



TUGAS AKHIR
ASUHAN BERKESINAMBUNGAN PADA NY. DW UMUR 20 TAHUN
G1P0A0 AH0 DENGAN KEKURANGAN ENERGI KRONIK DI PMB
SETYO ARI SUSANTI PURWOREJO

Disusun Untuk Memenuhi Tugas Praktik Kebidanan Komunitas dalam Konteks
Continuity of Care (COC)

Oleh:

DWI SURYAWATI
NIM. P07124523159

PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI BIDAN
JURUSAN KEBIDANAN POLTEKKES KEMENKES YOGYAKARTA
2024

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

Tugas Akhir ini adalah hasil karya sendiri, dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk telah saya nyatakan dengan benar.

Nama : Dwi Suryawati

NIM : P07124523159



Tanggal : April 2024

HALAMAN PERSETUJUAN DAN PENGESAHAN

TUGAS AKHIR


**ASUHAN BERKESINAMBUNGAN PADA NY. DW, UMUR 20 TAHUN G1P0A0 AH0
DENGAN KEKURANGAN ENERGI KRONIK DI PMB
SETYO ARI SUSANTI PURWOREJO**

Disusun Oleh:
Dwi Suryawati
NIM. P07124523159

Telah dipertahankan dalam seminar di depan Penguji
Pada tanggal : 22 April 2024

SUSUNAN PENGUJI

Penguji Akademik
Linda Nur Wahyuni, S.Tr.Keb., Bdn


(.....)

Penguji Klinik
Setyo Ari Susanti, Amd.Keb


(.....)

Mengetahui
Ketua Jurusan




Dr. Heni Puji Wahyuningtih, S.SiT., M.Keb
NIP. 197511232002122007

KATA PENGANTAR

Puji syukur saya panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkat dan rahmat-Nya, saya dapat menyelesaikan Laporan ini, dengan judul “Asuhan Berkesinambungan pada Ny. DW, Umur 20 Tahun G1P0A0 AH0 dengan Kekurangan Energi Kronik di PMB Setyo Ari Susanti Purworejo”. Penulisan Laporan ini disusun untuk memenuhi tugas Praktik Kebidanan Komunitas dalam Konteks *Continuity of Care* (COC). Laporan Komprehensif ini terwujud atas bimbingan, pengarahan dan bantuan dari berbagai pihak yang tidak bisa penulis sebutkan satu persatu dan pada kesempatan ini penulis menyampaikan ucapan terima kasih kepada:

1. Dr. Heni Puji Wahyuningsih, S.Si.T., M.Keb selaku Ketua Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Yogyakarta yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada kami untuk mengikuti praktik klinik.
2. Munica Rita Hernayanti, S.SiT., M.Kes selaku Ketua Program Studi Pendidikan Profesi Bidan.
3. Linda Nur Wahyuni, S. Tr. Keb, Bdn selaku Pembimbing Akademik yang telah memberikan bimbingan dan arahan dalam penyusunan Laporan Komprehensif ini.
4. Setyo Ari Susanti, Amd.Keb selaku Pembimbing Klinik yang telah memberi ijin dan bimbingan selama menjalankan praktek klinik di PMB Setyo Ari Susanti Purworejo.
5. Sahabat yang telah banyak membantu saya dalam menyelesaikan Laporan Komprehensif ini.

Akhir kata, saya berharap Tuhan Yang Maha Esa berkenan membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu. Semoga Laporan Komprehensif ini membawa manfaat bagi pengembangan ilmu.

Yogyakarta, April 2024

Penulis

SINOPSIS

Asuhan Kebidanan Berkesinambungan pada Ny. DW, Usia 20 Tahun G1P0A0 AH0 dengan Kekurangan Energi Kronik di PMB Setyo Ari Susanti Purworejo

SINOPSIS

Hasil laporan gizi di Kabupaten Purworejo pada tahun 2023 menunjukkan bahwa ibu hamil KEK ada 11,5 %. Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Adyani dan Saras (2015) terdapat hubungan antara KEK pada kehamilan dengan kejadian BBLR. Menurut Waryono, Kekurangan Energi Kronis (KEK) pada ibu dapat menyebabkan risiko dan komplikasi antara lain anemia, perdarahan, berat badan tidak bertambah secara normal, dan mudah terkena penyakit infeksi. Ny. DW adalah salah satu ibu hamil dengan KEK di PMB Setyo Ari Susanti Purworejo.

Pada saat kunjungan ANC ditemukan ibu mengalami KEK dan kurus, namun pada akhir kehamilan ibu belum mampu menambah berat badan sesuai rekomendasi. Pada tanggal 11 Maret 2024 ibu bersalin di Puskesmas Ngombol secara spontan tanpa komplikasi. Selama masa nifas ibu tidak terjadi komplikasi, namun pada kunjungan I ibu mengalami produksi ASI. Bayi lahir dengan berat 36200 gram dan panjang lahir 50 cm, cukup bulan tanpa komplikasi. Ibu memutuskan untuk menggunakan KB Pil.

Kesimpulan dari asuhan ini adalah ibu hamil dengan KEK mengalami gangguan tidur di TM III. Pada persalinan berlangsung dengan lancar tanpa penyulit, bayi dilahirkan secara spontan. Saran untuk bidan agar dapat meningkatkan pelayanan kebidanan khususnya dalam memberikan asuhan berkesinambungan dengan memantau secara ketat ibu dan janin sehingga ketika ditemukan komplikasi dapat dilakukan tindakan tepat sesuai prosedur.

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL.....	i
HALAMAN PENGESAHAN.....	ii
KATA PENGANTAR	iii
SINOPSIS	iv
DAFTAR ISI.....	v
DAFTAR TABEL.....	vi
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A.Latar Belakang.....	1
B.Tujuan	4
C. Ruang Lingkup	5
D.Manfaat.....	5
BAB II KAJIAN KASUS DAN TEORI.....	6
A. Kajian Masalah Kasus	6
B. Kajian Teori.....	18
BAB III PEMBAHASAN	87
A. Pengkajian	87
B. Analisis	97
C. Penatalaksanaan.....	99
BAB IV PENUTUP	113
A. Kesimpulan	113
B. Saran	113
DAFTAR PUSTAKA	115
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 1. Tinggi Fundus Uteri Sesuai Umur Kehamilan.....	19
Tabel 2. Rekomendasi Penambahan Berat Badan Selama Kehamilan Berdasarkan IMT	22
Tabel 3. Karakteristik Persalinan Sesungguhnya dan Persalinan Semu	35
Tabel 4. Penilaian dan Intervensi Selama Kala I	36
Tabel 5. APGAR Skor	61
Tabel 6. Perubahan Normal Uterus Selama Postpartum.....	67
Tabel 7. Perubahan Lochea	68

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Angka Kematian Ibu (AKI) merupakan indikator penting untuk melihat derajat kesehatan suatu bangsa. Angka Kematian Ibu (AKI) adalah jumlah kematian yang disebabkan oleh kehamilan, persalinan, dan nifas. Berdasarkan data Kementerian Kesehatan tahun 2023, jumlah kematian ibu di Indonesia mencapai 4627 jiwa pada 2023 angka tersebut meningkat 10,25% dari tahun sebelumnya, dimana 28,29% disebabkan oleh perdarahan. Sedangkan AKB di Indonesia pada tahun 2023 yaitu sebesar 5.386 kasus (19,13%) dimana mayoritas kematian bayi disebabkan oleh berat badan lahir rendah/ BBLR (35,2%).

Salah satu target atau kesepakatan bersama Global *Sustainable Development Goals (SDGs)* 2015-2030 berkomitmen untuk menurunkan Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB). Target *SDGs* tahun 2030 yaitu AKI kurang dari 70 per 100 ribu kelahiran dan AKB 12 per 1000 kelahiran hidup. AKI di Indonesia masih cukup jauh dari target *SDGs*.² Pada poin kedua dari tujuan dari *SDG's* adalah tentang penanggulangan kelaparan yang berkaitan dengan kekurangan gizi.

Sebagai masalah kesehatan masyarakat, gizi yang optimal sangat penting untuk kesehatan reproduksi yang normal. Setiap kali kebutuhan energi tidak terpenuhi dalam jangka panjang, maka menghasilkan energi yang sedikit yang dapat menyebabkan kekurangan energi kronis. Pada wanita hamil dan wanita menyusui, kekurangan energi kronis memiliki dampak buruk. Kekurangan gizi pada ibu dan bayi telah menyumbang setidaknya 3,5 juta kematian setiap tahunnya dan menyumbang 11% dari penyakit global di dunia. Berdasarkan hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) di Indonesia tahun 2023, angka KEK mengalami peningkatan dari tahun 2020 yaitu 31,3% menjadi 38,5% di tahun 2023. Di Kabupaten Purworejo pada tahun 2023 tercatat 12,16 % kasus KEK pada ibu hamil.

Dampak kekurangan gizi pada ibu hamil dapat menyebabkan risiko komplikasi antara lain, anemia, perdarahan, BB ibu tidak bertambah secara normal dan penyakit infeksi yang merupakan penyebab utama kematian ibu di Indonesia selain hipertensi dalam kehamilan. Sedangkan penyebab kematian bayi yaitu karena asfiksia, trauma kelahiran, infeksi, prematuritas, kelainan bawaan, dan sebab-sebab lainnya.⁴ Kematian ibu di Kabupaten Purworejo pada tahun 2023 adalah sebanyak 7 kasus. Penyebab kematian ibu yang terjadi di Kabupaten Purworejo pada tahun 2023 adalah perdarahan, eklamsi, jantung dan Sindrom HELLP (*Hemolysis, Elevated Liver Enzymes, Low Platelet*)

Berbagai upaya telah dilakukan pemerintah untuk menurunkan angka kematian dan kesakitan ibu dan neonatal yaitu melalui peningkatan pelayanan antenatal yang mampu mendeteksi dan menangani kasus risiko tinggi secara memadai, pertolongan persalinan yang bersih dan aman oleh tenaga kesehatan terampil, pelayanan pasca persalinan dan kelahiran, pelayanan emergensi obstetrik dan neonatal dasar (PONED) dan komprehensif (PONEK) yang dapat dijangkau secara tepat waktu oleh masyarakat yang membutuhkan.⁴

Upaya yang dilakukan oleh pemerintah untuk mengurangi KEK dengan pemberian makanan tambahan (PMT) untuk ibu hamil yang mengalami KEK dan konseling pada ibu hamil dan calon pengantin. Selain itu, dapat dilakukan KIE tentang pentingnya kebiasaan makan bersama keluarga, pemilihan makanan yang bervariasi dan bergizi, meningkatkan frekuensi dan porsi makan, tidak menghindari makanan yang baik untuk dikonsumsi, dan cara pemilihan bahan makanan yang baik pada ibu hamil.⁷

Asuhan kebidanan pada ibu hamil bertujuan untuk melakukan pengawasan sebelum persalinan, terutama ditujukan untuk pertumbuhan dan perkembangan janin pada rahim. Selain itu *antenatal care* bertujuan untuk mendeteksi risiko komplikasi yang bisa mengancam jiwa wanita hamil.⁸ Kunjungan antenatal sebaiknya paling sedikit 6 kali selama

kehamilan, yaitu 2 kali pada usia kehamilan 0-3 bulan (trimester I), 1 kali pada usia kandungan sebelum 4-6 bulan (trimester II) dan 3 kali pada usia kandungan sebelum 7-9 bulan (trimester III).⁹

Asuhan persalinan normal harus diberikan kepada semua ibu karena bertujuan untuk menjaga kelangsungan hidup dan memberikan derajat kesehatan yang tinggi bagi ibu dan bayinya, melalui upaya yang terintegrasi dan lengkap tetapi dengan intervensi yang seminimal mungkin agar prinsip keamanan dan kualitas pelayanan dapat terjaga pada tingkat yang diinginkan (optimal). Dengan pendekatan seperti ini, berarti bahwa setiap intervensi yang akan diaplikasikan dalam asuhan persalinan normal harus mempunyai alasan dan bukti ilmiah yang kuat tentang manfaat intervensi tersebut bagi kemajuan dan keberhasilan proses persalinan.¹⁰

Asuhan pada masa neonatus sangat diprioritaskan karena merupakan masa kritis dari kematian bayi. Dua pertiga dari kematian bayi terjadi dalam 4 minggu setelah persalinan, 60% kematian bayi baru lahir terjadi dalam waktu 7 hari setelah lahir. Dengan pemantauan yang teratur pada waktu nifas dan bayinya, dapat mencegah mortalitas dan morbiditas ibu dan bayinya.¹¹

Asuhan nifas juga sangat diperlukan dalam periode ini karena merupakan masa kritis baik ibu maupun bayinya. Diperkirakan bahwa 60% kematian ibu akibat kehamilan terjadi setelah masa nifas terjadi dalam 24 jam pertama.¹² Masa nifas atau puerperium adalah setelah kala IV sampai dengan enam minggu berikutnya (pulihnya alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil). Akan tetapi seluruh otot genitalia baru pulih kembali seperti sebelum kehamilan dalam waktu 3 bulan. Masa ini merupakan periode kritis baik bagi ibu maupun bayinya, maka perlu diperhatikan. Dalam masa nifas ini, ibu juga harus diberikan paparan mengenai kontrasepsi untuk merencanakan keluarga berencana. Lebih dari 95% klien pasca persalinan ingin menunda kehamilan berikutnya paling sedikit 2 tahun lagi, atau tidak ingin tambah anak lagi.

Bidan memberikan pelayanan berkesinambungan yaitu mulai dengan seseorang merencanakan jumlah dan jarak kehamilannya dengan menggunakan KB (keluarga berencana), mencegah dan mengurangi seorang perempuan hamil mengalami komplikasi dalam kehamilan, persalinan, masa nifas dalam upaya mencegah kematian atau kesakitan dengan melakukan Pelayanan Obstetrik Neonatal Esensial Dasar.¹¹

B. Tujuan

1. Tujuan Umum

Mahasiswa mampu menjelaskan dan mengimplementasikan asuhan berkesinambungan pada ibu dan bayi dengan menggunakan pola pikir manajemen kebidanan untuk mendapatkan luaran yang optimal bagi kesehatan ibu dan bayi.

2. Tujuan Khusus

- a. Dapat mengidentifikasi permasalahan pada ibu hamil trimester III, bersalin, nifas, KB dan bayi baru lahir.
- b. Dapat mengidentifikasi potensi risiko pada ibu hamil trimester III, bersalin, nifas, KB dan bayi baru lahir.
- c. Dapat memberikan intervensi pada permasalahan ibu hamil trimester III, bersalin, nifas, KB dan bayi baru lahir melalui konseling, motivasi dan rujukan sebagai upaya preventif.

C. Ruang Lingkup

Ruang lingkup laporan komprehensif ini adalah pelaksanaan pelayanan kebidanan yang berfokus pada Ibu (hamil, bersalin, nifas, KB) dan bayi.

D. Manfaat

1. Manfaat Teoritis

Dapat meningkatkan pengetahuan, keterampilan, dan pengalaman secara langsung, sekaligus penanganan dalam menerapkan ilmu yang diperoleh selama pendidikan. Selain itu, menambah

wawasan dalam menerapkan asuhan kebidanan berkesinambungan pada ibu hamil, bersalin, bayi baru lahir, nifas, dan KB.

2. Manfaat Praktis

a. Bagi Mahasiswa Profesi Bidan

Dapat memahami teori, memperdalam ilmu, dan menerapkan asuhan kebidanan berkesinambungan yang akan diberikan pada ibu hamil, bersalin, bayi baru lahir, nifas, dan KB.

b. Bagi Bidan Pelaksana di PMB Setyo Ari Susanti

Laporan komprehensif ini dapat memberikan informasi tambahan bagi bidan pelaksana di PMB dalam upaya memberikan asuhan kepada ibu hamil, bersalin, bayi baru lahir, nifas, dan KB.

c. Bagi Ibu Hamil, Bersalin, Nifas, KB dan BBL

Laporan komprehensif ini diharapkan menambah pengetahuan ibu dalam melakukan deteksi dini penyulit yang mungkin timbul pada masa hamil, bersalin, bayi baru lahir dan nifas, sehingga dapat mencegah terjadinya komplikasi.

BAB II

KAJIAN KASUS DAN TEORI

A. Kajian Masalah Kasus

1. ANC Trimester III

Asuhan kebidanan berkesinambungan di berikan kepada Ny. DW, umur 20 tahun pada kehamilan trimester III dengan umur kehamilan 36 minggu 1 hari dengan KEK. Kasus ini ditemukan di PMB Setyo Ari Susanti pada tanggal 21 Februari 2024. Alamat pasien tersebut di Desa Seboropasar 1/2 Ngombol, Purworejo. Ny. DW datang bersama suami dengan keluhan insomnia.

Berdasarkan hasil pengkajian pada Ny. DW, kehamilan ini merupakan kehamilan pertama. Ibu mengatakan haid terakhirnya pada tanggal 13 Juni 2023, dan hari perkiraan lahirnya pada tanggal 20 Maret 2024, saat ini umur kehamilan 36 minggu 1 hari. Selama hamil ini, Ny. DW periksa ANC secara rutin baik di PMB, Puskesmas dan Rumah Sakit.

Pada riwayat pemakaian alat kontrasepsi, ibu belum pernah menggunakan alat kontrasepsi apapun. Pada riwayat kesehatan pasien dan keluarga, tidak pernah dan sedang menderita penyakit seperti asma, jantung, hipertensi, Diabetes Melitus maupun TBC. Pasien juga tidak memiliki riwayat operasi. Pasien juga tidak memiliki riwayat alergi obat maupun makanan.

Hasil pengkajian pada awal kehamilan ditemukan LILA 23 cm dan IMT awal ibu 17,6 kg/ m². Berat badan ibu saat ini adalah 49 kg, sedangkan berat badan sebelum hamil adalah 38 kg sehingga ibu mengalami kenaikan berat badan 11 kg.

Berdasarkan data obyektif, ditemukan tanda-tanda vital dalam batas normal. Pada pemeriksaan konjungtiva mata berwarna merah muda dan sklera putih. Pada pemeriksaan palpasi abdomen, TFU 29 cm (TBJ: 2635 gram), teraba bokong pada fundus uteri, punggung bayi

di kiri ibu dan teraba kepala sudah masuk panggul 1/5 bagian. Pada pemeriksaan auskultasi didapatkan denyut jantung janin (DJJ) dalam batas normal. Hasil pemeriksaan laboratorium pada kunjungan awal trimester I tanggal 07 September 2023, Hb 10,4 gr/dl, HbsAg non reaktif, HIV non reaktif, Sipilis non reaktif, protein urin negatif.

Berdasarkan anamnesa dan pemeriksaan fisik dapat ditegakkan diagnosa Ny. DW, umur 20 tahun G1P0A0 Ah0 hamil 36 minggu 1 hari, janin tunggal, hidup, intrauterine, punggung kiri, presentasi kepala, masuk PAP dengan KEK. Masalah yang timbul pada Ny. DW adalah ketidaknyamanan ibu hamil trimester III yaitu insomnia. Dari masalah yang timbul maka kebutuhan yang diberikan yaitu KIE mengenai insomnia, KIE mengenai kebutuhan gizi untuk ibu hamil dengan KEK.

Berdasarkan diagnosa dan masalah yang dialami ibu, penatalaksanaan yang diberikan adalah menjelaskan hasil pemeriksaan pada pasien bahwa pemeriksaan tanda vital normal, LILA awal ibu: 23 cm dan IMT: 17,6 yang artinya ibu termasuk dalam kategori kurus dan mengalami kekurangan energi kronik. Kenaikan BB 11 kg belum sesuai dengan rekomendasi kenaikan BB pada IMT kategori kurus.

Menjelaskan tentang insomnia di TM III merupakan hal yang wajar karena uterus yang semakin membesar dan pergerakan janin terutama bila janin aktif. Cara untuk mengurangi adalah dengan bermeditasi atau menyetel musik sebelum tidur untuk menenangkan pikiran. Selain itu juga dapat melakukan pijatan ringan dengan *essential oil*. Pasien mengerti dengan penjelasan yang diberikan dan akan melaksanakan anjuran yang diberikan.

Memberikan edukasi mengenai gizi seimbang dan jenis-jenis makanan yang mengandung zat besi. Makan dengan makanan yang mengandung karbohidrat (nasi, jagung, ketela), protein (ikan, daging, telur, tahu tempe, kacang-kacangan), vitamin dan mineral (sayuran dan buah-buahan). Makanan yang mengandung zat besi antara lain bayam,

kacang kedelai, tahu, kacang-kacangan, kentang, ikan, hati, daging merah dan dapat ditambah dengan minum susu.

Memberikan edukasi tanda bahaya kehamilan trimester 3, yaitu gerakan janin berkurang dari biasanya minimal 10 gerakan dalam 12 jam tiap hari, perdarahan dari jalan lahir, demam tinggi, kaki bengkak dan sakit kepala disertai kejang. Pasien mengerti dan mampu mengulangi penjelasan yang diberikan. Memberikan terapi tablet tambah darah 1x1 dan kalsium 1x1. Menganjurkan pada pasien untuk kunjungan ulang 1 minggu lagi.

2. ANC Trimester III Kunjungan Ulang

Pada kunjungan ini (tanggal 04 Maret 2024), ibu mengatakan keluhan insomnia sedikit berkurang. Ibu mengatakan khawatir dan cemas menghadapi persalinan yang sudah dekat. Berdasarkan Hari Pertama Menstruasi Terakhir, usia kehamilan ibu adalah 37 minggu 2 hari.

Berdasarkan data obyektif, ditemukan tanda-tanda vital dalam batas normal. Berat badan ibu saat ini adalah 49,5 kg. Pada pemeriksaan konjungtiva mata berwarna merah muda dan sklera putih. Pada pemeriksaan palpasi abdomen, TFU 30 cm (TBJ: 2790 gram), teraba bokong pada fundus uteri, punggung bayi di kanan ibu dan teraba kepala sudah masuk panggul 1/5 bagian. Pada pemeriksaan auskultasi didapatkan denyut jantung janin (DJJ) dalam batas normal. Hasil pemeriksaan laboratorium pada kunjungan awal trimester III tanggal 04 Maret 2024, Hb 12,0 gr/dl, HbsAg non reaktif, HIV non reaktif, Sipilis non reaktif, protein urin negatif.

Berdasarkan anamnesa dan pemeriksaan fisik dapat ditegaskan diagnosa Ny. DW, umur 20 tahun G1P0A0 Ah0 hamil 37 minggu 2 hari, janin tunggal, hidup, intrauterine, punggung kanan, presentasi kepala, masuk PAP dengan KEK. Masalah yang timbul pada Ny. DW adalah kenceng-kenceng tapi belum teratur. Dari masalah yang timbul maka kebutuhan yang diberikan yaitu KIE mengenai penyebab

kenceng-kenceng yang dialaminya dan motivasi serta dukungan dalam menghadapi persalinan.

Berdasarkan diagnosa dan masalah yang dialami ibu, penatalaksanaan yang diberikan adalah menjelaskan hasil pemeriksaan pada pasien bahwa pemeriksaan tanda vital normal. Memberikan edukasi mengenai kenceng-kenceng yang dirasakan merupakan his/ kontraksi palsu adalah persiapan pada rahim sebelum kontraksi persalinan yang sesungguhnya.

Memberikan dukungan dan motivasi untuk selalu optimis bahwa persalinannya akan berjalan dengan lancar. Memberikan edukasi tanda bahaya kehamilan trimester 3, yaitu gerakan janin berkurang dari biasanya minimal 10 gerakan dalam 12 jam tiap hari, perdarahan dari jalan lahir, demam tinggi, kaki bengkak dan sakit kepala disertai kejang. Memberikan edukasi mengenai tanda-tanda persalinan seperti kenceng-kenceng teratur minimal 5 menit sekali tidak hilang dengan istirahat, keluar lendir bercampur darah dan keluar air ketuban. Memberikan terapi tablet tambah darah 1x1 dan kalsium 1x1. Pasien bersedia meminum terapi yang diberikan sesuai aturan. Menganjurkan pada pasien untuk kunjungan ulang 1 minggu lagi. Pasien bersedia untuk kontrol ulang 1 minggu lagi.

3. Persalinan

Pada pengkajian tanggal 11 Maret 2024, Ny. DW mengatakan merasa kencang-kencang teratur dan keluar lendir darah sejak tanggal 11 Maret 2024 jam 08.30 WIB. Ibu mengatakan belum mengeluarkan air ketuban. Ibu mengatakan gerakan janin aktif. Ibu datang ke PMB Setyo Ari Susanti dan dianjurkan ke Puskesmas Ngombol didampingi oleh suami. Usia kehamilan ibu berdasarkan hari pertama haid terakhir yaitu 38 minggu 5 hari.

Hasil pengkajian pada Ny. DW, didapatkan pasien merasa cemas terhadap proses persalinan akan berlangsung lama. Berdasarkan data obyektif, ditemukan tanda-tanda vital dalam batas normal. Berat

badan ibu saat ini adalah 49,5 kg, sehingga total kenaikan BB selama hamil yaitu 11,5 kg.

Pada pemeriksaan fisik palpasi abdomen, TFU 30 cm (TBJ: 2790 gram), teraba bokong pada fundus uteri, punggung bayi di kiri ibu dan teraba kepala sudah masuk panggul 1/5 bagian. Pada pemeriksaan auskultasi didapatkan denyut jantung janin (DJJ) dalam batas normal dan kontraksi teratur tiap 2 kali dalam 10 menit selama 25 detik tiap kontraksi. Pada pemeriksaan dalam didapatkan vulva dan uretra tenang, dinding vagina licin, porsio menipis lunak, pembukaan 3 cm, selaput ketuban (+), air ketuban (-), presentasi kepala, kepala di Hodge II, STLD (+).

Berdasarkan anamnesa dan pemeriksaan fisik dapat ditegaskan diagnosa Ny. DW, umur 20 tahun G1P0A0 Ah0 hamil 38 minggu 5 hari, janin tunggal, hidup, intrauterine, punggung kiri, presentasi kepala, masuk PAP dengan KEK dalam persalinan kala I fase laten. Masalah yang timbul pada Ny. DW adalah kecemasan dalam menghadapi persalinan dan nyeri akibat kontraksi rahim. Dari masalah yang timbul maka kebutuhan yang diberikan yaitu motivasi, dukungan sosial dengan menghadirkan suami sebagai pendamping persalinan dan mengajarkan teknik relaksasi.

Berdasarkan diagnosa dan masalah yang dialami ibu, penatalaksanaan yang diberikan adalah menjelaskan pemeriksaan ibu dan janin dalam keadaan normal, pembukaan 3 cm dan ibu sudah memasuki masa persalinan fase laten.

Menganjurkan ibu untuk memilih posisi yang nyaman tanpa membahayakan janin dan ibu bisa duduk ataupun tidur miring ke kiri ketika kenceng bertambah sering. Ibu memilih tidur dengan posisi miring ke kiri dan kadang duduk. Membimbing ibu dalam melakukan relaksasi saat kontraksi datang, dengan cara menarik nafas panjang lewat hidung, kemudian dilepaskan dengan perlahan dan ditiupkan

melalui mulut secara berulang. Ibu dapat mengulangi teknik relaksasi dengan baik.

Melibatkan suami dan keluarga untuk mendukung proses persalinan. Membimbing suami untuk memijat daerah punggung bagian bawah untuk rasa nyaman bagi ibu serta mengurangi rasa nyeri yang ibu rasakan saat kontraksi datang. Menganjurkan ibu untuk tetap memenuhi nutrisi dan hidrasinya untuk persiapan proses persalinan. Ibu bersedia untuk makan roti, minum segelas air mineral isotonik. Menganjurkan kepada ibu untuk tidak menahan dalam BAK guna keefektifan penurunan kepala janin. Melakukan observasi tekanan darah, kemajuan persalinan tiap 4 jam, nadi, DJJ dan His tiap 1 jam.

Berdasarkan hasil observasi tanggal 11 Maret 2024, jam: 19.45 WIB, ibu mengeluh keluar cairan dari jalan lahir, mengeluh kencing-kencing semakin sering dan terasa ingin mengejan. Berdasarkan data objektif didapatkan tanda-tanda vital dan DJJ dalam batas normal. Kontraksi rahim 4 kali dalam 10 menit selama 45 detik pada setiap kontraksi. Pada pemeriksaan inspeksi tampak vulva dan anus membuka dan perineum menonjol. Pada pemeriksaan dalam didapatkan vulva dan uretra tenang, dinding vagina licin, porsio tak teraba, pembukaan lengkap, selaput ketuban tak teraba, preskep, kepala turun hodge III+, UUK jam 12, air ketuban jernih, STLD (+).

Berdasarkan hasil pemeriksaan, ibu telah memasuki persalinan kala II dan dapat dipimpin mendedan. Bayi lahir secara spontan setelah dipimpin 30 menit dengan jenis kelamin perempuan, BB 3620 gr. Bayi dalam kondisi yang baik sehingga dilakukan Inisiasi Menyusu Dini selama 1 jam. Ibu diberikan injeksi oksitosin 10 IU secara IM dalam waktu 1 menit setelah bayinya lahir. Placenta lahir secara spontan dalam waktu 5 menit setelah bayi lahir dengan Manajemen Aktif Kala III.

Pada hasil pemeriksaan pasca plasenta lahir tidak didapatkan laserasi. Berdasarkan pemantauan Kala IV selama 2 jam pasca

persalinan, ibu dalam kondisi normal. Tanda-tanda vital dalam batas normal, kontraksi uterus teraba keras, kandung kemih dalam keadaan kosong, pengeluaran pervaginam ± 50 cc.

4. Bayi Baru Lahir

Bayi Ny. DW lahir secara spontan pada tanggal 11 Maret 2024 jam 20.15 WIB. Bayi berjenis kelamin perempuan lahir langsung menangis, kulit kemerahan dan tonus otot baik.

Berdasarkan hasil pengkajian pada jam 21.00 WIB, bayi sudah dapat menyusu. Pada data obyektif, ditemukan nadi, pernafasan, suhu dalam batas normal, kulit kemerahan, reflek hisap baik dan gerakan aktif. Tali pusat tampak segar, basah dan tidak terdapat perdarahan. Pada pemeriksaan fisik, bayi dalam keadaan normal dengan BB 36200 gram, PB: 50 cm, LK: 34 cm, LD: 33 cm, LLA: 11 cm. Bayi belum buang air kecil (BAK) dan mengeluarkan mekonium dalam waktu 1 jam setelah lahir.

Berdasarkan anamnesa dan pemeriksaan fisik dapat ditegakkan diagnosa By. Ny. DW, umur 1 jam, bayi baru lahir cukup bulan, sesuai masa kehamilan, lahir spontan dengan keadaan normal. Masalah potensial yang dapat terjadi pada By. Ny. DW adalah hipotermi dan hipoglikemi. Dari masalah potensial tersebut, maka kebutuhan yang diberikan yaitu menjaga termoregulasi dan pemberian ASI sedini mungkin.

Berdasarkan diagnosa dan masalah yang dialami ibu, penatalaksanaan yang diberikan adalah menjelaskan pada ibu bahwa bayinya dalam keadaan baik dan normal. Memberikan injeksi vitamin K1 mg secara IM di paha kiri bayi. Memberikan salep mata oxytetracycline 1% pada mata kanan dan kiri bayi. Bayi telah mendapatkan salep mata oxytetracycline 1%.

Menganjurkan ibu agar memberikan ASI sesuai keinginan bayi (*on demand*) dan diberikan secara eksklusif selama 6 bulan tanpa makanan tambahan lainnya. Menjaga kehangatan bayi agar tidak

terjadi hipotermi dengan cara dibedong/ diselimuti, diberikan topi dengan pencahayaan yang cukup dan segera ganti popoknya ketika basah.

Menjelaskan pada ibu/ keluarga tanda bahaya bayi baru lahir yang meliputi: bayi kuning (ikterus), kulit kebiruan (sianosis), bayi malas menyusu, suhu tubuh bayi dibawah 36°C atau lebih dari $37,5^{\circ}\text{C}$, bayi lesu, bayi tidak berkemih dalam 24 jam pertama/ tidak defekasi dalam 48 jam. Menjelaskan pada ibu cara merawat tali pusat dengan menjaga tetap bersih dan kering.

5. PNC Kunjungan I

Pada tanggal 12 Maret 2024, pukul 16.00 WIB, Ibu mengatakan ASI-nya masih sedikit. Ibu mengatakan sudah buang air kecil dan telah mengganti pembalut. Ny. DW telah mampu turun dari tempat tidur dan jalan ke kamar mandi dibantu suaminya dalam 2 jam pasca melahirkan. Ibu juga sudah mampu duduk untuk menyusui bayinya. Ibu merasa sangat senang atas kelahiran anaknya dan lega karena persalinannya berjalan lancar.

Berdasarkan data obyektif, ditemukan tanda-tanda vital dalam batas normal. Berat badan ibu saat ini adalah 47 kg. Pada pemeriksaan konjungtiva mata berwarna merah muda dan sklera putih. Bentuk payudara simetris, hiperpigmentasi, salah satu puting susu datar, terdapat pengeluaran ASI. Pada pemeriksaan abdomen, fundus uteri teraba 3 jari di bawah pusat, kontraksi uterus teraba keras, dan kandung kemih telah kosong.

Tidak ada perdarahan dan tanda-tanda infeksi nifas. Pengeluaran pervaginam dalam batas normal, berwarna merah. Pada pemeriksaan kedua ekstremitas tidak terdapat oedema, varises dan *homan sign*.

Berdasarkan anamnesa dan pemeriksaan fisik dapat ditegaskan diagnosa Ny. DW, umur 20 tahun P1A0 Ah1 postpartum spontan 1 hari dalam keadaan normal. Masalah yang timbul pada Ny. DW adalah

ASI belum banyak dan salah satu puting datar. Dari masalah yang timbul maka kebutuhan yang diberikan yaitu KIE mengenai pijat oksitosin dan KIE mengenai cara mengatasi puting datar.

Berdasarkan diagnosa dan masalah yang dialami ibu, penatalaksanaan yang diberikan adalah menjelaskan hasil pemeriksaan ibu dalam keadaan normal.

Menganjurkan ibu untuk makan makanan gizi seimbang seperti karbohidrat (nasi, jagung, kentang, ubi), protein (telur, ikan, tahu, tempe, daging), vitamin dan mineral (sayur-sayuran hijau, buah-buahan) dan minum air putih minimal 3-4 liter atau minimal 14 gelas sehari. Dengan gizi seimbang akan dapat mempercepat proses pemulihan ibu, penyembuhan luka dan memenuhi kebutuhan ASI.

Menjelaskan kepada ibu untuk tetap menyusui bayinya sesuai keinginan bayi (on demand) dan secara eksklusif tanpa tambahan makanan atau cairan apapun, karena dengan hisapan bayi akan merangsang keluarnya ASI. Ibu harus tetap rileks, perasaan tenang dan rileks ibu akan membuat produksi ASI menjadi lancar. Kebutuhan bayi akan ASI pada hari-hari pertama masih sedikit. Jadi, ibu tidak perlu khawatir. Melakukan pijat oksitosin untuk merangsang produksi ASI. Ibu telah dilakukan pijat oksitosin dan ibu merasa lebih nyaman.

Menjelaskan kepada ibu tentang cara mengatasi puting susu datar. Ibu dan bayi perlu sesering mungkin melakukan kontak kulit dengan kulit untuk memberi kesempatan pada bayi menemukan sendiri posisi cara yang paling nyaman baginya untuk menyusui. Ibu juga dapat memerah ASI dan memberinya dengan gelas. Ibu dapat memerah menggunakan pompa ASI sekaligus mengatasi puting susunya yang datar. Menghindari penggunaan botol susu dan dot/kempeng karena hanya akan menghalangi bayi untuk mampu menyusui.

