal

Kadar natrium dan klorida dalam plasma dapat menurun sebagai akibat absorpsi gastrointestinal, nafas terengah-engah, dan diaforesis (perspirasi) selama persalinan dan kelahiran. Poliuri (sering berkemih) merupakan hal yang biasa terjadi. Penurunan asupan cairan oral akibat mual dan muntah, ketidaknyamanan dan pemberian analgetik atau anestesi dapat lebih jauh mengubah kesimbangan cairan dan elektrolit.³¹

12) Perubahan pada Hemoglobin

Hemoglobin akan meningkat selama persalinan sebesar 1,2 gr % dan akan kembali pada tingkat seperti sebelum persalinan pada hari pertama pasca persalinan kecuali terjadi perdarahan. Peningkatan leukosit terjadi secara progresif pada awal kala I (5.000) hingga mencapai ukuran jumlah maksimal pada pembukaan lengkap (15.000). Selama persalinan waktu pembekuan darah sedikit menurun, tetapi kadar fibrinogen plasma meningkat. Gula darah akan turun selama persalinan dan semakin menurun pada persalinan lama, hal ini disebabkan karena aktifitas uterus dan muskulus skeletal.³¹

13) Nyeri

Nyeri dalam persalinan dan kelahiran adalah bagian dari respon fisiologis yang normal terhadap beberapa faktor. Selama Kala I persalinan, nyeri yang terjadi pada kala I terutama disebabkan oleh dilatasi serviks dan distensi segmen uterus bawah. Pada Kala II, nyeri yang terjadi disebabkan oleh distensi dan kemungkinan gangguan pada bagian bawah vagina dan perineum.³¹

9. Kebutuhan Dasar Ibu Bersalin

Kebutuhan ibu bersalin adalah suatu kebutuhan dasar yang harus dipenuhi agar proses persalinan dapat berjalan dengan baik dan lancar. Pemenuhan kebutuhan ini juga berbeda-beda tergantung pada tahapan persalinannya. Adapun beberapa kebutuhan dasar ibu selama proses persalinan antara lain:³⁶

a. Dukungan fisik dan psikologis

Selama proses persalinan, dukungan yang dibutuhkan oleh seorang wanita yaitu lingkungan yang aman secara psikologis dan berkesinambungan untuk mendapatkan proses persalinan yang aman. Lingkungan yang dimaksud adalah lingkungan dengan suasana yang ramah dapat membantu ibu dan suami merasa nyaman. Kamar bersalin sebaiknya memiliki pencahayaan yang baik, luas, tidak bising, peralatan bersih dan mudah mendapatkan alat yang dibutuhkan.³⁶

Asuhan yang sifatnya mendukung selama persalinan merupakan suatu standar pelayanan kebidanan. Asuhan yang mendukung berarti bersifat aktif dan ikut serta dalam kegiatan yang sedang berlangsung. Jika seorang bidan sedang sibuk maka ia harus memastikan bahwa ada seorang pendukung yang hadir dan memantau ibu yang sedang bersalin.³⁶

b. Kebutuhan Makanan dan Cairan

Dalam memberikan asuhan, bidan dapat dibantu oleh anggota keluarga yang mendampingi ibu. Selama kala I, anjurkan ibu untuk cukup makan dan minum untuk mendukung kemajuan persalinan. Pada kala II, ibu bersalin mudah sekali mengalami dehidrasi karena terjadi peningkatan suhu tubuh dan terjadinya kelelahan karena proses mengejan. Untuk itu disela-sela kontraksi, pastikan ibu mencukupi kebutuhan cairannya (minum). Pada kala III dan IV, setelah ibu berjuang melahirkan bayi maka bidan juga harus memastikan bahwa ibu mencukupi kebutuhan nutrisi dan cairannya untuk

mencegah hilangnya energi setelah mengeluarkan banyak tenaga selama kelahiran bayi pada kala II.³⁶

c. Kebutuhan Eliminasi

1) Kandung Kemih

Biasanya ibu dianjurkan mengosongkan kandung kemih selama persalinan. Blas yang penuh dapat memperlambat turunnya kepala janin serta menghambat kontraksi uterus. Hal ini dapat menyebabkan luka memar dan dapat menjadi fistula vesiko vagina.

2) Retensio Urine

Retensio urine berhubungan dengan hipotonik kontraksi uterus. Seorang ibu yang tidak dapat pergi ke kamar mandi untuk mengosongkan blasnya akan mengalami kesulitan dalam berkemih. Bidan dapat memberikan kenyamanan untuk mengatasinya. Suara air mengalir dapat membantu merangsang mikturisi, jika tidak dapat kencing dapat dilakukan kateterisasi.³⁶

d. *Positioning* dan Aktifitas

Faktor penting saat seorang wanita berada dalam persalinan adalah bukan saat ia akhirnya melahirkan, tetapi saat ia tetap mampu bergerak dengan gelisah selama persalinan. Mobilisasi membantu ibu untuk tetap merasa terkendali. Membiarkan ibu bersalin untuk memilih posisi persalinan memiliki banyak keuntungan, misalnya mengurangi tidak nyaman, mengurangi trauma perineum dan menjadi lebih mudah meneran.³⁶

e. Pengurangan Rasa Nyeri

Nyeri persalinan sering digambarkan sebagai pengalaman nyeri yang paling menyakitkan dan intens. Beberapa ibu yang mengalami nyeri persalinan dapat mengelola rasa sakit dengan baik dan melaporkan pengalaman yang positif, namun tidak sedikit ibu bersalin yang tidak dapat mengelola rasa sakit yang mereka rasakan, mengalami penderitaan yang hebat dan memerlukan intervensi untuk menghindari atau mengurangi rasa sakit.

Cara-cara untuk mengurangi rasa sakit ini ialah:

- 1) Mengurangi sakit di sumbernya.
- 2) Memberikan rangsangan alternatif yang kuat.
- 3) Mengurangi reaksi mental yang negatif, emosional dan reaksi fisik ibu terhadap rasa sakit.³⁶

C. Konsep Dasar Bayi Baru Lahir

1. Pengertian Bayi Baru Lahir

Bayi baru lahir adalah hasil konsepsi yang baru keluar dari rahim seorang ibu melalui jalan kelahiran normal atau dengan bantuan alat tertentu sampai dengan usia 1 bulan.³⁷

Bayi Baru lahir normal adalah bayi yang lahir dalam presentasi belakang kepala melalui vagina tanpa memakai alat, pada usia kehamilan genap 37 minggu sampai 42 minggu, dengan berat badan lahir 2500-4000 gram, dengan nilai apgar > 7 dan tanpa cacat bawaan.³⁸

2. Perubahan fisiologis bayi segera setelah lahir

a. Termoregulasi

Saat lahir, mekanisme pengaturan temperatur tubuh pada BBL belum berfungsi sempurna. Oleh karena itu, jika tidak segera dilakukan upaya pencegahan kehilangan panas tubuh maka BBL dapat mengalami hipotermi. Bayi dengan hipotermi berisiko tinggi untuk mengalami sakit berat atau bahkan kematian.³⁹

Bayi kehilangan panas tubuhnya melalui empat cara, yaitu:

1) Konveksi

Konveksi adalah kehilangan panas tubuh yang terjadi saat bayi terpapar udara sekitar yang lebih dingin. Bayi yang ditempatkan didalam ruangan yang dingin akan cepat mengalami kehilangan panas. Kehilangan panas juga terjadi jika aliran udara dari kipas angin, hembusan udara melalui ventilasi atau pendingin ruangan.⁴⁰

2) Evaporasi

Kehilangan panas dapat terjadi karena penguapan cairan ketuban pada permukaan tubuh oleh panas tubuh bayi sendiri, karena setelah lahir tubuh bayi tidak segera dikeringkan. Kehilangan panas juga terjadi pada bayi yang terlalu cepat dimandikan dan tubuhnya tidak segera dikeringkan dan diselimuti.⁴⁰

3) Radiasi

kehilangan panas yang terjadi karena bayi ditempatkan didekat benda-benda yang mempunyai suhu tubuh lebih rendah dari suhu

tubuh bayi. Bayi bisa kehilangan panas dengan cara ini karena benda-benda tersebut menyerap radiasi panas tubuh bayi walaupun tidak bersentuhan secara langsung).⁴⁰

4) Konduksi

Konduksi adalah kehilangan panas tubuh melalui kontak langsung antara tubuh bayi dengan permukaan yang dingin. Seperti meja, tempat tidur, atau timbangan yang temperaturnya lebih rendah dari tubuh bayi. Tubuh bayi akan menyerap panas melalui mekanisme konduksi apabila bayi diletakkan di atas benda-benda tersebut.⁴⁰

b. Sistem Pernafasan

Masa yang paling kritis pada bayi baru lahir adalah ketika harus mengatasi resistensi paru pada saat pernapasan yang pertama kali. Pada umur kehamilan 34- 36 minggu struktur paru-paru matang, artinya paru - paru sudah bisa mengembangkan sistem alveoli. Selama dalam uterus janin mendapat oksigen dari pertukaran gas melalui plasenta, setelah bayi lahir pertukaran gas harus melalui paru-paru bayi.

