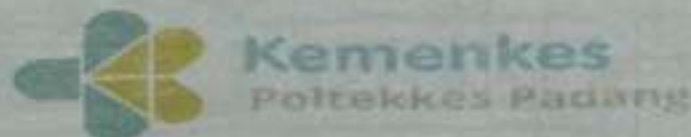


**ASUHAN KEBIDANAN BERKESINAMBUNGAN
PADA NY "R" DI PUSKESMAS PEMBANTU SAOK
LAWEH KABUPATEN SOLOK
TAHUN 2024**

Laporan Tugas Akhir

Untuk Memenuhi Salah Satu Syarat dalam Menyelesaikan Pendidikan
Prodi D III Kebidanan Padang Jurusan Kebidanan
Kemenkes Poltekkes Padang



Disusun Oleh :

Anjela Darmadila
NIM.214110252

**PROGRAM STUDI D III KEBIDANAN PADANG
JURUSAN KEBIDANAN KEMENKES POLTEKKES
PADANG
2024**

PERNYATAAN PERSETUJUAN

Laporan Tugas Akhir

**ASUHAN KEBIDANAN BERKESINAMBUNGAN PADA NY "R"
DI PUSKESMAS PEMBANTU SAOK LAWEH
KABUPATEN SOLOK
TAHUN 2024**

Oleh :
ANJELA DARMADILA
214110252

Telah Disetujui dan Diperiksa Untuk Dipertahankan Dihadapan Tim Penguji
Laporan Tugas Akhir Prodi DIII Kebidanan Padang Jurusan Kebidanan
Kemenkes Poltekkes Padang

Padang, Juni 2024

Pembimbing Utama



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

Pembimbing Pendamping



Dr. Yuliva, S.SiT, M.Kes
NIP. 19730710 199302 2 001

Mengetahui,

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



Dr. Eravianti, S.SiT, MKM
NIP. 196710 16198912 2 001

HALAMAN PENGESAHAN

Laporan Tugas Akhir

**ASUHAN KEBIDANAN BERKESINAMBUNGAN PADA NY "R"
DI PUSKESMAS PEMBANTU SAOK LAWEH
KABUPATEN SOLOK
TAHUN 2024**

Oleh :

ANJELA DARMADILA
NIM.214110252

Telah dipertahankan dihadapan Tim Penguji Laporan Tugas Akhir
Prodi D III Kebidanan Padang Jurusan Kebidanan
Kemenkes Poltekkes Padang

Padang, Juni 2024

SUSUNAN DEWAN PENGUJI

Ketua,
Lisa Rahmawati, S.Si.T., M.Keb
NIP. 19850316 201212 2 002


()

Anggota,
Yussie Ater Merry, S.Si.T., M.Keb
NIP. 19810328 200212 2 003


()

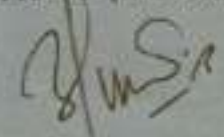
Anggota,
Nurul Aziza Ath Thariq, M.Tr.Keb
NIP. 19930216 202012 2 010


()

Anggota,
Dr. Yuliva, S.Si.T., M.Kes
NIP. 19730710 199302 2 001


()

Padang, Juni 2024
Ketua Prodi D III Kebidanan Padang


Dr. Eravianti, S.SiT., MKM
NIP. 196710161989122001

SURAT PERNYATAAN

Yang bertandatangan di bawah ini, saya :

Nama : Anjela Darmadila
NIM : 214110252
Program Studi : D III Kebidanan Padang
TA : 2023-2024

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

ASUHAN KEBIDANAN BERKESINAMBUNGAN PADA NY “R” DI PUSKESMAS PEMBANTU SAOK LAWEH KABUPATEN SOLOK TAHUN 2024

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

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Padang, Juni 2024

Peneliti

Anjela Darmadila
NIM.214110252

RIWAYAT HIDUP



A. Identitas Diri

Nama : Anjela Darmadila
Tempat, Tanggal Lahir : Painan, 29 Agustus 2003
Agama : Islam
Alamat : Pasar Lama Air Haji. Kec.Linggo Sari
Baganti, Kab.Pesisir Selatan, Prov.
Sumatera Barat
No.Hp : 0812 6609 0635
Email : anjeladarmadila@gmail.com
Nama Orang Tua
Ayah : Amardi, S.H
Ibu : Yuhri Jullaila

B. Riwayat Pendidikan

1. TK : TK Pembina
2. SD : SDN 07 Koto Panai
3. SMP : MTsN 05 Pesisir Selatan
4. SMA : MAN 1 Kota Bukittinggi

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadiran 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 “R” di Puskesmas Pembantu Saok Laweh Kabupaten Solok Tahun 2024 dengan baik dan tepat waktu. Laporan Tugas Akhir ini peneliti susun untuk memenuhi salah satu persyaratan memperoleh derajat Ahli Madya Kebidanan di Program Studi D III Kebidanan Padang Jurusan Kebidanan Kemenkes Poltekkes Padang.

Peneliti pada kesempatan ini menyampaikan terimakasih kepada ibu Nurul Azizah Ath Thariq, M.Tr.Keb dan ibu Dr. Yuliva, S.Si.T, M.Kes yang telah membimbing peneliti dalam menyusun Laporan Tugas Akhir. Ucapan terimakasih juga peneliti sampaikan kepada:

1. Ibu Renidayati, S.Kp, M.Kep, Sp., Jiwa, Direktur Kemenkes Poltekkes Padang.
2. Ibu Dr. Yuliva, S.Si.T, M.Kes, Ketua Jurusan Kebidanan Kemenkes Poltekkes Padang.
3. Ibu Dr. Eravianti, S.Si.T, M.KM, Ketua Program Studi D III Kebidanan Padang Kemenkes Poltekkes.
4. Ibu Lisa Rahmawati, S.Si.T., M.Keb, dosen penguji saya yang telah memberikan arahan dan masukan yang membangun kepada saya dalam penulisan Laporan Tugas Akhir ini.
5. Ibu Yussie Ater Merry, S.Si.T, M.Keb, dosen penguji saya yang telah memberikan arahan dan masukan yang membangun kepada saya dalam penulisan Laporan Tugas Akhir ini.
6. Seluruh Dosen Poltekkes Kemenkes Padang Prodi D III Kebidanan Padang yang telah memberikan ilmu selama mengikuti perkuliahan dan seluruh staff tata usaha Kemenkes Poltekkes Padang Prodi D III Kebidanan.
7. Pemimpin Puskesmas Pembantu Saok Laweh bidan Zainab Efendi, A.Md Keb yang telah memberikan kesempatan kepada peneliti untuk melaksanakan penelitian.

8. Ny“R” dan keluarga yang telah bersedia menjadi responden penelitian dan telah berpartisipasi serta bekerja sama dalam menyelesaikan laporan tugas akhir ini.
9. Orang tua tercinta Ayah dan Ibu yang selalu memotivasi dan telah memberikan doa sepanjang perjalanan saya, membesarkan, mendidik dan tidak kenal lelah dalam memenuhi segala kebutuhan baik berupa moril maupun materil, serta kasih sayang yang tiada terkira dalam setiap langkah kaki peneliti.
10. Seluruh sahabat dan teman-teman mahasiswa Program studi D III Kebidanan Padang Jurusan Kebidanan Kemenkes Poltekkes Padang yang telah memberikan dukungan baik berupa motivasi maupun kompetisi yang sehat dalam penyusunan Laporan Tugas Akhir ini.
11. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu, yang ikut andil dalam terwujudnya Laporan Tugas Akhir ini.

Peneliti sudah berupaya semaksimal mungkin dalam menyusun laporan tugas akhir ini, namun peneliti masih membutuhkan masukan dan saran dari ibu pembimbing dan penguji demi kesempurnaan Laporan Tugas Akhir ini.

Padang, Juni 2024

Peneliti

DAFTAR PUSTAKA

HALAMAN JUDUL	i
PERNYATAAN PERSETUJUAN.....	ii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iii
SURAT PERNYATAAN	iv
KATA PENGANTAR.....	vi
DAFTAR TABEL	xi
DAFTAR GAMBAR	xii
DAFTAR LAMPIRAN	xiii
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	5
C. Tujuan Penelitian.....	5
D. Manfaat Penelitian	7
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	9
A. Kehamilan	9
1. Konsep Dasar (Kehamilan Trimester III).....	9
a. Pengertian Kehamilan.....	9
b. Tanda-Tanda Kehamilan Trimester III.....	9
c. Perubahan Fisiologis dan Psikologis pada ibu hamil Trimester III	10
d. Tanda bahaya dalam kehamilan Trimester III.....	17
e. Ketidaknyamanan dalam kehamilan pada Trimester III.....	19
f. Kebutuhan psikologis ibu hamil Trimester III.....	22
h. Asuhan Antenatal	33
2. Menejemen Asuhan Kebidanan Kehamilan	42
B. Persalinan.....	41
1. Konsep Dasar Persalinan.....	47
a. Pengertian Persalinan	47
b. Tanda-Tanda Persalinan.....	47
c. Penyebab Mulainya Persalinan	48
d. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Proses Persalinan	49
f. Partograf	56

g. Tahapan persalinan	58
i. Tanda Bahaya Persalinan	67
2. Partus Presipitatus	71
a. Pengertian Partus Presipitatus	71
b. Penyebab Partus Presipitatus.....	72
c. Tanda Dan Gejala Partus Presipitatus.....	72
d. Dampak Partus Presipitatus.....	73
e. Dampak Partus Presipitatus	73
f. Penanganan Partus Presipitatus.....	74
3. Menejemen Asuhan Persalinan	75
C. Bayi Baru Lahir (BBL)	80
1. Konsep Dasar Bayi Baru Lahir.....	80
a. Pengertian Bayi Baru Lahir	80
b. Perubahan fisiologis bayi segera setelah lahir	82
c. Perubahan Psikologis	78
d. Tanda Bahaya Bayi Baru Lahir	98
2. Menejemen Asuhan Kebidanan pada Bayi Baru Lahir	101
D. Nifas	103
1. Konsep dasar	103
a. Pengertian Nifas	103
b. Perubahan fisiologis masa nifas	103
c. Kebutuhan dasar ibu pada masa nifas	112
d. Tahapan masa nifas	113
e. Kunjungan	115
f. Tujuan Asuhan pada Ibu Nifas	117
g. Tanda Bahaya Nifas.....	118
2. Manajemen Asuhan Kebidanan pada Ibu Nifas	109
BAB III METODE PENULISAN LAPORAN TUGAS AKHIR	124
A. Jenis LTA.....	124
B. Lokasi dan Waktu.....	124
C. Subyek Studi Kasus	124
D. Instrumen Studi Kasus	125

E. Teknik Pengumpulan Data	125
F. Alat dan bahan.....	126
BAB IV TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN	117
A. Gambaran Umum Lokasi	128
B. Tinjauan Kasus.....	130
C. Pembahasan	162
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN	181
A. Kesimpulan	181
B. Saran.....	182
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

No	Halaman
Tabel 2.1 Kenaikan Berat Badan Ibu Selama Hamil.....	13
Tabel 2.2 Contoh menu makan seimbang pada ibu hamil TM III	24
Tabel 2.3 Skrining Status Imunisasi.....	27
Tabel 2.4 Jadwal Pemberian Imunisasi	28
Tabel 2.5 Perhitungan Nilai Apgar	75
Tabel 2.6 Tinggi fundus uteri dan berat uterus menurut involusi	92

DAFTAR GAMBAR

NO	Halaman
Gambar 2.1 Tinggi Fundus Uteri	9
Gambar 2.2 Kerangka Pikir Asuhan Kebidanan Berkesinambungan	110

DAFTAR LAMPIRAN

Nomor

Lampiran 1 Lembar Konsultasi

Lampiran 2 GANCHART

Lampiran 3 Partograf

Lampiran 4 Cap kaki bayi

Lampiran 5 Surat Permohonan Izin Penelitian

Lampiran 6 Surat Keterangan Selesai Penelitian dari PUSTU

Lampiran 7 Surat Permohonan Menjadi Responden

Lampiran 8 Pernyataan Persetujuan *Informed Consent*

Lampiran 9 Kartu Tanda Penduduk

Lampiran 10 Kartu Keluarga

Lampiran 11 Dokumentasi Kegiatan

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB) merupakan indikator kesehatan dalam upaya mendukung pencapaian peningkatan derajat kesehatan masyarakat. Risiko kematian ibu dan bayi masih menjadi permasalahan di berbagai negara salah satunya di Indonesia. Faktor risiko persalinan terjadi mulai fase sebelum dan saat kehamilan. Secara umum, 80-90% kehamilan akan berjalan normal dan hanya 10-12% kehamilan disertai dengan komplikasi atau berkembang menjadi kehamilan patologis.¹ Akibat masih tingginya angka kematian ibu dan bayi di Indonesia, maka dari itu permasalahan tersebut menjadi salah satu pembahasan utama yang dibahas pada Rapat Kerja Kesehatan Nasional Tahun 2020.²

Menurut *World Health Organization* (WHO) tahun 2020 Angka Kematian Ibu (AKI) terdapat 223 kematian per 100.000 kelahiran hidup. Angka Kematian Ibu (AKI, jumlah kematian ibu per 100.000 kelahiran hidup) Antara tahun 2000 dan 2020 turun sekitar 34% di seluruh dunia. Penyebab AKI diantaranya komplikasi selama dan setelah kehamilan dan persalinan. Komplikasi utama yang menyebabkan hampir 75% dari semua kematian ibu adalah : perdarahan hebat, Infeksi, tekanan darah tinggi selama kehamilan (pre-eklampsia dan eklampsia); komplikasi dari persalinan; dan aborsi yang tidak aman.³

Menurut Sensus Penduduk Indonesia tahun 2020, AKI ditemukan sebanyak 189 kematian per 100.000 kelahiran hidup. Secara nasional Angka Kematian Ibu (AKI) di Indonesia telah menurun dari 305 kematian per 100.000 Kelahiran Hidup (Survei Penduduk Antar Sensus, 2015). Berdasarkan data Maternal Perinatal Death Notification (MPDN) tanggal 21 September 2021, tiga penyebab teratas kematian ibu adalah Eklamsi (37,1%), Perdarahan (27,3%), Infeksi (10,4%) dengan tempat/lokasi kematian tertinggi adalah di Rumah Sakit (84%).⁴

Menurut Profil Kesehatan Sumatra Barat tahun 2021 Angka Kematian Ibu (AKI) di Provinsi Sumatera Barat 2021 yaitu 193 orang dengan per 100.000 Kelahiran Hidup. Penyebab kematian ibu di Sumatera Barat yaitu, perdarahan 2,1%, hipertensi dalam kehamilan 1,5%, infeksi 0,9%, gangguan metabolik 0,6% dan penyebab lainnya 3,5%. Menurut Dinas Kesehatan Kota Padang mengatakan pada tahun 2021 ditemukan sebanyak 30 kasus kematian ibu, jumlah ini naik jika dibanding tahun 2020 (21 orang).^{5,6}

Menurut Dinas Kesehatan Kabupaten Solok tahun 2020 angka kematian ibu di Kabupaten Solok sebanyak 148 kelahiran per 100.000 kelahiran hidup. Penyebab kematian ibu di Kabupaten Solok terdiri dari perdarahan, infeksi nifas, eklamsi, dan lain-lain⁷.