Mengingatkan kembali ibu untuk menjaga *personal hygiene* dengan mengganti pembalut setiap 4 kali sehari tanpa menunggu

penyakit, cebok dari arah depan ke belakang dan menghindari menyentuh daerah luka jahitan perineum. Kolaborasi dengan dokter dengan memberikan ibu terapi obat yaitu Amoxicillin 500 mg diminum tiap 8 jam, Asam Mefenamat 500 mg diminum tiap 8 jam, Fe diminum sehari 1 tablet, Vitamin A 1x1 (2 kapsul). Menganjurkan kepada ibu untuk kontrol kembali 1 minggu kemudian atau jika ada keluhan.

6. PNC Kunjungan II

Pada kunjungan ke-2 tanggal 18 Maret 2024, Ibu mengatakan ASI-nya dapat mencukupi kebutuhan bayinya. Ibu mengatakan sudah buang air besar baru sekali sejak melahirkan dengan konsistensi agak lunak dan buang air kecil 3-4 kali dalam sehari.

Ibu mengkonsumsi makanan bergizi seimbang tiga kali sehari dengan satu porsi nasi, sayuran, lauk pauk yang tinggi protein. Minum sebanyak 7-8 gelas perhari dengan air putih. Ibu beraktifitas seperti jalan kaki untuk menjemur pakaian, ke kamar mandi dan jalan-jalan ringan di sekitar rumah.

Pengeluaran pervaginam berwarna merah kecoklatan/ flek, dan tidak ada keluhan pada pengeluaran pervaginam. Ibu melakukan *personal hygiene* yaitu mandi seperti biasa sebanyak dua kali dalam sehari, mengganti pembalut setiap 4 jam sekali, dan cebok dari arah depan ke belakang.

Berdasarkan data obyektif, ditemukan tanda-tanda vital dalam batas normal. Berat badan ibu saat ini adalah 44 kg. Pada pemeriksaan abdomen, fundus uteri teraba pada pertengahan simpisis pusat. Tidak ada tanda-tanda infeksi nifas. Pengeluaran pervaginam minimal, berwarna merah kecoklatan. Pada pemeriksaan kedua ekstremitas tidak terdapat oedema, varises dan *homan sign*. Berdasarkan anamnesa dan pemeriksaan fisik dapat ditegakkan diagnosa Ny. DW, umur 20 tahun P1A0 Ah1 postpartum spontan hari ke-7 dalam keadaan normal.

Berdasarkan diagnosa dan masalah yang dialami ibu, penatalaksanaan yang diberikan adalah memberitahu kepada ibu hasil

pemeriksaan, ibu dalam keadaan normal. Memberikan pujian kepada ibu karena bersedia untuk makan makanan gizi seimbang. Memberikan pujian kepada ibu karena memberikan ASI saja hingga saat ini dan tetap memotivasi kepada ibu agar terus memberikan ASI sehingga bayinya tercukupi nutrisinya. Memberikan ibu terapi obat Asam Mefenamat 500 mg (bila perlu), Fe 1x1 (15 tablet). Menganjurkan kepada ibu untuk kontrol kembali 1 minggu kemudian atau jika ada keluhan.

7. PNC Kunjungan III

Pada kunjungan ke-3 tanggal 26 Maret 2024, Ibu mengatakan produksi ASI-nya cukup banyak. Ibu mengatakan sudah dapat buang air besar setiap 2 hari sekali dengan konsistensi agak lunak dan buang air kecil 4-5 kali dalam sehari.

Berdasarkan data obyektif, ditemukan tanda-tanda vital dalam batas normal. Berat badan ibu saat ini adalah 46 kg. Pada pemeriksaan abdomen, fundus uteri sudah tidak teraba. Tidak ada tanda-tanda infeksi. Pengeluaran pervaginam minimal, berwarna kecoklatan. Pada pemeriksaan kedua ekstremitas tidak terdapat oedema, varises dan *homan sign*. Berdasarkan anamnesa dan pemeriksaan fisik dapat ditegakkan diagnosa Ny. DW, umur 20 tahun P1A0 Ah1 postpartum spontan hari ke-15 dalam keadaan normal.

Berdasarkan diagnosa dan masalah yang dialami ibu, penatalaksanaan yang diberikan adalah menjelaskan hasil pemeriksaan bahwa ibu dalam keadaan normal. Memberikan pujian kepada ibu karena bersedia untuk makan makanan gizi seimbang. Memberikan pujian kepada ibu karena memberikan ASI saja hingga saat ini dan tetap memotivasi kepada ibu agar terus memberikan ASI demi mendukung pemberian ASI Eksklusif. Memberikan ibu terapi zat besi Fe 1x1 (15 tablet). Menganjurkan kepada ibu untuk kontrol kembali 4 minggu kemudian atau jika ada keluhan.

B. Kajian Teori

1. Kehamilan

a. Pengertian Kehamilan

Periode antenatal adalah periode kehamilan yang dihitung sejak hari pertama haid terakhir (HPHT) hingga dimulainya persalinan sejati, yang menandai awal periode antepartum. Sebaliknya periode prenatal adalah kurun waktu terhitung sejak hari pertama haid terakhir hingga kelahiran bayi yang menandai awal periode pascanatal.¹³

Masa kehamilan dimulai dari konsepsi sampai lahirnya janin. Bila dihitung dari saat fertilisasi hingga lahirnya bayi, kehamilan normal akan berlangsung dalam waktu 280 hari atau 40 minggu atau 10 bulan atau 9 bulan menurut kalender internasional. Kehamilan terbagi dalam 3 trimester, yaitu trimester satu dimulai dari konsepsi selama 12 minggu (0-12 minggu), trimester dua selama 15 minggu (13-27 minggu), dan trimester tiga selama 13 minggu (28-40 minggu).¹¹

b. Perubahan Fisiologis Ibu Hamil Trimester III

1) Sistem Reproduksi

Pada kehamilan cukup bulan ketebalan dinding uterus awalnya 5 mm dan beratnya 2 ons menjadi lebih dari 2 pon. Pembesaran uterus ikut menyebabkan adanya kontraksi *Braxton Hicks* karena perenggangan sel-sel otot uterus.¹³

Tabel 1. Tinggi Fundus Uteri Sesuai Umur Kehamilan

No.	TFU (cm)	Tinggi fundus uteri (Leopold)	Umur kehamilan (minggu)
1	12	3 jari atas simfisis	12
2	16	Pertengahan pusat dan simfisis	16
3	20	3 jari bawah pusat	20
4	24	Sepusat	24
5	28	3 jari atas pusat	28
6	32	Pertengahan pusat dan <i>processus xifoideus</i> (px)	32
7	36	1-2 jari bawah px	36
8	40	2-3 jari bawah px	40

Sumber: Prawirohardjo (2014)

Peningkatan ukuran pembuluh darah dan pembuluh limfe uterus menyebabkan vaskularisasi, kongesti dan edema menyebabkan serviks bertambah lunak dan warnanya lebih biru sampai keunguan yang disebut tanda *Chadwick*. Dalam persiapan persalinan, esterogen dan hormon placenta relaxin membuat *cervix* lebih lunak yang disebut juga tanda *Goodell*.^{11,13}

2) Mammae

Mammae akan membesar, tegang, memiliki unsur laktogenik, dan memengaruhi sejumlah perubahan metabolik akibat adanya hormon somatomotropin korionik (*human placental lactogen* atau HPL).¹³

Payudara membesar, puting susu menonjol, areola berpigmentasi (menghitam) dan tonjolan-tonjolan kecil makin tampak diseluruh areola yang disebut *montgomery*, cairan berwarna krem/putih kekuningan (Kolostrum) mulai keluar sebelum menjadi susu.¹¹

3) Kulit

Pada kulit dinding perut akan terjadi perubahan warna menjadi kemerahan, kusam dan kadang-kadang juga akan mengenai daerah payudara dan paha. Perubahan ini dikenal dengan nama *striae gravidarum*. Pada multipara selain *striae* kemerahan itu seringkali ditemukan garis berwarna perak berkilau yang merupakan *sikatrik* dan *striae* sebelumnya. Pada banyak perempuan kulit digaris pertengahan perutnya (*linea alba*) akan berubah menjadi hitam kecoklatan yang disebut dengan *linea nigra*.

Kadang-kadang akan muncul dalam ukuran yang bervariasi pada wajah dan leher yang disebut dengan *chloasma* atau *melasma gravidarum*. Selain itu, pada areola dan daerah genital juga akan terlihat pigmentasi yang berlebihan.¹¹

4) Sirkulasi darah

Sistem sirkulasi darah ibu dalam kehamilan dipengaruhi oleh adanya sirkulasi ke plasenta, uterus yang membesar dengan pembuluh- pembuluh darah yang membesar pula, *mammae* dan alat lain-lain yang memang berfungsi berlebihan dalam kehamilan seperti telah ditemukan, volume darah ibu dalam kehamilan bertambah secara fisiologik dengan adanya pencairan darah yang disebut *hidremnia*.¹¹

5) Sistem Muskuloskeletal

Selama kehamilan terjadi peningkatan mobilitas sendiri *sakroiliaka*, *sakrokoksigeus* dan *pubis*, yang kemungkinan akibat perubahan hormon. Ini memungkinkan *pelvis* meningkatkan kemampuannya untuk mengakomodasi bagian presentasi selama kala akhir kehamilan dan persalinan. *Simfisis pubis* akan melebar dan sendi *sakro-koksigeal* menjadi longgar menyebabkan *koksigis* tergeser. Perubahan ini menyebabkan rasa tidak nyaman di punggung bawah seperti

nyeri punggung bawah dan nyeri ligamen terutama di akhir kehamilan.¹³

6) Sistem pencernaan

Pada usus besar menyebabkan konstipasi karena waktu transit melambat dan air banyak diserap sehingga menyebabkan peningkatan flatulen karena usus mengalami pergeseran akibat desakan dari uterus yang makin besar.¹³

7) Traktus Urinaria

Pada akhir kehamilan, akan terjadi poliuria akibat kepala janin sudah mulai turun ke pintu atas panggul menekan kandung kemih dan disebabkan oleh adanya peningkatan sirkulasi darah di ginjal pada kehamilan, sehingga filtrasi di glomerulus juga meningkat.¹¹ Ibu hamil mengumpulkan cairan (air dan natrium) selama siang hari dalam bentuk edema dependen akibat tekanan uterus pada pembuluh darah panggul vena kava inferior, dan mengeluarkan cairan pada malam hari (nokturia) melalui kedua ginjal ketika berbaring terutama lateral kiri.¹³

8) Sistem Respirasi

Frekuensi pernapasan hanya mengalami sedikit perubahan selama kehamilan, tetapi volume tidal, volume ventilasi permenit dan pengambilan oksigen permenit akan bertambah secara signifikan pada kehamilan lanjut. Perubahan ini akan mencapai puncaknya pada minggu ke-37 dan akan kembali hampir seperti sediakala dalam 24 minggu setelah persalinan.¹²

Seorang wanita hamil pada kelanjutan kehamilannya tidak jarang mengeluh tentang rasa sesak dan pendek nafas. Hal ini ditemukan pada kehamilan 32 minggu ke atas oleh karena usus-usus tertekan oleh uterus yang membesar ke arah diafragma.¹¹

9) Sistem Metabolisme

Pada ibu hamil *basal metabolic rate* (BMR) bertambah tinggi hingga 15-20 % yang umumnya ditemui pada trimester ketiga dan membutuhkan banyak kalori untuk dipenuhi sesuai kebutuhannya.¹¹ Pada trimester ke-2 dan ke-3 pada perempuan dengan gizi baik dianjurkan menambah berat badan per minggu sebesar 0,4 kg, sedangkan pada perempuan dengan gizi kurang atau berlebih dianjurkan menambah berat badan per minggu masing-masing 0,5 kg dan 0,3 kg.¹²

Tabel 2. Rekomendasi Penambahan Berat Badan Selama Kehamilan Berdasarkan IMT

Kategori	IMT (kg/ m ²)	Rekomendasi (kg)
Rendah	<18,5	12,5-18
Normal	18,5-24,9	11,5-16
Tinggi	25-29,9	7-11,5
Obesitas	≥30	5-9

Sumber : Carr (2014)

c. Perubahan Psikologis Ibu Hamil Trimester III

Trimester III disebut periode penantian dengan penuh waspada karena ibu merasa tidak sabar menunggu kelahiran bayinya. Sejumlah ketakutan muncul seperti ibu merasa khawatir bayi yang dilahirkannya tidak normal, takut akan-rasa sakit dan bahaya fisik yang timbul sewaktu melahirkan dan muncul rasa tidak nyaman akibat kehamilan timbul kembali pada Trimester III.¹³

Status emosional dan psikologis ibu turut menentukan keadaan yang timbul sebagai akibat atau diperburuk oleh kehamilan, sehingga dapat terjadi pergeseran dimana kehamilan sebagai peristiwa fisiologis menjadi kehamilan patologis. Ada dua macam stressor, yaitu:

- 1) Stressor internal, meliputi kecemasan, ketegangan, ketakutan, penyakit, cacat, tidak percaya diri, perubahan penampilan,

perubahan sebagai orang tua, sikap ibu terhadap kehamilan, takut terhadap persalinan, kehilangan pekerjaan.

- 2) Stressor eksternal, meliputi maladaptasi, relationship, kasih sayang, dukungan mental, *broken home*.

Pada peristiwa kehamilan merupakan suatu rentang waktu, dimana tidak hanya terjadi perubahan fisiologis, tetapi juga terjadi perubahan psikologis yang merupakan penyesuaian emosi, pola berpikir, dan perilaku yang berkelanjutan hingga bayi lahir. Pengaruh faktor psikologis terhadap kehamilan adalah ketidakmampuan pengasuhan kehamilan dan mempunyai potensi melakukan tindakan yang membahayakan terhadap kehamilan.¹⁴

d. Faktor Risiko pada Ibu Hamil

Faktor risiko pada ibu hamil menurut Kemenkes RI (2010) dan Rochjati (2011), sebagai berikut:^{15,16}

- 1) Hamil lebih dari 35 tahun.

Usia ibu hamil saat hamil >35 tahun merupakan salah satu faktor resiko tinggi ibu hamil. Banyak wanita yang menunda usia kehamilan bahkan sampai usia 40 tahun, dengan alasan tertentu seperti alasan pendidikan, alasan profesional, pekerjaan. Apabila kehamilan diatas usia 42 tahun dapat mempengaruhi kondisi ibu, usia ibu hamil >42 tahun memiliki hubungan signifikan dengan preeklamsia, kelahiran bayi *premature*, berat badan lahir rendah, dan seksio sesarea. Penyakit hipertensi dapat menyebabkan preeklamsia, dan mempengaruhi pertumbuhan plasenta yaitu hypertropi plasenta.¹⁷ Kehamilan usia ibu lebih dari 42 tahun akan mempengaruhi fungsi plasenta dan akan mempengaruhi pertumbuhan janin.¹¹

- 2) Jarak persalinan terakhir dan kehamilan sekarang

Jarak persalinan terakhir dengan kehamilan apabila kurang dari 12 bulan meningkatkan kemungkinan risiko

prematur. Anemia juga lebih sering terjadi jika interval antar kehamilan kurang dari satu tahun.

Menurut BKKBN, jarak kehamilan yang paling tepat adalah 2 tahun atau lebih. Jarak kehamilan yang pendek akan mengakibatkan belum pulihnya kondisi tubuh ibu setelah melahirkan. Sehingga meningkatkan risiko kelemahan dan kematian ibu.¹⁵ Ibu hamil dengan persalinan terakhir >10 tahun yang lalu. Ibu dalam kehamilan dan persalinan ini seolah-olah mengalami persalinan yang pertama lagi.

Bahaya yang dapat terjadi antara lain:

- a) Persalinan dapat berjalan tidak lancar
- b) Perdarahan pasca persalinan
- c) Penyakit ibu seperti Hipertensi (tekanan darah tinggi), diabetes, dan lain-lain.

3) Anemia

Pada saat hamil terjadi peningkatan volume darah ibu yang terjadi akibat peningkatan volume plasma, bukan akibat peningkatan sel darah merah. Walaupun terjadi peningkatan sel darah merah namun jumlahnya tidak seimbang dengan peningkatan volume plasma, sehingga mengakibatkan penurunan kadar haemoglobin.¹³ Menurut WHO, 2012 ibu hamil yang tidak anemia Hb nya 11 gr%. Anemia ringan 10-10,9 gr%, anemia sedang 7,0-9,9 gr% anemia sedang dan <7,0gr% anemia berat.

4) Riwayat keluarga

Riwayat BBLR berulang dapat terjadi biasanya pada kelainan anatomis dari uterus, seperti septum uterus, biasanya septum pada uterus avascular dan terjadi kegagalan vaskularisasi ini menyebabkan gangguan pada perkembangan plasenta hal ini juga didukung oleh faktor usia ibu >35 tahun yang mempengaruhi perkembangan plasenta. Septum mengurangi

kapasitas dan endometrium sehingga dapat menghambat pertumbuhan janin, selain itu juga dapat menyebabkan keguguran pada trimester dua dan persalinan prematur.¹¹

e. Ketidaknyamanan pada Kehamilan Trimester III

Menurut Varney (2014) terdapat beberapa ketidaknyamanan yang dialami oleh ibu hamil trimester III, antara lain yaitu:

1) Peningkatan frekuensi berkemih

Frekuensi berkemih terjadi karena bagian presentasi makin menurun masuk ke dalam panggul dan menekan kandung kemih dan menyebabkan wanita ingin berkemih.

2) Nyeri Punggung

Khusus pada masalah nyeri punggung bawah merupakan nyeri punggung yang terjadi pada area lumbosacral. Nyeri punggung bawah biasanya akan meningkat intensitasnya seiring pertambahan usia kehamilan karena nyeri ini merupakan akibat pergeseran pusat gravitasi wanita tersebut dan postur tubuhnya, akibat berat uterus yang membesar. Jika tidak dilakukan penanganan maka akan menyebabkan posisi tubuh saat berjalan condong ke belakang akibat peningkatan lordosis. Lengkung ini kemudian akan meregangkan otot punggung dan menimbulkan rasa sakit atau nyeri.

3) Nyeri Ulu Hati

Penyebab nyeri ulu hati adalah peningkatan hormon progesterone sehingga merelaksasikan sfingter jantung pada lambung, motilitas gastrointestinal karena otot halus relaksasi dan tidak ada ruang fungsional untuk lambung karena tekanan pada uterus.

4) Insomnia

Ketidaknyamanan ini timbul akibat uterus yang membesar, ketidaknyamanan lain selama kehamilan, dan pergerakan janin, terutama jika janin tersebut aktif.

5) Nyeri Ligamentum Teres Uteri

Ligamentum teres uteri melekat pada sisi-sisi uterus tepat di bagian bawah dan depan tempat masuknya tuba falopi kemudian menyilang ligamentum latum pada lipatan peritoneum. Kedua ligamentum terdiri dari otot polos lanjutan otot polos uterus dan memudahkan terjadinya hipertrofi selama kehamilan berlangsung dan meregang seiring pembesaran uterus. Nyeri pada ligamentum teres uteri disebabkan peregangan dan penekanan berat uterus.

6) Edema ekstremitas bawah

Edema fisiologis memburuk seiring penambahan usia kehamilan karena aliran balik vena terganggu akibat berat uterus yang membesar.

7) Hiperventilasi dan sesak nafas

Peningkatan jumlah progesteron selama kehamilan memengaruhi langsung pusat pernafasan untuk menurunkan kadar karbondioksida dan meningkatkan kadar oksigen. Hiperventilasi akan menurunkan kadar dioksida. Uterus membesar dan menekan diafragma sehingga menimbulkan rasa sesak.

f. Gejala dan Tanda Bahaya Selama Kehamilan

Menurut Saifuddin (2010), tanda bahaya yang terjadi pada ibu hamil dengan umur kehamilan lanjut ialah:¹²

- 1) Perdarahan pervaginam
- 2) Sakit kepala yang hebat dan menetap
- 3) Gangguan penglihatan
- 4) Nyeri abdomen

- 5) Bengkak pada muka dan tangan
 - 6) Janin kurang bergerak seperti biasa.
- g. Kehamilan dengan Kurang Energi Kronik (KEK)

1) Pengertian

Kekurangan Energi Kronik (KEK) adalah keadaan dimana ibu mengalami malnutrisi yang disebabkan kekurangan satu atau lebih zat gizi makanan yang berlangsung menahun (kronik) yang mengakibatkan timbulnya gangguan kesehatan pada ibu secara relatif atau absolut.¹⁸

KEK adalah akibat dari suatu keadaan akibat kekurangan energi atau ketidakseimbangan asupan energi dalam waktu lama, sehingga tidak dapat di evaluasi dalam waktu singkat.¹⁹

2) Cara mengetahui risiko KEK

Pengukuran lingkaran lengan atas (LILA) merupakan salah satu pengukuran status gizi yang banyak digunakan karena mudah dan murah, serta hasilnya cukup akurat. Pengukuran dengan LILA dianjurkan karena lengan atas tidak begitu dipengaruhi oleh adanya lipatan-lipatan kulit dan edema. Tujuan pengukuran LILA adalah untuk mengetahui risiko terjadinya KEK pada wanita usia subur (usia 15-45 tahun), ibu hamil atau calon ibu hamil. Apabila hasil pengukuran kurang dari 23,5 cm atau berada dibagian pita merah, maka ibu hamil menderita KEK.¹⁹

3) Faktor yang Mempengaruhi Kejadian KEK

Menurut penelitian yang dilakukan oleh Hasanah dkk. (2013), faktor yang dapat mempengaruhi kejadian KEK adalah kebiasaan makan yang meliputi:⁷

- a) Ibu hamil yang tidak menerapkan kebiasaan makan bersama keluarga.
- b) Pola makanan ibu hamil yang kurang beragam.

- c) Porsi makanan utama ibu hamil yang masih kurang adekuat.
- d) Masih ada pantangan terhadap makanan bersumber energi dan berprotein tinggi seperti ikan dan telur.
- e) Distribusi makanan keluarga yang kurang tepat.
- f) Cara pemilihan makanan yang kurang baik.

Selain faktor diatas KEK dapat pula disebabkan oleh kekurangan protein dan kalori. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Agustian (2010), bahwa terdapat hubungan antara asupan protein dengan KEK.²⁰ Kebutuhan protein ibu hamil memasuki trimester akhir diperkirakan 10 gram/ hari atau 2gr/ kg/ hari, sedangkan kalori sebanyak 2500-2700 kalori/ hari. Kalori dapat ditemukan pada ubi, kentang, jagung, nasi, dan roti.²¹ Jika asupan kalori kurang memadai maka protein akan dimetabolisasi dan bukan disisakan untuk peran vital dalam pertumbuhan dan perkembangan janin.²²

4) Dampak risiko KEK

Ibu hamil dengan risiko KEK diperkirakan akan melahirkan berat badan bayi lahir rendah (BBLR). BBLR mempunyai risiko kematian, gizi kurang, gangguan pertumbuhan dan gangguan perkembangan anak.¹⁹ Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Adnyani dan Saras (2014) ada hubungan antara KEK pada kehamilan dengan kejadian BBLR.⁵ Menurut Waryana (2010), akibat KEK pada ibu dapat menyebabkan risiko dan komplikasi antara lain anemia, perdarahan, berat badan tidak bertambah secara normal, dan mudah terkena penyakit infeksi.⁶

5) Penanganan KEK

Upaya untuk menangani KEK dengan Pemberian Makanan Tambahan (PMT) untuk ibu hamil yang mengalami

KEK dan konseling pada ibu hamil. Pemberian konseling ibu hamil untuk menerapkan kebiasaan makan bersama keluarga, pola makan ibu hamil harus beragam dan porsi makanan utama ibu hamil yang harus adekuat, makan makanan tinggi kalori dan protein.⁷

Strategi intervensi gizi mengacu pada 4 kategori yaitu penyediaan makanan, konseling/edukasi, kolaborasi dan koordinasi dengan tenaga kesehatan dan tenaga lintas sektor terkait.

a) Penyediaan makanan

Diawali dengan perhitungan dan kebutuhan dan pemberian diet dapat berupa diselenggarakan Pemberian Makanan Tambahan (PMT) pemulihan. PMT pemulihan bagi ibu hamil dimaksudkan sebagai tambahan, bukan sebagai pengganti makanan utama sehari-hari. PMT dimaksud berbasis bahan makanan lokal dengan menu khas daerah yang disesuaikan dengan kondisi setempat. Diberikan selama 90 hari berturut-turut.

b) Konseling/ edukasi gizi

Membantu ibu hamil KEK memperbaiki status gizinya melalui penyediaan makanan yang optimal agar tercapai berat badan standar.

c) Kolaborasi dan koordinasi dengan tenaga kesehatan dan tenaga lintas sektor terkait. Jika dalam pelaksanaan intervensi gizi ibu hamil mendapat kendala untuk melaksanakan praktik pemberian makannya, maka tenaga gizi dapat berkolaborasi dengan tenaga masyarakat.

d) Monitoring dan evaluasi

Untuk mengetahui tingkat keberhasilan dan kemajuan status gizi ibu hamil KEK dalam melaksanakan praktik

pemberian makan ibu hamil. Indikator monitoring evaluasi meliputi kenaikan BB, perbaikan hasil lab.

h. *Antenatal Care*

Pemeriksaan *Antenatal Care* (ANC) adalah pemeriksaan kehamilan untuk mengoptimalkan kesehatan mental dan fisik ibu hamil, hingga mampu menghadapi persalinan, kala nifas, persiapan pemberian ASI dan kembalinya kesehatan reproduksi secara wajar.⁸

Menurut Kemenkes RI (2020), pelayanan kesehatan ibu hamil diwujudkan melalui pemberian pelayanan antenatal sekurang-kurangnya enam kali selama masa kehamilan, dengan distribusi waktu minimal dua kali pada trimester pertama (usia kehamilan 0-12 minggu), satu kali pada trimester kedua (usia kehamilan 12-27 minggu), dan tiga kali pada trimester ketiga (usia kehamilan 28 minggu sampai persalinan).⁹ Salah satu rekomendasi WHO pada ibu hamil normal adalah ANC minimal dilakukan 8 kali, setelah dilakukan adaptasi dengan profesi dan program terkait disepakati di Indonesia ANC dilakukan minimal 6 kali dengan minimal kontak dengan dokter 2 kali untuk skrining faktor risiko/komplikasi kehamilan di TM I dan skrining faktor risiko persalinan di TM III.

Standar waktu pelayanan tersebut dianjurkan untuk menjamin perlindungan terhadap ibu hamil dan atau janin berupa deteksi dini faktor risiko, pencegahan, dan penanganan dini komplikasi kehamilan. Pelayanan antenatal yang dilakukan diupayakan memenuhi standar kualitas, yaitu 10 T:

- 1) Penimbangan berat badan dan pengukuran tinggi badan;
- 2) Pengukuran tekanan darah;
- 3) Pengukuran Lingkar Lengan Atas (LILA);
- 4) Pengukuran tinggi puncak rahim (fundus uteri);

- 5) Penentuan status imunisasi tetanus dan pemberian imunisasi tetanus toksoid sesuai status imunisasi;
- 6) Pemberian tablet tambah darah minimal 90 tablet selama kehamilan;
- 7) Penentuan presentasi janin dan denyut jantung janin (DJJ);
- 8) Pelaksanaan temu wicara (pemberian komunikasi interpersonal dan konseling, termasuk keluarga berencana);
- 9) Pelayanan tes laboratorium, sederhana, minimal tes hemoglobin darah (Hb), pemeriksaan protein urin dan pemeriksaan golongan darah(bila belum pernah dilakukan sebelumnya); dan
- 10) Tatalaksana kasus.

2. Persalinan

a. Definisi Persalinan

Persalinan adalah pengeluaran hasil konsepsi (janin, air ketuban, plasenta dan selaput ketuban) dilepas dan dikeluarkan dari uterus melalui vagina ke dunia luar.²³ Persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan plasenta) yang telah cukup bulan atau dapat hidup diluar kandungan melalui jalan lahir atau melalui jalan lain dengan bantuan atau tanpa bantuan (kekuatan sendiri). Proses ini dimulai dengan adanya kontraksi persalinan sejati, yang ditandai dengan perubahan serviks secara progresif dan diakhiri dengan kelahiran plasenta.²⁴

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.²⁵

Persalinan merupakan proses pergerakan keluarnya janin, plasenta, dan membran dari dalam rahim melalui jalan lahir. Proses

ini berawal dari pembukaan dan dilatasi serviks sebagai akibat kontraksi uterus dengan frekuensi, durasi dan kekuatan yang teratur. Mula-mula kekuatan yang muncul kecil, kemudian terus meningkat sampai puncaknya pembukaan serviks lengkap sehingga siap untuk pengeluaran janin dari rahim ibu.²⁶

Persalinan adalah proses membuka dan menipisnya *serviks* dan janin turun ke dalam jalan lahir. Persalinan dan kelahiran normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), lahir, spontan dengan presentasi belakang kepala, tanpa komplikasi baik ibu maupun janin.²⁷

b. Etiologi

Selama kehamilan, didalam tubuh perempuan terdapat dua hormon yang dominan yaitu esterogen dan progesteron. Hormon esterogen berfungsi untuk meningkatkan sensitivitas otot rahim serta memudahkan penerimaan rangsangan dari luar seperti rangsangan oksitosin, prostaglandin, dan mekanis. Sedangkan, hormon progesteron berfungsi untuk menurunkan sensitivitas otot rahim, menghambat rangsangan dari luar seperti rangsangan oksitosin, prostaglandin dan mekanis serta menyebabkan otot rahim dan otot polos relaksasi.²⁴ Sampai saat ini hal yang menyebabkan mulainya proses persalinan belum diketahui sehingga hanya ada teori-teori antara lain disebabkan oleh hormon, struktur rahim, sirkulasi rahim, pengaruh tekanan pada saraf, dan nutrisi. Dengan demikian dapat disebutkan beberapa teori yang dapat menyebabkan persalinan sebagai berikut:²⁶

1) Teori Keregangan

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

2) Teori Penurunan Progesteron

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

3) Teori Oksitosin Internal

Oksitosin dikeluarkan oleh kelenjar hipofisis pars posterior. Perubahan keseimbangan estrogen dan progesteron dapat mengubah sensitivitas otot rahim sehingga sering terjadi kontraksi *Braxton Hicks*. Menurunnya konsentrasi progesteron akibat tuanya usia kehamilan menyebabkan oksitosin meningkatkan aktifitas sehingga persalinan dimulai.

4) Teori Prostaglandin

Konsentrasi prostaglandin meningkat sejak umur kehamilan 15 minggu yang dikeluarkan oleh desidua. Pemberian prostaglandin saat hamil dapat menimbulkan kontraksi otot rahim sehingga hasil konsepsi dapat dikeluarkan. Prostaglandin dianggap sebagai pemicu terjadinya persalinan.

c. Tanda dan Gejala

Menjelang minggu ke-36 pada primigravida terjadi penurunan fundus uterus karena kepala bayi sudah masuk ke dalam pintu atas panggul (PAP). Gambaran *lightening* pada primigravida menunjukkan hubungan normal antara *power* (his); *passage* (jalan lahir); *passanger* (penumpang). Pada multipara gambarannya menjadi tidak jelas seperti primigravida, karena masuknya kepala janin ke dalam panggul terjadi bersamaan dengan proses persalinan.²⁴

Berikut adalah tanda-tanda dimulainya persalinan menurut:^{25,28}

1) Terjadinya kontraksi/ his persalinan.

Sifat kontraksi/ his persalinan:

- a) Nyeri melingkar dari punggung memancar ke perut bagian depan.
- b) Pinggang terasa sakit dan menjalar kedepan
- c) Sifatnya teratur, interval makin lama makin pendek dan kekuatannya makin besar.
- d) Mempunyai pengaruh pada pendataran dan atau pembukaan servik.
- e) Makin beraktifitas ibu akan menambah kekuatan kontraksi.
- f) Kontraksi uterus yang mengakibatkan perubahan pada serviks (frekuensi minimal 2 kali dalam 10 menit). Kontraksi yang terjadi dapat menyebabkan pendataran, penipisan dan pembukaan serviks.

2) *Bloody show* (lendir disertai dengan darah).

Terjadinya his persalinan mengakibatkan terjadinya perubahan pada serviks yang akan menimbulkan pendataran dan pembukaan. Dengan pendataran dan pembukaan, lendir dari *canalis cervicalis* keluar disertai dengan sedikit darah. Perdarahan yang sedikit ini disebabkan karena lepasnya selaput janin pada bagian bawah segmen bawah rahim hingga beberapa *capillair* darah terputus.

3) *Premature Rupture of Membrane* (Pecah Ketuban)

Adalah keluarnya cairan banyak dengan sekonyong-konyong dari jalan lahir. Hal ini terjadi akibat ketuban pecah atau selaput janin robek. Pada beberapa kasus persalinan akan terjadi pecah ketuban. Sebagian besar, keadaan ini terjadi menjelang pembukaan lengkap. Setelah adanya pecah ketuban,

diharapkan proses persalinan akan berlangsung kurang dari 24 jam.

4) Penipisan dan pembukaan servik.

Pelunakan, penipisan dan pembukaan servik ditandai dengan adanya pengeluaran lendir dan darah sebagai tanda pemula.

