



LAPORAN TUGAS AKHIR
ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF
PADA NY. I G₂P₁A₀ DENGAN ATONIA UTERI
DI BIDAN PRAKTEK MANDIRI S. H. JAKARTA SELATAN
PERIODE 11 SEPTEMBER 2018 s/d 4 MARET 2019

Disusun Oleh:

Elina Putri Anggraeni

051611003

PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEBIDANAN
FAKULTAS KEPERAWATAN DAN KEBIDANAN

UNIVERSITAS BINAWAN

Jl. Kalibata Raya No. 25-30

JAKARTA

2019



LAPORAN TUGAS AKHIR
ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF
PADA NY. I G₂P₁A₀ DENGAN ATONIA UTERI
DI BIDAN PRAKTEK MANDIRI S. H. JAKARTA SELATAN
PERIODE 11 SEPTEMBER 2018 s/d 4 MARET 2019

Disusun Oleh:

Elina Putri Anggraeni

051611003

PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEBIDANAN
FAKULTAS KEPERAWATAN DAN KEBIDANAN

UNIVERSITAS BINAWAN

Jl. Kalibata Raya No. 25-30

JAKARTA

2019

PERNYATAAN PERSETUJUAN

LAPORAN TUGAS AKHIR

ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF PADA NY. I G₂P₁A₀

DI BIDAN PRAKTEK MANDIRI S. H. JAKARTA SELATAN

PERIODE 11 SEPTEMBER 2018 s/d 4 MARET 2019

Laporan Tugas Akhir ini telah diperiksa dan disetujui oleh pembimbing untuk dipertahankan dihadapan tim penguji sidang Laporan Tugas Akhir

Program Studi D-III Kebidanan

Universitas Binawan



Jakarta, Maret 2019

Pembimbing I

Pembimbing II

Dinni Randayani L., SST., MKes

Sri Helmi YH.S.SiT.M.M.Kes

Mengetahui

Ka. Prodi D-III Kebidanan Universitas Binawan



Dinni Randayani L., SST., MKes

LEMBAR PENGESAHAN

Laporan Asuhan Kebidanan Komprehensif ini telah disetujui dan disahkan oleh penguji untuk disusun sebagai Laporan Tugas Akhir pada Program Studi D-III

Kebidanan Universitas Binawan dengan judul:

ASUHAN KEBIDANAN KOMREHENSIF

PADA NY. I G₂P₁A₀ DENGAN ATONIA UTERI

DI BIDAN PRAKTEK MANDIRI S. H. JAKARTA SELATAN

PERIODE 11 SEPTEMBER 2018 s/d 4 MARET 2019



Penguji I

Mella Yuria R.A.,SKM.,MKes

Penguji I

Dinni Randayani L.,SST.,MKes

Mengetahui

Ka. Prodi D-III Kebidanan Universitas Binawan



Dinni Randayani L.,SST.,MKes

PERNYATAAN ORISINALITAS

Yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Elina Putri Anggraeni

NIM : 051611003

Prodi : Kebidanan Universitas Binawan

Dengan ini menyatakan bahwa Laporan Tugas Akhir yang saya susun dengan judul **ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF PADA NY. I G₂P₁A₀ DENGAN ATONIA UTERI DI BIDAN PRAKTEK MANDIRI S. H. JAKARTA SELATAN.**

Adalah benar-benar hasil karya saya sendiri dan bukan merupakan plagiat dari Laporan Tugas Akhir orang lain. Apabila kemudian hari pernyataan saya tidak benar, maka saya bersedia menerima sanksi akademis yang berlaku (dicabut predikat kelulusan dan gelar ke ahlimadyaannya).

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya, untuk dipergunakan bilamana digunakan.

Jakarta, Maret 2019

Pembuat Pernyataan



Elina Putri Anggraeni

KATA PENGANTAR

Puji serta syukur alhamdulillah saya panjatkan kepada Allah SWT, karena atas berkat rahmat dan hidayah-Nya, saya dapat menyelesaikan Laporan Komprehensif ini. Sebagai salah satu memenuhi syarat untuk menyelesaikan program Pendidikan Diploma III Kebidanan di Universitas Binawan, yang berjudul “Asuhan Kebidanan Komprehensif Pada Ny I. G₂P₁A₀ Hamil 38 Minggu Dengan Atonia Uteri Di BPM S.H. Tahun 2018”.

Saya menyadari kemampuan dan keterbatasan ilmu pengetahuan yang saya miliki, sehingga penyusunan Laporan Komprehensif ini jauh dari sempurna. Namun Laporan Komprehensif ini diharapkan dapat memberi manfaat bagi kita semua. Dalam kesempatan ini saya menyampaikan ucapan terima kasih yang tiada terhingga serta penghargaan setinggi-tingginya kepada yang terhormat:

1. Allah SWT, yang telah memberikan kemudahan dan melimpahkan karunia-Nya yang sangat luar biasa sehingga Laporan Komprehensif ini dapat saya selesaikan.
2. Bapak Drs. M. Sofyan Hawadi, MA, selaku Rektor Universitas Binawan.
3. Ibu Dinni Randayani L.,SST.,MKes, selaku Ketua Program Studi Kebidanan Universitas Binawan sekaligus sebagai pembimbing I yang telah meluangkan waktu dan pemikirannya untuk membimbing saya menyusun Laporan Komprehensif ini.
4. Ibu S.H. YH.S.SiT.M.M.Kes selaku pemilik Klinik Bidan Praktek Mandiri sekaligus sebagai pembimbing II dalam penulisan Laporan Komprehensif ini
5. Seluruh dosen dan staf Universitas Binawan yang telah memberikan petunjuk dan nasehat selama saya menjalani pendidikan.

6. Seluruh bidan yang berkerja di Klinil Bidan Praktek Mandiri S.H.yang turut membimbing dan membantu dalam menyelesaikan Laporan Komprehensif ini.
7. Kepada kedua orangtua ayahanda tercinta Bapak Sisman, Ibunda Tersayang Ibu Mujiatun, dan kakak saya Risman Benny Aji yang telah memberikan dorongan, semangat, doa yang tiada hentinya dan selalu mengikatkan saya kepada Allah SWT untuk selalu bersyukur .
8. Ny I. serta keluarga yang telah bersedia dan bekerjasama dalam pelaksanaan Asuhan Kebidan Komprehensif.
9. Sahabat serta teman-teman seperjuangan Angkatan 2016 yang saling memberikan doa, pelajaran, semangat dan motivasi selama masa perkuliahan hingga penyusunan Laporan Komprehensif ini.

Dalam penyusunan Laporan Komprehensif ini saya merasa masih banyak kekurangan. Untuk itu, saya mengharapkan masukan baik kritik maupun saran yang sifatnya membangun. Saya sangat berharap Allah SWT berkenan membalas kebaikan semua pihak yang telah membantu.

Jakarta, Maret 2019

Penulis

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR.....	i
DAFTAR ISI.....	iii
BAB I PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Tujuan.....	5
1.3 Ruang Lingkup	6
1.4 Waktu dan Tempat Pengambilan Kasus.....	6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	7
2.1 Kehamilan	7
2.2 Persalinan	20
2.3 Bayi Baru Lahir	73
2.4 Nifas	98
2.5 Manajemen Kebidanan.....	126
BAB III TINJAUAN KASUS.....	129
MANAJEMEN ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU HAMIL.....	129
MANAJEMEN ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU BERSALIN	142
MANAJEMEN ASUHAN KEBIDANAN PADA BAYI BARU LAHIR	154
MANAJEMEN ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU NIFAS	166
BAB IV PEMBAHASAN.....	176
4.1 Kehamilan	176
4.2 Persalinan	177

4.3 Bayi Baru lahir	179
4.4 Nifas	180
BAB V PENUTUP.....	181
A. Kesimpulan	181
B. Saran.....	182
DAFTAR PUSTAKA	183



BAB I PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Kematian ibu atau kematian maternal adalah kematian seorang ibu sewaktu hamil atau dalam waktu 42 hari sesudah berakhirnya kehamilan, tidak bergantung pada tempat atau usia kehamilan. Indikator yang umum digunakan dalam kematian ibu adalah Angka Kematian Ibu (*Maternal Mortality Ratio*) yaitu jumlah kematian ibu dalam 100.000 kelahiran hidup. Angka ini mencerminkan risiko obstetrik yang dihadapi oleh seorang ibu sewaktu ibu hamil. Jika ibu tersebut hamil beberapa kali, risikonya meningkat dan digambarkan sebagai risiko kematian ibu sepanjang hidupnya, yaitu probabilitas menjadi hamil dan probabilitas kematian karena kehamilan sepanjang masa reproduksi (Prawirohardjo, 2014)

Kematian ibu dibagi menjadi kematian langsung dan tidak langsung. Kematian ibu langsung adalah sebagai akibat komplikasi kehamilan, persalinan, atau masa nifas dan segala intervensi atau penanganan tidak tepat dari komplikasi tersebut. Kematian ibu tidak langsung merupakan akibat dari penyakit yang sudah ada atau penyakit yang timbul sewaktu kehamilan yang berpengaruh terhadap kehamilan, misalnya malaria, anemia, HIV/AIDS, dan penyakit kardiovaskular (Prawirohardjo, 2014).

Menurut data World Health Organization (WHO), angka kematian ibu di dunia pada tahun 2015 adalah 216 per 100.000 kelahiran hidup atau diperkirakan jumlah kematian ibu adalah 303.000 kematian dengan jumlah tertinggi berada di negara berkembang yaitu sebesar 302.000 kematian. Angka kematian ibu di negara berkembang 20 kali lebih tinggi dibandingkan angka kematian ibu di negara maju yaitu 239 per 100.000 kelahiran hidup sedangkan dinegara maju hanya 12 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2015 (WHO, 2015).

Menurut Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia SDKI, tahun 2012 menunjukkan peningkatan AKI yang signifikan yaitu menjadi 359 kematian ibu per 100.000 kelahiran hidup. AKI kembali menunjukkan penurunan menjadi 305 kematian ibu per 100.000 kelahiran hidup berdasarkan hasil Survei Penduduk Antar Sensus (SUPAS) 2015 (Kementerian Kesehatan RI, 2017).

Menurut Direktur Kesehatan Keluarga Kementerian Kesehatan, dr. Eni Gustina, MPH penyebab tertinggi kematian pada ibu di tahun 2016, 32% diakibatkan oleh perdarahan, sementara 26% diakibatkan hipertensi yang menyebabkan terjadinya kejang, keracunan kehamilan, sehingga menyebabkan ibu meninggal. Penyebab lain kematian ibu adalah karena penyebab lain seperti faktor hormonal, kardiovaskuler, dan infeksi (viva.co.id).

Berdasarkan Dinas Kesehatan DKI Jakarta (2017) jumlah AKI tahun 2017 sebanyak 91/206.908 lahir hidup. Jakarta Selatan memiliki jumlah kematian ibu sebanyak 11/44.237 lahir hidup. (Profil Kesehatan DKI Jakarta, 2017).

Kematian bayi adalah kematian anak kurang dari satu tahun. Kematian bayi diukur sebagai tingkat kematian bayi, yang merupakan jumlah kematian bayi dibawah satu tahun per 100 kelahiran. Penyebab kematian pada bayi adalah asfiksia, trauma kelahiran, infeksi prematuritas, kelaianan bawaan dan sebab-sebab lain. Jika tidak meninggal, keadaan ini akan meninggalkan masalah bayi cacat. Penurunan angka kematian perinatal yang lambat disebabkan oleh kemiskinan, status perempuan yang rendah, gizi buruk, deteksi dan pengobatan kurang cukup, kehamilan dini, akses dan kualitas asuhan antenatal, persalinan, dan nifas yang buruk (Prawirohardjo, 2014)

Angka Kematian Bayi (AKB) adalah jumlah kematian bayi dalam usia 28 hari pertama kehidupan per 1000 kelahiran hidup. Angka Kematian Bayi menurut WHO (World Health Organization) (2015) pada negara ASEAN (Association of South East Asia Nations) seperti di Singapura 3 per 1000 kelahiran hidup, Malaysia 5,5 per 1000

kelahiran hidup, Thailand 17 per 1000 kelahiran hidup, Vietnam 18 per 1000 kelahiran hidup, dan Indonesia 27 per 1000 kelahiran hidup (WHO, 2015).

Menurut Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) pada tahun 2012 angka kematian bayi tercatat mencapai 29 per 1.000 kelahiran, dan pada tahun 2017 menunjukkan angka kematian bayi menjadi 24 per 1.000 kelahiran hidup (<https://nasional.sindonews.com>). Berdasarkan Dinas Kesehatan DKI Jakarta (2017) jumlah AKB tahun 2017 sebanyak 938 jiwa terjadi peningkatan dibandingkan tahun 2016 sebanyak 677 jiwa. Jakarta Selatan memiliki jumlah kematian bayi sebanyak 41/44.247 lahir hidup. (Profil Kesehatan DKI Jakarta, 2017).

Salah satu tujuan dari SDGs pada goal ke tiga menerangkan bahwa di tahun 2030, mengurangi AKI hingga di bawah 70 per 100.000 KH, mengakhiri kematian bayi dan balita yang dapat dicegah, dengan menurunkan Angka Kematian Neonatal hingga 12 per 1.000 KH dan Angka Kematian Balita 25 per 1.000 KH, mengurangi 1/3 kematian prematur akibat penyakit tidak menular melalui pencegahan dan perawatan, serta mendorong kesehatan dan kesejahteraan mental, memastikan akses universal terhadap layanan kesehatan seksual dan reproduksi, termasuk untuk perencanaan, informasi, dan pendidikan keluarga, dan mengintegrasikan kesehatan reproduksi kedalam strategi dan program nasional. (www.sdg2030indonesia.or).

Kementerian Kesehatan meluncurkan program Expanding Maternal and Neonatal Survival (EMAS) dalam rangka menurunkan angka kematian ibu dan neonatal sebesar 25%. Program EMAS berupaya menurunkan angka kematian ibu dan angka kematian neonatal dengan cara meningkatkan kualitas pelayanan emergensi obstetri dan bayi baru lahir minimal di 150 Rumah Sakit PONEK dan 300 Puskesmas/Balkesmas PONEK) dan memperkuat sistem rujukan yang efisien dan efektif antar puskesmas dan rumah sakit (Kementerian Kesehatan RI, 2017).

Upaya percepatan penurunan AKI dapat dilakukan dengan menjamin agar setiap ibu mampu mengakses pelayanan kesehatan ibu yang berkualitas, seperti

pelayanan kesehatan ibu hamil, pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan terlatih di fasilitas pelayanan kesehatan, perawatan pasca persalinan bagi ibu dan bayi, perawatan khusus dan rujukan jika terjadi komplikasi, kemudahan mendapatkan cuti hamil dan melahirkan, dan pelayanan keluarga berencana (Kementerian Kesehatan RI, 2017).

Pada bagian berikut, gambaran upaya kesehatan ibu yang disajikan terdiri dari pelayanan kesehatan ibu hamil, pelayanan imunisasi Tetanus Toksoid wanita usia subur dan ibu hamil, pelayanan kesehatan ibu bersalin, pelayanan kesehatan ibu nifas, Puskesmas melaksanakan kelas ibu hamil dan Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K) dan pelayanan kontrasepsi (Kementerian Kesehatan RI, 2017).

Dalam rangka membantu program pemerintah untuk menurunkan AKI / AKB tersebut penulis akan melakukan asuhan kebidanan secara komprehensif pada Ny I G₂P₁A₀ di BPM S.H. mulai dari usia kehamilan 36 minggu sampai dengan nifas 40 hari. Seorang bidan harus mampu memberikan asuhan kebidanan yang komprehensif dan berkesinambungan dimulai dari antenatal, intranatal, postnatal serta perawatan bayi baru lahir sesuai kode etik dan standar pelayanan kebidanan dengan memberikan penyuluhan dan nasehat kepada perorangan, keluarga dan masyarakat terhadap segala hal yang berkaitan dengan kehamilan, persalinan, nifas, bayi baru lahir dan balita.

1.2 Tujuan

1.2.1 Tujuan Umum

Secara umum tujuan dari penulisan laporan studi kasus ini adalah agar mahasiswa dapat memberikan asuhan kebidanan yang komprehensif pada ibu sejak masa kehamilan, persalinan, bayi baru lahir dan nifas dengan manajemen asuhan kebidanan Varney dan dokumentasi dalam bentuk SOAP ke dalam kasus-kasus yang diambil.

1.2.2 Tujuan Khusus

Secara khusus tujuan dari penulisan laporan studi kasus ini adalah:

1. Dapat melakukan pengkajian terhadap ibu hamil, bersalin, bayi baru lahir dan nifas pada Ny I. dengan manajemen asuhan kebidanan Varney dan dokumentasi dalam bentuk SOAP
2. Dapat menegaskan diagnosa kebidanan pada masa kehamilan, persalinan, bayi baru lahir, dan nifas pada Ny I.
3. Dapat mengidentifikasi diagnosa masalah potensial pada masa kehamilan, persalinan, bayi baru lahir dan nifas pada Ny I.
4. Dapat melakukan tindakan segera selama masa kehamilan, persalinan, bayi baru lahir dan nifas pada Ny I.
5. Dapat merencanakan tindakan selama masa kehamilan, persalinan, bayi baru lahir, dan nifas pada Ny. I.
6. Dapat melaksanakan tindakan selama masa kehamilan, persalinan, bayi baru lahir dan nifas pada Ny I.
7. Dapat mengevaluasi asuhan yang telah diberikan pada masa kehamilan, persalinan, bayi baru lahir dan nifas pada Ny I.

1.3 Ruang Lingkup

Ruang lingkup dari laporan komprehenif ini adalah memberikan Manajemen Asuhan Kebidanan Komprehensif pada Ny I. G₂P₁A₀ dimulai dari kehamilan, persalinan, nifas dan bayi baru lahir.

1.4 Waktu dan Tempat Pengambilan Kasus

Pengambilan kasus ini dimulai dari tanggal 26 September 2018 sampai dengan tanggal 24 November 2018 BPM S.H.

1. 26 September 2018 : ANC Kunjungan I
2. 03 Oktober 2018 : ANC Kunjungan II
3. 13 Oktober 2018 : Pertolongan Persalinan Normal
4. 14 Oktober 2018 : Nifas 8 jam
5. 19 Oktober 2018 : Nifas hari ke-6
6. 27 Oktober 2018 : Nifas ke-2 minggu
7. 24 November 2018 : Nifas ke-6 minggu

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Kehamilan

A. Pengertian Kehamilan

Menurut Rukiyah, 2009 kehamilan adalah mulai dari ovulasi sampai partus lamanya 280 haru (40 minggu) dan tidak lebih dari 300 hari (43 minggu). Pembagian kehamilan dibagi menjadi 3 trimester. Trimester pertama, di mulai dari konsepsi sampai 3 bulan (0-12 minggu), trimester kedua dari bulan keempat sampai enam bulan (13-28 minggu), trimester ketiga dari tujuh bulan samoau Sembilan bulan (29-42 minggu).

B. Tanda dan Gejala Kehamilan (Rukiyah, 2009)

1. Tanda Kehamilan Pasti

Pada ibu yang diyakini sedang dalam kondisi hamil maka dalam pemeriksaan melalui USG (*Ultrasonografi*) terlihat adanya gambaran janin.

Ultrasonografi memungkinkan untuk mendeteksi jantung kehamilan (gestasional sac) pada minggu ke 5 sampai ke 7, pergerakan jantung biasanya terlihat pada 42 hari setelah konsepsi yang normal atau sekitar minggu ke 8, melalui pemeriksaan USG, dapat diketahui juga panjang, kepala dan bokong (trown-sump length/TRI) janin dan merupakan metode yang akurat dalam menentukan usia kehamilan.

2. Tanda-Tanda Mungkin Hamil

a. Reaksi kehamilan positif

Dasar dari tes kehamilan adalah hormon Chorionic Gonadotropin dalam urin. Cara khas dipakai untuk menentukan adanya Human Chorionoc Gonadotropin pada kehamilan muda adalah air kencing di pagi hari. Dengan tes kehamilan tertentu air kencing pagi hari dapat membantu membuat diagnosis kehamilan sedini-dininya

b. Tanda Hegar

Tanda hegar yaitu segmen bawah rahim melunak. Biasanya muncul pada minggu keenam dan sepuluh serta terlebih awal pada perempuan yang hamilnya berulang.

c. Tanda Chadwick

Biasa muncul pada minggu ke 8 biasanya terlihat jelas pada wanita hamil yang berulang tanda ini berupa perubahan warna. Warna pada vagina dan vulva menjadi lebih merah dan agak kebiruan timbul karena adanya vaskularisasi pada daerah tersebut.

d. Tanda Goodel

Biasanya muncul pada minggu ke 6 dan terlihat lebih awal pada wanita yang hamil berulang tanda ini berupa serviks menjadi lebih lunak dan jika dilakukan pemeriksaan dengan speculum, serviks lebih terlihat berwarna kelabu kehitaman.

e. Tanda Piscaseek

Uterus membesar secara simetris menjauhi garis tengah tubuh (setengah bagian terasa lebih keras dari bagian yang lain) bagian yang lebih besar tersebut terdapat pada tempat melekatnya (implantasi) tempat kehamilan. Tanda pisacaseek dimana uterus membesar pada ke salah satu jurusan hingga menonjol ke jurusan pembesaran tersebut.

f. Tanda Braxton Hick

Bila uterus berangsang muda berkontraksi. Tanda ini khas dalam masa hamil. Pada keadaan uterus yang membesar tetapi tidak ada kehamilan misalnya pada mioma uteri, tanda ini tidak ditemukan.

3. Gejala Kehamilan Tidak Pasti

a. *Amenorrhea*

Amenorrhea (tidak haid), gejala ini sangat penting karena umumnya wanita hamil tidak dapat haid lagi. Penting diketahui tanggal haid hari pertama haid

terakhir, supaya dapat ditentukan tuanya kehamilan dan bila persalinan diperkirakan akan terjadi.

b. Mual dan Muntah

Pengaruh estrogen dan progesteron terjadi pengeluaran asam lambung yang berlebihan, menimbulkan mual dan muntah terutama pada pagi hari yang disebut *morning sickness*, akibat mual dan muntah nafsu makan berkurang .

c. Mengidam

Mengidam sering terjadi pada bulan-bulan pertama akan tetapi akan menghilang dengan makin tuanya kehamilan.

d. Mamae menjadi tegang dan membesar

Mamae menjadi tegang dan membesar, keadaan ini disebabkan pengaruh estrogen dan progesterone yang merangsang *duktuli* dan *alveoli mamae*. *Glandula montgomeri* tampak lebih jelas.

e. Anoreksia

Anoreksia (tidak nafsu makan), pada bulan-bulan pertama tetapi setelah itu nafsu makan timbul lagi.

f. Sering miksi

Sering kencing terjadi karena kandung kemih pada bulan-bulan pertama kehamilan tertekan oleh uterus yang mulai membesar. Pada triwulan kedua umumnya keluhan ini hilang. Oleh karena uterus yang membesar keluar dari rongga panggul. Pada akhir triwulan gejala ini bisa timbul lagi karena janin mulai masuk ke rongga panggul dan menekan kembali kandung kemih.

g. Konstipasi/obstipasi

Obstipasi terjadi karena tonus otot menurun karena disebabkan oleh pengaruh hormon steroid.

h. Hipertropi atau papilla gusi (epulis)

Tanda berupa pembengkakan pada gusi. Gusi bengkak karena peningkatan jumlah pembuluh darah disekitar gusi. Sering terjadi pada triwulan pertama kehamilan.

i. Perubahan pada perut

Uterus tetap berada pada ronggo panggul sampai minggu ke 12 setelah itu uterus mulai diraba diatas simfisis pubis.

j. Leokore (Keputihan)

Tanda berupa peningkatan jumlah cairan vagina pada pengaruh hormon cairan tersebut tidak menimbulkan rasa gatal, warnanya jernih dan jumlahnya tidak banyak.

C. Perubahan Fisiologi Kehamilan

Menurut Rukiyah, 2009 adaptasi anatomik, dan fisiologik serta biokimiawi yang terjadi pada wanita selama masa kehamilan yang pendek itu begitu besar. Perubahan-perubahan tersebut segera terjadi setelah fertilisasi dan berlanjut sepanjang kehamilan.

1. Sistem Reproduksi dan Payudara

Menurut Prawirohardjo perubahan anatomi dan adaptasi fisiologi Pada sistem reproduksi serta payudara adalah sebagai berikut:

a. Perubahan Uterus

Uterus akan membesar pada bulan-bulan pertama dibawah pengaruh hormon estrogen dan progesteron yang kadarnya meningkat. Pada kehamilan 8 minggu uterus membesar , sebesar telur bebek, pada minggu ke 12 sebesar telur angsa, pada minggu ke 16 sebesar kepala bayi, dan semakin besar sesuai usia kehamilan. Pada kehamilan 28 minggu tinggi fundus uteri 25 cm, 32 minggu sebesar 27 cm, 36 minggu sebesar 30 cm, kehamilan 40 minggu TFU turun kembali dan terletak 3 jari dibawah prosessus xyfoideus. Berat menjadi 1.000 gram pada akhir kehamilan, ukurannya untuk pertumbuhan janin rahim menjadi besar.

b. Serviks Uteri

Vaskularisasi ke serviks meningkat selama kehamilan, sehingga serviks menjadi lebih lunak dan warnanya lebih biru. Perubahan serviks terutama terdiri atas jaringan fibrosa.

c. Segmen Bawah Rahim

Segmen bawah lebih tipis dari pada segmen atas dan menjadi lunak serta berdilatasi selama berminggu-minggu terakhir kehamilan sehingga memungkinkan segmen tersebut menampung presenting part janin. Serviks bagian bawah baru menipis dan menegang setelah persalinan terjadi.

d. Vagina dan Vulva

Vagina dan serviks akibat hormone estrogen mengalami perubahan pula. Adanya hipervaskularisasi mengakibatkan vagina dan vulva tampak lebih merah, agak kebiruan (livide) disebut tanda chadwick. Membiru karena pelebaran pembuluh darah, pH 3,5-6 merupakan akibat meningkatnya produksi asam laktat karena kerja laktobaci Acidophilus, keputihan, selaput lendir vagina.

e. Ovarium

Pada permulaan kehamilan masih di dapat korpus luteum graviditas sampai terbentuknya plasenta pada akhir kira-kira kehamilan 16 minggu. Korpus luteum graviditas berdiameter kira-kira 3 cm. lalu ia mengecil setelah plasenta terbentuk.

f. Mamae

Mamae akan membesar dan tegang akibat hormon-hormon somatomammotropin, estrogen, progesterone akan tetapi belum mengularkan air susu. Perubahan pada payudara yang membawa kepada fungsi laktasi disebabkan oleh peningkatan kadar estrogen, progesterone, laktogen plasental, dan prolaktin. Payudara terus tumbuh disepanjang kehamilan ukuran serta beratnya meningkat hingga mencapai 500 gram untuk masing-masing payudara. Areola menjadi lebih gelap dan dikelilingi oleh

kelenjar-kelenjar sebacea yang menonjol (tuberkel Montgomery), kelenjar ini terlihat pada kehamilan sekitar 12 minggu.

2. Sistem Endokrin, Kekebalan, Perkemihan

a. Sistem Endokrin

Sekresi kelenjar hipofisis umumnya menurun, dan penurunan ini selanjutnya akan meningkatkan sekresi semua kelenjar endokrin (khususnya kelenjar tiroid, paratiroid, dan adrenal). Kadar hormon hipofisis, prolaktin meningkat secara berangsur-angsur menjelang akhir kehamilan.

b. Sistem Kekebalan

Hitung leukosit darah bervariasi cukup besar selama kehamilan normal. Biasanya berkisar dari 5.000 sampai 12.000/ul.

c. Traktus Urinarius

Ketidakmampuan untuk mengendalikan aliran air urin, khususnya akibat desakan (stress) yang ditimbulkan oleh peningkatan tekanan intraabdomen yang mendadak dapat terjadi menjelang akhir kehamilan. Keadaan ini disebabkan oleh penurunan tonus otot pada dasar panggul (akibat progesteron) dan peningkatan akibat penambahan isi uterus. Akibat perubahan ini pada bulan-bulan pertama kehamilan kandung kencing tertekan oleh uterus yang mulai membesar sehingga timbul sering kencing. Keadaan ini hilang dengan makin tuanya kehamilan bila uterus gravidus keluar rongga panggul. Pada akhir kehamilan, bila kepala janin mulai turun kebawah pintu atas panggul, keluahn sering kencing akan timbul lagi karena kandung mulai tertekan kembali.

3. Sistem Pencernaan, Muskuloskeletal, Kardiovaskuler, Integumen

a. Sistem Pencernaan

Pada bulan pertama kehamilan terdapat perasaan enek (*nause*). Mungkin ini akibat hormon estrogen yang meningkat, ada pula sumber yang mengatakan peningkatan kadar HCG dalam darah. Kehamilan berkembang terus, lambung dan

usus digeser oleh uterus yang membesar, sebagai akibat perubahan-perubahan posisi visera. Peningkatan hormon estrogen menyebabkan penurunan asam hidroklorida.

b. Sistem Muskuloskeletal

Berat uterus dan isinya menyebabkan perubahan pada titik pusat gaya tarik bumi dan garis bentuk tubuh. Lengkung tulang belakang akan berubah bentuk untuk mengimbangi pembesaran abdomen dan menjelang akhir kehamilan banyak wanita yang memperlihatkan postur tubuh yang khas (*lordosis*). Demikian pula, pada jaringan ikat pada persendian panggul akan melunak dalam mempersiapkan persalinan.

c. Sistem Kardiovaskuler

Volume darah akan bertambah banyak kira-kira 25%, dengan puncak kehamilan 32 minggu, diikuti dengan cardiac output yang meninggi kira-kira 30%. Akibat hemodilusi tersebut, yang mulai jelas timbul pada kehamilan 16 minggu. Peningkatan curag jantung terjadi akibat adanya peningkatan volume darah. Jantung harus mempompa dengan kekuatan yang lebih besar khususnya pada saat menjelang aterm, sehingga terjadi sedikit dilatasi. Progesteron menimbulkan reaksi otot-otot polos dan menyebabkan dilatasi dinding pembuluh darah yang mengimbangi peningkatan kekuatan dari jantung. Dengan demikian tetap atau mendekati nilai pada keadaan tidak hamil.

4. Metabolisme, Berat dan Indeks Masa Tubuh, Sistem Pernafasan, Sistem Persyarafan

a. Metabolisme

Pada wanita hamil, laju metabolik basal (Basal Metabolik Rate / BMR), biasanya meningkat pada bulan keempat gestasi. BMR meningkat 15-20% yang umumnya ditemukan pada triwulan terakhir

b. Berat dan Indeks Masa Tubuh

Kebutuhan berat badan pada setiap wanita berbeda-beda. Faktor yang mempengaruhi besarnya kebutuhan berat badan ditentukan oleh tinggi badan dan berat badan. Metode yang bisa digunakan dalam menentukan kondisi berat badan dan

tinggi badan adalah *body mass index* (BMI). Formula ini digunakan untuk menghitung $BMI = \text{Berat} / \text{Tinggi}^2$.

Kategori peningkatan berat badan yang ideal:

- Kategori rendah : 12,5-18 kg
- Kategori normal : 11,5-16 kg
- Kategori berat : 7-11,5 kg

Kenaikan berat badan ibu dianjurkan sekitar 1-2,5 kg pada trimester pertama dan selanjutnya rata-rata 0,5 kg setiap minggu.

c. Sistem Pernafasan

Selama masa hamil perubahan pada pusat pernafasna menyebabkan penurunan ambang karbon dioksida. Progesteron dan estrogen diduga menyebabkan peningkatan sensitivitas pusat pernafasan terhadap karbon dioksida. Selain itu, kesadaran wanita hamil akan kebutuhan nafas meningkat. Beberapa wanita mengeluh dispnea saat istirahat.

d. Sistem Persyarafan

Sedikit yang diketahui tentang perubahan yang spesifik pada fungsi persyarafan selama kehamilan, disamping perubahan neurohormonal pituitari-hipotalamik. Perubahan fisiologis yang spesifik yang diakibatkan oleh kehamilan mungkin menyebabkan beberapa gejala neurologis dan neurovaskuler antara lain adanya kompresi persyarafan pelvis atau stasis vaskuler disebabkan oleh pembesaran uterus yang menyebabkan sensori pada kaki.