Menurut WHO tahun 2020, Angka kematian bayi (AKB) di dunia tahun 2020 berkisar dari 1 kematian per 1.000 kelahiran hidup sampai 44 kematian per 1.000 kelahiran hidup. Penyebab kematian bayi adalah

Bayi Berat Badan Rendah (BBLR), asfiksia, infeksi, kelainan kongenital, dan tetanus neonatorum.⁸

Menurut Sensus Penduduk Indonesia tahun 2020, AKB menurun signifikan menjadi 16,85 kematian per 1.000 kelahiran hidup. Hasil ini telah melampaui target di tahun 2022 yaitu 18,6% kematian per 1.000 kelahiran hidup. Hal tersebut harus tetap dipertahankan guna mendukung target di tahun 2024 yaitu 16 kematian per 1.000 Kelahiran Hidup dan 12 kematian per 1.000 Kelahiran Hidup di tahun 2030. Menurut Kemenkes RI 2021, Penyebab kematian neonatal terbanyak pada tahun 2021 adalah kondisi Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) sebesar 34,5% dan asfiksia sebesar 27,8%. Penyebab kematian lain di antaranya kelainan kongenital, infeksi, COVID-19, tetanus neonatorium, dan lain-lain.⁶

Menurut *Long Form Sensus* Penduduk 2020 (LF SP2020), Angka kematian bayi di Sumatera barat sebesar 26,18 per 1.000 kelahiran hidup angka kematian paling tinggi berada di Kabupaten Kepulauan Mentawai, sedangkan paling rendah berada di Kota Bukittinggi 12,06 per 1.000 kelahiran hidup pada LF SP2020.⁹ Menurut Profil Kesehatan Provinsi Sumatera Barat tahun 2020 Penyebab kematian bayi masih didominasi oleh Berat Bayi Lahir Rendah (BBLR) sebesar 21,55% dan asfikisia sebesar 19,22%, dan lain-lainnya.⁵

Menurut Dinas Kesehatan Kabupaten Solok tahun 2020 angka kematian bayi di Kabupaten Solok sebanyak 9,48 per 1000 kelahiran

hidup. Penyebab kematian bayi di Kabupaten Solok diantaranya adalah asfiksia dan BBLR.⁷

Upaya yang dilakukan di Indonesia dalam menurunkan jumlah AKI dan AKB yaitu dengan menjamin setiap ibu dapat memperoleh pelayanan kesehatan yang baik, seperti pelayanan kesehatan ibu hamil, pertolongan persalinan dibantu oleh tenaga kesehatan yang terlatih di fasilitas kesehatan terstandar, perawatan pasca persalinan bagi ibu dan bayi, perawatan khusus serta rujukan apabila terjadi komplikasi, dan pelayanan keluarga berencana termasuk KB pasca persalinan. Adapun upaya untuk menurunkan jumlah kematian bayi yang dimaksud dalam Permekes Nomor 25 tahun 2014 yaitu dilakukan melalui pelayanan kesehatan janin di dalam kandungan, dan kesehatan bayi baru lahir.¹⁰

Upaya yang dilakukan untuk menekan AKI dan AKB dengan memberikan pelayanan kesehatan yang berkualitas dan berkesinambungan (*Continuity of care*) mulai dari hamil, bersalin, nifas, neonatus. Pelayanan kesehatan yang diberikan pada ibu hamil melalui pemberian pelayanan antenatal minimal 6 kali selama masa kehamilan. Pelayanan tersebut diberikan untuk menjamin perlindungan terhadap ibu hamil dan janin berupa deteksi dini faktor resiko, pencegahan dan penanganan dini komplikasi kehamilan. Salah satu komponen pelayanan kesehatan ibu hamil yaitu pemberian zat besi sebanyak 90 tablet (Fe).¹¹

Menurut penelitian Kostania 2023 menyebutkan bahwa penerapan asuhan kebidanan berkesinambungan berdampak pada outcome persalinan

yang baik, ditunjukkan dengan tidak adanya komplikasi selama masa persalinan (91,01%), bayi baru lahir tanpa komplikasi (95,51%), dan pada periode nifas dan menyusui sebanyak 100% ibu dalam keadaan normal.¹² Menurut penelitian Amalia, R tahun 2023 asuhan kebidanan secara komprehensif yang dimulai kehamilan hingga nifas pada studi kasus ini tidak ditemukan adanya penyulit maupun komplikasi. Hal ini dikarenakan asuhan yang diberikan bidan telah memenuhi standar.¹³

Berdasarkan uraian di atas, maka peneliti telah melakukan asuhan kebidanan berkesinambungan pada Ny “R” di Puskesmas Pembantu Saok Laweh Kabupaten Solok tahun 2024 dimulai dari masa kehamilan trimester III, persalinan, bayi baru lahir, dan nifas, dengan menggunakan pola pikir Varney untuk pengambilan suatu keputusan yang berfokus pada klien dan melakukan pendokumentasian dalam bentuk SOAP.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian latar belakang di atas yang dapat di rumuskan adalah : “Bagaimanakah Asuhan Kebidanan Berkesinambungan pada Ny “R” pada kehamilan trimester III, persalinan, bayi baru lahir, nifas di Puskesmas Pembantu Saok Laweh Kabupaten Solok Tahun 2024?”

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Untuk Menerapkan asuhan kebidanan berkesinambungan pada Ny “R” di Puskesmas Pembantu Kabupaten Saok Laweh Kabupaten Solok tahun 2024 dari ibu hamil trimester III, bersalin, bayi baru lahir, nifas

sesuai dengan standar KEPMENKES nomor 938/Menkes/SK/VIII/2007.

2. Tujuan Khusus

- a. Melakukan pengkajian data subjektif dan objektif pada Ny “R” mulai dari kehamilan trimester III, persalinan, nifas, bayi baru lahir di Puskesmas Pembantu Saok Laweh Kabupaten Solok Tahun 2024.
- b. Melakukan perumusan diagnosa dan masalah kebidanan pada Ny “R” mulai dari kehamilan trimester III, persalinan, nifas, bayi baru lahir di Puskesmas Pembantu Saok Laweh Kabupaten Solok Tahun 2024.
- c. Menyusun perencanaan asuhan kebidanan pada Ny “R” mulai dari kehamilan trimester III, persalinan, nifas, bayi baru lahir di Puskesmas Pembantu Saok Laweh Kabupaten Solok Tahun 2024.
- d. Melakukan implementasi penatalaksanaan asuhan kebidanan pada Ny “R” mulai dari kehamilan trimester III, persalinan, nifas, bayi baru lahir di Puskesmas Pembantu Saok Laweh Kabupaten Solok Tahun 2024.
- e. Melakukan evaluasi tindakan yang telah diberikan pada Ny “R” mulai dari kehamilan trimester III, persalinan, nifas, bayi baru lahir di Puskesmas Pembantu Saok Laweh Kabupaten Solok Tahun 2024.

- f. Melakukan pendokumentasian asuhan kebidanan yang diberikan pada Ny“R” mulai dari kehamilan trimester III, persalinan, nifas, bayi baru lahir di Puskesmas Pembantu Saok Laweh Kabupaten Solok Tahun 2024.

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat Teoritis

Hasil studi kasus ini dapat memberikan dasar yang kuat untuk menambah wawasan dan ilmu pengetahuan tentang asuhan kebidanan berkesinambungan mulai dari hamil, bersalin, nifas, bayi baru lahir (neonatus).

2. Manfaat Aplikatif

a. Manfaat bagi institusi

Hasil studi kasus ini dapat dimanfaatkan sebagai refesensi, masukan, acuan dalam pemberian asuhan komprehensif mulai dari hamil, bersalin, nifas dan bayi baru lahir (neonatus).

b. Manfaat bagi Profesi Bidan

Sebagai sumbangan teoritis maupun aplikatif bagi profesi bidan dalam asuhan komprehensif mulai dari hamil, bersalin, nifas dan bayi baru lahir (neonatus).

c. Manfaat bagi Klien dan Masyarakat

Agar klien maupun masyarakat dapat melakukan deteksi dini dari penyulit yang mungkin timbul pada masa hamil, bersalin,

nifas, maupun neonatus sehingga memungkinkan segera mencari pertolongan untuk mendapatkan penanganan.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Kehamilan

1. Konsep Dasar (Kehamilan Trimester III)

a. Pengertian Kehamilan

Kehamilan didefinisikan sebagai fertilisasi atau penyatuan dari spermatozoa dan ovum dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi. Masa kehamilan dimulai dari konsepsi sampai lahirnya janin, lamanya hamil normal adalah 280 hari (40 minggu atau 9 bulan 7 hari) dihitung dari hari pertama haid terakhir. Kehamilan trimester III merupakan kehamilan trimester terakhir, pertumbuhan janin pada periode ini dari rentang waktu 28-40 minggu dan sedang dalam tahap penyempurnaan organ untuk siap dilahirkan.¹⁴

b. Tanda-Tanda Kehamilan Trimester III

Diagnosis kehamilan trimester III, yang di deteksi saat pemeriksaan yaitu: ^{14,15}

- 1) Uterus membesar, bila di palpasi TFU 3 jari diatas pusat pada usia kehamilan 28 minggu, sampai dengan FU berada di pertengahan px dan pusat pada usia kehamilan 40 minggu.
- 2) Bagian janin saat di palpasi sudah dapat ditentukan.
- 3) Pergerakan janin mulai aktif.
- 4) Detak jantung janin yang terdengar jelas dan teratur.

c. Perubahan Fisiologis dan Psikologis pada ibu hamil Trimester III

1) Perubahan fisiologis pada Ibu Hamil, yaitu :¹⁴⁻¹⁶

a) Uterus

Kehamilan trimester III, uterus terus membesar dengan ukuran uterus 30x25x20 cm dan kapasitas lebih dari 4000 cc. Pada akhir kehamilan, berat uterus naik dari 30 gram menjadi 1000 gram. Tinggi fundus uteri pada usia kehamilan 28 minggu berada 3 jari di atas pusat dan pada usia kehamilan 36 minggu TFU 3 jari berada di bawah processus xiphodeus. Uterus yang membesar dan berkembang akan menyebabkan kontraksi Braxton Hicks (his palsu) karena peregangan sel-sel otot uterus mengalami peningkatan frekuensi, durasi dan intensitas. Pergerakan janin mulai aktif dan badannya dapat diraba untuk mengetahui posisi serta ukurannya.



Gambar 2.1 Tinggi Fundus Uteri (TFU)

b) Serviks

Pada akhir kehamilan terjadi penurunan konsentrasi kolagen yang menyebabkan konsentrasi air meningkat. Akibat terjadinya peningkatan hormon menyebabkan hipersekresi kelenjar servik sehingga servik menjadi lunak dan porsio menjadi memendek. Sehingga hal tersebut bertujuan untuk mempersiapkan proses persalinan.

c) Vagina

Dinding vagina banyak mengalami perubahan yang bertujuan untuk mengalami peregangan pada waktu persalinan dengan meningkatnya ketebalan mukosa, mengendornya jaringan ikat dan hipertrofi (peningkatan volume jaringan akibat pembesaran komponen sel) dari sel-sel otot polos.

d) Payudara

Payudara pada kehamilan trimester III payudara akan terlihat jelas pembesarannya, puting lebih menonjol dan areola mengalami hiperpigmentasi serta diikuti dengan pengeluaran kolostrum.

e) Perubahan Sistem kardiovaskular

Perubahan yang dirasakan jelas oleh ibu trimester III pada sistem kardiovaskular, yaitu :

- 1) Terjadi edema pada ekstermitas bawah karena peningkatan permeabilitas kapiler dan tekanan dari pembesaran uterus pada vena pelvik atau *vena cava inferior*.
- 2) Hemorroid akibat tekanan uterus terhadap vena hemorroid.
- 3) Hipotensi supinasi karena terbeloknya aliran darah di *vena cava inferior* oleh uterus yang membesar apabila ibu pada posisi tidur terlentang. Varises pada kaki dan vulva karena kongesti (pembendungan darah) vena bagian bawah meningkat sejalan tekanan karena pembesaran uterus dan kerapuhan jaringan elastis karena pengaruh hormon estrogen.

f) Perubahan Gastrointestinal

Rahim yang membesar akan menekan rektum dan usus, sehingga terjadi sembelit atau konstipasi. Konstipasi semakin berat karena gerakan otot didalam usus diperlambat oleh tingginya kadar progesteron.

g) Sistem Respirasi

Pada usia kehamilan 32 minggu ke atas karena usus-usus tertekan uterus yang membesar ke arah diafragma sehingga diafragma kurang leluasa bergerak, sehingga

mengakibatkan kebanyakan wanita hamil mengalami kesulitan bernafas.

h) Sistem Urinaria

Pada akhir kehamilan, kepala janin yang mulai turun ke pintu atas panggul mengakibatkan ibu hamil mengeluh sering kencing karena kandung kencing yang mulai tertekan.

i) System Kulit (Integument)

Pada kulit ibu hamil terjadi hiperpigmentasi, hiperpigmentasi sering terjadi pada daerah leher, areola mammae papilla mammae, pipi (cloasma gravidarum) yaitu bintik-bintik kecoklatan yang tampak di daerah tonjolan maksila dan dahi.

j) System Otot-Rangka (Muskuloskeletal)

Akibat pembesaran uterus pada ibu hamil ke posisi anterior, umumnya memiliki bentuk punggung cenderung lordosis. Sendi sacroiliaca, sacroccigis, dan pubis akan meningkat mobilitasnya diperkirakan karena pengaruh hormonal. Mobilitas tersebut dapat mengakibatkan perubahan sikap pada ibu hamil dan menimbulkan perasaan tidak nyaman pada bagian bawah panggul.

k) Perubahan Berat Badan

Peningkatan berat badan selama kehamilan sebagian besar berasal dari uterus dan isinya. Diperkirakan selama kehamilan berat badan akan bertambah 12,5 kg. Pada

trimester II dan trimester III pada perempuan dengan gizi baik akan dianjurkan menambah berat badan per minggu 0,4 kg. Metode yang digunakan untuk mengkaji peningkatan berat badan selama hamil yaitu dengan menggunakan rumus Indeks Massa Tubuh (IMT). IMT dihitung dengan cara BB (berat badan) dibagi dengan TB (tinggi badan) (dalam meter) pangkat dua.

**Tabel 2.1 Kenaikan Berat Badan Ibu Selama Hamil
Menurut Indeks Masa Tubuh (IMT)**

IMT (kg/m²)	Total Kenaikan Berat Badan Yang Disarankan	Selama Trimester III
Berat Kurang (IMT < 18,5 kg/m ²)	12,5 – 18 kg	0,53 kg/minggu
Normal (IMT 18,5 – 24,9 kg/m ²)	11,5 – 16 kg	0,45 kg/minggu
Berat Berlebih (IMT 25 – 29,9 kg/m ²)	7 – 11,5 kg	0,27 kg/minggu
Obesitas (IMT > 30 kg/m ²)	5 – 9,1 kg	0,23 kg/minggu

Sumber : Hatijar, 2020

2) Perubahan Psikologi pada Ibu Hamil

Adapun perubahan psikologis pada ibu hamil trimester III adalah

;¹⁷

- a) Ibu merasa tidak sabar menunggu kelahiran bayinya.
- b) Ibu khawatir bahwa bayinya akan lahir sewaktu-waktu.
- c) Ibu merasa khawatir atau takut jika bayi yang dilahirkannya tidak sesuai bayi baru lahir normal biasanya.