Struktur matang ranting paru-paru sudah bisa mengembangkan sistem alveoli. Rangsangan gerakan pernapasan pertama adalah:

- 1) Tekanan mekanik dari torak sejak lahir (stimulasi mekanik).
- 2) Penurunan PaO₂ dan peningkatan PaCO₂ merangsang kemoreseptor yang terletak di sinus karotikus (stimulasi kimiawi).

- 3) Rangsangan dingin di daerah muka dan perubahan suhu di dalam uterus (stimulasi sensorik).

Pernapasan pertama pada bayi normal terjadi dalam waktu 30 menit pertama sesudah lahir. Usaha bayi pertama kali untuk mempertahankan tekanan alveoli, selain adanya surfaktan yang dengan menarik napas dan mengeluarkan napas dengan merintih sehingga tertahan di dalam. Respirasi pada neonatus biasanya pernapasan diafragmatik dan abdominal, sedangkan frekuensi dan dalam tarikan belum teratur. Apabila surfaktan berkurang, maka alveoli akan kolaps dan paru-paru kaku sehingga terjadi atelektasis, dalam keadaan anoksia neonatus masih dapat mempertahankan hidupnya karena adanya kelanjutan metabolisme anaerobik.⁴¹

c. Sistem Pencernaan

Sistem pencernaan bayi cukup bulan relatif matang. Sebelum lahir, janin sudah melakukan hisapan dan menelan. Refleks muntah dan batuk yang berkembang dipertahankan saat lahir. Mekonium steril, tetapi cairan ketuban mengandung kotoran.

Kemampuan bayi cukup bulan untuk menelan dan mencerna makanan masih terbatas. Hal ini terkait dengan keragaman enzim pencernaan dan hormon yang ditemukan di semua bagian saluran pencernaan, dari mulut hingga usus. Bayi baru lahir kurang mampu mencerna protein dan lemak dibandingkan orang dewasa. Penyerapan karbohidrat relatif efisien, namun masih di bawah kemampuan orang

dewasa. Kemampuan bayi baru lahir menjadi efisien terutama dalam asupan glukosa, kecuali jika jumlah glukosa terlalu tinggi.⁴²

d. Sistam Kardiovaskular dan Darah

Terdapat perbedaan prinsip antara sirkulasi janin dan bayi karena paru mulai berkurang dan sirkulasi tali pusat putus. Perubahan ini menyebabkan berbagai bentuk perubahan hemodinamik yang dapat dijabarkan sebagai berikut:

- 1) Darah vena umbilikalis mempunyai tekanan 30-35 mmHg dengan saturasi oksigen sebesar 80-90% karena hemoglobin janin mempunyai afinitas yang tinggi terhadap oksigen.
- 2) Darah dari vena cava inferior yang kaya oksigen dan nutrisi langsung masuk foramen ovale dari atrium kanan menuju atrium kiri. Atrium kanan menerima aliran darah yang berasal dari vena pulmonalis.
- 3) Aliran darah dari vena cava superior yang berasal dari sirkulasi darah ekstremitas bagian atas, otak, dan jantung, akan langsung masuk atrium kanan dan selanjutnya menuju ventrikel kanan.
- 4) Curah jantung janin pada saat mendekati aterm adalah sekitar 450 cc/kg/menit dari kedua ventrikel jantung janin.
- 5) Aliran dari ventrikel kiri dengan tekanan 25-28 mmHg dengan saturasi 60% sksn menuju ke arteri koroner jantung, ekstremitas bagian atas, dan 10% menuju aorta desenden.

- 6) Aliran dari ventrikel kanan, dengan tekanan oksigen 20-23 mmHg dengan saturasi 55% akan menuju ke aorta desenden yang selanjutnya menuju ke sirkulasi abdomen dan ekstremitas bagian bawah.

Pada saat lahir terjadi pengembangan alveoli paru sehingga tahanan pembuluh darah paru semakin menurun karena:

- 1) Endothelium relaxing factor menyebabkan relaksasi pembuluh darah dan menurunkan tahanan pembuluh darah paru.
- 2) Pembuluh darah paru melebar sehingga tahanan pembuluh darah makin menurun.

Dampak hemodinamik dari berkembangnya paru bayi adalah aliran darah menuju paru dari ventrikel kanan bertambah sehingga tekanan darah pada atrium kanan menurun karena tersedot oleh ventrikel kanan yang akhirnya mengakibatkan tekanan darah pada atrium kiri meningkat dan menutup foramen ovale, shunt aliran darah atrium kanan kekiri masih dapat dijumpai selama 12 jam dan total menghilang pada hari ke 7-12.⁴³

e. Metabolisme Glukosa

- 1) Selama dalam kandungan kebutuhan glukosa bayi dipenuhi oleh ibu.

Saat bayi lahir dan tali pusat dipotong, bayi harus mempertahankan kadar glukosanya sendiri.

- 2) Kadar glukosa bayi akan turun dengan cepat (1-2 jam pertama kelahiran) yang sebagian digunakan untuk menghasilkan panas dan mencegah hipotermia.
- 3) Untuk memfungsikan otak memerlukan glukosa dalam jumlah tertentu. Dengan tindakan penjepitan tali pusat dengan klem pada saat lahir seorang bayi harus mulai mempertahankan kadar glukosa darahnya sendiri.
- 4) Jika cadangan glukosa tubuh habis digunakan, sementara bayi tidak mendapat asupan dari luar, beresiko terjadinya hipoglisemia dengan gejala kejang, sianosis, apnoe, tangis lemah, letargi dan menolak makan. Akibat jangka panjang dapat merusak sel-sel otak.
- 5) Pencegahan penurunan kadar glukosa darah:
 - a) Melalui penggunaan ASI
 - b) Melalui penggunaan cadangan glikogen (glikogenolisis).
 - c) Melalui pembuatan glukosa dari sumber lain terutama lemak (glikoneogenesis).³¹

f. Sistem Ginjal

Pada bayi baru lahir, hampir semua massa yang teraba di abdomen berasal dari ginjal. Pada saat lahir fungsi ginjal sebanding dengan 30% sampai 50% dari kapasitas dewasa dan belum cukup matur untuk memekatkan urin. Namun, urin terkumpul dalam kandung kemih. Bayi biasanya berkemih dalam waktu 24 jam. Penting untuk mencatat saat berkemih pertama kali. Bila terjadi anuria dalam periode tersebut, harus

segera dilaporkan karena bisa menandakan anomali kongenital pada sistem perkemihan.⁴⁴

3. Asuhan bayi baru lahir dalam 2 jam pertama

a. Penilaian awal pada bayi segera setelah lahir

Untuk semua BBL, lakukan penilaian awal dengan menjawab 3 pertanyaan:

Sebelum bayi lahir

- 1) Apakah kehamilannya cukup bulan ?

Segera setelah bayi lahir, sambal meletakkan bayi di atas kain bersih dan kering yang telah disiapkan pada perut bawah ibu, segera lakukan penilaian berikut:

- 2) Apakah bayi menangis atau bernafas/ tidak megap-megap ?
- 3) Apakah tonus otot bayi baik/bayi bergerak aktif?

Untuk BBL cukup bulan dengan air ketuban jernih yang langsung menangis atau bernafas spontan dan bergerak aktif maka cukup dilakukan manajemen BBL normal.

Metode yang digunakan untuk menilai penyesuaian segera setelah bati baru lahir terhadap kehidupan di luar kandungan adalah sistem penilaian APGAR. Penilain ini dilakukan pada 1 dan 5 menit pertama setelah lahir dan diulang setiap 5 menit sampai kondisi bayi stabil.