D. Perubahan Psikologis Kehamilan (Rukiyah, 2009)

a. Perubahan Psikologis pada Kehamilan Trimester I

Trimester pertama sering dianggap sebagai periode penyesuaian. Penyesuaian terhadap kenyataan bahwa ia sedang mengandung. Trimester pertama adalah saat yang spesial karena seorang ibu akan menyadari kehamilannya. Selama kehamilan sedapat mungkin wanita hamil harus beradaptasi dengan kondisi psikologisnya. Pada

trimester pertama seorang ibu akan selalu mencari tanda-tanda untuk menyakini bahwa dirinya memang hamil. Para wanita juga mungkin akan mengalami ketakutan dan fantasi selama kehamilan, khususnya tentang perubahan pada tubuhnya. Mereka khawatir terhadap perubahan fisik dan psikologisnya.

Hasrat seksual pada trimester pertama sangat bervariasi. Ada beberapa wanita mengalami meningkat hasrat seksual. Tetapi secara umum merupakan waktu terjadinya penurunan libido. Libido secara umum sangat dipengaruhi oleh keletihan, mual, depresi, payudara membesar dan nyeri, kecemasan, kekhawatiran, dan masalah lain yang merupakan hal normal terjadi pada trimester pertama.

b. Perubahan Psikologis Kehamilan pada Trimester II

1. Fase *prequickening*

Selama akhir trimester pertama dan masa *prequickening* pada trimester kedua, ibu hamil mengevaluasi lagi hubungannya dan segala aspek didalamnya dengan ibunya yang terjadi selama ini. Proses yang terjadi dalam masa pengevaluasian kembali ini adalah perubahan identitas dari penerima kasih sayang (dari ibunya) menjadi pemberi kasih sayang (persiapan menjadi seorang ibu). Transisi ini memberikan pengertian yang jelas bagi ibu hamil untuk mempersiapkan dirinya sebagai ibu yang memberikan kasih sayang kepada anak yang akan dilahirkannya.

2. Fase *postquickening*

Setelah ibu hamil merasakan *prequickening*, identitas keibuan yang jelas akan muncul. Ibu hamil akan fokus pada kehamilannya dan persiapan menghadapi peran baru sebagai ibu. Pergerakan bayi yang dirasakan membantu ibu membangun konsep bahwa bayinya adalah individu yang terpisah dari dirinya. Pada saat ini sebagian wanita mengalami kemajuan yang nyata dalam hubungan seksual mereka dibanding pada trimester pertama. Trimester kedua relatif terbebas dan segala ketidaknyamanan fisik, dan ukuran perut wanita belum menjadi masalah besar, pelumasan vagina semakin banyak, kecemasan, kekhawatiran dan masalah sebelumnya mereda.

c. Perubahan Psikologis Kehamilan pada Trimester III

Trimester tiga sering disebut periode penantian dengan penuh kewaspadaan. Pada periode ini wanita mulai menyadari kehadiran bayinya sebagai makhluk yang terpisah sehingga ia tidak sabar menantikan kehadiran sang bayi. Perasaan was-was mengingat bayi dapat lahir kapanpun, membuatnya berjaga-jaga dan memperhatikan serta menunggu tanda dan gejala persalinan muncul. Pada trimester ketiga ibu merasakan ketidaknyamanan fisik yang semakin kuat akhir kehamilan. Ia akan merasa canggung, jelek, berantakan, dan memerlukan dukungan yang sangat besar dan konsisten dari pasangannya.

E. Tanda Bahaya dalam Kehamilan

Menurut Rukiyah, 2009 anda-tanda bahaya selama periode antenatal:

a. Perdarahan vagina

Pada awal kehamilan, perdarahan yang tidak normal adalah merah, perdarahan banyak atau perdarahan dengan nyeri (berarti abortus, KET, molahidatidosa)

Pada kehamilan lanjut, perdarahan yang tidak normal adalah merah, banyak / sedikit, nyeri (berarti plasenta previa, solusio plasenta)

b. Sakit kepala yang hebat

Sakit kepala yang menunjukkan suatu masalah yang serius adalah sakit kepala hebat, yang menetap dan tidak hilang dengan beristirahat. Kadang-kadang dengan sakit kepala yang hebat tersebut, ibu mungkin menemukan bahwa penglihatannya mejadi kabur atau berbayang. Sakit kepala yang hebat dalam kehamilan adalah gejala dari preeklampsia.

c. Perubahan visual secara tiba-tiba (pandangan kabur, rabun senja)

Masalah visual yang mengindikasikan keadaan yang mengancam jiwa adalah perubahan visual mendadak, misalnya pandangan kabur atau berbayang.

d. Nyeri abdomen yang hebat

Nyeri yang hebat, menetap, dan tidak hilang setelah beristirahat. Hal ini bisa berarti appendicitis, kehamilan etopik, aborsi, penyakit radang panggul,

persalinan preterm, gastritis, penyakit kantong empedu, abrupsi plasenta, infeksi saluran kemih, atau infeksi lain.

e. Bengkak pada muka dan tangan

Bengkak bisa menunjukkan adanya masalah serius jika muncul pada muka dan tangan, tidak hilang beristirahat dan disertai keluhan fisik yang lain. Hal ini dapat merupakan pertanda anemia, gagal jantung, atau preeklampsia.

f. Bayi kurang bergerak seperti biasa

Ibu mulainya merasakan gerakan bayinya pada bulan ke 5 atau ke 6, beberapa ibu dapat merasakan gerakan bayinya lebih awal. Jika bayi tidur gerakannya akan melemah. Bayi harus bergerak paling sedikit 3 kali dalam periode 3 jam.

F. Penatalaksanaan dalam Kehamilan

Menurut Prawirohardjo, 2014 asuhan antenatal adalah upaya alternatif program pelayanan obstetrik untuk optimalisasi luaran maternal dan neonatal melalui serangkaian kegiatan pemantauan rutin selama kehamilan.

Menurut Depkes RI (2010), menyatakan bahwa dalam penerapan praktis asuhan kebidanan pada ibu menggunakan standar minimal pelayanan antenatal 10 T, yang terdiri dari:

1. Timbang berat badan dan pengukuran tinggi badan
2. Ukur tekanan darah
3. Ukur tinggi fundus uteri
4. Pemberian imunisasi Tetanus Toksoid (TT)
5. Pemberian tablet besi minimal 90 tablet selama kehamilan
6. Tes laboratorium
7. Temu wicara (Konseling dan pemecahan masalah)
8. Tentukan presentasi janin dan hitung DJJ
9. Tetapkan status gizi
10. Tatalaksana kasus

a. Jadwal Kunjungan Awal Asuhan Antenatal

Menurut Prawirohardjo, 2014 bila kehamilan dalam resiko tinggi tinggi perhatian dan jadwal kunjungan harus ketat. Namun, bila kehamilan normal jadwal asuhan cukup 4 kali. Dalam bahasa program kesehatan ibu dan anak, kunjungan antenatal ini diberik kode angka K yang merupakan singkatan dari Kunjungan. Pemeriksaan antenatal yang lengkap adalah K1,K2,K3 dan K4. Hal ini berarti, minimal dilakukan sekali kunjungan antenatal hingga usia kehamilan 28 minggu, sekali kunjungan antenatal selama kehamilan 28-36 minggu dan sebanyak 2 kali kunjungan antenatal pada usia kehamilan diatas 36 minggu.

b. Pemeriksaan Rutin dan Penelusaran Penyakit selama Kehamilan

Dalam pemeriksaan rutin, dilakukan pula pencatatan data klien dan keluarganya serta pemeriksaan fisik dan obstetrik seperti dibawah ini.

1. Identifikasi dan Riwayat Kesehatan (Prawirohardjo, 2014).

- Data Umum Pribadi: Nama, Usia, Alamat, Pekerjaan ibu/suami, Lamanya pernikahan, Kebiasaan yang dapat merugikan kesehatan
- Keluhan Saat Ini: Jenis dan sifat gangguan yang dirasakan ibu dan lamanya mengalami gangguan tersebut
- Riwayat Haid: Hari Pertama Haid Terakhir (HPHT) dan usia kehamilan dan takisaran persalinan
- Riwayat Kehamilan dan Persalinan: Asuhan antenatal, persalinan, dan nifas kehamilan sebelumnya, cara persalinan, jumlah dan jenis anak hidup, berat badan lahir, cara pemberian asupan bagi bayi yang dilahirkan, informasi dan saat persalinan atau keguguran terakhir
- Riwayat Kehamilan Saat Ini: Identifikasi kehamilan, identifikasi penyulit, penyakit yang diderita, gerakan bayi dalam kandungan

- Riwayat Penyakit dalam Keluarga: Diabetes mellitus, hipertensi dan hamil kembar, dan kelainan bawaan
- Riwayat Penyakit Ibu: Penyakit yang pernah diderita, DM, HDK, infeksi saluran kemih, penyakit jantung, infeksi virus berbahaya, alergi obat atau makanan tertentu, pernah dapat tranfusi darah dan indikasi tindakan tersebut, inkompatibilitas rhesus, dan paparan sinar X / Rontgen
- Riwayat Penyakit yang Memerlukan Tindakan Pembedahan: Dilatasi dan kuretase, reparasi vagina, seksio sesarea, serviks inkompeten, dan operasi non genikologi
- Riwayat Mengikuti Program Keluarga Berencana
- Riwayat Imunisasi
- Riwayat Menyusui

2. Pemeriksaan Fisik (Rukiyah, 2009)

- a. Pemeriksaan Fisik Umum: Tinggi badan, berat badan, tanda-tanda vital (tekanan darah, nadi, suhu dan pernapasan).
- b. Kepala dan Leher: Edema diwajah, ikterus pada mata, bibir pucat. Leher meliputi pembengkakan saluran limfe atau pembengkakan kelenjar tiroid.
- c. Payudara: Ukuran, simetris. Puting payudara: menonjol/masuk, keluarnya kolostrum atau cairan lain. Retraksi massa, Nodul axilla.
- d. Abdomen: Luka bekas operasi, tinggi fundus uteri (jika > 12 minggu), letak presentasi, posisi dan penurunan kepala (kalau >36 minggu), mendengar denyut jantung janin (bila kehamilan > 18 minggu).
- e. Tangan dan Kaki: Edema di jari tangan, kuku jari pucat, varises vena, refleksi.
- f. Genitalia Luar (Eksterna): Varises, perdarahan, luka, cairan yang keluar, kelenjar bartholin: bengkak (massa).
- g. Genitalia Dalam (Interna): Serviks meliputi cairan: yang keluar, luka (lesi) < kelunakan, posisi, mobilisasi, tertutup atau membuka. Vagian meliputi cairan

yang keluar, luka, darah, ukuran adneksa, bentuk, posisi, mobilitas, kelunakan massa (pada trimester pertama)

3. Laboratorium (Prawirohardjo, 2014).

- Pemeriksaan: Analisa urin rutin, analisa tinja rutin, Hb, MCV, golongan darah, hitung jenis sel darah, gula darah, antigen hepatitis B Virus, antibody rubella, HIV/VDRL.
- Ultrasonografi: Rutin pada kehamilan 18-22 minggu untuk identifikasi kelainan janin.

2.2 Persalinan

A. Pengertian Persalinan

Menurut Sumarah, 2009 persalinan adalah proses pengeluaran yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), lahir spontan dengan letak presentasi belakang kepala yang berlangsung dalam waktu 18-24 jam, tanpa komplikasi baik pada ibu maupun pada janin.

Menurut WHO, 2010 persalinan normal adalah persalinan yang dimulai secara spontan, beresiko rendah pada awal persalinan dan tetap demikian selama proses persalinan, bayi lahir secara spontan dalam presentasi belakang kepala pada usia kehamilan 37-42 minggu lengkap dan setelah persalinan ibu maupun bayi berada dalam kondisi sehat.

Menurut Wiknjosastro, 2012 persalinan normal atau persalinan spontan adalah bila bayi lahir dengan letak belakang kepala tanpa melalui alat-alat atau pertolongan istimewa serta tidak melukai ibu dan bayi, dan umumnya berlangsung kurang dari 24 jam.

B. Tanda-Tanda Persalinan

Menurut Sumarah, 2009 setelah menerima ibu dan keluarga dengan baik, bidan mengkaji riwayat kesehatan dan melakukan pemeriksaan fisik untuk menentukan apakah ibu sedang dalam persalinan, ibu dan bayi dalam keadaan baik, dan apakah ada penyulit. Setelah bidan mengumpulkan data, selanjutnya bidan mendiagnosa apakah ibu dalam persalinan yang sesungguhnya, apakah pasien membutuhkan intervensi darurat. Kemudian bidan perlu membuat rencana tersebut dan melakukan evaluasi pelaksanaan asuhan.

Persalinan patut dicurigai jika setelah usia kehamilan 22 minggu keatas, ibu merasa nyeri abdomen yang di sertai abdomen berulang dengan cairan lendirin dengan darah. Agar dapat mendiagnosa persalinan, bidan harus memastikan perubahan serviks dan kontraksi yang cukup..

1. Perubahan servik, kepastian persalinan dapat di tentukan hanya jika serviks secara progresif menipis dan membuka.
2. Kontraksi yang cukup atau adekuat, kontraksi di anggap adekuat jika :
 - a. Jika kontraksi teratur minimal terjadi $3 \times 10''$, setiap kontraksi berlangsung $40''$
 - b. Uterus mengeras selama kontraksi, sehingga tidak bias menekan uterus dengan menggunakan jari tangan.

Tanda-tanda persalinan sudah dekat (Sumarah, 2009)

1. Menjalang minggu ke 36 pada primigravida terjadi penurunan fundus uteri karena kepala janin sudah masuk Pintu atas panggul yang di sebabkan oleh kontraksi Braxton hicks ketegang dinding perut, ketengangan ligamentum rontomdun, dan gaya berat janin sehingga kepala kearah bawah.
2. Terjadi his permulaan. Pada saat hamil mudah terjadi kontraksi Braxton hick. Kontaksi ini dapat di kemukakan sebagai keluhan, karena di dirasakan sakit dan mengganggu. Kontraksi ini terjadi perubahan karena keseimbangan progesteron

dan estrogen. Dengan makin tua kehamilan, maka pengeluaran progesteron dan estrogen, makin berkurang hingga oksitosin dapat berkurang sehingga oksitosin dapat menimbulkan kontraksi yang lebih sering sebagai his palsu.

2.1 Tabel Karakteristik persalinan sesungguhnya dan persalinan semu

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

sesungguhnya	persalinan semu.
--------------	------------------

Sumarah, Widyastuti dkk (2009). *Perawatan Ibu Bersalin*, Yogyakarta: Fitramaya

C. Tahapan Persalinan

1. Persalinan Kala I

Menurut Manuaba, 2010 kala I adalah kala pembukaan yang berlangsung antara pembukaan nol sampai pembukaan lengkap. Lama kala I untuk primigravida berlangsung 12 jam sedangkan multigravida 8 jam.

Menurut JNPK-KR Depkes RI (2008; h.38), Kala satu persalian terdiri dari dua fase yaitu fase laten dan fase aktif.

a) Fase laten

1. Dimulai sejak awal berkontraksi yang menyebabkan penipisan dan pembukaan serviks secara bertahap.
2. Berlangsung hingga serviks membuka kurang dari 4 cm.
3. Pada umumnya, berlangsung hampir atau hingga 8 jam.

b) Fase aktif

1. Frekuensi dan lama kontraksi uterus akan meningkat secara bertahap (kontraksi dianggap adekuat/memadai jika terjadi tiga kali atau lebih dalam waktu 10 menit, dan berlangsung selama 40 detik atau lebih).
2. Dari pembukaan 4 cm hingga mencapai pembukaan lengkap 10 cm, akan terjadi dengan kecepatan rata – rata 1 cm per jam (nulipara atau primigravida) atau lebih dari 1 sampai 2 cm (multipara).
3. Terjadi penurunan bagian terbawah janin.

2. Kala II (Pengeluaran)

Menurut Sumarah, 2009 dimulai dari pembukaan lengkap sampai bayi lahir. Proses ini berlangsung 2 jam pada primigravida dan 1 jam pada multigravida. Pada kala ini his menjadi lebih kuat dan cepat, kurang lebih 2-3 menit sekali. Dalam kondisi yang normal pada kala ini kepala janin sudah masuk dalam ruang panggul, maka pada saat his dirasakan tekanan pada otot-otot dasar panggul, yang secara refleks menimbulkan rasa mencedas. Wanita merasa adanya tekanan rektum dan seperti akan buang air besar. Kemudian perineum mulai menonjol dan menjadi melebar dengan membukanya anus. Labia mulai membuka dan tidak lama kemudian kepala janin tampak dalam vulva pada saat ada his. Jika dasar panggul sudah berelaksasi, kepala janin tidak masuk lagi diluar his. Dengan kekuatan his dan mencedas maksimal kepala janin dilahirkan dengan suboksiput dibawah simfisis dan dahi, muka, dagu melewati perineum. Setelah his istirahat sebentar, maka his akan mulai lagi untuk mengeluarkan anggota badan bayi.

3. Kala III (Pelepasan Uri)

Menurut Sumarah, 2009 dimulai setelah bayi lahir sampai akhirnya lahirnya plasenta, yang berlangsung tidak lebih dari 30 menit, setelah bayi lahir uterus teraba keras dengan fundus uteri agak diatas pusat. Beberapa menit kemudian uterus berkontraksi lagi untuk melepaskan plasenta dari dindingnya.

4. Kala IV (Observasi)

Menurut Sumarah, 2009 dimulai saat lahirnya plasenta sampai 2 jam pertama postpartum. Tujuan asuhan persalinan adalah memberikan asuhan yang memadai selama persalinan dalam upaya mencapai portolongan persalinan yang bersih dan

aman, dengan memperhatikan aspek sayang ibu dan sayang bayi. Observasi yang harus dilakukan pada kala IV adalah:

- a. Tingkat kesadaran penderita
- b. Pemeriksaan tanda-tanda vital: tekanan darah, nadi. Dan pernapasan
- c. Kontraksi uterus
- d. Terjadinya perdarahan. Perdarahan dianggap masih normal jika jumlahnya tidak melebihi 400 samapai 500cc.

D. Faktor Yang Mempengaruhi Persalinan

Menurut Sumarah, 2009 tiga faktor utama yang menentukan prognosis persalinan adalah jalan lahir (passage), Janin (passanger), kekuatan (power) dan ada 2 faktor lain yang juga sangat berpengaruh terhadap keberhasilan asuhan persalinan yaitu faktor posisi dan psikologis.

a. Passage (Jalan Lahir)

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

Anatomi jalan lahir, jalan lahir terdiri atas:

1. Jalan lahir keras = pelvis = pnggul
2. Jalan lahir lunak = segemn bawah rahim / SBR, serviks, vagina, introitus vagina dan vulva, muskulus dan ligamentum yang menyelubungi dinding dalam dan bawah panggul. Pada bagian bawah sebagia dasar panggul. Dasar panggul /

diafragma pelvis terdiri dari bagian otot disebut muskulus levator ani, sedangkan bagian membrane disebut diafragma urogenital.

1. Jalan lahir / panggul keras

Bagian keras dibentuk oleh 4 buah tulang, yaitu:

- a. 2 tulang pangkal paha (*os coxae*) terdiri dari os ilium, os ischium dan os pubis.
- b. 1 tulang kelangkangan (*os sacrum*)
- c. 1 tulang tungging (*os coccygis*)

Perhubungan tulang-tulang panggul

- a. Didepan panggul terdapat hubungan antara kedua os pubis kanan dan kiri yang disebut simfisis pubis
- b. Dibelakang panggul terdapat artikulasio sakro-iliaka yang menghubungkan os sacrum dan os ilium
- c. Dibagian bawah panggul terdapat artikulasio sakro-koksigea yang menghubungkan os sacrum dengan os koksigis.

Tulang panggul dipisahkan oleh pintu atas panggul menjadi 2 bagian:

- a. Panggul palsu / *flase pelvis* (pelvis mayor). Panggul palsu adalah bagian diatas pintu atas panggul dan tidak berkaitan dengan persalinan
- b. Panggul sejati / *true pelvis* (pelvis minor). Bentuk pelvis minor ini menyerupai suatu saluran yang menyerupai sumbu melengkung ke dapan
 Dalam obstetri yang termasuk pelvis minor terdiri atas
 - Pintu atas panggul (PAP) yang disebut juga *pelvic inlet*
 - Bidang tengah panggul atau *midpelvic* terdiri atas bidang luas dan bidang sempit panggul.
 - Pintu bawah panggul (PBP) atau disebut juga *pelvic outlet*

Pintu Atas Panggul / PAP

- a. Bagian anterior pintu atas panggul, yakni batas atas panggul sejati, di bentuk oleh tepi atas tulang pubis
- b. Bagian lateralnya dibentuk oleh linea iliopektenea, yakni sepanjang tulang inominata.
- c. Bagian posteriornya dibentuk oleh bagian anterior tepi atas sacrum dan promontorium sacrum.

Rongga Panggul / Panggul Tengah

- a. Merupakan saluran lengkung yang memiliki dinding anterior pendek dan dinding posterior yang jauh lebih cembung dan panjang.
- b. Rongga panggul melekat pada bagian posterior simfisis pubis, ischium, sebagian ileum, sacrum, dan cogsygeum.

Pintu Bawah Panggul

- a. Adalah batas bawah panggul sejati
- b. Jika dilihat dari bawah, struktur ini berbentuk lonjong, agak menyerupai intan, dibagian anterior dibatasi oleh lengkung pubis, dibagian lateral oleh tuberositas cyscium, dan bagian posterior oleh ujung cocsygeum.

Bidang-Bidang Hodge

Menurut Sumarah, 2009 bidang hodge adalah bidang semu sebagai pedoman untuk menentukan kemajuan persalinan yaitu seberapa jauh penurunan kepala melalui pemeriksaan dalam / vagina toucher (VT)

Adapun bidang hodge sebagai berikut:

- Hodge I

Bidang yang setinggi PAP yang dibentuk oleh promontorium, artikulasio sacrostriiliaca, sayap sacrum, linea inominata, ramus superior os pubis, tepi atas simfisis pubis

- Hodge II

Bidang setinggi pinggir bawah simfisis pubis berhimpit dengan PAP (Hodge I)

- Hodge III

Bidang setinggi spina ishiadika berhimpit dengan PAP (Hodge I)

- Hodge IV

Bidang setinggi ujung os cocygis berhimpit dengan PAP (Hodge I).

Empat jenis panggul dasar dikelompokkan sebagai berikut

2.2 Tabel Perbandingan Tipe Panggul

Bagian	GENIKOID (50 % wanita)	ANDROID (23 % wanita)	ANTROPOID 23% wanita)	PLATPELOID (3% wanita)
Pintu atas	Sedikit lonjong atau sisi kiri dan kanan bulat	Berbentu hati bersudut	Oval anteroposterior leboh lebar	Sisi anteroposterior pipih, kanan- kiri lebar
Bentuk	Bulat	Hati	Oval	Pipih
Kedalaman	Sedang	Dalam	Dalam	Dangkal
Dimding tepi	Lurus	Konvergen	Lurus	Lurus
Spina iskiadika	Tumpul, agak jauh terpisah	Menonjol, diameter interspinosa sempit	Menonjol, diameter interspinosa seringkali sempit	Tumpul, terpisah jauh
Sacrum	Dalam melengkung	Sedikit melengkung, bagian ujung	Sedikit melengkung	Sedikit melengkung

		sering bengkok		
Lengkung subpubis	Lebar	Sempit	Sempit	Lebar
Model persalinan yang biasa terjadi	Pervaginam spontan Posisi oksipito anterior	Sesaria Pervaginam Sulit, jika menggunakan forceps	Forsep/spontan dengan posisi oksipitoposterior atau oksipito anterior	Spontan

Sumarah, Widyastuti dkk (2009). *Perawatan Ibu Bersalin*, Yogyakarta: Fitramaya

2. Bagian lunak panggul

Bagian ini tersusun atas segmen bawah uterus, serviks uteri, vagina, muskulus dan ligamentum yang menyelubungi dinding dalam dan bawah panggul.

- a. Permukaan belakang panggul dihubungkan oleh jairngan ikat antara os sacrum dan ilium dinamakan ligamentum sacro iliaca posterior, bagian depan dinamakan ligamentum sacro iliaca anterior.
- b. Ligamentum yang menghubungkan os sacrum dan spina ischium dinamakan ligamentum sacro spinosum.
- c. Ligamentum antara os sacrum dan os tuber ischiadikum dinamakan ligamentum sacro tuberosum.
- d. Pada bagian bawah sebagian dasar panggul. Dasar panggul atau diafragma pelvis terdiri dari bagian oto disebut muskulus levator ani.
- e. Bagian membrane disebut diafragma urogenital.
- f. Muskulus levator ani menyelubungi rectum, terdiri atas musculus pubo coccygeus, musculus iliococcygeus, dan musculus ischia coccygeus.
- g. Ditengah-tengah muskulus pubococcygea kanan dan kiri ada hiatus urogenitalis merupakan celah berbentuk segitiga. Hiatus ini dibatasi oleh sekat yang

menyelubungi pintu bawah panggul asebelah depan. Pada wanita sekat ini merupakan tempat keluarnya uretra dan vagina.

- h. Fungsi diafragma pelvis adalah untuk menjaga agar genitalia interna tetap pada tempatnya. Bila muskulus ini menurun fungsinya, maka akan terjadi prolapse atau turunnya alat genitalia interna.

Perineum

Merupakan daerah yang menutupi pintu bawah panggul, terdiri dari:

- a. Region analis, sebelah belakang. Spinter ani eksterna yaitu muskulus yang mengelilingi anus berada disini.
- b. Regio urogenitalis terdiri atas transversus perinei superficialis.

b. Passenger (Janin dan Plasenta)

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

Tulang-tulang kepala janin terdiri dari :

1. Bagian tengkorak
 - a. Os Frontal frontal/tulang dahi
 - b. Os Parietal/tulang ubun-ubun
 - c. Os Occipital/tulang belakang kepala
 - d. Os Temporal/tulang pelipis
2. Bagian muka
 - a. Os Nasalis/tulang hidung
 - b. Os Maxilaris/tulang rahang atas
 - c. Os Mandibularis/tulang rahang bawah
 - d. Os zygomatic/tulang pipi

Sutura

Merupakan sela ruang antara dua tulang

1. Sutura frontalis : antara kedua tulang frontal
2. Sutura sagitalis : antara kedua tulang parietal kiri dan kanan
3. Sutura koronaris : antara tulang parietal dan frontal
4. Sutura lamboidea : antara tulang parietal dan oksipital.

Fontanel/ubun-ubun

Rongga tulang tengkorak, merupakan pertemuan beberapa sutura.

1. Fontanel mayor/fontanel anterior/ubun-ubun besar.
Merupakan pertemuan antara sutura sagitalis, sutura frontalis, dan sutura koronaria, berbentuk segiempat panjang. Fontanel ini menutup pada usia bayi 18 bulan.
2. Fontanel minor/fontanel posterior/ubun-ubun kecil.

1. Ukuran kepala janin

a. Diameter

- 1) Diameter sub occipito bregmatika 9,5 cm
- 2) Diameter occipitofrontalis. Jarak antara tulang oksiput dan frontal, \pm 12 cm
- 3) Diameter vertikomento / supraoksipitomental / mento occipitalis \pm 13,5 cm, merupakan diameter terbesar pada presentasi dahi
- 4) Diameter submenbtobregmatika \pm 9,5 cm / diameter anterioposterior pada presentasi muka.

Diameter melintang pada tengkorak janin adalah:

- 1) Diameter biparietalis 9,5 cm

- 2) Diameter bitemporalis ± 8 cm
- b. Ukuran Circumferensia (Keliling)
 - 1) Cirkumferensia fronto occipitalis ± 34 cm
 - 2) Cirkumferensia mento occipitalis ± 35 cm
 - 3) Cirkumferensia sub occipito bregmatika ± 32 cm
- c. Ukuran badan lain
 - a. Bahu
 - 1) Jaraknya ± 12 cm (jarak kedua acromion)
 - 2) Lingkaran bahu ± 34 cm
 - b. Bokong
 - 1) Lebar bokong (diameter intertrokanterika) ± 12 cm
 - 2) Lingkaran bokong ± 27 cm

2. Presentasi Janin

Presentasi adalah bagian janin yang pertama kali memasuki pintu atas panggul dan terus melalui jalan lahir saat persalinan mencapai aterm. Tiga presentasi janin yang utam adalah kepala (96%), bokong (3%), bahu (1%).

3. Letak janin

Letak adalah hubungan antara sumbu panjang (punggung) janin terhadap sumbu panjang (punggung ibu). Ada 2 macam letak (1) memanjang atau vertical, dimana sumbu panjang janin parallel dengan sumbu panjang ibu, (2) melintang atau horizontal, dimana sumbu panjang janin membentuk terhadap sumbu panjang ibu. Letak memanjang dapat berupa presentasi kepala atau presentasi sacrum (sungsang). Presentasi itu tergantung pada struktur janin yang pertama kali memasuki panggul ibu.

4. Sikap janin

Sikap adalah hubungan bagian tubuh janin yang satu dengan bagian tubuh yang lain. Janin mempunyai postur yang khas (sikap) saat berada dalam rahim. Hal ini merupakan sebagian akibat pola pertumbuhan janin dengan sebagian akibat penyesuaian janin terhadap bentuk rongga rahim. Pada kondisi normal punggung janin sangat fleksi, kepala fleksi ke arah dada, dan paha fleksi ke arah sendi lutut. Sikap ini disebut fleksi umum. Tangan disilangkan di depan toraks talip pusat terletak diantara lengan dan tungkai.

5. Posisi janin

Posisi adalah hubungan bagian presentasi (oksiput sacrum, mentum/dagu, insiput/puncak kepala yang defleksi/mengadiah) terhadap 4 kuadran panggul ibu. Yaitu posisi oksipito anterior kanan (OAKa), oksiput transversal kanan (OTKa), oksiput posterior kanan (OPKa), oksiput posterior kiri (OPKi), oksiput transversa kiri (OTKi), oksiput anterior kiri (OAKi).

Engagement menunjukkan bahwa diameter transversa bagian presentasi telah memasuki pintu atas panggul atau panggul sejati. Pada presentasi kepala yang fleksi dengan benar, diameter biparietal merupakan diameter terbesar. *Engagement* dapat diketahui melalui pemeriksaan abdomen atau pemeriksaan dalam. Station adalah hubungan antara bagian presentasi janin dengan garis imajiner (bayangan) yang ditarik dari spina iskiadika ibu. Station dinyatakan dalam centimeter yakni di atas atau di bawah spina. Apabila bagian presentasi setinggi spina, maka stationnya adalah 0. Akan tetapi jika bagian presentasi 1 cm di bawah spina maka stationnya adalah + 1. Kelahiran akan segera berlangsung jika bagian presentasi adalah +4 sampai +5. Untuk mendapatkan dokumentasi laju penurunan janin yang akurat selama persalinan, maka station bagian presentasi tersebut harus ditentukan saat persalinan mulai.

c. Power (Kekuatan)

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

Kekuatan primer berasal dari titik pemicu tertentu yang terdapat pada penebalan lapisan otot di segmen uterus bagian atas. Dari titik pemicu, kontraksi dihantar ke uterus bagian bawah dalam bentuk gelombang diselingi periode istirahat singkat.

Kekuatan sekunder terjadi segera setelah bagian presentasi mencapai dasar panggul, sifat kontraksi berubah, yakni bersifat mendorong keluar. Sehingga wanita rasa ingin mendedan. Usaha mendorong kebawah ini yang disebut kekuatan sekunder.

1. Posisi Ibu

Posisi tegak meliputi posisi berdiri, berjalan, duduk, jongkok. Posisi tegak memungkinkan gaya gravitasi membantu penurunan janin. Kontraksi uterus lebih kuat dan efisien untuk membantu penipisan dan dilatasi serviks, sehingga persalinan lebih cepat. Posisi tegak dapat mengurangi insiden penekanan tali pusat. Posisi tegak juga menguntungkan curah jantung ibu yang dalam kondisi normal meningkat selama persalinan seiring kontraksi uterus mengembalikan darah ke anyaman pembuluh darah. Peningkatan curah jantung memperbaiki aliran darah ke unit uteroplasenta dan ginjal ibu. Pelepasan oksitosin menambah intensitas kontraksi uterus. Apabila ibu mendedan pada posisi duduk atau jongkok, otot-otot abdomen bekerja lebih sinkron (saling menguatkan) dengan kontraksi Rahim

2. Psikologis

Tingkat kecemasan wanita selama bersalin akan meningkat jika ia tidak memahami apa yang terjadi pada dirinya atau yang disampaikan padanya. Wanita bersalin biasanya akan mengutarakan kekhawatiran jika ditanya. Perilaku dan penampilan wanita serta pasangannya merupakan petunjuk berharga tentang jenis dukungan yang akan diperlukannya. Membantu wanita berpartisipasi sejauh yang diinginkan dalam melahirkan, memenuhi harapan wanita akan hasil akhir persalinannya, membantu wanita menghemat tenaga, mengendalikan rasa nyeri merupakan suatu upaya dukungan dalam mengurangi kecemasan pasien. Dukungan psikologis dari orang-orang terdekat akan membantu memperlancar proses persalinan yang sedang berlangsung.