- d) Ibu merasa takut terhadap sakitnya proses persalinan yang akan dihadapinya.
- e) Pada trimester III akan timbul lagi rasa tidak nyaman pada ibu, dan ada sebagian ibu yang merasa dirinya aneh dan jelek.
- f) 2 minggu menjelang persalinan sebagian ibu hamil mengalami perasaan senang.

d. Tanda bahaya dalam kehamilan Trimester III

Tanda bahaya dalam kehamilan trimester III :^{18,19}

1. Perdarahan pervaginam

Perdarahan pervaginam pada ibu hamil trimester 3 dapat berasal dari kelainan plasenta yaitu plasenta previa dan solusio plasenta. Plasenta previa adalah keadaan dimana plasenta berimplantasi pada tempat abnormal, yaitu pada segmen bawah rahim sehingga menutupi sebagian atau seluruh permukaan jalan lahir. Solusio plasenta adalah suatu keadaan dimana plasenta yang letaknya normal terlepas dari perlekcatannya sebelum janin lahir. Pada kehamilan usia lanjut, perdarahan yang tidak normal adalah merah, jumlahnya banyak dan kadang- kadang tidak selalu disertai dengan rasa nyeri.

2. Sakit kepala yang hebat

Sakit kepala yang menunjukkan suatu masalah yang serius adalah sakit kepala yang hebat, yang menetap dan tidak hilang

dengan beristirahat. Sakit kepala yang hebat dalam kehamilan adalah gejala dari pre-eklampsia.

3. Bengkak pada muka dan tangan

Bengkak bisa menunjukkan adanya masalah serius jika muncul pada muka dan tangan. Hal ini dapat merupakan pertanda, gagal jantung, atau pre-eklampsia.

4. Air ketuban pecah sebelum waktunya

Air ketuban pecah sebelum waktunya, sehingga dapat memicu terjadinya infeksi pada janin. Keluranya cairan berupa air dari vagina setelah kehamilan kurang dari 37 minggu, ketuban dinyatakan pecah dini jika sebelum proses persalinan berlangsung. Pecahnya selaput ketuban dapat terjadi pada kehamilan preterm sebelum kehamilan 37 minggu maupun kehamilan aterm.

5. Bayi kurang bergerak seperti biasa

Ibu mulai merasakan gerakan bayinya pada bulan ke-5 atau ke-6, beberapa ibu juga dapat merasakan gerakan bayinya lebih awal. Bayi harus bergerak paling sedikit 1 kali dalam periode 1 jam. Bayi bergerak sehari minimal 20-24 kali dalam sehari. Gerakan bayi akan lebih mudah terasa jika ibu berbaring atau beristirahat dan jika ibu makan dan minum dengan baik.

e. Ketidaknyamanan dalam kehamilan pada Trimester III

Ketidaknyamanan dalam kehamilan pada trimester III :^{19,20}

1. Buang air kecil yang sering

Sering buang air (BAK) disebabkan oleh uterus membesar, yang disebabkan karena terjadi penurunan bagian bawah janin sehingga menekan kandung kemih. BAK juga berhubungan dengan ekskresi sodium (unsur Na) yang meningkat dan perubahan fisiologis ginjal sehingga produksi urin meningkat.

Upaya untuk meringankan dan mencegah sering BAK, ibu hamil dilarang untuk menahan BAK, kosongkan kandung kemih saat terasa dorongan berkemih, perbanyak minum pada pagi dan siang hari, kurangi minum pada waktu mendekati tidur pada malam hari, batasi minum yang mengandung bahan diuretic alamiah (kopi dan teh).

2. Konstipasi

Konstipasi ibu hamil terjadi akibat peningkatan produksi progesterone yang menyebabkan tonus otot polos menurun, termasuk pada sistem pencernaan. Konstipasi adalah penurunan frekuensi buang air besar yang disertai dengan perubahan karakteristik feses yang menjadi keras sehingga sulit untuk dibuang atau dikeluarkan dan dapat menyebabkan kesakitan yang hebat pada penderitanya. Susah BAB pada ibu hamil biasanya mudah diatasi dengan perubahan pola makan. Salah satu caranya

adalah dengan memperbanyak asupan makanan bergizi dan kaya akan serat, seperti buah-buahan dan sayuran segar, kacang-kacangan, sereal, serta roti gandum utuh.

3. Sesak Nafas

Pada kehamilan terjadi perubahan sistem respirasi untuk bisa memenuhi kebutuhan O_2 . Disamping itu terjadi desakan diafragma akibat dorongan rahim yang membesar pada usia kehamilan 32-36 minggu. Sebagai kompensasi terjadinya desakan rahim dan kebutuhan O_2 yang meningkat, ibu hamil akan bernapas lebih dalam sekitar 20-25% dari biasanya. Cara mengatasinya dengan mengatur posisi badan ibu bila tidur dengan menggunakan bantal yang tinggi.

4. Oedema pada kaki

Dikarenakan adanya perubahan hormonal yang menyebabkan retensi cairan. Kurangi asupan makanan yang mengandung garam, hindari duduk dengan kaki bersilang, gunakan bangku kecil untuk menopang kaki ketika duduk, dan meninggikan posisi kaki saat tidur efektif untuk mengurangi oedema ekstremitas bawah.

5. Mudah lelah

Mudah lelah umum dirasakan setiap saat dan disebabkan karena perubahan emosional maupun fisik. Yang harus dilakukan adalah dengan mencari waktu untuk beristirahat, jika merasa

lelah pada siang hari maka segeralah tidur, hindari tugas rumah tangga yang terlalu berat, cukup mengkonsumsi kalori, zat besi, dan asam folat.

6. Nyeri punggung

Disebabkan oleh progesteron dan relaksin (yang melunakkan jaringan ikat) dan postur tubuh yang berubah serta meningkatnya berat badan yang dibawa dalam rahim, yang harus dilakukan adalah dengan menyingkirkan kemungkinan penyebab yang serius, mekanik tubuh yang tepat saat mengangkat beban, hindari mengangkat benda yang berat, gunakan sepatu tumit yang rendah, pijat atau usap pada punggung dan pinggang.

7. Nyeri ulu hati

Disebabkan karena adanya progesteron serta tekanan dari uterus. Asuhan yang diberikan yaitu nasehat tentang gizi, makan sedikit-sedikit, minum susu, hindari makanan yang pedas, gorengan, atau berminyak, tinggikan kepala tempat tidur.

8. Insomnia

Insomnia disebabkan karena adanya ketidaknyamanan akibat uterus yang membesar, pergerakan janin dan karena adanya kekhawatiran dan kecemasan. Asuhan yang diberikan yaitu dengan melakukan relaksasi. Caranya, letakkan telapak tangan di atas perut untuk merasakan pergerakan bayi. Kemudian Tarik napas dalam-dalam dan keluarkan secara perlahan.

Fokuslah pada setiap tarikan nafas dan singkirkan segala pikiran yang mengganggu.

9. Varises

Timbulnya varices dipengaruhi oleh factor keturunan, berdiri lama dan usia. Dalam kehamilan ditambah factor hormonal (progesterone) dan bendungan dalam panggul. Wanita yang ada varises tidak boleh memakai pakaian yang sempit atau menekan dan tak boleh lama bekerja sambil berdiri. Waktu istirahat, kaki hendaknya ditinggikan. Ada juga baiknya mempergunakan kaos kaki panjang dari elastic.

f. Kebutuhan psikologis ibu hamil Trimester III

Kebutuhan psikologi ibu hamil trimester III :¹⁹

1. Dukungan keluarga

Orang yang paling penting bagi seorang ibu hamil yaitu keluarga terutama suami, semakin banyak bukti menunjukkan bahwa wanita yang diperhatikan dan dikasihi oleh pasangannya selama hamil akan menunjukkan lebih sedikit gejala emosi dan fisik. Ada 2 kebutuhan utama yang ditunjukkan selama ia hamil yang pertama yaitu dicintai dan dihargai. Bentuk dukungan keluarga dapat berupa menemani ibu pergi kunjungan antenatal, mengingatkan mengkonsumsi tablet Fe, membantu menyiapkan makanan ibu, menemani ibu senam hamil dll.

2. Support dari tenaga Kesehatan

Sebagai seorang petugas kesehatan dapat memberikan dukungan dengan memberikan penjelasan bahwa yang dirasakan oleh ibu adalah normal, kebanyakan ibu memiliki perasaan dan kekhawatiran sangat tinggi pada trimester ke-3.

3. Rasa aman dan nyaman selama kehamilan

Bidan sebagai seorang tenaga kesehatan harus mendengarkan ibu, membicarakan tentang berbagai macam keluhan dan membantunya mencari cara mengatasinya sehingga ibu dapat menikmati kehamilannya dengan aman dan nyaman.

g. Kebutuhan Fisiologis ibu hamil Trimester III

Kebutuhan fisiologis ibu hamil trimester III :^{15,19}

1. Oksigen

Seorang ibu hamil sering mengeluh tentang rasa sesak dan pendek nafas. Hal ini disebabkan karena diafragma tertekan akibat membesarnya rahim. Kebutuhan oksigen meningkat 20 %. Untuk menyeimbangkan kebutuhan oksigen ibu hamil, perlunya suasana lingkungan yang selalu mendukung ibu dapat bernafas dengan lega, sebaiknya tidak berada di tempat - tempat yang terlalu ramai, pengap dan sesak karena akan mengurangi masukan oksigen. Ibu hamil juga dapat melakukan latihan senam nafas, tidur dengan bantal yang tinggi, dan tidak menggunakan pakaian yang terlalu sempit agar suplay oksigen ibu terjaga.

2. Kebutuhan nutrisi

Untuk mengakomodasi perubahan yang terjadi selama masa hamil, banyak diperlukan zat gizi dalam jumlah yang lebih besar dari pada sebelum hamil.

a) Kebutuhan Energi

Selama proses kehamilan terjadi peningkatan kebutuhan kalori sekitar 15% dari kalori normal. Kebutuhan kalori wanita dewasa tidak hamil adalah 2500 Kkal sedangkan kebutuhan kalori untuk ibu hamil trimester III meningkat sebanyak 300 Kkal/hari yaitu menjadi 2800 Kkal. Sumber energi bisa didapat dengan mengkonsumsi beras, jagung, gandum, kentang, ubi jalar, ubi kayu, dan sagu.

b) Karbohidrat

Ibu hamil membutuhkan karbohidrat sekitar 1.500 kalori. Janin memerlukan 40 gram glukosa/hari yang akan digunakan sebagai sumber energi. Pilihan yang dianjurkan adalah karbohidrat kompleks seperti roti gandum, kentang, sagu, atau padi-padian.

c) Protein

Pada saat memasuki trimester akhir, pertumbuhan janin sangat cepat sehingga perlu protein dalam jumlah yang besar yaitu 10 gram/hari. Menurut WHO tambahan protein ibu hamil adalah 0,75 gram/kg berat badan. Secara

keseluruhan jumlah protein yang diperlukan oleh ibu hamil yaitu kurang lebih 60-76 gram setiap hari selama kehamilan. Sumber protein bisa didapat melalui protein hewani dan protein nabati. Protein hewani meliputi daging, susu, ikan, unggas, telur, dan kerang. Sedangkan protein nabati didapat dari kacang-kacangan seperti tahu, tempe, dll.

d) Lemak

Kebutuhan lemak ibu hamil sebesar 25% dari seluruh kalori yang dikonsumsi sehari. Turunan asam lemak Omega 3 adalah DHA (Asam Dokosa Heksanoat) yang mempunyai peran penting antara lain pada tumbuh kembang jaringan syaraf dan retina. Bahan makanan yang mengandung lemak Omega 3 antara lain kacang-kacangan dan hasil olahannya, serta jenis ikan laut lainnya, terutama ikan laut. Bahan makanan lainnya yaitu kacang-kacangan, biji-bijian dan hasil olahannya.

e) Vitamin B6

Berfungsi membantu proses sistem syaraf, yang dapat ditemukan pada gandum, kacang-kacangan, dan hati.

f) Vitamin C

Membantu penyerapan zat besi dan sebagai antioksidan yang dapat ditemukan pada buah jeruk, tomat, jambu, pepaya.

g) Serat

Memperlancar buang air besar, mempersingkat waktu transit feses. Dapat ditemukan pada sayuran seperti bayam, brokoli dan buah-buahan seperti papaya, pisang.

h) Seng (Zn)

Membantu proses metabolisme dan kekebalan tubuh. Dapat ditemukan pada telur, hati sapi, daging sapi, ikan laut, kacang-kacangan.

i) Iodium

Mengatur suhu tubuh, membentuk sel darah merah serta fungsi otot dan syaraf. Dapat ditemukan pada garam dapur yang ditambahkan Iodium, ikan laut.

j) Fe

Fe yang terdapat pada makanan tidak mencukupi kebutuhan ibu hamil akan Fe, jadi dalam kehamilan perlu diberi tambahan Fe. Wanita hamil perlu menyerap Fe 60 mg/hari. Fe diberikan 1 kali perhari setelah rasa mual hilang diberikan sebanyak 90 tablet selama hamil. Tablet zat besi sebaiknya tidak diminum dengan teh dan kopi karna akan mengganggu penyerapan.

Tabel 2.2
Contoh menu makanan seimbang pada ibu hamil TM III²¹

Bahan Makanan	Porsi Hidangan Sehari	Satuan	Jenis Hidangan
Nasi	5-1 porsi	300 kalori	Makan pagi: 1 piring sedang nasi (100 gr), 1 potong sedang ikan (40 gr), 1 mangkuk sayur (100 gr), 1 potong tempe sebesar tempat korek api (25 gr), 1 potong buah (100 gr) Selingan: 1 potong sedang buah Makan siang: 2 piring sedang nasi (200 gr), 1 potong sedang ikan (40 gr), 1 mangkuk sayur (100 gr), 1 potong sedang buah (100gr) Selingan: 1 potong sedang buah (100 gr) Makan malam: 2 piring sedang nasi (200 gr), 1 potong sedang tempe sebesar korek api (25 gr), 1 mangkuk sayur (100 gr), 1potong sedang buah (100 gr)
Sayuran	3 mangkok	300 gram	
Buah	4 potong	400 gram	
Tempe	3 potong sedang	75 gram	
Daging/ikan	3 potong	120 gram	
Susu	2 gelas	400 cc	
Minyak	5 sendok makan	25 gram	
Gula	1 sendok makan	10 Ram	

Sumber : Sukarni, Incesmi dan Margareth,2013.

3. Personal Hygiene

Kebersihan badan mengurangi kemungkinan infeksi, karena badan yang kotor banyak mengandung kuman. Pada ibu hamil karena bertambahnya aktifitas metabolisme tubuh maka ibu hamil cenderung menghasilkan keringat yang berlebih, sehingga perlu menjaga kebersihan badan secara ekstra disamping itu menjaga

kebersihan badan juga dapat untuk mendapatkan rasa nyaman bagi tubuh. Ibu hamil sebaiknya mandi, menggosok gigi dan mengganti pakaian dalam minimal 2 kali sehari dan ganti ketika terasa lembab, menjaga kebersihan alat genitalia dan menjaga kebersihan payudara.

4. Eliminasi

Ibu hamil sering buang air kecil terutama pada trimester I dan III, frekuensi buang air kecil normal adalah 6-8 kali sehari sedangkan untuk ibu hamil frekuensi buang air kecil bisa mencapai 10 kali bahkan lebih dikarenakan kandung kemih tertekan oleh uterus yang semakin membesar dan kepala janin yang memasuki pintu atas panggul. Untuk memenuhi kebutuhan rasa nyaman ibu bisa dengan memperbanyak intake di siang hari dan mengurangi di malam hari, mengurangi mengkonsumsi kafein, hindari stress, serta mengganti pakaian dalam setiap terasa lembab, dan bila selesai buang air cebok dengan baik dari arah depan ke belakang.

5. Pakaian

Baju hamil yang praktis selama enam bulan kehamilan mengenakan baju biasa yang longgar, pilihlah bahan yang tidak panas dan mudah menyerap keringat, bagian dada harus longgar karena payudara akan membesar, bagian pinggang harus longgar kalau perlu terdapat tali untuk menyesuaikan perut yang terus membesar. Bra disiapkan paling sedikit dua buah dengan bukaan di

depan untuk memudahkan menyusui, sepatu kenakan yang rata bukan bertumit.