Tabel 3. Karakteristik Persalinan Sesungguhnya dan Persalinan Semu²⁹

Persalinan sesungguhnya	Persalinan semu
Serviks menipis dan membuka	Tidak ada perubahan pada serviks
Rasa nyeri dan interval teratur	Rasa nyeri tidak teratur
Interval antara rasa nyeri yang secara perlahan semakin pendek	Tidak ada perubahan interval antara rasa nyeri yang satu dengan yang lain
Waktu dan kekuatan kontraksi semakin bertambah	Tidak ada perubahan pada waktu dan kekuatan kontraksi
Rasa nyeri terasa dibagian belakang dan menyebar ke depan	Kebanyakan rasa nyeri di bagian depan
Dengan berjalan bertambah intensitas	Tidak ada perubahan rasa nyeri dengan berjalan
Ada hubungan antara tingkat kekuatan kontraksi dengan intensitas nyeri	Tidak ada hubungan antara tingkat kekuatan kontraksi uterus dengan intensitas nyeri
Lendir darah sering tampak	Tidak ada lendir darah
Ada penurunan bagian kepala janin	Tidak ada kemajuan penurunan bagian terendah janin
Kepala janin sudah terfiksasi di PAP diantara kontraksi	Kepala belum masuk PAP walau ada kontraksi
Pemberian obat penenang tidak menghentikan proses persalinan sesungguhnya	Pemberian obat penenang yang efisien menghentikan rasa nyeri pada persalinan semu

d. Tahapan Persalinan

Persalinan dibagi menjadi 4 tahap, yaitu:

1) Kala I (Kala Pembukaan)

Inpartu ditandai dengan keluarnya lendir bercampur darah karena serviks mulai membuka dan mendatar. Darah berasal dari pecahnya pembuluh darah kapiler sekitar kanalis servikalis karena pergeseran pergeseran ketika serviks mendatar dan membuka.²⁶

Kala I adalah kala pembukaan yang berlangsung antara pembukaan 0-10 cm atau pembukaan lengkap. Proses ini terjadi dua fase yakni fase laten selama 8 jam dimana serviks

membuka sampai 3 cm dan fase aktif selama 7 jam dimana serviks membuka dari 3-10 cm. Kontraksi lebih kuat dan sering terjadi selama fase aktif. Pada permulaan his kala pembukaan berlangsung tidak begitu kuat sehingga atau ibu bersalin masih dapat berjalan-jalan.²⁴

Pemantauan kemajuan persalinan dilakukan dengan menggunakan partograf, pemantauan DJJ setiap 30 menit sekali, tekanan darah diperiksa selama 4 jam sekali, suhu selama 2 jam sekali, nadi selama 30 menit, pemeriksaan dalam dilakukan 4 jam sekali, dan DJJ yang normal adalah 100x/ menit-180x/ menit.³⁰

Pemeriksaan yang perlu dilakukan pada kala I adalah:

- a) Pemeriksaan tanda vital ibu, yaitu tekanan darah setiap 4 jam serta pemeriksaan kecepatan nadi dan suhu setiap 1 jam.
- b) Pemeriksaan kontraksi uterus setiap 30 menit.
- c) Pemeriksaan denyut jantung janin setiap 1 jam, pemeriksaan denyut jantung bayi yang dipengaruhi kontraksi uterus dapat dilakukan dengan prosedur *cardiotocography* (CTG).
- d) Pemeriksaan dalam dilakukan setiap 4 jam untuk menilai dilatasi serviks, penurunan kepala janin, dan warna cairan amnion.^{30,31,32,33}

Tabel 4. Penilaian dan Intervensi Selama Kala I³⁴

Parameter	Frekuensi pada kala I laten	Frekuensi pada kala I aktif
Tekanan darah	Tiap 4 jam	Tiap 4 jam
Suhu	Tiap 4 jam	Tiap 2 jam
Nadi	Tiap 30-60 menit	Tiap 30-60 menit
Denyut jantung janin	Tiap 1 jam	Tiap 30 menit
Kontraksi	Tiap 1 jam	Tiap 30 menit
Pembukaan serviks	Tiap 4 jam	Tiap 4 jam
Penurunan kepala	Tiap 4 jam	Tiap 4 jam
Warna cairan amnion	Tiap 4 jam	Tiap 4 jam

Terdapat beberapa tindakan yang dilakukan pada kala I tetapi kurang memberikan manfaat, sehingga tidak dilakukan secara rutin, yaitu pemasangan kateter urin dan prosedur enema. Ibu dilarang mengejan sebelum kala I selesai, karena dapat menyebabkan kelelahan dan ruptur serviks.^{30,31,32,33}

2) Kala II (Kala Pengeluaran Janin)

Kala II merupakan kala pengeluaran bayi dimulai dengan pembukaan lengkap dari serviks dan berakhir dengan lahirnya bayi. Uterus dengan kekuatan hisnya ditambah kekuatan meneran akan mendorong bayi hingga lahir. Proses ini biasanya berlangsung 2 jam pada primigravida dan 1 jam pada multigravida.²⁸ Diagnosis persalinan ditegakkan dengan melakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan pembukaan sudah lengkap dan kepala janin sudah tampak di vulva dengan diameter 5-6 cm.²⁴

Tanda dan gejala persalinan kala II adalah:^{25,28}

- a) Ibu ingin mengejan. Keinginan untuk mengejan akibat tertekannya pleksus *Frankenhauser*
- b) Perineum menonjol
- c) Vulva vagina dan *sphincter* anus membuka
- d) Jumlah pengeluaran air ketuban meningkat. Menjelang akhir kala I ketuban pecah yang ditandai dengan pengeluaran cairan secara mendadak.
- e) His semakin kuat dan lebih cepat dengan interval 2 sampai 3 menit dengan durasi 50 sampai 60 detik.
- f) Pembukaan lengkap (10 cm)
- g) Pada primigravida berlangsung rata-rata 1.5 jam dan multipara rata-rata 0.5 jam.

3) Kala III (Kala Pengeluaran Plasenta)

Kala III adalah waktu untuk pelepasan plasenta dan pengeluaran plasenta. Setelah kala II yang berlangsung tidak

lebih dari 30 menit, kontraksi uterus berhenti sekitar 5 sampai 10 menit. Dengan lahirnya bayi dan proses retraksi uterus, maka plasenta lepas dari lapisan *nitabusch*.²⁵ Pelepasan plasenta diperkirakan dengan melihat beberapa tanda meliputi uterus menjadi bundar, uterus terdorong ke atas karena plasenta dilepas ke arah segmen bawah rahim, tali pusat bertambah panjang, terdapat semburan darah tiba-tiba.⁸ Plasenta dan selaput ketuban harus diperiksa secara teliti setelah dilahirkan, bagian plasenta lengkap atau tidak. Bagian permukaan maternal yang normal memiliki 6 sampai 20 kotiledon. Jika plasenta tidak lengkap maka disebut ada sisa plasenta serta dapat mengakibatkan perdarahan yang banyak dan infeksi.²⁵

Macam-macam Pelepasan Plasenta:²⁶

a) Mekanisme *Schultz*

Pelepasan plasenta yang dimulai dari bagian tengah sehingga terjadi bekuan retroplasenta.

b) Mekanisme *Duncan*

Terjadi pelepasan plasenta dari pinggir atau bersamaan dari pinggir dan tengah plasenta. Hal ini mengakibatkan terjadi semburan darah sebelum plasenta lahir.

Pemeriksaan Pelepasan Plasenta:²⁴

a) Perasat *Kustner*

Tangan kanan meregangkan atau menarik sedikit tali pusat, sementara tangan kiri menekan atas simfisis. Bila tali pusat masuk kembali ke dalam vagina berarti plasenta belum lepas, bila plasenta tetap atau tidak masuk kembali ke dalam vagina berarti plasenta belum lepas.

b) Perasat *Strassman*

Perasat ini dilakukan dengan mengetok-ngetok fundus uterus dengan tangan kiri dan tangan kanan meregangkan

tali pusat sambil sambil merasakan apakah ada getaran yang diimbulkan dari gerakan tangan kiri. Jika terasa ada getaran, maka plasenta belum lepas dari dinding uterus, jika tidak terasa getaran berarti plasenta sudah lepas.

c) Perasat *Klein*

Untuk melakukan perasat ini, minta pasien untuk meneran, jika tali pusat tampak turun atau bertambah panjang berarti plasenta telah lepas, begitu juga sebaliknya.

4) Kala IV (Kala Pengawasan)

Kala empat merupakan tahapan persalinan berupa tindakan observasi 2 jam pertama post partum, sejak plasenta lahir sampai keadaan ibu menjadi stabil. Pemantauan dilakukan karena banyak perdarahan terjadi pada 2 jam pertama persalinan.⁸ Observasi yang dilakukan adalah sebagai berikut:^{8,24}

- a) Tingkat kesadaran pasien.
- b) Pemeriksaan tanda-tanda vital yakni tekanan darah, nadi, dan pernafasan.
- c) Kontraksi uterus dipantau untuk mencegah atonia uteri yang dapat menyebabkan perdarahan
- d) Terjadinya perdarahan, perdarahan dianggap masih normal bila jumlahnya tidak melebihi 400 sampai 500 cc.

e. Fisiologi Persalinan

1) Fisiologi Kala I

a) Uterus

Saat mulai persalinan, jaringan dari miometrium berkontraksi dan berelaksasi seperti otot pada umumnya. Pada saat otot retraksi, ia tidak akan kembali ke ukuran semula tapi berubah ke ukuran yang lebih pendek secara progresif. Dengan perubahan bentuk otot pada proses kontraksi, relaksasi, dan retraksi maka kavum uterus lama

kelamaan menjadi semakin mengecil. Proses ini merupakan salah satu faktor yang menyebabkan janin turun ke pelviks. Kontraksi uterus dimulai dari fundus dan terus menyebar sampai ke bawah abdomen dengan dominasi tarikan ke arah fundus (fundal dominan). Kontraksi berakhir dengan masa yang terpanjang dan sangat kuat pada fundus.²⁸

b) Serviks

Sebelum onset persalinan, servik mempersiapkan kelahiran servik akan berubah menjadi lembut. Pada saat mendekati persalinan, serviks mulai menipis dan membuka.

(1) Penipisan serviks (*Effacement*)

Berhubungan dengan kemajuan pemendekan dan penipisan serviks. Seiring dengan bertambah efektifnya kontraksi, serviks mengalami perubahan bentuk menjadi lebih tipis. Hal ini disebabkan oleh kontraksi uterus yang bersifat fundal dominan sehingga seolah-olah serviks tertarik ke atas dan lama-kelamaan menjadi tipis.³⁵

Panjang serviks pada akhir kehamilan normal berubah-ubah (beberapa mm sampai 3 cm). Dengan mulainya persalinan panjangnya serviks berkurang secara teratur sampai menjadi pendek (hanya beberapa mm). Serviks yang sangat tipis ini disebut sebagai menipis penuh.³⁵

(2) Dilatasi

Proses ini merupakan kelanjutan dari *effacement*. Setelah serviks dalam kondisi menipis penuh, maka tahap berikutnya adalah pembukaan. Serviks

membuka disebabkan daya tarikan otot uterus ke atas secara terus-menerus saat uterus berkontraksi.

Untuk mengukur dilatasi/ diameter serviks digunakan ukuran centimeter dengan menggunakan jari tangan saat pemeriksaan dalam. Serviks dianggap membuka lengkap setelah mencapai diameter 10 cm.^{28,35}

(3) *Bloody show* (lendir darah) pada umumnya ibu akan mengeluarkan darah sedikit atau sedang dari serviks.

2) Fisiologi Kala II

- a) His menjadi lebih kuat, kontraksinya selama 50-100 detik, datangnya tiap 2-3 menit.
- b) Ketuban biasanya pecah pada kala ini ditandai dengan keluarnya cairan kekuning-kuningan, sekonyong-konyong dan banyak.
- c) Pasien mulai mengejan
- d) Pada akhir kala II sebagai tanda bahwa kepala sudah sampai di dasar panggul, perineum menonjol, vulva menganga dan *rectum* terbuka.
- e) Pada puncak his, bagian kecil kepala nampak di vulva dan hilang lagi waktu his berhenti, begitu terus hingga nampak lebih besar. Kejadian ini disebut “kepala membuka pintu”.
- f) Pada akhirnya lingkaran terbesar kepala terpegang oleh vulva sehingga tidak bisa mundur lagi, tonjolan tulang ubun-ubun telah lahir dan *subocciput* ada di bawah *symphysis* disebut “kepala keluar pintu”.
- g) Pada his berikutnya dengan ekstensi maka lahirlah ubun-ubun besar, dahi dan mulut pada *commissura posterior*. Saat ini untuk primipara, perineum biasanya akan robek pada pinggir depannya karena tidak dapat menahan regangan yang kuat tersebut.

- h) Setelah kepala lahir dilanjutkan dengan putaran paksi luar, sehingga kepala melintang, vulva menekan pada leher dan dada tertekan oleh jalan lahir sehingga dari hidung anak keluar lendir dan cairan.
- i) Pada his berikutnya bahu belakang lahir kemudian bahu depan disusul seluruh badan anak dengan fleksi lateral, sesuai dengan paksi jalan lahir.
- j) Setelah anak lahir, sering keluar sisa air ketuban, yang tidak keluar waktu ketuban pecah, kadang-kadang bercampur darah.
- k) Lama kala II pada primi ± 50 menit pada multi ± 20 menit.²⁸

3) Fisiologi Kala III

Segera setelah bayi dan air ketuban sudah tidak lagi berada di dalam uterus, kontraksi akan terus berlangsung dan ukuran rongga uterus akan mengecil. Pengurangan dalam ukuran uterus ini akan menyebabkan pengurangan dalam ukuran tempat melekatnya plasenta. Oleh karena tempat melekatnya plasenta tersebut menjadi lebih kecil, maka plasenta akan menjadi tebal atau mengkerut dan memisahkan diri dari dinding uterus.

Sebagian dari pembuluh-pembuluh darah yang kecil akan robek saat plasenta lepas. Tempat melekatnya plasenta akan berdarah terus hingga uterus seluruhnya berkontraksi. Setelah plasenta lahir, dinding uterus akan berkontraksi dan menekan semua pembuluh-pembuluh darah ini yang akan menghentikan perdarahan dari tempat melekatnya plasenta tersebut.

Sebelum uterus berkontraksi, wanita tersebut bisa kehilangan darah 350-360 cc/menit dari tempat melekatnya plasenta tersebut. Uterus tidak bisa sepenuhnya berkontraksi hingga plasenta lahir dahulu seluruhnya. Oleh sebab itu, kelahiran yang cepat dari plasenta segera setelah ia melepaskan dari

dinding uterus merupakan tujuan dari manajemen kebidanan dari kala III yang kompeten.

4) Fisiologi Kala IV

Setelah plasenta lahir tinggi fundus uteri kurang lebih 2 jari dibawah pusat. Otot-otot uterus berkontraksi, pembuluh darah yang ada diantara anyaman-anyaman otot uterus akan terjepit. Proses ini akan menghentikan perdarahan setelah plasenta dilahirkan.²⁸

f. Faktor yang Mempengaruhi Persalinan

Faktor-faktor yang mempengaruhi persalinan adalah:²⁴

1) *Power* (Kekuatan Ibu)

Kekuatan yang mendorong janin dalam persalinan adalah his, kontraksi otot-otot perut, kontraksi diafragma, dan aksi dari ligamen. Kekuatan primer yang diperlukan dalam persalinan adalah his, sedangkan sebagai kekuatan sekundernya adalah tenaga meneran ibu.

His atau kontraksi uterus adalah kontraksi otot-otot rahim pada persalinan. His dibedakan menjadi dua yakni his pendahuluan dan his persalinan. His pendahuluan atau his palsu (*false labor pains*), yang sebetulnya hanya merupakan peningkatan dari kontraksi *braxton hicks*. His ini bersifat tidak teratur dan menyebabkan nyeri di perut bagian bawah dan lipat paha, tidak menyebabkan nyeri yang memancar dari pinggang ke perut bagian bawah. His pendahuluan tidak mempunyai pengaruh terhadap serviks. His persalinan merupakan suatu kontraksi dari otot-otot rahim yang fisiologis, akan tetapi bertentangan dengan kontraksi fisiologis lainnya dan bersifat nyeri. Kontraksi rahim bersifat otonom yang artinya tidak dipengaruhi oleh kemauan, namun dapat dipengaruhi dari luar misalnya rangsangan oleh jari-jari tangan.²⁶

Tenaga meneran ini serupa dengan tenaga meneran saat buang air besar, tetapi jauh lebih kuat lagi. Ketika kepala sampai pada dasar panggul, timbul suatu reflek yang mengakibatkan pasien menekan diafragmanya ke bawah. Tenaga meneran pasien akan menambah kekuatan kontraksi uterus. Pada saat pasien meneran, diafragma dan otot-otot dinding abdomen akan berkontraksi. Kombinasi antara his dan tenaga meneran pasien akan meningkatkan tekanan intrauterus sehingga janin akan semakin terdorong keluar.

Kekuatan sekunder tidak mempengaruhi dilatasi serviks, tetapi setelah dilatasi serviks lengkap, kekuatan ini cukup penting untuk mendorong janin keluar. Apabila dalam persalinan melakukan *valsava maneuver* (meneran) terlalu dini, dilatasi serviks akan terhambat. Meneran akan menyebabkan ibu lelah dan menimbulkan trauma pada serviks.

2) *Passage* (Jalan Lahir)

Jalan lahir terdiri dari panggul ibu yakni bagian tulang yang padat, dasar panggul, *vagina*, dan *introitus* (lubang vagina). Janin harus berhasil menyesuaikan dirinya dengan jalan lahir yang relatif kaku. Oleh karena itu ukuran dan bentuk panggul harus ditentukan sebelum persalinan dimulai. Tulang panggul dibentuk oleh gabungan tulang *illium*, tulang *iskium*, tulang pubis, dan tulang-tulang *sacrum*.

Panggul memiliki empat bidang yang menjadi ciri khas dari jalan lahir yakni pintu atas panggul (PAP), bidang terluas panggul, bidang tersempit panggul, dan pintu bawah panggul. Jalan lahir merupakan corong yang melengkung ke depan panjangnya 4,5 cm dan belakang 12,5 cm. Pintu atas panggul menjadi pintu bawah panggul seolah-olah berputar 90° terjadi pada bidang tersempit panggul. Pintu bawah panggul bukan merupakan satu bidang tetapi dua bidang segitiga.

Pintu atas panggul (PAP) merupakan bagian dari *pelvis minor* yang terbentuk dari *promontorium*, tulang *sakrum*, *linea terminalis*, dan pinggir atas *simfisis*. Jarak antara *simfisis* dan *promontorium* sekitar 11 cm disebut *konjungata vera*. Jarak terjauh garis melintang pada PAP adalah 12,5 sampai 13 cm yang disebut diameter transversa.

Bidang dengan ukuran terbesar atau bidang terluas panggul merupakan bagian yang terluas dan berbentuk seperti lingkaran. Bidang ini memiliki batas anterior yakni pada titik tengah permukaan belakang tulang pubis. Pada lateral sepertiga bagian atas dan tengah *foramen obturatorium*, sedangkan batas posterior pada hubungan antara vertebra sakralis kedua dan ketiga.

Bidang dengan ukuran terkecil atau bidang tersempit panggul merupakan bidang terpenting dalam panggul yang memiliki ruang yang paling sempit dan di tempat ini paling sering terjadi macetnya persalinan. Bidang ini terbentang dari *apeks* sampai *arkus subpubis* melalui *spina ichiadika* ke *sakrum*, biasanya dekat dengan perhubungan antara vertebra sakralis ke-4 dan ke-5. Bidang tersempit panggul memiliki batas-batas yakni pada tepi bawah *simfisis pubis*, garis putih pada *fasia* yang menutupi *foramen obturatorium*, *spina ischiadika*, *ligamentum sacrospinosum*, dan tulang *sakrum*.

Pintu bawah panggul ialah batas bawah panggul sejati. Dilihat dari bawah, struktur ini berbentuk lonjong, seperti intan, di bagian anterior dibatasi oleh lengkung *pubis*, di bagian lateral dibatasi oleh *tuberositas iskiium*, dan dibagian posterior dibatasi oleh ujung *koksigeum*.

Bidang hodge berfungsi untuk menentukan sampai dimana bagian terendah janin turun ke panggul pada proses persalinan. Bidang hodge tersebut antara lain:

- a) Hodge I merupakan bidang yang dibentuk pada lingkaran PAP dengan bagian atas *simfisis* dan *promontorium*.
 - b) Hodge II yakni bidang yang sejajar Hodge I setinggi bagian bawah *simfisis*.
 - c) Hodge III yakni bidang yang sejajar Hodge I setinggi *spina ischiadika*.
 - d) Hodge IV merupakan bidang yang sejajar Hodge I setinggi tulang *koksigis*.²⁴
- 3) *Passanger* (Janin dan Plasenta)

Perubahan mengenai janin sebagai passenger sebagian besar adalah mengenai ukuran kepala janin, karena kepala merupakan bagian terbesar dari janin dan paling sulit untuk dilahirkan. Adanya celah antara bagian-bagian tulang kepala janin memungkinkan adanya penyisipan antara bagian tulang sehingga kepala janin dapat mengalami perubahan bentuk dan ukuran, proses ini disebut molase.²⁴

Plasenta dan tali pusat memiliki struktur berbentuk bundar atau hampir bundar dengan diameter 15 cm sampai 20 cm dan tebal 2 cm sampai 2-2,5 cm, berat rata-rata 500 gram, terletak di depan atau di belakang dinding uterus ke atas arah fundus. Bagian plasenta yang menempel pada desidua terdapat kotiledon disebut pars maternal, dan dibagian ini tempat terjadinya pertukaran darah ibu dan janin. Tali pusat merupakan bagian yang sangat penting untuk kelangsungan hidup janin meskipun tidak menutup kemungkinan bahwa tali pusat juga menyebabkan penyulit persalinan misalnya pada kasus lilitan tali pusat.²⁴

Air ketuban atau amnion merupakan elemen yang penting dalam proses persalinan. Air ketuban ini dapat dijadikan acuan dalam menentukan diagnosa kesejahteraan janin. Amnion melindungi janin dari trauma atau benturan, memungkinkan janin bergerak

bebas, menstabilkan suhu tubuh janin agar tetap hangat, menahan tekanan uterus, dan pembersih jalan lahir.²⁴

4) Psikologis

Faktor psikologis yang mempengaruhi persalinan yaitu:²⁶

- a) Melibatkan psikologis ibu, emosi, dan persiapan intelektual
- b) Pengalaman melahirkan bayi sebelumnya
- c) Kebiasaan adat
- d) Dukungan orang terdekat pada kehidupan ibu

5) Penolong

Peran dari penolong persalinan adalah mengantisipasi dan menangani komplikasi yang mungkin terjadi pada ibu dan janin, dalam hal ini tergantung dari kemampuan dan kesiapan penolong dalam menghadapi proses persalinan.²⁶

g. Masalah Psikologis Persalinan

Masalah psikologis yang terjadi pada masa persalinan adalah kecemasan. Pada masa persalinan seorang wanita ada yang tenang dan bangga akan kelahiran bayinya, tetapi ada juga yang merasa takut. Cemas adalah sebuah emosi dan pengalaman subjektif dari seseorang, keadaan yang membuat seseorang tidak nyaman dan terbagi dalam beberapa tingkatan. Cemas berkaitan dengan perasaan yang tidak pasti dan tidak berdaya.³⁶ Sedangkan menurut Hawari (2013), kecemasan (*ansietas/ anxiety*) adalah gangguan alam perasaan (*affective*) yang ditandai dengan perasaan ketakutan atau kekhawatiran yang mendalam dan berkelanjutan, tidak mengalami gangguan dalam menilai realitas (*Reality Testing Ability/ RTA*, masih baik), kepribadian masih tetap utuh (tidak mengalami keretakan kepribadian/ *splitting of personality*), perilaku dapat terganggu tetapi masih dalam batas-batas normal.³⁷

Secara fisiologis, respon tubuh terhadap kecemasan adalah dengan mengaktifkan sistem syaraf otonom (simpatis dan parasimpatis). Sistem saraf simpatis akan mengaktifasi proses

tubuh, sedangkan sistem saraf parasimpatis akan menimbulkan respons tubuh. Bila korteks otak menerima rangsang, maka rangsangan akan dikirim melalui saraf simpatis ke kelenjar adrenal yang akan melepaskan adrenal/ epineprin sehingga efeknya antara lain nafas menjadi lebih dalam, nadi meningkat, dan tekanan darah meningkat. Secara psikologis, kecemasan akan mempengaruhi koordinasi atau gerak refleks, kesulitan mendengar atau mengganggu hubungan dengan orang lain. Kecemasan dapat membuat individu menarik diri dan menurunkan keterlibatan orang lain.²⁴

Secara umum kecemasan dipengaruhi oleh beberapa gejala yang mirip dengan orang yang mengalami stress. Bedanya stress didominasi oleh gejala fisik, sedangkan kecemasan didominasi oleh gejala psikis. Adapun gejala-gejala orang yang mengalami kecemasan adalah sebagai berikut:³⁷

- 1) Ketegangan motorik/alat gerak seperti gemetar, tegang, nyeri otot, letih, tidak dapat santai, gelisah, tidak dapat diam, kening berkerut, dan mudah kaget.
- 2) Hiperaktivitas saraf otonom (simpatis dan parasimpatis) seperti keringat berlebihan, jantung berdebar-debar, rasa dingin di telapak tangan dan kaki, mulut kering, pusing, rasa mual, sering buang air kecil, diare, muka merah/pucat, denyut nadi dan nafas cepat.
- 3) Rasa khawatir yang berlebihan tentang hal-hal yang akan datang seperti cemas, takut, khawatir, membayangkan akan datangnya kemalangan terhadap dirinya.
- 4) Kewaspadaan yang berlebihan seperti perhatian mudah beralih, sukar konsentrasi, sukar tidur, mudah tersinggung, dan tidak sabar.

Saat seseorang merasa takut, tubuh mengalihkan darah dan oksigen dari organ pertahanan nonesensial menuju kelompok otot

besar di wilayah kaki dan tangan. Akibatnya, area wajah menjadi pucat. Rasa cemas dan takut menyebabkan rasa nyeri dan membuat kontraksi uterus semakin keras. Kecemasan dan ketakutan memacu keluarnya adrenalin dan menyebabkan serviks kaku dan membuat proses persalinan lebih lambat. Kecemasan dan ketakutan menyebabkan pernapasan tidak teratur, mengurangi asupan sirkulasi oksigen bagi tubuh dan bagi bayi. Akhirnya jantung memompa lebih cepat sehingga tekanan darah semakin tinggi. Stres dan rasa takut ternyata secara fisiologis dapat menyebabkan kontraksi uterus menjadi terasa nyeri dan sakit. Saat wanita yang ada dalam kondisi inpartu mengalami stres secara otomatis stres tersebut merangsang tubuh untuk mengeluarkan hormon stresor, yaitu hormon katekolamin dan hormon adrenalin. Jika calon ibu tidak dapat menghilangkan rasa takutnya sebelum melahirkan maka hormon katekolamin dilepaskan dalam konsentrasi tinggi saat persalinan. Hasilnya, berbagai respon tubuh muncul antara lain dengan “melawan atau menghindari”. Apabila ibu bersalin memilih untuk menghadapi rasa takut maka tubuh untuk beberapa saat akan mengalami lonjakan adrenalin dan kortisol, namun setelah ibu bersalin tersebut melakukan relaksasi maka akan kembali dalam posisi normal.³⁸

Faktor-faktor yang mempengaruhi kecemasan antara lain:

1) Nyeri

Hampir semua wanita mengalami dan merasakan nyeri selama persalinan, tetapi respon setiap wanita terhadap nyeri persalinan berbeda-beda. Nyeri persalinan disebabkan oleh dilatasi serviks, hipoksia otot uterus, iskemia korpus uteri, peregangan segmen bawah uterus dan kompresi saraf di serviks (ganglionik servikalis).²⁸

Nyeri persalinan dan stress dapat berdampak pada meningkatnya katekolamin. Katekolamin mengakibatkan

berkurangnya aliran darah ke uterus sehingga uterus kekurangan oksigen yang berdampak pada persalinan lama.^{28,39}

Ketakutan dan kecemasan dapat menghasilkan ketegangan pada otot dan meningkatkan persepsi nyeri seseorang.⁴⁰

2) Keadaan Fisik

Penyakit yang menyertai ibu dalam kehamilan adalah salah satu faktor yang menyebabkan kecemasan. Seseorang yang menderita suatu penyakit akan mengalami kecemasan dibandingkan dengan orang yang tidak sedang menderita sakit. Seorang ibu hamil dengan suatu penyakit yang menyertai kehamilannya, maka ibu tersebut akan lebih cemas lagi karena kehamilan dan persalinan meskipun dianggap fisiologis, tetapi tetap berisiko terjadi hal-hal psikologis.²⁸

3) Riwayat Pemeriksaan Kehamilan

Dalam setiap kunjungan pemeriksaan kehamilan ke petugas kesehatan, selain pemeriksaan fisik, ibu akan mendapatkan informasi/ pendidikan kesehatan tentang perawatan kehamilan yang baik, persiapan menjelang persalinan baik fisik maupun psikis, serta informasi mengenai proses persalinan yang akan dihadapi nanti. Dengan demikian, ibu diharapkan dapat lebih siap dan lebih percaya diri dalam menghadapi proses persalinan. Untuk itu selama hamil hendaknya ibu memeriksakan kehamilannya secara teratur ke petugas kesehatan.²⁸

4) Pengetahuan

Pengetahuan adalah apa yang diketahui oleh seseorang tentang suatu hal secara formal maupun nonformal. Perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih permanen dianut seseorang dibandingkan dengan perilaku yang biasa berlaku. Pengetahuan yang rendah mengakibatkan seseorang mudah mengalami kecemasan. Ketidaktahuan tentang suatu hal yang

dianggap sebagai tekanan yang dapat mengakibatkan krisis sehingga dapat menimbulkan kecemasan. Kecemasan dapat terjadi pada ibu dengan pengetahuan rendah mengenai proses persalinan, serta hal-hal yang akan dan harus dialami oleh ibu sebagai dampak dari kemajuan persalinan. Hal ini disebabkan karena kurangnya informasi yang diperoleh.²⁸

5) Dukungan Lingkungan Sosial (Dukungan Suami)

Dukungan keluarga, terutama suami saat ibu melahirkan sangat dibutuhkan seperti kehadiran keluarga dan suami untuk mendampingi istri menjelang melahirkan atau suami menyentuh tangan istri dengan penuh perasaan sehingga istri akan merasa lebih tenang untuk menghadapi proses persalinan.²⁸

Kehadiran seorang pendamping persalinan dapat memberikan rasa nyaman, aman, semangat, dukungan emosional dan dapat membesarkan hati ibu. Kehadiran seorang pendamping pada saat persalinan dapat menimbulkan efek positif terhadap hasil persalinan dalam arti dapat menurunkan morbiditas, mengurangi rasa sakit, persalinan yang lebih singkat, dan menurunkannya persalinan dengan operasi termasuk bedah sesar.⁴¹

6) Tingkat Pendidikan

Tingkat pendidikan seseorang berpengaruh dalam memberikan respons terhadap sesuatu yang datang baik dari dalam maupun luar. Seseorang yang mempunyai pendidikan yang tinggi akan memberikan respon yang lebih rasional dibandingkan mereka yang berpendidikan lebih rendah atau yang tidak mempunyai pendidikan. Kecemasan adalah respon yang dapat dipelajari. Dengan demikian, pendidikan yang rendah menjadi faktor penunjang terjadinya kecemasan.²⁸

h. Penatalaksanaan Asuhan Persalinan

Asuhan sayang ibu dan sayang bayi harus dimasukkan sebagai bagian dari persalinan bersih dan aman, termasuk hadirnya

keluarga atau orang-orang yang hanya memberikan dukungan. *Partograf* harus digunakan untuk memantau persalinan dan berfungsi sebagai suatu catatan/ rekam medik untuk persalinan. Selama persalinan normal, intervensi hanya dilaksanakan jika ada indikasi, penolong persalinan harus tetap tinggal bersama ibu dan bayi. Manajemen kala III, termasuk melakukan penjepitan dan pemotongan tali pusat secara dini. Memberikan suntikan oksitosin secara Intramuskular, melakukan peregangan tali pusat terkendali (PTT), dan segera melakukan *massase fundus* hal tersebut harus dilakukan pada semua persalinan normal.

Penolong persalinan harus tetap tinggal bersama ibu setidaknya 2 jam pertama setelah kelahiran sampai keadaan ibu stabil, fundus harus diperiksa setiap 15 menit selama 1 jam pertama dan setiap 30 menit pada jam kedua. *Massase fundus* harus dilakukan sesuai dengan kebutuhan untuk memastikan tonus uterus tetap baik, perdarahan minimal dan dapat dilakukan tindakan pencegahan. Selama 24 jam pertama setelah pertama setelah persalinan, fundus harus sering diperiksa dan dimasase sampai tonus baik. Segera setelah lahir seluruh tubuh terutama kepala bayi harus segera diselimuti dan dikeringkan, juga dijaga kehangatannya untuk mencegah hipotermi, obat-obat esensial, bahan, dan perlengkapan harus disediakan oleh petugas dan keluarga.

1) Penatalaksanaan Kala I

Tindakan yang dilakukan selama kala I persalinan:¹¹

- a) Menghadirkan orang yang dianggap penting oleh ibu seperti: suami, keluarga pasien, atau teman dekat. Dukungan yang dapat diberikan yaitu mengusap keringat, menemani/ membimbing jalan-jalan (mobilisasi), memberikan minum, merubah posisi, memijat atau menggosok pinggang.

- b) Mengatur aktifitas dan posisi ibu. Ibu diperbolehkan melakukan aktifitas sesuai dengan kesanggupannya.
- c) Posisi sesuai dengan keinginan ibu, namun bila ibu ingin di tempat tidur sebaiknya tidak dianjurkan tidur dalam posisi tentang terlentang lurus.
- d) Membimbing ibu dan untuk rileks sewaktu selesai his. Ibu diminta menarik nafas panjang, tahan napas sebentar, kemudian dilepaskan dengan cara meniup sewaktu his.
- e) Menjaga privasi ibu. Penolong tetap menjaga hak privasi ibu dalam persalinan, antara lain menggunakan penutup atau tirai, tidak menghadirkan orang lain tanpa sepengetahuan dan seizin pasien/ ibu.
- f) Penjelasan tentang kemajuan persalinan. Menjelaskan kemajuan persalinan, perubahan yang terjadi dalam tubuh ibu, serta prosedur yang akan dilaksanakan dan hasil-hasil pemeriksaan.
- g) Menjaga kebersihan diri. Membolehkan ibu untuk mandi, menganjurkan ibu membasuh sekitar kemaluannya sesuai buang air kecil/ besar.
- h) Mengatasi rasa panas. Ibu bersalin biasanya merasa panas dan banyak keringat, dapat diatasi dengan cara menggunakan kipas angin atau AC dalam kamar, menggunakan kipas biasan, menganjurkan ibu untuk mandi.
- i) *Massase*. Jika ibu suka, lakukan pijatan/ *massase* pada punggung atau mengusap perut dengan lembut.
- j) Pemberian cukup minum. Untuk memenuhi kebutuhan energi dan mencegah dehidrasi.
- k) Mempertahankan kandung kemih tetap kosong. Sarankan ibu untuk berkemih sesering mungkin.

- l) Sentuhan. Disesuaikan dengan keinginan ibu, memberikan sentuhan pada salah satu bagian tubuh yang bertujuan untuk mengurangi rasa kesendirian ibu selama proses persalinan.
 - m) Diagnosis kala I yaitu sudah dalam persalinan (inpartu): ada tanda-tanda persalinan (pembukaan serviks >3 cm, his adekuat (teratur, minimal 2 kali dalam 10 menit selama 40 detik), lendir darah dari vagina. Kemajuan persalinan normal: kemajuan berjalan sesuai dengan partograf. Persalinan bermasalah seperti: kemajuan persalinan yang tidak sesuai dengan partograf, melewati garis waspada. Kegawatdaruratan saat persalinan, seperti: eklampsia, perdarahan, gawat janin.
- 2) Penatalaksanaan Kala II
- Tindakan yang dilakukan selama kala II persalinan:
- a) Memberikan dukungan terus menerus kepada ibu. Kehadiran seseorang ibu untuk mendampingi ibu agar merasa nyaman, menawarkan minum, mengipasi dan memijat ibu.
 - b) Menjaga kebersihan diri. Ibu tetap dijaga kebersihannya agar terhindar infeksi, bila ada darah lendir atau cairan ketuban segera dibersihkan.
 - c) Melakukan *massase*. Menambah kenyamanan bagi ibu.
 - d) Memberikan dukungan mental. Untuk mengurangi kecemasan atau ketakutan ibu, dengan cara menjaga privasi, penjelasan tentang proses dan kemajuan persalinan, penjelasan tentang prosedur yang akan dilakukan dan keterlibatan ibu.
 - e) Mengatur posisi ibu. Dalam memimpin mendedan dapat dipilih posisi jongkok, menungging, tidur miring, setengah duduk, posisi tegak ada kaitannya dengan berkurangnya

rasa nyeri, mudah mengedan, kurangnya trauma *vagina* dan *perineum* dan infeksi.

- f) Menjaga kandung kemih tetap kosong. Ibu dianjurkan untuk berkemih sesering mungkin. Kandung kemih yang penuh dapat menghalangi turunnya kepala ke dalam rongga kepala.
- g) Memberi cukup minum. Memberi tenaga dan mencegah dehidrasi.
- h) Memimpin mengedan. Ibu dipimpin mengedan selama his, anjurkan kepada ibu untuk mengambil nafas. Mengedan tanpa diselingi bernafas, kemungkinan dapat menurunkan pH pada *arteri umbilicus* yang dapat menyebabkan denyut jantung tidak normal dan nilai *APGAR* rendah.
- i) Bernafas selama persalinan. Minta ibu untuk bernafas selagi kontraksi untuk memastikan janin tidak mengalami bradikardi ($DJJ < 120$ x/ menit). Selama mengedan yang lama, akan terjadi pengurangan aliran darah dan oksigen ke janin.
- j) Melahirkan bayi.
 - (1) Menolong kelahiran bayi.