Tabel 2. 5 APGAR Score

No	Keterangan	Skor			
		0	1	2	
1.	A	Appearance (Warna kulit)	Seluruh tubuh biru, pucat	Tubuh kemerahan, ekstemitas biru	Seluruh tubuh kemerahan
2.	P	Pulse (Detak jantung)	Tidak ada	< 100 ×/ menit	> 100 ×/ menit
3.	G	Grimace (Refleks)	Tidak ada respon	Gearakan sedikit	Reaksi melawan
4.	A	Activity (Tonus otot)	Fleksi	Ekstremitas fleksi sedikit	Gerakan aktif
5.	R	Respiration (Usaha nafas)	Tidak ada	Lemah, tidak teratur	Menangis kuat

Sumber : Lestari, Nur Eni, Arofy, Tety Mulyati, 2024.

Interpretasi

Skor 7-10 : Tidak ada asfiksia

Skor 4-6 : Asfiksia ringan, sedang

Skor 0-3 : Asfiksia berat.

Jika bayi kurang bulan (< 37 minggu/259 hari) atau bayi lebih bulan (242 minggu/283 hari) dan/atau tidak bernafas atau megap - megap dan atau tonus otot tidak baik, lakukan manajemen BBL dengan asfiksia.⁴⁵

b. Pemotongan tali pusat

Cara pemotongan dan pengikatan tali pusat sebagai berikut.⁴⁰

1) Klem, potong dan ikat tali pusat dua menit pasca bayi lahir.

Penyuntikan oksitosin dilakukan pada ibu sebelum tali pusat dipotong (oksitosin IU intramuscular).⁴⁰

2) Melakukan penjepitan pertama tali pusat dengan klem DTT 3 cm dari dinding perut (pangkal pusat) bayi, dari titik jepitan pertama tekan tali pusat dengan dua jari kemudian dorong isi tali pusat kearah

ibu (supaya darah tidak menetes kemana-mana pada saat melakukan pemotongan tali pusat). Lakukan penjepitan kedua dengan jarak 2 cm dari tempat jepitan pertama ke arah ibu.⁴⁰

- 3) Pegang tali pusat diantara kedua klem tersebut, satu tangan memegang tali pusat sambil melindungi bayi, tangan yang lain memotong tali pusat diantara kedua klem tersebut dengan menggunakan gunting DTT.⁴⁰
- 4) Mengikat tali pusat dengan benang DTT pada satu sisi, kemudian lingkarkan kembali benang tersebut dan ikat dengan simpul kunci pada sisi lainnya.
- 5) Melepaskan klem tali pusat dan masukkan ke dalam larutan klorin 0,5%.
- 6) Meletakkan bayi tengkurap di dada ibu untuk upaya inisisasi menyusui dini.

c. Inisiasi Menyusu Dini (IMD)

Inisiasi Menyusu Dini (IMD) adalah proses meletakkan bayi baru lahir pada dada atau perut ibu agar bayi secara alami dapat mencari sendiri sumber air susu ibu atau ASI dan mulai menyusui. IMD bermanfaat bagi ibu karena dapat membantu mempercepat proses pemulihan pasca persalinan. Dalam 1 jam kehidupan pertama bayi dilahirkan ke dunia, bayi dipastikan untuk mendapatkan kesempatan melakukan IMD.⁴⁶

1) Manfaat IMD untuk ibu

Adapun manfaat IMD sebagai berikut:

a) Pengaruh oksitosin

(1) Membantu kontraksi uterus sehingga menurunkan risiko perdarahan pasca persalinan.

(2) Merangsang pengeluaran kolostrum dan meningkatkan produksi ASI.

(3) Membantu ibu mengatasi stress sehingga ibu merasa lebih tenang dan tidak nyeri pada saat plasenta lahir dan prosedur persalinan lainnya.

b) Pengaruh prolaktin

(1) Meningkatkan produksi ASI.

(2) Menunda Ovulasi.⁴⁶

2) Keuntungan IMD untuk bayi

a) Mempercepat keluarnya kolostrum yaitu makanan dengan kualitas dan kuantitas optimal untuk kebutuhan bayi.

b) Mengurangi infeksi dengan kekebalan pasif.

c) Meningkatkan keberhasilan menyusui bayi secara eksklusif dan lamanya bayi disusui dapat membantu bayi mengkoordinasikan kemampuan hisap dan telan.

d) Meningkatkan jalinan kasih sayang ibu dengan bayi

e) Mencegah kehilangan panas.⁴⁶

3) Langkah-langkah IMD

Pelaksanaan IMD membutuhkan kondisi yang mendukung baik pada ibu dan bayinya dengan memperhatikan hal berikut:

- a) Mengeringkan permukaan kulit bayi kecuali bagian tangan dan tidak disarankan menghilangkan verniks pada bayi.
- b) Meletakkan bayi secara tengkurap di atas perut ibu, apabila ibu melahirkan secara caesar maka letakkan bayi di dada ibu dengan posisi kepala lebih tinggi dari payudara ibu, selimuti bayi dan pasang tutup kepala bayi.
- c) Posisikan kepala bayi menoleh ke samping agar hidung dan mulut tidak tertutup oleh payudara.
- d) Biarkan bayi mencari puting susu ibu dengan mengangkat kepalanya dan dibantu bau cairan amnion pada tangan bayi.
- e) Selalu ingatkan ibu untuk memperhatikan bayinya selama proses IMD.
- f) Saat bayi mulai menyusui, perhatikan perlekatan bayi terhadap puting agar bayi dapat menyusui secara efektif.⁴⁶

Bayi cukup bulan yang sehat dapat memperlihatkan isyarat makan dari bayi yang terlihat 15-20 menit pertama setelah lahir atau dapat lebih lama. Jika ibu tidak bisa menyusui pada 1 jam pertama tetap dukung ibu untuk menyusui sesegera mungkin karena IMD memiliki efek dosis respon dimana semakin diberikan lebih awal akan dapat memberikan manfaat yang lebih besar. Pada bayi

prematur yang tidak dapat menyusui secara langsung maka stimulasi oral dan isapan non-nutritif dapat bermanfaat sampai proses menyusui dimulai.⁴⁶

4. Kunjungan Neonatus

Pelayanan kesehatan sesuai standar yang diberikan oleh tenaga kesehatan kepada neonatus sedikitnya 3 kali, selama periode 0 sampai dengan 28 hari setelah lahir.

- 1) Kunjungan neonatus ke-1 (KN 1) dilakukan 6-48 jam setelah lahir, dilakukan pemeriksaan pernapasan, warna kulit gerakan aktif atau tidak, ditimbang, ukur panjang badan, lingkar lengan, lingkar dada, pemberian salep mata, vitamin Kl, Hepatitis B, perawatan tali pusat dan pencegahan kehilangan panas bayi.
- 2) Kunjungan neonatus ke-2 (KN 2) dilakukan pada hari ke-3 sampai hari ke-7 setelah lahir, pemeriksaan fisik, melakukan perawatan tali pusat, pemberian ASI eksklusif, personal hygiene, pola istirahat, keamanan dan tanda-tanda bahaya.
- 3) Kunjungan neonatus ke-3 (KN 3) dilakukan pada hari ke-8 sampai hari ke-28 setelah lahir, dilakukan pemeriksaan pertumbuhan dengan berat badan, tinggi badan dan nutrisinya.⁴⁷

D. Nifas

1. Pengertian Nifas

Masa nifas (*puerperium*) masa 2 jam setelah kelahiran plasenta sampai 6 minggu setelah persalinan dan berakhir ketika alat-alat kandungan

kembali seperti keadaan sebelum hamil.⁴⁸ Masa nifas didefinisikan sebagai masa sesudah persalinan, masa perubahan, pemulihan, penyembuhan, dan pengembalian organ – organ reproduksi seperti sebelum hamil yang lamanya 6 minggu sampai 40 hari pasca persalinan.⁴⁹

2. Perubahan Fisiologis Masa Nifas

a. Perubahan sistem reproduksi

Selama masa nifas, alat-alat interna maupun eksterna berangsur-angsur kembali keadaan sebelum hamil. Perubahan keseluruhan alat genitalia ini disebut involusi. Selain itu juga terjadi perubahan penting lainnya, antara lain sebagai berikut.