E. Perubahan dalam Proses Persalinan

a. Kala I

1. Perubahan Fisiologi pada Persalinan

Menurut Sumarah, 2009 sejumlah perubahan-perubahan fisiologis yang normal akan terjadi selama persalinan, hal ini bertujuan untuk mengetahui perubahan-perubahan yang dapat dilihat secara klinis bertujuan untuk dapat secara tepat dan cepat menginterpretasikan tanda-tanda, gejala tertentu dan penemuan perubahan fisik dan laboratorium apakah normal atau tidak selama persalinan kala I.

a) Perubahan tekanan darah

Tekanan darah meningkat selama kontraksi uterus dengan kenaikan sistolik rata-rata sebesar 10-20 mmHg dan kenaikan diastolic rata-rata 5-10 mmHg. Diantara kontraksi-kontraksi uterus, tekanan darah akan turun seperti sebelum masuk persalinan dan akan naik lagi bila terjadi kontraksi. Arti penting dan kejadian ini adalah untuk memastikan tekanan darah yang sesungguhnya, sehingga diperlukan pengukuran diantara kontraksi. Dalam hal ini perlu dilakukan pemeriksaan lainnya

untuk mengesampingkan preeklamsia, oleh karena itu diperlukan asuhan yang mendukung yang dapat menimbulkan ibu rileks atau santai

Posisi tidur terlentang selama bersalin akan menyebabkan penekanan uterus terhadap pembuluh darah besar (aorta) yang akan menyebabkan sirkulasi darah baik untuk ibu maupun janin akan terganggu, ibu dapat terjadi hipotensi dan janin dapat asfiksia. Oleh karena itu posisi tidur ibu selama persalinan yang terbaik adalah menghindari posisi tidur terlentang. Untuk memastikan tekanan darah yang sesungguhnya maka diperlukan pengukuran tekanan darah di luar kontraksi.

b) Perubahan metabolisme

Selama persalinan baik mekanisme karbohidrat aerobik maupun anaerobik akan naik secara perlahan. Kenaikan ini disebabkan karena oleh akibat kecemasan serta kegiatan otot kerangka tubuh. Kegiatan metabolisme yang meningkat tercermin dengan kenaikan suhu badan, denyut nadi, pernapasan, kardiak output dan kehilangan cairan.

c) Perubahan suhu badan

Suhu badan akan sedikit meningkat selama persalinan, suhu mencapai tertinggi selama persalinan dan segera setelah kelahiran. Kenaikan ini dianggap normal asal tidak melebihi 0,5-1 derajat celsius. Suhu badan yang naikan merupakan keadaan yang wajar, namun bila keadaan berlangsung lama, kenaikan suhu ini mengindikasikan adanya dehidrasi. Parameter lainnya harus dilakukan antara lain selaput ketuban sudah pecah karena hal ini bisa merupakan tanda infeksi.

d) Denyut jantung

Perubahan yang menyolok selama kontraksi dengan kenaikan denyut jantung, penurunan selama acme sampai 1 angka yang lebih rendah dan angka antara kontraksi. Penurunan yang menyolok selama acme kontraksiuterus tidak terjadi jika ibu berada dalam posisi miring bukan posisi telentang. Denyut jantung diantara kontraksi sedikit lebih tinggi dibanding selama periode persalinan atau sebelum masuk persalinan. Hal ini mencerminkan kenaikan dalam metabolisme yang terjadi selama persalinan.

e) Pernapasan

Pernapasan terjadi kenaikan sedikit dibandingdengna sebelum persalinan, kenaikan pernapasan ini dapat disebabkan karena adanya rasa nyeri, kekhawatiran serta penggunaan teknik pernapasan yang tidak benar. Untuk itu diperlukan tindakan untuk mrenendalikan pernapasan (untuk menghindari hiperventilasi) yang ditandai oleh adanya perasaan pusing.

f) Perubahan renal

Polyuria sering terjadi selama persalinan, hal ini disebabkan oleh kardiak output yang meningkat, serta disebabkan karena filtrasi glomelurus serta aliran plasma ke renal.polyuri tidak begitu kelihatan dalam posisi telntang, yang mempunyai efek mengurangin aliran urine selama kehamilan. Kandung kecing harus sering dikontrol (setiap 2 jam) yang bertujuan agar tidak menghambat penurunan bagian terendah janin dan trauma pada kandung kemih serta menghindari retensi urine setelah melahirkan. Protein dalam urin (+1) selama persalinan merupakan hal yang wajar, tetapi protein urin (+2) merupakan hal yang tidak wajar, keadaan ini lebih sering pada ibu primipara, anemia persalinan lama atau pada kasus preeclampsia.

g) Perubahan gastrointestinal

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

h) Perubahan hematologis

Haemoglobin akan meningkat1,2gr/ 100 ml selama persalinan dan akan kembali ketingkat pra persalinan pada hari pertama setelah persalinan apabila tidak terjadi kehilangan darah selama persalinan, waktu koagulasi berkurang dan akan mendapat tambahan plasma selama persalinan. Jumlah sel sel darah putih meningkat secara progresif selama kala 1 persalinan sebesar 5.000 sampai dengan 15.000 WBC sampai dengan akhir pembukaan lengkap, hal ini tidak berindikasi adanya infeksi. Setelah itu

turun lagi kembali keadaan semula. Gula darah akan turun selama persalinan dan akan turun secara menyolok pada persalinan yang mengalami penyulit atau persalinan lama, hal ini disebabkan, kegiatan uterus dan otot kerangka tubuh. Penggunaan uji laboratorium untuk penapisan ibu yang menderita diabetes mellitus akan memberikan hasil yang tidak tepat dan tidak dapat diandalkan.

i) Kontraksi uterus

Kontraksi uterus terjadi karena adanya rangsangan pada otot polos uterus dan penurunan hormone progesterone yang menyebabkan kelaurnya horman oksitosin. Kontraksi uterus dimulai dari fundus uteri menjalar kebawah, fundus uteri berkerja kuat dan lama untuk mendorong janin, sedangkan uterus bagian bawahpasif hanya mengikuti tarikan dan segmen atas Rahim, akhirnya menyebabkan serviks menjadi lembek dan membuka. Kerja sama antara uterus bagian atas dan uterus bagian bawah disebut polaritas.

j) Pembentukan segmen atas Rahim dan segmen bawah Rahim

Segmen Atas Rahim (SAR) terbentuk pada uterus bagian atas dengan sifat otot yang lebih tebal dan kontraktif. Pada bagian ini terdapat banyak otot serong dan memanjang. SAR terbentuk dari fundus sampai ismus uteri.

Segmen Bawah Rahim (SBR) terbentang diuterus bagian bawah antara ismus dengan serviks, dengan sifat otot yang tipis dan elastis, pada bagian ini banyak terdapat otot yang melingkar dan memanjang.

k) Perkembangan retraksi ring

Retraksi ring adalah batas pinggiran antara SAR dan SBR, dalam keadaan persalinan normal tidak nampak dan akan kelihatan pada persalinan abnormal, karena kontraksi uterus yang berlebihan, retraksi ring akan tampak sebagai garis atau batas yang menonjol diatas simfisis yang merupakan tanda dan ancaman rupture uterus.

l) Penarikan serviks

Pada akhir kehamilan otot yang mengelilingi ostium uteri internum (OUI) ditarik oleh SAR yang menyebabkan serviks menjadi pendek dan menjadi bagian dari SBR. Bentuk serviks menghilang karena kanalis servikalis membesar dan atas dan

membentuk ostium uteri eksterna (OUE) sebagai ujung dan bentuknya menjadi sempit.

m) Pembukaan ostium uteri interna dan eksterna

Membukaan serviks disebabkan oleh karena membesarnya OUE karena otot yang melingkar disekitar ostium meregang untuk dapat dilewati kepala. Pembukaan uteri tidak saja penarikan SAR akan tetapi juga karena tekanan isi uterus yaitu dan kantong amnion. Pada primigravida dimulai dari ostium uteri internum terbuka lebih dahulu baru ostium eksterna membuka pada saat persalinan terjadi. Sedangkan pada multigravda ostium uteri internum dan eksternum membuka secara bersama sama pada saat persalinan terjadi.

n) Show

Show adalah pengeluaran dari vagina yang terdiri dan sedikit lender yang bercampur darah, lendir ini berasal dan ekstruksi lendir yang menyumbat kanalis servikalis sepanjang kehamilan, sedangkan darah berasal dari desidua vera yang lepas.

o) Tonjolan kantung ketuban

Tonjolan kantung ketuban ini disebabkan oleh adanya regangan SBR yang menyebabkan terlepasnya selaput korion yang menempel pada uterus, dengnaadanya tekanan maka akan terlihat kantong yag berisi cairan yang menonjol ke ostium uteri internum yang terbuka. Cairan ini terbagi 2 yaitu: fore water dan hind water yang berfungsi untuk melindungi selaput amnion agar tidak terlepas seluruhnya. Tekanan yang diarahkan kecairan sama dengan tekanan ke uterus sehingga akan timbul generasi fluid pressure. Bila selaput ketuban pecah maka cairan tersebut akan keluar, sehingga plasenta akan tertekan dan menyebabkan fungsi plasenta terganggu. Hal ini akan menyebabkan fetus kekurangan oksigen.

p) Pemecahan kantung ketuban

Pada akhir kala 1 bila pembukaan sudah lengkap dan tidak ada tahanan lagi, ditambah dengna kontraksi yang kuat serta desakan janin yang menyebabkan kantung ketuban pecah, diikuti dengan proses kelahiran bayi.

2. Perubahan Psikologis

- a. Perasaan tidak enak
- b. Takut dan ragu-ragu akan persalinan yang akan dihadapi.
- c. Ibu dalam menghadapi persalinan sering memikirkan antara lain apakah persalinan akan berjalan normal
- d. Menganggap persalinan sebagai cobaan
- e. Apakah penolong persalinan dapat sabar dan bijaksana dalam menolongnya
- f. Apakah bayinya normal atau tidak
- g. Apakah ia sanggup merawat bayinya
- h. Ibu merasa cemas.

b. Kala II

a) Kontraksi, dorongan otot-otot dinding

Menurut Sumarah, 2009 kontraksi uterus pada persalinan mempunyai sifat tersendiri. Kontraksi menimbulkan nyeri, merupakan satu-satunya kontraksi normal muskulus. Kontraksi ini dikendalikan oleh syaraf intrinsik, tidak disadari, tidak dapat diatur oleh ibu bersalin, baik frekuensi maupun lama kontraksi.

Sifat khas:

- a. Rasa sakit dari fundus merata ke seluruh uterus sampai berlanjut ke punggung bawah.
- b. Penyebabnya rasa nyeri belum diketahui secara pasti. Beberapa dugaan penyebab antara lain :
 - 1) Pada saat kontraksi terjadi kekurangan O_2 pada miometrium.
 - 2) Penekakan ganglion syaraf di serviks dan uerus bagian bawah.
 - 3) Peregangan servik akibat dari pelebaran serviks.
 - 4) Peregangan peritonium sebagai organ yang menyelimuti uterus.

Pada waktu selang kontraksi/periode relaksasi diantara kontraksi memberikan dampak berfungsinya sistem-sistem dalam tubuh, yaitu :

- a. Memberikan kesempatan pada jaringan otot-otot uterine untuk beristirahat agar tidak menurunkan fungsinya oleh karena kontraksi yang kuat secara terus menerus.
- b. Memberikan kesempatan kepada ibu untuk istirahat, karena rasa sakit selama kontraksi.
- c. Menjaga kesehatan janin karena pada saat kontraksi uterus mengakibatkan konstiksi pembuluh darah plasenta sehingga bila secara terus menerus berkontraksi, maka akan menyebabkan hipoksia, anoksia dan kematian janin.

Pada awal persalinan kontraksi uterus terjadi selama 15-20 detik. Pada saat memasuki fase aktif, kontraksi terjadi selama 45-90 detik rata-rata 60 detik. Dalam satu kali kontraksi terjadi 3 fase, yaitu fase naik, puncak dan turun. Pada saat fase naik lamanya 2 kali fase lainnya. Pemeriksaan kontraksi uterus meliputi, frekuensi, durasi atau lama, intensitas atau kuat lemah. Frekuensi dihitung dari awal timbulnya kontraksi sampai muncul kontraksi berikutnya. Pada saat pemeriksaan durasi atau lama kontraksi, perlu diperhatikan bahwa cara pemeriksaan kontraksi uterus dilakukan dengan palpasi pada perut.

b) Uterus

Menurut Sumarah, 2009 terjadi perbedaan pada bagian uterus :

- a. Segmen atas : bagian yang berkontraksi, bila dilakukan palpasi akan teraba keras saat kontraksi.
- b. Segmen bawah : terdiri atas uterus dan serviks, merupakan daerah yang teregang, bersifat pasif. Hal ini mengakibatkan pemendekan segmen bawah uterus.

- c. Batas antara segmen atas dan segmen bawah uterus membentuk lingkaran cincin retraksi fisiologis. Pada keadaan kontraksi uterus inkoordinasi akan membentuk cincin retraksi patologis yang dinamakan cincin bandl.

Perubahan bentuk: Bentuk uterus menjadi oval yang disebabkan adanya pergerakan tubuh janin yang semula membungkuk menjadi tegap, sehingga uterus bertambah panjang 5-10 cm.

c) **Perubahan ligamentum rotundum**

Menurut Sumarah, 2009 pada saat kontraksi uterus ligamentum rotundum yang mengandung otot-otot polos ikut berkontraksi sehingga ligamentum rotundum menjadi pendek.

Faal ligamentum rotundum dalam persalinan :

- a. Fundus uteri pada saat kehamilan bersandar pada tulang belakang, ketika persalinan berlangsung berpindah ke depan mendesak dinding perut bagian depan kedepan pada setiap kontraksi. Perubahan ini menjadi sumbu rahim searah dengan sumbu jalan lahir.
- b. Fundus uteri tertambat karena adanya kontraksi ligamentum rotundum pada saat kontraksi uterus, hal ini menyebabkan fundus tidak dapat naik keatas. Bila pada waktu kontraksi fundus naik keatas maka kontraksi itu tidak dapat mendorong anak kebawah.

d) **Effasment dan dilatasi serviks**

Menurut Sumarah, 2009 pengaruh tidak langsung dari kontraksi uterus adalah terjadinya effasment dan dilatasi serviks. Effasment merupakan pemendekan atau pendataran ukuran dari panjang kanalis servikalis. Ukuran normal kanalis servikalis 2-3 cm. Ketika terjadi effasment ukuran panjang kanalis servikalis menjadi semakin pendek dan akhirnya sampai hilang.

Dilatasi adalah pembesaran ukuran ostium uteri interna (OUI) yang kemudian disusul dengan pembesaran ukuran ostium uteri eksterna (OUE). Pembesaran ini berbeda antara primigravida dan multigravida. Ostium uteri interna sudah sedikit membuka pada multigravida. Proses dilatasi ini dibantu atau di permudah oleh tekanan hidrostatis cairan amnion. Tekanan hidrostatis cairan amnion terjadi akibat dari kontraksi uterus.

e) Station

Menurut Sumarah, 2009 station adalah salah satu indikator untuk menilai kemajuan persalinan yaitu dengan cara menilai keadaan hubungan antara bagian paling bawah presentasi terhadap garis imajinasi/bayangan setinggi spina iskiadika. Penilaian station dengan ukuran cm. Station 0 (nol) berarti bagian bawah presentasi setinggi spina iskiadika. Hasil +1, +2, +3, +4 dan +5 berarti presentasi berada dibawah spina iskiadika setinggi 1,2,3,4 dan 5 cm diatas garis imajinasi spina iskiadika. Hasil -1, -2, -3, -3 dan -5 berarti presentasi berada diatas 1,2,3,4, dan 5 cm di bawah garis imajinasi spina iskiadika. Perlu berhati-hati dalam menentukan hasil pemeriksaan station karena hasil pemeriksaandapat keliru bila terdapat molding atau tulang tengkorak janin saling menumpuk atau terjadi kaput susedanium.

f) Mekanisme Persalinan Normal

Menurut Sumarah, 2009 mekanisme persalinan merupakan gerakan janin dalam menyesuaikan dengan ukuran dirinya dengan ukuran panggul saat kepala melewati panggul. Mekanisme ini sangat diperlukan mengingat diameter janin yang lebih besar harus berada pada satu garis lurus dengan diameter paling besar dari panggul.

Diameter kepala janin yang perlu diperhatikan:

- 1) Diameter biparietal. Diameter biparietal yaitu jarak antara dua parietal (9,5 cm).
- 2) Diameter suboccipito bregmatika jarak antara pertemuan leher dan oksiput ke bregma (ubun-ubun besar 9,5 cm).

- 3) Diameter occipitomento yaitu jarak dari ubun-ubun kecil ke mentium(dahi) 12,5 cm-13,5 cm.
- 4) Submentobregmatik yaitu jarak pertemuan leher dan rahang bawah ke bregma 9,5 cm.

Adapun gerakan-gerakan janin dalam persalinan/gerakan kardinal adalah sebagai berikut.

1. Engangement

Engangement pada primi gravida terjadi pada bulan terakhir kehamilan, sedangkan pada multi gravida dapat terjadi pada awal persalinan. Engangement adalah peristiwa ketika diameter biparietal melewati pintu atas panggul dengan sutura sagitalis melintang/oblik di dalam jalan lahir dan sedikit fleksi. Jika kepala masuk dalam pintu atas panggul dengan sutura sagitalis melintang di jalan lahir, tulang parietal kanan dan kiri sama tinggi, maka keadaan ini di sebut **sinklitismus**.

Kepala pada saat melewati pintu atas panggul dapat juga dalam keadaan dimana sutura sagitalis lebih dekat promontorium atau ke symphysis maka hal ini disebut **Asinklitismus**. Ada dua macam asinklitismus posterior dan asinklitismus anterior.

a. Asinklitismus Posterior

Yaitu keadaan bila sutura sagitalis mendekati symfisis dan tulang parietal belakang lebih rendah dari pada tulang depan.

b. Anisklitismus Anterior

Yaitu keadaan bila sutura sagitalis mendekati promontorium dari pada tulang parietal belakang.

Perubahan awal kepala janin dari asinklitismus posterior kedalam keadaan asinklitismus anterior memudahkan mekanisme persalinan karena sesuai dengan keadaan panggul dengan adanya lengkung sakrum. Ligamen pada penurunan kepala

terjadi secara simultan atau bersamaan, tetapi untuk kepentingan pembelajaran di bahas secara terpisah.

2. Penurunan Kepala

Dimulai sebelum onset persalinan atau inpartu. Penurunan kepala terjadi bersamaan dengan mekanisme lainnya.

3. Fleksi

- a. Gerakan fleksi disebabkan karena janin terus di dorong maju tetapi kepala janin terhambat oleh serviks, dinding panggul atau dasar panggul.
- b. Pada kepala janin, dengan adanya fleksi maka diameter oksipito frontalis 12 cm berubah menjadi suboksipito bregmatika 9 cm
- c. Posisi dagu bergeser ke arah dada janin
- d. Pada pemeriksaan dalam ubun-ubun kecil lebih jelas berada daripada ubun-ubun besar.

4. Rotasi Dalam

- a. Rotasi dalam atau putaran paksi dalam adalah putaran bagian terendah janin dari posisi sebelumnya ke arah depan sampai dibawah simpisis. Bila presentasi belakang kepala dimana bagian terendah janin adalah ubun-ubun kecil maka ubun-ubun kecil memutar ke depan sampai berada di bawah simpisis. Gerakan ini adalah upaya kepala janin untuk menyesuaikan dengan bentuk jalan lahir yaitu bentuk bidang tengah dan pintu bawah panggul. Rotasi dalam terjadi bersamaan dengan majunya kepala. Rotasi ini terjadi setelah kepala melewati hodge III (setinggi spina) atau setelah di dasar panggul. Pada pemeriksaan dalam ubun-ubun mengarah ke arah jam 12.
- b. Sebab-sebab adanya putaran paksi dalam yaitu :
 1. Bagian terendah kepala adalah bagian belakang kepala pada letak fleksi.
 2. Bagian belakang kepala mencari tahanan yang paling sedikit yang di sebelah depan atau atas yaitu hiatus genitalis atau muskulus levator ani kiri dan kanan.

5. Ekstensi

- a. Gerakan ekstensi merupakan gerakan dimana oksiput berhimpit langsung pada margo inferior simpisis pubis.
- b. Penyebab dikarenakan sumbu jalan lahir pada pintu bawah panggul mengarah ke depan dan atas, sehingga kepala menyesuaikan dengan cara ekstensi agar dapat memulainya. Pada saat kepala janin mencapai dasar panggul tidak langsung terekstensi, akan tetapi terus di dorong ke bawah sehingga mendesak ke jaringan perinium. Pada saat itu ada dua gaya yang mempengaruhi, yaitu :
 1. Gaya dorong dari fundus uteri ke arah belakang
 2. Tahanan dasar panggul dan simpisis ke arah depan

Hasil kerja dari dua gaya tersebut mendorong ke vulva dan terjadilah ekstensi gerakan ekstensi mengakibatkan bertambahnya peregangan pada perinium dan interitus vagina ubun-ubun kecil semakin banyak terlihat dan semakin hypomochlion atau pusat pergerakan maka berangsur-angsur lahir lah ubun-ubun kecil, ubun-ubun besar, dahi, mata, hidung, dagu, mulut. Pada saat kepala sudah lahir seluruhnya dagu bayi diatas anus ibu.

6. Rotasi Luar

Terjadinya gerakan rotasi luar atau putaran paksi luar dipengaruhi faktor-faktor panggul, sama seperti rotasi dalam.

- a. Merupakan gerakan memutar ubun-ubun kecil ke arah punggung janin, bagian belakang kepala berhadapan dengan tuber ischiadikum kanan atau kiri, sedangkan muka janin menghadap salah satu paha ibu. Bila ubun-ubun kecil pada mulanya di sebelah kiri maka ubun-ubun kecil akan berputar ke arah kiri, bila pada mulanya ubun-ubun kecil di sebelah kanan maka ubun-ubun kecil berputar ke kanan.
- b. Gerakan rotasi luar atau putaran paksi luar ini menjadikan diameter diakromial janian searah dengan diameter anteroposterior pintu bawah panggul, dibawah

satu bahu di anterior di belakang simpisis dan bahu yang satunya di bagian posterior di belakang perinium.

- c. Sutura sagitalis kembali melintang

7. Ekspulsi

Setelah terjadinya rotasi luar, bahu depan berfungsi sebagai hypomochilin untuk kelahiran bahu belakang. Kemudian setelah kedua bahu lahir disusul lahirlah trochanter depan dan belakang sampai janin lahir seluruhnya. Gerakan kelahiran bahu depan bahu belakang dan seluruhnya.

TANDA GEJALA KALA II

Menurut Sumarah, 2009 tanda gejala kala II terdiri dari :

1. Adanya dorongan mengejan
2. Penonjolan pada perinium
3. Vulva membuka
4. Anus membuka

Asuhan Sayang Ibu dan Posisi Meneran

1. Adapun beberapa hal yang merupakan asuhan sayang ibu adalah :
 - a. Pendamping keluarga
 - b. Libatkan keluarga
 - c. KIE proses persalinan
 - d. Dukungan psikologi
 - e. Membantu ibu memilih posisi
 - f. Cara meneran atau mengejan
 - g. Pemberian Nutrisi

2. Posisi meneran

Adapun macam-macam posisi meneran adalah :

a. Duduk atau setengah duduk

Dengan posisi ini penolong persalinan lebih leluasa untuk membantu kelahiran kepala janin serta lebih leluasa untuk dapat memperhatikan perinium.

b. Merangkak

Posisi merangkak sangat cocok untuk persalinan dengan rasa sakit pada punggung, mempermudah janin dalam melakukan rotasi serta regangan pada perinium berkurang

c. Jongkok atau berdiri

Posisi jongkok atau berdiri memudahkan menurunkan kepala janin, memperluas panggul sebesar 28% atau lebih besar pada pintu bawah panggul, memperkuat dorongan meneran. Namun posisi ibu berisiko terjadinya laserasi (perluasan jalan lahir)

d. Berbaring miring ke kiri

Posisi berbaring kiri dapat mengurangi penekanan pada vena cava inferior sehingga dapat mengurangi kemungkinan terjadinya hipoksia, karena suplai oksigen tidak terganggu, dapat memberikan suasana relaks bagi ibu yang mengalami kecapekan dan dapat pencegahan terjadinya laserasi atau robekan jalan lahir

e. Hindari posisi terlentang

Pada posisi terlentang dapat menyebabkan :

1. Hipotensi dapat berisiko terjadinya syok dan berkurangnya suplai oksigen dalam sirkulasi uteroplasenta sehingga dapat menyebabkan hipoksia bagi janin
2. Rasa nyeri yang bertambah
3. Majunya persalinan bertambah lama
4. Ibu mengalami gangguan untuk bernapas
5. Buang air kecil terganggu
6. Mobilisasi ibu kurang bebas

7. Ibu kurang semangat
8. Resiko laserasi jalan lahir bertambah
9. Dapat mengakibatkan kerusakan pada syaraf kaki dan punggung

Asuhan Kebidanan pada Ibu Bersalin Kala II

1. Asuhan yang diperlukan selama kala II
 - a. Meningkatkan rasa aman dengan memberikan dukungan dan memupuk rasa kepercayaan dan keyakinan pada diri ibu bahwa ia mampu untuk melahirkan.
 - b. Membimbing pernapasan yang adekuat
 - c. Membantu posisi meneran sesuai pilihan ibu
 - d. Meningkatkan peran serta keluarga, menghargai anggota atau teman yang mendampingi
 - e. Melakukan tindakan-tindakan yang membuat nyaman seperti mengusap dahi dan memijat pinggang, libatkan keluarga.
 - f. Memperhatikan pemasukan nutrisi dan cairan ibu dengan memberi makan dan minum.
 - g. Menjalankan prinsip pencegahan infeksi
 - h. Mengusahakan kandung kemih kosong dengan cara membantu dan memacu ibu mengosongkan kandung kemih secara teratur.
2. Pemantauan terhadap kesejahteraan ibu
 - a. Mengevaluasi his (kontraksi uterus) berapa kali terjadi dalam 10 menit (frekuensi his) lamanya his, dan kekuatan his serta kaitan antara 3 hal tersebut dengan kemajuan persalinan.
 - b. Mengkaji keadaan kandung kemih dengan menganamnesis ibu dan melakukan palpasi pada kandung kemih untuk memastikan kandung kemih kosong.
 - c. Mengevaluasi upaya meneran ibu efektif atau tidak.
 - d. Pengeluaran pervagina serta penilaian serviks meliputi effasment (pendataran serviks) dan dilatasi serviks (pembukaan).
3. Observasi terhadap kesejahteraan janin

- a. Penurunan kepala, presentasi dan sikap
- b. Mengkaji kepala janin adakah caput atau moulase
- c. DJJ meliputi frekuensi, ritmenya, dan kekuatannya.

Kebutuhan Ibu Bersalin Selama Kala II

1. Kehadiran pendamping secara terus menerus. Hal ini memberikan hasil:
 - a. Persalinan yang diakhiri dengan tindakan vakum ekstraksi dan forsep semakin sedikit.
 - b. Pembedahan ceasar semakin menurun
 - c. Skor apgar dibawah 7 semakin menurun
 - d. Waktu yang diperlukan dalam persalinan semakin pendek.
 - e. Kepuasan ibu semakin meningkat dalam pengalaman melahirkan.
2. Mengurangi rasa sakit. Cara yang digunakan untuk manajemen nyeri persalinan oleh pendamping persalinan secara terus-menerus bersifat sederhana, efektif, tidak beresiko / resikonya rendah, bersifat sayang ibu, serta kemajuan proses kemajuan persalinan.

Amniotomi

Menurut Sumarah, 2009 selama selaput ketuban masih utuh janin akan terhindar dari infeksi dan asfiksia. Cairan amniotik berfungsi sebagai perisai yang melindungi janin dari tekana penuh dikarenakan kontraksi. Oleh karena itu perlu dihindarkan amniotomi dini pada kala I biasanya selaput ketuban akan pecah secara spontan.

Keuntungan tindakan amniotomi

1. Untuk melakukan pengamatan ada tidaknya mekoneum.
2. Menentukan punctum maksimum DJJ akan lebih jelas.
3. Mempermudah perekaman pada saat memantau janin.
4. Mempercepat proses persalinan karena mempercepat proses pembukaan serviks.

Kerugian tindakan amniotomi

1. Dapat menimbulkan trauma pada kepala janin yang mengakibatkan kecacatan pada tulang kepala akibat dari tekanan deferensial meningkat.
2. Dapat menambah kompresi tali pusat akibat jumlah cairan amniotik berkurang.

Indikasi Amniotomi

1. Pembukaan lengkap
2. Pada kasus solutio plasenta.

Cara melakukan amniotomi

1. Persiapan alat:
 - a. Bengkok
 - b. Setengah kocher
 - c. Sarung tangan satu pasang
 - d. Kapas saflon ½ %
2. Persiapan pasien: Posisi dorsal rektumbent
3. Persiapan pelaksanaan:
 - a. Memberitahu tindakan
 - b. Mendekatkan alat
 - c. Memeriksa DJJ dan mencatat pada partograf
 - d. Cuci tangan dan di keringkan
 - e. Memakai sarung tangan pada kedua tangan
 - f. Melakukan periksa dalam dengan hati-hati diantara kontraksi. Meraba dengan hati-hati selaput keuban untuk memastikan apakah kepala sudah masuk ke dalam panggul dan memeriksa tali pusat atau bagian-bagian tubuh janin tidak di palpasi. Bila selaput ketuban tidak teraba diantara kontraksi, tunggu sampai ada kontraksi berikutnya sehingga selaput ketuban terdorong kedepan sehingga mudah dipalpasi.
 - g. Tangan kiri mengambil klem ½ kocher yang telah dipersiapkan sedemikian rupa sehingga dalam mengambilnya mudah

- h. Dengan menggunakan tangan kiri tempatkan klem $\frac{1}{2}$ kocher disinfeksi tingkat tinggi atau steril dimasukan kedalam vagina menelusuri jari tangan kanan yang berada dalam vagina samapai mencapai selaput ketuban.
- i. Pegang ujung klem $\frac{1}{2}$ kocher diantara ujung jari tangan kanan pemeriksa kemudian menggerakkan jari dengan lembut dan memecahkan selaput ketuban dengan caraa menggosokan klem $\frac{1}{2}$ kocher secara lembut pada selaput ketuban,
- j. Kadang-kadang hal ini lebih mudah dikerjakan diantara kontraksi pada saat selaput ketuban tidak tegang. Tujuannya adalah ketika selaput ketuban dipecah air ketuban tidak menyembrot.
- k. Biarkan air ketuban membasahi jari pemeriksa.
- l. Ambil klem $\frac{1}{2}$ kocher dengan menggunakan tangna kiri dan masukan kedalam larutan klorin $\frac{1}{2}$ % untuk dekontaminasi.
- m. Jari tangan pemeriksa tetap ada di dalam vagina melakukan pemeriksaan adakah tali pusat atau bagian kecil janin yang teraba dan pemeriksa penurunan kepala janin.
- n. Bia hasil pemeriksa tidak didapatkan adanya tali pusat atau bagian-bagian tubuh janin yang kecil dan hasil pemeriksaan penurunan kepala sudah didapatkan, maka keluarkan tangan pemeriksa secara lembut dari dalmam vagina.
- o. Lakukan pemeriksaan warna cairan ketuban adakah mekoneum, darah, apakah jernih.
- p. Lakukan langkah-langkah gawa darurat apabila terdapat mekoneum atau darah.
- q. Celupkan tangan yang masih menggunakan sarung tangan ke dalam larutan klorin $\frac{1}{2}$ % kemudian lepaskan sarung tangan dalam keadaan terbalik dan biarkan terendam selama 10 menit.
- r. Cuci tangan.
- s. Periksa DJJ.

- t. Lakukan dokumentasi pada partograf tentang warna ketuban, kapan pecahnya ketuban dan DJJ.

C. Kala III

Menurut Sumarah, 2009 kala III dimulai sejak bayi lahir sampai lahirnya plasenta/uri. Rata-rata lama kala III berkisar 15-30 menit, baik pada primipara maupun multipara. Tempat implantasi plasenta sering pada dinding depan dan belakang korpus uteri atau dinding lateral. Sangat jarang terdapat pada fundus uteri. Bila terletak pada segmen bawah rahim/SBR, keadaan ini disebut plasenta previa.

a) Fase-fase kala III

1. Pelepasan plasenta

Setelah bayi lahir, terjadi kontraksi uterus. Hal ini mengakibatkan volume rongga uterus berkurang. Dinding uterus menebal. Pada tempat implantasi plasenta juga terjadi penurunan luas area. Ukuran plasenta tidak berubah, sehingga menyebabkan plasenta terlipat, menebal dan akhirnya terlepas dari dinding uterus. Plasenta terlepas sedikit demi sedikit. Terjadi pengumpulan perdarahan diantara ruang plasenta dan desidua basalis yang disebut retroplacental hematoma. Setelah plasenta terlepas, plasenta akan menempati segmen bawah uterus atau vagina.