6. Seksual

Hubungan seksual merupakan kebutuhan biologis, Ibu hamil dapat tetap melakukan hubungan seksual dengan suaminya ,tetapi pada kehamilan tua ibu perlu melakukan hubungan seksual dengan hati-hati.¹⁸ Hubungan seksual tidak dibenarkan apabila terdapat perdarahan pervaginam, terdapat riwayat abortus berulang, abortus/partus prematurus imminens, ketuban pecah dan serviks telah membuka.

7. Kebutuhan akan Imunisasi

Imunisasi saat kehamilan sangat dibutuhkan untuk mencegah penyakit penyebab kematian ibu dan janin. Adapun jenis imunisasi yang diberikan adalah Tetanus Toxoid (TT). Sebelumnya ibu hamil terlebih dahulu harus ditentukan status kekebalan imunisasinya, jika ibu hamil yang belum pernah mendapatkan imunisasi maka statusnya T_0 .

Ibu hamil perlu meningkatkan kekebalan secara aktif terhadap antigen melalui pemberian imunisasi. vaksinasi toksoid tetanus adalah upaya untuk mengurangi jumlah kematian bayi akibat infeksi tetanus. Imunisasi TT pada ibu hamil dapat diberikan pada trimester I sampai dengan trimester III, yaitu TT pertama dapat diberikan sejak diketahui setelah positif hamil dan TT kedua minimal 4 minggu setelah TT pertama. Sedangkan batas terakhir pemberian TT yang kedua adalah minimal 2 minggu sebelum

melahirkan. Setiap Wanita Usia Subur (WUS) sebaiknya mendapatkan Imunisasi TT sebanyak 5 kali mulai dari TT 1 hingga TT 5. Status imunisasi WUS dibedakan berdasarkan tahun kelahiran WUS pada tahun 1979-1993. Tahun 1979 merupakan tahun dimulainya program imunisasi dasar lengkap dan tahun 1993 adalah tahun dimulainya Bulan Imunisasi Anak Sekolah (BIAS).

Tabel 2.3 Skrining Status Imunisasi TT

Tahun Kelahiran	TT 1	TT 2	TT 3	TT 4	TT 5
WUS yang lahir pada tahun 1979 – 1993 dan masih ingat jika pada saat sekolah SD dilakukan imunisasi	Imunisasi kelas 1 SD	Imunisasi kelas 2 SD	Imunisasi calon pengantin	Imunisasi pertama pada saat hamil	Imunisasi kedua pada saat hamil
WUS yang lahir pada tahun 1979 – 1993 namun tidak ingat pada waktu sekolah SD dilakukan imunisasi	Imunisasi calon pengantin pertama	Imunisasi satu bulan setelah TT 1	Imunisasi pertama pada saat hamil	Imunisasi kedua pada saat hamil	
WUS yang lahir setelah tahun 1993 yang mempunyai kartu TT di SD	Imunisasi kelas 1 SD	Imunisasi kelas 2 SD	Imunisasi calon pengantin	Imunisasi pertama pada saat hamil	Imunisasi kedua pada saat hamil
WUS yang lahir setelah tahun 1993 dan tidak memiliki KMS Balita atau kartu TT saat SD	Imunisasi calon pengantin pertama	Imunisasi satu bulan setelah TT 1	Imunisasi pertama pada saat hamil	Imunisasi kedua pada saat hamil	

Sumber : Achmad Herman, 2021

Untuk imunisasi dasar DPT yang pertama belum memberikan kadar antibodi yang cukup, maka dari 3 kali pemberian vaksin DPT

dasar, hanya dua kali yang diperhitungkan yaitu yang ke 2 dan ke 3. Jadi, imunisasi dasar DPT 3 dosis setara dengan TT 2, sehingga dosis tambahan pada anak kelas 1 setara dengan status TT 3, TT 1 dosis pada anak kelas 2 setara dengan status TT 4 dan TT 1 dosis pada anak kelas 3 setara dengan status TT 5.

Kriteria pemeriksaan status imunisasi TT :

- a) Bila pada waktu bayi terbukti pernah mendapat DPT-HB-Hib1 dicatat sebagai T1.²¹
- b) Kemudian mendapat DPT-HB-Hib2 dicatat sebagai T2.
- c) Kemudian mendapat DPT-HB-Hib pada usia balita dicatat sebagai T3.
- d) Pemberian DT dan Td disekolah dicatat sebagai T4 dan T5.
- e) Bila tidak terbukti pernah mendapat suntikan DPT-HB-Hib pada waktu bayi dan balita, maka dicatat sebagai T1.

**Tabel 2.4 Jadwal Pemberian Imunisasi TT
dan Lama Perlindungannya¹⁷**

No	Imunisasi	Waktu Pemberiaan	Perlindungan
1	TT I	Selama kunjungan 1	-
2	TT II	4 minggu setelah TT I	3 Tahun
3	TT III	6 Bulan setelah TT II	5 Tahun
4	TT IV	1 Tahun Setelah TT III	10 Tahun
5	TT V	1 Tahun Setelah TT IV	25 Tahun

Sumber : Dewi, Vivian Nanny Lia, 2012.

8. Istirahat/Tidur

Ibu hamil hendaknya tidur malam $\pm$ 8 jam dan tidur siang $\pm$ 1 jam. Posisi tidur untuk ibu hamil dianjurkan dalam posisi miring ke kiri, letakkan beberapa bantal untuk menyangga. Pada ibu hamil sebaiknya banyak menggunakan waktu luangnya untuk banyak istirahat atau tidur, walau bukan benar-benar tidur hanya baringkan badan untuk memperbaiki sirkulasi darah dan jangan bekerja terlalu lelah. Selama periode istirahat yang pendek ibu dapat meletakkan kaki di dinding dan diangkat lebih keatas untuk meningkatkan aliran vena dari kaki serta menghilangkan oedema dan varises.

9. Senam Hamil

Ibu hamil dianjurkan untuk mengikuti senam hamil sesuai dengan kondisi ibu, senam ringan yang dapat dilakukan ibu adalah jalan pagi, sambil menghirup udara segar dan sebelum maupun sesudah melakukan senam ibu harus minum yang cukup.

h. Asuhan Antenatal

1. Pengertian asuhan antenatal

Asuhan antenatal adalah upaya preventif program pelayanan kesehatan obstetrik untuk mengoptimalisasi keadaan luar maternal dan neonatal melalui serangkaian kegiatan pemantauan rutin selama kehamilan.²²

2. Tujuan Asuhan Antenatal

Tujuan antenatal sebagai berikut : ^{17,22}

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

3. Jadwal kunjungan antenatal

Pemeriksaan Antenatal Care terbaru sesuai dengan standar pelayanan yaitu minimal 6 kali pemeriksaan selama kehamilan, dan minimal 2 kali pemeriksaan oleh dokter pada trimester I dan III.²³

- a) Kunjungan pertama K1 (0-12 minggu)

K1 merupakan kontak pertama ibu hamil yang harus dilakukan sedini mungkin pada trimester pertama. Bertujuan untuk hal-hal seperti, penapisan dan pengobatan anemia, pencegahan komplikasi akibat kehamilan dan pengobatan, perencanaan ANC selanjutnya. Pemeriksaan dokter bertujuan untuk skrining adanya faktor risiko atau komplikasi seperti pemeriksaan HIV, sifilis dan hepatitis B serta pemeriksaan ultrasonografi (USG). Apabila kondisi ibu hamil normal, kunjungan antenatal dapat dilanjutkan oleh bidan. Pemeriksaan yang dilakukan oleh dokter tetap mengikuti pola anamnesis, pemeriksaan fisik, pemeriksaan penunjang dan tindak lanjut.

- b) Kunjungan K2 (12-18 minggu), Kunjungan K3 (19-24 minggu), Kunjungan K4 (25-30 minggu), Kunjungan K6 (37-41 minggu).

Kunjungan antenatal yang dilakukan oleh tenaga kesehatan selain dokter adalah kunjungan ke-2 di trimester 1, kunjungan ke-3 di trimester 2 dan kunjungan ke-4 dan 6 di trimester 3. Tenaga kesehatan melakukan pemeriksaan antenatal, konseling dan memberikan dukungan sosial pada saat kontak dengan ibu hamil. Konseling yang dilakukan seperti, anamnesis, pemeriksaan tekanan darah, nadi, suhu tubuh, frekuensi nafas pemantauan LiLA pada ibu hamil KEK, pemeriksaan tinggi fundus uteri (TFU), pemeriksaan leopard,

pemeriksaan denyut jantung janin, pemberian suplementasi tablet Fe dan kalsium serta mengenali tanda-tanda persalinan.

c) Kunjungan K5 (32-36 minggu)

Dokter melakukan perencanaan persalinan, skrining faktor risiko persalinan termasuk pemeriksaan ultrasonografi (USG) bertujuan untuk hal-hal seperti, mengenali adanya kelainan letak dan presentasi, memantau rencana persalinan dan rujukan terencana bila diperlukan.

4. Standar Pelayanan Antenatal

Pelayanan asuhan standar *antenatal care* 14T yaitu :²²

a) Timbang berat badan dan tinggi badan

Tinggi badan ibu dikategorikan adanya resiko apabila hasil pengukuran <145 cm. Berat badan ditimbang setiap ibu datang atau berkunjung untuk mengetahui kenaikan BB dan penurunan BB. Kenaikan BB ibu hamil normal rata-rata antara 6,5 kg – 16 kg.

b) Ukur tensi darah

Tekanan darah Diukur setiap kali ibu datang atau berkunjung. Deteksi tekanan darah yang cenderung naik diwasapadai adanya gejala hipertensi dan preeklamsia. Apabila turun dibawah normal kita pikirkan kearah anemia. Tekanan darah normal berkisar 110/60 -120/80 mmHg.

c) Tinggi fundus uteri

Mengukur Tinggi Fundus Uteri (TF) adalah untuk memantau tumbuh kembang janin. Untuk mengetahui usia

kehamilan. Pada kehamilan diatas 20 minggu fundus uteri diukur dengan pita ukur/pita sentimeter, letakkan titik nol pada tepi atas symphysis dan rentangkan sampai fundus uteri (fundus tidak boleh ditekan).

d) Tablet Fe (min 90 tablet selama hamil)

Zat besi pada ibu hamil adalah mencegah defisiensi zat besi pada ibu hamil, bukan menaikkan kadar hemoglobin. Wanita hamil perlu menyerap zat besi rata-rata 60 mg/hari, kebutuhannya meningkat secara signifikan pada trimester 2 karena absorpsi usus yang tinggi. Fe diberikan 1 kali perhari setelah rasa mual hilang, diberikan sebanyak 90 tablet selama masa kehamilan. Tablet zat besi sebaiknya tidak diminum dengan teh atau kopi karena akan mengganggu penyerapan. Jika ditemukan anemia berikan 2-3 tablet zat besi perhari. Selain itu untuk memastikannya dilakukan pemeriksaan Hb yang dilakukan 2 kali selama kehamilan yaitu pada saat kunjungan awal dan pada usia kehamilan 28 minggu atau jika ada tanda-tanda anemia.

e) Pemberian Imunisasi (Tetanus Toxoid)

Untuk melindungi dari tetanus neonatorum. Efek samping TT yakni nyeri, kemerahan dan bengkak untuk 1-2 hari pada tempat penyuntikan.

f) Pemeriksaan HB (Haemoglobin)

Pemeriksaan Hb dilakukan pada kunjungan ibu hamil yang pertama kali, lalu diperiksa lagi menjelang persalinan. Pemeriksaan hb adalah salah satu upaya untuk mendeteksi anemia pada ibu hamil. Dianjurkan pada saat kehamilan diperiksa hemoglobin untuk memeriksa darah ibu, apakah ibu mengalami anemia atau tidak (anemia pada ibu hamil tergolong derajat ringan jika kadar Hb 10-10,9 g/dl, derajat sedang Hb 7-9,9 g/dl dan Hb <7 g/dl untuk derajat berat), mengetahui golongan darah ibu sehingga apabila ibu membutuhkan donor pada saat persalinan ibu sudah mempersiapkannya sesuai dengan golongan darah ibu.

g) Pemeriksaan protein urin

Untuk mengetahui adanya protein dalam urine ibu hamil. Protein urine ini untuk mendeteksi ibu hamil kearah preeklamsia.

h) Pemeriksaan reduksi urin

Dilakukan pemeriksaan urine reduksi hanya kepada ibu dengan indikasi penyakit gula/Diabetes Melitus (DM) atau riwayat penyakit gula pada keluarga ibu dan suami.

i) Pemeriksaan VDRL

Pemeriksaan Veneral Disease Research Laboratory (VDRL) untuk mengetahui adanya *treponema pallidum*/penyakit menular seksual, antara lain *sypphilish*.

j) Perawatan payudara

Meliputi senam payudara, perawatan payudara, pijat tekan payudara yang ditunjukkan kepada ibu hamil. Perawatan payudara dilakukan 2 kali sehari sebelum mandi dan mulai pada kehamilan 6 bulan. Manfaat perawatan payudara adalah:

- (1) Menjaga kebersihan payudara, terutama puting susu.
- (2) Mengencangkan serta memperbaiki bentuk puting susu (pada puting susu terbenam)
- (3) Merangsang kelenjar-kelenjar susu sehingga produksi ASI
- (4) Mempersiapkan ibu dalam laktasi.

k) Pemeliharaan tingkat kebugaran/senam ibu hamil

Bermanfaat membantu dalam persalinan dan mempercepat pemulihan setelah melahirkan serta mencegah sembelit.

l) Pemberian Obat Malaria

Pemberian obat malaria diberikan khusus untuk ibu hamil di daerah endemik malaria atau kepada ibu dengan gejala khas malaria yaitu panas tinggi disertai menggigil dan

hasil apusan darah yang positif. Dampak atau akibat penyakit tersebut kepada ibu hamil yakni kehamilan muda dapat terjadi abortus, partus prematurus dan anemia.

m) Terapi kapsul yodium untuk daerah endemik gondok

Kekurangan yodium dipengaruhi oleh faktor-faktor lingkungan dimana tanah dan air tidak mengandung unsur yodium. Akibat kekurangan yodium dapat mengakibatkan gondok dan kretin yang ditandai dengan:

- (1) Gangguan fungsi mental
- (2) Gangguan fungsi pendengaran.
- (3) Gangguan pertumbuhan.
- (4) Gangguan kadar hormon yang rendah.

n) Temu Wicara

Temu wicara adalah suatu bentuk wawancara (tatap muka) untuk mendorong orang lain memperoleh pengertian yang lebih baik mengenal dirinya dalam usahanya untuk memahami

dan mengatasi permasalahan yang sedang dihadapinya.

Tujuannya yaitu:

- (1) Membantu ibu hamil memahami kehamilan dan sebagai upaya preventif terhadap hal-hal yang tidak diinginkan.

- (2) Membantu ibu hamil untuk menemukan kebutuhan asuhan kehamilan, penolong persalinan yang bersih dan aman atau tindakan klinik yang mungkin diperlukan.

2. Manajemen Asuhan Kebidanan Kehamilan

Manajemen Asuhan Kebidanan mengacu pada KEPEMENKES NO.938/MENKES/SK/VIII/2007 tentang Standar Asuhan Kebidanan yang meliputi:

A. Standar I : Pengkajian (rumusan format pengkajian)

1) Data Subjektif

Hasil anamnesa : biodata, keluhan utama, riwayat obstetric, riwayat kesehatan dan latar belakang sosial budaya.