1) *Uterus*

Involusi *uterus* atau pengerutan uterus merupakan suatu proses dimana *uterus* kembali ke kondisi sebelum hamil. Proses involusi *uterus* adalah sebagai berikut:

a) *Iskemia Miometrium*

Hal ini disebabkan oleh kontraksi dan retraksi yang terus menerus dari uterus setelah pengeluaran plasenta sehingga membuat *uterus* menjadi relatif anemi dan menyebabkan serat otot atrofi.

b) *Atrofi jaringan*

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

c) *Autolysis*

Merupakan proses penghancuran diri sendiri yang terjadi di dalam otot *uterus*. Enzim proteolitik akan memendekkan jaringan otot yang telah mengendur. Hal ini disebabkan karena penurunan hormon esterogen dan progesteron.

2) Efek Oksitosin

Oksitosin menyebabkan terjadinya kontraksi dan retraksi otot *uterus* sehingga akan menekan pembuluh darah yang mengakibatkan berkurangnya suplai darah ke *uterus*. Proses ini mensbantu untuk mengurangi situs atau tempat implantasi plasenta serta mengurangi perdarahan.

Ukuran *uterus* pada masa nifas akan mengecil seperti sebelum hamil. Perubahan-perubahan normal pada uterus selama *postpartum* sebagai berikut :

Tabel 2. 6 Perubahan Uterus Selama Postpartum

No	Involusi Uteri	Tinggi Fundus Uteri	Berat Uterus	Diameter Uterus
1.	Plasenta lahir	Setinggi pusat	1000 gram	12,5 cm
2.	7 hari (1minggu)	Pertengahan pusat dan simpisis	500 gram	7,5 cm
3.	14 hari (2 minggu)	Tidak teraba	350 gram	5 cm
4.	6 minggu	Normal	60 gram	2,5 cm

Sumber : Wahyuni, 2018

3) *Lochea*

Akibat involusi uteri, lapisan luar desidua yang mengelilingi situs plasenta akan menjadi nekrotik. Desidua yang mati akan keluar

bersama dengan sisa cairan. Percampuran antara darah dan desidua dinamakan *lochea*. Perbedaan masing-masing *lochea* dapat dilihat sebagai berikut.

Tabel 2. 7 Perubahan Lochea

No	<i>Lochea</i>	Waktu	Warna	Ciri-ciri
1.	<i>Rubra</i>	1-3 hari	Merah Kehitaman	Terdiri dari sel desidua, verniks caseosa, rambut lanugo, sisa mekonium dan sisa darah
2.	<i>Sanguilenta</i>	3-7 hari	Putih bercampur merah	Sisa darah bercampur lendir
3.	<i>Serosa</i>	7-14 hari	Kekuningan/ kecoklatan	Lebih sedikit darah dan lebih banyak serum, juga terdiri dari leukosit dan robekan laserasi plasenta
4.	<i>Alba</i>	> 14 hari	Putih	Mengandung leukosit, selaput lendir serviks dan serabut jaringan yang mati

Sumber : Yuliana & Bawon, 2020

4) Vagina dan perineum

Selama proses persalinan vulva dan vagina mengalami penekanan serta peregangan, setelah beberapa hari persalinan kedua organ ini kembali dalam keadaan kendor.

Perubahan pada perineum pasca melahirkan terjadi pada saat perineum mengalami robekan. Robekan jalan lahir dapat terjadi secara spontan ataupun dilakukan episiotomi dengan indikasi

tertentu. Meskipun demikian, latihan otot perineum dapat mengembalikan tonus tersebut dan dapat mengencangkan vagina hingga tingkat tertentu.

5) Perubahan Sistem Pencernaan.

Sistem gastrointestinal selama kehamilan dipengaruhi oleh beberapa hal, diantaranya tingginya kadar progesteron yang dapat mengganggu keseimbangan cairan tubuh, meningkatkan kolesterol darah, dan melambatkan kontraksi otot-otot polos. Pasca melahirkan, kadar progesteron juga mulai menurun. Namun demikian, faal usus memerlukan waktu 3-4 hari untuk kembali normal.

6) Perubahan Sistem Musculoskeletal

Otot-otot uterus berkontraksi segera setelah *partus*. Pembuluh-pembuluh darah yang berada di antara anyaman otot-otot uterus akan terjepit. Proses ini akan menghentikan pendarahan setelah placenta dilahirkan. Sebagai akibat patusnya serat-serat plastic kulit dan distensi yang belangsung lama akibat besarnya uterus pada waktu hamil, dinding abdomen masih agak lunak dan kendur untuk sementara waktu. Untuk memulihkan kembali jaringan-jaringan penunjang alat genitalia, serta otot-otot dinding perut dan dasar panggul, di anjurkan untuk melakukan latihan-latihan teruntu. Pada 2 hari *post partum*, sudah dapat fisioterapi.

7) Perubahan tanda tanda vital

a) Suhu

Suhu tubuh wanita inpartu tidak lebih dari 37,2 derajat Celcius, Sesudah partus dapat naik kurang lebih 0,5 derajat celcius dari keadaan normal, namun tidak akan melebihi 8 derajat celcius. Sesudah 2 jam pertama melahirkan umumnya suhu badan akan kembali normal. Bila suhu lebih dari 38 derajat celcius, mungkin terjadi infeksi pada klien.

b) Nadi

Denyut nadi normal pada orang dewasa 60-80 kali per menit. Pasca melahirkan, denyut nadi dapat menjadi bradikardi maupun lebih cepat. Denyut nadi yang melebihi 100 kali per menit, haruswaspada kemungkinan infeksi atau perdarahan post partum.

c) Tekanan Darah

Tekanan darah normal manusia adalah sistolik antara 90-120 mmHg dan diastolik 60-80 mmHg. Pasca melahirkan pada kasus normal, tekanan darah biasanya tidak berubah.

d) Pernafasan

Frekuensi pemerasan normal pada orang dewasa adalah 16-24 kali per menit. Pada ibu post partum umumnya pernafasan lambat atau normal. Hal ini dikarenakan ibu dalam keadaan pemulihan atau dalam kondisi istirahat.

8) Perubahan sistem kardiovaskular

Selama kehamilan, volume darah normal digunakan untuk menampung aliran darah yang meningkat, yang diperlukan oleh placenta dan pembuluh darah uteri. Penarikan kembali esterogen menyebabkan dieresis yang terjadi secara cepat sehingga mengurangi volume plasma kembali pada proporsi normal. Aliran ini terjadi dalam 2.4 jam pertama setelah kelahiran bayi.

9) Perubahan Sistem Hematologi

Pada minggu-minggu terakhir kehamilan, kadar fibrinogen dan plasma serta faktor-faktor pembekuan darah meningkat. Pada hari pertama post partum, kadar fibrinogen dan plasma akan sedikit menurun tetapi darah lebih mengental dengan peningkatan viskositas sehingga meningkatkan faktor pembekuan darah.

Pada awal post partum, jumlah hemoglobin, hematokrit dan eritrosit sangat bervariasi. Hal ini disebabkan volume darah, volume plasenta dan tingkat volume darah yang berubah-ubah. Tingkatan ini dipengaruhi oleh status gizi dan hidrasi dari wanita tersebut.

10) Perubahan Sistem Endokrin

a) Hormon plasenta

Hormon placenta menurun dengan cepat setelah persalinan.

HCG (*Human Chorionic Gonadotropin*) menurun dengan cepat dan menetap sampai 10% dalam 3 jam hingga hari ke-7 post

partum dan sebagai omset pemenuhan mamae pada hari ke-3 *postpartum.*

b) Hormon pituitary

Prolaktin darah akan meningkat dengan cepat. Pada wanita yang tidak menyusui, prolaktin menurun dalam waktu 2 minggu. FSH dan LH akan meningkat pada fase konsentrasi folikuler (minggu ke-3) dan LH tetap rendah hingga ovulasi terjadi.

c) *Hypotalamik pituitary ovarium*

Lamanya seorang wanita mendapatkan menstruasi juga di pengaruhi oleh faktor menyusui. Sering kali menstruasi pertama ini bersifat anovulasi karena rendahnya kadar estrogen dan progesteron.

d) Kadar estrogen

Setelah persalinan, terjadi penurunan kadar estrogen yang bermakna sehingga aktifitas prolaktin yang juga sedang meningkat dapat mempengaruhi kelenjar mamae dalam menghasilkan ASI.⁵⁰

3. Kebutuhan pada Masa Nifas

a. Nutrisi dan Cairan

Adapun Kebutuhan nutrisi dan cairan masa nifas yaitu :

- 1) Mengkonsumsi tambahan kalori 500 kalori tiap hari.
- 2) Makan dengan gizi seimbang untuk memenuhi kebutuhan karbohidrat, protein, lemak, vitamin dan mineral.