2. Macam pelepasan plasenta :

1. Mekanisme Schultz : pelepasan plasenta yang dimulai dari sentral/bagian tengah sehingga terjadi bekuan retroplasenta. Cara pelepasan ini paling sering terjadi. Tanda pelepasan dari tengah ini mengakibatkan perdarahan tidak terjadi segera setelah plasenta lahir.
2. Mekanisme Duncan: terjadi pelepasan plasenta dari pinggir atau bersamaan dari pinggir dan tengah plasenta. Hal ini mengakibatkan terjadi semburan darah sebelum plasenta lahir.

3. Tanda-tanda pelepasan plasenta:

1. Perubahan bentuk uterus. Bentuk uterus yang semula discoid menjadi globuler akibat dari kontraksi uterus.
2. Semburan darah tiba-tiba.
3. Tali pusat memanjang.
4. Perubahan posisi uterus. Setelah plasenta lepas dan menempati segmen bawah rahim, maka uterus muncul pada rongga abdomen.

4. Pengeluaran plasenta

Plasenta yang sudah lepas dan menempati segmen bawah rahim, kemudian melalui serviks, vagina dan dikeluarkan ke intruitus vagina.

5. Pemeriksaan pelepasan plasenta

1. Kustner: tali pusat diregangkan dengan tangan kanan, tangan kiri menekan atas simpisis. Penilaian:
 - a. Tali pusat masuk berarti belum lepas.
 - b. Tali pusat bertambah panjang atau tidakmasuk berarti lepas.

6. Pengawasan perdarahan

1. Selama hamil aliran darah ke uterus 500-800 ml/menit.
2. Uterus tidak kontraksi dapat menyebabkan kehilangan darah sebanyak 300-500 ml.
3. Kontraksi uterus akan menekan pembuluh darah uterus di antara anyaman miometrium.

b) Manajemen Aktif Kala III

Syarat janin tunggal/memastikan tidak lagi janin di uterus. Tujuan: Membuat kontraksi uterus efektif.

Keuntungan:

1. Lama kala III lebih singkat
2. Jumlah perdarahan berkurang sehingga dapat mencegah perdarahan post partum
3. Menurunkan kejadian retensio plasenta

Manajemen Aktif Kala III terdiri dari:**1. Pemberian oksitosin 10 IU**

- 1) Sebelum memberikan oksitosin, bidan harus melakukan pengkajian dengan melakukan palpasi pada abdomen untuk meyakinkan hanya ada bayi tunggal, tidak ada bayi kedua.
- 2) Dilakukan pada 1/3 pada bagian luar
- 3) Bila 15 menit plasenta belum lahir, maka berikan oksitosin ke 2, evaluasi kandung kemih apakah penuh. Bila penuh, lakukan kateterisasi.
- 4) Bila 30 menit belum lahir, maka berikan oksitosin ke 3 sebanyak 10 mg dan rujuk pasien.

2. Peregangan tali pusat terkendali

- 1) Klem dipindahkan 5-10 cm dari vulva
- 2) Tangan kiri diletakkan diatas perut memeriksa kontraksi uterus. ketika meregangkan tali pusat, tahan uterus.
- 3) Saat ada kontraksi uterus, tangan diatas perut melakukan gerakan dorso kranial dengan sedikit tekanan. Cegah agar tidak terjadi inversio uteri.
- 4) Ulangi bila plasenta belum lepas.
- 5) Pada saat plasenta sudah lepas, ibu dianjurkan sedikit meneran dan penolong sambil terus meregangkan tali pusat.
- 6) Bila plasenta sudah tampak lahir di vulva, lahirkan dengan ke 2 tangan. Perlu diperhatikan bahwa selaput plasenta mudah tertinggal sehingga untuk mencegah hal itu. Maka plasenta ditelangkupkan dan di putar dengan hati-hati searah dengan jarum jam.

3. Masase fundus uteri

- 1) Tangan diletakkan diatas fundus uteri
- 2) Gerakan tangan dengan pelan, sedikit ditekan, memutar searah jarum jam. Ibu diminta bernafas dalam untuk mengurangi ketegangan atau rasa sakit
- 3) Kaji kontraksi uterus 1-2 menit, bimbing pasien dan keluarga untuk melakukan masase uterus
- 4) Evaluasi kontraksi uterus setiap 15 menit selama 1 jam pertama dan 30 menit pada jam ke 2.

Tindakan yang keliru dalam pelaksanaan manajemen aktif kala III:

1. Melakukan masase fundus uteri pada saat plasenta belum lahir
2. Mengeluarkan plasenta, padahal plasenta belum semuanya lepas
3. Kurang kompeten dalam mengevaluasi pelepasan plasenta
4. Rutinitas kateterisasi
5. Tidak sabar menunggu saat terlepasnya plasenta

Kesalahan tindakan manajemen aktif kala III:

1. Terjadi inversio uteri. Pada saat melakukan peregangan tali pusat terkendali terlalukuat sehingga uterus tertarik keluar dan berbalik
2. Tali pusat terputus. Terlalu kuat dalam penarikan tali pusat sedangkan plasenta belum lepas
3. Syok.

c) Pemeriksaan Plasenta

1. Selaput ketuban utuh atau tidak
2. Plasenta: ukuran plasenta
 - a. Bagian maternal: jumlah kotiledon, keutuhan pinggir kotiledon
 - b. Bagian fetal: utuh atau tidak

3. Tali pusat: jumlah arteri dan vena, adakan arteri atau vena yang terputus untuk mendeteksi plasenta suksenturia. Insersi tali pusat, apakah sentral, marginal serta panjang tali pusat.

d) Pemantauan Kala III

1. Perdarahan. Jumlah darah diukur, disertai dengan bekuan darah atau tidak
2. Kontraksi uterus. Bentuk uterus, intensitas
3. Robekan jalan lahir/laserasi, ruptur perineum
4. Tanda vital:
 - a. Tekanan darah bertambah tinggi dari sebelum persalinan
 - b. Nadi bertambah cepat
 - c. Temperatur bertambah tinggi
 - d. Respirasi berangsur normal
 - e. Gasrtrointestinal normal, pada awal persalinan mungkin munta
5. Personal hygiene.

e) Kebutuhan Ibu pada Kala III

1. Ketertarikan ibu pada bayi
Ibu mengamati bayinya, menanyakan apa jenis kelaminnya, jumlah jari-jari dan mulai menyentuh bayi.
2. Perhatian pada dirinya
Bidan perlu menjelaskan kondisi ibu, perlu penjahitan atau tidak, bimbingan tentang kelanjutan tindakan dan perawatan ibu.
3. Tertarik plasenta
Bidan menjelaskan kondisi plasenta, lair lengkap atau tidak.

D. Kala IV

Menurut Sumarah, 2009 persalinana kala empat di mulai sejak plasenta lahir sampai dengan dua jam sesudahnya, apapun hal-hal perlu di perhatikan adlah

kontraksi uterus sampai uterus kembali ke bentuk normal. Hal itu dapat dilakukan dengan melakukan rangsangan taktil (massase) untuk merangsang uterus berkontraksi baik dan kuat. Perlu juga dipastikan bahwa plasenta telah lahir lengkap dan tidak ada tersisa sedikitpun dalam uterus serta benar-benar dijamin tidak terjadi pendarahan.

a) Evaluasi uterus konsistensi atonia

Perlu diperhatikan bahwa kontraksi uterus mutlak diperlukan untuk mencegah terjadinya pendarahan dan pengambilan uterus ke bentuk normal. Kontraksi uterus yang tidak kuat dan terus-menerus dapat menyebabkan terjadinya atonia uteri yang dapat mengganggu keselamatan ibu. Untuk itu evaluasi terhadap uterus pasca pengeluaran plasenta sangat penting diperhatikan. Untuk membantu uterus berkontraksi dapat dilakukan dengan masase agar uterus tidak menjadi lembek dan mampu berkontraksi dengan kuat. Kalau dengan usaha ini uterus tidak mau berkontraksi dengan baik dapat diberikan obat oksitosin dan harus diawasi sekurang-kurangnya selama satu jam sambil mengamati terjadinya pendarahan postpartum.

b) Pemeriksaan Servik, Vagina dan Perineum

Hal ini berguna untuk mengetahui terjadinya laserasi (robekan) yang dapat diketahui dari adanya pendarahan pasca persalinan, plasenta yang lahir lengkap serta adanya kontraksi uterus.

c) Pemantauan dan Evaluasi Lanjut

1. Kontraksi uterus

Pemantauan adanya kontraksi uterus sangatlah penting dalam asuhan persalinan kala IV dan perlu evaluasi lanjut setelah plasenta lahir yang berguna untuk memantau terjadinya perdarahan. Kalau kontraksi uterus baik dan kuat kemungkinan terjadinya perdarahan sangat kecil pascas melahirkan perlu dilakukan pengamatan secara seksama mengenai adatidaknya kontraksi uterus yang diketahui dengan meraba bagian perut ibu serta perlu diamati apakah tingginya fundus uterus telah

turun dari pusat, karena saat kelahiran tinggi fundus akan berada 1-2 jari dibawah pusat dan terletak agak sebelah kanan sampai akhirnya hilang di hari kesepuluh persalinan.

2. Lochea

Melalui metabolisme jaringan, berat uterus dengan cepat menurun dari sekitar 1000 gr pada saat kelahiran menjadi sekitar 50 gr pada saat 3 minggu masa nifas. Servik juga kehilangan elastisitasnya dan menjadi kaku seperti sebelum kehamilan. Selama beberapa hari pertama setelah kelahiran secret Rahim (lochea) tampak merah (lochea rubra) karena adanya eritrosit setelah 3-4 hari, lochea menjadi lebih pucat (lochea serosa), dan dihari ke-10 lochea tampak putih kekuningan (lochea alba). Lochea yang berbau busuk diduga adanya suatu endometriosis.

3. Kandung kemih

Pada saat setelah plasenta keluar kandung kemih harus di usahakan kosong agar uterus dapat berkontraksi dengan kuat yang berguna untuk menghambat terjadinya pendarahan lanjut yang berakibat fatal bagi ibu. Jika kandung kemih penuh, bantu ibu untuk mengosongkan kandung kemihnya dan ibu di anjurkan untuk selalu mengosongkannya jika di perlukan, dan ingat kemungkinan keinginan berkemih berbedah setelah dia melahirkan bayinya. Jika ibu tidak dapat berkemih, bantu dengan menyirampankan air bersih dan hangat ke perineumnya atau masukkan jari-jari ibu kedalam air hangat kedalam air hangat untuk merangsang keinginan berkemih secara spontan. Kalau upaya tersebut tidak berhasil dan ibu tidak dapat berkemih secara spontan maka perlu dilakukan katererisasi.

4. Perineum

Terjadinya laserasi atau robekkan perineum dan vagina dapat diklasifikasikan luasnya robekan. Robekan perineum hampir terjadi pada hampir semua persalinan pertama dan tidak jarang juga dengan persalinan berikutnya. Hal ini dapat dihindarkan atau dikurangi dengan cara menjaga janggan sampai dasar panggul dilalui

oleh kepala janin dengan cepat. Sebaliknya kepala janin yang akan lahir jangan ditahan terlalu kuat dan lama.

Apabila hanya kulit perineum dan blokosa vagina yang robek dinamakan robekan perineum tingkat satu. Pada robekan tingkat dua dinding belakang vagina dan jaringan ikat yang menghubungkan otot-otot diafragma urogenetalis pada garis tengah terluka. Sedang pada tingkat tiga atau robekan total muskulus spinter anieksternum ikut terputus dan kadang-kadang dinding depan ruktum ikut robek pula. Jarang sekali terjadinya robekan yang mulai pada dinding belakang vagina diatas introikus vagina dan anak dilahirkan melalui robekan itu, sedangkan perineum sebelah depan tetap utuh (robekan perineum sentral). Pada persalinan sulit disamping robekan perineum yang dapat dilihat, dapat pula terjadi kerusakan dan peregangan muskulus puboretalis kanan dan kiri serta hubungannya di garis tengah. Robekan perineum yang melebihi tingkat satu harus di jahit hal ini dapat dilakukan sebelum plasenta lahir tetapi apabila ada kemungkinan plasenta harus dikeluarkan secara manual yang lebih baik tindakan itu di tunda sampai plasenta lahir.

5. Perkiraan darah yang hilang

Cara yang baik untuk memperkirakan kehilangan darah adalah dengan menyiapkan botol 500 ml yang digunakan untuk menampung darah dan dinilai berapa botol darah yang telah digunakan untuk menampung darah, kalau setengah botol berarti 200 ml dan kalau dua botol sama dengan 1 L. Dan ini merupakan salah satu cara untuk menilai kondisi ibu. Cara tidak langsung untuk mengukur jumlah kehilangan darah adalah melalui kenampakan gejala dan tekanan darah. Kalau menyebabkan lemas, pusing dan kesadaran menurun serta tekanan darah sistolik turun lebih dari 10 mmHg dari kondisi sebelumnya maka telah terjadi pendarahan lebih dari 500 ML. kalau ibu mengalami syok hipofolemik maka ibu telah kehilangan darah 50% dari total darah ibu (2000-2500 ml). Perdarahan pasca persalinan sangat penting untuk di perhatikan karena sangat berhubungan erat dengan kondisi

kesehatan ibu. Akibat banyaknya darah yang hilang dapat menyebabkan kematian ibu. Pendarahan terjadi karena kontraksi uterus yang tidak kuat dan baik, sehingga tak mampu menjepit pembuluh darah ada di sekitarnya akibatnya pendarahan tak dapat berhenti. Pendarahan juga dapat disebabkan karena adanya robekan perineum, servik bahkan vagina dan untuk menghentikan pendarahannya maka dilakukan penjahitan

d) Melakukan Penjahitan Luka episiotomi / Laserasi

1) Anestesi lokal, prinsip penjahitan perineum

Terjadinya robekan atau laserasi pada perineum perlu segera ditangani secara hati-hati dan benar, kalau tidak segera ditangani akan sangat membahayakan kondisi ibu karena kemungkinan terjadi infeksi pada luka robekan sangat besar, karena pada saat jarum masuk jaringan tubuh juga akan terjadi luka. Pada proses penjahitan robekan perlu diperhatikan bahwa saat menjahit laserasi atau episiotomy harus digunakan benang yang panjang dan diusahakan sesedikit mungkin jahitan untuk mencapai tujuan pendekatan dan homostatis.

Karena pada saat menjahit mungkin timbul rasa sakit yang berlebihan maka perlu digunakan anestesi lokal untuk mengurangi hal tersebut. Setelah diberikan anestesi lokal perlu diuji apakah bahan anestesi sudah bekerja caranya dengan menyentuh luka dengan jarum yang tajam atau dengan cubit dengan forcep atau cunam. Jika ibu merasa tidak nyaman ulangi dengan pemberian anestesi lokal. Anestesi lokal standar yang digunakan adalah lidokain 1% tanpa epinefrin (silodain), jika tidak tersedia gunakan lidokain 2% yang dilarutkan dengan air steril atau normal salin dengan perbandingan 1:1.

2) Penjahitan episiotomi/ laserasi

Secara umum prosedur penjahitan sama dengan menjahit laserasi perineum, setelah episiotomy dilakukan penilaian secara hati-hati untuk memastikan lukanya

tidak meluas dan sedapat mungkin menggunakan jarum jelujur. Untuk merapatkan jaringan pada syaratan yang terlalu dalam atau bahkan mencapai lapisan otot diperlukan penjahitan secara terputus.

F. Penatalaksanaan dalam Proses Persalinan

60 LANGKAH ASUHAN PERSALINAN NORMAL (Prawirohardjo, 2014)

Melihat Tanda dan Gejala Kala Dua

1. Mengamati tanda dan gejala kala dua.
 - Ibu mempunyai keinginan untuk meneran.
 - Ibu merasa tekanan yang semakin meningkat pada rektum dan atau vaginannya.
 - Perineum menonjol.
 - Vulva-vagina dan sfingter ani membuka.

Menyiapkan Pertolongan Persalinan

2. Memastikan perlengkapan bahan, dan obat-obatan esensial siap digunakan. Mematahkan ampul oksitosin 10 unit dan menempatkan tabung suntik steril sekali pakai di dalam partus set.
3. Mengenakan baju penutup atau celemek yang bersih.
4. Melepaskan semua perhiasan yang dipakai dibawah siku, mencuci tangna dan sabun dengan air bersih yang mengalir dan mengerikan tangna dengan handuk satu kali pakai atau pribadi yang bersih.
5. Memakai sarung tangan dengna DTT atau steril untuk semua permeriksaan dalam.
6. Menghisap oksitosin 10 unit kedalalm tabung suntuk (dengan memakai sarung tangan disinfektan tingkat tinggi atau steril) dan meletkan kembali partus set / wadah disinfektan tinggi atau steril tanpa mengontaminasi tabung suntik.

Memastikan Pembukaan Lengkap dengan Janin baik

7. Membersihkan vulva dan perineum, menyekanya dengan hati-hati dengan hati-hati ke belakang dengan menggunakan kapas atau kasa yang sudah dibasahi air disinfeksi tingkat tinggi. Jika mulut vagina, perineum atau anus terkontaminasi oleh kotoran ibu, membersihkannya dengan seksama dengan menyeka dari depan kebelakang. Membuang kapas atau kasa yang terkontaminasi dalam wadah yang benar. Mengganti sarung tangan jika terkontaminasi.
8. Dengan menggunakan teknik aseptik, melakukan dalam untuk memastikan bahwa pembukaan serviks sudah lengkap. Bila selaput ketuban belum pecah, sedangkan pembukaan sudah lengkap, lakukan amniotomi.
9. Mendekontaminasi sarung tangan dengan cara mencelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan kotor kedalam larutan klorin 0,5% dan kemudian melepaskan dalam keadaan terbalik serta merendamnya dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit. Mencuci kedua tangan.
10. Memastikan Denyut Jantung Janin (DJJ) setelah kontraksi berakhir untuk memastikan bahwa DJJ dalam batas normal (100-180 kali/menit)
 - Mengambil tindakan yang sesuai jika DJJ tidak normal.
 - Mendokumentasikan hasil-hasil pemeriksaan dalam, DJJ, dan semua hasil-hasil penilaian serta asuhan lainnya pada partograf.

Menyiapkan Ibu dan Keluarga untuk Membantu Proses Pimpinan Meneran

11. Memberitahu ibu pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik. Membantu ibu berada dalam posisi yang nyaman sesuai dengan keinginannya.
 - Menunggu hingga ibu mempunyai keinginan untuk meneran. Melanjutkan pemantauan kesehatan dan kenyamanan ibu serta janin sesuai dengan pedoman persalinan aktif dan mendokumentasi pada temua-temuan.
 - Menjelaskan pada anggota keluarga bagaimana dapat mendukung dan memberi semangat kepada ibu saat ibu mulai meneran.

12. Meminta bantuan keluarga untuk menyiapkan posisi ibu untuk meneran. Pada saat his, bantu ibu dalam posisi setengah duduk dan pastikan ia merasa nyaman.
13. Melakukan pimpinan meneran saat ibu mempunyai dorongan yang kuat untuk meneran:
 - Membimbing ibu untuk meneran saat ibu mempunyai keinginan untuk meneran.
 - Mendukung dan memberi semangat atas usaha ibu untuk meneran.
 - Membantu ibu mengambil posisi yang nyaman sesuai pilihannya (tidak ibu meminta berbaring telentang)
 - Menganjurkan untuk beristirahat diantara kontraksi.
 - Menganjurkan keluarga untuk mendukung dan memberi semangat pada ibu.
 - Menganjurkan asupan cairan peroral.
 - Menilai DJJ setiap lima menit.
 - Jika bayi belum lahir atau kelahiran bayi belum akan terjadi segera dalam waktu 120 menit (2 jam) meneran untuk ibu primipara atau 60 menit (1 jam) untuk ibu multipara, merujuk segera jika ibu tidak mempunyai keinginan untuk meneran.
 - Menganjurkan ibu untuk nerjalan, berjongkok, atau mengambil posisi yang aman. Jika ibu belum meneran dalam 60 menit, anjurkan ibu untuk meneran pada puncak kontraksi-kontraksi tersebut dan beristirahat diantara kontraksi.
 - Jika bayi belum lahir atau kelahiran bayi belum akan terjadi segera setelah 60 menit meneran, merujuk ibu dengan segera.

Persiapan Pertolongan Kelahiran Bayi

14. Jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm, letakan handuk bersih diatas perut ibu untuk mengerikan bayi.
15. Meletakkan kain yang bersih dilipat 1/3 bagian, dibawah bokong ibu.
16. Membuka partus set.

17. Memakai sarung tangan DTT atau steril pada kedua tangan.

Menolong Kelahiran Bayi

Lahirnya Kepala

18. Satu kepala bayi membuka vulva dengan diameter 5-6 cm, lindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi kain tadi, letakan tangan yang lain di kepala bayi dan lakukan tekanan yang lembut dan tidak menghambat pada kepala bayi, membiarkan kepala keluar perlahan-lahan. Menganjurkan ibu untuk meneran perlahan-lahan atau bernapas cepat saat kepala lahir.

19. Dengan lembut menyeka muka, mulut dan hidung bayi dengan kain atau kassa yang bersih. (Langkah ini tidak harus dilakukan)

20. Memeriksa lilitan tali pusat dan mengambil tindakan yang sesuai jika hal itu terjadi, dan kemudian meneruskan segera proses kelahiran bayi.

- Jika tali pusat melilit janin dengan longgar, lepaskan lewat bagian atas kepala bayi.
- Jika tali pusat melilit leher dengan erat, mengklemnya di dua tempat dan memotongnya.

21. Menunggu hingga kepala bayi melakukan putaran paksi luar secara spontan

Lahir Bahu

22. Setelah kepala melakukan paksi luar, tempatkan kedua tangan masing-masing sisi muka bayi. Menganjurkan ibu meneran saat kontraksi berikutnya. Dengan lembut menariknya ke arah bawah dan ke arah luar hingga bahu anterior muncul dibawah arcus pubis dan kemudian dengan lembut menarik ke arah atas dan ke arah luar untuk melahirkan bahu posterior.

23. Setelah kedua bahu dilahirkan, menelusuri tangan mulai kepala bayi yang berada di bagian bawah ke arah perineum, membiarkan bahu dan lengan posterior lahir ke tangan tersebut. Mengendalikan kelahiran siku dan tangan bayi saat melewati

perineum, gunakan lengan bagian bawah untuk menyanggah tubuh bayi saat dilahirkan. Menggunakan tangan anterior (bagian atas) untuk mengendalikan siku dan tangan anterior bayi saat keduanya lahir.

24. Setelah tubuh dari lengan bayi lahir, melusurkan tangan yang ada di atas (anterior) dari punggung ke arah kaki bayi untuk menyanggahnya saat punggung kaki lahir. Memegang kedua mata kaki bayi dengan hati-hati membantu kelahiran bayi.

Penanganan Bayi Baru Lahir

25. Menilai bayi dengan cepat (dalam 30 detik), kemudian letakan bayi di atas perut ibu dengan posisi kepala bayi sedikit lebih rendah dari tubuhnya (bila tali pusat terlalu pendek, meletakkan bayi di tempat yang memungkinkan). Bila bayi mengalami asfiksia, lakukan resusitasi.
26. Segera membungkus kepala dan badan bayi dengan handuk dan biarkan kontak kulit ibu-bayi. Lakukan penyuntikan oksitosin / im
27. Menjepit tali pusat menggunakan klem kira-kira 3 cm dari pusat bayi. Melakukan urutan pada tali pusat mulai dari klem ke arah ibu dan memasang klem kedua 2 cm dari klem pertama (ke arah ibu).
28. Memegang tali pusat dengan satu tangan, melindungi bayi dari gunting dan memotong tali pusat diantara dua klem tersebut.
29. Mengerikan bayi, mengganti handuk yang basah dan menyelimuti bayi dengan kain atau selimut yang bersih dan kering, menutupi bagian kepala, memberikan tali pusat terbuka. Jika bayi mengalami kesulitan bernapas, ambil tindakan yang sesuai.
30. Memberikan bayi kepada ibunya dan menganjurkan ibu untuk memeluk bayinya dan memulai pemberian ASI jika ibu menghendaknya.

Oksitosin

31. Meletakkan kain yang bersih dan kering. Melakukan palpasi abdomen untuk menghilangkan kemungkinan adanya bayi kedua.
32. Memberitahu pada ibu bahwa ia akan disuntik.
33. Dalam waktu 2 menit setelah kelahiran bayi, berikan suntuk oksitosin 10 unit IM, di gluteus atau 1/3 atas paha kanan ibu bagian luar, setelah mengaspirasinya terlebih dahulu.

Penegangan Tali Pusat Terkendali

34. Memindahkan klem pada tali pusat
35. Meletakkan satu tangan diatas kain yang ada diperut ibu, tepat diatas tulang pubis, dan menggunakan tangan ini untuk melakukan palpasi kontraksi dan menstabilkan uterus. Memegang tali pusat dan klem dengan tangan yang lain.
36. Menunggu uterus berkontraksi dan kemudian melakukan penegangan kearah bawah pada tali pusat dengan lembut. Lakukan tekanan yang berlawanan arah pada bagian bawah uterus dengan cara menekan uterus ke atas dan belakang (dorso kranial) dengan hati-hati untuk membantu mencegah terjadinya inversion uteri. Jika plasenta tidak lahir setelah 30-40 detik, hentikan penegangan tali pusat dan menunggu kontraksi berikut mulai.
 - Jika uterus tidak berkontraksi, meminta ibu atau seseorang anggota keluarga untuk melakukan rangsangan puting susu.

Mengeluarkan Plasenta

37. Setelah plasenta terlepas, meminta ibu untuk meneran sambil menarik tali pusat ke arah bawah kemudian kearah atas, mengikuti kurva jalan lahir sambil meneruskan tekanan berlawanan arah pada uterus.
 - Jika tali pusat bertambah panjang, pindahkan klem hingga berjarak sekitar 5-10 cm dari vulva.
 - Jika plasenta tidak lepas setelah melakukan penegangan tali pusat selama 15 menit:

- Mengulangi pemberian oksitosin 10 unit IM.
- Menilai kandung kemih dan lakukan kateterisasi kandung kemih dengan menggunakan teknik aseptik bila perlu.
- Meminta keluarga untuk menyiapkan rujukan.
- Mengulangi penegangan tali pusat selama 125 menit berikutnya.
- Merujuk ibu jika plasenta tidak lahir dalam waktu 30 menit sejak kelahiran bayi.

38. Jika plasenta terlihat di introitus vagina, melanjutkan kelahiran plasenta dengan menggunakan kedua tangan. Memegang plasenta dengan dua tangan dan dengan hati-hati memutar plasenta hingga selaput ketuban terpinil. Dengan lembut perlahan melahirkan selaput ketuban tersebut.

- Jika selaput ketuban robek, memakai sarung tangan disinfeksi tingkat tinggi atau steril dan memeriksa vagina dan serviks ibu dengan seksama. Menggunakan jari-jari tangan atau klem atau forceps disinfeksi tingkat tinggi atau steril untuk melepaskan bagian selaput yang tertinggal.

Pemijatan Uterus

39. Segera setelah plasenta dan selaput ketuban lahir, lakukan masase uterus, meletakkan telapak tangan di fundus dan melakukan masase dengan gerakan melingkar dengan lembut hingga uterus berkontraksi (fundus menjadi keras).

Menilai Perdarahan

40. Memeriksa kedua sisi plasenta baik yang menempel pada ibu maupun janin dan selaput ketuban untuk memastikan bahwa plasenta dan selaput ketuban lengkap dan utuh. Meletakkan plasenta didalam plastic atau tempat khusus.

- Jika uterus tidak berkontraksi setelah melakukan masase selama 15 detik mengambil tindakan yang sesuai.

41. Mengevaluasi adanya leserasi pada vagina dan perineum dan segera menjahit laserasi yang mengalami perdarahan aktif.

Melakukan Prosedur Pascapersalinan

42. Menilai ulang uterus dan memastikan berkontraksi dengan baik.
43. Mencelupkan kedua tangan yang memakai sarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5%, membilas kedua tangan yang masih bersarung tangan tersebut dengan air disinfeksi tingkat tinggi dan mengeringkannya dengan kain yang bersih dan kering.
44. Menempatkan klem tali pusat disinfeksi tingkat tinggi atau steril atau mengikat tali disinfeksi tingkat tinggi dengan simpul mati sekeliling tali pusat sekitar 1 cm dari pusat.
45. Mengikat satu lagi simpul mati dibagian pusat yang berseberangan dengan simpul mati yang pertama.
46. Melepaskan klem bedah dan meletakkannya kedalam larutan klorin 0,5%.
47. Menyelimuti kembali bayi dan menutupi bagian kepala. Memastikan handuk atau kainnya bersih dan kering
48. Menganjurkan ibu untuk memulai pemberian ASI.
49. Melanjutkan pemantauan kontraksi uterus dan perdarahan pervaginam:
 - 2-3 kali setiap 15 menit pertama pascapersalinan
 - Setiap 15 menit pada 1 jam pertama pascapersalinan
 - Setiap 20-30 menit pada jam kedua pascapersalinan
 - Jika uterus tidak berkontraksi dengan baik, laksanakan perawatan yang sesuai untuk melaksanakan atonia uteri
 - Jika ditemukan lacerasi yang memerlukan penjahitan, lakukan penjahitan dengan anestesia lokal dan menggunakan teknik yang sesuai.
50. Mengajarkan pada ibu atau keluarga bagaimana melakukan masase uterus dan memeriksa kontraksi uterus.
51. Mengevaluasi kehilangan darah.

52. Memastikan tekanan darah, nadi dan kandung kemih setiap 15 menit selama satu jam pertama pascapersalinan dan setiap 30 menit selama jam kedua pascapersalinan.
- Memeriksa temperatur tubuh ibu sekali setiap jam selama dua jam pascapersalinan.

Kebersihan dan keamanan

53. Menempatkan semua peralatan ke dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit). Mencuci dan membilas alat setelah dekontaminasi.
54. Membuang bahan-bahan yang terkontaminasi ke dalam tempat sampah yang sesuai.
55. Membersihkan ibu dengan menggunakan air disinfeksi tingkat tinggi. Membersihkan cairan ketuban, lendir dan darah. Membantu ibu memakai pakaian yang bersih dan kering.
56. Memastikan bahwa ibu nyaman. Membantu ibu memberikan ASI. Menganjurkan keluarga untuk memberikan minum dan makanan yang diinginkan
57. Mendekontaminasi daerah yang digunakan untuk melahirkan dengan klorin 0,5% dan membilas dengan air bersih.
58. Mencelupkan sarung tangan kotor ke dalam larutan klorin 0,5%, membalikan bagian dalam ke luar dan merendamnya dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit.
59. Mencuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir

Dokumentasi

60. Melengkapi partograf (halaman depan dan belakang).

G. Atonia Uteri

a. Pengertian Atoni Uteri

Menurut Prawirohardjo (2014) Atonia uteri adalah keadaan lemahnya tonus / kontraksi rahim yang menyebabkan uterus tidak mampu menutup perdarahan terbuka dari tempat implantasi plasenta setelah bayi dan plasenta lahir.

Menurut Prawirohardjo (2014) perdarahan oleh karena atonia uteri dapat dicegah dengan:

1. Melakukan secara rutin manajemen aktif kala III pada semua wanita yang bersalin karena hal ini menurunkan insiden perdarahan pascapersalinan akibat atonia uteri.
2. Pemberian misoprostol 2-3 tablet (400-600µg) segera setelah bayi lahir

Faktor predisposisinya adalah sebagai berikut:

1. Regangan rahim berlebihan karena kehamilan gemeli, polihidramnion, atau anak terlalu besar
2. Kelelahan karena persalinan lama atau persalinan kasep
3. Kehamilan grande multipara
4. Ibu dengan keadaan umum yang jelek, anemis, atau menderita penyakit menahun
5. Myoma uteri yang mengganggu kontraksi rahim
6. Infeksi indera uterin (korioamnionitis)

b. Diagnosis

Menurut Prawirohardjo (2014) Diagnosis ditegakkan bila setelah bayi dan plasenta lahir ternyata perdarahan masih aktif dan banyak, bergumpal pada palpasi didapatkan fundus uteri masih setinggi pusat atau lebih dengan kontraksi yang lembek. Perlu

diperhatikan pada saat atonia uteri didiagnosis, maka pada saat itu juga masih ada darah sebanyak 500-1000cc yang sudah keluar dari pembuluh darah.

c. Tindakan

Menurut Prawirohardjo (2014) Banyaknya darah yang hilang akan mempengaruhi keadaan umum pasien. Pasien bisa masih dalam keadaan sadar, sedikit anemis, atau sampai syok berat hipovolemik. Tindakan pertama yang harus dilakukan bergantung pada keadaan kliniknya.