2) Data Objektif

a) Hasil pemeriksaan

(1) Inspeksi

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

(2) Palpasi

Yaitu pemeriksaan raba yang difokuskan pada abdomen dengan menggunakan cara Leopold.

(3) *Auskultasi*

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

(4) *Perkusi*

Pemeriksaan reflek patella kiri dan kanan positif atau negative.

b) Psikologi

c) Pemeriksaan Penunjang

(1) Hasil pemeriksaan lab : darah dan urine

(2) Hasil pemeriksaan USG

B. Standar II : Perumusan diagnosa dan atau masalah kebidanan

1) Diagnosa

Ibu...,G...,P...,A...,H..., usia kehamilan, janin hidup/mati, tunggal/ganda, intrauterine/ekstrauterine, preskep/let-su/let-li, keadaan jalan lahir normal/tidak, KU ibu dan janin baik, sedang atau tidak.

2) Masalah

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

3) Kebutuhan

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

C. Standar III : Perencanaan

Langkah ini merupakan lanjutan dari masalah atau diagnosa yang telah diidentifikasi atau merupakan lanjutan dari setiap masalah yang berkaitan dengan kerangka pedoman tentang apa yang akan terjadi berikutnya, penyuluhan, konseling dan kolaborasi atau rujukan bila diperlukan. Pada kehamilan trimester tiga ini ibu minimal melakukan kunjungan 3 kali antara minggu 28 hingga 36 minggu atau lebih dan ibu boleh berkunjung jika terjadi masalah pada kehamilannya.

D. Standar IV : Implementasi

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

- 1) Menginformasikan hasil pemeriksaan
- 2) Menjelaskan keluhan yang sedang dirasakan
- 3) Mengatasi keluhan
- 4) Menjaga kebersihan dan mengatur pola makan dan istirahat

- 5) Memberikan persiapan untuk persalinan dan kesiapan menghadapi kegawatdaruratan.
- 6) Menginformasikan kepada suami atau keluarga agar tetap memberikan dukungan kepada ibu.

E. Standar V : Evaluasi

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

F. Standar VI : Pencatatan asuhan kebidanan

SOAP

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

O : Data informasi objektif (hasil pemeriksaan, observasi)

A : Mencatat hasil analisa (diagnosa dan masalah kebidanan)

Diagnosa atau masalah

- 1) Diagnosa masalah potensial dan antisipasinya
- 2) Perlu tindakan segera

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

B. Persalinan

1. Konsep Dasar Persalinan

a. Pengertian Persalinan

Persalinan adalah proses dimana bayi, plasenta dan selaput ketuban keluar dari uterus ibu. Persalinan dianggap normal jika prosesnya terjadi pada usia kehamilan cukup bulan (setelah 37 minggu) tanpa disertai adanya penyulit. Persalinan di mulai sejak uterus berkontraksi dan menyebabkan perubahan pada serviks (membuka dan menipis) dan berakhir dengan lahirnya plasenta secara lengkap.²⁴

b. Tanda-Tanda Persalinan

Beberapa tanda-tanda dimulainya proses persalinan adalah sebagai berikut :²⁵

- 1) Kekuatan his makin sering dan teratur
- 2) Pengeluaran pervaginam berupa lendir atau lendir bercampur darah.
- 3) Ketuban pecah.
- 4) Perubahan serviks (perlunakan servik, pendataran servik, pembukaan serviks).
- 5) Kontraksi uterus mengakibatkan perubahan pada serviks (frekuensinya minimal 2 kali dalam 10 menit).

Terjadinya his persalinan mengakibatkan terjadinya perubahan pada serviks yang akan menimbulkan :

- 1) Perdarahan dan pembukaan.
- 2) Pembukaan menyebabkan lendir yang terdapat pada kanalis lepas .
- 3) Terjadi perdarahan karena kapiler pembuluh darah pecah.

c. Penyebab Mulainya Persalinan

Penyebab terjadinya persalinan antara lain:²⁵

1) Teori Penurunan Hormon

1-2 minggu sebelum partus mulai terjadi penurunan kadar hormon estrogen dan progesteron sebagai penenang otot-otot polos rahim, dan dapat menyebabkan kekejangan pembuluh darah sehingga timbul his bila kadar progesteron turun. Terjadinya kontraksi otot polos uterus pada persalinan akan menyebabkan rasa nyeri yang hebat.

2) Teori Oksitosin

Menjelang persalinan terjadi peningkatan reseptor oksitosin dalam otot rahim sehingga mudah terangsang saat disuntikkan oksitosin dan menimbulkan kontraksi, diduga bahwa oksitosin dapat menimbulkan pembentukan prostaglandin dan persalinan dapat berlangsung.

3) Teori Prostaglandin

Prostaglandin yang dihasilkan oleh deciduas menjadi salah satu sebab permulaan persalinan. Hal ini juga disokong dengan

adanya kadar prostaglandin yang tinggi, baik dalam air ketuban maupun darah perifer ibu hamil sebelum melahirkan atau selama persalinan.

4) Teori Plasenta Menjadi Tua

Akan menyebabkan turunnya kadar estrogen dan progesteron yang menyebabkan kekejangan pembuluh darah hal ini akan menimbulkan kontraksi rahim.

d. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Proses Persalinan

Faktor-faktor yang mempengaruhi proses persalinan yaitu : ²¹

1) Faktor *Power* (Tenaga)

Kekuatan yang mendorong janin dalam persalinan adalah his, kontraksi diafragma, dan aksi dari ligamen. Kekuatan primer yang diperlukan dalam persalinan adalah his, sedangkan sebagai kekuatan sekundernya adalah tenaga meneran ibu. Kekuatan yang mendorong janin keluar (*power*) :

- (a) His
- (b) Kontraksi otot-otot dinding perut
- (c) Kontraksi diafragma pelvis atau kekuatan mengejan
- (d) Ketegangan dan ligamentous action.

Perubahan-perubahan akibat his :

- (1) Pada uterus dan serviks, uterus teraba keras dan padat karena kontraksi, tekanan hidrostatik dari air ketuban menyebabkan serviks menjadi mendatar dan membuka.

(2) Ibu akan terasa nyeri karena iskemia rahim dan kontraksi rahim, juga ada peningkatan nadi dan tekanan darah.

(3) Pada janin, pertukaran oksigen pada sirkulasi utero plasenta berkurang, maka timbul hipoksia janin.

2) Faktor *Passage* (Jalan Lahir).

Jalan lahir terdiri atas panggul ibu, yakni bagian tulang yang padat, dasar panggul, vagina, dan introitus (lubang luar vagina). Meskipun jaringan lunak, khususnya lapisan-lapisan otot dasar panggul ikut menunjang keluarnya bayi, tetapi panggul ibu jauh lebih berperan dalam proses persalinan. Janin harus berhasil menyesuaikan dirinya terhadap jalan lahir yang relatif kaku, oleh karena itu ukuran dan bentuk panggul harus ditentukan sebelum persalinan dimulai.

3) Faktor *Passanger* (Janin dan plasenta)

Faktor passenger adalah 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 juga harus melewati jalan lahir, maka ia dianggap juga sebagai bagian dari passenger yang menyertai janin. Namun plasenta jarang menghambat proses persalinan pada kehamilan normal.

4) Faktor psikologis

Keadaan psikologis ibu mempengaruhi proses persalinan. Ibu bersalin yang di damping oleh suami dan orang-orang yang dicintainya cenderung mengaami proses persalinan yang lebih lancar. Ini menunjukkan bahwa dukungan mental berdampak positif bagi keadaan psikis ibu yang berpengaruh pada kelancaran persalinan.

Faktor psikologis meliputi hal-hal sebagai berikut :

- (1) Melibatkan psikologis ibu, emosi, dan persiapan intelektual
- (2) Pengalaman melahirkan bayi sebelumnya
- (3) Kebiasaan adat.

5) Dukungan dari orang terdekat pada kehidupan ibu

Penolong persalinan adalah petugas kesehatan yang mempunyai legalitas dalam menolong persalinan antara lain dokter, bidan, serta mempunyai kompetensi dalam menolong persalinan, menangani kegawatdaruratan serta melakukan rujukan jika diperlukan. Penolong persalinan selalu menerapkan upaya pencegahan infeksi yang dianjurkan termasuk diantaranya cuci tangan, memakai sarung tangan dan perlengkapan pelindung pribadi serta pendokumentasian alat bekas pakai.

e. Mekanisme Persalinan

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

melewati panggul. Mekanisme ini sangat diperlukan mengingat diameter janin yang lebih besar harus berada pada satu garis lurus dengan diameter paling besar dari panggul. Adapun gerakan janin dalam persalinan/gerakan kardinal adalah sebagai berikut :²⁶

a. Engangement

Proses penempatan kepala, kepala masuk PAP dengan sutura sagitalis melintang atau serong. Pada primigravida terjadi pada bulan terakhir kehamilan tetapi pada multipara biasanya terjadi pada permulaan persalinan.

b. Descent (Penurunan kepala)

Kepala turun kedalam rongga panggul, akibat tekanan langsung dari daerah fundus kearah daerah bokong, tekanan dari cairan amnion, kontraksi otot dinding, perut dan diafragma (mengejan) dan badan janin menjadi ekstensi dan menegang.

Sinklismus adalah ketika sutura sagitalis berada di tengah-tengah jalan lahir, terdapat diantara simpisis dan promontorium. Asinklismus anterior adalah sutura sagitalis mendekati simpisis dan os parietal belakang lebih rendah dari os parietal depan. Asinklismus posterior adalah Sutura sagitalis mendekati promontorium sehingga os parietal depan lebih rendah dari os parietal belakang.

c. Fleksi

Gerakan fleksi disebabkan karena janin terus di dorong maju tetapi kepala janin terhambat oleh servik, dinding panggul atau dasar panggul. Pada kepala janin, dengan adanya fleksi maka diameter oksipitofrontalis 12 cm berubah menjadi sub oksipitofrontalis 9 cm. Posisi dagu bergeser ke arah dada janin. Pada pemeriksaan dalam ubun-ubun kecil lebih jelas teraba dari pada ubun-ubun besar.

d. Rotasi dalam

Putaran paksi dalam terjadi karena kepala tertahan oleh diafragma pelvis dan tekanan intrauterine pada saat his. Bila kepala telah mencapai hodge III (dasar panggul) kepala akan mengadakan putaran paksi dalam yaitu UUK memutar kearah depan.

e. *Ekstensi*

Sumbu jalan lahir pada pintu bawah panggul mengarah ke depan dan atas, sehingga kepala menyesuaikan dengan cara ekstensi agar dapat melaluinya. Pada saat kepala janin mencapai dasar panggul tidak langsung terekstensi, akan tetapi terus terdorong kebawah sehingga mendesak ke jaringan perineum. Pada saat itu ada dua gaya yang mempengaruhi yaitu :

- (1) Gaya dorongan dari fundus uteri ke arah belakang.

- (2) Tahanan dasar panggul dan simpisis ke arah depan. Hasil kerja dari dua gaya tersebut mendorong ke vulva dan terjadi ekstensi.

f. Rotasi luar

Terjadinya gerakan rotasi luar atau putaran paksi luar dipengaruhi oleh beberapa faktor panggul.

- 1) Merupakan gerakan memutar ubun-ubun kecil ke arah Punggung janin, bagian belakang kepala berhadapan dengan tuber ishiadikum kanan atau kiri, sedangkan muka janin menghadap salah satu paha ibu. Bila ubun-ubun kecil pada mulanya di sebelah kiri maka ubun-ubun kecil akan berputar ke arah kiri, bila pada mulanya ubun-ubun kecil di sebelah kanan maka ubun-ubun kecil berputar ke kanan.
- 2) Gerakan rotasi luar atau putaran paksi luar ini menjadikan diameter biakromial janin searah dengan diameter anteroposterior pintu bawah panggul, dimana satu bahu di anterior di belakang simpisis dan bahu yang satunya di bagian posterior di belakang perineum.
- 3) Sutura sagitalis kembali melintang.

g. *Ekspulsi*

Putaran paksi luar bahu depan sampai dibawah simpisis menjadi himoklion untuk kelahiran bahu belakang. Kemudian bahu depan menyusul lahir, diikuti seluruh badan anak.

f. Partograf

Partograf merupakan alat bantu untuk memantau kemajuan persalinan dan informasi untuk membuat keputusan. Tujuan utama dari penggunaan partograf yaitu mencatat hasil observasi dan kemajuan persalinan, mendeteksi proses persalinan apakah berjalan secara normal, memantau kondisi janin, kemajuan proses persalinan. Penggunaan partograf secara tepat dan konsisten akan membantu penolong persalinan. Penggunaan partograf harus dilakukan pada semua ibu dengan semua persalinan, baik normal maupun patologis sehingga akan sangat membantu penolong persalinan dalam memantau, mengevaluasi dan membuat keputusan, baik persalinan dengan komplikasi maupun yang tidak disertai dengan komplikasi. Pencatatan partograf ini dimulai saat fase aktif yaitu pembukaan serviks 4 cm dan berakhir titik dimana pembukaan lengkap. Pembukaan lengkap diharapkan adalah 1 cm per jam. Pencatatan selama fase aktif persalinan ini harus dimulai di garis waspada.²⁷

Untuk menggunakan partograf dengan benar, petugas harus mencatat kondisi ibu dan janin sebagai berikut:

1. Air ketuban, catat warna air ketuban setiap melakukan pemeriksaan vagina:
 - 2) U : Selaput utuh
 - 3) J : Selaput pecah, air ketuban jernih
 - 4) M : Air ketuban bercampur Mekonium

- 5) D : Air ketuban bernoda Darah
- 6) K : Selaput pecah, cairan tidak ada (kering)
- 2. Perubahan bentuk kepala janin (molding atau molase)
 - 1) 0 : Tulang kepala janin terpisah, sutura mudah dipalpasi
 - 2) 1 : Sutura tepat/bersesuaian
 - 3) 2 : Sutura tumpang tindih tetapi dapat diperbaiki
 - 4) 3 : Sutura tumpang tindih dan tidak dapat diperbaiki
- 3. Pembukaan mulut rahim (serviks)

Dinilai pada setiap pemeriksaan pervaginam dan diberi tanda silang (X).

4. Penurunan

Mengacu pada bagian kepala dibagi 5 bagian yang teraba (pada pemeriksaan abdomen/luar) diatas simfisi pubis catat dengan tanda lingkaran (O). Pada setiap pemeriksaan dalam pada posisi 0/5, sinsiput (S) atau paruh atas kepala berada di simfisis pubis.

- 5. Waktu, menyatakan berapa jam waktu yang telah dijalani sesudah pasien diterima
- 6. Jam , catat jam sesungguhnya
- 7. Kontraksi

Catat setiap setengah jam, lakukan palpasi untuk menghitung banyaknya kontraksi dalam 10 menit dan lamanya masing-masing kontraksi dalam hitungan detik.

8. Oksitosin

Bila memakai oksitosin, catatlah banyaknya oksitosin per volume cairan infus dan dalam tetesan per menit.