Letakkan satu tangan ke kepala bayi agar *defleksi* tidak terlalu cepat. Menahan *perineum* dengan satu tangan lainnya bila diperlukan. Mengusap muka bayi untuk membersihkan dari kotoran lendir/darah.
 - (2) Periksa tali pusat.

Bila lilitan tali pusat terlalu ketat, diklem pada dua tempat kemudian digunting di antara kedua klem tersebut, sambil melindungi leher bayi.
 - (3) Melahirkan bahu dan anggota seluruhnya.

Persiapan melahirkan bahu bayi setelah kepala bayi keluar dan terjadi putaran paksi luar. Posisikan kedua

tangan biparietal atau di sisi kanan dan kiri kepala bayi. Gerakkan kepala secara perlahan ke arah bawah hingga bahu anterior tampak pada arkus pubis. Gerakkan kepala ke arah atas untuk melahirkan bahu posterior. Pindahkan tangan kanan ke arah perineum untuk menyanggah bayi bagian kepala, lengan, dan siku sebelah posterior, sedangkan tangan kiri memegang lengan dan siku sebelah anterior. Pindahkan tangan kiri menelusuri punggung dan bokong, dan kedua tungkai kaki saat dilahirkan.^{30,31,32,33,42}

k) Bayi dikeringkan dan dihangatkan dari kepala sampai kaki untuk mencegah hipotermi.

l) Menilai dan merangsang bayi

Biasanya dengan melakukan pengeringan cukup memberikan rangsangan pada bayi. Dilakukan dengan cara mengusap-usap pada bagian punggung atau menepuk telapak kaki bayi. Pengkajian awal/ segera palpasi *uterus* untuk menentukan apakah ada bayi yang kedua: jika ada, tunggu sampai bayi kedua lahir. Menilai apakah bayi baru lahir dalam keadaan normal (menangis spontan, kulit kemerahan dan tonus otot baik), jika tidak rawat bayi segera. Bayi normal, tidak ada tanda-tanda kesulitan pernafasan, *APGAR* >7 pada menit ke-5. Bayi dengan penyulit, seperti berat badan kurang, *asfiksia*, *Apgar score* rendah, cacat lahir pada kaki.

3) Penatalaksanaan Kala III

Melakukan manajemen aktif pada kala III persalinan yaitu pemberian suntikan Oksitosin 10 IU dalam 1 menit pertama setelah bayi lahir, melakukan Peregangan Tali pusat Terkendali (PTT), dan *massase fundus uteri* segera setelah plasenta lahir.

Langkah-langkahnya yaitu:

- a) Memeriksa adakah bayi kedua.
 - b) Menyuntikkan oksitosin intramuskular pada lateral paha ibu, atau intravena bila sudah terpasang infus.
 - c) Memasang klem tali pusat 3 cm dari umbilikus bayi, lalu tali pusat ditekan dan didorong ke arah distal atau ke sisi plasenta, dan pasang klem tali pusat ke-2 sekitar 2 cm dari klem pertama.
 - d) Menggantung tali pusat di antara kedua klem, hati-hati dengan perut bayi.
 - e) Bayi segera diletakkan di dada ibu untuk Inisiasi Menyusu Dini (IMD).
 - f) Melakukan Peregangan Tali pusat Terkendali (PTT) saat uterus berkontraksi untuk mengeluarkan plasenta.
 - g) Cara peregangan tali pusat adalah satu tangan membawa klem ke arah bawah, sedangkan tangan lainnya memegang uterus sambil didorong ke arah *dorso cranial*.
 - h) Jika tali pusat bertambah panjang maka pindahkan klem hingga jarak 5-10 cm dari vulva ibu, lakukan peregangan tali pusat berulang dengan perlahan hingga plasenta lahir spontan.
 - i) Jika dalam 30 menit plasenta tidak lahir spontan, atau terjadi retensio plasenta, maka lakukan manual plasenta.
 - j) Melakukan *masase fundus uteri* segera setelah seluruh plasenta lahir. Jika uterus tidak berkontraksi dalam waktu 15 detik, maka dilakukan penatalaksanaan atonia uteri.
 - k) Melakukan pemeriksaan plasenta dan selaputnya untuk memastikan keduanya lengkap dan utuh.^{30,31,32,33,43}
- 4) Penanganan Kala IV
- a) Pemeriksaan fundus setelah 1-2 menit untuk memastikan uterus berkontraksi. Jika uterus masih belum berkontraksi

baik, ulangi masase fundus uteri. Ibu dan keluarganya diajarkan bagaimana cara melakukan masase uterus sehingga mampu untuk segera mengetahui jika uterus tidak berkontraksi baik. Periksa fundus setiap 15 menit pada jam pertama dan setiap 20-30 menit selama jam kedua. Mengajari ibu dan anggota keluarga bagaimana memeriksa fundus dan menimbulkan kontraksi.

- b) Nutrisi dan dehidrasi. Anjurkan ibu dan kenakan pakaian ibu yang bersih dan kering.
- c) Istirahat. Biarkan ibu beristirahat, ia telah bekerja keras melahirkan bayinya. Bahu ibu pada posisi yang nyaman.
- d) Peningkatan hubungan ibu dan bayi. Biarkan bayi berada pada ibu untuk meningkatkan hubungan ibu dan bayi, sebagai permulaan dengan menyusui bayi.
- e) Memulai menyusui. Bayi sangat siap segera setelah kelahiran. Hal ini sangat tepat untuk memulai memberikan ASI. Menyusui juga membantu uterus berkontraksi.
- f) Menolong ibu ke kamar mandi. Jika ibu perlu ke kamar mandi, ibu boleh bangun, pastikan ibu dibantu dan selamat karena ibu masih dalam keadaan lemah atau pusing setelah persalinan. Pastikan ibu sudah buang air kecil dalam 3 jam postpartum.
- g) Mengajari ibu dan anggota keluarga tanda-tanda bahaya bagi ibu dan bayi.

i. Kewenangan Bidan

Bidan memiliki wewenang dalam melakukan asuhan persalinan berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 28 Tahun 2017 tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Bidan, ayat 19, yaitu:⁴⁴

- 1) Bidan berwenang melakukan episiotomi;
- 2) Pertolongan persalinan normal;
- 3) Penjahitan luka jalan lahir tingkat I dan II; dan

4) Penanganan kegawat-daruratan, dilanjutkan dengan perujukan.

3. Bayi Baru Lahir

a. Definisi

Bayi baru lahir normal adalah bayi yang baru lahir dari kehamilan usia 37-42 minggu dan berat badan lahir 2500-4000 gram.⁴⁵ Tanda-tanda bayi lahir sehat yaitu berat badan bayi 2500-4000 gram, umur kehamilan 37-40 mg, bayi segera menangis, bergerak aktif, kulit kemerahan, mengisap ASI dengan baik dan tidak ada cacat bawaan.

b. Fisiologi Bayi Baru Lahir

Ciri-ciri bayi normal yaitu:⁴⁶

- 1) Lahir aterm antara 37-42 minggu
- 2) Berat badan 2.500-4.000 gram
- 3) Panjang badan 48-52 cm
- 4) Lingkar dada 30-38 cm
- 5) Lingkar kepala 33-35
- 6) Lingkar lengan 11-12 cm
- 7) Frekuensi denyut jantung 120-160x/menit pernapasan 40-60x/menit
- 8) Kulit kemerah-merahan dan licin karena jaringan subkutan yang cukup.
- 9) Rambut lanuga tidak terlihat dan rambut kepala biasanya telah sempurna.
- 10) Kuku agak panjang dan lemas.
- 11) Nilai APGAR >7, gerak aktif, bayi lahir langsung menangis kuat.
- 12) Refleks rooting (mencari puting susu dengan rangsanagan taktil pada pipi dan daerah mulut) sudah terbentuk dengan baik.
- 13) Refleks sucking (isap dan menelan) sudah terbentuk dengan baik.

14) Refleks moro (gerakan memeluk bila dikagetkan) sudah terbentuk dengan baik.

15) Refleks grasping (menggenggam) sudah baik.

16) Genitalia

1) Pada laki-laki kematangan di tandai dengan testis yang berda pada skrotum dan pesis yang berlubang.

2) Pada perempuan kematangan ditandai dengan vagina dan uretra yang berlubang, serta adanya labia minora dan mayora.

17) Eliminasi baik yang ditandai dengan keluarnya mekonium dalam 24 jam pertama dan berwarna hitam kecoklatan.

c. Tanda bahaya bayi baru lahir⁴⁷

1) Sulit bernapas atau lebih dari 60 kali/ menit

2) Suhu terlalu tinggi ($>38^{\circ}\text{C}$) atau terlalu dingin ($<36^{\circ}\text{C}$)

3) Kulit bayi kuning (terutama 24 jam pertama), biru, pucat atau memar.

4) Hisapan saat menyusui lemah, rewel, sering muntah.

5) Tali pusat memerah, bengkak, keluar cairan dan berdarah.

6) Tanda-tanda infeksi seperti suhu tubuh meningkat, merah, bengkak, bau busuk, keluar cairan dan pernapasan sulit.

7) Tidak BAB dalam 3 hari, tidak BAK dalam 24 jam, tinja lembek/ encer, berwarna hijau tua ada lendir atau darah.

8) Menggigil, rewel, lemas, mengantuk, kejang, dan menangis terus-menerus.

d. *APGAR Score*

Merupakan alat untuk mengkaji kondisi bayi sesaat setelah lahir, meliputi 5 variabel (pernafasan, frekuensi jantung, warna, tonus otot dan *irritabilitas reflek*). Penilaian ini dilakukan pada 1 menit pertama kelahiran untuk memberi kesempatan pada bayi untuk memulai perubahan, menit ke-5 dan menit ke-10.

Tabel 5. APGAR skor⁴⁶

Kriteria	Nilai		
	0	1	2
<i>Appearance</i> Warna kulit	Seluruh tubuh biru	Tubuh kemerahan, ekstremitas biru	Seluruh tubuh kemerahan
<i>Pulse</i> Denyut jantung	Tidak ada	<100 x/ menit	>100 x/ menit
<i>Grimace</i> Reflek	Tidak ada respon	Ekstremitas sedikit fleksi	Reflek baik
<i>Activity</i> Aktivitas otot	Tidak ada	Bergerak namun lemah	Bergerak aktif
<i>Respiration</i> Usaha bernafas	Tidak ada	Menangis lemah disertai rintihan	Menangis Kuat

e. Penatalaksanaan Bayi Baru Lahir

Asuhan yang diberikan kepada bayi segera setelah lahir adalah asuhan yang segera, aman, dan bersih. Komponen asuhan yang diberikan adalah:⁴⁸

1) Pencegahan Infeksi

Upaya pencegahan infeksi yang dilakukan adalah cuci tangan sebelum dan sesudah bersentuhan dengan bayi, pakai sarung tangan bayi saat menangani bayi, pastikan semua peralatan dan bahan yang digunakan telah di Desinfeksi Tingkat Tinggi (DTT) atau sterilisasi, pastikan semua pakaian, handuk, selimut, dan kain yang digunakan untuk bayi sudah dalam keadaan bersih.

2) Penilaian Bayi Baru Lahir

Segera lakukan penilaian awal dengan menjawab 4 pertanyaan: (1) Apakah bayi cukup bulan?; (2) Apakah air ketuban jernih, tidak bercampur mekonium?; (3) Apakah bayi menangis atau bernafas?; (4) Apakah tonus otot bayi baik? Jika ada salah satu pertanyaan dengan jawaban tidak, maka lakukan langkah resusitasi.

3) Perawatan Tali Pusat

WHO merekomendasikan perawatan tali pusat yang bersih dan kering untuk bayi yang baru lahir yang lahir di fasilitas kesehatan, dan di rumah untuk mencegah terjadinya peningkatan infeksi tali pusat. Perawatan tali pusat terbuka tanpa alkohol ataupun betadin lebih mudah lepas dan mencegah infeksi daripada perawatan dengan antiseptik.

4) Inisiasi Menyusu Dini (IMD)

Langkah Inisiasi Menyusu Dini (IMD):

- a) Bayi harus mendapatkan kontak kulit dengan kulit ibunya segera setelah lahir selama paling sedikit satu jam.
- b) Bayi harus menggunakan naluri alamiahnya untuk melakukan inisiasi menyusu dini dan ibu dapat mengenali bayinya siap untuk menyusu serta memberi bantuan jika diperlukan.
- c) Menunda semua prosedur lainnya yang harus dilakukan kepada bayi baru lahir hingga inisiasi menyusu selesai dilakukan.
- d) ASI eksklusif adalah pemberian ASI tanpa makanan dan minuman tambahan lain pada bayi berumur 0-6 bulan.

5) Pengaturan Suhu

Mekanisme pengaturan temperatur tubuh pada bayi baru lahir belum berfungsi sempurna. Apabila tidak segera dilakukan upaya pencegahan kehilangan panas tubuh maka bayi baru lahir dapat mengalami hipotermia. Hipotermia mudah terjadi pada bayi yang tubuhnya dalam keadaan basah atau tidak segera dikeringkan dan diselimuti walaupun berada di dalam ruangan yang relatif hangat.

Bayi kehilangan panas melalui empat cara yaitu konduksi melalui benda-benda padat yang kontak dengan kulit bayi. Konveksi yaitu pendinginan melalui aliran udara di sekitar bayi. Evaporasi yaitu kehilangan panas melalui penguapan air

pada kulit bayi yang basah. Radiasi melalui benda padat dekat bayi yang tidak berkontak secara langsung dengan kulit bayi. Keadaan telanjang dan basah pada bayi baru lahir menyebabkan bayi mudah kehilangan panas melalui empat cara diatas. Kehilangan panas secara konduktif jarang terjadi kecuali jika bayi diletakkan pada alas yang dingin.¹² Pastikan bayi tetap hangat dan jangan mandikan bayi hingga 24 jam setelah persalinan. Jaga kontak kulit antara ibu dan bayi serta tutupi kepala bayi dengan topi.

6) Pencegahan Infeksi Mata

Pemberian obat mata di anjurkan untuk pencegahan penyakit mata karena *Klamidia* (penyakit menular seksual) dan diberikan 1 jam setelah persalinan. Bayi baru lahir harus mendapatkan profilaksis mata terhadap infeksi yang disebabkan oleh *Gonore* atau *Klamidia*. Pelindung mata terbaik terhadap *Gonore* dan *Klamidia* ialah salep *oxytetracycline* 1%, yang menyebar dari kantung dalam ke kantung luar mata. Irigasi mata setelah pemberian salep *oxytetracycline* tidak perlu dilakukan.

7) Pencegahan Perdarahan

Semua bayi baru lahir harus diberikan vitamin K1 injeksi intramuskular setelah satu jam kelahiran. Dosis pemberian vitamin untuk bayi baru lahir sediaan ampul 10 mg dosisnya yaitu 1 mg atau 0,1 cc sedangkan sediaan ampul phytomenadione 2 mg dosisnya yaitu 1 mg atau 0,5 cc pada paha lateral bayi baru lahir dengan berat badan lebih dari 2,5 kg. Vitamin K secara rutin diberikan kepada bayi baru lahir untuk mencegah perdarahan. Usus neonatus menyintesis vitamin K, yang digunakan untuk mengaktifkan prekursor protein yang membuat protein pembeku darah. Manifestasi klinis penyakit hemoragi meliputi perdarahan dari saluran

cerna, kulit, dan area sirkumsisi. Vitamin ini bekerja dengan cepat untuk mengaktifkan prekursor pembekuan darah. Penggunaan Vitamin K peroral tidak dianjurkan pada saat ini karena keefektifannya diragukan.

8) Pemberian Vaksin Hepatitis B

Imunisasi Hepatitis B bermanfaat untuk mencegah infeksi Hepatitis B terhadap bayi, terutama jalur penularan ibu-bayi. Semua bayi harus mendapatkan dosis pertama vaksin hepatitis B segera setelah lahir dan sebelum dipulangkan dari rumah sakit. Dosis pertama juga diberikan pada usia dua bulan jika ibu bayi memiliki HbsAg-negatif. Hanya hepatitis B monovalen yang dapat digunakan untuk dosis lahir. Vaksin monovalen atau vaksin kombinasi yang mengandung vaksin hepatitis B dapat digunakan untuk melengkapi rangkaian tersebut. Empat dosis vaksin diberikan jika dosis lahir diberikan. Vaksin Hepatitis B diberikan untuk mencegah bayi tertular penyakit Hepatitis B.

9) Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan Bayi Baru Lahir dilakukan pada saat:

- a) Bayi berada di klinik (dalam 24 jam)
- b) Kunjungan tindak lanjut (KN), yaitu 1 kali pada umur 6-48 jam, 1 kali pada umur 3-7 hari dan 1 kali pada umur 8-28 hari.

4. Nifas

a. Definisi Masa Nifas

Masa nifas (puerperium) adalah mulai partus selesai dan berakhir setelah kira-kira 6 minggu. Akan tetapi, seluruh alat genitalia baru pulih kembali seperti sebelum ada kehamilan dalam waktu 3 bulan.¹¹ Masa nifas (puerperium) dimaknai sebagai periode pemulihan segera dimulai setelah kelahiran bayi dan plasenta serta mencerminkan keadaan fisiologi ibu, terutama

ketika sistem reproduksi kembali seperti mendekati keadaan sebelum hamil.⁴⁹ Masa nifas merupakan masa penting bagi ibu maupun bayi baru lahir karena dalam masa ini, perubahan besar terjadi dari sisi perubahan fisik, emosi, dan kondisi psikologi ibu.

b. Tujuan Asuhan Masa Nifas

Tujuan asuhan masa nifas yaitu:⁵⁰

- 1) Menjaga kesehatan ibu dan bayinya, baik fisik maupun psikologi.
- 2) Melaksanakan skrining yang komprehensif, mendeteksi masalah secara dini, mengobati atau merujuk bila terjadi komplikasi baik pada ibu maupun bayinya.
- 3) Memberikan pendidikan kesehatan pada ibu yang berkaitan dengan perawatan kesehatan diri, nutrisi, KB, menyusui, pemberian imunisasi pada bayi, dan perawatan bayi sehat.
- 4) Memberikan pelayanan KB
- 5) Memberikan kesehatan emosional pada ibu.

c. Tahapan Masa Nifas

Menurut Sri Astuti, masa nifas terbagi dalam 3 tahap, yaitu:⁵¹

1) Tahap *Immediate Puerperium*/ Puerperium Dini

Puerperium dini adalah keadaan yang terjadi segera setelah persalinan sampai 24 jam sesudah persalinan (0-24 jam sesudah melahirkan). Kepulihan yang ditandai dengan ibu telah diperbolehkan berdiri dan berjalan-jalan. Pada masa ini sering terjadi masalah, misalnya perdarahan karena atonia uteri. Oleh karena itu, kita sebagai bidan harus dengan tertur melakukan pemeriksaan kontraksi uterus, pengeluaran *lochea*, tekanan darah, suhu, dan keadaan ibu.

2) Tahap *Early Puerperium*/ *Intermediate Puerperium* (1-7 hari)

Early Puerperium adalah keadaan yang terjadi pada permulaan puerperium. Waktu 1 hari sesudah melahirkan sampai 7 hari (1

minggu pertama). Pada fase ini seorang bidan harus dapat memastikan involusi uteri (proses pengecilan rahim) dalam keadaan normal, tidak ada perdarahan, *lochea* tidak berbau busuk, tidak demam, ibu mendapatkan makanan dan cairan, serta ibu dapat menyusui dengan baik.

3) Tahap *Late Puerperium/ Remote Puerperium*

Late Puerperium adalah 6 minggu sesudah melahirkan, pada periode ini seorang bidan tetap melakukan perawatan dan pemeriksaan secara berkala serta konseling KB. Biasanya bidan yang ada di desa melakukan kunjungan rumah atau ibu yang datang memeriksakan kesehatannya di posyandu atau puskesmas.

d. Fisiologi Masa Nifas

Dalam masa nifas, alat-alat genitalia interna maupun eksterna akan berangsur-angsur pulih kembali seperti keadaan sebelum hamil. Perubahan-perubahan alat-alat genitalia ini dalam keseluruhannya disebut *involusi*. Adaptasi perubahan fisik masa nifas,⁵² yaitu:

1) Involusi uterus

Involusi uterus atau pengerutan uterus merupakan suatu proses dimana uterus kembali ke kondisi sebelum hamil.

Tabel 6. Perubahan Normal Uterus Selama Postpartum

Involusio uteri	Tinggi Fundus Uteri	Berat Uterus
Bayi lahir	Setinggi pusat	1000 Gram
Plasenta lahir	Dua jari dibawah pusat	750 Gram
1 minggu	Pertengahan pusat dan simpisis	500 Gram
2 minggu	tak teraba	350 Gram
6 minggu	Berukuran normal semula	seperti 50 Gram

Sumber: Prawirohardjo (2014)

2) *Lochea*

Akibat *involusio uteri*, lapisan *desidua* yang mengelilingi situs plasenta akan menjadi nekrotik. Desidua yang mati akan

keluar bersama dengan sisa cairan. Pencampuran antara desidua dan darah inilah yang di namakan *lochea*. *Lochea* adalah ekskresi cairan rahim selama masa nifas dan mempunyai sifat basa/ alkalis yang membuat organisme berkembang lebih cepat daripada kondisi asam yang ada pada vagina normal.⁵³ *Lochea* adalah cairan yang berasal dari rahim dan vagina pada masa nifas.¹¹ Jenis-jenis lochia:

a) *Lochea Rubra*

Berisi darah segar dan sisa-sisa selaput ketuban, sel-sel *desidua*, *vernix caseosa*, *lanugo* dan *mekonium*, selama dua hari pascapersalinan.

b) *Lochea Sanguinolenta*

Berwarna merah kuning berisi darah dan lendir, hari ke-3 sampai ke-7 pascapersalinan.

c) *Lochea Serosa*

Berwarna kuning, cairan tidak berubah, pada hari ke-7 sampai ke-14 pascapersalinan.

d) *Lochea Alba*

Cairan putih setelah 2 minggu.

e) *Lochea Purulenta*

Terjadi infeksi, keluar cairan seperti nanah dan berbau busuk.

Tabel 7. Perubahan Lochea

Lochea	Waktu	Warna	Ciri-ciri
Rubra	1-3 hari	Merah kehitaman	Terdiri dari sel desidua, verniks caseosa, rambut lanugo, sisa mekonium dan sisa darah
Sanguilenta	3-7 hari	Putih bercampur merah	Sisa darah bercampur lendir
Serosa	7-14 hari	Kekuningan/ Kecoklatan	Lendir bercampur darah dan lebih banyak serum, juga terdiri dari leukosit dan robekan laserasi plasenta.
Alba	>14 hari	Putih	Mengandung leukosit, selaput lendir serviks dan serabut jaringan yang mati
Lochia			Terjadi infeksi, keluar cairan

Purulenta	seperti nanah berbau busuk
Lochiastasis	Tidak lancar keluarnya

Sumber: Anggarini (2016)

3) Ligamen-ligamen

Ligamen, fasia dan diafragma pelvis yang meregang pada waktu persalinan setelah bayi lahir secara berangsur-angsur menjadi menciut dan pulih kembali sehingga tidak jarang uterus jatuh ke belakang dan menjadi retrofleksi, karena ligamentum menjadi kendur.

4) Vulva, vagina dan perineum

Vulva dan vagina mengalami penekanan serta peregangan yang sangat besar selama proses melahirkan bayi dan dalam beberapa hari pertama sesudah proses tersebut, kedua organ ini tetap berada dalam keadaan kendur. Setelah 3 minggu vulva dan vagina kembali kepada keadaan tidak hamil dan *rugae* dalam vagina secara berangsur-angsur akan muncul kembali sementara labia menjadi lebih menonjol.

Rugae kembali timbul pada minggu ketiga. *Himen* tampak sebagai tonjolan kecil dan dalam proses pembentukan berubah menjadi karankulae mitiformis yang khas pada wanita *multipara*. Ukuran vagina akan selalu lebih besar dibandingkan keadaan sebelum saat persalinan pertama.

Perubahan pada perineum pasca melahirkan terjadi pada saat perineum mengalami robekan. Robekan jalan lahir dapat terjadi secara spontan ataupun dilakukan episiotomi dengan indikasi tertentu. Meskipun demikian, latihan otot perineum dapat mengembalikan tonus tersebut dan dapat mengencangkan vagina hingga tingkat tertentu.

Kondisi vagina setelah persalinan akan tetap terbuka lebar, ada kecenderungan vagina mengalami bengkak dan memar serta nampak ada celah antara introitus vagina. Tonus otot vagina akan kembali pada keadaan semula dengan tidak ada

pembengkakan dan celah vagina tidak lebar pada minggu 1-2 hari pertama postpartum. Pada minggu ketiga postpartum rugae vagina mulai pulih menyebabkan ukuran vagina menjadi lebih kecil. Dinding vagina menjadi lebih lunak serta lebih besar dari biasanya sehingga ruang vagina akan sedikit lebih besar dari keadaan sebelum melahirkan.¹³

Perineum pada saat proses persalinan ditekan oleh kepala janin, sehingga perineum menjadi kendur dan teregang. Tonus otot perineum akan pulih pada hari kelima postpartum meskipun masih kendur dibandingkan keadaan sebelum hamil.⁵⁴

5) Serviks

Perubahan yang terjadi pada serviks uteri setelah persalinan adalah menjadi sangat lunak, kendur dan terbuka seperti corong. Korpus uteri berkontraksi, sedangkan serviks uteri tidak berkontraksi sehingga seolah-olah terbentuk seperti cincin pada perbatasan antara korpus uteri dan serviks uteri.¹³

Tepi luar serviks yang berhubungan dengan *ostium uteri eksterna* (OUE) biasanya mengalami laserasi pada bagian lateral. Ostium serviks berkontraksi perlahan, dan beberapa hari setelah persalinan ostium uteri hanya dapat dilalui oleh 2 jari. Pada akhir minggu pertama, ostium uteri telah menyempit, serviks menebal dan kanalis servikalis kembali terbentuk. Meskipun proses involusi uterus telah selesai, OUE tidak dapat kembali pada bentuknya semula saat nullipara. Ostium ini akan melebar, dan depresi bilateral pada lokasi laserasi menetap sebagai perubahan yang permanen dan menjadi ciri khas servis pada wanita yang pernah melahirkan.²²

6) Sistem pencernaan

Pasca melahirkan, kadar progesteron menurun dan faal usus memerlukan waktu 3-4 hari untuk kembali normal. Biasanya ibu mengalami obstipasi setelah persalinan. Selain itu hal ini disebabkan pada waktu melahirkan alat pencernaan mendapat tekanan yang menyebabkan kolon menjadi kosong, pengeluaran cairan yang berlebihan pada waktu persalinan (dehidrasi), kurang makan, haemoroid, laserasi jalan lahir. Supaya buang air besar kembali teratur dapat diberikan diet/ makanan yang mengandung serat dan pemberian cairan yang cukup. Bila usaha ini tidak berhasil dalam waktu 2 atau 3 hari dapat ditolong dengan pemberian glyserin spuit atau diberikan terapi pencahar lainnya yang aman untuk ibu.

7) Sistem perkemihan

Pada masa hamil, perubahan hormonal yaitu kadar steroid tinggi yang berperan meningkatkan fungsi ginjal. Begitu sebaliknya, pada pasca melahirkan kadar *steroid* menurun sehingga menyebabkan penurunan fungsi ginjal. Fungsi ginjal kembali normal dalam waktu satu bulan setelah wanita melahirkan. Urin dalam jumlah yang besar akan dihasilkan dalam waktu 12-36 jam sesudah melahirkan, hal ini disebabkan karena kelebihan cairan sebagai akibat retensi air saat kehamilan.

Ibu yang sudah melahirkan sebaiknya dianjurkan untuk berkemih pada 2 jam pascasalin. Dengan engelolaan kandung kemih yang baik pada 2 jam pascasalin diharapkan dapat berdampak pada kontraksi uterus yang baik sehingga mampu mencegah terjadinya perdarahan yang berakibat pada kematian. (Yustini, 2008 ; Marmi 2012 ; Smeltzer & Bare, 2002).

8) Sistem Hematologi

Leukositosis akan meningkat pada beberapa hari post partum, sehingga dianjurkan untuk mengajarkan pada ibu cara menjaga kebersihan genitalia. Jumlah hemoglobin dan hematokrit serta eritrosit akan bervariasi pada awal masa nifas sebagai akibat dari volume darah, volume plasma, dan volume sel darah yang berubah-ubah.

9) Sistem Kardiovaskular

Pada persalinan pervaginam kehilangan darah sekitar 300-400 cc. Bila kelahiran melalui *sectio caesarea*, maka kehilangan darah dapat dua kali lipat. Perubahan terdiri dari volume darah (*blood volume*) dan hematokrit (*haemoconcentration*). Bila persalinan pervaginam, hematokrit akan naik dan pada *section caesaria* hematokrit cenderung stabil dan kembali normal setelah 4-6 minggu.

Setelah persalinan, shunt akan hilang dengan tiba-tiba. Volume darah ibu relatif akan bertambah. Keadaan ini akan menimbulkan beban pada jantung, dapat menimbulkan *decompensation cordia* pada penderita *vitum cordia*. Keadaan ini dapat diatasi dengan mekanisme kompensasi dengan timbulnya haemokonsentrasi sehingga volume darah kembali seperti sediakala, umumnya hal ini terjadi pada hari ke-3 sampai ke-5 postpartum.

10) Sistem Musculoskeletal

Ligamen, fasia, dan diafragma pelvis yang meregang pada waktu persalinan, setelah bayi lahir, secara berangsur-angsur menjadi ciut dan pulih kembali sehingga tidak jarang uterus jatuh ke belakang dan menjadi retrofleksi, karena ligamen rotundum menjadi kendur. Stabilisasi secara sempurna terjadi pada 6-8 minggu setelah persalinan. Sebagai akibat putusnya serat-serat elastik kulit dan distensi yang berlangsung lama akibat besarnya uterus pada saat hamil, dinding abdomen

masih lunak dan kendur untuk sementara waktu. Pemulihan dibantu dengan latihan.

11) Sistem endokrin

a) *Human Chorionic Gonadotropin (HCG)*

Human Chorionic Gonadotropin (HCG) menurun dengan cepat setelah persalinan. HCG menurun dan menetap sampai 10% dalam 3 jam hingga hari ke-7 postpartum dan sebagai onset pemenuhan *mammae* pada hari ke-3 postpartum.⁵⁵

b) *Hormon pituitary*

Prolaktin darah meningkat dengan cepat, pada wanita tidak menyusui menurun dalam waktu 2 minggu.

12) Payudara

Perubahan pada payudara dapat meliputi :

- a) Penurunan kadar progesteron secara tepat dengan peningkatan hormon prolaktin setelah persalinan.
- b) Kolostrum sudah ada saat persalinan, produksi ASI terjadi pada hari ke-2 atau hari ke-3 setelah persalinan.
- c) Payudara menjadi besar dan keras sebagai tanda mulainya proses laktasi.

13) Pembentukan air susu

Ada dua refleks dalam pembentukan air susu ibu yaitu :

a) Refleks prolaktin

Pada akhir kehamilan hormon prolaktin memegang peranan untuk membuat kolostrum, namun jumlah kolostrum terbatas karena aktivitas prolaktin dihambat oleh estrogen dan progesterone yang kadarnya memang tinggi. Saat bayi menyusui, isapan bayi akan merangsang ujung-ujung saraf sensoris yang sebagai reseptor mekanik. Rangsangan dilanjutkan kehipotalamus melalui medulla spinalis hipotalamus akan menekan pengeluaran fakto-

faktor yang menghambat sekresi prolaktin dan sebaliknya merangsang pengeluaran faktor-faktor yang memicu sekresi prolaktin. Sekresi prolaktin akan merangsang hipofise anterior sehingga keluar prolaktin. Hormon ini merangsang sel-sel alveoli yang berfungsi untuk membuat air susu.

b) Refleks *letdown*

Bersama dengan pembentukan prolaktin oleh hipofise anterior, rangsangan yang berasal dari isapan bayi ada yang dilanjutkan ke hipofise posterior (*neurohipofise*) yang kemudian dikeluarkan oksitosin. Melalui aliran darah, hormon ini diangkat menuju uterus yang dapat menimbulkan kontraksi uterus sehingga terjadi involusi. Kontraksi dari sel akan memeras air susu yang telah terbuat keluar dari alveoli dan masuk ke system duktus dan selanjutnya membalir melalui duktus lactiferus masuk ke mulut bayi.

Faktor-faktor yang mempengaruhi peningkatan dan penghambat refleks *let down*:²⁷

(1) Peningkatan refleks *let down*:

- i. Melihat bayi
- ii. Mendengarkan bayi
- iii. Mencium bayi
- iv. Memikirkan untuk menyusui bayi

(2) Penghambat refleks *let down* :

- i. Keadaan bingung/ pikiran kacau
- ii. Takut
- iii. Cemas

e. Kebutuhan Dasar Ibu pada Masa Nifas

Menurut Ari Sulistyawati, beberapa kebutuhan ibu nifas yang harus dipenuhi:⁵⁶

1) Kebutuhan gizi ibu menyusui

Tambahan makanan bagi ibu yang menyusui ASI eksklusif sangat diperlukan. Sebanyak 800 kkal tambahan makanan untuk memproduksi ASI dan sebagai energi untuk aktivitas ibu sendiri. Pemenuhan gizi tersebut antara lain mengkonsumsi tambahan kalori sebanyak 500 kkal per hari, diet berimbang cukup protein, mineral, dan vitamin. Minum minimal 3 liter/ hari terutama setelah menyusui, mengkonsumsi tablet zat besi selama nifas, serta minum kapsul vitamin A 200 unit.

2) Ambulansi dini

Tidak dibenarkan pada pasien dengan penyakit anemia, jantung, paru-paru, demam, dan keadaan lain yang masih membutuhkan istirahat. Adapun keuntungan ambulansi dini antara lain ibu akan merasa lebih sehat dan kuat, faal usus dan kandung kemih menjadi lebih baik, serta memungkinkan bidan untuk memberi bimbingan kepada ibu mengenai cara merawat bayi.

3) Istirahat

Kebutuhan istirahat bagi ibu menyusui minimal 8 jam sehari, dipenuhi melalui istirahat malam dan siang. Kurang istirahat akan menyebabkan beberapa kerugian, misalnya:

- a) Mengurangi jumlah ASI yang diproduksi
- b) Memperlambat proses involusi uterus dan memperbanyak perdarahan
- c) Menyebabkan depresi dan ketidaknyamanan untuk merawat bayi dan dirinya sendiri.

4) Perawatan payudara

Perawatan payudara telah dimulai sejak wanita hamil. Hal ini bertujuan supaya puting susu lemas, tidak keras dan kering sebagai persiapan untuk menyusui bayinya. Faktor yang

mempengaruhi produksi ASI adalah motivasi diri dan dukungan dari suami serta keluarga untuk menyusui bayinya, adanya pembengkakan payudara karena bendungan ASI, kondisi status gizi ibu yang buruk dapat mempengaruhi kuantitas dan kualitas ASI, ibu yang lelah atau kurang istirahat atau stress. Oleh karena itu perlu dilakukan perawatan payudara secara rutin, serta lebih sering menyusui tanpa dijadwal sesuai dengan kebutuhan bayinya. Semakin sering bayi menyusu dan semakin kuat daya hisapnya, payudara akan memproduksi ASI lebih banyak.