Pada umumnya secara simultan (bila pasien syok) hal-hal sebagai berikut :

- Sikap trendelenbrug, memasang venous lain, dan memberikan oksigen.
- Sekaligus merangsang kontraksi uterus dengan cara :
 - Masase fundus uteri dan merangsang puting susu
 - Pemberian oksitosin dan turunan ergot melalui suntikan secara im,iv,sc
 - Memberikan derivat prostaglandin yang kadang memberikan efek samping berupa diare, hipertensi mual muntah, febris dan takikardia
 - Pemberian misoprostol 800-1000mg per rektal
 - Kompresi bimanual eksternal dan atau internal
 - Kompresi aorta abdominalis
 - Pemasangan tampon kondom, kondom dalam kavum uteri disambung dengan kateter, difiksasi dengan karet gelang dan diisi dengan cairan infus 200 ml yang akan mengurangi perdarahan menghindari tindakan operatif
- Bila semua tindakan itu gagal, maka dipersiapkan untuk dilakukan tindakan operatif laparotomy dengan pilihan bedah konservatif (mempertahankan uterus) atau melakukan histerektomi. Alternatif lainnya berupa:
 - Ligase arteria uterine atau arteria ovarika
 - Operasi ransel B Lynch
 - Histerektomi supravaginal
 - Histerektomi total abdominal.

2.3 Bayi Baru Lahir

A. Pengertian Bayi Baru Lahir

Menurut Saputra, 2014 masa neonatal adalah masa mulai dari lahir sampai dengan 4 minggu (28 hari) sesudah melahirkan. Neonatus adalah bayi berusia 0 (baru lahir) sampai dengan usia 1 bulan sesudah lahir. Neonatus dapat dibedakan menjadi dua kategori, yaitu neonatus dini (bayi berusia 0-7 hari) dan neonatus lanjut (bayi berusia 7-28 hari).

Menurut Wahyuni, 2012 bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir dengan usia kehamilan 37 minggu sampai 42 minggu dan berat lahir 2.500 gram sampai 4.000 gram.

B. Perubahan Fisiologis Bayi Baru Lahir

1. Sistem Pernapasan / Respirasi

Menurut Saputra, 2014 perubahan yang terjadi pada sistem pernapasan adalah selama dalam kandungan, janin mendapatkan oksigen dari pertukaran gas melalui plasenta. Setelah pelepasan plasenta yang tiba-tiba pada saat kelahiran, adaptasi yang sangat cepat terjadi untuk memantapkan kelangsungan hidup. Bayi harus bernapas dengan paru-paru, menghasilkan surfaktan, dan mempunyai alveolus yang memadai untuk pertukaran gas.

Pernapasan pada bayi normal terjadi dalam waktu 10 detik pertama sesudah melahirkan. Rangsangan gerakan pernapasan pertama terjadi karena beberapa faktor, yaitu:

- a. Stimulasi mekanik, yaitu karena tekanan mekanik dari toraks pada saat melewati jalan lahir. Tekanan ini menyebabkan cairan di dalam paru-paru (pada bayi jumlahnya 80-100 mL) berkurang sebanyak 1/3nya sehingga cairan tersebut diganti dengan udara.

- b. Stimulasi kimiawi, yaitu penurunan PaO₂ (dari 80 ke 15 mmHg), kenaikan PaCO₂ (dari 40 ke 70 mmHg), dan penurunan pH merangsang kemoreseptor yang terletak di sinus karotikus.
- c. Stimulasi sensorik, yaitu adanya rangsangan suhu dingin mendadak pada bayi saat meninggalkan suasana hangat pada uterus dan memasuki udara luar yang relative lebih dingin. Perubahan suhu yang mendadak ini akan merangsang implus sensoris dikulit yang kemudian disalurkan ke pusat respirasi.
- d. Reflek *deflasi hering breur*
Upaya pernapasan pertama seorang bayi berfungsi untuk:
 - a. Mengeluarkan cairan dalam paru-paru
 - b. Mengembangkan jaringan alveolus paru-paru untuk pertama kali

Sebelum lahir paru-paru janin penuh dengan cairan yang diekskresikan oleh paru-paru itu sendiri. Selama kelahiran, cairan ini meninggalkan paru baik dipompa menuju jalan napas dan keluar dari mulut serta hidung atau karena bergerak melintasi dinding alveolar menuju pembuluh limfe paru menuju duktus torasikus.

Pernapasan pada bayi baru lahir adalah pernapasan diafragmatik dan abdominal. Sementara itu, frekuensi dan dalamnya pernapasan belum teratur. Biasanya berkisar antara 30-60 napas/menit dengan periode singkat apnea (kurang dari 15 detik). Periode singkat apnea ini paling sering terjadi selama siklus tidur aktif (*Rapid Eye Movement / REM*), frekuensi serta durasinya berkurang seiring pertambahan usia. Periode apnea lebih dari 20 detik perlu dievaluasi.

2. Perlindungan Termal (Termoregulasi)

Menurut Saputra, 2014 ketika bayi baru lahir, ia berada pada suhu lingkungan yang lebih rendah daripada suhu di dalam kandungan ibu. Agar tetap hangat, bayi baru lahir dapat menghasilkan panas melalui gerakannya tungkai dan dengan stimulasi lemak coklat. Namun, jika lingkungan terlalu dingin, bayi menjadi rentan mengalami kehilangan panas karena mekanisme pengaturan tubuh belum berfungsi

sempurna. Oleh karena itu, jika tidak dilakukan upaya pencegahan kehilangan panas tubuh, bayi baru lahir dapat mengalami hipotermia.

Hilangnya panas tubuh dari bayi baru lahir ke lingkungan dapat terjadi dalam beberapa mekanisme, yaitu sebagai berikut.

a. Konduksi

Konduksi adalah pemindahan panas dari suatu objek ke objek lain melalui kontak langsung. Melalui proses ini, panas dari tubuh bayi berpindah ke objek lain yang lebih dingin yang bersentuhan langsung dengan kulit bayi.

b. Konveksi

Hilangnya panas melalui konveksi terjadi ketika panas dari tubuh bayi berpindah ke udara sekitar yang lebih dingin. Bayi yang dilahirkan atau ditempatkan di dalam ruangan yang dingin akan cepat mengalami kehilangan panas.

c. Radiasi

Radiasi adalah perpindahan panas antara dua objek dengan suhu berbeda tanpa saling bersentuhan. Kehilangan panas yang terjadi karena bayi ditempatkan di dekat benda-benda yang mempunyai suhu lebih rendah dari suhu tubuh bayi.

d. Evaporasi

Evaporasi adalah proses perpindahan panas dengan cara mengubah cairan menjadi uap. Evaporasi adalah jalan utama bayi kehilangan panas. Kehilangan panas dapat terjadi karena penguapan cairan ketuban pada permukaan tubuh oleh panas tubuh bayi sendiri, karena segera lahir tubuh bayi tidak segera dikeringkan.

Kehilangan panas pada bayi baru lahir dapat dicegah dengan cara antara lain:

- a. Mengerikan bayi dengan seksama, kecuali bagian tangna, verniks tidak perlu dibersihkan
- b. Menyelimuti bayi dengan selimut atau kain bersih dan hangat
- c. Penutupi bagian kepala bayi

- d. Menganjurkan ibu untuk memeluk dan menyusui bayinya, kontak kulit dengan kulit akan membantu perpindahan panas tubuh ibu ke bayi.
- e. Menunda penimbangan atau memandikan bayi baru lahir, bayi baru lahir sebaiknya dimandikan (sedikitnya) 6 jam pertama setelah bayi lahir menyebabkan hipotermia yang sangat membahayakan kesehatan bayi baru lahir
- f. Menempatkan bayi dilingkungan yang hangat
- g. Menjauhkan tempat tidur bayi dan mdeja pemeriksaan dari jendela atau pintu

3. Metabolisme Karbohidrat

Menurut Saputra, 2014 didalam kandungan, janin mendapatkan kebutuhan akan glukosa dari plasenta. Tindakan penjepitan tali pusat dengan klem pada saat lahir menyebabkan seorang bayi harus mulai mempertahankan kadar glukosa darahnya sendiri. Pada saat bayi baru lahir, glukosa darah akan turun dalam waktu cepat (1-2 jam). Untuk memperbaiki penurunan kadar gula tersebut, dapat dilakukan 3 cara yaitu: melalui penggunaan ASI, melalui cadangan penggunaan glikogen, dan melalui pembuatan glukosa dari sumber lain terutama lemak.

BBL yang tidak mampu mencerna makanan dengan yang cukup, akan membuat glukosa dari glikogen (glikogenisisasi). Hal ini hanya terjadi jika BBL tersebut mempunyai persediaan glikogen yang cukup. Bayi yang sehat akan menyimpan glukosa dalam bentuk glikogen, terutama di hati, selama berbulan-bulan terakhir dalam rahim.

4. Sistem Peredaran Darah

2.3 Tabel Perubahan Sirkulasi Janin Ketika Lahir

Struktur	Sebelum Lahir	Setelah Lahir
Vena umbilikal	Membawa darah arteri ke hati dan jantung	Menutup menjadi ligamentum teres hepatis

Arteri umbilikalisis	Membawa darah arterivenosa ke plasenta	Menutupi menjadi ligamentum vesikale pada dinding abdominal anterior
Duktus venosus	Pintas darah arteri ke vena kava inferior	Menutup menjadi ligamentum venosum
Duktus arteriosus	Pintas darah arteri dan sebagian darah dari vena arteri pulmonalis ke aorta	Menutup menjadi ligamentum arteriosum
Foramen ovale	Menghubungkan atrium kanan dan kiri	Biasanya menutup, kadang terbuka
Paru-paru	Tidak mengandung udara dan sangat sedikit mengandung darah berisi cairan	Diisi udara dan disuplai darah dengan baik
Arteri pulmonalis	Membawa sedikit darah ke paru	Membawa banyak darah ke paru
Aorta	Menerima darah dari kedua ventrikel	Menerima darah hanya dari ventrikel kiri
Vena kava inferior	Membawa darah vena dari tubuh dan arteri dari plasenta	Membawa darah hanya ke atrium kanan

Saputra, Lyndon (2014). *Pengantar Asuhan Neonatus, Bayi dan Balita*, Jakarta: Binapura Aksara

5. Sistem Gastrointestinal

Menurut Saputra, 2014 sebelum lahir, janin cukup bulan akan mengisap dan menelan. Refleks gumoh dan refleks batuk sudah terbentuk dengan baik pada saat lahir. Kemampuan bayi baru lahir cukup bulan untuk menelan dan mencerna makanan (selain susu) masih terbatas. Hubungan antara esofagus bawah dan

lambung masih belum sempurna sehingga mengakibatkan gumoh pada bayi baru lahir. Kapasitas lambung masih terbatas, kurang dari 30 cc untuk bayi baru lahir cukup bulan. Kapasitas lambung ini akan bertambah secara perlahan seiring dengan pertumbuhan dan perkembangan bayi. Sementara itu, jumlah makanan yang dikonsumsi bayi tergantung pada ukuran, tingkat lapar, dan kesadaran bayi.

Pada bayi baru lahir, saluran pencernaan mengandung zat warna hitam kehijauan yang terdiri dari atas mukopolisakarida. Zat ini disebut mekonium. Mekonium biasanya dikeluarkan dalam 12-24 jam pertama dan biasanya dalam 4 hari biasanya feses sudah terbentuk dan berwarna kekuningan. Enzim dalam saluran pencernaan biasanya sudah terdapat pada neonatus, kecuali amilase dan lipase. Amilase baru dihasilkan oleh kelenjar saliva setelah usia 3 bulan dan oleh pankreas setelah usia 6 bulan. Sementara itu, lipase baru dihasilkan oleh pankreas setelah usia 6 bulan.

Perubahan Pola Pembentukan Feses pada Bayi Baru Lahir

Mekonium

Tinja pertama bayi yang tersusun atas cairan amniotik dan penyusunannya, sekresi usus, sel mukosa yang lepas, dan kemungkinan darah (darah ibu yang tertelan atau perdarahan minor pembuluh darah saluran pencernaan).

Tinja Transisi

Biasanya keluar pada hari ketiga setelah menyusui, berwarna coklat kehijauan sampai coklat kekuningan, dan kurang lengket dibandingkan mekonium, bisa mengandung gumpalan susu.

Tinja Susu

Biasanya keluar pada hari ke empat. Tinja bayi yang disusui ASI berwarna kuning hingga keemasan, kenyal dan berbau seperti susu. Tinja bayi yang disusui formula berwarna kuning pucat sampai coklat muda, lebih padat, dan berbau lebih busuk.

6. Sistem Kekebalan Tubuh (Imun)

Menurut Saputra, 2014 sebelum lahir, plasenta merupakan sawar yang menjadi janin bebas dari antigen dan stress imunologis. Setelah lahir, bayi menjadi rentan terhadap berbagai infeksi dan alergi karena sistem kekebalan tubuhnya belum matang.

Dalam perkembangannya, sistem kekebalan tubuh akan memberikan kekebalan alami dan kekebalan yang didapat. Kekebalan alami terdiri dari struktur pertahanan tubuh yang mencegah atau meminimalkan infeksi. Contoh kekebalan alami adalah perlindungan oleh membran mukosa kulit, fungsi saringan saluran napas, pembentukan koloni mikroba oleh kulit dan usus, serta perlindungan kimia oleh lingkungan asam lambung. Kekebalan alami juga disediakan pada tingkat sel, yaitu oleh sel darah yang membantu BBL membunuh mikroorganisme asing. Namun, pada BBL sel darah ini masih belum matang, artinya BBL tersebut belum mampu melokalisasi dan memerangi infeksi secara efisien. Sementara itu, kekebalan yang didapat muncul kemudian ketika bayi sudah dapat membentuk reaksi antibody terhadap antigen asing. Belum matangnya kekebalan alami pada bayi menyebabkan bayi sangat rentan mengalami infeksi. Oleh sebab itu pencegahan terhadap infeksi (seperti pada praktik persalinan yang aman dan menyusui ASI dini terutama kolostrum) dan deteksi dini serta pengobatan dini infeksi menjadi sangat penting.

Sel yang menyediakan imunitas bagi bayi berkembang pada awal kehidupan bayi, tetapi sel ini belum aktif hingga beberapa bulan kemudian. Selama tiga bulan pertama, bayi masih dilindungi oleh imunitas pasif yang diterima dari ibu. Sawar alami seperti asam lambung dan pembentukan pepsin serta tripsin, yang mempertahankan kesterilan usus halus belum sepenuhnya berkembang sampai usia 3-4 minggu. Imunoglobulin A (IgA) yang melindungi membran belum terbentuk sehingga tidak dapat ditemukan dalam saluran pernapasan dan saluran kemih, dan kecuali bayi diberi ASI, imunoglobulin tersebut juga tidak ada dalam saluran

pencernaan. Bayi mulai mensintesis IgG, dan sekitar 40% kadar pada orang dewasa dicapai pada usai 9 bulan. Pembentukan IgA, IgD, dan IgE jauh lebih berangsur-angsur, dan kadar maksimal tidak tercapai hingga awal masa kanak-kanak. Bayi yang diberi ASI menerima imunitas pasif melalui kolostrum dan ASI. Proteksi yang diberikan bervariasi tergantung pada usia kematangan bayi serta tingkat imunitas sang ibu.

7. Kesimbangan Cairan dan Fungsi Ginjal

Menurut Saputra, 2014 pada tubuh bayi baru lahir terdapat relatif banyak air. Kadar natrium relatif lebih besar daripada kalium karena ekstraselular yang luas. Ginjal telah berfungsi, tetapi belum sempurna karena jumlah nefron masih belum sebanyak orang dewasa. Laju filtrasi glomerulus pada BBL hanyalah 30-50 % dari laju filtrasi glomerulus pada orang dewasa. Akibatnya, kemampuan mengeluarkan produk limbah dari dalam darah masih kurang.

Bayi baru lahir sudah harus buang air kecil dalam 24 jam pertama. Jumlah urin sekitar 20-30 mL/jam dan meningkat menjadi 100-200 mL/jam pada akhir minggu pertama.

Frekuensi buang air kecil pada bayi baru lahir berbeda-beda tergantung pada asupan cairan. Umumnya BBL dan BAK sekali dalam 24 jam pertama, dua kali 24 jam kedua, dan tiga kali dalam 24 jam ketiga. Bayi yang diberi susu formula mungkin BAK lebih sering, tetapi jumlah urin pada bayi yang diberi ASI meningkat setelah 3-4 hari ketika ASI telah muncul menggantikan kolostrum. Setelah hari keempat, BBL seharusnya sudah BAK setidaknya 6-8 kali setiap 24 jam.

Penting untuk mencatat saat BAK pertama kali. Jika terjadi anuria, hal ini harus diperhatikan karena mungkin menandakan anomaly kongenital dari sistem perkemihan.

8. Sistem Hepatik

Menurut Saputra, 2014 selama periode neonatal, hati menghasilkan zat yang esensial untuk pembukuan darah, hati juga mengendalikan jumlah bilirubin tak terkonjugasi yang bersirkulasi, pigmen berasal dari haemoglobin dan dilepaskan bersama dengan pecahan sel-sel darah merah.

Segara setelah lahir, pada hati terjadi perubahan kimia dan morfologis, yaitu kenaikan kadar protein serta penurunan kadar lemak dan glikogen. Enzim hati belum aktif benar pada bayi baru lahir dan umumnya baru benar-benar aktif 3 bulan setelah kelahiran. Daya detoksifikasi hati pada bayi baru lahir juga belum sempurna sehingga pemberian obat-obatan harus sangat diperhatikan.

Cadangan zat besi yang disimpan selama dalam kandungan cukup memadai bagi bayi 4-6 bulan pertama kehidupan ekstrauterin. Bayi prematur dan bayi dengan BBLR memiliki cadangan zat besi yang lebih sedikit, yang hanya memadai hanya 2-3 bulan pertama. Pada saat ini bayi baru lahir menjadi rentan terhadap defisiensi zat besi.

9. Sistem Saraf

Menurut Saputra, 2014 pada saat lahir, sistem saraf belum terintegrasi sempurna, tetapi cukup berkembang untuk bertahan dalam kehidupan ekstrauterin. Sebagai besar fungsi neurologis berupa refleksi primitif, misalnya refleksi *moro*, refleksi *rooting* (mencari puting susu), refleksi *grasping* (menggenggam), refleksi *stepping* (melangka), refleksi tonus leher, dan refleksi Babinski. Sistem saraf autonom sangat penting selama transisi karena merangsang respirasi awal, membantu mempertahankan keseimbangan asam-basa, dan mengatur kontrol suhu.

Mielinisasi sistem saraf mengikuti hukum perkembangan safalokaudal proksimodistal (kepala ke jari kaki pusat ke perifer) serta berhubungan erat dengan kemampuan keterampilan motorik halus dan kasar yang tampak.

Fungsi sensoris bayi baru lahir sudah sangat berkembang dan memiliki dampak signifikan pada pertumbuhan dan perkembangan, termasuk proses perlekatan (*attachement*).

- Pendengaran, berkembang sangat baik pada saat lahir. Begitu cairan amnion di bersihkan dari telinga, bayi mungkin telah memiliki tajam pendengaran yang sama dengan orang dewasa. Bayi bereaksi terhadap suara dengan berpaling ke arah sumber suara. Bayi baru lahir memberi respon terhadap suara berfrekuensi rendah seperti suara denyut jantung atau lagu nina bobo dengan menurunkan aktivitas motorik dan berhenti menangis. Suara berfrekuensi tinggi akan memicu reaksi waspada.
- Pengecap, mampu membedakan rasa manis dan asam pada usia 72 jam.
- Penghidu, mampu membedakan antara bau ASI ibunya dengan ASI yang lain.
- Peraba, sensitif terhadap nyeri, bereaksi terhadap stimulasi taktil.
- Penglihatan, mampu memfokuskan penglihatan sementara pada objek yang terang yang berjariak 20 cm dan garis tengah lapang penglihatan. Pupil bereaksi terhadap cahaya dan refleks berkedip mulai dirangsang. Bayi sangat sensitif terhadap cahaya. Jika ruangan digelapkan, ia akan membuka mata dengan lebar dan melihat ke sekeliling.

C. Perubahan Psikologis Bayi Baru Lahir

Menurut Saputra, 2014 bayi baru lahir menunjukkan pola perilaku yang dapat di tebak pada beberapa jam awal setelah melahirkan, ditandai dengan 2 periode reaktivitas yang di selingi dengan fase tidur. Adaptasi psikologis ini dipicu oleh rangsangan dari lingkungan ektrauterin setelah lahir dan memperlihatkan kemajuan bayi baru lahir ke arah mandiri.

1. Periode Pertama Reaktivitas

Periode pertama reaktivitas dimulai sejak bayi baru lahir dan berlangsung selama 30 menit. Karakteristik pada periode ini, antara lain: respirasi dan pernapasan berlangsung cepat (frekuensi pernapasan mencapai 80 kali per menit) dengan irama yang tidak teratur, ekspirasi mendengkur terdapat retraksi, memiliki sejumlah mucus, dan bayi menangis kuat. Terjadi fluktuasi warna dari merah jambu pucat ke sianosis. Bising usus tidak ada dan bayi tidak berkemih.

Periode ini memungkinkan orangtua untuk berinteraksi dengan bayi mereka dan menikmati kontak bayi dengan bayi baru mereka. Refleks menghisap yang kuat pada periode ini menyediakan kesempatan yang baik untuk inisiasi menyusui.

2. Fase Tidur

Fase tidur dimulai dari 30-120 menit awal setelah bayi dilahirkan dan berlangsung selama 2-4 jam. Pada fase ini bayi tidur atau aktivitasnya berkurang. Fase tidur mengacu pada periode berkurangnya responsivitas. Gerakan lebih tidak menghentak dan frekuensi gerakan berkurang. Frekuensi pernapasan dan denyut jantung menurun kembali ke nilai dasar seiring dengan masuknya bayi dalam fase tidur, warna kulit cenderung stabil, dan bisa terdengar bising usus. Otot-otot menjadi rileks dan responsivitas terhadap rangsangan dari luar berkurang.

3. Periode Kedua Reaktivitas

Periode kedua reaktivitas berlangsung sejak bayi terbangun dan menunjukkan ketertarikan terhadap rangsangan dari lingkungan. Periode ini berlangsung selama 2-8 jam pada bayi baru lahir normal. Denyut jantung dan laju pernapasan meningkat. Frekuensi nadi apikal berkisar 120-160 kali per menit, sedangkan frekuensi pernapasan berkisar 30-60 kali per menit. Peristalsis juga meningkat sehingga bukanlah hal yang jarang bagi bayi baru lahir untuk mengeluarkan mekonium. Selain

itu aktivitas motorik dan tonus otot meningkat sehubungan dengan peningkatan koordinasi otot.

Periode ini perlu dilakukan pemantauan ketat atas kemungkinan bayi tersedak saat mengeluarkan mucus yang berlebihan, pemantauan setiap kejadian apnea, dan melakukan metode stimulasi keinginan atau rangsangan taktil segera, misalnya pengusap punggung, memeringkan bayi, serta mengkaji keinginan dan kemauan bayi untuk menghisap serta menelan (Saputra, 2014).

D. Tanda-Tanda Bayi Baru Lahir Normal

Tanda-tanda umum bayi baru lahir normal adalah sebagai berikut: (Saputra, 2014).

1. Berat badan : 2.500-4.000 gram
2. Panjang badan : 48-52 cm
3. Lingkar kepala : 33-35 cm
4. Lingkar dada : 30-38 cm
5. Masa kehamilan : 37-42 minggu
6. Denyut jantung : Pada menit-menit pertama 180x/menit, kemudian turun menjadi 120 kali per menit
7. Respirasi : Pada menit pertama cepat 80 x/menit, kemudian turun menjadi 40x/menit
8. Kulit : Berwarna kemerahan dan licin karena jaringan Subkutan cukup terbentuk dan diliputi verniks kaseosa
9. Kuku : Agak panjang dan lemas
10. Genitalia
 - a. Perempuan : Labia mayora sudah menutupi labia minora
 - b. Laki-laki : Testis sudah turun dalam skrotum
11. Refleks : Refleks menghisap dan menelan, refleks moro, refleks menggenggam sudah baik: jika dikagetkan, bayi akan memperlihatkan seperti memeluk (refleks moro), jika

- diletakan suatu benda di telapak tangan bayi, bayi akan menggenggam (refleks menggenggam) / grasping refleks
12. Eliminasi : Eliminasi baik urin dan mekonium keluar dalam 24 jam pertama
13. Suhu : 36,5-37°C

E. Penanganan Bayi Baru Lahir

Menurut Saputra, 2014 penanganan bayi baru lahir, ialah:

1. Menjaga Bayi agar Tetap Hangat

Langkah awal dalam menjaga bayi agar tetap hangat adalah dengan menyelimuti bayi sesegera mungkin sesudah lahir. Lalu tunda memandikan bayi setidaknya 6 jam atau sampai bayi stabil untuk mencegah hipotermi.

2. Membersihkan Jalan Napas

Saluran napas dibersihkan dengan cara menghisap lendir yang ada dimulut dan hidung. Namun, hal ini dilakukan jika diperlukan. Tindakan ini juga dilakukan sekaligus dengan penilaian skor APGAR menit pertama.

Bayi normal akan menangis spontan segera setelah lahir. Apabila bayi tidak langsung menangis, jalan napas segera dibersihkan segera dengan cara sebagai berikut:

- a. Penolong mencuci tangan dan memakai sarung tangan steril.
- b. Bayi diletakan pada posisi telentang ditempat keras dan hangat. Badan bayi dalam keadaan terbungkus.
- c. Posisi kepala bayi diatur lurus sedikit tengadah kebelakang.
- d. Pangkal penghisap lendir dibungkus dengan kain kassa steril, kemudian dimasukan kedalam mulut bayi.

- e. Tangan kanan penolong membuka mulut bayi, kemudian jari telunjuk tangan kiri dimasukkan ke dalam mulut bayi sampai epiglotis (untuk menahan lidah bayi). Setelah itu jari tangan kanan memasukkan pipa.
- f. Dengan posisi sejajar dengan jari telunjuk tangan kiri, lendir diisap sebanyak-banyaknya dengan arah memutar.
- g. Selang dimasukkan berulang-ulang ke dalam hidung dan mulut untuk dapat menghisap lendir sebanyak-banyaknya.
- h. Lendir ditampung di atas bengkok dan ujung pipa dibersihkan dengan kain kassa.
- i. Penghisapan dilakukan sampai bayi menangis dan lendirnya bersih. Setelah itu, daerah telinga dan sekitarnya juga dibersihkan.

3. Meringkan Tubuh Bayi

Tubuh bayi dikeringkan dari cairan ketuban dengan menggunakan kain atau handuk yang kering, bersih dan halus. Meringkan tubuh bayi juga merupakan tindakan stimulasi. Untuk bayi yang sehat, biadanya hal ini cukup untuk merangsang terjadinya pernapasan spontan. Jika bayi tidak memberikan respons terhadap pengeringan dan rangsangan serta menunjukkan tanda-tanda kegawatan, segera lakukan tindakan untuk membantu pernapasan.

Tubuh bayi dikeringkan mulai dari muka, kepala dan bagian tubuh lainnya dengan lembut tanpa menghilangkan verniks. Verniks akan membantu menyamankan dan menghangatkan bayi. Setelah dikeringkan, selimuti bayi dengan kain kering untuk menunggu 2 menit sebelum tali pusat diklem. Hindari mengeringkan punggung tangan bayi. Bau cairan amnion pada tangan bayi membantu bayi mencari puting ibunya yang berbau sama.

4. Memotong dan Mengikat Tali Pusat

Ketika memotong dan mengikat tali pusat, teknik aseptik dan antiseptik harus diperhatikan. Tindakan ini sekaligus untuk menilai skor APGAR menit kelima.

5. Melakukan Inisiasi Menyusu Dini (IMD)

Menurut Saputra, 2014 prinsip pemberian ASI adalah dimulai sedini mungkin, eksklusif selama 6 bulan diteruskan sampai 2 tahun dengan makanan mendampingi ASI sejak usia 6 bulan. Pemberian ASI pertama kali dapat dilakukan setelah tali pusat setelah dipotong dan diikat.

Menurut Prawirohardjo, 2014 segera setelah dilahirkan, bayi diletakan di dada atau perut atas ibu selama paling sedikit 1 jam untuk memberikan kesempatan pada bayi untuk mencari dan menemukan puting ibunya.

Manfaat IMD bagi bayi adalah membantu stabilisasi pernapasan, mengendalikan suhu tubuh bayi lebih baik disbanding dengan incubator, menjaga kolonisasi kuman yang aman untuk bayi dan mencegah infeksi nosokomial. Kadar bilirubin bayi juga lebih cepat normal karena pengeluaran meconium lebih cepat sehingga dapat menurunkan insiden ikterus bayi baru lahir. Kontak kulit ke kulit juga membuat bayi sehingga didapat pola tidur yang lebih baik. Dengan demikian, berat badan bayi cepat meningkat. Bagi ibu, IMD dapat mengoptimalkan pengeluaran hormone oksitosin, prolactin, dan secara psikologis dapat menguatkan ikatan batin antara ibu dan bayi.

6. Memberikan Identitas Diri

Segera setelah lahir, bayi baru lahir difasilitasi kesehatan segera mendapatkan tanda pengenal berupa gelang yang dikenakan pada bayi dan ibunya untuk menghindari tertukatnya bayi. Gelang pengenal tersebut berisi identitas nama ibu dan ayah, tanggal, jam lahir, dan jenis kelamin. Apabila fasilitas memungkinkan, dilakukan juga cap telapak kaki bayi pada rekam medis kelahiran.

7. Memberikan Suntikan Vitamin K1

Karena sistem pembekuan darah pada bayi baru lahir belum sempurna, semua bayi akan beresiko mengalami perdarahan untuk mencegah terjadinya perdarahan. Untuk

mencegah terjadinya perdarahan, pada semua bayi baru lahir, apabila bayi lahir rendah, diberikan suntikan vitamin K1 (Phytomenadione) sebanyak 1 mg dosis tunggal, intramuscular pada anterolateral pada kiri. Suntikan vitamin K1 dilakukan selama proses IMD dan sebelum pemberian imunisasi hepatitis B. jika sediaan vitamin K1, yaitu ampul, sudah dibuka, sediaan tersebut tidak boleh disimpan untuk dipergunakan kembali.

8. Memberi Salep Mata Antibiotik pada Kedua Mata

Salep antibiotik diberikan untuk mencegah terjadi infeksi pada mata. Salep ini sebaiknya diberikan 1 jam setelah lahir. Salep mata antibiotic yang biasa digunakan adalah tetrasiklin 1 %).

9. Memberikan Imunisasi

Imunisasi Hepatitis B pertama (HB 0) diberikan 1-2 jam setelah pemberian vitamin K1 secara intramuscular. Imunisasi hepatitis B bermanfaat untuk mencegah infeksi hepatitis B terhadap bayi, terutama jalur penularan ibu-bayi .

Imunisasi Hepatitis B (HB 0) harus diberikan pada bayi usai 0-7 hari karena:

- Sebagian ibu hamil merupakan *carrier* hepatitis B.
- Hampir separuh bayi dapat tertular hepatitis B pada saat lahir daei ibu membawa virus.
- Penularan pada saat lahir hamper seluruhnya berlanjut menjadi hepatitis menahun, yang kemudian dapat berlanjut menjadi serosis hati dan kanker hati primer.
- Imunisasi hepatitis B sedini mungkin akan melindungi sekitar 75% bayi dari penularan hepatitis B.

F. Penatalaksanaan Bayi Baru Lahir

Menurut Saputra, 2014 pemeriksaan fisik BBL bertujuan untuk mengetahui sedini mungkin jika terdapat kelainan pada bayi. Resiko terbesar kematian BBL terjadi pada 24 jam pertama kehidupan, sehingga jika bayi lahir di fasilitas kesehatan sangat dianjurkan untuk tetap tinggal di fasilitas kesehatan dalam 24 jam pertama.