9. Obat yang diberikan

10. Nadi, catatlah setiap 30-60 menit dan ditandai dengan sebuah titik besar

11. Tekanan darah, catatlah setiap 4 jam dan ditandai dengan anak panah

12. Suhu badan, catatlah setiap 2 jam

13. Protein, aseton dan volume urin

Catatlah setiap kali ibu berkemih. Bila temuan-temuan melintas kearah kanan dari garis waspada, petugas kesehatan harus melakukan penilaian terhadap kondisi ibu dan janin dan segera mencari rujukan yang tepat.

g. Tahapan persalinan

Tahapan persalinan dibagi menjadi 4 kala :^{28,29}

1. Kala I

Kala I persalinan dimulai sejak terjadinya kontraksi uterus yang teratur dan meningkat hingga serviks membuka lengkap (10 cm). Inpartu ditandai dengan keluarnya lendir bercampur darah karena serviks mulai membuka dan mendatar. Darah berasal dari pecahnya pembuluh darah kapiler disekitar kanalis servikalis

akibat pergeseran ketika serviks mendatar dan membuka. Kala Pembukaan (kala I) dibagi atas 2 fase, yaitu :

a) Fase laten

Pembukaan serviks yang berlangsung lambat pembukaan serviks 1-3 cm. Pada umumnya fase laten ini berlangsung antara 6-8 jam.

b) Fase aktif

Pembukaan serviks 4-10 cm. Dibagi atas 3 subfase :

- 1) Pembukaan Periode akselerasi : berlangsung 2 jam, pembukaan menjadi 4 cm.
- 2) Periode dilatasi maksimum : selama 2 jam, pembukaan berlangsung cepat menjadi 9 cm.
- 3) Periode deselerasi : berlangsung lambat, dalam waktu 2 jam, pembukaan menjadi 10 cm.

2. Kala II

Kala II persalinan dimulai dari pembukaan lengkap serviks (10 cm), dilanjutkan dengan upaya mendorong bayi keluar dari jalan lahir dan berakhir dengan lahirnya bayi. Pada kala pengeluaran janin, his terkoordinasi, kuat, cepat dan lebih lama, kira-kira 2-3 menit sekali. Kepala janin telah turun dan masuk ke ruang panggul sehingga terjadilah tekanan pada otot-otot dasar panggul yang melalui lengkung reflek menimbulkan rasa ingin mencedan.

Pada waktu his kepala janin mulai kelihatan, vulva membuka, dan perineum menonjol. Dengan his dan mengedan terpinpin akan lahir kepala, diikuti seluruh badan janin. Kala II pada primi berlangsung selama 1-2 jam, sedangkan pada multi 30 menit sampai 1 jam.

3. Kala III

Asuhan yang peneliti lakukan adalah manajemen aktif kala III yaitu suntik oksitosin, PTT dan masase fundus uteri. Tujuan pemberian oksitosin yaitu merangsang fundus uteri untuk berkontraksi dengan kuat dan efektif sehingga dapat membantu pelepasan plasenta dan mengurangi kehilangan darah. Tujuan dilakukannya PTT untuk membantu plasenta cepat lepas dari dinding rahim, dan tujuan masase fundus uteri pada kala III yaitu agar uterus tidak lembek dan berkontraksi dengan baik. Setelah bayi lahir, kontraksi rahim beristirahat sebentar. Uterus teraba keras dengan fundus uteri setinggi pusat, dan berisi plasenta yang belum keluar. Beberapa saat kemudian timbul his pelepasan dan pengeluaran uri. Dalam waktu 5-10 menit seluruh plasenta terlepas, terdorong kedalam vagina dan akan lahir spontan dengan sedikit dorongan dari atas simfisis atau fundus uteri. Seluruh proses biasanya berlangsung 5-30 menit setelah bayi lahir. Pengeluaran plasenta disertai dengan darah kira-kira 200-300 cc.

4. Kala IV

Kala IV adalah kala pengawasan selama 2 jam setelah bayi dan plasenta lahir. Kala IV dibagi menjadi 2 kali pemantauan secara garis besar.

- a) Nadi, pernafasan, tekanan darah, kandung kemih, tinggi fundus uteri dan pengeluaran darah setiap 15 menit selama 1 jam pertama.
- b) Nadi, pernafasan, tekanan darah, kandung kemih, tinggi fundus uteri dan pengeluaran darah setiap 30 menit pada 1 jam kedua.

h. Perubahan fisiologis pada masa persalinan

Perubahan fisiologis yang terjadi pada masa persalinan terdiri dari^{30,31}.

a. Kala I

1) Tekanan darah

Selama kontraksi tekanan darah meningkat dengan kenaikan sistolik. Rata-rata sebesar 10-20 mmHg dan kenaikan diastolik rata-rata 5-10 mmHg. Diantara kontraksi uterus tekanan darah akan turun seperti sebelum masuk persalinan dan akan naik lagi saat terjadi kontraksi.

2) Suhu

Selama persalinan, suhu tubuh akan sedikit meningkat dan akan segera turun setelah kelahiran. Kenaikan ini dianggap normal, jika tidak melebihi $0,5-1^{\circ}\text{C}$ dan segera menurun setelah kelahiran.

3) Denyut jantung

Selama kontraksi akan terjadi kenaikan frekuensi denyut jantung secara mencolok, denyut jantung diantara kontraksi sedikit lebih tinggi dibandingkan selama periode persalinan atau sebelum masuk persalinan. Hal ini menggambarkan bahwa selama persalinan terjadi metabolisme tubuh.

4) Pernapasan

Sebelum persalinan terjadi kenaikan frekuensi pernapasan karena adanya rasa nyeri, kekhawatiran serta teknik pengaturan pernafasan yang tidak benar.

5) Perubahan gastrointestinal

Kemampuan pergerakan gastik serta penyerapan makanan padat berkurang akan menyebabkan pencernaan hampir berhenti selama persalinan dan menyebabkan konstipasi lambung yang penuh dapat menimbulkan ketidaknyamanan. Oleh karena itu ibu dianjurkan untuk tidak makan terlalu banyak atau minum berlebihan, tetapi

makanan dan minuman semuanya untuk mempertahankan energi dan hidrasi.

6) Kontraksi uterus

Kontraksi uterus terjadi karena adanya rangsangan pada otot polos uterus dan penurunan hormon oksitosin. Kontraksi uterus dimulai dari fundus uteri menjalar kebawah. Kontraksi yang kuat dan lama membuat uterus mendorong janin kebawah, sedangkan uterus bagian bawah hanya mengikuti tarikan dan segmen atas rahim, sehingga menyebabkan servik menjadi lembek dan membuka. Hubungan kerja sama antara uterus bagian atas bawah disebut polaritas.

7) Perubahan servik

Ada 2 fisiologis utama yang terjadi pada servik :

- a) Pendarahan servik disebut juga penipisan servik adalah pemendekan saluran servik dari 2 cm menjadi hanya berupa muara melingkar dengan tepi hampir setipis kertas.
- b) Pembukaan serviks, terjadi sebagai akibat dari kontraksi uterus serta tekanan yang berlawanan dari kantong membrane dan bagian bawah janin. Kepala janin saat fleksi akan membantu pembukaan yang efisien.

b. Kala II

1) Kontraksi uterus

Kontraksi ini bersifat nyeri yang disebabkan oleh anoxia dari sel-sel otot tekanan pada ganglia dalam servik dan segmen bawah rahim (SBR), regangan dari servik, regangan dan tarikan pada peritorium, itu semua terjadi pada saat kontraksi.

2) Perubahan servik

Perubahan pada servik pada kala II ditandai dengan pembukaan lengkap, pada pemeriksaan dengan tidak teraba lagi bibir porsio, segmen bawah rahim (SBR) dan servik.

3) Perubahan pada vagina dan dasar panggul

Setelah pembukaan lengkap dan ketuban telah pecah terjadi perubahan, terutama pada dasar panggul yang di regangkan oleh bagian depan janin sehingga menjadi saluran yang dinding-dindingnya tipis karena suatu regangan dan kepala sampai vulva. Lubang vulva menghadap ke dapan atas dan anus menjadi terbuka, perineum menonjol dan tidak lama kemudian kepala janin tampak pada vulva.

4) Tanda-tanda vital

Tekanan darah meningkat selama proses persalinan, kenaikan sistole 10-20 mmHg, kenaikan diastole 5-10 mmHg. Suhu meningkat 0,5-1 °C disebabkan peningkatan metabolisme tubuh. Pernafasan juga meningkat disebabkan karena peningkatan metabolisme.

c. Kala III

Pada kala III otot uterus (miometrium) berkontraksi mengikuti penyusutan volume rongga uterus setelah lahirnya bayi. Penyusutan ukuran ini akan menyebabkan berkurangnya tempat perlengketan plasenta. Karena tempat perlengketan yang semakin kecil, sedangkan ukuran plasenta tidak berubah maka plasenta akan terlipat, menebal kemudian lepas dari dinding uterus. Setelah lepas, plasenta akan turun ke bawah uterus atau kedalam vagina. Setelah janin lahir uterus mengadakan kontraksi yang mengakibatkan penciutan permukaan cavum uteri, tempat implantasi plasenta. Akibatnya plasenta akan lepas dari tempat implantasinya.

d. Kala IV

Pada kala IV, ibu akan mengalami kehilangan darah. Kehilangan darah pada persalinan biasanya disebabkan oleh luka dari bekas perlekatan plasenta atau adanya robekan pada servik atau perineum. Rata-rata dalam batas normal jumlah

pendarahan adalah 250 ml atau ada juga yang mengatakan jumlah pendarahan 100 - 300 ml merupakan batasan normal untuk proses persalinan normal.

i. Tanda Bahaya Persalinan

Tanda bahaya persalinan diantaranya yaitu : ¹

1. Perdarahan dari jalan lahir

Jika terjadi perdarahan sebelum atau selama persalinan, ini bisa menjadi tanda bahaya dan memerlukan perhatian medis segera.

2. Air ketuban berwarna hijau dan berbau

Air ketuban yang berwarna hijau dan berbau dapat menandakan adanya masalah pada janin, seperti terjadinya gangguan pada plasenta. Hal ini juga memerlukan penanganan medis segera.

3. Ibu mengalami kejang

Kejang pada ibu saat persalinan dapat menjadi tanda preeklamsia atau eklamsia, kondisi yang mengancam jiwa dan memerlukan penanganan medis segera.

4. Ibu mengalami kesakitan yang hebat

Rasa sakit yang tidak terkendali atau di luar batas normal dapat menjadi tanda adanya komplikasi pada persalinan dan memerlukan evaluasi medis segera.

5. Tangan bayi atau tali pusat keluar dari jalan lahir

Jika tangan bayi atau tali pusat keluar sebelum kepala bayi, ini dapat menyebabkan komplikasi serius dan memerlukan penanganan medis segera.

6. Ibu sudah tidak kuat lagi untuk mengejan

Jika ibu tidak mampu mengejan, ini bisa menandakan adanya hambatan dalam proses persalinan dan memerlukan evaluasi medis segera.

j. Kebutuhan dasar ibu bersalin

Kebutuhan dasar selama persalinan tidak terlepas dengan asuhan yang diberikan bidan. Asuhan kebidanan yang diberikan hendaknya asuhan yang sayang ibu dan bayi. Secara spesifik asuhan sayang ibu pada setiap kala persalinan, antara lain:³⁰

a. Kala I

1) Kebutuhan fisik ibu

a) Kebersihan dan kenyamanan ibu

Dalam inpartu akan merasa sangat panas dan berkeringat sehingga bagi ibu yang masih memungkinkan untuk berjalan diberikan kesempatan untuk mandi. Tetapi bagi ibu yang sudah tidak memungkinkan, bidan dan keluarga membantu ibu menyeka dengan waslap yang dibasahi dengan air

dingin. Demikian dengan baju yang basah karena keringat bisa diganti dengan yang baru.

b) Posisi dalam kehamilan

Beberapa ibu hamil sudah dilatih untuk menghadapi persalinan, misalnya senam, jalan-jalan, jongkok, dan berdiri. Sehingga saat persalinan ibu hamil memiliki keinginan untuk merubah posisi pada saat persalinan, tidak hanya tidur telentang.

c) Kontak fisik

Selama proses persalinan ibu tidak suka dengan bercakap- cakap. Ibu merasa lebih nyaman untuk kontak fisik. Keluarga dianjurkan untuk melakukan kontak fisik seperti berpegangan tangan, menggosok-gosok punggung, menyeka wajah dengan air dingin, mendekap, mengelus-elus perut, atau memijat kaki.

d) Pijatan

Ibu yang mengeluh sakit pinggang atau nyeri selama persalinan membutuhkan pijatan untuk meringankan keluhan.

2) Kebutuhan psikologis ibu

Ibu bersalin sering merasakan cemas memikirkan hal-hal yang terjadi seperti, perasaan sakit, takut menghadapi persalinan, penolong sabar atau tidak, apakah

anaknya cacat. Perasaan tersebut akan menambah rasa sakit oleh karena itu ibu bersalin memerlukan pendamping selama persalinan karena dapat menimbulkan efek positif terhadap persalinan mengurangi rasa sakit, persalinan lebih singkat dan menurunkan persalinan dengan tindakan.

b. Kala II

Kebutuhan dasar ibu bersalin kala II diantaranya meningkatkan perasaan aman dengan memberikan dukungan dan memupuk rasa kepercayaan dan keyakinan pada diri ibu bahwa ia mampu untuk melahirkan, membimbing pernafasan adekuat, membantu posisi meneran sesuai pilihan ibu, meningkatkan peran serta keluarga, menghargai anggota keluarga atau teman yang mendampingi, melakukan tindakan-tindakan yang membuat nyaman seperti mengusap dahi dan memijat pinggang, menjalankan prinsip pencegahan infeksi, mengusahakan kandung kencing kosong dengan cara membantu dan memacu ibu mengosongkan kandung kemih secara teratur.

c. Kala III

Asuhan yang dapat dilakukan pada ibu adalah memberikan kesempatan kepada ibu untuk memeluk bayinya dan menyusui segera, memberitahu asuhan yang dapat dilakukan

pada ibu adalah memberikan kesempatan kepada ibu untuk memeluk bayinya dan menyusui segera, memberitahu setiap tindakan yang akan dilakukan, Pencegahan infeksi pada kala III, memantau keadaan ibu (tanda vital, kontraksi, perdarahan, melakukan kolaborasi/ rujukan bila terjadi kegawatdaruratan. Pemenuhan kebutuhan nutrisi dan hidrasi serta memberikan motivasi dan pendampingan selama kala III.

d. Kala IV

Asuhan yang dilakukan pada ibu adalah memastikan tanda vital, kontraksi uterus, perdarahan dalam keadaan normal, membantu ibu untuk berkemih, mengajarkan ibu dan keluarganya tentang cara menilai kontraksi dan melakukan masase uterus, menyelesaikan asuhan awal bagi bayi baru lahir, mengajarkan ibu dan keluarganya tentang tanda-tanda bahaya post partum, seperti perdarahan, demam, bau busuk dari vagina, pusing, lemas, penyulit dalam menyusui dan terjadi kontraksi hebat, pemenuhan kebutuhan nutrisi dan hidrasi, pendampingan pada ibu selama kala IV dan nutrisi dan dukungan emosional.

2. Partus Presipitatus

a. Pengertian Partus Presipitatus

Partus presipitatus adalah persalinan berlangsung sangat cepat. Kemajuan cepat dari persalinan, berakhir kurang dari 3 jam dari awitan kelahiran, dan melahirkan di luar rumah sakit adalah situasi kedaruratan yang membuat terjadi peningkatan resiko komplikasi dan/atau hasil yang tidak baik pada klien/janin^{27,32}.