5) Senam nifas

Untuk mencapai hasil pemulihan otot yang maksimal dan ibu merasa lebih rileks, mengurangi rasa kecemasan, dan lebih segar. Sebaiknya latihan masa nifas dilakukan seawal mungkin dengan catatan ibu menjalani persalinan normal dan tidak ada penyulit.

f. Adaptasi Psikologis Masa Nifas

1) Perubahan emosi normal pada masa nifas

Pada masa nifas, selain perubahan fisik juga terdapat perubahan psikologis, antara lain:⁵⁷

- a) Perubahan emosi yang tidak konsisten, kadang bahagia kadang sedih.
- b) Ungkapan perasaan lega setelah melahirkan, baik normal maupun operasi.
- c) Perasaan tidak ingin jauh dari bayinya dan ingin merawat bersama pasangan.
- d) Ketakutan terkait peran baru sebagai ibu.
- e) Merasa lelah.

2) Fase perubahan psikologi ibu nifas setelah melahirkan. Ibu akan melewati tiga fase:^{58,57}

- a) *Taking-in*

Fase bergantung atau *taking-in* terjadi pada 1-2 hari setelah melahirkan dimana ibu lebih fokus dengan kondisinya. Ibu sangat tertarik menceritakan pengalaman melahirkan. Ibu dapat bertingkah pasif dan bergantung kepada orang lain dalam hal istirahat, makan dan informasi tentang bayinya, bukan cara merawat bayi. Tingkah laku ini dapat diobservasi pada jam-jam pertama kelahiran.^{58,57} Hal yang perlu diperhatikan pada fase ini adalah istirahat cukup, komunikasi yang baik dan asupan nutrisi.

b) *Taking-hold*

Pada waktu ini berlangsung selama 3-10 hari dimana ibu menginginkan keadaannya cepat pulih seperti keadaan sebelum melahirkan, meskipun dirinya masih merasakan kelelahan karena perubahan hormonal. Mulai fokus dengan kondisi bayinya. Adanya dukungan sangat berpengaruh besar untuk ibu dan keluarga. Jika terdapat stresor yang minim dukungan maka dengan mudah dapat timbul perasaan pesimis.^{58,57} Hal yang perlu diperhatikan adalah komunikasi yang baik, dukungan dan pemberian penyuluhan/ pendidikan kesehatan tentang perawatan diri dan bayinya. Tugas bidan yaitu mengajarkan cara perawatan bayi, cara menyusui yang benar, cara perawatan luka jahitan, senam nifas, pendidikan kesehatan gizi, istirahat, kebersihan diri dan lain-lain.

c) Fase *Letting-go*

Fase ini terjadi setelah 10 hari setelah melahirkan dimana ibu dan pasangan mulai beradaptasi dalam berperan sebagai orang tua baru. Kebutuhan akan istirahat masih diperlukan ibu untuk menjaga kondisi fisiknya. Dimulainya hubungan keintiman seksual, kebanyakan

pada minggu ketiga atau keempat setelah melahirkan. Depresi paska melahirkan umumnya terjadi pada fase ini.^{58,57}

g. Program Pelayanan Nifas

Menurut Kemenkes RI, pelayanan kesehatan ibu masa nifas dilakukan paling sedikit empat kali yaitu pada 6 jam - 2 hari, 3-7 hari, 8-28 hari dan 29-42 hari.⁹ Kunjungan ini bertujuan untuk menilai status ibu dan bayi baru lahir juga untuk mencegah, mendeteksi, serta menangani masalah-masalah yang terjadi, antara lain:

- 1) Kunjungan pertama, dilakukan 6 jam-2 hari setelah persalinan. Tujuan kunjungan pertama adalah:
 - a) Mencegah perdarahan masa nifas oleh karena atonia uteri.
 - b) Mendeteksi dan perawatan penyebab lain perdarahan serta melakukan rujukan bila perdarahan berlanjut.
 - c) Memberikan konseling pada ibu dan keluarga tentang cara mencegah perdarahan yang disebabkan oleh atonia uteri.
 - d) Pemberian ASI awal.
 - e) Mengajarkan cara mempererat hubungan antara ibu dan bayi baru lahir.
 - f) Menjaga bayi tetap sehat dengan mencegah terjadinya hipotermi.
 - g) Bidan harus menjaga ibu dan bayi untuk 2 jam pertama setelah kelahiran atau sampai keadaan ibu dan bayi baru lahir dalam keadaan stabil.
- 2) Kunjungan kedua dilakukan hari ke 3-7 setelah persalinan. Tujuan kunjungan kedua adalah:
 - a) Memastikan involusi uterus berjalan dengan normal, uterus berkontraksi dengan baik, tinggi fundus uteri di bawah umbilikus, tidak ada perdarahan abnormal.

- b) Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi dan perdarahan
 - c) Memastikan ibu mendapat makanan yang bergizi dan cukup cairan
 - d) Memastikan ibu menyusui dengan baik dan benar serta tidak ada tanda kesulitan menyusui.
 - e) Memberikan konseling tentang perawatan bayi baru lahir.
- 3) Kunjungan ketiga dilakukan hari ke 8-28 setelah persalinan. Tujuan kunjungan ketiga sama dengan kunjungan kedua.
- 4) Kunjungan keempat dilakukan hari ke 29-42 setelah persalinan. Tujuan kunjungan keempat adalah:
- a) Menanyakan penyulit-penyulit yang dialami ibu selama masa nifas.
 - b) Memberikan konseling KB secara dini.

Pelayanan pasca persalinan atau masa nifas harus terselenggara untuk memenuhi kebutuhan ibu dan bayi, meliputi upaya pencegahan, deteksi dini masalah yang terjadi dan pengobatan komplikasi atau penyakit yang mungkin terjadi, serta penyediaan pelayanan pemberian ASI, cara menjarangkan kehamilan, imunisasi bayi dan kebutuhan nutrisi bagi ibu.¹¹

h. Kewenangan Bidan

Dalam penyelenggaraan Praktik Kebidanan, bidan memiliki kewenangan untuk memberikan pelayanan kesehatan ibu pada masa nifas dan masa menyusui berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 28 Tahun 2017 tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Bidan pasal 19, yaitu:⁴⁴

- 1) Penanganan kegawatdaruratan, dilanjutkan dengan rujukan;
- 2) Pemberian vitamin A dosis tinggi pada ibu nifas;
- 3) Fasilitasi/ bimbingan inisiasi menyusui dini dan promosi air susu ibu eksklusif; dan
- 4) Penyuluhan dan konseling.

5. Keluarga Berencana

a. Pengertian Kontrasepsi

Menurut Rusmini dkk. (2017), kontrasepsi adalah menghindari atau mencegah terjadinya kehamilan sebagai akibat pertemuan antara sel telur yang matang dengan sel sperma tersebut.⁵⁹ Menurut Firdayanti (2012), kontrasepsi berasal dari kata “kontra” yang berarti mencegah atau melawan dan “konsepsi” yaitu pertemuan antara sel telur yang matang dan sel sperma yang mengakibatkan kehamilan. Upaya ini yang dapat bersifat sementara, dapat pula bersifat permanen.⁶⁰

b. Tujuan Kontrasepsi

Menurut Firdayanti, tujuan kontrasepsi dikategorikan dalam 3 fase, yaitu:⁶⁰

- 1) Fase menunda/ mencegah kehamilan, dimana pada fase menunda ini ditujukan pada pasangan usia subur dengan istri kurang dari 20 tahun dianjurkan untuk menunda kehamilannya.
- 2) Fase menjarangkan kehamilan, dimana pada periode usia istri antara 20-35 tahun merupakan periode usia paling baik untuk melahirkan dengan jumlah anak 2 orang dan jarak antara kehamilan 2-4 tahun, ini dikenal dengan catur warga.
- 3) Fase menghentikan/ mengakhiri kehamilan/ kesuburan, dimana periode ini umur istri diatas 30 tahun terutama 35 tahun sebaiknya mengakhiri kesuburan setelah mempunyai 2 orang anak.⁶⁰

c. Efektifitas Kontrasepsi

Efektifitas kontrasepsi yang digunakan bergantung pada kesesuaian pengguna dengan intruksi. Perbedaan keberhasilan juga tergantung pada tipikal penggunaan (yang terkadang tidak konsisten) dan penggunaan sempurna yang mengikuti semua intruksi dengan benar dan tepat.⁶¹

d. Faktor-faktor yang Berperan dalam Pemilihan Kontrasepsi

Menurut Proverawati (2010), faktor yang berperan dalam pemilihan kontrasepsi adalah:⁶²

- 1) Faktor pasangan dan motivasi
 - a) Umur
 - b) Gaya hidup
 - c) Frekuensi senggama
 - d) Jumlah keluarga yang diinginkan
 - e) Pengalaman dengan metode kontrasepsi yang lalu
 - 2) Faktor kesehatan
 - a) Status kesehatan
 - b) Riwayat haid
 - c) Riwayat keluarga
 - d) Pemeriksaan fisik dan panggul
 - 3) Faktor metode kontrasepsi
 - a) Efektifitas
 - b) Efek samping
 - c) Biaya
- e. Jenis-jenis Kontrasepsi

Jenis-jenis metode kontrasepsi antara lain:

1) Metode Alamiah

a) Senggama terputus (*Coitus Interruptus*)

Senggama terputus adalah metode keluarga berencana tradisional, dimana pria mengeluarkan alat kelaminnya dari vagina sebelum pria mencapai ejakulasi sehingga sperma tidak masuk ke dalam vagina dan kehamilan dapat dicegah.⁶³

b) Pantang berkala

Prinsip pantang berkala ialah tidak melakukan senggama pada masa subur istri, untuk menentukan masa subur istri dipakai 3 patokan yaitu:

- (1) Ovulasi terjadi 14 kurang 2 hari sebelum haid yang akan datang.
- (2) Sperma dapat hidup dan membuahi dalam 48 jam setelah ejakulasi.
- (3) Ovum dapat hidup 24 jam setelah ovulasi.

Jadi jika konsepsi ingin dicegah, koitus harus dihindari sekurang-kurangnya selama 3 hari (72 jam) yaitu 48 jam sebelum ovulasi dan 24 jam sesudah ovulasi terjadi.⁶³

c) Metode suhu basal

Menjelang ovulasi suhu basal tubuh akan turun dan kurang lebih 24 jam setelah ovulasi suhu basal akan naik lagi sampai lebih tinggi dari pada suhu sebelum ovulasi. Suhu basal dapat meningkat sebesar 0,2-0,5°C ketika ovulasi.⁶⁴

d) Metode lendir serviks/ *Metode Ovulasi Billings* (MOB)

Metode mukosa serviks atau metode ovulasi merupakan metode keluarga berencana alamiah (KBA) dengan cara mengenali masa subur dari siklus menstruasi dengan mengamati lendir serviks dan perubahan rasa pada vulva menjelang hari-hari ovulasi.

Lendir kental, keruh, kekuningan dan lengket jika direntangkan di antara kedua jari akan putus menunjukkan masa tidak subur. Saat lendir serviks menjadi basah, jernih, licin dan elastis, apabila dipegang di antara dua jari, lendir dapat diregangkan dengan mudah tanpa terputus menunjukkan masa subur (pantang bersenggama). Namun, selama hari-hari kering (tidak ada lendir) setelah menstruasi, senggama tergolong aman pada dua hari setelah menstruasi.⁶⁵

e) Metode *Amenorhea* Laktasi (MAL)

Metode kontrasepsi sementara yang mengandalkan pemberian Air Susu Ibu (ASI) secara eksklusif, artinya

hanya diberikan ASI saja tanpa tambahan makanan dan minuman lainnya.⁶⁶

2) Metode *Barrier*

a) Kondom Pria

Suatu selubung atau sarung karet yang terbuat dari berbagai bahan diantaranya lateks (karet), plastik (vinil), atau bahan alami (produksi hewani) yang dipasang pada penis (kondom pria) atau vagina (kondom wanita) pada saat berhubungan seksual.⁶⁷ Menurut Purwoastuti, kondom adalah jenis alat kontrasepsi yang digunakan untuk mencegah kehamilan dan infeksi penyakit kelamin dengan cara menghentikan sperma untuk masuk kedalam vagina.⁶⁶

b) Kondom Wanita

Kondom wanita merupakan plastik *polyuterhane* yang lentur berbentuk tabung dengan panjang kira-kira 15 cm dan diameter 7 cm, salah satu ujungnya tertutup, ujung bawah yang terbuka dilingkari cincin lunak yang ditempatkan pada vagina.⁶⁰

c) Diafragma

Diafragma adalah kap berbentuk bulat cembung terbuat dari karet yang diinsersikan ke dalam vagina sebelum melakukan hubungan seksual dan menutup serviks.

d) Spermisida

Spermisida adalah bahan kimia (biasanya *non oksinol-9*) digunakan untuk menonaktifkan atau membunuh sperma. Dikemas dalam bentuk aerosol (busa), tablet vagina, *suppositoria* atau *dissolvable film* dan krim.⁶⁷

3) Metode Kontrasepsi Hormonal

Kontrasepsi hormonal adalah alat atau obat kontrasepsi yang bertujuan untuk mencegah terjadinya ovulasi dimana bahan bakunya mengandung *preparat* estrogen dan progesteron.⁶⁸

Berdasarkan jenis dan cara pemakaiannya dikenal 3 macam kontrasepsi hormonal yaitu kontrasepsi Oral (Pil), suntikan, dan kontrasepsi implant.⁶⁷

a) Kontrasepsi Oral (Pil)

Kontrasepsi pil dapat berupa pil kombinasi (berisi hormon estrogen dan progesteron) atau hanya berisi progesteron saja. Pil kontrasepsi bekerja dengan cara mencegah terjadinya ovulasi dan mencegah terjadinya penebalan dinding rahim.

Jenis-jenis kontrasepsi oral yang beredar terbagi dua:

- (1) Pil KB kombinasi berisi dua hormon yaitu estrogen dan progesteron. Cara kerja dari pil kombinasi yaitu dengan menekan ovulasi, mencegah implantasi, lendir serviks mengental sehingga sulit dilalui oleh sperma, pergerakan tuba terganggu sehingga transportasi telur dengan sendirinya akan terganggu pula. Jenis-jenis pil kombinasi antara lain; monofasik, bifasik, trifasik.⁶⁷
- (2) Pil KB progesteron mengandung progesteron. Pil ini dipersiapkan untuk ibu yang sedang menyusui.⁶⁷

b) Kontrasepsi Suntikan

Jenis-jenis kontrasepsi suntik yang sering digunakan di Indonesia antara lain:

- (1) Suntikan 1 bulan yang berisi hormon estrogen dan progesteron. Jenis suntik kombinasi ini mengandung 25 mg *Depo Medroksi progesteron Asetat* dan 5 mg *Estradiol Sipionat* yang diberikan secara injeksi I.M (*intramuscular*) sebulan sekali, dan 50 mg noretindron Enantat dan 5 mg *Estradiol valerat* yang diberikan injeksi IM (*intramuscular*) sebulan sekali. Contohnya *cyclofem*.

(2) Suntikan 3 bulan yang berisi hormon progesteron, contohnya *depo provera*, *depo progestin*.⁶⁸ Tersedia 2 jenis kontrasepsi yang mengandung progestin yaitu *Depo Medroksiprogesteron Asetat* (DMPA), mengandung 150 mg DMPA yang diberikan setiap 3 bulan dengan cara disuntik IM (*intramuskular*) dan *Depo noretisteron Enanta* (*Depo noristeran*), yang mengandung 200 mg *noretindron Enantan*, diberikan setiap 2 bulan dengan cara suntik IM (*intramuskular*).⁶⁷

c) Implant

(1) Norplant terdiri dari 6 batang silastik lembut berrongga dengan panjang 3,4 cm, diameter 2,4 mm, berisi 36 mg *levonogestrel* dengan lama kerja lima tahun.

(2) Jadena dan indoplant, terdiri dari dua batang silastik lembut berongga dengan panjang 4,3 cm berdiameter 2,5 mm, berisi 75 mg *levonogestrel* dengan lama kerja 3 tahun.

(3) Implanon, terdiri dari satu batang silastik lembut dengan berongga dengan panjang kira-kira 4,0 cm diameter 2 mm, berisi 68 mg *ketodesogestrel* dengan lama kerja 3 tahun.⁶³

4) Kontrasepsi Non Hormonal

Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR)

AKDR adalah alat kontrasepsi yang dimasukkan didalam rahim untuk menghambat kemampuan sperma untuk masuk ke tuba fallopi.⁶⁷

5) Metode Mantap

a) Tubektomi

Tubektomi adalah prosedur bedah sukarela untuk menghentikan fertilitas (kesuburan) seorang perempuan secara permanen dengan mengokulasi tuba fallopi mengikat

dan memotong atau memasang cincin sehingga sperma tidak dapat bertemu dengan ovum.

b) Vasektomi

Vasektomi adalah prosedur klinik untuk menghentikan kapasitas reproduksi pria dengan jalan melakukan okulasi *vas deference* sehingga alat transportasi sperma terhambat dan proses fertilisasi (penyatuan dengan ovum) tidak terjadi.⁶⁰

f. Pemilihan Kontrasepsi pada klien menyusui

Menurut Pinem, pemilihan kontrasepsi pada klien yang menyusui:⁶⁹

- 1) Tidak memerlukan kontrasepsi pada 6 minggu pascapersalinan, bahkan pada klien yang menggunakan Metode Amenorea Laktasi (MAL) waktu tersebut dapat sampai 6 bulan.
- 2) Kontrasepsi kombinasi (merupakan pilihan terakhir):
 - a) Jangan dipakai sebelum 6-8 minggu pasca persalinan karena akan mengurangi ASI dan mempengaruhi tumbuh kembang bayi.
 - b) Sebaiknya tidak dipakai dalam waktu 6 minggu sampai dengan 6 bulan pascapersalinan. Selama 3 minggu pascapersalinan meningkatkan resiko masalah pembekuan darah.
- 3) Progestin
 - a) Selama 6 minggu pascapersalinan mempengaruhi tumbuh kembang bayi.
 - b) Tidak ada pengaruh terhadap ASI
 - c) Perdarahan ireguler dapat terjadi
- 4) AKDR
 - a) Dapat dipasang langsung pascapersalinan, sewaktu *sectio cesarea*, atau sesudah 48 jam pascapersalinan.
 - b) Sesudah 4-6 minggu pascapersalinan.

- c) Jika haid sudah dapat, insersi dilakukan sesudah yakin tidak ada kehamilan.
- 5) Kondom
- Kondom dapat digunakan setiap saat, tidak ada pengaruhnya terhadap laktasi.
- 6) Klien tidak menyusui
- a) Kondom dan MAL dapat segera digunakan.
 - b) Kontrasepsi hormonal dapat dimulai 3 minggu pascapersalinan, lebih dari 6 minggu pascapersalinan atau sesudah mendapat haid (setelah yakin tidak ada kehamilan).

BAB III

PEMBAHASAN

A. Pengkajian

1. Asuhan Kehamilan

Pada kasus ini, ibu hamil trimester 3 mengalami kekurangan energi kronik (KEK). Menurut Sipahutar (2013), Kekurangan Energi Kronik (KEK) adalah keadaan dimana ibu mengalami malnutrisi yang disebabkan kekurangan satu atau lebih zat gizi makanan yang berlangsung menahun (kronik) yang mengakibatkan timbulnya gangguan kesehatan pada ibu secara relatif atau absolut.¹⁸

Berdasarkan hasil pengkajian, Ny. DW mengeluh insomnia. Menurut Varney, nyeri insomnia biasanya akan meningkat intensitasnya seiring pertambahan usia kehamilan karena insomnia merupakan akibat berat uterus yang membesar dan diperperat dengan gerakan janin yang aktif.¹³

Pada hasil pengkajian, ibu juga mengeluh kenceng-kenceng tidak teratur. Menurut Varney (2015), salah satu tanda persalinan yaitu terjadi *Braxton Hicks* yang akan semakin teratur menjelang persalinan. Kontraksi *Braxton Hicks* terjadi karena perenggangan sel-sel otot uterus yang semakin bertambah besar.¹³

Berdasarkan hasil pengkajian, Ny. DW melakukan pemeriksaan ANC secara rutin baik di PMB, Puskesmas dan Klinik sebanyak 12 kali. Menurut Kementerian Kesehatan RI (2020), menyatakan bahwa kunjungan antenatal pada kehamilan normal dilakukan minimal 6 kali yaitu dua kali pada trimester pertama, satu kali pada trimester kedua, dan dua kali pada trimester ketiga.⁷⁰

Ibu telah mendapatkan suntikan imunisasi TT sebanyak lima kali dan terakhir diberikan pada tanggal 24 Februari 2024. Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) merekomendasikan 5 dosis berturut-turut vaksinasi tetanus toksoid (TT) untuk wanita usia subur agar bayinya

terlindung dari tetanus. Wanita dan bayi baru lahir berisiko tinggi tertular tetanus terkait dengan proses persalinan.⁷¹

Pada saat pemeriksaan awal kehamilan didapatkan LILA 23 cm dan Indeks Massa Tubuh (IMT) 17,6 kg/ m². Menurut Kemenkes RI (2018), IMT di bawah 18,5 kg/ m² termasuk dalam kategori kurus.⁷² WHO *Collaborative Study* menunjukkan bahwa Lingkar Lengan Atas (LILA) 21 cm-23 cm memiliki risiko signifikan untuk Bayi dengan Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) sebesar 95%. Ibu hamil dengan risiko KEK diperkirakan akan melahirkan berat badan bayi lahir rendah (BBLR). BBLR mempunyai risiko kematian, gizi kurang, gangguan pertumbuhan dan gangguan perkembangan anak.¹⁹

Menurut *Guidance for Healthy Weight Gain in Pregnancy* (2014), rekomendasi kenaikan berat badan selama hamil untuk ibu dengan kategori kurus antara 12,5 kg hingga 18 kg. Kenaikan yang terjadi pada Ny. DW selama kehamilan sebesar 11,5 kg, dan kenaikan ini belum sesuai dengan rekomendasi.

Berdasarkan hasil pengkajian terhadap Ny. DW, ditemukan bahwa ibu mengalami masalah kecemasan pada kehamilan trimester III. Ibu cemas dan khawatir akan proses persalinannya. Pada kehamilan trimester ke III sejumlah ketakutan muncul, saat hamil wanita cenderung merasa cemas terhadap kehidupan bayi maupun kehidupannya sendiri. Perasaan takut dan cemas pada ibu hamil yang berlebihan dapat menyebabkan stress.²⁵ Kecemasan ibu hamil terdiri dari 3 (tiga) komponen yaitu rasa takut melahirkan, takut melahirkan anak cacat fisik atau mental, dan perhatian tentang penampilan seseorang.⁷³

Pada pemeriksaan laboratorium trimester ketiga didapatkan Hb 12 gr/dl, HbsAg non reaktif, HIV non reaktif, Sipilis non reaktif, protein urin negatif. Pemeriksaan kadar hemoglobin darah ibu hamil dilakukan minimal sekali pada trimester pertama dan sekali pada trimester ketiga. Pemeriksaan ini ditunjukkan untuk mengetahui ibu

hamil tersebut menderita anemia atau tidak selama kehamilannya karena kondisi anemia dapat mempengaruhi proses tumbuh kembang janin dalam kandungan. Pemeriksaan kadar hemoglobin darah ibu hamil pada trimester kedua dilakukan atas indikasi. Di daerah epidemi HIV meluas dan terkonsentrasi, tenaga kesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan wajib menawarkan tes HIV kepada semua ibu hamil secara inklusif pada pemeriksaan laboratorium rutin lainnya saat pemeriksaan antenatal atau menjelang persalinan.⁷⁴

2. Asuhan Persalinan dan Bayi Baru Lahir

Ny. DW mengeluh kenceng-kenceng teratur dan keluar lendir bercampur darah sejak tanggal 10 Maret 2024, jam 21.00 WIB, ibu merasa belum mengeluarkan cairan ketuban. Ibu mengatakan gerakan janin aktif. Menurut Sondakh (2013) dan Kurniarum (2016), tanda-tanda dimulainya persalinan adalah terjadinya kontraksi/ his persalinan, *bloody show* (lendir disertai dengan darah, *premature rupture of membrane* (pecah ketuban), penipisan dan pembukaan servik.^{25,28}

Pada pemeriksaan palpasi abdomen didapatkan TFU 30 cm, sehingga taksiran berat janin yaitu 2945 gram, presentasi kepala dan kepala telah masuk panggul. Kontraksi teratur tiap 2x dalam 10 menit selama 25 detik tiap kontraksi. Pemeriksaan dalam, tanggal 11 Maret 2024, jam 08.30 WIB, didapatkan vulva dan uretra tenang, dinding vagina licin, porsio menipis lunak, pembukaan 3 cm, selaput ketuban (+), air ketuban (-), presentasi kepala, kepala di Hodge II, STLD (+). Menurut Kurniarum (2016), sifat kontraksi uterus yang merupakan tanda persalinan yaitu nyeri melingkar dari punggung menyebar ke perut bagian depan, pinggang terasa sakit dan menjalar ke depan, sifatnya teratur dengan interval makin lama makin pendek dan kekuatannya makin besar, mempunyai pengaruh pada pendataran dan atau pembukaan serviks, semakin beraktifitas ibu akan menambah kekuatan kontraksi, kontraksi uterus mengakibatkan perubahan pada

servix dengan frekuensi minimal 2 kali dalam 10 menit. Kontraksi yang terjadi dapat menyebabkan pendataran, penipisan dan pembukaan serviks.²⁸

Berdasarkan hasil pengkajian terhadap Ny. DW, ditemukan bahwa ibu memiliki masalah kecemasan. Ibu merasa khawatir persalinan yang dijalani akan berlangsung lama. Persalinan yang disertai dengan masalah kecemasan akan dapat mempengaruhi kelancaran proses persalinan. Ibu juga mengeluh nyeri saat kontraksi timbul. Berdasarkan penelitian Tzeng (2017), bahwa selama proses persalinan, nyeri, kecemasan, dan kelelahan berkorelasi signifikan, tidak peduli apakah peserta telah menerima *Epidural Analgesia* (EDA) atau tidak, terutama selama fase laten dan kala II (pembukaan 10).⁷⁵ Sedangkan menurut Sunarsih (2019), terdapat hubungan antara tingkat kecemasan dengan nyeri ibu inpartu kala I fase aktif. Bagi ibu yang akan menjalani proses persalinan hendaknya menggali informasi tentang fisiologis persalinan agar ibu bersalin mampu mencegah terjadinya kecemasan selama proses persalinan.⁷⁶ Berdasarkan hasil penelitian Sariati (2016), pola hubungan antara kecemasan dengan nyeri berpola seperti spiral yang ujungnya membesar. Dengan semakin majunya proses persalinan, perasaan ibu akan semakin cepat cemas dan rasa cemas tersebut menyebabkan rasa nyeri yang semakin intens, demikian pula sebaliknya.⁷⁷

Pada pukul 19.45 WIB, ibu mengeluh keluar cairan dari jalan lahir, mengatakan kenceng-kenceng tambah sering dan ada dorongan mengejan. Tampak vulva anus membuka dan perineum menonjol. Pada pemeriksaan dalam didapatkan hasil vulva uretra tenang, dinding vagina licin, porsio tak teraba, pembukaan 10 cm, selaput ketuban tidak teraba, presentasi kepala, kepala turun hodge III+, air ketuban jernih, DJJ 136 x/ menit, frekuensi kontraksi rahim semakin sering dengan durasi semakin lama yaitu 4 kali tiap 10 menit selama 45 detik pada setiap kontraksi. Menurut Sondakh (2013) dan Kurniarum (2016),

tanda dan gejala persalinan kala II yaitu keinginan ibu untuk mengejan akibat tertekannya pleksus *frankenhauser*, perineum menonjol, vulva, vagina dan *sphincter* anus membuka, his semakin kuat dan lebih cepat dengan interval 2 sampai 3 menit dengan durasi 50 sampai 60 detik, pembukaan lengkap (10 cm).^{25,28}

Bayi lahir secara spontan pada tanggal 11 Maret 2024, jam 20.15 WIB dengan usia kehamilan 38 minggu 5 hari. Bayi yang dilahirkan langsung menangis, kulit tampak kemerahan dan bergerak aktif. Berdasarkan hasil penilaian awal tersebut, bayi berada dalam kondisi normal. Berdasarkan klasifikasi bayi baru lahir menurut masa gestasinya, bayi Ny. DW termasuk dalam klasifikasi cukup bulan (37-42 minggu). Tanda-tanda bayi lahir sehat yaitu berat badan bayi 2500-4000 gram, umur kehamilan 37-40 mg, bayi segera menangis, bergerak aktif, kulit kemerahan, mengisap ASI dengan baik dan tidak ada cacat bawaan.⁴⁵

Bayi dilakukan IMD selama kurang lebih 1 jam. IMD adalah proses bayi menyusu segera setelah dilahirkan dimana bayi dibiarkan menyusu sendiri tanpa dibantu orang lain. Setelah bayi lahir dan tali pusat dipotong, segera letakkan bayi tengkurap di dada ibu, kulit bayi kontak dengan kulit ibu untuk melaksanakan proses IMD selama 1 jam. Sebagian besar bayi akan berhasil melakukan IMD dalam waktu 60-90 menit, menyusu pertama biasanya berlangsung pada menit ke-45-60 dan berlangsung selama 10-20 menit dan bayi cukup menyusu dari satu payudara.⁷⁹

Persalinan kala II yang dialami Ny. DW berlangsung selama 30 menit. Menurut Kurniarum (2016), persalinan kala II pada primigravida berlangsung rata-rata 1,5 jam dan multipara rata-rata 0,5 jam. Sedangkan menurut Cunningham (2014) Lama kira-kira persalinan kala II pada nulipara 50 menit dan pada multipara sekitar 20 menit.^{28,22} Menurut Thornton, persalinan kala II dianggap lambat/ lama jika bayi tidak segera lahir setelah dua jam pada nullipara dan satu jam

pada multipara. Ditahap ini persalinan pervaginam operatif harus dipertimbangkan.³¹ Persalinan kala dua yang berkepanjangan pada wanita nulipara berhubungan dengan kejadian korioamnionitis dan sepsis neonatal pada bayi baru lahir.⁸⁰

Berdasarkan hasil pengkajian setelah bayi lahir, ibu mengeluh perut terasa mulas dan pada pemeriksaan fisik terdapat tanda-tanda, yaitu semburan darah dari jalan lahir, uterus berkontraksi, tali pusat bertambah panjang. Menurut Milton (2019), tiga tanda klasik berikut ini menunjukkan bahwa plasenta telah lepas dari rahim yaitu rahim berkontraksi dan naik, tali pusat tiba-tiba memanjang dan terjadi semburan darah.³²

Plasenta lahir secara spontan pada tanggal 11 Maret 2024, jam 20.20 WIB. Ny. DW membutuhkan waktu selama 5 menit untuk melahirkan plasenta. Menurut Milton (2019), lahirnya plasenta biasanya terjadi dalam 5-10 menit setelah kelahiran janin, tetapi masih dianggap normal hingga 30 menit setelah kelahiran janin. Sedangkan menurut Smith (2020), lama persalinan kala ketiga biasanya 5-15 menit. Batas waktu absolut untuk lahirnya plasenta tanpa perdarahan yang signifikan, masih belum jelas.³²

Setelah IMD, dilakukan pemeriksaan antropometri dan pemeriksaan fisik pada bayi. Pada pemeriksaan antropometri didapatkan berat badan lahir 3620 gram, panjang badan 50 cm, lingkaran kepala 34 cm, lingkaran dada 33 cm, lingkaran lengan 11 cm. Bayi Ny. DW berjenis kelamin perempuan. Pemeriksaan fisik bayi menunjukkan bayi dalam keadaan normal, tidak ada kelainan maupun kecacatan. Pada usia 1 jam setelah lahir, bayi belum mengeluarkan mekonium dan belum BAK. Menurut Rochmah (2012), Ciri-ciri bayi normal yaitu, bayi lahir aterm antara 37-42 minggu, berat badan 2.500-4.000 gram, panjang badan 48-52 cm, lingkaran dada 30-38 cm, lingkaran kepala 33-35 cm, lingkaran lengan 11-12 cm, frekuensi denyut jantung 120-160x/menit pernapasan 40-60x/menit, kulit kemerah-merahan dan licin

karena jaringan subkutan yang cukup, eliminasi baik yang ditandai dengan keluarnya mekonium dalam 24 jam pertama dan berwarna hitam kecoklatan.⁴⁶

Berdasarkan hasil pengkajian pada 2 jam setelah persalinan, Ny. DW mengatakan perutnya masih terasa mulas, ini merupakan tanda bahwa rahim berkontraksi. Pada pemeriksaan fisik, rahim ibu berkontraksi dengan keras. Ibu tidak mengalami perdarahan pada persalinan kala IV, darah yang keluar selama observasi kala IV sekitar 50 cc. Menurut Cunningham (2014), segera dan selama sekitar satu jam atau lebih setelah melahirkan, miometrium tetap dalam keadaan kontraksi terus-menerus dan retraksi. Ini secara langsung akan menekan pembuluh darah besar uterus dan memungkinkan lumen trombosis untuk mencegah perdarahan.²²

Pada pemeriksaan fisik yang dilakukan terhadap Ny. DW setelah plasenta lahir, tinggi fundus uteri yaitu setinggi 2 jari di bawah pusat. Menurut Kurniarum (2016), setelah plasenta lahir tinggi fundus uteri kurang lebih 2 jari dibawah pusat. Otot-otot uterus berkontraksi, pembuluh darah yang ada diantara anyaman-anyaman otot uterus akan terjepit. Proses ini akan menghentikan perdarahan setelah plasenta dilahirkan.²⁸

3. Asuhan Nifas

Pada kunjungan nifas pertama yaitu hari I pasca persalinan. Ibu mengatakan ASI-nya masih sedikit.