1. Persiapan

a. Persiapan Alat

Alat yang digunakan untuk memeriksa:

- Lampu yang berfungsi untuk penerangan dan memeberikan kehangatan (missal lampu 60 watt dengan jarak 60 cm) dengan catatan lampu yang digunakan adalah lampu bohlam bukan lampu pijar.
- Air bersih, sabun, handuk kering dan hangat
- Sarung tangan bersih
- Kain bersih
- Stetoskop
- Jam dengan jarum detik
- Thermometer
- Timbangan bayi
- Alat ukur panjang bayi
- Alat ukur lingkak kepala

b. Persiapan tempat

Pemeriksaan dilakukan di tempat yang datar, rata, bersih, kering, hangat dan terang.

c. Persiapan petugas

- Sebelum memeriksa bayi, cuci tangan dengan sabun dan air bersih yang mengalir, kemudian keringkan dengan lap bersih dan kering atau

dianginkan. Petugas janganlah menyentuh bayi jika tangan masih basah dan dingin.

- Gunakan sarung tangan jika tangan menyentuh bagian tubuh yang mengandung darah seperti tali pusat atau memasukan tangan ke dalam mulut bayi.
- Cuci tangan dengan sabun dan air bersih mengalir setelah pemeriksaan, kemudian keringkan.
- Agar bayi tetap hangat, petugas tidak perlu menelanjangi bayi sepenuhnya pada setiap tahap pemeriksaan.

d. Persiapan keluarga

Jelaskan pada ibu dan keluarga tentang apa yang akan dilakukan dan mintalah persetujuan mereka untuk melakukannya. Setelah itu, jelaskan hasil pemeriksaan yang telah selesai dilakukan.

2. Langkah-Langkah Pemeriksaan

a. Prinsip

Prinsip dalam melakukan pemeriksaan fisik antara lain sebagai berikut:

- Pemeriksaan dilakukan dalam keadaan bayi tenang (tidak menangis)
- Pemeriksaan tidak harus berurutan, dahulukan menilai pernapasan dan tarikan dinding dada (retraksi dada) ke dalam, denyut jantung serta perut.

b. Pemeriksaan awal

Sebelum melakukan pemeriksaan fisik bayi baru lahir secara komplit, petugas melakukan pemeriksaan berikut ini:

- Pemeriksaan cairan ketuban: untuk mengkaji kelainan pada volume cairan amnion, apakah selama kehamilan terjadi hidramnion atau oligohidramnion.
- Pemeriksaan plasenta: untuk menentukan kondisi plasenta, apakah terdapat pengapuran, nekrosis, perlu juga diperhatikan berat plasenta dan

jumlah korion untuk menentukan apakah terdapat kembar identik atau tidak.

- Pemeriksaan tali pusat: untuk mengkaji adanya kelainan pada vena atau arteri serta adanya tali simpul.

c. Pemeriksaan umum

1) Postur, tonus dan aktivitas

Keadaan normal:

- Posisi tungkai dan lengan fleksi
- Bayi bergerak aktif

2) Kulit

Keadaan normal:

- Wajah, bibir, selaput lendir, dan dada berwarnan merah muda, tidak ada tanda kemerahan atau bisul.

3) Pernapasan

Keadaan normal:

- Frekuensi pernapasan 40-60x/menit
- Tidak ada tarikan dinding dada (retraksi dada) ke dalam yang kuat

4) Denyut jantung

Pemeriksaan denyut jantung dilakukan dengan meletakkan stetoskop di dada kiri setinggi apeks kortis.

Keadaan normal:

- Frekuensi denyut jantung 120-160x/menit

Denyut jantung diatas 160x/.menit masih dianggap normal jika terjadi dalam waktu pendek, beberapa kali dalam satu hari selama beberapa hari pertama kehidupan, terutama pada bayi yang mengalami distress (gawat janin).

5) Suhu tubuh

Keadaan normal:

Suhu tubuh diukur dibagian ketiak (aksila) sebesar 36,5-37°C

6) Kepala

Keadaan normal:

- Bentuk kepala terkadang asimetris kerana penyesuaian pada saat persalinan. Umumnya bentuk asmitris ini hilang dalam 48 jam.
- Uibun-ubun besar, rata, atau tidak membenjol, dapat sedikit membenjol saat bayi menangis.

7) Mata

Keadaan normal:

- Tidak ada kotoran atau sekret

8) Mulut

Bagian mulut diperhatikan dengan cara memasukan satu jari yang menggunakan sarung tangan ke dalam mukut, kemudian mereba langit-langit. Pada saat pemeriksaan bagian dalam mulut, nilai jika kekuatan hisapan.

Keadaan normal:

- Bibir, gusi, dan langit-langit utuh serta tidak ada bagian yang terbelah.
- Bayi menghisap kuat jari pemeriksa.

9) Perut dan tali pusat

Keadaan normal:

- Perut bayi datar, teraba lemas
- Tidak ada perdarahan, pembengkakan, nanah, bau yang tidak enak pada tali pusat, atau kemerahan sekitar tali pusat.

10) Punggung dan tulang belakang

Keadaan normal:

- Kulit pada punggung terlihat utuh
- Tidak terdapat lubang dan benjolan pada tulang belakang

11) Ekstermitas

Keadaan normal:

- Jumlah jari tangan 10 dan jari kaki 10
- Posisi kaki baik, tidak bengkok ke dalam atau keluar
- Gerakan ekstermitas simetris

12) Lubang anus

Pada saat memeriksa lubang anus, hindari memasukan alat atau jari. Tanyakan pada ibu apakah sang bayi sudah buang air besar.

Keadaan normal

- Terlihat lubang anus
- Biasanya mekonium keluar dalam 24 jam setelah lahir

13) Alat kelamin luar

Selagi memeriksa alat kelamin luar, tanyakan pada ibu apakah sang bayi sudah buang air kecil.

Keadaan normal:

- Pada bayi perempuan terkadang terlihat cairan vagina berwarna putih atau kemerahan
- Pada bayi laki-laki terdapat lubang uretra pada ujung penis
- Pastikan bayi sudah buang air kecil dalam 24 jam setelah lahir.

14) Berat lahir

Keadaan normal:

- Berat lahir 2,5-4 kg
- Dalam minggu pertama, berat bayi mungkin turun dahulu, kemudian naik pada usia 2 minggu umumnya telah mencapai berat lahirnya. Penurunan berat badan maksimal pada bayi lahir cukup bulan (umur kehamilan 37-42 minggu) adalah 10%, sedangkan pada bayi kurang bulan (umur kehamilan <37 minggu) adalah 15%.

15) Panjang dan lingkar kepala

Keadaan normal:

- Panjang lahir 48-52 cm
- Lingkar kepala 33-37 cm

16) Cara menyusui

Untuk menilai cara menyusui, ibu diminta untuk menyusui bayinya.

Keadaan normal:

- Kepala dan badan dalam garis lurus, wajah bayi menghadap payudara, ibu mendekatkan bayi ke tubuhnya
- Bibir bawah bayi melengkung keluar, sebagian besa areola berada di bawah dalam mulut bayi.
- Bayi menghisap dalam dan pelan, kadang disertai berhenti sesaat.

d. Refleks (Wahyuni, 2012).

1) *Refleks Glabellar*

Refleks ini dinilai dengan mengetuk daerah pangkal hidung secara perlahan menggunakan jari telunjuk pada saat mata terbuka. Bayi akan mengedipkan mata pada 4-5 ketukan pertama.

2) *Refleks Isap*

Refleks ini dinilai dengan memberikan tekanan pada mulut bayi dilangit bagian dalam gusi atas yang akan menimbulkan isapan yang kuat dan cepat. Refleks ini juga dapat dinilai pada waktu bayi menyusui.

3) *Refleks Mencari (Rooting)*

Bayi menoleh ke arah benda yang menyentuh pipi.

4) *Refleks Genggam (Palmar Grasp)*

Refleks ini dinilai dengan meletakkan jari telunjuk pada pemeriksaan tangan bayi, tekanan dengan perlahan, normalnya bayi akan menggenggam dengan kuat.

5) *Refleks Babinski*

Pemeriksaan ini dengan memberikan goresan telapak kaki, dimulai dari tumit. Bayi akan menunjukkan respon berupa semua jari kaki hiperekstensi dengan ibu jari dorsofleksi.

6) *Refleks Moro*

Refleks ini ditunjukkan dengan menimbulkan pergerakan tangan yang simetris apabila kepala tiba-tiba digerakan atau dikejutkan dengan cara bertepuk tangan.

7) *Refleks Melangkah*

Bayi menggerakkan tungkainya dalam suatu gerakan berjalan atau melangkah jika kita memegang lengannya sedangkan kaki dibiarkan menyentuh permukaan yang rata dan keras.

8) *Refleks Merangkak*

Bayi akan berusaha merangkak ke depan dengan kedua tangan dan kaki bila diletakan telungkup di atas permukaan datar.

9) *Refleks Tonik Leher atau "Fencing"*

Ekstermitas pada satu sisi ketika kepala ditolehkan akan ekstensi, dan ekstermitas yang berlawanan akan fleksi bila kepala bayi ditolehkan ke satu sisi saat istirahat.

10) *Refleks Ekstrusi*

Bayi baru lahir akan menjulurkan lidah bila lidah disentuh dengan jari atau puting.

e. Tanda Lahir (Saputra, 2014)

1) Verniks kaseosa

Verniks kaseosa adalah substansi berwarna putih yang licin dan berbentuk seperti keju yang melapisi kulit bayi baru lahir. Substansi ini berfungsi untuk melindungi bayi dari cairan ketuban di dalam rahim.

2) Lanugo

Lanugo adalah rambut halus pada tubuh bayi yang terutama terdapat di punggung, dahi dan pipi bayi.

3) Milia

Milia adalah bercak keputihan, kecil, keras, seperti jerawat. Pada bayi baru lahir, milia dapat terlihat di hidung, dagu atau dahi.

4) *Stroks bites* atau *salmon patches*

Stroks bites adalah bercak berwarna merah atau merah muda berukuran kecil yang terdapat di kelopak mata, diantara kedua mata, bibir atas, dan belakang leher.

5) Bercak mongol

Bercak mongol adalah bercak biru kehijauan seperti memar yang terdapat ditubuh bagian belakang bawah dan bokong bayi baru lahir.

6) *Café au lait spot*

Café au lait spot adalah bercak tanda lahir berwarna coklat muda yang muncul saat lahir atau beberapa hari setelah lahir. Bercak ini bersifat permanen.

7) Eritema toksikum

Eritema toksikum adalah bercak kemerahan pada kulit bayi baru lahir. Umumnya terdapat didada dan punggung, tetapi dapat juga diseluruh tubuh.

8) Akne neonatorum

Akne neonatorum adalah jerawat yang terdapat pada bayi baru lahir.

9) Hemangioma stroberi

Hemangioma stroberi adalah area yang menonjol yang sembab dan berwarna merah tua terang atau seperti stroberi.

10) *Port wine stain*

Port wine stain adalah bercak tanda lahir yang berwarna merah muda, merah atau ungu.

f. Tanda Bahaya

Menurut Saputra, 2014 beberapa tanda bahaya pada bayi baru lahir perlu diwaspadai serta dideteksi lebih dini untuk segera diberi penanganan agar tidak mengancam nyawa wajah. Tanda bahaya pada bayi baru lahir tersebut antara lain sebagai berikut:

- Tidak mau minum atau banyak muntah
- Kejang
- Bergerak hanya jika dirangsang
- Mengantuk berlebihan, lemah, lunglai
- Napas cepat ($> 60x/\text{menit}$)
- Napas lambat ($<30x/\text{menit}$)
- Tarikan dinding dada kedalam yang sangat kuat
- Merintih
- Menangis terus menerus
- Teraba demam (suhu aksila $>37,5^{\circ}\text{C}$)
- Teraba dingin (suhu aksila $<36^{\circ}\text{C}$)
- Terdapat banyak nanah dimata
- Pusing kemerahan, bengkak, keluar cairan, berbau busuk, berdarah
- Diare
- Telapak tangan dan kaki tampak kuning
- Mekonium tidak keluar setelah 3 hari pertama kelahiran, atau feses berwarna hijau, berlendir atau berdarah
- Urin tidak keluar dalam 24 jam pertama

G. Kunjungan Neonatal

Menurut Kementerian Kesehatan RI, 2016 pelayanan kesehatan bayi baru lahir oleh bidan atau perawat atau dokter dilaksanakan minimal 3 kali, yaitu:

- Pertama pada 6 jam – 48 jam setelah bayi lahir
- Kedua pada hari ke 3-7 setelah bayi lahir
- Ketiga pada hari ke 8-28 setelah bayi lahir

2.4 Nifas

A. Pengertian Nifas

Menurut Prawirohardjo, 2014 masa nifas atau puerperium dimulai sejak satu jam lahirnya plasenta sampai dengan 6 minggu (42 hari).

Menurut Ambarwati, 2010 masa nifas (puerperium) adalah masa setelah keluarnya plasenta sampai alat-alat reproduksi pulih seperti sebelum hamil dan secara normal masa nifas berlangsung selama 6 minggu atau 40 hari.

B. Perubahan Fisiologis dalam Masa Nifas

Menurut Maryunani, 2009 perubahan fisiologi dalam masa nifas, sebagai berikut:

1. Berbagai Perubahan Dalam Sistem Reproduksi

a. Uterus

1) Proses Involusi

Involusi atau pengerutan uterus merupakan suatu proses kembalinya uterus ke keadaan sebelum hamil. Proses involusi merupakan salah satu peristiwa penting dalam masa nifas, disamping proses laktasi (pengeluaran ASI). Uterus ibu yang baru melahirkan masih membesar, jika diraba dari luar tinggi fundus uteri kira-kira 1 jari dibawah pusat, sedangkan beratnya lebih kurang 1 kilogram. Hal ini disebabkan oleh banyaknya darah dalam dinding rahim mengalir dalam pembuluh-pembuluh darah yang membesar. Sampai hari kedua, uterus masih membesar dan setelah itu berangsur-angsur menjadi kecil. Jika diukur tinggi fundus uteri waktu nifas (sesudah buang air kecil). Pada hari ketiga kira-kira 2 atau 3 jari dibawah pusat. Hari kelima, pada pertengahan antara pusat dan symphysis. Hari kesembilan kira-kira 1 jari diatas

simphysis. Dan hari kesepuluh biasanya uterus tersebut dari luar tidak teraba lagi. Semua ini disebabkan karena pemberian darah didalam dinding rahim jauh berkurang, sehingga otot-otot menjadi kecil.

Tabel 2.4 Perubahan-Perubahan yang Normal Di dalam Uterus Selama Masa Nifas

	Bobot Uterus	Diameter Uterus	Palpasi Serviks
Pada akhir persalinan	900 gram	12,5 cm	Lembut/lunak
Pada akhir minggu ke 1	450 gram	7,5 cm	2 cm
Pada akhir minggu ke 2	200 gram	5,0 cm	1 cm
Sesudah akhir 6 minggu	60 gram	2,5 cm	Menyempit

Menurut dr. Dyanti dan dr. Muki (dalam kuliah Obstetrik dan Ginekologi), ukuran uterus mengecil kembali (setelah 2 hari pasca persalinan, yaitu setinggi sekitar umbilicus, setelah 2 minggu masuk panggul, dan setelah 4 minggu pada ukuran sebelum hamil).

Jika sampai 2 minggu setelah melahirkan uterus juga belum masuk panggul, perlu dicurigai adanya subinvolusi. Subinvolusi adalah kegagalan uterus untuk kembali pada keadaan tidak hamil. Penyebab subinvolusi yang paling sering adalah tertahannya fregmen plasenta, infeksi dan perdarahan lanjut (*late posrpartum haemorrhage*). Jika terjadi subinvolusi, dengan kecurigaan infeksi, diberikan antibiotik.

2) Kontraksi

Kontraksi uterus terus meningkat secara bermakna setelah bayi keluar, yang diperkirakan terjadi sebagai respon terhadap respon penurunan volume intra uteri yang sangat besar. Kontraksi uterus yang meningkat setelah bayi keluar, ini

menyebabkan iskemia pada lokasi perlekatan plasenta sehingga jaringan plasenta dan dinding uterus menjadi nekrosis dan lepas.

Hemostasis setelah persalinan dicapai terutama akibat kompresi pembuluh darah akibat intrametrium bukan karena agregasi trombosit dan pembentukan bekuan kelenjar hipofisis ikut serta mengeluarkan hormone oksigen yang memperkuat dan mengatur kontraksi uterus, mengopresi pembuluh darah, darah membantu hemostasis yang dapat mengurangi perdarahan. Upaya untuk mempertahankan kontraksi uterus selama masa nifas ini penting sekali, maka biasanya suntikan oksitosin (pitosis) secara intravena atau intramuscular diberikan setelah plasenta lahir (Bobak, 2005). Inisiasi Menyusui Dini (IMD) dimana membiarkan bayi dipayudara ibu segera setelah lahir dalam masa ini penting juga dilakukan, karena isapan bayi pada payudara dapat merangsang pelepasan oksitosin.

3) Afterpains

Dalam minggu pertama sesudah bayi lahir, mungkin ibu mengalami kram atau mulas pada abdomen yang berlangsung sebentar, mirip sekali dengan kram pada waktu periode menstruasi, keadaan ini disebut afterpains, yang ditimbulkan oleh karena kontraksi uterus pada waktu mendorong gumpalan darah dan jaringan yang terkumpul dalam uterus. Kram demikian tidak berlangsung tidak lama dan tidak penting atau bukan dianggap suatu masalah. Kram atau mulas akan lebih terasa lagi pada waktu menyusui bayi oleh karena stimulus atau rangsangan puting susu yang menimbulkan aksi refleksi pada uterus. Pada primi (ibu yang baru pertama kali melahirkan), tonus otot meningkat sehingga fundus pada umumnya tetap kencang.

4) Tempat Plasenta

Dengan involusi uterus ini, maka lapisan dari decidua yang mengelilingi tempat atau situs plasenta akan menjadi nekrotik (mati atau layu). Desidua yang mati akan keluar bersama dengan sisa cairan, suatu campuran antara darah yang dinamakan

lochea yang menyebabkan pelepasan jaringan nekrotik tadi adalah karena pertumbuhan endometrium.

Endometrium mengadakan regenerasi cepat dimana dalam waktu 2-3 hari sisa lapisan desidua telah beregenerasi (lapisan sisa dinding uterus menjadi jaringan endometrium baru, sementara itu, sisi kouvum uterus menjadi nekrotik dan keluar sebagai lochea). Regenerasi endometrium lengkap kembali sampai sekitar minggu ke 3 masa postpartum, kecuali pada tempat bekas plasenta, karena terjadi thrombus sehingga regenerasi agak lama, sampai sekitar 6 minggu setelah melahirkan.

5) Lochea

Lochea adalah darah dan cairan yang keluar dari vagina selama masa nifas. Lochea mempunyai reaksi basa atau alkalkis yang dapat membunuh organisme berkembang lebih cepat dari vagina normal. Lochea mempunyai bau amis (anyir), meskipun tidak terlalu menyengat, dan volumenya berbeda-beda pada setiap ibu. Lochea mengalami perbedaan karena proses involusi.

Tabel 2.5 Jenis Lochea

Lochea	Waktu	Warna	Ciri-Ciri
Rubra (Kruenta)	1-3 hari	Merah kehitaman	Terdiri dari darah segar, jaringan sisa-sisa plasenta, dinding rahim, lemak bayi, dan sisa nekoneum
Sanguinolenta	4-7 hari	Merah kecokelatan dan berlendir	Sisa darah bercampur lender
Serosa	7-14 hari	Kuning kecokelatan	Lebih sedikit darah dan lebih banyak serum, jika terdiri dari leukosit dan robekan / laserasi plasenta

Alba	>14 hari berlangsung 2-6 postpartum	Putih	Mengandung leukosit, sel desidua dan sel epitel, selaput lendir serviks dan serabut jaringan yang mati
Lochea purulenta			Terjadi infeksi, keluar cairan nanah berbau busuk
Lokhiastasis			Lochea tidak lancar keluaranya

Sumber: Anggraini, Yetti. 2010. Asuhan Kebidanan Masa Nifas. Yogyakarta: Pustaka Rihama.

Tabel 2.6 Lochea dan Perdarahan Bukan Lokia

Lochea	Perdarahan bukan lochea
<ul style="list-style-type: none"> - Lochea biasanya menetes dari muara vagina. Aliran yang tetap keluar dalam jumlah lebih besar saat uterus berkontraksi - Semburan lochea dapat terjadi akibat masase pada uterus. - Apabila lochea berwarna agak gelap, maka sebelumnya terdapat lokia yang terkumpul dalam vagina dan jumlahnya segera berkurang menjadi lokia berwarna merah terang. 	<ul style="list-style-type: none"> - Apabila cairan bercampur darah menyembur dari vagina, kemungkinan terdapat robekan dari serviks atau vagina selain lochea normal. - Apabila jumlah perdarahan terus berlebihan dan berwarna merah terang, kemungkinan terdapat suatu robekan.

b. Serviks Uteri

Involusi serviks dan segmen bawah uterus atau eksterna setelah persalinan berbeda dan tidak kembali pada keadaan sebelum hamil. Muara serviks eksterna atau

katalis servikalis tidak akan berbentuk lingkaran seperti sebelum melahirkan (pada multipara), tetapi terlihat memanjang seperti celah atau garis horizontal agak lebar, sering disebut mulut ikan atau porous serviks.

Serviks akan menjadil lunak segera setelah melahirkan. Dalam waktu sekitar 24 jam setelah persalinan, serviks memendek dengan konsistensi lebih padat dan kembali ke bentuk semula dalam masa involusi.

Gambaran bagian-bagian serviks adalah sebagai berikut:

- 1) Segmen bawah uterus tampak tetap, edema tipis dan rapuh selama beberapa hari setelah persalinan.
- 2) Bagian serviks yang menjol ke vagina (ektoserviks) terlihat memar dan tampak sedikit laserasi yang memudahkan terjadinya infeksi.
- 3) Muara serviks berdilatasi 20 cm saat melahirkan, menutup secara bertahap yaitu:
 - Pada hari ke 4-6 setelah melahirkan masih dapat dimasuki 2 jari
 - Akhir minggu kedua setelah persalinan, hanya tangkai kuret terkecil yang dapat dimasukan.

c. Vagina

Pada sekitar minggu ke 3, vagina mengecil dan timbul rugea kembali. Vagina yang semula sangat teregang akan kembali secara bertahap seperti ukuran sebelum hamil pada minggu ke 6 sampai minggu ke 8 setelah melahirkan. Rugea akan terlihat kembali pada minggu ke 3 atau minggu ke 4, estrogen setelah melahirkan sangat berperan dalam penebalan mukosa vagina dan pembentukan rugea kembali.

d. Perineum

Perineum adalah daerah antara vulva dan anus. Biasanya setelah melahirkan perineum menjadi agak bengkak/edema/memar dan mungkin ada luka jahitan bekas robekan atau episiotomy, yaitu sayatan untuk memperluas pengeluran bayi. Proses

penyembuhan luka episiotomy sama seperti luka operasi lain. Perhatikan tanda-tanda infeksi pada luka episiotomy seperti nyeri, merah, panas, bengkak atau keluar cairan tidak lazim. Penyembuhan luka biasanya berlangsung 2-3 minggu serelah melahirkan.

e. Organ Otot Panggul

Struktur dan penopang otot uterus dan vagina dapat mengalami cedera selama waktu melahirkan. Hal ini dapat menyebabkan relaksasi panggul, yang berhubungan dengan pemanjangan dan melemahnya topangan permukaan struktur panggul yang menopang uterus, dinding vagina, rektum, uretra, dan kandung kemih.

2. Perubahan dalam Sistem Kardiovaskuler

1) Komponen Darah

Nilai kadar darah seharusnya ke keadaan sebelum hamil pada akhir periode pasca persalinan. Aktivasi faktor koagulasi terkait dengan kehamilan bisa berlanjut selama masa nifas/puerperium. Hal ini bisa berkaitan dengan adanya trauma, mobilisasi, atau sepsis yang dapat mengakibatkan peningkatan tromboembolisme pada ibu.

Lekositosis normalnya selama kehamilan rata-rata sekitar $12.000/\text{mm}^3$. Selama 10 sampai 12 hari pertama bayi lahir, nilai lekosit anara 15.000 dan $20.000/\text{mm}^3$ adalah hal umum. Kadar haemoglobin dan hematokrit akan kembali ke keadaan sebelum melahirkan atau ke konsentrasi normal dalam 2 sampai 6 minggu.

2) Curah Jantung / *Cardiac Output*

Denyut jantung, volume sekuncup, dan curah jantung meningkat selama masa hamil. Segera setelah melahirkan, keadaan tersebut akan meningkat lebih tinggi lama 30 sampai 60 menit karena darah yang biasanya melintasi sirkuit utero/plasenta tiba-tiba kembali ke sirkulasi umum. Nilai curqah jantung mencapai puncak selama awal puerperium 2-3 minggu setelah melahirkan nilai curah jantung berada pada tingkat sebelum hamil.

3) Berkeringat Banyak atau Belebihan

Berkeringat dingin merupakan suatu mekanisme tubuh untuk mereduksi cairan yang bertahan selama kehamilan. Pengeluaran cairan dan sisa-sisa produk tubuh melalui kulit selama masa nifas menimbulkan banyak keringat. Pada periode “early postpartum atau masa awal pra nifas”, ibu mengalami suatu keadaan berkeringat banyak (diaphoresis) pada malam hari, jika tidak disertai demam, bukan merupakan kelainan.

4) Menggigil

Seringkali ibu mengalami menggigil segera setelah melahirkan, yang berhubungan dengan respon pnsyarafan atau perubahn vasomotor. Jika tidak diikuti dengan demam, menggigil, bukan merupakan masalah klinois, tetapi sering kali menimbulkan ketidaknyamanan pada ibu. Bidan atau perawat dapat memberikan kenyamanan pada ibu dengan menyelimuti dan menganjurkan ibu untuk rileks. Minuman hangat juga dapat mengurangi keadaan menggigil. Dalam masa nifas lanjut bila ibu masih ditemukan dalam keadaan menggigil dan demam mengindikasikan adanya infkesi dan memerlukan evaluasi lebih lanjut.

3. Perubahan dalam Sistem Kemih dan Saluran Kemih

Saluran kemih kembali normal dalam waktu 2 sampai 8 minggu, tergantung pada:

- 1) Keadaan atau status sebelum persalinan
- 2) Lamanya partus kala II dilalui
- 3) Besarnya tekana kepala yang menekan pada saat persalinan

4. Perubahan dalam Sistem Endokrin

Sistem endokrin mengalami perubahan secara tiba-tiba selama kala IV persalinan dan mengikuti lahirnya plasenta.

- 1) Perubahan Payudara

Selama kehamilan payudara disiapkan untuk laktasi (hormone estrogen dan progesterone) colostrum, cairan payudara yang keluar sebelum produksi susu terjadi pada trimester III dan minggu pertama postpartum. pembesaran mammae atau payudara terjadi dengan adanya sistem penambahan vaskuler dan limpatik sekitar mammae. Mammae menjadi besar, mengeras, dan sakit bila disentuh. Sementara itu, konsentrasi hormone (progesterone, estrogen, *human chorionic*, gonadotropin, proklatin, kortisol, dan insulin) yang menstimulasi perkembangan payudara selama ibu hamil menurun dengan cepat setelah bayi lahir. Waktu yang dibutuhkan hormon-hormon ini untuk kembali ke kadar sebelum hamil sebagai ditentukan oleh apakah ibu menyusui atau tidak.

5. Perubahan Sistem Gastrointestinal

Penggunaan tenaga pada kala pertama menurunkan tonus otot-otot abdomen yang juga mempengaruhi faktor predisposisi terjadinya konstipasi pada ibu pasca melahirkan. Fungsi usus besar akan kembali normal pada akhir minggu pertama dimana nafsu makan mulai bertambah dan rasa tidak nyaman pada perineum sudah menurun.

6. Perubahan Berat Badan

Kehilangan atau penurunan berat badan pada ibu setelah melahirkan terjadi akibat kelahiran atau keluarnya bayi, plasenta dan keluarnya bayi, plasenta dan cairan amnion (ketuban). Diuresis puerperalis juga menyebabkan kehilangan berat badan selama masa puerperium awal. Pada minggu ke 7-8, kebanyakan ibu telah kembali ke berat badan sebelum hamil, sebagian lagi mungkin membutuhkan waktu yang lebih lama untuk kembali ke berat badan semula.

7. Perubahan Dinding Abdomen

Pada hari pertama setelah melahirkan, abdomen ibu akan tampak menonjol dan seperti masih hamil. Dalam 2 minggu setelah melahirkan, dinding abdomen akan

rileks. Dinding abdomen ibu akan kembali ke keadaan sebelum hamil perlu waktu 6 minggu. Pengembalian tonus bergantung pada kondisi tonus sebelum hamil, latihan fisik yang tepat (senam) dan jumlah jaringan lemak ibu. Setelah melahirkan dinding abdomen yang melentur atau meregang akan tampak longgar dan kendur. Pada ibu yang multipara, ibu yang mengalami overdistensi abdomen, atau ibu dengan tonus otot buruk. Sebelum hamil, abdomen bisa mengalami kesulitan untuk memperoleh tonus otot yang baik.

Garis-garis striae atau guratan-guratan pada perut (*stretch marks*), yang disebabkan oleh peregangannya atau melenturnya dan pecahan serabut-serabut elastis pada kulit, yang tampak berwarna merah atau ungu pada saat melahirkan. Garis-garis ini secara bertahap warnanya akan memudar tetapi masih tampak.

8. Perubahan Sistem Integumen

Peningkatan aktivitas melanin pada kehamilan yang menyebabkan hiperpigmentasi pada puting susu, areola dan linea nigra secara berangsur-angsur menurun setelah melahirkan. Meskipun perubahan warna menjadi lebih gelap pada area-area ini menurun, namun warna tidak bisa kembali total seperti sebelum hamil. Kloasma gravidarum yang timbul pada saat hamil biasanya tidak akan terlihat pada kehamilan, namun hiperpigmentasi pada areola dan linea nigra mungkin belum menghilang sempurna sesudah melahirkan. Rambut halus yang tumbuh lebat pada waktu hamil pada sebagian ibu biasanya akan menghilang setelah ibu melahirkan, namun rambut kasar yang timbul akan menetap.

9. Perubahan Sistem Muskuloskeletal

Perubahan sistem muskuloskeletal pada ibu selama masa nifas berlangsung terbalik dengan selama masa kehamilannya. Perubahan ini meliputi hal-hal yang dapat membantu relaksasi dan hipermobilitas sendi serta perubahan pusat berat ibu akan pembesaran rahim. Untuk menstabilkan sendi dengan lengkap diperluksn waktu sampai minggu ke 8 setelah ibu melahirkan. Namun, kaki ibu belum

mengalamo perubahan yang berarti yang seringkali masih membutuhkan sandal atau sepatu yang lebih besar.

10. Perubahan Sistem Neurologis

Setelah melahirkan, terdapat perubahan neurologis yang merupakan kebalikan dari perubahan neurologis yang terjadi selama hamil. Rasa tidak nyaman neurologis yang disebabkan karena kompresi atau tekanan syaraf menghilang setelah tekanan mekanik dari uterus membesar dan tekanan dari retensi cairan menghilang. Rasa baal pada paha yang disebabkan kompresi persyarafan terdapat dinding-dinding panggul atau ligament dan kesemutan secara periodik pada jari yang dialami 5 % ibu hamil sebagai akibat dari traksi pleksus trakhialis biasanya juga menghilang setelah bayi lahir. Eliminasi edema fisiologis dan perubahan-perubahan fisiologis yang kebalikan selama hamil pada fascia, tenden dan jaringan penyambung mengurangi tekanan pada syaraf median dan menghilangkan sindroma carpal tunnel (nyeri, baal, dan kesemutan pada tangan dan jarj-jari).