- 3) Mengkonsumsi tablet zat besi selama 40 hari pasca persalinan.
- 4) Mengkonsumsi kapsul vitamin A (200.000 unit) agar bisa memberikan vitamin A kepada bayinya melalui ASI nya.
- 5) Minum sedikitnya 3 liter setiap hari.

b. Ambulasi dan Mobilisasi

Proses ambulasi dan mobilisasi adalah latihan aktivitas ringan pemulihian mempercepat membalikkan tonus otot dan vena dari kaki dan mengencangkan perut juga mempercepat pengeluaran lochea, Aktivitas ini dimulai dari mengajarkan ibu miring kiri/kanan, duduk, berdiri kemudian berjalan, hal ini dilakukan baik ibu dengan persalinan normal maupun persalinan caesar, hanya waktunya saja yang berbeda, untuk ibu normal lebih kurang 6 jam setelah persalinan, sedangkan untuk ibu dengan persalinan caesar setelah 8 jam untuk miring kiri/kanan, setelah 12-24 jam untuk duduk dan kaki boleh dijuntaikan ke bawah perlahan dan setelah 24 jam ibu boleh berdiri dan berjalan dengan di damping keluarga, ambulasi dan mobilisasi dini dibutuhkan bantuan dan motivasi dari keluarga.

c. Istirahat

Pada dasarnya wanita setelah melahirkan merasakan lelah, terlebih pada kasus persalinan berlangsung lama. Beberapa anjuran buat ibu nifas:

- 1) Anjurkan ibu untuk istirahat cukup untuk mencegah kelelahan yang berlebihan.

- 2) Sarankan ibu untuk kembali melakukan kegiatan rumah tangga secara perlahan-lahan, serta untuk tidur siang atau istirahat selagi bayi tidur, kebutuhan istirahat ibu 8 jam sehari.
- 3) Kurang istirahat akan mempengaruhi ibu dalam beberapa hal:
 - a) Berkurangnya produksi ASI.
 - b) Lambatnya proses involusi uterus sehingga memperbanyak perdarahan.
 - c) Menyebabkan depresi dan ketidakmampuan untuk merawat bayi dan dirinya sendiri.⁵¹

d. *Personal hygiene*

Anjurkan ibu untuk menjaga kebersihan seluruh tubuh. Bagian utama yang harus ibu bersihkan adalah payudara dan area vulva. Puting susu dibersihkan dengan baby oil dan air yang telah dimasak setiap sebelum dan sesudah menyusui. Area vulva dibersihkan dari depan ke belakang dengan menggunakan sabun dan air setiap selesai BAB dan BAK. Serta sebaiknya ibu mengganti pembalut setidaknya 2x sehari.⁵¹

e. Seksual

Kebutuhan seksual adalah kebutuhan alami dan naluri dari manusia. Pada masa nifas. Secara fisik aman untuk memulai hubungan suami istri begitu darah merah berhenti dan ibu dapat memasukkan satu atau dua jarinya kedalam vagina tanpa rasa nyeri. Banyak budaya, yang mempunyai tradisi menunda hubungan suami istri sampai masa waktu tertentu, misalnya setelah 40 hari atau 6 minggu setelah persalinan.⁵¹

f. Eliminasi: BAB/BAK

Setelah melahirkan, ibu harus berkemih dalam 6-8 jam. Urin yang dikeluarkan pertama harus diukur untuk mengetahui apakah pengosongan kandung kemih adekuat. Diharapkan, setiap kali berkemih, urin yang keluar sekitar 150 ml. Untuk mempercepat proses defekasi normal adalah memberi ibu penjelasan tentang upaya menghindari konstipasi dengan mengkonsumsi makanan tinggi serat dan minum air hingga 3 liter dalam satu hari.⁵¹

g. Pijat masa nifas

Secara umum wanita yang dipijat setelah melahirkan kemungkinan besar akan merasakan banyak manfaat bagi kesehatan fisik dan psikis. Adapun beberapa manfaat yang dapat diperoleh dari pijat ini yaitu meredakan sakit punggung dan relaksasi, meningkatkan produksi asi, melancarkan peredaran darah, menjaga keseimbangan hormon, mengurangi depresi *postpartum*, serta membantu tidur lebih nyaman. Pijat masa nifas boleh dilakukan para ahli yang sudah mengikuti pelatihan dan memiliki sertifikat.⁵¹

h. Senam masa nifas

Senam postpartum sama dengan senam antenatal. Tujuan dari senam tersebut adalah:

- 1) Memperkuat Dasar Panggul.
- 2) Mengencangkan otot-otot abdomen.⁵¹

4. Tahapan Masa Nifas

Tahapan yang terjadi pada wanita selama masa nifas adalah sebagai berikut :

- a. *Periode immediate post partum* (Masa segera setelah lahirnya plasenta s/d 24 jam)

Banyak masalah yang sering terjadi pada masa ini, seperti pendarahan akibat atonia uteri. Oleh karena itu, bidan harus rutin memeriksa kontraksi rahim, pengeluaran lochea, tekanan darah dan suhu.

- b. *Periode early postpartum* (24 jam/1 hari s/d 1 minggu/7 hari)

Pada kala ini bidan memastikan organ reproduksi pulih sempurna (involusi uterus normal, tidak ada perdarahan, lochea tidak berbau busuk, tidak ada demam, ibu mendapat cukup makanan dan cairan serta ibu mampu menyusui dengan baik).

- c. *Periode late postpartum* (1 minggu s/d 6 minggu pasca persalinan)

Masa ini adalah masa dimana ibu memerlukan pemulihan dan menjadi sehat seutuhnya. Masa sehat bisa berlangsung selama berminggu-minggu, berbulan-bulan, atau bertahun-tahun. Selama periode ini, bidan akan terus memberikan perawatan dan pemeriksaan sehari-hari serta konseling keluarga berencana.⁵²

5. Kunjungan Masa Nifas

Kunjungan masa nifas dilakukan untuk menilai kondisi ibu dan bayi baru lahir, serta untuk menjaga, mendeteksi, dan menangani masalah yang mungkin terjadi.⁵³

- a. Kunjungan Pertama (KF 1), 6-48 jam setelah persalinan yang bertujuan:

- 1) Mencegah perdarahan masa nifas karena persalinan akibat terjadinya atonia uteri.
 - 2) Mendeteksi dan merawat penyebab lain perdarahan, segera merujuk bila perdarahan terus berlanjut.
 - 3) Memberikan konseling pada ibu dan anggota keluarga bagaimana cara mencegah perdarahan masa nifas akibat atonia uteri.
 - 4) Konseling tentang pemberian ASI awal.
 - 5) Melakukan *bounding attachment* antara ibu dengan bayi yang baru dilahirkan.
 - 6) Menjaga bayi tetap sehat dengan cara mencegah hipotermia.
 - 7) Jika petugas kesehatan menolong persalinan ibu, ia harus tinggal dengan ibu dan bayi yang baru lahir untuk 2 jam pertama atau sampai keadaan ibu dan bayinya stabil.⁴⁹
- b. Kunjungan Kedua (KF 2), 3-7 hari setelah persalinan yang bertujuan:
- 1) memastikan proses involusi uteri berjalan dengan normal.
 - 2) evaluasi adanya tanda-tanda demam, infeksi atau perdarahan abnormal.
 - 3) memastikan ibu cukup makan, minum, dan istirahat.
 - 4) memastikan ibu menyusui dengan benar dan tidak ada tanda-tanda adanya penyulit.
 - 5) memberikan konseling pada ibu mengenai hal-hal berkaitan dengan asuhan pada bayi.

- c. Kunjungan Ketiga (KF 3), 8-28 hari setelah persalinan yang bertujuan: sama seperti pada kunjungan ke-3.
- d. Kunjungan Empat, 29-42 hari setelah persalinan yang bertujuan:
 - 1) menanyakan penyulit-penyulit yang ada.
 - 2) konseling untuk KB secara dini.⁴⁹

6. Tujuan Asuhan pada Ibu Nifas

Tujuan dari pemberian asuhan pada masa nifas untuk :

- a. Menjaga kesehatan ibu dan bayinya, baik fisik maupun psikologis.
- b. Melaksanakan skrining secara komprehensif, deteksi dini, mengobati atau merujuk bila terjadi komplikasi pada ibu maupun bayi.
- c. Memberikan pendidikan kesehatan tentang perawatan kesehatan diri, nutrisi, KB, cara dan manfaat menyusui, pemberian imunisasi serta perawatan bayi sehari-hari.
- d. Memberikan pelayanan keluarga berencana.
- e. Mendapatkan kesehatan emosi.⁵⁴

E. Manajemen Asuhan Kebidanan

1. Manajemen Asuhan Kebidanan Kehamilan

Menejemen Asuhan Kebidanan mengacu pada KEPMENKES NO.938/MENKKES/SK/VIII/2007 tentang Standar Asuhan Kebidanan yang meliputi:

a. Standar I : Pengkajian.