Berdasarkan hasil pengkajian, ibu telah melakukan mobilisasi yaitu turun dari tempat tidur 2 jam paska melahirkan. Ibu sudah mampu duduk untuk menyusui bayinya. Mobilisasi perlu dilakukan agar tidak terjadi pembengkakan akibat tersumbatnya pembuluh darah Ibu. Pada persalinan normal, jika gerakannya tidak terhalang oleh pemasangan infus atau kateter dan tanda-tanda vitalnya juga memuaskan, biasanya Ibu diperbolehkan untuk ke kamar mandi dengan dibantu, satu atau dua jam setelah melahirkan secara normal.⁸²

Pada hasil pemeriksaan fisik, tanda-tanda vital dalam batas normal, ASI sudah keluar tapi sedikit, fundus uteri 3 jari di bawah pusat, kontraksi uterus kuat dan kandung kemih kosong. Jahitan perineum masih basah, namun tidak ada tanda-tanda infeksi dan pengeluaran pervagianam pada hari I postpartum berupa berwarna merah (*lochea rubra*). Menurut Prawirohardjo (2014), perubahan uterus/ involusi setelah plasenta lahir dengan TFU dua jari di bawah pusat dan berat uterus 750 gram. Menurut Anggraini (2010), *lochea rubra* keluar pada hari pertama hingga ketiga. *Lochea* ini berwarna merah dan mengandung sel desidua, verniks caseosa, rambut lanugo, sisa mekonium dan sisa darah.^{11,53}

Pada kunjungan nifas kedua pada tanggal 18 Maret 2024. Hasil pemeriksaan fisik hari ke-7, didapatkan tanda-tanda vital dalam batas normal, kontraksi uterus keras, fundus uteri pada pertengahan simpisis pusat, dan pengeluaran pervaginam minimal berwarna merah. Jahitan perineum telah menutup dan tidak ada tanda-tanda infeksi. Hal ini telah sesuai teori bahwa perubahan uterus pada 7 hari pasca persalinan yaitu setinggi pertengahan simpisis pusat, kontraksi uterus keras, pengeluaran pervaginam hari ke-3 sampai ke-7 pascapersalinan normalnya berwarna merah kuning berisi darah dan lendir disebut juga *lochea sanguinolenta*. Kondisi ini menandakan bahwa proses involusi berjalan dengan baik.^{11,53}

Pada kunjungan nifas ketiga (hari ke-15), ibu sudah mulai nyaman dengan kondisinya Ibu mengatakan produksi ASI-nya cukup banyak. Pada masa ini, ibu telah memasuki fase ketiga yaitu fase *letting go*. Fase ini terjadi setelah 10 hari setelah melahirkan dimana ibu dan pasangan mulai beradaptasi dalam berperan sebagai orang tua baru. Ibu sudah mulai dapat menyesuaikan diri dengan ketergantungan bayinya. Terjadi peningkatan akan perawatan diri dan bayinya. Ibu merasa percaya diri akan peran barunya, lebih mandiri dalam memenuhi kebutuhan dirinya dan bayinya. Kebutuhan akan istirahat

masih diperlukan ibu untuk menjaga kondisinya. Dimulainya hubungan keintiman seksual, kebanyakan pada minggu ketiga atau keempat setelah melahirkan. Depresi paska melahirkan umumnya terjadi pada fase ini.^{57,58}

Pada pemeriksaan fisik, didapatkan tanda-tanda vital dalam batas normal, fundus uteri sudah tidak teraba, dan pengeluaran pervaginam minimal berwarna kecoklatan. Tidak ada tanda-tanda infeksi nifas. Hal ini telah sesuai teori bahwa perubahan uterus pada 2 minggu pasca persalinan sudah tidak teraba, kontraksi uterus keras, pengeluaran pervaginam hari ke-7 sampai ke-14 pascapersalinan normalnya berwarna kuning disebut juga lochea serosa.^{11,53}

B. Analisis

1. Kehamilan

Berdasarkan anamnesa dan pemeriksaan fisik pada kehamilan trimester III tanggal 04 Maret 2024 dapat ditegakkan diagnosa Ny. DW, umur 20 tahun G1P0A0 Ah0 hamil 37 minggu 2 hari, janin tunggal, hidup, intrauterine, punggung kiri, presentasi kepala, masuk PAP dengan KEK. Masalah yang timbul pada Ny. DW adalah ketidaknyamanan ibu hamil trimester III yaitu insomnia. Dari masalah yang timbul maka kebutuhan yang diberikan yaitu KIE mengenai penyebab insomnia dan cara mengatasinya, KIE mengenai kebutuhan gizi untuk ibu hamil dengan KEK serta motivasi serta dukungan dalam menghadapi persalinan.

2. Persalinan

Berdasarkan anamnesa dan pemeriksaan fisik tanggal 11 Maret 2024, dapat ditegakkan diagnosa Ny. DW, umur 20 tahun G1P0A0 Ah0 hamil 38 minggu 5 hari, janin tunggal, hidup, intrauterine, punggung kiri, presentasi kepala, masuk PAP dengan KEK dalam persalinan kala I fase laten. Masalah yang timbul pada Ny. DW adalah kecemasan dalam menghadapi persalinan dan nyeri akibat kontraksi rahim. Dari masalah yang timbul maka kebutuhan yang diberikan yaitu

motivasi, dukungan sosial dengan menghadirkan suami sebagai pendamping persalinan dan mengajarkan teknik relaksasi.

3. Bayi Baru Lahir

Berdasarkan anamnesa dan pemeriksaan fisik pada tanggal 11 Maret 2024, jam 20.15 WIB, dapat ditegakkan diagnosa By. Ny. DW, umur 1 jam, bayi baru lahir cukup bulan, sesuai masa kehamilan, lahir spontan dengan keadaan normal. Masalah potensial yang dapat terjadi pada By. Ny. DW adalah hipotermi dan hipoglikemi. Dari masalah potensial tersebut, maka kebutuhan yang diberikan yaitu menjaga termoregulasi dan pemberian ASI sedini mungkin.

Menurut Rukiyah (2013), bayi baru lahir normal adalah bayi yang baru lahir dari kehamilan usia 37-42 minggu dan berat badan lahir 2500-4000 gram.⁴⁵ Menurut Rochmah (2012), Bayi cukup bulan (*term infant*), masa gestasinya 259-293 hari (37-42 minggu).⁴⁶ Dalam kasus ini bayi dilahirkan berumur 1 jam, bayi baru lahir cukup bulan dengan usia kehamilan 38 minggu 5 hari, sesuai masa kehamilan, lahir spontan dengan keadaan normal.

4. Nifas Hari ke-2, Hari ke-7, Hari ke-15

Berdasarkan anamnesa dan pemeriksaan fisik dapat ditegakkan diagnosa Ny. DW, umur 20 tahun P1A0 Ah1 postpartum spontan 2 hari, hari ke-7, hari ke-15 dalam keadaan normal. Masalah yang timbul pada hari pertama adalah ASI belum banyak dan salah satu puting datar. Dari masalah yang timbul maka kebutuhan yang diberikan yaitu KIE mengenai pijat oksitosin dan KIE mengenai cara mengatasi puting datar.

C. Penatalaksanaan

1. Kehamilan

Berdasarkan diagnosa dan masalah yang dialami ibu pada kehamilan trimester III, penatalaksanaan yang diberikan adalah menjelaskan hasil pemeriksaan pada pasien bahwa pemeriksaan tanda vital normal, LILA awal ibu: 23 cm dan IMT: 17,6 yang artinya ibu

termasuk dalam kategori kurus dan mengalami kekurangan energi kronik. Kenaikan BB 11 kg belum sesuai dengan rekomendasi kenaikan BB pada IMT kategori kurus. Menurut Susilowati (2016) Kenaikan berat badan pada masa kehamilan adalah tanda kehamilan yang sehat. Kenaikan berat badan akan membantu untuk mencegah risiko pada bayi dengan Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) dan mengurangi risiko penyakit yang dapat terjadi di masa dewasa, seperti: jantung, hipertensi, dan diabetes mellitus.⁸⁵

Ibu perlu dijelaskan tentang keluhan insomnia merupakan hal yang wajar karena semakin membesarnya uterus disertai gerakan janin yang aktif. Cara untuk mengurangi adalah dapat bermeditasi atau menyetel musik sebelum tidur untuk menenangkan pikiran. Selain itu juga dapat melakukan pijatan ringan dengan *essential oil*.⁸⁶

Ibu perlu diberikan edukasi mengenai gizi seimbang dan jenis-jenis makanan yang mengandung zat besi. Makan dengan makanan yang mengandung karbohidrat (nasi, jagung, ketela), protein (ikan, daging, telur, tahu tempe, kacang-kacangan), vitamin dan mineral (sayuran dan buah-buahan). Makanan yang mengandung zat besi antara lain bayam, kacang kedelai, tahu, kacang-kacangan, kentang, ikan, hati, daging merah dan dapat ditambah dengan minum susu. Kebutuhan protein ibu hamil memasuki trimester akhir diperkirakan 10 gram/ hari atau 2gr/ kg/ hari, sedangkan kalori sebanyak 2500-2700 kalori/ hari. Kalori dapat ditemukan pada ubi, kentang, jagung, nasi, dan roti.²¹ Jika asupan kalori kurang memadai maka protein akan dimetabolisasi dan bukan disisakan untuk peran vital dalam pertumbuhan dan perkembangan janin.²²

Ibu perlu diberikan dukungan dan motivasi untuk selalu tenang optimis bahwa persalinannya akan berjalan dengan lancar. Berdasarkan penelitian Rinata (2018), dukungan keluarga berhubungan dengan kecemasan ibu hamil trimester III dengan p-value=0,003. Lebih dari separuh (57,1%) ibu hamil yang tidak

mendapat dukungan keluarga lebih banyak mengalami kecemasan sedang s.d. kecemasan berat dibandingkan responden yang mendapat dukungan keluarga atau suami.⁸⁷ Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Handayani (2015), yang menyatakan ada hubungan yang signifikan antara dukungan keluarga pada ibu dengan kecemasan ibu hamil trimester III.⁸⁸

Dukungan keluarga atau suami sangat mempengaruhi tingkat kecemasan pada ibu hamil trimester III menjelang proses persalinan. Karena dengan memberikan dukungan secara terus-menerus terhadap ibu hamil trimester III menjelang persalinan, dapat memberikan rasa aman dan nyaman. Sehingga dapat mengurangi tingkat kecemasan pada ibu hamil trimester III.⁸⁹

Dalam penatalaksanaan kasus ini, Ibu diberikan edukasi tanda bahaya kehamilan trimester 3, yaitu gerakan janin berkurang dari biasanya minimal 10 gerakan dalam 12 jam tiap hari, perdarahan dari jalan lahir, nyeri perut hebat, demam tinggi, kaki bengkak dan sakit kepala, pandangan berkunang-kunang, bengkak dibagian wajah dan tangan, nyeri ulu hati. Berdasarkan hasil penelitian, pemberian konseling tanda bahaya kehamilan terhadap ibu hamil akan merubah pengetahuan ibu hamil menjadi kategori baik dan dengan adanya pengetahuan yang baik akan merubah sikap ibu hamil menjadi positif dalam mengenali dan mendeteksi secara dini tanda bahaya kehamilan.

Penatalaksanaan selanjutnya yaitu memberi ibu terapi tablet tambah darah diminum sehari sekali dan kalsium diminum sehari sekali. Program pemberian tablet tambah darah untuk ibu hamil minimal 90 butir selama masa kehamilan merupakan salah bentuk mengatasi masalah anemia yang dirancang oleh pemerintah di Indonesia. Setiap tablet tambah darah mengandung zat besi yang setara dengan 60 mg besi elemental dalam bentuk *Ferro Sulfat*, *Ferro Fumarat* atau *Ferro Gluconat* dan *Asam Folat* sebesar 0,400 mg.⁹⁰ Dengan mengkonsumsi tablet rutin setiap hari dapat mengurangi

prevalensi anemia dan mencegah terjadinya anemia pada ibu hamil.⁹¹ Berdasarkan hasil penelitian, ibu hamil yang mengkonsumsi tablet ≥ 90 butir selama kehamilan mempunyai risiko mengalami masalah anemia lebih rendah daripada ibu hamil yang hanya mengkonsumsi tablet ≤ 90 butir selama kehamilan.⁹²

2. Persalinan

Dalam kasus ini, Ny. DW dilakukan tatalaksana yaitu menjelaskan pemeriksaan ibu dan janin dalam keadaan normal, pembukaan 3 cm dan ibu sudah memasuki masa persalinan fase laten. Pada kasus ini, ibu dianjurkan untuk memilih posisi yang nyaman tanpa membahayakan janin dan ibu bisa duduk ataupun tidur miring ke kiri ketika kenceng bertambah sering. Berdasarkan hasil penelitian Lawrence dkk., ada bukti yang jelas dan penting bahwa posisi berjalan dan berdiri didefinisikan sebagai berjalan dan berdiri tanpa berjalan (misalnya, duduk, berdiri, berlutut, jongkok dan merangkak), pada kala satu persalinan mengurangi durasi persalinan, risiko kelahiran caesar, kebutuhan epidural, dan tidak terkait dengan peningkatan intervensi atau efek negatif pada ibu dan kesejahteraan bayi.⁹³

Pada kasus ini, ibu dibimbing untuk melakukan relaksasi saat kontraksi datang, dengan cara menarik nafas panjang lewat hidung, kemudian dilepaskan dengan perlahan dan ditiupkan melalui mulut secara berulang. Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh Cicek dan Basar, bahwa teknik pernafasan adalah metode efektif dalam menurunkan tingkat kecemasan dan lamanya persalinan.⁹⁴

Pada persalinan kala I, ibu mengalami perasaan cemas terhadap proses persalinannya yang sedang berlangsung. Ibu diberikan dukungan dengan menghadirkan suami sebagai pendamping dalam proses persalinan. Menurut Retnowati (2016), dukungan keluarga merupakan salah satu faktor penting dalam menurunkan tingkat kecemasan pada ibu menjelang persalinan, mengingat proses persalinan tidak hanya melibatkan perubahan fisik tetapi juga

psikologis atau kejiwaan. Dukungan keluarga memiliki hubungan yang bermakna terhadap tingkat kecemasan pada ibu menjelang persalinan.⁹⁵ Hasil penelitian Sidabukke dan Siregar menyebutkan bahwa ada pengaruh faktor nyeri, keadaan fisik, riwayat kehamilan, riwayat ANC, dukungan suami terhadap kecemasan pada ibu (p -value <0.05).⁹⁶

Penelitian lain yang dilakukan di Iran tentang pengaruh kehadiran suami disamping istri selama persalinan menunjukkan dampak dukungan dan kehadiran suami saat proses persalinan memberikan memberikan pengaruh terhadap penurunan tingkat kecemasan pada ibu.⁹⁷ Berdasarkan hasil penelitian Warliana, faktor yang paling dominan berhubungan dengan tingkat kecemasan ibu bersalin kala I adalah dukungan suami dengan nilai $p=0,000$.⁹⁸ Dalam penatalaksanaan pada kasus ini, ibu didampingi suami untuk mendukung proses persalinan.

Berdasarkan hasil penelitian Pinar dan Demirel, ada penurunan tingkat rasa sakit dan kecemasan, dan sikap yang lebih positif terhadap persalinan setelah sentuhan terapeutik.⁹⁹ Dalam kasus ini, dilakukan pemijatan pada daerah punggung bagian bawah untuk rasa nyaman bagi ibu serta mengurangi rasa nyeri yang ibu rasakan saat kontraksi datang.

Observasi keadaan umum, tanda-tanda vital, DJJ dan his tiap 1 jam pada fase laten, 30 menit pada fase aktif dan pemeriksaan dalam 4 jam kemudian atau jika ada indikasi. Kondisi ibu dan bayi juga harus dinilai dan dicatat dengan seksama, yaitu: Denyut jantung janin setiap 30 menit, Frekwensi dan lamanya kontraksi uterus setiap 30 menit, Nadi setiap 30 menit, Pembukaan serviks setiap 4 jam, Penurunan bagian terbawah janin setiap 4 jam, Tekanan darah dan temperatur tubuh setiap 4 jam, Produksi urin, aseton dan protein setiap 2-4 jam.¹⁰

Pada kasus ini, ibu dibimbing untuk mengejan secara efektif yaitu mengejan saat puncak kontraksi, dengan mengambil nafas

panjang dan berhenti mengejan saat kontraksi berhenti. Menurut *Queensland Clinical Guidelines*, memotivasi wanita untuk mengejan diperlukan, namun naluri tubuhnya sendiri biasanya akan mengejan secara spontan. Ibu bersalin tidak diperbolehkan untuk mengejan terus-menerus dengan mulut tertutup (Manuver Valsava). Sebaiknya menunda upaya untuk mengejan, jika tidak ada keinginan untuk mengejan.⁴²

Pada kasus ini, posisi ibu diatur dalam posisi yang nyaman tanpa membahayakan janin. Berdasarkan penelitian Gupta, ibu bersalin dapat mengejan dalam posisi apa pun yang mereka sukai. Ibu bersalin tanpa epidural anastesi yang melahirkan dalam posisi tegak (berlutut, jongkok, atau berdiri) memiliki kemungkinan manfaat seperti berkurangnya waktu persalinan kala dua (terutama dari kelompok primigravida), penurunan tingkat episiotomi dan persalinan dengan bantuan. Namun, ada peningkatan risiko kehilangan darah lebih dari 500 mL dan mungkin ada peningkatan risiko robekan derajat kedua.¹⁰⁰

Menurut Jiang, episiotomi rutin sebaiknya tidak dilakukan karena tidak ada bukti yang mendukungnya. Episiotomi dikaitkan dengan trauma perineum yang lebih parah, peningkatan kebutuhan penjahitan, dan lebih banyak komplikasi penyembuhan.¹⁰¹ Dalam kasus ini ibu bersalin tidak dilakukan episiotomi, namun terjadi robekan perineum derajat II secara spontan.

Menurut *Queensland Clinical Guidelines*, melakukan auskultasi untuk memeriksa DJJ segera setelah kontraksi, setidaknya selama satu menit hingga lima menit. Dalam kasus ini DJJ diperiksa setiap selesai kontraksi untuk mengetahui kondisi janin didalam kandungan.

Penatalaksanaan pada persalinan kala III adalah melakukan manajemen aktif kala III yaitu memberikan uterotonika oksitosin 10 IU secara intramuskular, melakukan peregangan tali pusat terkendali dan melakukan masase fundus uteri segera setelah placenta lahir

selama 15 detik. Berdasarkan penelitian Sosa (2011), manajemen aktif kala III harus direkomendasikan untuk setiap persalinan pervaginam, terlepas dari apakah wanita hamil menerima oksitosin selama tahap awal persalinan.¹⁰²

Menurut penelitian Begley, manajemen aktif persalinan kala III, dikaitkan dengan penurunan risiko perdarahan, lebih dari 500 mL dan lebih dari 1.000 mL, kadar hemoglobin ibu kurang dari 9 gr/ dL setelah melahirkan, kebutuhan transfusi darah ibu, dan kebutuhan akan lebih banyak uterotonik dalam persalinan atau dalam 24 jam pertama setelah melahirkan.¹⁰³ Sedangkan menurut penelitian Hofmeyr dan Abdel-Aleem, kehilangan darah rata-rata secara signifikan lebih sedikit pada kelompok pijat uterus pada 30 menit dan 60 menit. Kebutuhan uterotonik tambahan berkurang secara signifikan pada kelompok masase uterus (RR 0,20, 95% CI 0,08 hingga 0,50).¹⁰⁴

Queensland Clinical Guidelines merekomendasikan oksitosin 10 unit internasional (IU) IM segera setelah lahir, terkait dengan efek samping yang lebih sedikit dibandingkan dengan oksitosin plus kombinasi ergometrine.⁴² WHO dan RCOG merekomendasikan penjepitan tali pusat antara satu dan tiga menit setelah kelahiran bayi.^{105,106} Pada kasus ini, oksitosin diberikan dalam waktu 1 menit setelah kelahiran bayi kemudian dilakukan penjepitan tali pusat.

Queensland Clinical Guidelines merekomendasikan dukungan dan observasi terus menerus yang berkelanjutan selama dua jam pertama (yaitu, jangan tinggalkan ibu dan bayinya sendirian dalam dua jam pertama setelah melahirkan).⁴² Menurut Smith, observasi pasien dengan cermat penting dilakukan untuk mengetahui kehilangan darah selama satu jam berikutnya, dengan menilai tonus dan ukuran uterus setidaknya setiap 15 menit.⁴³ Dalam kasus ini, ibu diobservasi tiap 15 menit pada 1 jam pertama dan 30 menit pada jam kedua untuk memeriksa tanda-tanda vital, kontraksi rahim, kandung kemih, dan perdarahan. Berdasarkan pemantauan Kala IV selama 2 jam pasca

persalinan, ibu dalam kondisi normal. Tanda-tanda vital dalam batas normal, kontraksi uterus teraba keras, kandung kemih dalam keadaan kosong, pengeluaran pervaginam ± 50 cc.

3. Bayi Baru Lahir

Australian College of Midwives merekomendasikan untuk meletakkan bayi agar kontak kulit ke kulit dengan ibu segera setelah lahir dan memotivasi dan mendukung kontak kulit ke kulit tanpa gangguan (Inisiasi Menyusu Dini/ IMD).¹⁰⁹ *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE) merekomendasikan untuk melakukan IMD minimal satu jam atau sampai setelah menyusui pertama. Menurut Smith, memotivasi pemberian ASI dini dapat mendorong pelepasan oksitosin endogen.⁴³ Pada kasus ini, bayi baru lahir diletakkan di dada ibu untuk IMD selama 1 jam.

Queensland Clinical Guidelines merekomendasikan untuk memastikan pencahayaan yang memadai untuk pengamatan warna kulit bayi. Observasi bayi baru lahir dilakukan dengan tidak mengganggu selama IMD. Pemisahan ibu dengan bayi harus dihindari dalam satu jam pertama kelahiran, termasuk untuk mengukur berat badan, panjang dan lingkar kepala, mandi, pemberian *phytomenadione* (vitamin K) atau bayi baru lahir imunisasi.⁴² Dalam kasus ini, pengukuran antropometri, pemberian vitamin K dan salep mata dilakukan setelah IMD selama 1 jam.

WHO merekomendasikan perawatan tali pusat yang bersih dan kering untuk bayi yang baru lahir yang lahir di fasilitas kesehatan, dan di rumah untuk mencegah terjadinya peningkatan infeksi tali pusat. Perawatan tali pusat terbuka tanpa alkohol ataupun betadin lebih mudah lepas dan mencegah infeksi daripada perawatan dengan antiseptik.¹¹⁰ Jangan membungkus puntung tali pusat atau mengoleskan cairan atau bahan apapun ke puntung tali pusat. Pada kasus ini, tali pusat dirawat dengan prinsip bersih dan kering.

Penatalaksanaan bayi baru lahir normal usia 1 jam yaitu memberikan injeksi vitamin K1 mg secara IM di paha kiri bayi. Pemberian vitamin K1 bertujuan mencegah perdarahan Bayi Baru Lahir akibat defisiensi vitamin K. Pada semua bayi baru lahir, apalagi Bayi Berat Lahir Rendah diberikan suntikan vitamin K1 (Phytomenadione) sebanyak 1 mg dosis tunggal, intra muskular pada antero lateral paha kiri. Suntikan Vitamin K1 dilakukan setelah proses IMD dan sebelum pemberian imunisasi hepatitis B.¹¹¹

Memberikan salep mata oxytetracycline 1% pada mata kanan dan kiri bayi. Pemberian obat mata dianjurkan untuk pencegahan penyakit mata karena *Klamidia* (penyakit menular seksual) dan diberikan 1 jam setelah lahir. Bayi baru lahir harus mendapatkan profilaksis mata terhadap infeksi yang disebabkan oleh *Gonore* atau *Klamidia*. Pelindung mata terbaik terhadap *Gonore* dan *Klamidia* ialah salep oxytetracycline 1%.⁴⁸

Menganjurkan ibu agar memberikan ASI sesuai keinginan bayi (*on demand*) dan diberikan secara eksklusif selama 6 bulan tanpa makanan tambahan lainnya. Makanan terbaik untuk bayi sejak lahir sampai umur 6 bulan adalah ASI. Menyusui secara eksklusif berarti bayi hanya diberi ASI, tidak diberi tambahan makanan atau cairan lain. Berikan ASI sesuai keinginan bayi paling sedikit 8 kali sehari, pagi, siang, sore maupun malam. Pada hari-hari pertama setelah kelahiran apabila bayi dibiarkan menyusui sesuai keinginannya dan tidak diberikan cairan lain maka akan dihasilkan secara bertahap 10-100 mL ASI per hari. Produksi ASI akan optimal setelah hari 10-14.¹¹¹

Menjaga kehangatan bayi agar tidak terjadi hipotermi dengan cara dibedong/ diselimuti, diberikan topi dengan pencahayaan yang cukup dan segera ganti popoknya ketika basah. Saat lahir, mekanisme pengaturan suhu tubuh pada BBL, belum berfungsi sempurna. Oleh karena itu, jika tidak segera dilakukan upaya pencegahan kehilangan panas tubuh maka BBL dapat mengalami hipotermia. Bayi dengan

hipotermia, berisiko tinggi untuk mengalami sakit berat atau bahkan kematian. Hipotermia mudah terjadi pada bayi yang tubuhnya dalam keadaan basah atau tidak segera dikeringkan dan diselimuti walaupun berada di dalam ruangan yang relatif hangat. Bayi sebaiknya dimandikan pada waktu yang tepat yaitu tidak kurang dari enam jam setelah lahir dan setelah kondisi stabil.¹¹¹

Menjelaskan pada ibu/ keluarga tanda bahaya bayi baru lahir yang meliputi: bayi kuning (ikterus), kulit kebiruan (sianosis), bayi malas menyusu, suhu tubuh bayi dibawah 36°C atau lebih dari 37,5°C, bayi lesu, bayi tidak berkemih dalam 24 jam pertama/ tidak defekasi dalam 48 jam.

4. Nifas

Berdasarkan diagnosa dan masalah yang dialami Ny. DW, penatalaksanaan yang pada hari pertama pasca persalinan adalah menjelaskan hasil pemeriksaan ibu dalam keadaan normal.

Menganjurkan ibu untuk makan makanan gizi seimbang seperti karbohidrat (nasi, jagung, kentang, ubi), protein (telur, ikan, tahu, tempe, daging), vitamin dan mineral (sayur-sayuran hijau, buah-buahan) dan minum air putih minimal 3-4 liter atau minimal 14 gelas sehari. Dengan gizi seimbang akan dapat mempercepat proses pemulihan ibu, penyembuhan luka dan memenuhi kebutuhan ASI.

Kebutuhan nutrisi akan meningkat tiga kali dari kebutuhan biasa. Kebutuhan nutrisi perempuan nifas dan menyusui 3.000-3.800 kal. Pada 6 bulan pertama postpartum, peningkatan kebutuhan kalori ibu 700 kalori. Ibu nifas dan menyusui memerlukan makan makanan yang beraneka ragam yang mengandung karbohidrat, protein hewani, protein nabati, sayur, dan buah-buahan. Menu makanan seimbang yang harus dikonsumsi adalah porsi cukup dan teratur, tidak terlalu asin, pedas atau berlemak, tidak mengandung alkohol, nikotin serta bahan pengawet atau pewarna. Ibu menyusui sedikitnya minum 3-4 liter setiap hari (anjurkan ibu minum setiap kali selesai menyusui).

Kebutuhan air minum pada ibu menyusui pada 6 bulan pertama minimal adalah 14 gelas (setara 3-4 liter) perhari.¹¹²

Menjelaskan kepada ibu untuk tetap menyusui bayinya sesuai keinginan bayi (on demand) dan secara eksklusif tanpa tambahan makanan atau cairan apapun, karena dengan hisapan bayi akan merangsang keluarnya ASI. Ibu harus tetap rileks, perasaan tenang dan rileks ibu akan membuat produksi ASI menjadi lancar. Kebutuhan bayi akan ASI pada hari-hari pertama masih sedikit. ASI akan keluar lebih banyak jika payudara mendapatkan rangsang yang lebih lama dan lebih sering. Cara untuk meningkatkan ASI adalah dengan menyusui sesering mungkin, menyusui lebih sering akan lebih baik karena merupakan kebutuhan bayi, menyusu pada payudara kiri dan kanan secara bergantian, berikan ASI dari satu payudara sampai kosong sebelum pindah payudara lainnya, jika bayi telah tidur lebih dari 2 jam, bangunkan dan langsung disusui.¹¹¹

Melakukan pijat oksitosin untuk merangsang produksi ASI. Ibu telah dilakukan pijat oksitosin dan ibu merasa lebih nyaman. Menurut Fikawati, dkk (2015) menyebutkan bahwa salah satu tindakan yang perlu dilakukan untuk memaksimalkan kualitas dan kuantitas ASI, yaitu pemijatan punggung. Pemijatan punggung ini berguna untuk merangsang pengeluaran hormon oksitosin menjadi lebih optimal dan pengeluaran ASI menjadi lancar.¹¹³

Pijat oksitosin merupakan salah satu solusi untuk mengatasi ketidaklancaran produksi ASI. Pijat oksitosin adalah pemijatan pada sepanjang tulang belakang (*vertebrae*) sampai tulang costae kelima-keenam dan merupakan usaha untuk merangsang hormon prolaktin dan oksitosin setelah melahirkan.¹¹⁴ Pijat ini dilakukan untuk merangsang refleks oksitosin atau refleks pengeluaran ASI. Ibu yang menerima pijat oksitosin akan merasa lebih rileks.¹¹⁵ Berdasarkan hasil penelitian Asih (2017), ada pengaruh signifikan antara pijat oksitosin terhadap produksi ASI di BPM Lia Maria Sukarame Bandar Lampung Tahun

2017 (p -value=0,037). Dari hasil analisis diperoleh nilai OR=11,667 (1,227-110,953) yang artinya ibu post partum yang melakukan pijat oksitosin mempunyai peluang 11,667 kali memiliki peluang produksi ASI yang cukup dibandingkan dengan ibu yang tidak melakukan pijat oksitosin.¹¹⁶

Mengajarkan kepada ibu untuk menjaga personal hygiene dengan mengganti pembalut setiap 4 kali sehari tanpa menunggu penuh, cebok dari arah depan ke belakang. Menurut Cunningham, ibu nifas diberi instruksi untuk membersihkan vulva dari anterior ke posterior/ vulva menuju anus.²² Menurut Wahyuningsih, setelah ibu nifas buang air besar ataupun buang air kecil, perinium harus dibersihkan secara rutin. Caranya adalah dibersihkan dengan sabun yang lembut minimal sekali sehari. Membersihkan dimulai dari arah depan ke belakang sehingga tidak terjadi infeksi. Pembalut yang sudah kotor diganti paling sedikit 4 kali sehari. Apabila ibu mempunyai luka episiotomi atau laserasi, sarankan kepada ibu untuk menghindari menyentuh daerah luka.¹¹²

Memberikan ibu terapi obat untuk mengatasi nyeri dan zat besi yaitu Amoxicillin 500 mg/ 8 jam, Asam Mefenamat 500 mg/ 8 jam, Fe 1x1 Vitamin A 1x1 (2 kapsul). *The International Vitamin A Consultative Group* (IVACG) merekomendasikan suplementasi vitamin A dengan tambahan dosis asupan menjadi 400.000 IU alasan untuk meningkatkan dosis suplemen retinol untuk menjamin pasokan vitamin yang cukup untuk ibu dan untuk menyediakan jumlah retinol kepada anak melalui ASI.¹¹⁷

Pemberian kapsul pertama dilakukan segera setelah melahirkan satu kapsul dan kapsul kedua diberikan sedikitnya satu hari setelah pemberian kapsul pertama dan tidak lebih dari 6 minggu kemudian. Kekurangan vitamin A (VAD) dapat menyebabkan gangguan seperti xerophthalmia dan rabun senja di masa kanak-kanak, serta anemia dan

daya tahan rendah terhadap infeksi, yang dapat meningkatkan keparahan penyakit menular dan risiko kematian.¹¹⁸

Berdasarkan diagnosa dan masalah yang dialami ibu pada nifas hari ke-42, penatalaksanaan yang diberikan adalah menjelaskan hasil pemeriksaan bahwa ibu dalam keadaan normal. Memberitahu kepada ibu hasil pemeriksaan, ibu dalam keadaan normal. Menganjurkan kepada ibu untuk segera ber-KB setelah nifas 6 minggu karena kembalinya kesuburan tiap orang berbeda-beda. Menjelaskan kepada ibu macam-macam KB yang sesuai untuk kondisi ibu yang sedang menyusui. KB yang tidak mengganggu produksi ASI antara lain: metode alamiah (metode pantang berkala, metode suhu badan basal, metode lendir servik, Metode Amenorea Laktasi, dll.), kondom, pil progesteron (minipil), suntik depo progestin (3 bulanan), implant dan IUD. Kontrasepsi hormon kombinasi (merupakan pilihan terakhir). Tidak boleh dipakai sebelum 6-8 minggu pasca persalinan karena akan mengurangi ASI dan mempengaruhi tumbuh kembang bayi. Sebaiknya tidak dipakai dalam waktu 6 minggu sampai dengan 6 bulan pascapersalinan. Selama 3 minggu pascapersalinan meningkatkan resiko masalah pembekuan darah.⁶⁹

Salah satu tujuan kunjungan nifas keempat (hari ke 29-42 setelah persalinan) yaitu memberikan konseling KB secara dini. Periode usia istri antara 20-30 tahun merupakan periode usia paling baik untuk melahirkan, dengan jumlah anak 2 orang dan jarak antara kelahiran adalah 2-4 tahun. Kriteria kontrasepsi yang diperlukan yaitu efektifitas tinggi, reversibilitas tinggi karena pasangan masih mengharapkan punya anak lagi. Kontrasepsi dapat dipakai 3-4 tahun sesuai jarak kelahiran yang direncanakan.¹¹⁹

Menjelaskan kepada ibu syarat dan efektifitas menggunakan KB Pil kombinasi.

BAB IV

PENUTUP

A. Kesimpulan

Berdasarkan studi kasus komprehensif yang telah dilakukan kepada Ny. DW yang meliputi asuhan kebidanan yang menyeluruh dari masa kehamilan, persalinan, bayi baru lahir dan nifas, ditemukan bahwa:

1. Hasil asuhan yang diberikan pada kehamilan yaitu Ibu mengalami kehamilan dengan KEK, masalah kecemasan pada kehamilan trimester III, dan masalah ketidaknyamanan trimester III yaitu insomnia. Proses persalinan berlangsung secara spontan namun ibu mengalami kecemasan pada saat menjalani proses persalinan. Bayi baru lahir lahir cukup bulan, sesuai dengan masa kehamilan tanpa komplikasi. Masa nifas berjalan tanpa komplikasi, namun ibu mengalami masalah produksi ASI yang masih sedikit. Ibu telah memilih metode kontrasepsi alamiah yaitu KB Pil Kombinasi.
2. Adanya potensi risiko anemia, perdarahan dan BBLR apabila KEK pada ibu tidak teratasi. Pada masa persalinan berpotensi terjadi persalinan lama dan peningkatan rasa nyeri persalinan. Pada bayi baru lahir dapat berpotensi risiko terjadi hipotermi dan hipoglikemi.
3. Pemberian konseling dan dukungan untuk mengatasi kecemasan pada masa kehamilan dan persalinan. Pemberian konseling dan edukasi pengaturan pola makan pada masa kehamilan. Pemberian konseling mengenai alat kontrasepsi pasca persalinan.

B. Saran

1. Bagi Mahasiswa Profesi Bidan

Diharapkan mahasiswa lebih memperdalam tentang asuhan kebidanan terhadap ibu hamil, bersalin, bayi baru lahir, nifas, dan KB dengan KEK dengan manajemen yang tepat sesuai kasus berdasarkan *evidence based*.

2. Bagi Bidan di PMB Setyo Ari Susanti

Diharapkan dapat meningkatkan pelayanan kebidanan khususnya dalam memberikan asuhan kebidanan terhadap ibu hamil, bersalin, bayi baru lahir, nifas, dan KB dengan memantau secara ketat ibu dan janin sehingga ketika ditemukan komplikasi dapat dilakukan tindakan tepat sesuai prosedur.

3. Bagi Ibu Hamil, Bersalin, Nifas dan BBL

Diharapkan mampu mempersiapkan masa kehamilan, persalinan, bayi baru lahir, nifas dan KB yang sehat dan aman dan mampu menambah pengetahuan ibu dalam melakukan deteksi dini penyulit yang mungkin timbul pada masa hamil, bersalin, bayi baru lahir dan nifas, sehingga dapat mencegah terjadinya komplikasi.