11. Perubahan Tanda-Tanda Vital

Pada ibu pasca persalinan terdapat beberapa perubahan tanda-tanda vital sebagai berikut:

a. Suhu

Selama 24 jam pertama suhu mungkin meningkat menjadi 38°c , sebagai akibat meningkatnya kerja otot, dehidrasi dan perubahan hormonal. Jika terjadi peningkatan suhu 38°c yang menetap 2 hari setelah 24 jam melahirkan, maka perlu dipikirkan adanya infeksi seperti sepsis puerperalis (infeksi selama postpartum), infeksi saluran kemih, endometritis, pembengkakan payudara dan lain-lain.

b. Nadi

Dalam periode waktu 6-7 jam sesudah melahirkan, sering ditemukan adanya bradikardia 50-70 kali permenit (80-100 kali permenit) dan dapat berlangsung sampai 6-10 hari setelah melahirkan. Keadaan ini bisa berhubungan dengan usaha jantung, penurunan volume darah yang mengikuti pemisahan plasenta dan kontraksi uterus dan peningkatan stroke volume. takikardia kurang sering terjadi, bila terjadi berhubungan dengan peningkatan darah dan proses persalinan yang lama.

c. Tekanan Darah

Selama beberapa jam setelah melahirkan, ibu dapat mengalami hipotesis orthostatic (penurunan 20 mmHg) yang ditandai dengan adanya pusing segera setelah berdiri. Yang dapat terjadi hingga 48 jam pertama. Hasil pengukuran tekanan darah harusnya tetap stabil setelah melahirkan. Penurunan tekanan darah bisa mengindikasikan penyesuaian fisiologis terhadap tekanan darah intrapeutik atau adanya hypovolemia sekunder yang berkaitan dengan hemorhagia uterus. Peningkatan tekanan sistolik 30 mmHg dan penambahan diastolic mmHg yang disertai sakit kepala dan gangguan pengelihatan, bisa menandakan ibu mengalai preeklamsia dan ibu perlu dievaluasi lebih lanjut

d. Pernafasan

Fungsi pernafasan ibu kembali seperti fungsi sebelum hamil pada bulan ke enam setelah melahirkan.

C. Adaptasi Psikologis Dalam Masa Nifas (Maryunani, 2009)

1. Ikatan antara ibu-bayi (bonding)

Istilah *attachment* (kasih sayang) dan *bonding* (ikatan) merupaakn istilah yang pemakaiannya sering dapat dipertukarkan untuk menjelaskan pertalian atau persatuan antara orangtua – anak ini.

2. Adaptasi Psikologis Normal

Perubahan psikologis pada masa nifas terjadi karena:

- a. Pengalaman selama persalinan
- b. Tanggung jawab peran sebagai ibu
- c. Adanya anggota keluarga baru (bayi)
- d. Peran baru sebagai ibu bagi bayi

Ibu yang baru melahirkan membutuhkan mekanisme penanggulangan (*coping*) untuk mengatasi:

- a. Perubahan fisik dan ketidaknyamanan selama masa nifas termasuk kebutuhan untuk mengembalikan figure seperti sebelum hamil.
- b. Perubahan hubungan dengan keluarga.

Dalam adaptasi psikologis setelah melahirkan, terjadi 3 penyesuaian yaitu:

a. Penyesuaian Ibu (*Maternal Adjustment*)

1) *Fase Taking In* (Perilaku Dependen)

- Fase ini merupakan periode ketergantungan dimana ibu mengharapkn segala kebutuhan terpenuhi orang lain.
- Berlangsung selama 1-2 hari setelah melahirkan, diman focus utama ibu pada dirinya sendiri (ibu lenih terfokus pada dirinya).
- Beberapa hari setelah melahirksn ibu akan menanggihkan keterlibatannya dalam tanggung jawab.
- Di sebut fase taking in (fase menerima) selama 1-2 hari pertama ini, karena selama waktu ini, ibu yang baru melahirkan memerlukan perlindungan dan perawatan.

- Sedangkan dikata sebagai fase dependen selama 1-2 hari pertama ini karena pada waktu ini, ibu menunjukkan kebahagiaan atau kegembiraan yang sangat senang untuk menceritakan tentang pengalamannya melahirkan
- Pada fase ini, ibu lebih mudah tersinggung dan cenderung pasif terhadap lingkungannya disebabkan oleh faktor kelelahan. Oleh karena itu, ibu perlu cukup istirahat untuk mencegah gejala kurang tidur. Disamping itu, kondisi tersebut perlu dipahami dengan menjaga komunikasi yang baik.
- Pada fase ini, perlu diperhatikan pemberian ekstra makanan untuk proses pemulihan ibu dan nafsu makan ibu sedang meningkat.

2) *Fase Taking Hold (Perilaku Dependen-Independen)*

- Pada fase Taking Hold atau dependen mandiri ini, secara bergantian timbul kebutuhan ibu untuk mendapatkan perawatan dan penerimaan dari orang lain dan keinginan melakukan segala sesuatu secara mandiri.
- Fase ini berlangsung selama 3-10 hari setelah melahirkan.
- Fase ini, ibu sudah mulai menunjukkan kepuasan (terfokus pada bayinya).
- Ibu mulai tertarik melakukan perawatan pada bayinya.
- Ibu mulai terbuka untuk menerima pendidikan kesehatan bagi dirinya dan juga pada bayinya.
- Ibu mudah sekali diorong untuk melakukan perawatan bayinya.
- Pada fase ini, ibu berespon dengan penuh semangat untuk memperoleh kesempatan belajar dan berlatih tentang cara perawatan bayi dan ibu memiliki keinginan merawat bayinya secara langsung.
- Untuk itu, fase ini sangatlah tepat bagi bidan atau perawat untuk memberikan pendidikan kesehatan tentang hal-hal yang diperlukan bagi ibu yang baru melahirkan dan bagi bayinya.
- Bidan atau perawat perlu memberikan dukungan tambahan bagi ibu-ibu yang baru melahirkan, berikut ini:

- Ibu primipara yang belum berpengalaman mengasuh anak
- Ibu yang merupakan wanita berkarir
- Ibu yang tidak mempunyai keluarga untuk berbagi rasa
- Ibu yang berusia remaja
- Ibu yang tidak mempunyai suami

Karena ibu-ibu tersebut seringkali mengalami kesulitan menyesuaikan diri terhadap isolasi yang dialaminya dan tidak menyukai terhadap tanggung jawabnya dirumah merawat bayi.

3) *Fase Letting Go (Perilaku Interdependen)*

- Fase ini merupakan menerima tanggung jawab atas peran barunya yang berlangsung setelah 10 hari pasca melahirkan.
- Ibu mulai menyesuaikan diri dengan ketergantungan bayinya.
- Keinginan ibu untuk merawat bayinya sangat meningkat pada fase ini.
- Terjadi penyesuaian dalam hubungan keluarga untuk mengobservasi bayi.
- Hubungan antar pasangan memerlukan penyesuaian dengan kehadiran anggota baru (bayi).

b. **Penyesuaian Ayah (Paternal Adjustment)**

- 1) Sebagai ayah menunjukkan keterlibatannya yang dalam dengan bayinya.
- 2) Ayah terpicat pada bayinya
- 3) Ayah sering merasakan kontak dengan rabaan atau kontak dari mata ke mata dengan bayinya.
- 4) Ayah sering merasakan bahwa harga dirinya atau rasa percaya dirinya meningkat yaitu merasa lebih besar, lebih dewasa dan lebih tua pada saat melihat bayinya pertama kali.
- 5) Ayah mengalami 3 tahap proses selama 3 minggu pertama bayi baru lahir:
 - Tahap I: Pengalaman bagaimana rasa bila nanti membawa bayinya kerumah

- Tahap II: Realitas yang tidak menyangka menjadi ayah baru, kerana mungkin menjadi anggota keluarga yang terlukan.
 - Tahap III: Keputusan yang dilakukan dengan sadar untuk mengontrol dan menjadi lebih aktif terlibat dalam kehidupan bayi.
- 6) Untuk itu bidan atau perawat juga harus membantu para ayah dalam melawati masa transisi ini dengan:
- Membantu ayah untuk meninjau kembali harapan pada saat menjadi ayah.
 - Memberi informasi yang realitas dan konsisten tentang tingkah laku bayi.
 - Melibatkan ayah yang ingin mengetahui cara perawatan bayi.
 - Menganjurkan ayah untuk berbagi perasaan tentang pengalaman baru memiliki bayi dengan istrinya.

c. Penyesuaian Orangtua – Bayi (*Infant – Parent Adjustment*)

Interaksi orangtua – bayi di karakteristik dengan suatu rangkaian irama (*ritme*), perilaku repertory atau repertoires, dan pola tanggung jawab (*responsivity*).

1) Ritme (irama kehidupan)

- Baik orangtua maupun bayi harus mampu untuk saling berinteraksi
- Orangtua harus bekerja keras untuk membantu bayi mempertahankan keadaan siap untuk berinteraksi.

2) Perilaku Repertoires

Ayah dan ibu menggunakan perilaku ini tergantung pada kontak atau pemberian perawatan pada bayi.

- Repertoires pada bayi meliputi perilaku memandang, bersuara dan ekspresi wajah yaitu:
 - Perilaku menatap
Bayi dapat memfokuskan tatapan dan mengikuti muka atau wajah orang yang sejak lahir (kontrol sadar).

- Bersuara dan nada ekspresi muka

Bahasa tubuh adalah bahasa awal bayi.

- Repertoires pada orangtua mencakup berbagai perilaku orang tua dalam berinteraksi dengan bayinya, yaitu:
 - Secara konstan melihat bayi dan mencatat perilaku bayi.
 - Berusaha berbicara dengan cara bayi (*infantilizing*), lambat halus, ritmik, dan berusaha agar bayi dapat mendengar pembicaraannya.
 - Menggunakan ekspresi wajah sebagai media dalam berinteraksi dengan ekspresi halus dan menonjolkan ekspresi untuk menunjukkan ekspresi kejutan, kebahagiaan dan sebagainya dalam berkomunikasi dengan bayinya.
 - Bermain dengan bayi seperti “ciluk baa”
 - Meniru perilaku bayi, seperti bila waktu bayi tersenyum. Bila bayi mengerutkan dahi orangtua ikut mengerutkan dahi.

3) *Responsivity*

- *Responsivity* terjadi pada waktu khusus dan sama dalam suatu stimulasi perilaku mendapatkan suatu perasaan dalam perilaku yang mempengaruhi interaksi untuk berwujud positif (*feedback*).
- Dengan kata lain, *responsivity* merupakan respon yang terjadi pada waktu tertentu dan bentuknya sama dengan perilaku stimulus.
- Respon-respon tersebut merupakan imbalan bagi orang yang memberikan stimulus, misalnya bila orang dewasa meniru bayi, baru tampak menikmati respon tersebut.

D. Kebutuhan Dasar Masa Nifas

Menurut Suherni, 2010 kebutuhan dasar masa nifas, yaitu:

1. Gizi

Ibu nifas dianjurkan untuk:

- a. Makan dengan diet seimbang, cukup karbohidrat, protein, lemak, vitamin dan mineral
- b. Mengonsumsi makanan tambahan, nutrisi 800 kalori/hari pada 6 bulan pertama, 6 bulan selanjutnya 500 kalori/hari dan tahun kedua 400 kalori/hari. Asupan cairan 3 liter/hari, 2 liter didapat dari air minum dan 1 liter dari cairan yang ada pada kuah sayur, buah, dan makanan yang lain. Mengonsumsi tablet besi 1 tablet tiap hari selama 40 hari
- c. Mengonsumsi vitamin A 200.000 IU. Pemberian vitamin A dalam bentuk suplementasi dapat meningkatkan kualitas ASI, meningkatkan daya tahan tubuh dan meningkatkan kelangsungan hidup anak. Pada bulan-bulan pertama kehidupan bayi bergantung pada vitamin A yang terkandung dalam ASI.

2. Kebersihan Diri dan Bayi

a. Kebersihan diri

Ibu nifas dianjurkan untuk:

- a) Menjaga kebersihan seluruh tubuh
 - b) Mengajarkan ibu cara membersihkan daerah kelamin dengan sabun dan air.
 - c) Menyarankan ibu mengganti pembalut setiap kali mandi, BAB/BAK, paling tidak dalam waktu 3-4 jam supaya ganti pembalut.
 - d) Menyarankan ibu untuk mencuci tangan dengan sabun dan air sebelum menyentuh daerah kelamin.
 - e) Anjurkan ibu tidak sering menyentuh luka episiotomy dan laserasi.
 - f) Pada ibu post sectio caesaria (SC), luka tetap dijaga agar tetap bersih dan kering, tiap hari diganti balutan.
- b. Kebersihan bayi
- Hal-hal yang perlu dijelaskan pada ibu nifas agar bayi tetap terjaga kebersihannya.

- a) Memandikan bayi setelah 6 jam untuk mencegah hipotermi.
- b) Mandikan bayi 2 kali sehari tiap pagi dan sore.
- c) Mengganti pakaian tiap habis mandi dan tiap kali basah atau kotor karena BAB/BAK.
- d) Menjaga pantat dan daerah kelamin bayi agar selalu bersih dan kering.
- e) Menjaga tempat tidur bayi selalu bersih dan hangat karena ini adalah tempat tinggal bayi.
- f) Menjaga alat apa saja yang dipakai bayi agar selalu bersih.

3. Istirahat dan Tidur

Anjurkan ibu untuk:

- a) Istirahat yang cukup untuk mengurangi kelelahan.
- b) Tidur siang atau istirahat selagi bayi tidur.
- c) Kembali ke kegiatan rumah tangga secara perlahan-lahan.
- d) Mengatur kegiatan rumahnya sehingga dapat menyediakan waktu untuk istirahat pada siang kira-kira 2 jam dan malam 7-8 jam.

Kurang istirahat pada ibu nifas dapat berakibat:

- a) Mengurangi jumlah ASI.
- b) Memperlambat involusi, yang akhirnya bisa menyebabkan perdarahan
- c) Depresi.

4. Senam Hamil

Selama kehamilan dan persalinan ibu banyak mengalami perubahan fisik seperti dinding perut menjadi kendur, longgarnya liang senggama dan otot dasar panggul. Untuk mengembalikan kepada keadaan normal dan menjaga kesehatan agar tetap prima, senam nifas sangat baik dilakukan setelah ibu melahirkan. Ibu tidak perlu takut untuk banyak bergerak, karena ambulasi dini (bangun dan bergerak setelah beberapa jam melahirkan) dapat membantu rahim untuk kembali ke bentuk semula.

5. Hubungan Seks dan Keluarga Berencana

a. Hubungan Seks

Aman setelah darah merah berhenti, dan ibu dapat memasukan 1 atau 2 jari kedalam vagina tanpa rasa nyeri.

b. Kelaurga Berencana

a) Idealnya setelah melahirkan boleh hamil lagi setelah 2 tahun.

b) Pada dasarnya ibu tidak boleh mengalami ovulasi selama menyusui eksklusif atau penuh enam bulan dan ibu belum mendapatkan haid (metode amenorhe laktasi).

c) Meskipun setiap metode kontrasepsi beresiko, tetapi menggunakan kontrasepsi jauh lebih aman.

d) Jelaskan pada ibu berbagai macam kontrasepsi yang diperbolehkan selama menyusui, yang meliputi: cara penggunaan, efek samping, kelebihan dan kekurangan, indikasi dan kontraindikasi, efektifitas.

e) Metode hormonal, khususnya kombinasi oral (estrogen-progesteron) bukanlah pilihan pertama bagi ibu yang menyusui.

6. Eliminasi: BAK/BAK

a. Buang air kecil (BAK)

a) Dalam enam jam ibu nifas harus sudah bisa BAK spontan, kebanyakan ibu bisa berkemih spontan dalam waktu 8 jam.

b) Urin dalam jumlah yang banyak akan diproduksi dalam waktu 12-36 jam setelah melahirkan.

c) Ureter yang berdilatasi akan kembali normal dalam waktu 6 minggu.

Selama 4 jam pertama nifas (puerperium), terjadi kenaikan diuresis sebagai akibat pengurangan volume darah ibu dan autolysis serabut otot uterus.

b. Buang air besar (BAB)

- a) BAB biasanya tertunda selama 2-3 hari, karena edema persalinan, diet cairan, obat-obatan analgetik, dan perineum yang sangat sakit.
- b) Bila lebih dari 3 hari belum BAB bisa diberi obat laksantia.
- c) Ambulasi secara dini dan teratur akan membantu dalam regulasi BAB.
- d) Asupan cairan yang adekuat dan diet tinggi serat sangat dianjurkan

7. Pemberian ASI / Laktasi

Hal-hal yang perlu diberitahukan kepada pasien:

- a) Menyusui bayi segera setelah lahir minimal 30 menit bayi telah disusukan.
- b) Anjurkan cara menyusui yang benar.
- c) Memberikan ASI secara penuh 6 bulan tanpa makanan lain (ASI Eksklusif).
- d) Menyusui tanpa dijadwal, sesuka bayi (*on demand*).
- e) Diluar menyusui jangan diberikan dot / kempeng pada bayi, tapi diberikan ASI dengan sendok.
- f) Penyapihan bertahap meningkatkan frekuensi makanan dan menurunkan frekuensi pemberian ASI.

8. Kebiasaan yang Tidak Bermanfaat bahkan Membahayakan

- a) Menghindari makanan berprotein seperti telur, ikan karena ibu menyusui membutuhkan tambahan protein.
- b) Penggunaan bebat perut setelah melahirkan.
- c) Penggunaan kantong es atau pasir untuk menjaga uterus tetap berkontraksi.
- d) Memisahkan ibu dan bayi dalam masa yang lama dalam satu jam postpartum.

E. Penatalaksanaan Asuhan Nifas

a. Tujuan Asuhan Nifas

Menurut Pitriani, 2014 adapun tujuan dari perawatan masa nifas adalah:

1. Menjaga kesehatan ibu dan bayinya, baik fisik maupun psikologis
2. Melaksanakan skrining yang komprehensif, mendeteksi masalah, mengobati atau merujuk bila terjadi komplikasi pada ibu maupun bayinya.

3. Mendukung dan memperkuat keyakinan diri ibu dan memungkinkan ia melaksanakan peran ibu dalam situasi keluarga dan budaya yang khusus.
4. Memberikan pendidikan kesehatan tentang perawatan kesehatan diri, nutrisi, keluarga berencana, menyusui, pemberian imunisasi, kepada bayinya dan perawatan bayi sehat.
5. Memberikan pelayanan keluarga berencana.
6. Mempercepat involusi alat kandungan.
7. Melancarkan fungsi gastrointestinal atau perkemihan.
8. Melancarkan pengeluaran lochea
9. Meningkatkan kelancaran peredaran darah sehingga mempercepat fungsi hati dan pengeluaran sisa metabolisme.

b. Kebijakan Program Nasional Masa Nifas

Menurut Pitriani, 2014 berdasarkan program dan kebijakan teknis masa nifas, paling sedikit dilakukan 4 kali kunjungan masa nifas, dengan tujuan yaitu:

1. Memelihara kondisi kesehatan ibu dan bayi.
2. Melakukan pencegahan terhadap kemungkinan adanya gangguan kesehatan ibu nifas dan bayinya.
3. Mendeteksi adanya komplikasi atau masalah yang terjadi pada masa nifas.
4. Menangani komplikasi atau masalah yang timbul dan mengganggu kesehatan ibu dan bayi.

Kunjungan masa nifas terdiri dari:

a. Kunjungan I (6-8 jam setelah persalinan)

Tujuan kunjungan:

1. Mencegah perdarahan karena atonia uteri.
2. Mendeteksi dan merawat penyebab perdarahan rujuk jika perdarahan lanjut.

3. Memberikan konseling pada ibu atau salah satu anggota keluarga bagaimana mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri.
4. Pemberian ASI awal.
5. Melakukan hubungan antara ibu dan bayi baru lahir.
6. Menjaga bayi tetap sehat dengan cara mencegah hipotermi.

2.7 Tabel Parameter Pemeriksaan Kunjungan I

Parameter	Penemuan Normal	Waktu Pemeriksaan	Penemuan Abnormal
Kesehatan Umum	Letih	Setiap melakukan pemeriksaan	Terlalu letih, lemah
Tekanan darah	<140/90 mmHg	Setiap 2 jam	>140/90
Pulse / nadi	60-100 kali/menit	Setiap 2 jam	<60 >100 kali/menit
Suhu	<38°C	Suatu waktu	>38°C
Fundus	<ul style="list-style-type: none"> - Kuat, berkontraksi baik - Berada di bawah umbilicus 	Setiap jam	<ul style="list-style-type: none"> - Lembek - Berada di atas pusat
Lochea /perdarahan	<ul style="list-style-type: none"> - Lochea rubra - Bau biasa - Tidak ada gumpalan darah atau butir-butir darah beku - Jumlah perdarahan 	Setiap jam	<ul style="list-style-type: none"> - Merah terang - Bau busuk - Mengeluarkan gumpalan darah - Perdarahan hebat

	yang ringan atau sedikit		
Kandung Kemih	<ul style="list-style-type: none"> - Bisa berkemih - Kandung kemih tidak dapat diraba 	Setiap jam	<ul style="list-style-type: none"> - Tak bisa berkemih - Jika vesika urinaria dapat diraba
Menyusui	<ul style="list-style-type: none"> - Terbina hubungan yang baik antara ibu dan bayi - Bayi dapat menyusui dengan benar - Ibu dan bayi dalam keadaan atau posisi yang benar 	Dimulai sejak baru lahir dan setiap jam menyusui	<ul style="list-style-type: none"> - Bayi tidak dapat menyusu dengan efektif - Ibu dan bayi dalam posisi yang tidak benar dalam menyusui

Pitriani, Risa dkk (2014). *Panduan Lengkap Asuhan Kebidanan Ibu Nifas Normal (Askeb III)*, Yogyakarta: Deepublish

b. Kunjungan II (6 hari setelah persalinan)

Tujuan kunjungan:

1. Memastikan involusi uterus berjalan normal yaitu uterus berkontraksi, fundus dibawah umbilicus, tidak ada perdarahan abnormal dan tidak ada bau.
2. Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi atau perdarahan abnormal.
3. Memastikan ibu dapat cukup makanan, cairan dan istirahat.

4. Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tak memperlihatkan tanda-tanda penyulit.
5. Memberikan konseling pada ibu mengenai asuhan pada bayi, tali pusat, menjaga bayi tetap hangat dan merawat bayi sehari-hari.

c. Kunjungan III (2 minggu setelah persalinan)

Tujuan kunjungan: sama seperti diatas (6 hari setelah persalinan).

d. Kunjungan IV (6 minggu setelah persalinan)

Tujuan kunjugan:

1. Menanyakan pada ibu tentang penyulit-penyulit yang ia dan bayi alami.
2. Memberikan konseling untuk KB secara dini.

c. Pemeriksaan Fisik

Menurut Maryunani, 2009 komponen-komponen pemeriksaan fisik pada saat nifas 6 hari dan 2-6 minggu yang perlu diketahui adalah:

- Kesehatan atau penampilan umum ibu
- Tanda-tanda vital
- Payudara: kekenyalan, suhu, warna merah, nyeri putting atau pecah-pecah ujungnya
- Abdomen: tinggi fundus, kekokohan, kelembutannya.
- Lokia: warna, banyaknya, bekuan, baunya
- Perineum: adema, peradangan, jahitan, nanah
- Tungkai atau betis: tanda-tanda Homan, gumpalan darah pada otot yang menyebabkan nyeri

Langkah-langkah pemeriksaan fisik yang dapat dilakukan pada hari ke 2-6 dan minggu ke 2-6 postpartum, adalah sebagai berikut:

- Amati penampilan umum dan emosi ibu
- Periksa tanda-tanda vital (suhu, TD, nadi)
- Jelaskan pada ibu tujuan pemeriksaan

- Lakukan pemeriksaan payudara
 - Minta ibu berbaring dengan lengan kiri diatas kepala, selanjutnya palpasi payudara kiri secara sistematis aksila (ketiak), catag apakah ada massa, benjolan yang besar, pembengkakan atau abses\
 - Ulangi prosedur tersebut untuk lengan kanan dan palpasi payudara kanan samapai ke aksila.
- Lakukan pemeriksaan abdomen:
 - Periksa bekas luka, bila seksio caesaria
 - Palpasi untuk mendeteksi adanya uterus diatas pubis
 - Palpasi untuk mendeteksi massa, kelembekan
- Lakukan pemeriksaan kaki:
 - Periksa kaki
 - Adanya vena varises
 - Kemerahan pada betis
- Adanya edema pada tulang kering, pergelangan kaki
- Kenakan kembali sarung tangan bersih
- Bantu ibu untuk posisi litotomi. Lakukan pemeriksaan perineum dan jelaskan prosedurnya
- Periksa perineum untuk melihat penyembuhan-penyembuhan dari laserasi dan penjahitan episiotomi.
- Perhatikan warna, konsistensi dan bau lokia
- Beritahu ibu tentang temuan-temuannya
- Lepaskan sarung tangan dan taruh dalam cairan chlorin 0,5%
- Tekuk kaki ibu, lakukan pemriksaan tanda-tanda human atau nyeri betis
- Cuci tangan

Adapun langkah-langkah pemeriksaan fisik postpartum dengan cara lainnya sebagai berikut:

- a. Persiapan Alat

- Spingometer
- Stetoskop
- Thermometer
- Reflex Hammer
- Satu pasang sarung tangan
- Kapas sublimat dalam tempatnya
- 1 buah bengkoh
- 1 buah alat karet (bila perlu)

b. Langkah-langkah Pemeriksaan Fisik

- Cuci tangan
- Tanyakan keluhan ibu: anjurkan ibu untuk buang air kecil terlebih dahulu
- Periksa tanda-tanda vital
- Perhatikan keadaan umum ibu
- Pemeriksaan fisik *head to toe*:
 - Daerah kepala termasuk wajah
 - Leher
 - Daerah dada:
 - Auskultasi: cor-pulmonale (jantung-paru)
 - Inspeksi: kebersihan, letak payudara ada tidak pembengkakan, hiperpigmentasi, heparvaskularisasi, integritas kulit, putting menonjol rata atau masuk
 - Palpasi: ada pembengkakan, benjolan tenderness pada payudara, ada pembengkakan atau tidak pada kelenjar limfe di aksila
 - Stimulasi ASI: periksa apakah ASI (+) dengan menekan daerah areola kearah putting. Perhatikan jumlah dan jenis ASI.
 - Daerah abdomen:
 - Inspeksi: bentuk perut (buncit atau rata), integritas kulit, strial, kebersihan

- Auskultasi: bising usus
- Perkusi: ada tidak kembung
- Palpasi: keadaan tonus otot, uterus: tinggi fundus uterus (ukur dengan jari), posisi uterus, kontraksi, kandung kemih: kosong atau penuh.
- Daerah genitalia
 - Atur posisi ibu, minta ibu membuka pakaian dalam
 - Gunakan sarung tangan, lakukan vulva hygiene bila perlu dengan posisi litotomi
 - Inspeksi daerah perineum: adanya tidaknya edema pada vulva, kebersihannya
 - Periksa pengeluaran lochia: jenis, jumlah, konsistensi dan bau
 - Validasi bentuk luka episiotomi periksa adanya REEDA (redness, ecchymosis, edema, discharge, approximat) pada luka episiotomy
- Bagian ekstermitas
 - Inspeksi: bentuk kaki, kebersihan, integritas kulit, ada tidak varises
 - Palpasi: ada tidak edema, tanda homan atau kelembaban betis, tahan lutut ibu dengan tangan kiri bidan atau perawat, tangan kanan pemeriksa melakukan gerakan dorsofleksi kaki ibu, tanda homan (+) bila tersa nyeri
- Rapikan pakaian dan posisi ibu
- Cuci tangan
- Jelaskan hasil pemeriksaan kepada ibu
- Catat semua hasil pemeriksaan
- Lakukan penyuluhan kesehatan yang relevan dengan kondisi ibu

d. Tanda-tanda Bahaya Masa Nifas

Menurut Pitriani, 2014 tanda-tanda bahaya masa nifas, sebagai berikut:

1. Perdarahan hebat atau peningkatan perdarahan secara tiba-tiba.

2. Pengeluaran cairan pervaginal dengan bau busuk yang keras.
3. Rasa nyeri di perut bagian bawah atau punggung.
4. Sakit kepala yang terus menerus, nyeri epigastric, atau masalah pengelihatan.
5. Pembengkakan pada wajah dan tangan, demam, muntah, rasa sakit sewaktu buang air seni, atau merasa tidak enak badan.
6. Payudara memerah, panas, dan atau sakit.
7. Kehilangan selera makan untuk waktu yang berkepanjangan.
8. Rasa sakit, warna merah, pembengkakan pada kaki.
9. Merasa sangat sedih atau tidak mampu mengurus diri sendiri atau bayi.
10. Merasa sangat ldtih atau nafas terengah-engah.

2.5 Manajemen Kebidanan

A. Asuhan Kebidanan Komprehensif

Menurut Verney, 2006 asuhan kebidanan komprehensif adalah suatu pemeriksaan yang dilakukan secara lengkap dengan adanya pemeriksaan laboratorium sederhana dan konseling. Asuhn kebidanan komprehensif mencakup empat kegiatan berkesinambungan diantaranya adalah pada masa kehamilan (ANC), asuhan kebidanan persalinan (INC), asuhan kebidanan masa nifas (PNC), dan asuhan bayi baru lahir (BBL).

B. Manajemen Kebidanan Menurut Hellen Varney 2007

Proses Manajemen Kebidanan menurut Varney (2007) terdiri dari 7 langkah yang secara periodik disaring ulang, proses manajemen ini terdiri dari pengumpulan data, antisipasi atau tindakan gawatdaruratan, rencanatindakan, pelaksanaan dan evaluasi.

a. Langkah I (pertama): Pengumpulan Data Dasar

Pada langkah pertama ini dilakukan pengkajian dengan mengumpulkan semua data yang diperlukan untuk mengevaluasi keadaan klien secara lengkap (Asrinah, 2010).

b. Langkah II (Kedua): Interpretasi Data

Pada langkah ini dilakukan identifikasi yang benar terhadap diagnosis atau masalah dan kebutuhan klien berdasarkan interpretasi yang benar atas data-data yang telah dikumpulkan. Data dasar yang sudah dikumpulkan diinterpretasikan sehingga ditemukan masalah atau diagnosis yang spesifik (Arsinah,2010).

c. Langkah III (Ketiga): Mengidentifikasi Diagnosis atau Masalah Potensial.

Pada langkah ini kita mengidentifikasi masalah atau diagnosis potensial lain berdasarkan rangkaian masalah dan diagnosis yang sudah diidentifikasi. Langkah ini membutuhkan antisipasi, bila memungkinkan dilakukan pencegahan (Arsinah dkk. 2010).

d. Langkah IV (Keempat) : Mengidentifikasi dan Menetapkan Kebutuhan yang Memerlukan Penanganan Segera.

Tahap ini dilakukan oleh bidan dengan melakukan identifikasi dan menetapkan beberapa kebutuhan setelah diagnosa dan masalah ditegakkan. Kegiatan bidan pada tahap ini adalah konsultasi, kolaborasi, dan melakukan rujukan (Sari,2012).

e. LangkahV(Kelima): Merencanakan Asuhan yang Menyeluruh

Setelah beberapa kebutuhan pasien ditetapkan, diperlukan perencanaan secara menyeluruh terhadap masalah dan diagnosa yang ada (Sari,2012).

f. LangkahVI (Keenam): Melaksanakan Perencanaan

Pada langkah keenam ini rencana asuhan menyeluruh seperti yang telah diuraikan pada langkah ke 5 dilaksanakan secara efisiensi dan aman (Arsinah dkk. 2010). Pelaksanaan ini dapat dilakukan oleh bidan secara mandiri maupun berkolaborasi dengan tim kesehatan lainnya. Jika bidan tidak melakukannya sendiri, ia tetap memikul tanggung jawab untuk mengarahkan pelaksanaannya (Sari, 2012).

g. Langkah VII (tujuh): Evaluasi

Pada langkah ke 7 ini dilakukan evaluasi efektivitas dari asuhan yang telah diberikan meliputi pemenuhan kebutuhan akan bantuan telah apakah benar-benar telah terpenuhi sesuai dengan apa yang telah diidentifikasi dalam masalah dan diagnosis. Rencana tersebut bisa dianggap efektif jika memang benar efektif dalam pelaksanaannya. Ada kemungkinan bahwa sebagian rencana tersebut telah efektif sedang sebagian belum efektif (Arsinah dkk. 2010).

C. Manajemen Kebidanan SOAP

S: Subjektif (Data Subjektif)

Menggambarkan dokumentasi hasil pengumpulan data klien melalui anamnesis sebagai langkah 1 Varney.

O: Objektif (Data Objektif)

Menggambarkan dokumentasi hasil pemeriksaan fisik klien, hasil laboratorium, dan uji diagnostik lain yang dirumuskan dalam data fokus untuk mendukung asuhan sebagai langkah 1 Varney

A: Assessment (Pengkajian)

Menggambarkan dokumentasi hasil analisis dan interpretasi data subjektif dan objektif dalam suatu indentifikasi:

1. Diagnosis / masalah
2. Antisipasi diagnostik / kemungkinan masalah
3. Perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter, konsultasi / kolaborasi dan atau perujukan sebagai langkah 2, 3 dan 4 Varney.

P: Plan (Perencanaan)

Menggambarkan dokumentasi tingkatan (I) dan evaluasi perencanaan (E) berdasarkan pengkajian langkah 5, 6, dan 7 Varney.