Cara ini dilakukan pertama kali Ketika akan memberikan asuhan kebidanan, yaitu dengan cara melakukan anamnesa pada pasien (data subjektif) dan dilakukan pemeriksaan fisik (data objektif).

1) Data subjektif

- a) Identitas ibu dan suami.
- b) Menanyakan alasan kunjungan dan keluhan yang dirasakan.
- c) Menanyakan HPHT, pergerakan janin pertama kali dan jumlah gerakan janin dalam 24 jam terakhir.
- d) Bagaimana pola makan ibu dari pagi, siang, dan malam.
Berapa porsi dan apa saja menunya.
- e) Menanyakan pola eliminasi (BAB dan BAK), aktifitas sehari hari, dan pola istirahat.
- f) Menanyakan keadaan social (status perkawinan, setelah kawin berapa lama hamil, apakah direncanakan dan diinginkan)
- g) Menanyakan keadaan ekonomi (penghasilan) dan kegiatan spiritual.

2) Data objektif

- a) Melakukan pemeriksaan tanda vital.
- b) Melakukan pemeriksaan khusus yaitu:
 - (1) Inspeksi yaitu pemeriksaan head to toe (dari kepala sampai ujung kaki).

- (2) Palpasi yaitu pemeriksaan abdomen (leopold I- leopold IV).
 - (3) Auskultasi yaitu pemeriksaan kesejahteraan janin berupa denyut jantung janin, frekuensi, irama dan intensitas.
 - (4) Perkusi yaitu pemeriksaan refleks patella kanan dan kiri ibu.
 - (5) Melakukan pemeriksaan penunjang seperti pemeriksaan kadar hemoglobin (HB).
- b. Standar II: Perumusan Diagnosa atau Masalah Kebidanan
- Setelah data dikumpulkan, Teknik yang kedua adalah melakukan interpretasi terhadap kemungkinan diagnosis dan masalah kebutuhan ibu hamil. Berikut ini contoh diagnose kebidanan pada masa kehamilan : Ny."X".... tahun, G..P..A..H.., usia kehamilanminggu, presentasi kepala, bagian terendah janin belum masuk PAP, ibu dan janin dalam keadaan baik.
- c. Standar III: Perencanaan
- disesuaikan dengan data yang telah dikumpulkan. Misalnya:
- 1) Menjelaskan keadaan ibu dan janin saat ini.
 - 2) Menjelaskan keluhan yang dirasakan ibu.
 - 3) Ingatkan ibu untuk tetap mengonsumsi tablet Fe dengan benar dan ajarkan ibu untuk mengenali tanda bahaya dan ketidanyamanan pada trimester III.
 - 4) Menjadwalkan kunjungan ulang atau bila ibu ada keluhan.

d. Standar IV: Implementasikan

Merupakan tahapan pelaksanaan dari semua bentuk rencana tindakan sebelumnya. Tindakan yang dapat dilakukan oleh bidan berdasarkan standar asuhan kebidanan.

- 1) Menjelaskan keadaan ibu dan janin saat ini
- 2) Menjelaskan keluhan yang dirasakan ibu
- 3) Mengingatkan ibu untuk tetap mengonsumsi tablet Fe dengan benar dan ajarkan ibu untuk mengenali tanda bahaya pada trimester III
- 4) Menjadwalkan kunjungan ulang bila atau bila ibu ada keluhan.

e. Standar V: Evaluasi

Pada tahap ini, bidan melakukan evaluasi secara sistematis dan berkesinambungan untuk melihat keefektifan dari asuhan yang diberikan, sesuai dengan perubahan perkembangan kondisi klien.

f. Standar VI: Pencatatan Asuhan Kebidanan

Bidan melakukan pencatatan secara lengkap, akurat, singkat, dan jelas mengenai keadaan/kejadian yang ditemukan dan dilakukan dalam memberikan asuhan kebidanan ditulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP.

2. Manajemen Asuhan Kebidanan Persalinan

Manajemen asuhan kebidanan mengacu pada kepmenkes No.938/MENKES/SK/VIII/2007 tentang standar asuhan kebidanan yang meliputi :

a. Kala I

1) Data subjektif

Pada data subyektif, menanyakan beberapa hal kepada ibu, seperti:

- a) Identitas ibu dan suami.
- b) Alasan utama datang ke PMB.
- c) Apakah ada kontraksi dan lamanya.
- d) Lokasi ketidaknyamanan ibu.
- e) Pengeluaran pervaginam, berupa darah, lender, atau ketuban.

2) Data Objektif

- a) Menilai keadaan umum dan kesadaran.
- b) Pemeriksaan vital sign.
- c) Pemeriksaan fisik secara *head to toe* (dari kepala sampai kaki).
- d) Pemeriksaan kebidanan
 - (1) Palpasi : leopold I-IV, TFU,TBJ
 - (2) Auskultasi : menilai kesejahteraan janin (DJJ)
 - (3) Inspeksi : luka parut, pengeluaran pervaginam
 - (4) Pemeriksaan dalam: pembukaan, ketuban, penipisan.

3) Perumusan diagnosa dan atau masalah kebidanan Ny.” X”

G...P..A..H... aterm inpartu kala I fase aktif.

4) Perencanaan

Rencana asuhan yang akan dilakukan pada kala I disesuaikan dengan keadaan dan kondisi ibu.

5) Implementasi

Pelaksanaan asuhan yang telah direncanakan sesuai dengan keadaan dan kondisi ibu.

6) Evaluasi

Melakukan evaluasi secara sistematis dan berkesinambungan untuk melihat keefektifan dari asuhan yang diberikan, sesuai dengan perubahan perkembangan kondisi klien.

7) Pencatatan asuhan kebidanan

Pencatatan secara lengkap, akurat, singkat, dan jelas mengenai keadaan/kejadian yang di temukan dan dilakukan dalam memberikan asuhan kebidanan. Ditulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP.

b. Kala II

1) Pengkajian

Pada kala II, pengkajian yang dapat dilakukan berupa pertanyaan tentang kondisi ibu, seperti apakah ibu Lelah karena terus mengedan.

2) Perumusan diagnosa dan atau masalah kebidanan diagnosa kebidanan kala II : ibu inpartu kala II

3) Perencanaan

Rencana asuhan yang akan dilakukan secara menyeluruh berdasarkan hasil identifikasi masalah dan diagnosis serta dari kebutuhan pasien.

- 4) Implementasi Pelaksanaan asuhan yang telah direncanakan sesuai dengan keadaan dan kondisi ibu.

- 5) Evaluasi

Melakukan evaluasi secara sistematis dan berkesinambungan untuk melihat keefektifan dari asuhan yang diberikan, sesuai dengan perubahan perkembangan kondisi klien.

- 6) Pencatatan asuhan kebidanan Pencatatan secara lengkap, akurat, singkat, dan jelas mengenai keadaan/kejadian yang ditemukan dan dilakukan dalam memberikan asuhan kebidanan ditulis dalam bentuk pencatatan perkembangan SOAP.

c. Kala III

- 1) Pengkajian

Pada data subjektif, menanyakan keadaan dan perasaan ibu serta lahirnya bayi. Pada data objektif, menilai keadaan umum ibu, melihat tanda-tanda pelepasan plasenta, memeriksa TFU, dan melakukan manajemen aktif Kala III (MAK III).

- 2) Perumusan diagnosa dan masalah kebidanan

Diagnosa kebidanan kala III : Ibu inpartu kala III.

- 3) Perencanaan

Rencana asuhan yang akan dilakukan secara menyeluruh adalah berdasarkan hasil identifikasi masalah dan diagnosis serta dari kebutuhan pasien.

4) Implementasi

Pelaksanaan asuhan yang telah direncanakan sesuai dengan keadaan dan kondisi ibu.

5) Evaluasi

Melakukan evaluasi secara sistematis dan berkesinambungan untuk melihat kefektifan dari asuhan yang diberikan, sesuai dengan perubahan perkembangan kondisi klien.