DAFTAR PUSTAKA

1. BPS. *Profil Penduduk Indonesia Hasil SUPAS 2015*. Jakarta: Badan Pusat Statistik; 2015.
2. Andini A. Angka Kematian Ibu di Indonesia masih jauh dari target SDGs. <https://lokadata.id/artikel/>. Published 2020. Accessed January 5, 2021.
3. Dinkes DIY. *Profil Kesehatan Daerah Istimewa Yogyakarta Tahun 2019*. Yogyakarta: Dinas Kesehatan Provinsi DIY; 2020.
4. Kementerian Kesehatan RI. *Profil Kesehatan Indonesia 2015*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI; 2016.
5. Adnyani NWS, Pradina Saras NLA. KEK pada Kehamilan dengan BBLR. *J Genta Kebidanan*. 2015;5(1).
6. Waryana. *Gizi Reproduksi*. Yogyakarta: Pustaka Rihama; 2010.
7. Hasanah DN, Febrianti, Minsamawati. *Kebiasaan Makan Menjadi Satu Penyebab Kekurangan Energi Kronik (KEK) Pada Ibu Hamil*. Jakarta: Bina Pustaka Sarwono Prawiroharjo; 2013.
8. Manuaba IBG. *Ilmu Kebidanan Penyakit Kandungan Dan KB*. Jakarta: EGC; 2010.
9. Kemenkes RI. *Pedoman Bagi Ibu Hamil, Ibu Nifas Dan Bayi Baru Lahir Di Era Adaptasi Kebiasaan Baru*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI; 2020.
10. JNPK-KR. *Buku Acuan Asuhan Persalinan Normal*. Jakarta: JNPK-KR; 2014.
11. Prawirohardjo S, Saifuddin AB, Rachimhadhi T, Wiknjosastro GH. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta: Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo; 2014.
12. Saifuddin AB. *Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan Maternal Dan Neonatal*. Jakarta: Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo; 2012.
13. Varney H, King TL, Brucker MC, Kriebs JM, Fahey JO, Gregor CL. *Varney's Midwifery Fifth Edition*. Burlington: Jones and Bartlett Learning; 2015.
14. Ika Pantiawati, Saryono. *Asuhan Kebidanan I (Kehamilan)*. Yogyakarta: Nuha Medika; 2010.

15. Kementrian Kesehatan RI. *Pedoman Pelayanan Antenatal Terpadu*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI; 2010.
16. Rochjati P. *Skrining Antenatal Pada Ibu Hamil Edisi 2*. Jakarta: Salemba Medika; 2011.
17. Aghamohammadi A, Noortarijor M. Maternal Age as a Risk Factor for Pregnancy Out Comes: Maternal, Foetal and Neonatal Complication. *African J Pharm Pharmacol*. 2011;5(2):264-269.
18. Sipahutar HF, Aritonang EY, Siregar A. Gambaran Pengetahuan Gizi Ibu Hamil Trimester Pertama Dan Pola Makan Dalam Pemenuhan Gizi Di Wilayah Kerja Puskesmas Parsoburan Kecamatan Habinsaran Kabupaten Toba Samosir Tahun 2013. 2013:1-7.
19. Supariasa IDN. *Penilaian Status Gizi*. Jakarta: EGC; 2013.
20. Agustian EN. Hubungan Antara Asupan Protein Dengan Kekurangan Energi Kronik (KEK) Pada Ibu Hamil Di Kecamatan Jebres Surakarta. 2010.
21. Kristiyanasari W. *Gizi Ibu Hamil*. Yogyakarta: Nuha Medika; 2010.
22. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, et al. *Williams Obstetrics 24th Edition*. United States: McGraw-Hill Education; 2014.
23. Oxorn H, Forte WR. *Ilmu Kebidanan: Patologi Dan Fisiologi Persalinan*. (Hakimi, ed.). Yogyakarta: Yayasan Essentia Medika (YEM); 2010.
24. Sulistyawati A, Nugraheny E. *Asuhan Kebidanan Pada Ibu Bersalin*. Jakarta: Salemba Medika; 2010.
25. Sondakh JJ. *Asuhan Kebidanan Persalinan Dan Bayi Baru Lahir*. Jakarta: Erlangga; 2013.
26. Rohani, Saswita R, Marisah. *Asuhan Kebidanan Pada Masa Persalinan*. Jakarta: Salemba Medika; 2014.
27. Sukarni I, Margareth. *Kehamilan, Persalinan Dan Nifas*. Yogyakarta: Nuha Medika; 2015.
28. Kurniarum A. *Modul Bahan Ajar Cetak Kebidanan Asuhan Kebidanan Persalinan Dan Bayi Baru Lahir*. Jakarta Selatan: Pusdik SDM Kesehatan Kemenkes RI; 2016.

29. Sumarah, Widyastuti Y, Wiyati N. *Perawatan Ibu Bersalin (Asuhan Kebidanan Pada Ibu Bersalin)*. Yogyakarta: Fitramaya; 2011.
30. Kementerian Kesehatan RI. *Buku Saku Pelayanan Kesehatan Ibu Di Fasilitas Kesehatan Dasar Dan Rujukan*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI; 2015.
31. Thornton JM, Browne B, Ramphul M. Mechanisms and management of normal labour. *Obstet Gynaecol Reprod Med*. 2020;30(3):84-90. doi:10.1016/j.ogrm.2019.12.002
32. Milton SH, Isaacs C, Talavera F, et al. Normal Labor and Delivery. <https://emedicine.medscape.com/article/260036-overview#showall>. Published 2019. Accessed December 26, 2020.
33. Dresang LT, Yonke N. Management of spontaneous vaginal delivery. *Am Fam Physician*. 2015;92(3):202-208.
34. Kemenkes RI. *Buku Saku Pelayanan Kesehatan Ibu Di Fasilitas Kesehatan Dasar Dan Rujukan*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI; 2013.
35. Yulizawati, Insani AA, B LES, Andriani F. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Dalam Persalinan*. Sidoarjo: Indomedia Pustaka; 2019.
36. Farida K, Yudi H. *Buku Ajar Keperawatan Jiwa*. Jakarta: Salemba Medika; 2011.
37. Hawari D. *Manajemen Stress, Cemas Dan Depresi*. Jakarta: Badan Penerbit FKUI; 2013.
38. Aprillia Y. *Siapa Bilang Melahirkan Itu Sakit?* Yogyakarta: ANDI; 2011.
39. Supliyani E. Pengaruh Masase Punggung Terhadap the Effect of Back Massage To Intensity of Labor Pain Stage 1 in Bogor. *Bidan*. 2017;3(01):22-29.
40. Indrayani. *Asuhan Persalinan Dan Bayi Baru Lahir*. Jakarta: Trans Info Media; 2013.
41. Maryunani A. *Nyeri Dalam Persalinan: Teknik Dan Cara Penanganannya*. Jakarta: Trans Info Media; 2015.
42. Queensland Clinical Guidelines. Normal birth. *Matern Neonatal Clin Guidel*. 2017. https://www.health.qld.gov.au/__data/assets/pdf_file/0014/142007/g-normalbirth.pdf.

43. Smith JR, Isaacs C, Brennan BG, Talavera F. Management of the Third Stage of Labor. <https://emedicine.medscape.com/article/275304-overview#showall>. Published 2020. Accessed November 26, 2020.
44. Kementerian Kesehatan RI. *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 28 Tahun 2017*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI; 2017.
45. Rukiyah AY, Yulianti L. *Asuhan Neonatus: Bayi Dan Anak Balita*. Jakarta: Trans Info Media; 2013.
46. Rochmah, Vasra E, Dahliana, Sumastri H. *Panduan Belajar Asuhan Neonatus, Bayi Dan Balita*. Jakarta: EGC; 2012.
47. Saifuddin AB. *Buku Panduan Praktik Pelayanan Kesehatan Maternal Dan Neonatal*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo; 2010.
48. JNPK-KR. *Asuhan Persalinan Normal Asuhan Esensial Bagi Ibu Bersalin Dan Bayi Baru Lahir Serta Penatalaksanaan Komplikasi Segera Pascapersalinan Dan Nifas Buku Acuan*. Jakarta: JNPK-KR; 2012.
49. Marliandiani Y, Ningrum NP. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Pada Masa Nifas Dan Menyusui*. Jakarta: Salemba Medika; 2015.
50. Saputra L, Lockhart A. *Masa Nifas Fisiologis Dan Patologis*. Manado: Binarupa Aksara; 2014.
51. Astuti S, Yudistiani TD, Rahmiati L, Susanti AI, Astikawati R. *Asuhan Kebidanan Nifas Dan Menyusui*. Jakarta: Erlangga; 2015.
52. Astutik RY. *Asuhan Kebidanan Masa Nifas Dan Menyusui*. Jakarta: Trans Info Media; 2015.
53. Anggraini Y. *Asuhan Kebidanan Masa Nifas*. Yogyakarta: Pustaka Rihama; 2010.
54. Bidan dan Dosen Kebidanan Indonesia. *Kebidanan Teori Dan Asuhan Volume 2*. Jakarta: EGC; 2018.
55. Sutanto AV. *Asuhan Kebidanan Nifas Dan Menyusui: Teori Dalam Praktik Kebidanan Profesional*. Yogyakarta: Pustaka Baru Press; 2018.
56. Sulistyawati A. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Pada Ibu Nifas*. Yogyakarta: Andi; 2015.

57. Marmi. *Asuhan Kebidanan Pada Masa Nifas "Peuperium Care."* Yogyakarta: Pustaka Pelajar; 2012.
58. Jannah N. *Asuhan Kebidanan Ibu Nifas*. Yogyakarta: Ar-Ruzz Media; 2011.
59. Rusmini, Purwandani S, Utami VN, Faizah SN, Maftuhin A. *Pelayanan Dan Kesehatan Reproduksi*. Jakarta: Trans Info Media; 2017.
60. Firdayanti. *Unmeet Need For Family Planning (Kebutuhan Keluarga Berencana Yang Tidak Terpenuhi)*. Makasar: Alauddin University Press; 2012.
61. Nugroho T, Utama IB. *Masalah Kesehatan Reproduksi Wanita*. Yogyakarta: Nuha Medika; 2014.
62. Proverawati A, Islaely AD, Aspuah S. *Panduan Memilih Kontrasepsi*. Yogyakarta: Nuha Medika; 2010.
63. Sulistyawati A. *Pelayanan Keluarga Berencana*. Jakarta: Salemba Medika; 2012.
64. Yuhedi LT, Kurniawati T. *Kependudukan Pelayanan KB*. Jakarta: EGC; 2013.
65. Priyanti S, Syalfina AD. *Buku Ajar Kesehatan Reproduksi Dan Keluarga Berencana*. Surakarta: CV Kekata Group; 2017.
66. Purwoastuti E, Walyani ES. *Panduan Materi Kesehatan Reproduksi Dan Keluarga Berencana*. Yogyakarta: Pustaka Baru Press; 2015.
67. Affandi B. *Buku Panduan Praktis Pelayanan Kontrasepsi*. Jakarta: Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo; 2012.
68. Rahma AS. *Fisiologi Laktasi*. Makasar: Alauddin University Press; 2012.
69. Pinem S. *Kesehatan Reproduksi & Kontrasepsi*. Jakarta: Trans Info Media; 2014.
70. Kemenkes RI. *Pedoman Pelayanan Antenatal, Persalinan, Nifas, Dan Bayi Baru Lahir Di Era Adaptasi Baru*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI; 2020.
71. World Health Organization. *Protection at Birth (PAB) against Tetanus*. In: *Global Health Observatory Data*; 2015.; 2015.

72. Kementerian Kesehatan RI. Klasifikasi Obesitas setelah pengukuran IMT. <http://p2ptm.kemkes.go.id/infographic-p2ptm/obesitas/klasifikasi-obesitas-setelah-pengukuran-imt>. Published 2018. Accessed December 2, 2020.
73. Huizink AC, Delforterie MJ, Scheinin NM, Tolvanen M, Karlsson L, Karlsson H. Adaption of pregnancy anxiety questionnaire—revised for all pregnant women regardless of parity: PRAQ-R2. *Arch Womens Ment Health*. 2016;19(1):125-132. doi:10.1007/s00737-015-0531-2
74. Kemenkes RI. *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 97 Tahun 2014*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI; 2014.
75. Tzeng Y, Yang Y, Kuo P, Lin Y, Chen S. Pain , Anxiety , and Fatigue During Labor : A Prospective , Repeated Measures Study. 2017;25(1):59-67. doi:10.1097/jnr.000000000000165
76. Sunarsih, Sari TP. Nyeri persalinan dan tingkat kecemasan pada ibu inpartu kala I fase aktif. 2019;13(4):327-332.
77. Sariati Y. Pengaruh Hypnobirthing Terhadap Tingkat Kecemasan Ibu Bersalin Dan Lama Persalinan. *J Ilm Bidan*. 2016;1(3):35-44.
78. Mochtar R. *Sinopsis Obstetri: Obstetri Fisiologi, Obstetri Patologi: Jilid 1*. Jakarta: EGC; 2011.
79. Kemenkes. *Pentingnya Pemantauan Kesehatan Pada Masa Periode Emas Balita*. Jakarta: Kemenkes RI; 2015.
80. Laughon SK, Berghella V, Reddy UM, Sundaram R, Lu Z, Hoffman MK. Neonatal and maternal outcomes with prolonged second stage of labor. *Obstet Gynecol*. 2014;124(1):57-67. doi:10.1097/AOG.0000000000000278
81. Utami S. Perbedaan Tingkatan Nyeri pada Ibu Post Partum yang Mengalami Episiotomi dengan Ruptur Spontan di RSUD Panembahan Senopati Bantul. 2015.
82. Kementerian Kesehatan RI. *Modul 2 Kebutuhan Dasar Ibu Masa Nifas*. Jakarta: Badan PPSDM Kesehatan; 2013.
83. Syukaisih. Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Pemilihan Kontrasepsi di Puskesmas Rambah Samo Kabupaten Rokan Hulu. *J Kesehat Komunitas*. 2015;3(1):34-40.
84. Lontaan A, Kusmiyati, Dompas R. Faktor – Faktor Yang Berhubungan Dengan Pemilihan Kontrasepsi Pasangan Usia Subur Di Puskesmas Damau Kabupaten Talaud. *J Ilm Bidan*. 2014;2(1):27-32.

85. Susilowati, Kuspriyanto. *Gizi Dalam Daur Kehidupan*. Bandung: Refika Aditama; 2016.
86. Katonis P, Aggelopoulos AKA, Kakavelakis K, Lykoudis S, Makrigiannakis A, K A. Pregnancy-related low back pain. *Hippokratia*. 2011;15(3):205-210.
87. Rinata E, Andayani GA. Karakteristik ibu (usia, paritas, pendidikan) dan dukungan keluarga dengan kecemasan ibu hamil trimester III. *Medisains*. 2018;16(1):14. doi:10.30595/medisains.v16i1.2063
88. Handayani R. Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Tingkat Kecemasan Menjelang Persalinan Pada Ibu Primigravida Trimester III di Wilayah Kerja Puskesmas Lubuk Buaya Padang Tahun 2012. *Ners J Keperawatan*. 2015;11(1):62-71.
89. Jannah N. *Askeb II Persalinan Berbasis Kompetensi*. Jakarta: EGC; 2015.
90. Kemenkes RI. *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 88 Tahun 2014*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI; 2014.
91. Purnadibrata. Upaya Pencegahan Anemia Gizi Pada Ibu Hamil. *J Ilmu Gizi*. 2011;2:118–124.
92. Nurhidayati RD. Analisis Faktor Penyebab Terjadinya Anemia Pada Ibu Hamil Diwilayah Kerja Puskesmas Tawang Sari Kabupaten Sukoharjo. *Naskah Publ*. 2013. <http://eprints.ums.ac.id/id/eprint/24138>.
93. Lawrence A, Lewis L, Hofmeyr GJ, Styles C. Maternal positions and mobility during first stage labour. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;2013(10). doi:10.1002/14651858.CD003934.pub4
94. Cicek S, Basar F. The effects of breathing techniques training on the duration of labor and anxiety levels of pregnant women. *Complement Ther Clin Pract*. 2017;29:213-219. doi:10.1016/j.ctcp.2017.10.006
95. Retnowati R, Mawarti R, Yati D. Hubungan Antara Dukungan Suami Dengan Kecemasan Selama Persalinan Pada Primigravida Di Puskesmas Mlati II Sleman. *Media Ilmu Kesehat*. 2016;5(1):23-29. doi:10.30989/mik.v5i1.47
96. Ria I, Sidabukke R, Siregar RN. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kecemasan Pada Ibu Bersalin Di Rumah Sakit Restu Medan. *J Healthc Technol Med*. 2020;6(1):276-284.

97. Salehi A, Fahami F, Beigi M. The effect of presence of trained husbands beside their wives during childbirth on women's anxiety. *Iran J Nurs Midwifery Re.* 2016;21(6):611-615. doi:10.4103/1735-9066.197672
98. Warliana, Solihah E. Determinan Yang Berhubungan Dengan Tingkat Kecemasan Ibu Bersalin Kala I Di Kabupaten Karawang. 2019;5(01):31-44.
99. Pinar SE, Demirel G. The effect of therapeutic touch on labour pain, anxiety and childbirth attitude: A randomized controlled trial. *Eur J Integr Med.* 2021;41(August 2020):101255. doi:10.1016/j.eujim.2020.101255
100. Gupta JK, Sood A, Hofmeyr GJ, Vogel JP. Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017;2017(5). doi:10.1002/14651858.CD002006.pub4
101. Jiang H, Qian X, Carroli G, Garner P. Selective versus routine use of episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017;2017(2). doi:10.1002/14651858.CD000081.pub3
102. Sosa CG, Althabe F, Belizan JM, Buekens P. Use of oxytocin during early stages of labor and its effect on active management of third stage of labor. *Am J Obstet Gynecol.* 2011;204(3):238.e1-238.e5. doi:10.1016/j.ajog.2010.10.005
103. Begley CM, Gyte GML, Devane D, McGuire W, Weeks A, Biesty LM. Active versus expectant management for women in the third stage of labour. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015;(3). doi:10.1002/14651858.CD007412.pub4
104. Hofmeyr GJ, Aleem HA, Aleem MAA. Uterine Massage for Preventing Postpartum Haemorrhage (Review). *Cochrane Database Syst Rev.* 2016;(7):1-37. doi:10.1002/14651858.CD006431.pub3. www.cochranelibrary.com
105. WHO. *Guideline: Delayed Umbilical Cord Clamping for Improved Maternal and Infant Health and Nutrition Outcomes.* Geneva: World Health Organization; 2014. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/148793/9789241508209_eng.pdf.
106. RCOG. *Clamping of the Umbilical Cord and Placental Transfusion.* London; 2015. <https://www.rcog.org.uk/en/guidelines-research-services/guidelines/sip14/>.

107. Kettle C, Dowswell T, Ismail KM. Continuous and interrupted suturing techniques for repair of episiotomy or second-degree tears. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012. doi:10.1002/14651858.cd000947.pub3
108. Kettle C, Dowswell T, Ismail KM. Absorbable suture materials for primary repair of episiotomy and second degree tears. *J Evid Based Med*. 2010;(6). doi:10.1002/14651858.CD000006.pub2
109. Midwives AC of. *BFHI Handbook for Maternity Facilities*. Australia: ACM; 2016. <https://www.midwives.org.au>.
110. World Health Organization (WHO). WHO recommendations on postnatal care of the mother and newborn. *World Heal Organ*. 2013:1-72. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97603/1/9789241506649_eng.pdf.
111. Kemenkes RI. *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 53 Tahun 2014*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI; 2014.
112. Wahyuningsih HP. *Bahan Ajar Kebidanan Asuhan Kebidanan Nifas Dan Menyusui*. Jakarta Selatan: Kementerian Kesehatan RI; 2018.
113. Fikawati S, Syafiq A, Karima K. *Gizi Ibu Dan Bayi*. Jakarta: PT Rajagrafindo Persada; 2015.
114. Rahayu AP. *Panduan Praktikum Keperawatan Maternitas*. Yogyakarta: Deepublish; 2016.
115. Monika F. *Buku Pintar ASI Dan Menyusui*. Jakarta: Noura Books; 2014.
116. Asih Y. Pengaruh Pijat Oksitosin terhadap Produksi ASI pada Ibu Nifas. *J Keperawatan*. 2017;8(2):209-2014.
117. Andreto LM, de Arruda IKG, Souza AI, Figueiroa JN, Diniz A da S. The Effects of Two Maternal Vitamin A Supplementation Regimens on Serum Retinol in Postpartum Mothers: A Randomised Controlled Trial in Brazil. *ISRN Public Health*. 2012;2012:1-7. doi:10.5402/2012/121697
118. Grilo EC, Lima MSR, Cunha LRF, Gurgel CSS, Clemente HA, Dimenstein R. Effect of maternal vitamin A supplementation on retinol concentration in colostrum. *J Pediatr (Rio J)*. 2015;91(1):81-86. doi:10.1016/j.jped.2014.05.004
119. Prijatni I, Rahayu S. *Kesehatan Reproduksi Dan Keluarga Berencana*. Jakarta Selatan: Kementerian Kesehatan RI; 2016.
120. Yulizawati. *Asuhan Kebidanan Kebidanan Keluarga Berencana*. Sidoarjo: Indomedia Pustaka; 2019.

LAMPIRAN

ASUHAN KEBIDANAN PADA MASA KEHAMILAN PADA NY. DW,
UMUR 20 TAHUN, G1P0A0 AH0 HAMIL 35 MINGGU 5 HARI DENGAN
KEK DI PMB SETYO ARI SUSANTI PURWOREJO

NO. RM :
HARI/TANGGAL : Rabu, 21 Februari 2024

A. Data Subyektif

1. Keluhan utama

Ibu mengatakan kesulitan tidur

2. Biodata

Nama : Ny. DW

Umur : 20 tahun

Pendidikan : SMU

Agama : Islam

Pekerjaan : Ibu Rumah Tangga

Nama suami : Tn. MAM

Umur : 25 tahun

Pendidikan : SMU

Pekerjaan : Swasta

Alamat : Seboropasar, Ngombol, Purworejo

3. Riwayat Haid

Siklus haid 28 hari, teratur, dismenorea tidak ada, keputihan tidak ada, HPHT: 13 Juni 2023, HPL: 20 Maret 2024, Umur kehamilan: 35 minggu 5 hari.

4. Riwayat Obstetri

G1P0A0Ah0 hamil 35 minggu 5 hari.

Tempat periksa hamil: PMB. Puskesmas dan RSIA

Trimester 1: 3 kali ANC Terpadu 1x tanggal 07 September 2023

hasil Hb 10,4 gr%, HbSAg NR, HIV NR, Protein urin negatif,

Golongan darah B, Siphilis NR.

Trimester 2: 4 kali

Trimester 3: 4 kali

Dapat obat: tablet tambah darah, kalsium

Imunisasi 4 kali

5. Riwayat Penyakit

Pasien tidak pernah menderita penyakit Asma, TBC, Jantung, Hipertensi dan Hepatitis B.

6. Riwayat Nutrisi

	Makan	Minum
Frekuensi	3x sehari	6-7 x/ hari
Jenis	Nasi, sayur, lauk	Air putih
Banyak	1 porsi	1gelas setiap minum
Keluhan	Tidak ada	Tidak ada

7. Riwayat sosial ekonomi

Pendapatan suami Rp.2000.000,00

Pasien telah memiliki jaminan kesehatan (Kartu KIS)

B. Data Obyektif

KeadaanUmum : Baik

Vital Sign : Tensi 100/70 mmHg

Tinggi Badan : 147 cm

Berat Badan sekarang : 49 kg

Berat Badan sebelum hamil : 38 kg

IMT sebelum hamil : 17,6 kg/m²

LILA : 23 cm

Kenaikan BB : 11kg

Konjungtiva : merah muda

Palpasi:

Leopold 1: TFU 29 cm, teraba bokong

Leopold 2: teraba punggung kanan

Leopold 3: teraba kepala

Leopold 4: kepala masuk PAP 1/5 bagian, divergen

TBJ Mc. Donald: $(29-11) \times 155 \text{ gr} = 2790 \text{ gram}$

DJJ: 140 x/menit, teratur

His (-), Pemeriksaan dalam tidak dilakukan

Pemeriksaan Laboratorium

Tanggal : 07 September 2023 Hb 10,4 gr/dl, HbsAg non reaktif , HIV non reaktif, Sipilis non reaktif, protein urin negatif.

C. Analisa

Ny. DW, G1P0A0 Ah0 usia 20 tahun hamil 35 minggu 5 hari, janin tunggal, hidup, intrauterine, puka, masuk PAP dengan KEK.

D. Penatalaksanaan

1. Menjelaskan hasil pemeriksaan pada pasien bahwa pemeriksaan tanda vital normal, LILA awal ibu: 23 cm dan IMT: 17,6 yang artinya ibu termasuk dalam kategori kurus dan mengalami kekurangan energi kronik. Kenaikan BB 11 kg belum sesuai dengan rekomendasi kenaikan BB pada IMT kategori kurus.. Pasien mengerti dengan penjelasan yang diberikan.
2. Menjelaskan tentang keluhan Kesulitan tidur alias insomnia. Sebagian besar wanita hamil mengalami insomnia pada kehamilan TM III. Hal tersebut utamanya disebabkan oleh perut yang sudah sangat membuncit sehingga sulit untuk berganti posisi tidur. Selain itu juga karena pengaruh hormon estrogen dan janin yang aktif bergerak saat ibu beristirahat. Ibu hamil yang menderita insomnia dapat bermeditasi atau menyetel musik sebelum tidur untuk menenangkan pikiran. Selain itu juga dapat melakukan pijatan ringan dengan *essential oil*. Pasien mengerti dengan penjelasan yang diberikan dan akan melaksanakan anjuran yang diberikan untuk mengurangi keluhan insomnia yang dirasakan.

3. Memberikan edukasi mengenai gizi seimbang dan jenis-jenis makanan yang mengandung zat besi. Makan dengan makanan yang mengandung karbohidrat (nasi, jagung, ketela), protein (ikan, daging, telur, tahu tempe, kacang-kacangan), vitamin dan mineral (sayuran dan buah-buahan). Makanan yang mengandung zat besi antara lain bayam, kacang kedelai, tahu, kacang-kacangan, kentang, ikan, hati, daging merah dan dapat ditambah dengan minum susu. Pasien mengerti dengan penjelasan yang diberikan dan akan memilih makanan dengan gizi seimbang sesuai kemampuannya.
4. Memberikan edukasi tanda bahaya kehamilan trimester 3, yaitu gerakan janin berkurang dari biasanya minimal 10 gerakan dalam 12 jam tiap hari, perdarahan dari jalan lahir, demam tinggi, kaki bengkak dan sakit kepala disertai kejang. Pasien mengerti dan mampu mengulangi penjelasan yang diberikan.
5. Memberikan terapi tablet tambah darah 1x1 dan kalsium 1x1. Pasien bersedia meminum terapi yang diberikan sesuai aturan
6. Menganjurkan pada pasien untuk kunjungan ulang 1 minggu lagi. Pasien bersedia untuk kontrol ulang 1 minggu lagi.

ASUHAN KEBIDANAN PADA MASA KEHAMILAN PADA NY. DW,
UMUR 20 TAHUN, G1P0A0 AH0 HAMIL 36 MINGGU 1 HARI DENGAN
KEK DI PMB SETYO ARI SUSANTI PURWOREJO

NO. RM :
HARI/TANGGAL : Sabtu, 24 Februari 2024

A. Data Subyektif

1. Keluhan utama

Pasien mengatakan keluhan insomnia sedikit berkurang. Ibu mengatakan sudah mulai kenceng- kenceng namun belum teratur. Ibu cemas dan khawatir akan proses persalinannya.

2. Biodata

Nama : Ny. DW
Umur : 20 tahun
Pendidikan : SMU
Agama : Islam
Pekerjaan : IRT
Nama suami : Tn. MAM
Umur : 25 tahun
Pendidikan : SMU
Pekerjaan : swasta
Alamat : Seboropasar, Ngombol, Purworejo

3. Riwayat Haid

Siklus haid 28 hari, teratur, dismenorea tidak ada, keputihan tidak ada, HPHT: 13 Juni 2023, HPL: 20 Maret 2024, Umur kehamilan: 36 minggu 1 hari.

4. Riwayat Obstetri

G1P0A0Ah0 hamil 36 minggu 1 hari.

Tempat periksa hamil: PMB, Puskesmas dan RS

Trimester 1: 3 kali ANC terpadu hasil Hb 10,4 gr%, protein urin negatif, Golongan darah B, HbSAg NR, Sipilis NR, HIV NR.

Trimester 2: 4 kali

Trimester 3: 5 kali ANC terpadu hasil Hb 12,0 gr%, protein urin negatif, Golongan darah B, HbSAg NR, Sipilis NR, HIV NR.

Dapat obat: tablet tambah darah, kalsium

Imunisasi 5 kali

5. Riwayat Penyakit

Pasien tidak pernah menderita penyakit Asma, TBC, Jantung, Hipertensi dan Hepatitis B.

6. Riwayat Nutrisi

	Makan	Minum
Frekuensi	3x sehari	6-7 x/ hari
Jenis	Nasi, sayur, lauk	Air putih, susu
Banyak	1 porsi	1gelas setiap minum
Keluhan	Tidak ada	Tidak ada

7. Riwayat sosial ekonomi

Pendapatan suami Rp.2000.000,00

Pasien telah memiliki jaminan kesehatan (KIS).

B. Data Obyektif

KeadaanUmum : Baik
 Vital Sign : Tensi 100/70 mmHg
 Tinggi Badan : 147 cm
 Berat Badan sekarang : 49 kg
 Berat Badan sebelum hamil : 38 kg
 IMT sebelum hamil : 17,6 kg/m²
 LILA : 23 cm
 Konjungtiva : merah muda
 Palpasi:
 Leopold 1: TFU 29 cm, teraba bokong
 Leopold 2: teraba punggung kanan
 Leopold 3: teraba kepala
 Leopold 4: kepala masuk PAP 1/5 bagian, divergen

TBJ Mc. Donald: $(29-11) \times 155 \text{ gr} = 2790 \text{ gram}$

DJJ: 140 x/menit, teratur

His (-), Pemeriksaan dalam tidak dilakukan

Pemeriksaan Laboratorium tidak dilakukan.

C. Analisa

Ny. DW, G1P0A0 Ah0 usia 20 tahun hamil 36 minggu 1 hari, janin tunggal, hidup, intrauterine, puka, masuk PAP dengan KEK.

D. Penatalaksanaan

1. Menjelaskan hasil pemeriksaan pada pasien bahwa pemeriksaan tanda vital normal. Pasien mengerti dengan penjelasan yang diberikan.
2. Memberikan edukasi mengenai kenceng-kenceng yang dirasakan merupakan his/ kontraksi palsu adalah persiapan pada rahim sebelum kontraksi persalinan yang sesungguhnya. Pasien mengerti dengan penjelasan yang diberikan
3. Memberikan dukungan dan motivasi untuk selalu optimis bahwa persalinannya akan berjalan dengan lancar. Pasien mengerti dengan penjelasan yang diberikan
4. Memberikan edukasi tanda bahaya kehamilan trimester 3, yaitu gerakan janin berkurang dari biasanya minimal 10 gerakan dalam 12 jam tiap hari, perdarahan dari jalan lahir, demam tinggi, kaki bengkak dan sakit kepala disertai kejang. Pasien mengerti dan mampu mengulangi penjelasan yang diberikan. Pasien mengerti dengan penjelasan yang diberikan
5. Memberikan edukasi mengenai tanda-tanda persalinan seperti kenceng-kenceng teratur minimal 5 menit sekali tidak hilang dengan istirahat, keluar lendir bercampur darah dan keluar air ketuban. Pasien mengerti terhadap penjelasan yang diberikan dan bersedia untuk segera ke PMB jika muncul tanda-tanda tersebut.
6. Memberikan terapi tablet tambah darah 1x1 dan kalsium 1x1. Pasien bersedia meminum terapi yang diberikan sesuai aturan.

7. Menganjurkan pada pasien untuk kunjungan ulang 1 minggu lagi.
Pasien bersedia untuk kontrol ulang 1 minggu lagi.
8. Mendokumentasikan.

ASUHAN KEBIDANAN PADA MASA PERSALINAN PADA NY. DW,
UMUR 20 TAHUN, G1P0A0 AH0 HAMIL 38 MINGGU 5 HARI DALAM
PERSALINAN KALA 1 FASE LATEN DI PMB SETYO ARI SUSANTI
PURWOREJO

NO. RM :
HARI/TANGGAL : Senin, 11 Maret 2024/ Jam: 08.30 WIB

A. Data Subjektif

1. Keluhan utama

Pasien mengatakan kenceng-kenceng teratur dan keluar lendir bercampur darah sejak tanggal 10 Maret 2024 jam 21.00 WIB. Pasien mengatakan air ketuban belum keluar.

2. Biodata

Nama : Ny. DW
Umur : 20 tahun
Pendidikan : SMU
Agama : Islam
Pekerjaan : Ibu Rumah Tangga
Nama suami : Tn. MAM
Umur : 25 tahun
Pendidikan : SMU
Agama : Islam
Pekerjaan : swasta
Alamat : Seboropasar, Ngombol, Purworejo

3. Riwayat Haid

Siklus haid 28 hari, teratur, dismenorea tidak ada, keputihan tidak ada, HPHT: 13 Juni 2023, HPL: 20 Maret 2024, Umur kehamilan: 38 minggu 5 hari

4. Riwayat KB

Ibu belum pernah menggunakan alat kontrasepsi.

5. Riwayat Obstetri

G1P0A0Ah0 hamil 38 minggu 5 hari

No.	Tanggal Persalinan	Umur Kehamilan	Jenis Persalinan	Penolong	BBL		Nifas	
					BB	JK	Menyusui	Masalah
1.	Hamil ini							

Tempat periksa hamil: PMB, Puskesmas dan RS

Trimester 1: 3 kali

Trimester 2: 4 kali

Trimester 3: 4 kali

Dapat obat: tablet tambah darah, kalsium

Imunisasi 5 kali

6. Riwayat Persalinan Ini

Kontraksi uterus mulai tanggal 10 Maret 2024, jam 21.00 WIB.

Pengeluaran pervaginam lendir darah tanggal 11 Maret 2024, jam 07.00 WIB

7. Riwayat Kesejahteraan Janin

Gerakan janin aktif.

8. Riwayat Penyakit

Pasien tidak pernah menderita penyakit Asma, TBC, Jantung, Hipertensi, dan Hepatitis B.

9. Riwayat Nutrisi dan Eliminasi

Makan-minum terakhir tanggal 10 Maret 2024, jam 17.00 WIB

BAK terakhir tanggal 11 Maret 2024, jam 07.00 WIB

BAB terakhir tanggal 10 Maret 2024, jam 06.00 WIB

10. Pola Istirahat

Tidur siang kadang-kadang 1 jam/ hari, tidur malam 6-7 jam/ hari.

11. Riwayat Psikososial

Pasien merasa cemas dengan proses persalinan yang sedang dijalani.

12. Riwayat sosial ekonomi

Pendapatan suami Rp 2.000.000,00

B. Data Objektif

Keadaan Umum : Baik
 Kesadaran : Composmentis
 Vital Sign : Tensi 110/70 mmHg, Nadi 80 x/ menit,
 Suhu 36,5 °C

Tinggi Badan : 147 cm

Berat Badan sekarang : 49,5 kg

Berat Badan sebelum hamil : 38 kg

Kenaikan BB : 11,5 kg

IMT sebelum hamil : 17,6 kg/m²

LILA : 23 cm

Konjungtiva : merah muda

Palpasi: Leopold 1: TFU 30 cm, teraba bokong

Leopold 2: teraba punggung kanan

Leopold 3: teraba kepala

Leopold 4: kepala masuk PAP 1/5 bagian, divergen

TBJ Mc. Donald: (30-11) x 155 gr = 2945 gram

DJJ: 145 x/menit, teratur

His (+), frekuensi 2x/ menit, durasi 25 detik

Pemeriksaan dalam, tanggal 11 Maret 2024, jam: 08.30 WIB, atas indikasi mengetahui sudah masuk persalinan atau belum.