Menurut Marmi (2016) Partus precipitatus adalah persalinan yang lebih pendek dari 3 jam. Kadang-kadang pada multipara persalinan yang terlalu cepat sebagai akibat HIS yang adekuat dan tahanan yang kurang dari jalan lahir. Bahaya bagi anak meninggal karena oxygenasi kurang, sebagai akibat kontraksi rahim yang terlalu kuat. Mungkin juga bayi mengalami trauma karena lahir sebelum ada persiapan yang cukup, misalnya jatuh ke lantai³².

b. Penyebab Partus Presipitatus

Penyebab terjadinya partus presipitatus antara lain:

- 1) Abnormalitas tahanan yang rendah pada bagian jalan lahir
- 2) Abnormalitas kontraksi uterus dan rahim yang terlalu kuat
- 3) Pada keadaan yang sangat jarang dijumpai oleh tidak adanya rasa nyeri pada saat his sehingga ibu tidak menyadari adanya proses-proses persalinan yang sangat kuat itu²⁷.

c. Tanda Dan Gejala Partus Presipitatus

Dapat mengalami ambang nyeri yang tidak biasanya atau tidak menyadari kontraksi abdominal. Kemungkinan tidak ada kontraksi yang dapat diraba, bila terjadi pada ibu yang obesitas.

Ketidaknyamanan punggung bagian bawah (tidak dikenali sebagai tanda kemajuan persalinan). Kontraksi uterus yang lama/hebat, ketidak-adekuatan relaksasi uterus diantara kontraksi. Dorongan involunter lintula mengejan²⁷.

d. Dampak Partus Presipitatus

Pada ibu akibat dari kontraksi uterus yang kuat disertai serviks yang panjang serta kaku, dan vagina, vulva atau perineum yang tidak teregang dapat menimbulkan rupture uteri atau laserasi yang luas pada serviks, vagina, vulva atau perineum. Dalam keadaan yang terakhir, emboli cairan ketuban yang langka itu besar kemungkinannya untuk terjadi. Uterus yang mengadakan kontraksi dengan kekuatan yang tidak lazim sebelum proses persalinan bayi, kemungkinan akan menjadi hipotonik setelah proses persalinan tersebut dan sebagai konsekuensinya, akan disertai dengan perdarahan dari templat implantasi placenta²⁷.

e. Dampak Partus Presipitatus

1) Pada ibu

Dampak bagi ibu yaitu jarang terjadi bila dilatasi serviks dapat berlangsung secara normal, bila serviks panjang dan jalan lahir kaku, akan terjadi robekan serviks dan jalan lahir yang luas, emboli air ketuban (jarang), atonia uteri dengan HPP²⁷

2) Pada Fetus Dan Neonatus

Mortalitas dan morbiditas perinatal akibat partus presipitatus dapat meningkat cukup tajam karena beberapa hal. Pertama, kontraksi uterus yang amat kuat dan sering dengan interval relaksasi yang sangat singkat akan menghalangi aliran darah uterus dan oksigenasi darah janin. Kedua, tahanan yang diberikan oleh jalan lahir terhadap proses ekspulsi kepala janin dapat menimbulkan trauma intrakranial meskipun keadaan ini seharusnya jarang terjadi. Ketiga, pada proses kelahiran yang tidak didampingi, bayi bisa jatuh ke lantai dan mengalami cedera atau memerlukan resusitasi yang tidak segera tersedia²⁷.

f. Penanganan Partus Presipitatus

Kontraksi uterus spontan yang kuat dan tidak lazim, tidak mungkin dapat diubah menjadi derajat kontraksi yang bermakna oleh pemberian anastesi. Jika tindakan anastesi hendak dicoba, takarannya harus sedemikian rupa sehingga keadaan bayi yang akan dilahirkan itu tidak bertambah buruk dengan pemberian anastesi kepada ibunya. Pengganggu anastesi umum dengan preparat yang bisa mengganggu kemampuan kontraksi rahim, seperti halotan dan isofluran, seringkali merupakan tindakan yang terlalu berani. Tentu saja, setiap preparat oksitasik yang sudah diberikan harus dihentikan dengan segera. Preparat tokolitik, seperti ritodrin dan magnesium sulfat parenteral, terbukti efektif. Tindakan mengunci tungkai ibu

atau menahan kepala bayi secara langsung dalam upaya untuk memperlambat persalinan tidak akan bisa dipertahankan. Perasat semacam ini dapat merusak otak bayi tersebut²⁷.

3. Manajemen Asuhan Persalinan

Manajemen Asuhan Persalinan mengacu pada KEPEMENKES NO.938/MENKES/SK/VIII/2007 tentang Standar Asuhan Kebidanan yang meliputi:

a. Kala I

1) Pengkajian

ii. Data subjektif

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

- 1) identitas ibu dan suami
- 2) apakah ada kontaksi dan lamanya
- 3) lokasi ketidaknyamanan ibu
- 4) pengeluaran pervaginam, berupa darah lendir, atau air ketuban.

iii. Data objektif

- 1) Menilai keadaan umum dan kesadaran
- 2) Pemeriksaan vital sign
- 3) Pemeriksaan fisik secara head to toe (dari kepala sampai kaki)

iv. Pemeriksaan kebidanan

- 1) Palpasi : Leopold I-IV, TFU, TBJ

- 2) Auskultasi : menilai kesejahteraan janin (DJJ)
- 3) Inspeksi (anogenital) : lika parut, pengeluaran pervaginam
- 4) Pemeriksaan dalam : pembukaan, ketuban, dan penipisan.
- 2) Perumusan diagnosa dan atau masalah kebidanan
- 3) Perencanaan
- 4) Implementasi
- 5) Evaluasi
- 6) Pencatatan asuhan kebidanan

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 parturien kala II.

- 3) Perencanaan

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

- a) Menginformasikan kepada ibu tentang hasil pemeriksaan
- b) Memberi dukungan terus menerus kepada ibu
- c) Memastikan kecukupan makan dan minum
- d) Mempersiapkan kelahiran bayi

- e) Membimbing ibu meneran pada waktu his
- f) Memantau keadaan ibu dan denyut jantung janin
- g) Melahirkan kepala sesuai mekanisme persalinan dan jalan lahir
- h) Melahirkan bahu dan diikuti badan bayi
- i) Menilai tanda-tanda kehidupan bayi, minimal tiga aspek: usaha bernapas, denyut jantung dan warna kulit.

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 catatan perkembangan SOAP.

c. Kala III

1) Pengkajian

Pada data subjektif menanyakan keadaan dan perasaan ibu setelah 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 tau Masalah Kebidanan

Diagnosa kebidanan kala III: ibu parturien Kala III.

3) Perencanaan

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

(a) Melakukan palpasi uterus untuk memastikan tidak ada janin kedua.

(b) Memberi injeksi oksitosin 10 U/M (segera diberikan dalam 2 menit setelah kelahiran bayi jika bayi tunggal, pemberian oksitosin 10 U/M dapat diulangi setelah 15 menit, jika oksitosin tidak tersedia, rangsangan puting susu ibu atau anjurkan ibu menyusui bayinya guna menghasilkan oksitosin alamiah).

(c) Melakukan peregang tali pusat terkendali (PTT).

(d) Setelah ada tanda-tanda pelepasan plasenta, plasenta dilahirkan.

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 catatan perkembangan SOAP.

d. Kala IV

1) Pengkajian

Pada data subiektif 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 parturien.

3) Perencanaan

Rencana asuhan yang akan dilakukan pada kala IV, yaitu pemantauan setiap 15 menit pada 1 jam pertama, dan setiap 30 menit pada 1 jam berikutnya. Yang dipantau seperti tanda-tanda vital, kontraksi uterus, TFU, dan perdarahan.

4) Implementasi

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

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.

C. Bayi Baru Lahir (BBL)

1. Konsep Dasar Bayi Baru Lahir

a. Pengertian Bayi Baru Lahir

Bayi baru lahir (neonatus) adalah bayi yang baru mengalami proses kelahiran berusia 0 – 28 hari . Bayi baru lahir adalah suatu organisme yang sedang tumbuh, baru mengalami proses kelahiran dan harus menyesuaikan diri dari kehidupan intrauterin ke kehidupan ekstrauterin.³³

b. Perubahan fisiologis bayi segera setelah lahir

1) Termoregulasi

Bayi baru lahir memiliki kecenderungan cepat stress akibat perubahan suhu lingkungan, karena belum dapat mengatur suhu tubuh sendiri. Pada saat bayi meninggalkan lingkungan rahim ibu yang bersuhu rata-rata 37°C , kemudian bayi masuk ke dalam lingkungan. Suhu ruangan persalinan yang suhu 25°C sangat berbeda dengan suhu di dalam rahim.²⁵

Bayi baru lahir dapat kehilangan panas melalui empat mekanisme yaitu:

a. Konveksi

Kehilangan panas tubuh yang terjadi saat bayi terpapar udara sekitar yang lebih dingin. Bayi yang dilahirkan atau ditempatkan di dalam ruangan yang dingin akan cepat mengalami kehilangan panas. Kehilangan panas juga terjadi jika terjadi konveksi aliran udara dari kipas angin, hembusan udara melalui ventilasi atau pendingin ruangan.²⁵

b. Radiasi

Kehilangan panas yang terjadi karena bayi ditempatkan di dekat 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).

c. Konduksi

Kehilangan panas tubuh melalui kontak langsung antara tubuh bayi dengan permukaan yang dingin, meja, tempat tidur atau timbangan yang temperaturnya lebih rendah dari tubuh bayi akan menyerap panas tubuh bayi melalui mekanisme konduksi apalagi bayi diletakkan diatas benda-benda tersebut.

d. Evaporasi

Evaporasi merupakan jalan utama bayi kehilangan panas. 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.

Beberapa cara umum untuk mempertahankan panas adalah sebagai berikut :

- 1) Berikan selimut, topi atau pakaian yang hangat setelah kelahiran.
- 2) Keringkan bayi baru lahir secepatnya.
- 3) Atur suhu ruangan persalinan 25°C .

- 4) Tunda memandikan bayi baru lahir sampai suhu stabil.
- 5) Tempatkan area perawatan bayi baru lahir dari jendela, dinding luar atau jalan ke pintu.
- 6) Selalu menutup kepala bayi baru lahir dan membungkus rapat tubuh bayi selama 48 jam.

2) Sistem pernafasan

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 menarik napas dan mengeluarkan napas dengan merintih, sehingga udara tertahan di dalam. Respirasi pada neonatus biasanya pernapasan diafragmatik dan abdominal, sedangkan frekuensi dan dalamnya 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.²⁵

3) Sistem pencernaan

- a) Kapasitas lambung neonatus sangat bervariasi dan tergantung pada ukuran bayi, sekitar 30-90 ml. Pengosongan dimulai dalam beberapa menit pada saat pemberian makanan dan selesai 2-4 jam setelah pemberian

makanan. Pengosongan ini dipengaruhi oleh beberapa faktor, antara lain waktu dan volume makanan, jenis dan suhu makanan, serta faktor fisik.

- b) Mekonium yang ada dalam usus besar sejak 16 minggu reflek diangkat dalam waktu 24 jam pertama kehidupan dan benar-benar dibuang dalam waktu 48-72 jam. Feses yang pertama berwarna hijau kehitam-hitaman, keras, dan mengandung empedu.
- c) Refleks gumoh dan refleks batuk yang matang sudah terbentuk dengan baik pada saat lahir.

4) Sistem Kardiovaskuler dan Darah

Sebelum lahir, janin hanya bergantung pada placenta untuk semua pertukaran gas dan ekskresi sisa metabolik. Dengan pelepasan placenta pada saat lahir, sistem sirkulasi bayi harus melakukan penyesuaian mayor guna mengalihkan darah yang tidak mengandung oksigen menuju paru untuk direoksigenasi. Hal ini melibatkan beberapa mekanisme, yang dipengaruhi oleh penjepitan tali pusat dan juga oleh penurunan resistensi bantalan vaskular paru.

5) Metabolisme Glukosa

Luas permukaan tubuh neonatus, relatif lebih luas dari tubuh orang dewasa, sehingga metabolisme basal per KgBB akan lebih besar, sehingga BBL harus menyesuaikan diri

dengan lingkungan baru, artinya energi diperoleh dari metabolisme karbohidrat dan lemak.

Pada jam-jam pertama energi didapatkan dari perubahankarbohidrat. Pada hari kedua, energi berasal dari pembakaran lemak. Setelah mendapat susu pada hari keenam, energi 60% didapatkan dari lemak dan 40% dari karbohidrat.²⁵

6) Sistem Ginjal

Tubuh bayi baru lahir relatif mengandung banyak air dan kadar natrium lebih besar dari kalium karena ruangan ekstraseluler luas. Fungsi ginjal belum sempurna karena:²⁵

- a) Jumlah nefron masih belum sebanyak orang dewasa.
- b) Ketidak seimbangan luas permukaan glomerulus dan volume tubulus proksimal.
- c) Renal blood flow relatif kurang bila dibandingkan dengan orang dewasa.

c. Asuhan bayi baru lahir dalam 2 jam pertama :

a) Penilaian Awal pada bayi segera setelah lahir

Segera setelah bayi lahir, letakkan bayi diatas kain yang bersih dan kering yang sudah disiapkan diatas perut ibu. Segera lakukan penilaian awal pada bayi baru lahir.²⁶

- 1) Apakah bayi bernapas atau menangis kuat tanpa kesulitan ?
- 2) Apakah bayi bergerak aktif ?

3) Bagaimana warna kulit, apakah berwarna kemerahan ataukah ada sianosis ?

Jika bayi tidak cukup bulan dan atau air ketuban bercampur mekonium dan atau tidak menangis atau tidak bernafas atau megap-megap dan atau tonus otot tidak baik lakukan langkah resusitasi. Biasanya untuk mengevaluasi bayi baru lahir pada menit pertama dan menit kelima setelah kelahirannya menggunakan sistem APGAR yaitu dengan penilaian normal 7-10.

Tabel 2.4 Perhitungan nilai APGAR

Penilaian	0	1	2
<i>Appearance</i> (warna kulit)	Pucat	Badan merah, ekstremitas biru	Seluruh tubuh kemerah-merahan
<i>Pulse</i> (denyut jantung)	Tidak ada	< 100	>100
<i>Grimace</i> (reflek)	Tidak ada	Sedikit gerakan Mimic	Batuk bersin
Activity	Tidak ada	<i>Ekstremitas</i> dalam sedikit <i>fleksi</i>	Gerakan aktif
<i>Respiration</i> (pernafasan)	Tidak ada	Lemah tidak teratur	Baik dan menangis

Sumber : ilmiah,widia (2015).³⁰

Dari hasil penilaian tersebut dapat diketahui apakah bayi tersebut normal atau asfiksia :

- a. Nilai APGAR 7-10 : Bayi normal
- b. Nilai APGAR 4-6 : Asfiksia sedang ringan
- c. Nilai APGAR 0-3 : Asfiksia Berat

Dilakukan pemantauan nilai Apgar pada menit ke-1 dan menit ke-5. Bila nilai Apgar 5 menit masih kurang dari 7, penilaian dilanjutkan tiap 5 menit sampai skor mencapai 7.

b) Pemotongan tali pusat

Adapun cara memotong tali pusat yaitu:²⁵

- 1) Menjepit tali pusat dengan klem dengan jarak 3 cm dari pusat, lalu mengurut tali pusat ke arah ibu dan memasang klem kedua dengan jarak 2 cm dari klem pertama.
- 2) Memegang tali pusat diantara 2 klem dengan menggunakan tangan kiri lalu memotong tali pusat di antara 2 klem.
- 3) Mengikat tali pusat dengan jarak ± 1 cm dari umbilikus dengan klem penjepit tali pusat.
- 4) lepaskan klem pada tali pusat, lalu memasukkannya ke dalam wadah yang berisi larutan klorin 0,5 %.
- 5) Membedung bayi dengan kain bersih dan memberikannya kepada ibu.

c) Resusitasi

Proses transisi dari kehidupan intrauterin menuju ekstrauterin selalu dialami bayi yang baru saja lahir. Meskipun sistem ini melibatkan hampir semua sistem organ tubuh, akan tetapi sistem pernapasan dan sistem sirkulasi yang paling memiliki peranan penting dalam adaptasi bayi di lingkungan

ekstrauterin. Fase transisi merupakan fase yang cukup kompleks. Tidak semua bayi lahir dapat melalui proses transisi dengan sempurna, terutama bayi prematur atau dengan kelainan kongenital berat. Sebanyak 10% bayi yang lahir membutuhkan bantuan untuk memulai pernapasan dan hanya 1% yang memerlukan resusitasi lebih lanjut. Dengan memahami perubahan fisiologi yang terjadi selama masa transisi dan ditunjang keterampilan dasar dalam tatalaksana awal bayi baru lahir, diharapkan para penolong persalinan dapat memberikan bantuan resusitasi bayi baru lahir secara optimal sehingga dapat menurunkan mortalitas dan morbiditas bayi baru lahir.³⁴

1) Tahap I : Langkah Awal

Langkah awal diselesaikan dalam waktu <30 detik.