6) Pencatatan asuhan kebidanan

Pencatatan secara lengkap , akurat, singkat dan jelas mengenai keadaan/kejadian yang ditemukan dan dilakukan dalam memberikan asuhan kebidanan, ditulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP .

d. Kala IV

1) Pengkajian

Pada data subjektif, menanyakan keadaan ibu dan perasaan setelah lahirnya bayi dan kakak anaknya (plasenta). Pada data objektif, menilai keadaan umum ibu, dan memeriksa kelengkapan plasenta, penanaman tali pusat, TFU, kontraksi dan perdarahan.

2) Perumusan diagnosa dan atau masalah kebidanan diagnosa kebidanan kala IV : ibu inpartu kala IV.

3) Perencanaan

Rencana asuhan yang akan dialakukan pada kala IV, yaitu pemantauan setiap 15 menit pada 1 jam pertama, dan setiap 30 menit

pada 1 jam berikutnya. Yang diapantau seperti vital sign, kontraksi uterus, TFU, dan perdarahan.

4) Implementasi

Pelaksanaan asuhan yang telah direncanakan dan ditulis pada lembar belakang partografi.

5) Evaluasi

Melakukan evaluasi secara sistematis dan berkesinambungan untuk melihat keefektifan dari asuhan yang diberikan, sesuai dengan perubahan perkembangan kondisi klien.

6) Pencatatan asuhan kebidanan

Pencatatan secara lengkap, akurat, singkat, dan jelas mengenai keadaan/kejadian yang ditemukan dan dilakukan dalam memberikan asuhan kebidanan. Ditulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP.

3. Manajemen Asuhan Kebidanan Bayi Baru Lahir

Manajemen asuhan kebidanan pada bayi baru lahir dibedakan menjadi, yaitu asuhan kebidanan pada bayi segera setelah lahir sampai dengan 2 jam setelah lahir. Manajemen asuhan kebidanan mengacu pada Kepmenkes No.938/MENKES/SK/VIII/2007 tentang standar asuhan kebidanan yang meliputi :

- a. Standar I : Pengkajian data yang dikumpulkan pada pengkajian segera setelah bayi lahir seperti :

- 1) Bayi lahir spontan

- 2) Segera menangis dan kuat
 - 3) Gerakan aktif
 - 4) Warna kulit merah muda.
- b. Standar II : Perumusan diagnosa dan atau masalah kebidanan interpretasi data dasar yang akan dilakukan adalah beberapa data yang ditentukan pada saat pengkajian bayi baru lahir. Diagnosa kebidanan pada BBL : bayi baru lahir normal usia 6 jam.
- c. Standar III : perencanaan penyusunan rencana asuhan secara menyeluruh pada bayi baru lahir, seperti :
- 1) Mengeringkan bayi.
 - 2) Memotong dan rawat tali pusat.
 - 3) Melaksanakan IMD.
 - 4) Pemberian salep mata.
 - 5) Injeksi vit K.
 - 6) Imunisasi HB0.
 - 7) Memonitoring keadaan umum bayi.
 - 8) Pemeriksaan fisik pada bayi.
- d. Standar IV : Implementasi
- Tahapan ini dilakukan dengan melaksanakan rencana asuhan kebidanan yang menyeluruh dan dibatasi oleh standar asuhan kebidanan pada bayi baru lahir.

e. Standar V : Melakukan evaluasi secara sistematis dan berkesinambungan untuk melihat keefektifan dari asuhan yang diberikan, sesuai dengan perubahan perkembangan kondisi bayi.

f. Standar VI : Pencatatan asuhan kebidanan

Bidan melakukan pencatatan secara lengkap, akurat, singkat, dan jelas mengenai keadaan/kejadian yang ditemukan dan dilakukan dalam memberikan asuhan kebidanan. Ditulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP.

4. Manajemen Asuhan Kebidanan Nifas

Manajemen asuhan kebidanan mengacu pada permenkes Kepmenkes No.938/MENKES/SK/VIII/2007 tentang Standar Asuhan Kebidanan yang meliputi :

a. Standar I : Pengkajian

1) Data subjektif, pada data subjektif, menanyakan beberapa hal kepada ibu:

a) Perdarahan yang keluar, apakah mengalir banyak atau tidak.

b) Ibu sudah makan dan minum.

b) Data Objektif

a) Pemeriksaan vital sign.

b) Pemeriksaan fisisk ibu secara head to toe (mulai dari kepala sampai kaki).

c) Pemeriksaan obstetric Abdomen.

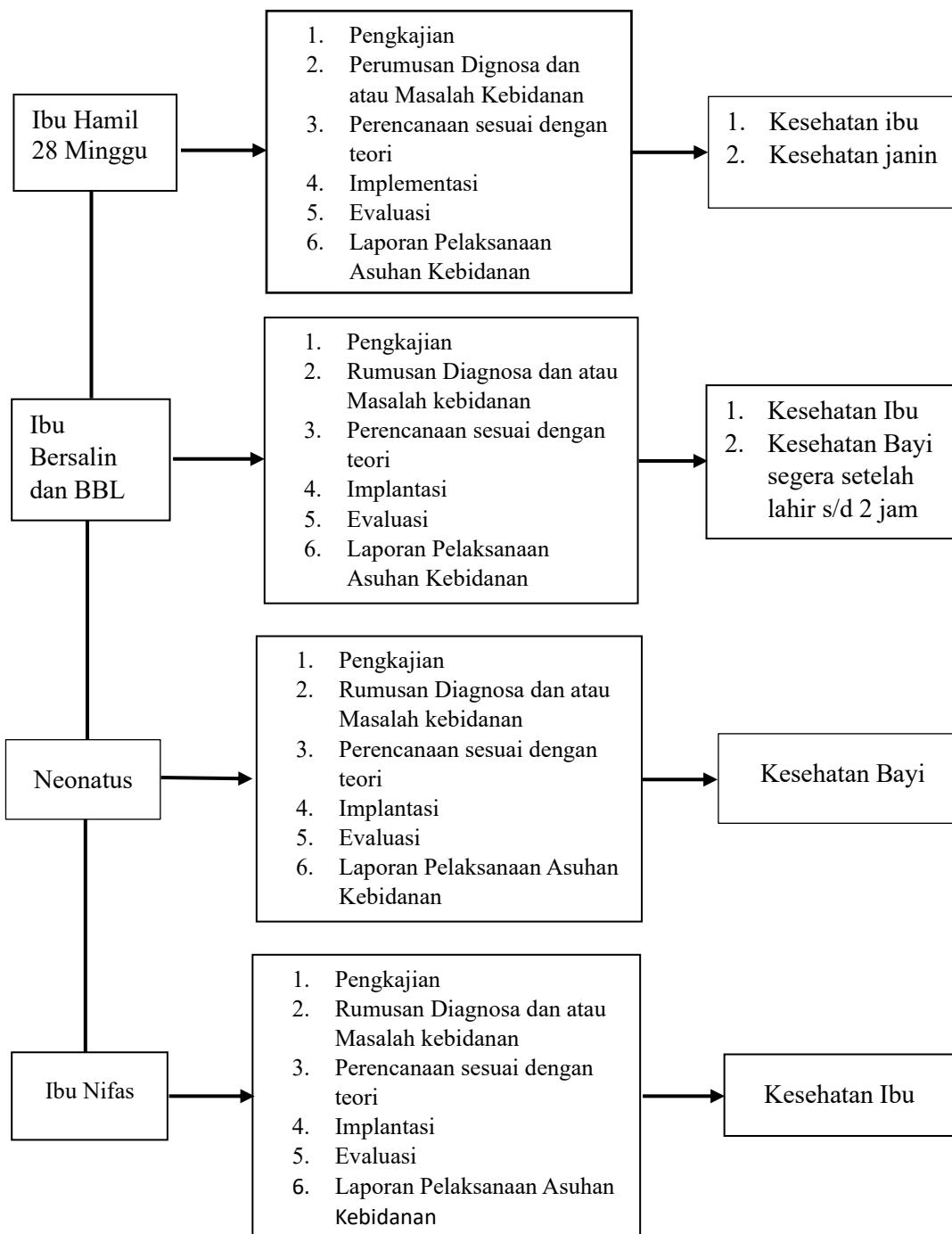
- d) Inpeksi : pembesaran, linea alba/nigra, striae, striae/ albican/lividae, dan kelainan.
- e) Palpasi : Kontraksi, TFU, dan Kandung Kemih Anogenital
 - (1) Vulva dan vagina : varices, kemerahan, lochea.
 - (2) Perineum : keadaan luka, bengkak/kemerahan.
 - (3) Anus : hemoroid .
- b. Standar II : Perumusan diagnosa dan atau Masalah Kebidanan
 Interpretasi data dasar yang akan dilakukan adalah beberapa data yang ditemukan pada saat pengkajian postpartum. Contohnya diagnose kebidanan pada masa nifas : Ny."X" P...A...H... jam,/hari postpartum normal, keadaan umum ibu baik.
- c. Standar III: Perencanaan
 Rencana asuhan menyeluruh pada masa postpartum yang dapat dilakukan antara lain :
 - 1) Jelaskan keadaan umum ibu saat ini
 - 2) Anjurkan ibu untuk kontak dini sesering mungkin dengan bayi
 - 3) Anjurkan ibu untuk mobilisasi di tempat tidur,
 - 4) Perawatan perineum, dan lain-lain.
- d. Standar IV : Implementasi
 Tahap ini dilakukan dengan melaksanakan rencana asuhan kebidanan yang telah disusun dan dilakukan secara menyeluruh.
- e. Standar V : Evaluasi
 Pada tahap ini, bidan melakukan evaluasi secara sistematis dan berkesinambungan untuk melihat keefektifan dari asuhan yang