V/U tenang, dinding vagina licin, portio menipis lunak, Ø 3 cm, selaput ketuban utuh, presentasi kepala, kepala turun HII, air ketuban (-), STLD (+)

C. Analisa

Ny. DW, usia 20 tahun, G1P0A0 Ah0 hamil 38 minggu 5 hari, janin tunggal, hidup, intrauterine, puka, masuk PAP dalam persalinan kala I fase laten.

D. Penatalaksanaan

1. Menjelaskan kepada ibu bahwa hasil pemeriksaan ibu dan janin dalam keadaan normal. Pada pemeriksaan dalam ditemukan bahwa pembukaan jalan lahir 3 cm yang artinya ibu telah memasuki persalinan fase laten. Ibu sangat senang mendengar penjelasan tersebut.
2. Membimbing ibu dalam melakukan relaksasi saat kontraksi datang, dengan cara menarik nafas panjang lewat hidung, kemudian dilepaskan dengan perlahan dan ditiupkan melalui mulut secara berulang. Ibu dapat mengulangi teknik relaksasi dengan baik.
3. Membimbing keluarga untuk memijat daerah punggung bagian bawah untuk rasa nyaman bagi ibu serta mengurangi rasa nyeri yang ibu rasakan saat kontraksi datang. Keluarga dapat melakukan dengan baik.
4. Melibatkan suami dan keluarga untuk mendukung proses persalinan agar rasa cemas ibu berkurang dan persalinan berjalan dengan lancar. Ibu menghendaki untuk didampingi suami dalam masa persalinan.
5. Menganjurkan ibu untuk tetap memenuhi nutrisi dan hidrasinya untuk persiapan proses persalinan. Ibu bersedia untuk makan nasi, minum segelas air putih dan susu.
6. Menganjurkan ibu untuk memilih posisi yang nyaman tanpa membahayakan janin dan ibu bisa duduk ataupun tidur miring ke kiri ketika kenceng bertambah sering. Ibu memilih tidur dengan posisi miring ke kiri dan kadang duduk.
7. Menganjurkan kepada ibu untuk tidak menahan dalam BAK guna keefektifan penurunan kepala janin. Ibu mengerti dan bersedia melakukannya.
8. Mempersiapkan alat dan obat
 - a. Partus set
 - b. Hecting set
 - c. Alat resusitasi
 - d. Spuit 3 cc dan 5 cc
 - e. Sarung tangan steril

- f. Kassa steril
- g. Oksitosin 10 IU
- h. Methylergometrin 2 mg
- i. Lidocain 1 %

Alat dan obat telah dipersiapkan

9. Mengobservasi kemajuan persalinan seperti detak jantung janin, his, nadi, setiap 30 menit dan melakukan pemeriksaan dalam, tekanan darah, suhu, urine 4 jam lagi atau jika ada indikasi. Observasi telah dilakukan dengan menggunakan lembar observasi.

CATATAN PERKEMBANGAN

Tanggal : 11 Maret 2024

Jam : 19.45 WIB

A. Data Subjektif

Ibu mengeluh keluar cairan dari jalan lahir, kencang-kencang semakin kuat dan terasa seperti ingin BAB.

B. Data Objektif

Keadaan Umum : Baik

Kesadaran : Composmentis

Tanda-tanda vital : Tensi 120/70 mmHg, Nadi 84 x/ menit,
Suhu 36,8°C, RR 20 x/ menit

Pemeriksaan Abdomen

Palpasi Leopold IV : divergen, teraba 1/5 bagian

His : frekuensi 4x/ 10 menit, durasi 45 detik

Auskultasi DJJ : 136 x/ menit, teratur

Anus : membuka

Pemeriksaan dalam atas indikasi mengevaluasi pembukaan servik

v/u tenang, dinding vagina licin, porsio tak teraba, pembukaan lengkap, selaput ketuban (-), preskep, kepala turun hodge III+, UUK jam 12, AK (+) jernih, STLD (+).

C. Analisa

Ny. DW, usia 20 tahun, G1P0A0 Ah0 hamil 38 minggu 5 hari, janin tunggal, hidup, intrauterine, puka, reskep masuk PAP dalam persalinan kala II.

D. Penatalaksanaan

1. Menjelaskan kepada ibu bahwa hasil pemeriksaan ibu dan janin dalam keadaan normal, pembukaan sudah lengkap. Ibu sudah boleh mengejan agar bayi terdorong keluar.
2. Melibatkan suami dan keluarga untuk mendukung proses persalinan. Ibu menghendaki untuk didampingi suami saat bersalin.
3. Melakukan persiapan diri menggunakan APD dan mendekatkan alat partus. APD telah dipakai dan alat partus telah didekatkan.
4. Mengatur posisi yang nyaman tanpa membahayakan janin. Ibu memilih mengejan dengan miring ke kiri.
5. Mengajarkan kepada ibu cara mengejan yang efektif yaitu mengejan saat puncak kontraksi, dengan mengambil nafas panjang kemudian mengejan seperti BAB dan berhenti mengejan saat kontraksi berhenti. Istirahat pada saat kontraksi hilang. Ibu mampu mengejan dengan baik sesuai dengan instruksi.
6. Menganjurkan kepada ibu untuk minum agar ibu tidak dehidrasi pada saat tidak ada kontraksi. Ibu bersedia minum air mineral pada saat tidak ada kontraksi.
7. Memeriksa DJJ setiap tidak ada kontraksi. DJJ dalam batas normal.
8. Menolong persalinan sesuai dengan APN.

Setelah tampak kepala bayi berdiameter 5-6 cm, menganjurkan ibu untuk merubah posisi dengan setengah duduk saat tidak ada kontraksi. Persiapan pertolongan kelahiran bayi, pasang handuk diatas perut ibu, pakai sarung tangan, pasang kain 1/3 pada bokong ibu, lindungi perineum ibu, mengecek apakah ada lilitan tali pusat, tunggu bayi melakukan putaran paksi luar, tangan biparietal untuk melahirkan bahu depan dan belakang, sanggah bahu bayi, susuri badan bayi sampai ke tungkai, nilai sepintas lalu letakkan di atas perut ibu, keringkan bayi

dengan seksama. Bayi telah lahir tanggal 11 Maret 2024, jam: 20.15 WIB, menangis kuat, kemerahan, tonus otot baik, jenis kelamin perempuan, BB 3620 gr. PB 50 cm

CATATAN PERKEMBANGAN

Tanggal : 11 Maret 2024

Jam : 20.20 WIB

A. Data Subjektif

Ibu merasa lega karena bayinya telah lahir. Ibu mengatakan merasa lelah karena meneran. Ibu mengatakan perutnya terasa mules.

B. Data Objektif

Keadaan Umum : Baik

Kesadaran : Composmentis

Tanda-tanda vital : Tensi 110/ 65 mmHg, Nadi 85 x/ menit,
Suhu 36,6°C, RR 20 x/ menit

Pemeriksaan Abdomen

Palpasi : TFU setinggi pusat

Kontraksi uterus : keras

Kandung kemih : kosong

Inspeksi vulva : tampak tali pusat di depan vulva

Perdarahan : 100 cc

Terdapat tanda-tanda kala III: semburan darah dari jalan lahir, uterus globuler, tali pusat bertambah panjang.

C. Analisa

Ny. DW, usia 20 tahun, P1A0 Ah1 dalam persalinan kala III.

D. Penatalaksanaan

1. Memberitahu ibu bahwa keadaan ibu dan bayi dalam keadaan baik. Saat ini plasenta belum lahir dan akan segera dilahirkan. Ibu mengerti dengan penjelasan yang diberikan.

2. Melakukan MAK III.
3. Memeriksa kembali uterus dengan meraba abdomen untuk memastikan tidak ada janin kedua.
4. Menjelaskan dan memberitahu ibu akan disuntik agar uterus berkontraksi dengan baik.
5. Dalam waktu 1 menit setelah bayi lahir, berikan injeksi Oksitoxin 10 IU secara IM pada 1/3 paha atas bagian distal lateral.
6. Melakukan IMD (Inisiasi Menyusu Dini) di atas perut ibu dan menjaga kehangatan bayi dengan memberikan selimut dan topi.
7. Memindahkan klem tali pusat 5-10 cm dari vulva.
8. Melakukan PTT (Peregangan Tali Pusat Terkendali), saat ada kontraksi tangan kiri berada di atas simpisis melakukan *dorsocranial* dan tangan kanan melakukan PTT hingga plasenta keluar dari jalan lahir.
9. Saat plasenta muncul di introitus vagina, lahirkan plasenta dengan kedua tangan pegang dan putar plasenta hingga selaput ketuban terpinil, kemudian lahirkan. Plasenta lahir spontan tanggal: 23-1-2024, jam: 18.10 WIB.
10. Lakukan masase uterus segera setelah plasenta lahir selama 15 detik. Uterus berkontraksi dengan baik.
11. Memeriksa kelengkapan plasenta dari sisi maternal kotiledon lengkap, dari sisi fetal insersi tali pusat sentralis, terdapat 2 arteri 1 vena, selaput korion utuh. Tempatkan plasenta pada wadahnya.

CATATAN PERKEMBANGAN

Tanggal : 11 Maret 2024

Jam : 20.25 WIB

A. Data Subjektif

Ibu mengatakan perutnya masih terasa mulas.

B. Data Objektif

Keadaan Umum : Baik

Kesadaran : Composmentis

Tanda-tanda vital : Tensi 110/70 mmHg, Nadi 82 x/ menit,
Suhu 36,6°C, RR 20 x/ menit

Pemeriksaan Abdomen

Palpasi : TFU 2 jari di bawah pusat

Kontraksi uterus : keras

Kandung kemih : kosong

Perineum : tidak ada robekan

Perdarahan : ± 50 cc

C. Analisa

Ny. DW, usia 20 tahun, P1A0 Ah1 dalam persalinan kala IV

D. Penatalaksanaan

1. Menjelaskan kepada ibu bahwa plasenta telah lahir dan kondisi ibu baik. Ibu sangat senang mendengar penjelasan tersebut.
2. Mengajarkan ibu cara masase uterus dengan telapak tangan, memutar searah jarum jam. Ibu sudah bisa melakukan masase uterus.
3. Merapihkan dan membersihkan ibu menggunakan waslap dan air DTT, memakaikan pembalut dan kain bersih. Ibu tampak nyaman.
4. Melakukan dekontaminasi, pencucian dan menyeterilkan alat-alat partus.
5. Melakukan pemantauan tekanan darah, nadi, TFU, kontraksi rahim, kandung kemih dan jumlah perdarahan setiap 15 menit pada jam pertama, dan setiap 30 menit pada jam kedua pascapersalinan.

Hasil pemeriksaan normal, terlampir dalam lembar partograf.

6. Menyarankan ibu untuk melakukan mobilisasi di tempat tidur. Ibu mengikuti saran yang diberikan.
7. Menganjurkan ibu makan dan minum untuk memenuhi kebutuhan nutrisinya. Ibu mau minum serta makan.
8. Menyarankan ibu untuk segera mengosongkan kandung kemih saat terasa ingin BAK. Ibu mengikuti saran yang diberikan.
9. Kolaborasi dengan dokter memberikan terapi obat kepada ibu: Amoxicillin 500 mg/ 8 jam (10 tablet), Asam Mefenamat 500 mg/ 8 jam (10 tablet), Vitamin A 1x1 (2 kapsul), Tablet Fe 1x1 (10). Terapi obat telah diminum ibu.
10. Melakukan pendokumentasian observasi pada partograf.

ASUHAN KEBIDANAN PADA BAYI BARU LAHIR
PADA BY. NY. DW, UMUR 1 JAM, BAYI BARU LAHIR FISIOLOGIS
DI PMB SETYO ARI SUSANTI PURWOREJO

Tanggal : 11 Maret 2024

Jam : 20.15 WIB

A. Data Subyektif

1. Keluhan utama

Bayi lahir spontan langsung menangis dan ibu mengatakan bayi bergerak aktif.

2. Biodata

Nama Anak : By. Ny. DW

Umur : 1 jam

Nama Ibu : Ny. DW

Umur : 20 tahun

Pendidikan : SMU

Agama : Islam

Pekerjaan : Ibu Rumah Tangga

Nama suami : Tn. MAM

Umur : 25 tahun

Pendidikan : SMU

Agama : Islam

Pekerjaan : Karyawan swasta

Alamat : Seboropasar, Ngombol, Purworejo

3. Riwayat Kesehatan yang lalu

b. Riwayat Antenatal

G1P0Ab0Ah0 Umur Kehamilan 38 minggu 5 hari.

Riwayat imunisasi TT: TT5 (+)

Kenaikan BB : 11 kg

Penyakit selama hamil: tidak ada

Komplikasi ibu : tidak ada

Komplikasi Janin : tidak ada

c. Riwayat Intranatal

Usia kehamilan 38 minggu 5 hari, lahir tanggal 11 Maret 2024, jam 20.15 WIB, jenis persalinan: spontan di Puskesmas Ngombol Purworejo, penolong: bidan, warna air ketuban jernih, nilai APGAR: 8/9/10. Lama persalinan: kala I: 13 jam 15 menit, kala II: 30 menit.

Komplikasi ibu dan janin tidak ada.

Keadaan bayi baru lahir: usaha nafas spontan, tonus otot kuat, warna kulit kemerahan, *caput succedaneum* tidak ada, *cephal hematoma* tidak ada, cacat bawaan tidak ada.

Resusitasi : tidak dilakukan

BB/ PB Lahir: 3620 gr/ 50 cm

B. Data Subyektif

1. Pemeriksaan Umum

Keadaan Umum : Baik
 Pernafasan : 42 x/ menit
 Warna kulit : kemerahan
 Denyut Jantung : 139 kali/menit
 Suhu aksiler : 36,7 °C
 Postur dan gerakan : aktif
 Tonus otot/ tingkat kesadaran: kuat
 Ekstremitas : normal, aktif
 Kulit : kemerahan
 Tali pusat : segar, basah, tidak ada perdarahan
 BB sekarang : 3620 gram

2. Pemeriksaan Fisik

- a. Kepala: Bentuk simetris, keadaan UUB belum menutup
- b. Mata: simetris, konjungtiva merah muda, sklera putih
- c. Telinga: simetris, tidak ada kelainan
- d. Hidung: Simetris, terdapat dua lubang, tidak terdapat pernafasan cuping hidung

- e. Mulut: Warna kemerahan, mukosa bibir lembab, tidak ada labioskisis, labiopalatoskisis, bibir tidak sianosis
- f. Leher: tidak terdapat bendungan vena jugularis, tidak terdapat kelenjar tyroid
- g. Klavikula dan tangan: tidak ada kelainan
- h. Dada: tidak terdapat tarikan dinding dada, gerakan nafas baik, puting susu dan areola simetris
- i. Abdomen: bentuk normal, simetris, kulit abdomen normal
- j. Genetalia: penis ada, kedua testis telah turun, lubang uretra pada ujung penis
- k. Tungkai dan kaki: normal, gerakan aktif
- l. Anus: ada
- m. Punggung: tidak ada lubang, tidak ada massa
- n. Reflek:
 - 1) Moro: baik, dibuktikan dengan gerakan tangan dan kaki menangkap saat dikejutkan.
 - 2) Rooting: baik, dibuktikan dengan bayi menoleh saat pipinya disentuh.
 - 3) Walking: baik, dibuktikan dengan bayi seperti melangkah saat kaki ditempelkan.
 - 4) Graps: baik, dibuktikan dengan bayi memegang jari pemeriksa saat telapak tangan disentuh.
 - 5) Sucking: baik, dibuktikan ketika bagian atas langit-langit mulut bayi disentuh, bayi akan mulai menghisap.
 - 6) Tonic neck: baik, dibuktikan ketika bayi dibaringkan telentang maka bayi akan menolehkan kepalanya ke satu sisi, agak menengadah, membentangkan tangannya.
- o. Antropometri : LK: 34 cm, LD: 33 cm, LLA: 11 cm
- p. Eliminasi: Miksi: (-), Mekonium: (-)

C. Analisa

By. Ny. DW, umur 1 jam, bayi baru lahir cukup bulan, sesuai masa kehamilan, lahir spontan dengan keadaan normal.

D. Penatalaksanaan

Tanggal: 11 Maret 2024 Jam: 20.30 WIB

1. Menjelaskan pada ibu bahwa bayinya dalam keadaan baik dan normal. Ibu senang mendengarkan penjelasan tersebut.
2. Memberikan injeksi vitamin K 1 mg secara IM di paha kiri bayi. Bayi telah mendapatkan suntikan vitamin K 1 mg.
3. Memberikan salep mata oxytetracycline 1% pada mata kanan dan kiri bayi. Bayi telah mendapatkan salep mata oxytetracycline 1%.
4. Menjaga kehangatan bayi agar tidak terjadi hipotermi dengan cara dibedong/ diselimuti, diberikan topi dengan pencahayaan yang cukup dan segera ganti popoknya ketika basah. Ibu bersedia untuk menjaga kehangatan bayinya
5. Menjelaskan pada ibu/ keluarga tanda bahaya bayi baru lahir yang meliputi: bayi kuning (ikterus), kulit kebiruan (sianosis), bayi malas menyusu, suhu tubuh bayi dibawah 36°C atau lebih dari $37,5^{\circ}\text{C}$, bayi lesu, bayi tidak berkemih dalam 24 jam pertama/ tidak defekasi dalam 48 jam. Ibu mengerti dengan penjelasan yang diberikan.
6. Menjelaskan pada ibu cara merawat tali pusat dengan menjaga tetap bersih dan kering. Ibu bersedia untuk merawat tali pusat dengan benar sesuai anjuran.
7. Menganjurkan ibu agar memberikan ASI sesuai keinginan bayi (*on demand*) dan diberikan secara eksklusif selama 6 bulan tanpa makanan tambahan lainnya. Ibu bersedia memberikan ASI *on demand* dan eksklusif selama 6 bulan.

ASUHAN KEBIDANAN PADA MASA NIFAS PADA NY. DW, UMUR 20
TAHUN, P1A0 AH1 POSTPARTUM SPONTAN HARI KE-1 DI PMB SETYO
ARI SUSANTI PURWOREJO

HARI/TANGGAL : Senin, 11 Maret 2024/ Jam: 21.30 WIB

A. Data Subjektif

1. Keluhan utama

Ibu mengatakan ASI-nya masih sedikit.

2. Biodata

Nama : Ny. DW

Umur : 20 tahun

Pendidikan : SMU

Agama : Islam

Pekerjaan : Ibu Rumah Tangga

Nama suami : Tn. MAM

Umur : 25 tahun

Pendidikan : SMU

Agama : Islam

Pekerjaan : Swasta

Alamat : Seboropasar, Ngombol, Purworejo

3. Riwayat Haid

Siklus haid 28 hari, teratur, dismenorea tidak ada, keputihan tidak ada,
HPHT: 13 Juni 2023, HPL: 20 Maret 2024.

4. Riwayat Penyakit

Pasien tidak pernah/ sedang menderita penyakit asma, TBC, penyakit
jantung, hipertensi, diabetes mellitus dan hepatitis B. Ibu tidak memiliki
riwayat alergi obat dan makanan.

5. Riwayat Penyakit Keluarga

Keluarga tidak pernah/ sedang menderita kanker, penyakit jantung,
diabetes mellitus, TBC, hepatitis dan penyakit jiwa.

6. Riwayat Kehamilan, Persalinan dan Nifas

P1A0Ah1

Hamil ke-	Tanggal Persalinan	Umur Kehamilan	Jenis Persalinan	Penolong	BBL		Nifas	
					BB	JK	Laktasi	Komplikasi
1.	11 Maret 2024	38 minggu 5 hari	spontan	bidan	3620 gr	P	ya	tidak

Plasenta lahir lengkap, spontan, tidak ada kelainan.

Lama persalinan: Kala I: 13 jam 15 menit, kala II: 30 menit, kala III: 5 menit, kala IV: 2 jam.

7. Riwayat Kontrasepsi

Ibu belum pernah menggunakan kontrasepsi apapun.

8. Pola Nutrisi

	Makan	Minum
Jenis	Nasi, sayur, lauk	Air putih
Jumlah	1 porsi	1 gelas sekali minum
Frekuensi	3 kali sehari	8 kali sehari

9. Riwayat Eliminasi

BAB: Ibu belum BAB sejak melahirkan.

BAK: 3 x sehari, warna kuning jernih.

10. Aktifitas

Mobilisasi: ibu turun dari tempat tidur 2 jam paska melahirkan. Ibu sudah mampu duduk untuk menyusui bayinya dan berjalan ke kamar mandi.

B. Data Objektif

Keadaan Umum : Baik

Kesadaran : Composmentis

Tanda-tanda vital : Tensi 110/80 mmHg, Nadi 86 x/ menit,
Suhu 36,5 °C

Tinggi Badan : 147 cm

Berat Badan : 49 kg

Mata : Simetris, konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterus

Payudara : bentuk simetris, kehitaman/ hiperpigmentasi, putting susu kanan datar, ASI (+)

Abdomen :

- Luka bekas SC : Tidak ada
- TFU : 3 jari di bawah pusat,
- Kontraksi uterus : keras
- Kandung Kemih : kosong

Genetalia

- perdarahan (-), oedem (-), kemerahan (-), nanah (-).

Pengeluaran Pervaginam

- Perdarahan : tidak ada
- Warna : merah

Ekstemitas : oedema (-), varises (-) dan *homan sign* (-)

C. Analisa

Ny. DW, usia 20 tahun, P1A0 Ah1 postpartum spontan normal hari ke-1

D. Penatalaksanaan

1. Menjelaskan kepada ibu bahwa hasil pemeriksaan ibu dalam keadaan normal.
2. Menganjurkan ibu untuk makan makanan gizi seimbang seperti karbohidrat (nasi, jagung, kentang, ubi), protein (telur, ikan, tahu, tempe, daging), vitamin dan mineral (sayur-sayuran hijau, buah-buahan) dan minum air putih minimal 3-4 liter atau minimal 14 gelas sehari. Dengan gizi seimbang akan dapat mempercepat proses pemulihan ibu dan memenuhi kebutuhan ASI. Ibu bersedia untuk makan makanan dengan gizi seimbang.
3. Menjelaskan kepada ibu untuk tetap menyusui bayinya sesuai keinginan bayi (on demand) dan secara eksklusif tanpa tambahan makanan atau cairan apapun, karena dengan hisapan bayi akan merangsang keluarnya ASI. Ibu harus tetap rileks, perasaan tenang dan rileks ibu akan membuat produksi ASI menjadi lancar. Kebutuhan bayi akan ASI pada hari-hari pertama masih sedikit. Ibu mengerti dengan penjelasan yang diberikan.

4. Melakukan pijat oksitosin untuk merangsang produksi ASI. Ibu telah dilakukan pijat oksitosin dan ibu merasa lebih nyaman.
5. Menjelaskan kepada ibu tentang cara mengatasi puting susu datar. Ibu dan bayi perlu sesering mungkin melakukan kontak kulit dengan kulit untuk memberi kesempatan pada bayi menemukan sendiri posisi cara yang paling nyaman baginya untuk menyusui. Ibu juga dapat memerah ASI dan memberinya dengan gelas. Ibu dapat memerah menggunakan pompa ASI sekaligus mengatasi puting susunya yang datar. Menghindari penggunaan botol susu dan dot/ kempeng karena hanya akan menghalangi bayi untuk mampu menyusui. Ibu memahami penjelasan yang diberikan.
6. Mengingatkan kembali ibu untuk menjaga personal hygiene dengan mengganti pembalut setiap 4 kali sehari tanpa menunggu penuh, cebok dari arah depan ke belakang dan menghindari menyentuh daerah luka jahitan perineum. Ibu bersedia mengikuti anjuran.
7. Menganjurkan ibu untuk meminum obat yang telah diberikan kemarin sesuai dengan aturan minumannya. Ibu bersedia meminum terapi yang diberikan.
8. Menganjurkan kepada ibu untuk kontrol kembali 1 minggu kemudian atau jika ada keluhan. Ibu bersedia untuk kontrol sesuai anjuran.

CATATAN PERKEMBANGAN

Hari/ Tanggal : Senin/ 18 Maret 2024

Jam : 16.00 WIB

A. Data Subjektif

Ibu mengatakan ASI-nya dapat mencukupi kebutuhan bayinya. Ibu mengatakan sudah buang air besar 3 kali sejak melahirkan dengan konsistensi agak lunak dan buang air kecil 3-4 kali dalam sehari.

Ibu mengkonsumsi makanan bergizi seimbang tiga kali sehari dengan satu porsi nasi, sayuran, lauk pauk yang tinggi protein, dan buah kadang-kadang. Minum sebanyak 7-8 gelas perhari dengan air putih. Ibu beraktifitas seperti jalan kaki untuk menjemur pakaian, ke kamar mandi dan jalan-jalan ringan di sekitar rumah.

Pengeluaran pervaginam berwarna merah kecoklatan/ flek, dan tidak ada keluhan pada pengeluaran pervaginam. Ibu melakukan *personal hygiene* yaitu mandi seperti biasa sebanyak dua kali dalam sehari, mengganti pembalut tiga kali sehari, dan cebok dari arah depan ke belakang.

B. Data Objektif

Keadaan Umum	: Baik
Kesadaran	: Composmentis
Tanda-tanda vital	: Tensi 115/70 mmHg, Nadi 84 x/ menit, Suhu 36,6 °C
Tinggi Badan	: 147cm
Berat Badan	: 49 kg
Mata	: Simetris, konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterus
Payudara	: bentuk simetris, kehitaman/ hiperpigmentasi, puting susu menonjol, ASI (+)
Abdomen	:
- Luka bekas SC	: tidak ada
- Kontraksi	: keras
- TFU	: pertengahan simpisis pusat
- Kandung Kemih	: kosong
Pengeluaran Pervaginam	
- Perdarahan	: 50 cc
- Warna	: kekuningan
Ekstemitas	: oedema (-), varises (-) dan <i>homan sign</i> (-)

C. Analisa

Ny. DW, usia 20 tahun, P1A0 Ah1 postpartum spontan normal hari ke-7

Fisiologis.

D. Penatalaksanaan

1. Memberitahu kepada ibu hasil pemeriksaan, ibu dalam keadaan normal.
Ibu mengerti dan merasa senang mendengar keadaannya.
2. Memotivasi ibu agar memberikan ASI eksklusif
Ibu mengerti dan akan berusaha memberikan ASI eksklusif.
3. Memberikan ibu zat besi: Fe 1x1 (10 tablet), Ibu bersedia meminum sesuai anjuran.
4. Menganjurkan kepada ibu untuk kontrol kembali 1 minggu kemudian atau jika ada keluhan. Ibu bersedia untuk kontrol sesuai anjuran.

CATATAN PERKEMBANGAN

Hari/ Tanggal : Selasa/ 2 April 2024

Jam : 16.00 WIB

A. Data Subjektif

Ibu mengatakan ASI-nya lancar. Ibu mengatakan buang air besar 2 hari sekali dan buang air kecil 4-5 kali dalam sehari.

B. Data Objektif

Keadaan Umum : Baik

Kesadaran : Composmentis

Tanda-tanda vital : Tensi 110/70 mmHg, Nadi 86 x/ menit,
Suhu 36,7 °C

Tinggi Badan : 147cm

Berat Badan : 50 kg

Mata : Simetris, konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterus

Payudara : bentuk simetris, kehitaman/ hiperpigmentasi, puting susu menonjol, ASI (+)

Abdomen :

- Luka bekas SC : tidak ada
- TFU : tidak teraba
- Kandung Kemih : kosong

Genetalia

Pengeluaran Pervaginam

- Perdarahan : tidak ada
- Warna : kecoklatan

Ekstemitas : oedema (-), varises (-) dan *homan sign* (-)

C. Analisa

Ny. DW, usia 20 tahun, P1A0 Ah1 postpartum spontan normal hari ke-15 fisiologis.

D. Penatalaksanaan

1. Memberitahu kepada ibu hasil pemeriksaan, ibu dalam keadaan normal. Ibu mengerti dan merasa senang mendengar keadaannya.
2. Memberikan pujian kepada ibu karena bersedia untuk makan makanan gizi seimbang.
3. Memberikan pujian kepada ibu karena memberikan ASI saja hingga saat ini dan tetap memotivasi kepada ibu agar terus memberikan ASI sehingga bayinya tercukupi nutrisinya.
4. Memberikan ibu terapi zat besi: Fe 1x1. Ibu bersedia meminum terapi yang diberikan sesuai anjuran.
5. Menganjurkan kepada ibu untuk kontrol kembali 4 minggu kemudian atau jika ada keluhan. Ibu bersedia untuk kontrol sesuai anjuran.

FOTO-FOTO DOKUMENTASI SELAMA PELAKSANAAN ASUHAN COC





SURAT KETERANGAN

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama Pembimbing Klinik : Setyo Ari Susanti, Amd.Keb
Instansi : PMB Setyo Ari Susanti Purworejo

Dengan ini menerangkan bahwa :

Nama Mahasiswa : Dwi Suryawati
NIM : P07124523159
Prodi : Pendidikan Profesi Bidan
Jurusan : Kebidanan Poltekkes Kemenkes Yogyakarta

Telah selesai melakukan asuhan kebidanan berkesinambungan dalam rangka praktik kebidanan holistik *Continuity of Care* (COC).

Asuhan dilaksanakan pada tanggal 21 Februari 2024 sampai dengan 26 Maret 2024.
Judul asuhan: Asuhan Berkesinambungan pada Ny.DW Usia 20 Tahun G1P0A0A0 dengan Kekurangan Energi Kronik di PMB Setyo Ari Susanti Purworejo

Demikian surat keterangan ini dibuat dengan sesungguhnya untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Purworejo, 26 Maret 2024



Setyo Ari Susanti, Amd.Keb
NIP. 19750416 200312 2 004

INFORMED CONSENT (SURAT PERSETUJUAN)

Yang bertanda tangan dibawah ini :

N a m a : Dewi Wulandari
 Tempat / Tgl lahir : Purworejo, 15 April 2004
 A l a m a t : Seboropasar, Rt 01/Rw 02, Ngambal, Pur

Bersama ini menyatakan kesediaanya sebagai subjek dalam praktik *Continuity of Care* (COC) pada mahasiswa mahasiswa Program Studi Pendidikan Profesi Bidan Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Yogyakarta Tahun Akademik 2023/2024.

Saya telah menerima penjelasan sebagai berikut :

1. Setiap tindakan yang dipilih, bertujuan untuk memberikan Asuhan Kebidanan pada keluarga dalam rangka meningkatkan dan mempertahankan kesehatan fisik, mental keluarga. Namun demikian, setiap tindakan mempunyai risiko, baik yang telah diduga, maupun yang tidak diduga sebelumnya.
2. Pemberi asuhan telah menjelaskan bahwa akan berusaha sebaik mungkin untuk melakukan asuhan kebidanan dan menghindarkan kemungkinan terjadinya risiko agar diperoleh hasil yang optimal.
3. Semua penjelasan tersebut diatas, sudah saya maklumi dan dijelaskan dengan kalimat yang jelas, sehingga saya mengerti arti asuhan dan tindakan yang diberikan kepada saya. Dengan demikian terdapat kesepakatan antarpasien dan pemberi asuhan, untuk mencegah timbulnya masalah hukum di kemudian hari.

Demikian Surat Persetujuan ini saya buat tanpa paksaan dari pihak manapun dan agar dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Purworejo, Februari 2024

Mahasiswa



Dwi Suryawati

Pasien



Dewi Wulandari

CATATAN PERSALINAN

1. Tanggal : 11/3/2024
2. Nama bidan : Dwi
3. Tempat Persalinan :
 - Rumah Ibu Puskesmas
 - Polindes Rumah Sakit
 - Klinik Swasta Lainnya :
4. Alamat tempat persalinan : D. Kumbang Kuning
5. Catatan : rujuk, kala : I / II / III / IV
6. Alasan merujuk : -
7. Tempat rujukan : -
8. Pendamping pada saat merujuk :
 - Bidan Teman
 - Suami Dukun
 - Keluarga Tidak ada

KALA I

9. Partogram melewati garis waspada : Ya
10. Masalah lain, sebutkan : -
11. Penatalaksanaan masalah Tsb : -
12. Hasilnya : -

KALA II

13. Episiotomi :
 - Ya, Indikasi
 - Tidak
14. Pendamping pada saat persalinan
 - Suami Teman Tidak ada
 - Keluarga Dukun
15. Gawat Janin :
 - Ya, tindakan yang dilakukan
 - a.
 - b.
 - c.
 - Tidak
16. Distosia bahu :
 - Ya, tindakan yang dilakukan
 - a.
 - b.
 - c.
 - Tidak
17. Masalah lain, sebutkan : -
18. Penatalaksanaan masalah tersebut : -
19. Hasilnya : -

KALA III

20. Lama kala III : 10 menit
21. Pemberian Oksitosin 10 U im ?
 - Ya, waktu : 1 menit sesudah persalinan
 - Tidak, alasan
22. Pemberian ulang Oksitosin (2x) ?
 - Ya, alasan
 - Tidak
23. Penegangan tali pusat terkendali ?
 - Ya,
 - Tidak, alasan

PEMANTAUAN PERSALINAN KALA IV

Jam Ke	Waktu	Tekanan darah	Nadi	Tinggi Fundus Uteri	Kontraksi Uterus	Kandung Kemih	Perdarahan
1		110/70	84	23 ↓ pjt	keras	100	150
		110/75	84	25 ↓ pjt	keras	100org	80
		120/70	84	27 ↓ pjt	keras	100org	80
		120/80	84	27 ↓ pjt	keras	100org	80
2		110/80	88	29 ↓ pjt	keras	100org	80
		110/70	88	27 ↓ pjt	keras	100org	80

Dewi Wilandari

24. Masase fundus uteri ?
 - Ya,
 - Tidak, alasan
25. Plasenta lahir lengkap (intact) Ya / Tidak
 - Ya
 - Jika tidak lengkap, tindakan yang dilakukan :
 - a.
 - b.
26. Plasenta tidak lahir > 30 menit : Ya / Tidak
 - Tidak
 - Ya, tindakan :
 - a.
 - b.
 - c.
27. Laserasi :
 - Ya, dimana
 - Tidak,
28. Jika laserasi perineum, derajat : 1 / 2 / 3 / 4
 - 1
 - Tindakan :
 - Penjahitan, dengan / tanpa anestesi
 - Tidak dijahit, alasan
29. Atoni uteri :
 - Ya, tindakan
 - a.
 - b.
 - Tidak
30. Jumlah perdarahan : ml
31. Masalah lain, sebutkan
32. Penatalaksanaan masalah tersebut : -
33. Hasilnya : -

BAYI BARU LAHIR :

34. Berat badan gram
35. Panjang cm
36. Jenis kelamin : L / P
37. Penilaian bayi baru lahir : baik / ada penyulit
38. Bayi lahir :
 - Normal, tindakan :
 - mengeringkan
 - menghangatkan
 - rangsang taktil
 - bungkus bayi dan tempatkan di sisi ibu
 - Asplksia ringan/pucat/biru/lemas, tindakan :
 - mengeringkan bebaskan jalan napas
 - rangsang taktil menghangatkan
 - bungkus bayi dan tempatkan di sisi ibu
 - lain - lain sebutkan
 - Cacat bawaan, sebutkan : -
 - Hipotermi, tindakan : -
 - a.
 - b.
 - c.
39. Pemberian ASI
 - Ya, waktu : jam setelah bayi lahir
 - Tidak, alasan
40. Masalah lain,sebutkan : -
 - Hasilnya : -