- a. Jaga bayi tetap hangat
- b. Letakkan bayi di atas kain ke-1 yang ada di atas perut ibu atau sekitar 45 cm dari perineum. Selimuti bayi dengan kain tersebut, wajah, dada dan perut tetap terbuka, potong tali pusat.
- c. Pindahkan bayi yang telah diselimuti kain ke-1 ke atas kain ke-2 yang telah digelar di tempat resusitasi.
- d. Jaga bayi tetap diselimuti dengan wajah dan dada terbuka dan dibawah pemancar panas (*infant warmer*).

e. Atur posisi bayi

Baringkan bayi telentang dengan kepala di dekat penolong. Posisikan kepala bayi pada posisi menghidu yaitu kepala sedikit ekstensi dengan mengganjal bahu.

f. Isap lendir

Isap lender mulai dari mulut dulu, kemudian dari hidung. Lakukan pengisap saat alat penghisap ditarik keluar,

g. Keringkan dan rangsangan taktil

Keringkan bayi dengan kain ke-1 mulai dari muka, kepala dan bagian tubuh lainnya dengan sedikit tekanan. Tekanan ini dapat merangsang BBL mulai bernapas. Rangsang taktil berikut dapat juga dilakukan untuk merangsang BBL. Mulai bernapas:
Menepuk/menyentil

telapak kaki, atau menggosok punggung/perut/dada/tungkai bayi dengan telapak tangan. Ganti kain ke-1 yang telah basah dengan kain ke-2 yang kering di bawahnya. Selimuti bayi dengan kain kering tersebut, jangan menutupi muka dan dada agar bisa memantau pernapasan bayi.

h. Atur Kembali posisi kepala bayi

(1) Atur kembali posisi kepala bayi menjadi posisi menghidu.

(2) Lakukan penilaian apakah bayi bernapas normal, tidak bernapas atau megap-megap jika bayi bernapas normal: lakukan asuhan pasca resusitasi dan jika bayi megap-megap atau tidak bernapas: mulai lakukan ventilasi bayi).

2) Tahap II : Ventilasi

Ventilasi adalah tahapan tindakan resusitasi untuk memasukkan sejumlah volume udara ke dalam paru dengan tekanan positif, untuk membuka alveoli paru agar bayi bisa bernapas spontan dan teratur. Langkah-langkah :

(a) Pasang sungkup: Pasang dan pegang sungkup agar menutupi dagu, mulut dan hidung.

(b) Ventilasi 2 kali: Lakukan remasan pada balon/tiupan pada tabung dengan tekanan 30 cm air. Remasan awal balon dan sungkup atau tiupan awal tabung dan sungkup penting untuk menguji apakah jalan napas bayi terbuka dan membuka alveoli paru agar bayi bisa mulai bernapas. Lihat apakah dada bayi mengembang. Saat melakukan remasan atau tiupan, perhatikan apakah dada bayi mengembang dengan adekuat. Jika tidak mengembang: Periksa posisi sungkup dan pastikan

tidak ada udara yang bocor; Periksa posisi kepala, pastikan kepala pada posisi menghidu; Periksa cairan atau lendir di mulut, jika ada lendir atau cairan lakukan pengisapan; Lakukan remasan atau tiupan 2 kali dengan tekanan 30 cm air, jika dada mengembang, lakukan tahap berikutnya.

- (c) Ventilasi 20 Kali dalam 30 detik. Remas balon atau tiup tabung sebanyak 20-30 kali, dalam 30 detik dengan 20 cm air sampai bayi mulai bernapas spontan atau menangis. Pastikan dada mengembang saat dilakukan tiupan peremasan, setelah 30 detik lakukan penilaian ulang napas (jika bayi mulai bernapas normal/tidak megap-megap dan atau menangis hentikan ventilasi bertahap, lihat dada bawah apakah ada retraksi, hitung frekuensi napas per menit; jika bernapas > 40 per menit dan tidak ada retraksi berat jangan ventilasi lagi, letakkan bayi untuk kontak kulit bayi-ibu pada dada ibu dan lanjutkan asuhan BBL, pantau setiap 15 menit untuk pernapasan dan kehangatan, jangan tinggalkan bayi sendiri, lakukan asuhan pascaresusitasi; jika bayi megap. megap atau tidak bernapas, lanjutkan ventilasi).
- (d) Ventilasi, setiap 30 detik, lakukan penilaian ulang napas. Lanjutkan ventilasi 20 - 30 kali dalam 30 detik.

Setiap 30 detik, lakukan penilaian napas, kemudian lakukan penilaian ulang bayi apakah bernapas, tidak bernapas atau megap-megap. Jika bayi mulai bernapas normal/tidak megap-megap dan atau menangis, hentikan ventilasi bertahap, kemudian lakukan asuhan pasca resusitasi. Jika bayi megap-megap/tidak bernapas, teruskan ventilasi 20 - 30 kali dalam 30 detik, Kemudian lakukan penilaian ulang napas setiap 30 detik.

- (e) Siapkan rujukan jika bayi belum bernapas spontan sesudah 2 menit resusitasi. Teruskan ventilasi selama mempersiapkan rujukan. Catat keadaan bayi pada formulir rujukan dan rekam medik persalinan.

3) Tahap III : Asuhan Pasca Resusitasi

Setelah tindakan resusitasi, dilakukan stabilisasi dan pemantauan khusus dalam 2 jam pertama yaitu :

Resusitasi berhasil: bayi menangis dan atau bernafas normal sesudah langkah awal atau sesudah resusitasi, maka lakukan BBL. Resusitasi belum/kurang berhasil: bayi perlu rujukan yaitu sesudah resusitasi 2 menit belum bernafas atau megap-megap atau pada pemantauan lanjut didapatkan kondisi memburuk. Resusitasi tidak berhasil: bayi tidak bernapas setelah resusitasi dilanjutkan selama 10 menit dari denyut

jantung pertimbangan untuk menghentikan resusitasi, biasanya bayi tersebut tidak tertolong dan meninggal dan berikan dukungan moral ke keluarga.

d. Inisiasi Menyusu Dini (IMD)

Prinsip pemberian ASI adalah sedini mungkin dan eksklusif. Bayi baru lahir harus mendapatkan ASI dalam waktu satu jam setelah lahir. Anjurkan ibu untuk memeluk bayinya dan mencoba segera menyusukan bayi setelah tali pusat diklem dan dipotong. Beritahu bahwa penolong akan selalu membantu ibu untuk menyusukan bayi setelah plasenta lahir dan memastikan ibu dalam kondisi baik. Keluarga dapat membantu ibu untuk memulai pemberian ASI lebih awal. Memulai pemberian ASI secara dini akan : merangsang produksi susu dan memperkuat refleks menghisap bayi. Refleks menghisap awal pada bayi paling kuat dalam beberapa jam pertama setelah lahir.^{26,35}

Reflek pada bayi :

- 1) Reflek Moro : Reflek kaget
- 2) Reflek Rooting : Reflek mencari puting susu
- 3) Reflek Sucking : Reflek menghisap
- 4) Reflek swallowing : Reflek menelan
- 5) Reflek Graps : Reflek menggenggam
- 6) Reflek Grabeller : Reflek mengedip
- 7) Reflek Tonick Neck : Reflek menoleh
- 8) Reflek Babinski : Reflek fleksi jari-jari tangan atau kaki

9) Reflek Walking : Reflek menapak

e. Pencegahan perdarahan

Pencegahan perdarahan karena sistem pembekuan darah pada bayi baru lahir belum sempurna, maka semua bayi akan berisiko untuk mengalami perdarahan. Untuk mencegah kejadian tersebut, maka pada semua bayi baru lahir, apalagi bayi berat lahir rendah diberikan suntikan vitamin K1 sebanyak 1 mg dosis tunggal, secara intramuskular pada antero lateral paha kiri suntikan vitamin K1 dilakukan setelah proses IMD dan sebelum pemberian imunisasi hepatitis B.²⁶

f. Pencegahan infeksi mata

Salep atau tetes mata untuk pencegahan infeksi mata diberikan setelah proses IMD dan bayi selesai menyusui. Pencegahan infeksi mata tersebut mengandung tetrasiklin 1% atau antibiotika lain. Upaya pencegahan infeksi mata kurang efektif jika diberikan > 1 jam setelah kelahiran.³⁶

g. Pemberian imunisasi

Imunisasi Hepatitis B pertama (Hb 0) diberikan 1-2 jam setelah pemberian Vitamin K1 secara intramuskular. Imunisasi Hepatitis B bermanfaat untuk mencegah infeksi Hepatitis B terhadap bayi, terutama jalur penularan ibu-bayi.³⁶

h. Kunjungan Neonatus

Pelayanan kesehatan neonatus dibagi dalam beberapa kunjungan neonatus, antara lain:³⁶

1) Kunjungan Neonatal Pertama (KN 1)

Kunjungan ini dilakukan saat bayi berumur 6-48 jam. Adapun asuhan yang diberikan, yaitu:

- (a) Menjaga kehangatan bayi
- (b) Memberikan ASI Eksklusif
- (c) Pencegahan infeksi
- (d) Perawatan tali pusat

2) Kunjungan Neonatal Kedua (KN 2)

Kunjungan ini dilakukan saat bayi berumur 3-7 hari.

Adapun asuhan yang diberikan, yaitu:

- 1) Pemberian ASI Eksklusif.
- 2) Defekasi (BAB).
- 3) Perkemihan (BAK).
- 4) Pemantauan berat badan bayi.
- 5) Perawatan tali pusat.
- 6) Pola tidur atau istirahat bayi.
- 7) Kebersihan dan keamanan bayi.

3) Kunjungan Neonatal Ketiga (KN 3)

Kunjungan ini dilakukan saat bayi berumur 8-28 hari.

Adapun asuhan yang diberikan, yaitu:

- 1) Periksa ada atau tidak tanda bahaya
- 2) Pemantauan berat badan
- 3) Pemantauan asupan ASI dan imunisasi.

d. Tanda Bahaya Bayi Baru Lahir

Tanda Bahaya Bayi Baru Lahir yaitu : ³⁴

- 1) Tidak mau minum atau memuntahkan semua (ASI atau susu formula)

Tanda ini dapat menunjukkan adanya gangguan pada reflek menghisap pada mulut bayi, gangguan pada saluran cerna bayi, dan kandungan ASI (jarang terjadi) atau susu formula yang dikonsumsi bayi yang tidak dapat dicerna oleh bayi.

- 2) Kejang

Merupakan salah satu tanda dari infeksi tetanus neonatorum (tetanus yang menyerang pada bayi baru lahir).

Hal ini sangat berbahaya bagi bayi bahkan dapat menyebabkan kematian jika tidak ditangani dengan segera.

- 3) Bergerak hanya jika dirangsang

Merupakan tanda adanya gangguan pada saraf bayi atau otot bayi. Pada bayi sehat aktifitas gerak sangat kuat tanpa harus dirangsang.

- 4) Napas cepat (≥ 60 kali /menit) atau Napas lambat (< 30 kali /menit)

Merupakan tanda adanya gangguan pada sistem pernafasan bayi. Dapat disertai dengan tanda bahaya lain seperti demam. Penghitungan nafas bayi dapat dilakukan dengan menghitung pergerakan dada atau perut bayi dalam 60 detik.

- 5) Tarikan dinding dada ke dalam yang sangat kuat

Sama seperti poin nomor 4, tarikan dinding dada yang sangat kuat menandakan adanya gangguan pada sistem pernafasan pada bayi.

- 6) Merintih

Rintihan bayi menandakan adanya ketidaknyamanan yang dialami oleh bayi. Semakin lama rintihan pada bayi, orang tua harus semakin semakin curiga terhadap kondisi bayi.

- 7) Teraba demam (suhu ketiak $> 37.50^{\circ}\text{C}$) atau Teraba dingin (suhu ketiak $< 36^{\circ}\text{C}$)

Tanda ini (demam) dapat terjadi pada bayi baru lahir yang merupakan tanda umum adanya infeksi dan dapat disertai dengan tanda bahaya lain yang muncul bersamaan atau belakangan. Jika tubuh bayi dingin, maka ini perlu penanganan segera di fasilitas kesehatan karena menandakan aliran darah yang terganggu yang biasanya diiringi warna pucat pada kedua ujung tangan dan kaki.

8) Nanah yang banyak di mata

Merupakan salah satu tanda dari infeksi gonore pada bayi yang ditularkan oleh orang tua bayi.

9) Pusing kemerahan meluas ke dinding perut.

Tanda ini dapat terjadi beberapa saat setelah ari-ari bayi dipotong yang menandakan adanya peradangan atau infeksi yang cukup berbahaya.

10) Diare

Jangan biarkan tanda ini begitu saja karena bayi sangat rentan mengalami diare dengan berbagai sebab yang berujung pada kehilangan cairan tubuh akibat diare sehingga dapat menyebabkan kematian.

10. Tampak kuning pada telapak tangan dan kaki .

Hal ini menandakan tingginya zat bilirubin dalam darah yang dapat terjadi secara normal untuk hari-hari awal kelahiran namun dapat pula menandakan bahaya bila terjadi dalam waktu lama.

11. Perdarahan

Selalu waspada pada bayi jika mengalami perdarahan yang terjadi cukup lama dan tidak berhenti baik spontan maupun terjadi akibat trauma (tertusuk, tersayat, jatuh, dan lainnya). Hal ini dapat menandakan adanya kelainan pada darah bayi terutama faktor pembekuan darah.

2. Menejemen Asuhan Kebidanan pada Bayi Baru Lahir

Menejemen Asuhan Kebidanan pada Bayi Baru Lahir dibedakan menjadi yaitu Asuhan Kebidanan pada Bayi segera setelah lahir sampai dengan 2 (dua) jam dan setelah 2 (dua) jam setelah lahir.

Menejemen asuhan kebidanan pada bayi baru lahir mengacu pada KEPEMENKES NO.938/MENKES/SK/VIII/2007 tentang Standar Asuhan Kebidanan yang meliputi:

A. Standar I : Pengkajian data subyektif dan obyektif

Data yang dikumpulkan pada pengkajian segera setelah bayi baru 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 ditemukan pada saat pengkajian bayi baru lahir. Diagnosa kebidanan pada BBL : Bayi baru lahir normal usia 6 jam keadaan umum bayi baik.

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 vitamin K
- 6) Imunisasi HB0
- 7) Memonitoring keadaan umum bayi
- 8) Pemeriksaan fisik pada bayi

D. Standar IV : Implementasi

Tahap ini dilakukan dengan melaksanakan rencana asuhan kebidanan yang menyeluruh dan dibatasi oleh standar asuhan kebidanan pada bayi baru lahir.

E. Standar V : Evaluasi

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.