diberikan, sesuai dengan perubahan perkembangan kondisi ibu postpartum.

f. Standar VI : Pencatatan asuhan kebidanan

Bidan melakukan pencatatan secara lengkap, akurat, singkat, dan jelas mengenai keadaan/kejadian yang ditemukan dan dilakukan dalam memberikan asuhan kebidanan. Ditulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP.

F. Kerangka pikir



Gambar 2. 4 Kerangka Pikir Asuhan Berkesinambungan pada Ibu Hamil, Bersalin dan Nifas serta Bayi Baru Lahir.

Sumber : Kepmenkes RI, 2018

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Jenis Laporan Kasus

Laporan Tugas Akhir ditulis berdasarkan laporan kasus asuhan kebidanan berkesinambungan pada ibu hamil, bersalin bayi baru lahir dan nifas ini dilakukan dengan menggunakan jenis penelitian kualitatif dan pendekatan studi kasus dengan cara meneliti suatu permasalahan yang berhubungan dengan kasus itu sendiri, faktor-faktor yang mempengaruhi, kejadian-kejadian khusus yang muncul sehubungan dengan kasus, maupun tindakan dan reaksi kasus terhadap suatu perlakuan.

B. Lokasi dan Waktu

1. Tempat Penelitian

Penelitian dilakukan di Tempat Praktik Mandiri Bidan Susi Anggraini, Amd. Keb Kebupaten Kabupaten Solok.

2. Waktu

Penelitian dilakukan pada bulan November 2024 - Juni 2025 adapun pengumpulan data dilakukan pada tanggal 28 Februari 2025 – 26 Maret 2025.

C. Subyek Studi Kasus

Subyek yang digunakan dalam Studi Kasus ini adalah Ny.“S” usia kehamilan 36 – 37 minggu, bersalin, nifas serta bayi baru lahir By. Ny. “S”.

D. Instrumen Studi Kasus

Instrumen yang digunakan adalah wawancara dengan cara menanyakan secara langsung kepada Ny. S tentang keluhan yang dirasakan kemudian melakukan pemeriksaan dengan format pengkajian sebagai pedoman observasi, dan melakukan pencatatan SOAP sebagai studi dokumentasi dalam bentuk format asuhan kebidanan pada ibu hamil, bersalin, nifas, dan bayi baru lahir dengan KEPMENKES Nomor 938/Menkes/SK/VIII/2007.

E. Teknik Pengumpulan Data

Teknik pengambilan data dilakukan dengan menggunakan :

1. Data Primer

Data yang diperoleh secara langsung dari pasien dilahan praktik dengan menggunakan teknik berikut :

a. Wawancara / Anamnesa

Pemeriksaan yang dilakukan dengan tanya jawab dengan Ny. "S" langsung baik dari klien atau anggota keluarga tentang kondisi klien dan mengkaji keluhan-keluhan yang dirasakan oleh klien serta riwayat penyakit.

b. Pemeriksaan / Observasi

1) Pemeriksaan fisik

Peneliti melakukan pemeriksaan pada Ny. "S" dan By.Ny. "S" dari usia kehamilan 36-37 minggu, bersalin, Bayi Baru Lahir, dan Nifas. Pemeriksaan terhadap klien dilakukan dengan cara inspeksi, palpasi, auskultasi, dan perkusi sesuai dengan standar operasional

prosedur yang diberikan pada klien.

2) Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan penunjang berupa pemeriksaan laboratorium seperti pemeriksaan Hb, golongan darah, protein urine, glukosa urine, *Triple Eliminasi* dan lain-lain.

2. Data Sekunder

Untuk melengkapi data yang berhubungan dengan masalah yang ditemukan maka peneliti mengambil data dengan studi dokumentasi yaitu mendapatkan data dari dokumen atau catatan medik.

F. Alat dan Bahan

Alat dan bahan yang digunakan dalam studi kasus ini adalah :

1. Alat dan bahan yang digunakan untuk melakukan observasi dan pemeriksaan fisik :
 - a. Alat dan bahan yang digunakan untuk melakukan observasi dan pemeriksaan fisik ibu hamil : masker, tensimeter, *stetoscope*, *doppler*, timbangan berat badan, termometer, jam, reflek hammer, pita sentimeter, pita lila, serta alat dan bahan untuk pemeriksaan labor sederhana seperti set pemeriksaan protein urin (tabung reaksi, penjepit tabung, lampu spiritus, gelas ukur), set pemeriksaan reduksi urin, dan alat cek Hb.
 - b. Alat dan bahan yang digunakan untuk melakukan observasi dan pemeriksaan fisik ibu bersalin : masker, tensimeter, *stetoscope*,

thermometer, *doppler*, pita sentimeter, air DTT, handscoon, jam tangan, larutan klorin 0,5 %.

- c. Alat dan bahan yang digunakan untuk melakukan pertolongan persalinan pada ibu bersalin : APD, masker, *partus set* (bak instrumen, duk lubang, benang / *Cut Gut*, jarum / *needle hecting*, sarung tangan, Metal kateter, *Naldfuder*, Setengah kocher, Pinset anatomis, Pinset chirurgis, klem pean, bengkok, klem arteri, gunting episiotomi, gunting jaringan, gunting perban, gunting tali pusat, umbilical / jepitan tali pusat), kapas DTT, spuit 3 cc, oksitosin, kapas alkohol, kassa, tampon, hecting set (bila diperlukan), delee, kain bersih, handuk, celemek, perlak, leanec, alat TTV, sepatu boots.
 - d. Alat dan bahan yang digunakan untuk melakukan pemeriksaan fisik pada bayi baru lahir : masker, tempat pemeriksaan, handscoon, timbangan bayi, pengukur panjang bayi, lampu sorot, pita pengukur, pengukur lila, termometer, stetoskop, jam tangan, penlight.
 - e. Alat dan bahan yang digunakan untuk melakukan pemeriksaan fisik pada ibu nifas : stetoskop, tensimeter, termometer, jam tangan , reflek hammer, pengukur tinggi badan, timbangan.
2. Alat dan bahan yang digunakan untuk melakukan wawancara : Format Asuhan Kebidanan pada ibu hamil, bersalin, bayi baru lahir dan nifas.
 3. Alat dan bahan yang digunakan untuk melakukan studi dokumentasi : catatan medik atau status pasien, partograf, buku KIA.

No Telp/Hp : 08xxxxxxxxxxxx

B. Data Subjektif

1. Riwayat ANC

G4P2A1H2

ANC kemana : Posyandu, Puskesmas, TPMB, Klinik

Berapa kali : 8 Kali

Keluhan saat hamil : Mual (TM I), Tidak ada (TM II), Sakit pinggang (TM III)

Penyakit selama hamil : Tidak ada

2. Kebiasaan waktu hamil

Makanan : Tidak Ada

Obat-obatan : Tidak Ada

Jamu : Tidak Ada

Kebiasaan merokok : Tidak Ada

Lain-lain : Tidak Ada

3. Riwayat ANC

Lahir tanggal : 14 Maret 2025

Jenis persalinan : Spontan

Ditolong oleh : Peneliti didampingi oleh bidan

Lama persalinan

Kala I : 2 Jam

Kala II : 25 Menit

Kala III : 10 Menit