BAB III TINJAUAN KASUS

MANAJEMEN

ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU HAMIL

No. Reg : -
Nama Pengkaji : Elina Putri Anggraeni
Hari/Tanggal : Rabu / 26-September-2018
Waktu Pengkajian : 20.00 WIB
Tempat Pengkajian : BPM S.H.

PENGKAJIAN

I. DATA SUBJEKTIF

A. Identitas

Nama	: Ny I.	Nama Suami	: Tn S.
Umur	: 31 tahun	Umur	: 30 tahun
Pekerjaan	: IRT	Pekerjaan	: Wiraswasta
Agama	: Islam	Agama	: Islam
Pendidikan	: SMA	Pendidikan	: Perguruan Tinggi
Suku/Bangsa	: Jawa	Suku/Bangsa	: Jawa
Alamat	: Jl. Veteran Raya Gg. Abah No 35 RT 09/010 Kel. Bintaro Kec. Pesanggrahan Jakarta Selatan	Alamat	: Jl. Veteran Raya Gg. Abah No 35 RT 09/010 Kel. Bintaro Kec. Pesanggrahan Jakarta Selatan
Alamat Kantor:	-	Alamat Kantor:	Jl. Veteran Raya Gg. Abah
No. Telp	: 0856.8432.315	No.Telp	:0856.2081.026

B. Keluhan Utama

Ibu mengatakan tidak ada keluhan dan hanya ingin memeriksakan kehamilannya saja.

C. Riwayat Kehamilan Sekarang

Kehamilan : Ibu mengatakan hamil anak ke dua dan belum pernah keguguran

HPHT : 18-Januari-2018 TP: 25-Oktober-2018

Siklus Haid : 28 hari

Pergerakan Janin yang pertama kali : Pada usai kehamilan 4 bulan, Mei

Pergerakan Janin yang dirasakan dalam 24 jam terakhir : ±15 kali

Tanda-tanda bahaya/penyulit : Tidak ada

Obat yang dikonsumsi (termasuk jamu) : Asam Folat, Kalk, Fe

Imunisasi T T : Tidak dilakukan

Kekhawatiran-kekhawatiran khusus : Tidak ada

D. Riwayat kehamilan, persalinan, nifas yang lalu :

No	Tgl/Th Lahir Anak	Usia Kehamilan	Jenis Persalinan	Tempat Persalinan /Penolong	Penyulit	Jenis Kelamin	BB /PB	Keadaan Anak	Nifas
1	30.09.13	Cukup Bulan	Spontan	BPM / Bidan	Tidak Ada	Laki-laki	3.100 gram / 46 cm	Sehat	Normal
2	Hamil ini								

E. Riwayat Kesehatan / Penyakit

Riwayat Kesehatan yang diderita sekarang / dulu:

Tidak ada penyakit yang diderita seperti jantung, paru-paru, asma, hipertensi, alergi, DM dll

Riwayat Keturunan :

Tidak ada riwayat turunan seperti jantung, paru-paru, asma, hipertensi, alergi, DM dll

Riwayat Penyakit :

Tidak ada riwayat penyakit seperti janung, paru-paru, asma, hipertensi, alergi, DM dll

F. Riwayat Psikososial

Status pernikahan Suami yang ke : 1

Istri yang ke : 1

Lama pernikahan : 6,5 tahun

Respon ibu / keluarga terhadap kehamilan : Baik

Jenis kelamin yang diharapkan : Perempuan

Bentuk dukungan keluarga : Mengantarkan ibu periksa

Adat istiadat yang berhubungan dengan kehamilan : Tidak ada

Pengambil keputusan dalam keluarga : Suami

Rencana persalinan Tempat : BPM S.H.

Penolong persalinan : Bidan

Pendamping persalinan : Suami

Persiapan persalinan : Pakaian, biaya, transportasi

Riwayat KB terakhir Jenis kontrasepsi : Tidak ada

Lama penggunaan : Tidak ada

G. Aktivitas sehari-hari

1. Nutrisi

Pola makan (frekuensi) : 3x/hari

Jenis makanan yang dikonsumsi : Nasi, lauk pauk, buah, sayuran

Jenis Makanan yang tidak disukai: Tidak ada

Perubahan porsi makan : Meningkat

Alergi terhadap makanan (Jenis) : Tidak ada

2. Eliminasi

BAB: Frekuensi : 1x/hari Konsistensi : Lunak
 BAK: Frekuensi : 5x/hari Warna : Kuning jernih

3. Pola istirahat dan tidur

Tidur malam : 6 Jam
 Tidur siang : 1 Jam
 Masalah : Tidak ada

4. Kebiasaan hidup sehari-hari

Obat-obatan/Jamu : Asam folat, Kalk, Fe
 Alergi terhadap obat : Tidak ada
 Merokok : Tidak sebagai perokok pasif dan aktif
 Minuman beralkohol : Tidak mengonsumsi
 NAPZA : Tidak mengonsumsi

5. Aktivitas sehari-hari : Melakukan pekerjaan rumah tangga

6. Hubungan Seksual

Hubungan seks dalam kehamilan : Masih melakukan
 Keluhan : Tidak ada

7. Personal Hygiene

Mandi : 2x/hari
 Ganti pakaian dalam dan luar : 2x/hari
 Irigasi vagina : Tidak dilakukan Frekuensi : Tidak ada

II. DATA OBJEKTIF

A. Keadaan Umum

- Kesadaran : Compos Mentis
- Keadaan Emosional : Stabil
- Tanda Vital

Tekanan darah	:	110/70 mmHg
Nadi	:	85 x / menit
Pernapasan	:	18 x / menit
Suhu	:	36,4 ⁰ C

B. Antropometri

- TB : 150cm
- BB sebelum hamil : 50 kg
- BB sekarang : 60 kg
- IMT : $150 \text{ cm} : 1,5^2 \text{ m} : 2,25$
 $50 \div 2,25 = 22,22$

C. Pemeriksaan Fisik

1. Kepala

- Rambut : Bersih, tidak rontok
- Muka : Cloasma Gravidarum : Tidak ada
 Oedema : Tidak ada
- Mata : Konjungtiva : Tidak pucat
 Sclera : Tidak kuning
- Hidung : Pengeluaran : Tidak ada
 Polip : Tidak ada
- Telinga : Kebersihan : Bersih
- Mulut/Gigi : Stomatitis : Tidak ada
 Gusi : Tidak ada pembengkakan
 Caries : Tidak ada

2. Leher

Pembesaran kelenjar tiroid	: Tidak ada pembengkakan
Kelenjar getah bening	: Tidak ada pembengkakan
Vena Jugularis	: Tidak ada pembengkakan

3. Dada

Retraksi dinding dada	: Tidak ada
Bunyi pernafasan	: Tidak ada bunyi wheezing dan rochi
Bunyi jantung	: Lup dup
Irama	: Terarur

Payudara

- Bentuk	: Simetris
- Putting susu	: Menonjol
- Areola	: Hiperpigmentasi
- Pengeluaran	: Tidak ada
- Benjolan	: Tidak ada
- Tanda-tanda retraksi	: Tidak ada
- Kebersihan	: Bersih
- Lain-lain	: Tidak ada

4. Perut

Bekas luka operasi	: Tidak ada
Bentuk perut	: Bulat memanjang
Kontraksi	: Tidak ada
TFU (Mc Donald)	: 29 cm
Palpasi	
- Leopold I	: Teraba bulat, lunak, tidak melenting
- Leopold II	: Sisi kanan teraba keras, panjang, seperti papan. Sisi kiri teraba bagian-bagian kecil
- Leopold III	: Teraba bulat, keras, melenting

- Leopold IV : Bagian terendah janin belum masuk PAP

Auskultasi

- DJJ : 140 x/menit, teratur

5. Ekstremitas

- Telapak tangan : Tidak pucat
- Varices : Tidak ada
- Reflek patella : Positif kiri dan kanan
- Oedema : Tidak ada

6. Pinggang (Costo vertebra angel tenderness): Tidak ada nyeri ketuk

D. Pemeriksaan Genetalia

1. Pemeriksaan Genetalia Eksternal

- Labia Mayora : Tidak dilakukan
- Labio Minora : Tidak dilakukan
- Urifisium Uretra : Tidak dilakukan
- Vulva : Tidak dilakukan:
- Varices : Tidak dilakukan
- Pengeluaran : Tidak dilakukan
- Bau : Tidak dilakukan
- Kelenjar Skene : Tidak dilakukan
- Lain-lain : Tidak ada

2. Genetalia Internal (bila ada indikasi)

Pemeriksaan Dalam

- Dinding Vagina : Tidak dilakukan
- Serviks dan vagina : Tidak dilakukan

Pelvimetri Klinis

- Promontorium : Tidak dilakukan
- Conjugata Diagonalis : Tidak dilakukan
- Linea Inominata : Tidak dilakukan

- Spina Isciadika : Tidak dilakukan
- Distansia Interspinalum : Tidak dilakukan
- Sacrum : Tidak dilakukan
- Arcus Pubis : Tidak dilakukan
- Kesan Panggul : Tidak ada

3. Anus (Haemoroid) : Tidak dilakukan

E. Pemeriksaan Penunjang

Laboratorium : 05-September-2018

Pemeriksaan	Hasil	Nilai Normal
<u>Hematologi</u>		
- Hematokrit	34,1 %	35-55 %
- Hemoglobin	11,6 gr/dl	11,0-16,5 gr/dl
- Eritrosit	4.39 juta	3,50-5,50 juta
- MCH	26,4 pg	25,0-35,0 pg
- MCHC	34,0 g/dl	31,0-38,0 g/dl
- MCV	77,7 fl	75,0-10,0 fl
- Trombosit	260 ribu/mm ³	150-400 ribu/mm ³
- Leukosit	6,6 ribu/mm ³	40-10,0 ribu/mm ³
- Granulosit	74,9 %	35-80 %
- Lymposit	20,3 %	15-50%
- Gol. Darah	O / +	
<u>Kimia Darah</u>		
- Gula darah sewaktu	122 mg/dl	< 180 mg/dl
<u>Serologi</u>		
- RPR	Negatif	Negatif
- HIV	Non Reaktif	Non Reaktif
- HbsAg	Non Reaktif	Non Reaktif

<u>Urinalisa</u>		
Makroskopik		
- Warna	Kuning	K-KM
- Kejernihan	Keruh	Jernih
- Reduksi	Negatif	Negatif
- Protein	Negatif	Negatif
- Urobilin	Positif	Positif
- Bilirubin	Negatif	Negatif
- pH	6.0	4,5-8,0
- BJ	1.010	1.005-1.025
- Keton	Negatif	Negatif
Sedimen		
- Eritrosit	1-2 / LPB	0-1 / LPB
- Leukosit	30-35 / LPB	3-5 / LPB
- Silinder	Negatif	Negatif
- Epitel	Positif	Positif
- Kristal	Negatif	Negatif
- Bakteri	Positif	Negatif

USG (04-Juli-2018) : Janin tunggal, hidup, presentasi kepala

Indeks Cairan Amnion (ICA): Cukup

Plasenta : Korpus depan

Taksiran Berat Janin (TBJ) : 750 gram

Jenis kelamin : Laki-laki

Taksiran Persalinan : 20-Oktober-2018

III. ANALISA

G₂P₁A₀ Hamil 36 minggu

Janin tunggal hidup intrauterin presenasi kepala

IV. PENATALAKSANAAN (RENCANA, TINDAKAN, EVALUASI)

- Memberitahu ibu hasil pemeriksaan bahwa ibu dan janin dalam keadaan sehat, usia kehamilan ibu saat ini 36 minggu, taksiran persalinan pada tanggal 25-Oktober-2018, bagian terendah janin adalah kepala dan belum memasuki panggul dan taksiran berat janin yaitu 2.635 gram Ibu mengerti.
- Menganjurkan ibu untuk mengonsumsi makanan yang bergizi. Ibu bersedia.
- Menganjurkan ibu untuk mengurangi aktivitas yang berat dan mengatur istirahatnya. Ibu bersedia.
- Menganjurkan ibu untuk personal hygiene seperti membersihkan vagina dari depan ke belakang dan mengganti pakaian dalam sesering mungkin atau jika terasa lembab. Ibu bersedia
- Menganjurkan ibu untuk melakukan perawatan payudara., dengan cara membersihkan puting payudara memakai baby oil atau minyak kelapa. Ibu bersedia.
- Menganjurkan ibu untuk melakukan olahraga ringan atau senam hamil. Ibu bersedia.
- Memberitahu ibu tentang tanda-tanda bahaya kehamilan di trimester 3, yaitu sakit kepala yang hebat, penglihatan kabur, bengkak di wajah dan jari di tangan, nyeri perut yang hebat, keluar cairan pervaginam, perdarahan pervaginam, dan gerakan janin tidak terasa. Ibu mengerti.
- Memberikan ibu terapi asam folat X 1x1 500 mg, Vitonal F X 1x1 500 mg, dan Kalk X 1x1 500 dan menjelaskan kepada ibu agar mengonsumsinya dengan air putih atau air jeruk karena dapat mempermudah penyerapan dan tidak dianjurkan diminum dengan air kopi, susu atau teh. Sudah diberikan dan ibu bersedia untuk mengonsumsinya.
- Memberitahu ibu kunjungan ulang pada tanggal 03-Oktober-2018 atau jika ibu mengalami keluhan boleh datang kapan saja. Ibu mengerti.

Kunjungan II

(03-Oktober-2018) Pukul 20.00 WIB

S : Ibu mengatakan tidak ada keluhan dan hanya ingin memeriksakan kehamilannya saja.

O : Keadaan Umum : Baik

Keadaan Emosional : Compos Mentis

Tanda-Tanda Vital : Tekanan Darah : 110/70 mmHg

Nadi : 86 x/menit

Pernapasan : 19 x/menit

Suhu : 36,6°C

Berat Badan : 61 kg

Palpasi

TFU : 33 cm

Leopold I : Teraba bulat, lunak, tidak melenting

Leopold II : Sisi kanan teraba keras, panjang, seperti papan
Sisi kiri teraba bagian-bagian kecil

Leopold III : Teraba Bulat, keras, tidak melenting

Leopold IV : Bagian terendah janin sudah masuk PAP

TBJ : 33-11x155=3.410 gram

DJJ : 148x/menit, teratur

Pemeriksaan Ano Genital

a. Inspeksi

Perineum luka parut : Tidak dilakukan

Vulva/Vagina

- Warna : Tidak dilakukan

- Luka : Tidak dilakukan

- Fistula : Tidak dilakukan

- Varises : Tidak dilakukan

- b. Pengeluaran pervaginam
 - Warna : Tidak dilakukan
 - Konsistensi : Tidak dilakukan
 - Jumlah : Tidak dilakukan
- c. Anus : Tidak dilakukan

A : G₂P₁A₀ hamil 37 minggu

Janin tunggal hidup intrauterin presentasi kepala

P :

- Memberitahu ibu hasil pemeriksaan bahwa ibu dan janin dalam keadaan sehat, usia kehamilan ibu saat ini 37 minggu, taksiran persalinan pada tanggal 25-Oktober-2018, bagian terendah janin adalah kepala dan sudah memasuki panggul. Ibu mengerti.
- Menganjurkan ibu untuk mengonsumsi makanan yang bergizi. Ibu bersedia.
- Menganjurkan ibu untuk mengurangi aktivitas yang berat dan mengatur istirahatnya. Ibu bersedia.
- Menganjurkan ibu untuk personal hygiene seperti membersihkan vagina dari depan ke belakang dan mengganti pakaian dalam sesering mungkin atau jika terasa lembab. Ibu bersedia
- Menganjurkan ibu untuk melakukan perawatan payudara., dengan cara membersihkan puting payudara memakai baby oil atau minyak kelapa. Ibu bersedia.
- Menganjurkan ibu untuk melakukan olahraga ringan atau senam hamil. Ibu bersedia.
- Mengingatkan ibu tentang tanda-tanda bahaya kehamilan di trimester 3, yaitu sakit kepala yang hebat, penglihatan kabur, bengkak di wajah dan jari di tangan, nyeri perut yang hebat, keluar cairan pervaginam, perdarahan pervaginam, dan gerakan janin tidak terasa. Ibu mengerti.

- Memberikan ibu terapi asam folat X 1x1 500 mg, Vitonal F X 1x1 500 mg, dan Kalk X 1x1 500 mg dan mengingatkan menjelaskan kepada ibu agar mengonsumsinya dengan air putih atau air jeruk karena dapat mempermudah penyerapan dan tidak dianjurkan diminum dengan air kopi, susu atau teh. Sudah diberikan dan ibu bersedia untuk meminumnya. Sudah diberikan dan ibu bersedia untuk meminumnya.
- Memberitahu ibu kunjungan ulang pada tanggal 10-Oktober-2018 atau jika ibu mengalami keluhan boleh datang kapan saja. Ibu mengerti.



MANAJEMEN
ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU BERSALIN

No. Reg : -
 Nama Pengkaji : Elina Putri Anggraeni
 Hari/Tanggal : Sabtu / 13-Oktober-2018
 Waktu Pengkajian : 13.00 WIB
 Tempat Pengkajian : BPM S. H.

PENGKAJIAN

I. DATA SUBJEKTIF

A. Identitas

Nama	: Ny I.	Nama Suami	: Tn S.
Umur	: 31 tahun	Umur	: 30 tahun
Pekerjaan	: IRT	Pekerjaan	: Wiraswasta
Agama	: Islam	Agama	: Islam
Pendidikan	: SMA	Pendidikan	: Perguruan Tinggi
Suku/Bangsa	: Jawa	Suku/Bangsa	: Jawa
Alamat	: Jl. Veteran Raya Gg. Abah No 35 RT 09/010 Kel. Bintaro Kec. Pesanggrahan Jakarta Selatan	Alamat	: Jl. Veteran Raya Gg. Abah No 35 RT 09/010 Kel. Bintaro Kec. Pesanggrahan Jakarta Selatan
Alamat Kantor:	-	Alamat Kantor:	Jl. Veteran Raya Gg. Abah
No. Telp	: 0856.8432.315	No. Telp	: 0856.2081.026

Anamnesa pada tanggal : 13-Oktober-2018 Pukul: 13.00 WIB Oleh: Elina

- H. Pergerakan janin dalam 24 jam** : \pm 15 kali
I. Makan dan minum terakhir : 09.00/12.00
J. BAB/BK terakhir : 05.00/11.00
K. Istirahat/tidur : 7 jam

II. DATA OBJEKTIF

1. Pemeriksaan Fisik

- Keadaan umum : Baik
- Kesadaran : Compos Mentis

2. Keadaan Emosional : Stabil

a. Tanda Vital Tekanan darah: 120/80 mmHg

Denyut nadi : 85x / menit

Pernafasan : 19x / menit

Suhu : 36,4 °C

d. Muka Edema : Tidak ada

e. Mata Konjungtiva : Tidak pucat

Sklera : Tidak kuning

f. Ekstermitas Edema : Tidak ada

Varises : Tidak ada

Reflek patella : Positif kanan dan kiri

g. Abdomen Bekas luka operasi: Tidak ada

His : 2x10'20'' Kekuatan: Lemah

Tinggi fundus uteri: 33 cm

Palpasi uterus Leopold I : Teraba bulat, lunak, tidak melenting

Leopold II : Sisi kanan teraba keras, panjang, seperti papan

Sisi kiri teraba bagian-bagian kecil

- Leopold III : Teraba bulat, keras, tidak melenting
- Leopold IV : Divergen, teraba 3/5
- TBJ : $33-11 \times 155 = 3.410$ gram
- h. Auskultasi DJJ : 146 kali/menit, teratur/tidak
- Punctum maksimum : Bagian kanan perut bawah
- i. Genitalia Eksternal
- Vulva: Varises : Tidak ada
- Edema : Tidak ada
- Vagina : Lendir darah
- Pengeluaran Anus : Tidak ada hemorroid
- j. Genitalia Internal (Periksa Dalam)
- Dinding vagina : Tidak ada kelainan
- Portio : Tebal lunak
- Pembukaan : 2 cm
- Selaput ketuban : Positif
- Presentasi : Kepala
- Penurunan : Hodge II
- Posisi : Ubun-ubun kecil kanan belakang
- Moulage : Tidak ada
- k. Pemeriksaan penunjang
- USG (3-Okt-2018)
- Janin, tunggal, hidup, presentasi kepala
- Usia Kehamilan : 37 minggu
- Letak Plasenta : Fundus
- Indeks Cairan Amnion (ICA) : Cukup
- Taksiran Berat Janin : 3.200 gram
- Jenis Kelamin : Laki-Laki
- Taksiran Persalinan : 21-Okt-2018

III. ANALISA

G₂P₁A₀ hamil 38 minggu inpartu kala I fase laten

Janin tunggal hidup intrauterin presentasi kepala.

IV. PLANNING (RENCANA, IMPLEMENTASI, EVALUASI)

- Memberitahu ibu hasil pemeriksaan bahwa saat ini ibu sudah memasuki proses persalinan dan pembukaan ibu sudah 2 cm. Ibu mengerti.
- Menghadirkan pendamping. Ibu didampingi oleh suaminya.
- Menganjurkan ibu untuk makan dan minum. Ibu bersedia.
- Menganjurkan ibu untuk tidak menahan BAB dan BAK. Ibu bersedia.
- Menganjurkan ibu untuk mobilisasi seperti berjalan-jalan dan miring kekiri. Ibu bersedia.
- Menganjurkan ibu untuk beristirahat disela-sela his. Ibu bersedia.
- Memberitahu ibu akan dilakukan observasi 30 menit kemudian yaitu DJJ, dan his. 4 jam kemudian dilakukan pemeriksaan dalam atau jika ibu ada keluhan. Ibu mengerti.

Observasi Persalinan

Tanggal / Pukul	Keterangan	
13-10-18		
14.00	His:2x10'20"	DJJ: (+)145x/menit
14.30	His:2x10'20"	DJJ: (+)148x/menit
15.00	His:2x10'20"	DJJ: (+)148x/menit
15.30	His:2x10'30"	DJJ: (+)146x/menit
16.00	His:2x10'30"	DJJ: (+)145x/menit
16.30	His:3x10'30"	DJJ: (+)147x/menit

17.00	<p>S: Ibu mengatakan mulasnya bertambah sering</p> <p>O: Keadaan umum: Baik Kesadaran: Compos mentis</p> <p>TTV TD: 120/80 mmHg</p> <p> N : 86x/menit</p> <p> Rr : 20x/menit</p> <p> S : 36,4^oC</p> <p>His : 3x10'30" sedang</p> <p>DJJ : 147x/ menit</p> <p>Inspeksi : Lendir darah : Ada</p> <p> Air ketuban : Tidak ada pengeluaran</p> <p> Darah : Tidak ada pengeluaran</p> <p>PD : Dinding vagina : Tidak ada kelainan</p> <p> Portio : Tipis lunak</p> <p> Pembukaan : 3 cm</p> <p> Selaput ketuban : Positif</p> <p> Presentasi : Kepala</p> <p> Penurunan : Hodge II</p> <p> Posisi : Ubun-ubun kecil kanan belakang</p> <p> Moulage : Tidak ada</p> <p>A: G₂P₁A₀ hamil 38 minggu inpartu kala I fase laten</p> <p>Janin tunggal hidup intrauterine presentasi kepala</p> <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Memberitahu hasil pemeriksaan dalam batas normal. Ibu mengerti. - Menganjurkan ibu untuk tetap makan dan minum. Ibu bersedia. - Menganjurkan ibu untuk mobilisasi seperti berjalan-jalan atau
-------	--

	miring kekiri. Ibu ingin berjalan jalan.	
	- Menganjurkan ibu untuk istirahat disela-sela his. Ibu bersedia.	
	- Menganjurkan ibu untuk tidak menahan BAB dan BAK. Ibu bersedia.	
17.30	His:3x10'30"	DJJ: (+)147x/menit
18.00	His:3x10'30"	DJJ: (+)145x/menit
18.30	His:3x10'30"	DJJ: (+)146x/menit
19.00	His:3x10'40"	DJJ: (+)145x/menit
19.30	His:4x10'30"	DJJ: (+)145x/menit
20.00	His:4x10'30"	DJJ: (+)145x/menit
20.30	His:4x10'45"	DJJ: (+)146x/menit
21.00	His:4x10'45"	DJJ: (+)146x/menit

Pukul : 21.30 WIB

KALA II

S : Ibu mengatakan mulasnya semakin sering, lendir darah bertambah banyak dan ingin meneran

O :Keadaan Umum : Baik

Kesadaran: Compos mentis

TTV : TD: 120/80mmHg, N: 85x/menit, R: 20x/menit, S: 36,5⁰C

HIS : 4x10'45" Kekuatan: Kuat

DJJ :145x/menit

Inspeksi : Tekanan pada anus, vulva membuka,perineum menonjol

PD Dinding vagina : Tidak ada kelainan

Portio : Tidak teraba

Pembukaan : 10 cm

Selaput ketuban	: Positif
Presentasi	: Kepala
Penurunan	: Hodge III
Posisi	: Ubun-ubun kecil depan
Moulage	: Tidak ada

A : G₂P₁A₀ hamil 38 minggu partus kala II
Janin tunggal hidup intrauterin presentasi kepala.

P :

- Memberitahu ibu hasil pemeriksaan dalam batas normal, bahwa pembukaan ibu sudah 10 cm atau lengkap tetapi ketuban belum pecah. Ibu mengerti.
- Mengajarkan ibu cara meneran yang baik dan benar yaitu dengan posisi dorsal rectumben atau posisi berbaring terlentang kedua lutut ditarik atau diregangkan, tangan berada di bagian bawah lutut, dan pandangan mengarah keperut ibu. Ibu mengerti.
- Menganjurkan ibu untuk makan dan minum. Ibu ingin minum.
- Melakukan amniotomi. Sudah dilakukan dan ketuban jernih.
- Memimpin meneran. Ibu mempunyai dorongan saat meneran.
- Menganjurkan ibu untuk beristirahat dan mengatur napas disela-sela his. Ibu bersedia.
- Menolong persalinan. Bayi lahir spontan pukul 21.57, menangis kuat, tonus otot baik, warna kulit kemerahan dan jenis kelamin laki-laki.
- Menganjurkan ibu untuk melakukan IMD selama 1 jam. Ibu bersedia.

Pukul: 21.57 WIB

KALA III

S : Ibu mengatakan perutnya masih merasa mulas

O :Keadaan Umum : Baik Kesadaran: Compos mentis

Palpasi : Tidak ada janin kedua

TFU : Sepusat Kontraksi: Baik

Kandung kemih : Kosong

Perdarahan : ± 100 ml

A : P₂A₀ partus kala III

P :

- Memberitahu ibu hasil pemeriksaan dalam batas normal. Ibu mengerti
- Memberitahu ibu akan disuntikan oksitosin yang pertama 10 IU IM untuk mempercepat pengeluaran plasenta. Sudah diberikan.
- Melihat tanda-tanda pelepasan plasenta. Terdapat tanda-tanda pelepasan plasenta yaitu perut berglobuler, tali pusat bertambah panjang, dan terdapat semburan darah.
- Melahirkan plasenta. Plasenta lahir spontan pukul 22.02
- Memassase perut ibu selama 15 detik. Sudah dilakukan dan kontraksi uterus baik.
- Mengecek kelengkapan plasenta. Plasenta lengkap. Selaput korion dan selaput amnion utuh, terdapat 20 kotiledon, panjang tali plasenta 45 cm, berdiameter 15 cm, tebal 2,5 cm, dan berat 500 gram.
- Mengecek laserasi jalan lahir. Terdapat laserasi jalan lahir Grade II.

Pukul : 22.02 WIB

KALA IV

S : Ibu merasa perutnya masih mulas

O :Keadaan Umum : Baik Kesadaran: Compos mentis

TTV : TD: 120/80 mmHg, N: 85x/mnt, Rr: 20x/mnt,
S: 36,5°C

TFU : 2 Jari dibawah pusat Kontraksi: Baik

Kandung kemih : Kosong

Perdarahan : ±50 ml

Luka Jalan Lahir : Grade II

A : P₂A₀ partus kala IV

P :

- Memberitahu ibu hasil pemeriksaan dalam batas normal, kontraksi ibu baik, perdarahan normal, tetapi ada luka jalan lahir dan akan dilakukan penjahitan pada luka jalan lahir. Ibu mengerti.
- Melakukan hecting jelujur Grade II dengan lidokain 1 %. Sudah dilakukan dan tidak ada lagi robekan jalan lahir.
- Menganjurkan ibu untuk ber KB IUD. Ibu tidak bersedia.
- Membersihkan dan membantu ibu memakai pembalut. Sudah dilakukan.
- Mendekontaminasi alat dan membersihkan diri. Alat sudah di dekontaminasi dan diri sendiri sudah bersih.
- Mengajarkan ibu cara memasase perut ibu agar berkontaksi dengan baik, dengan cara memutar perut ibu searah jarum jam. Ibu mengerti.
- Menganjurkan ibu untuk beristirahat. Ibu mengerti.
- Menganjurkan ibu untuk makan dan minum. Ibu mengerti
- Menganjurkan ibu untuk tidak menahan BAB dan BAK. Ibu mengerti.
- Menganjurkan ibu untuk mobilisasi dini, seperti menggerak-gerakan kaki, miring kiri atau kanan, duduk dan berjalan. Ibu bersedia.

- Memberitahu ibu tentang tanda-tanda bahaya kala IV, seperti pusing yang hebat, penglihatan kabur, demam, keluar darah yang terus-menerus dan perut tidak berkontraksi dengan baik atau terasa lembek. Ibu mengerti.
- Memberikan ibu terapi Vit A 200.000 IU 2 kapsul, kapsul pertama diminum setelah 1 jam persalinan dan kapsul kedua diminum setelah 24 jam dari tablet pertama
- Memberikan ibu terapi amoxylin 3x1, asam mefenamat 3x1, Fe 2x1, Vit C 3x1, B1 3x1, dan B12 3x1. Sudah diberikan dan ibu bersedia meminumnya.
- Memberitahu ibu akan dilakukan observasi selama 2 jam yaitu TTV, TFU, kontraksi uterus, kandung kemih dan perdarahan. 1 jam pertama setiap 15 menit dan 1 jam kedua setiap 30 menit. Ibu mengerti.

Pukul: 00.02 WIB

Pemantauan Persalinan Kala IV

S: Ibu mengatakan perutnya tidak merasa mulas.

O: TTV : TD: 120/80 mmHg

N : 85 x/menit

R : 20 x/menit

S : 36,7°C

TFU : 2 jari dibawah pusat

Kontraksi : Lembek Kandung kemih: Kosong

Inspeksi : Perdarahan: Terlihat darah mengalir (\pm 300 ml)

A: P₂A₀ partus kala IV dengan atonia uteri

P:

- Memberitahu ibu hasil pemeriksaan, bahwa kontraksi uterus tidak baik atau perut terasa lembek dan ibu mengalami perdarahan. Ibu mengerti.

- Melakukan masase perut ibu. Sudah dilakukan dan kontraksi uterus masih tidak baik.
- Memberikan ibu peroral misoprostol 3 tablet 600 μ g. Sudah diberikan.
- Melakukan masase uterus kembali. Sudah dilakukan dan kontraksi uterus sudah baik.
- Menganjurkan ibu untuk memasase perunya agar berkontraksi dengan baik. Ibu bersedia.
- Menganjurkan ibu untuk tidak menahan BAB dan BAK. Ibu bersedia.
- Melakukan observasi TTV, kontraksi uterus, kandung kemih dan perdarahan pada 30 menit kemudian. Ibu dalam keadaan normal, kontraksi uterus baik dan tidak terjadi perdarahan.



MANAJEMEN
ASUHAN KEBIDANAN PADA BAYI BARU LAHIR

No. Reg : -
 Nama Pengkaji : Elina Putri Anggraeni
 Hari/Tanggal : Sabtu / 13-Oktober-2018
 Waktu Pengkajian : 22.57 WIB
 Tempat Pengkajian : BPM Sri Helmi

PENGKAJIAN

I. DATA SUBJEKTIF

A. Identitas

Nama Bayi : By. Ny I.
 Tgl/Jam/Lahir : 13-Oktober-2018 / 22.57 WIB
 Jenis Kelamin : Laki-laki

Nama Ibu : Ny I.	Nama Ayah : Tn S.
Umur : 31 tahun	Umur : 30 tahun
Pekerjaan : IRT	Pekerjaan : Wiraswasta
Agama : Islam	Agama : Islam
Pendidikan : SMA	Pendidikan : Perguruan Tinggi
Suku/Bangsa : Jawa	Suku/Bangsa : Jawa
Alamat : Jl. Veteran Raya Gg. Abah No 35 RT 09/010 Kel. Bintaro Kec. Pesanggrahan Jakarta Selatan	Alamat : Jl. Veteran Raya Gg. Abah No 35 RT 09/010 Kel. Bintaro Kec. Pesanggrahan Jakarta Selatan
Alamat Kantor: -	Alamat Kantor: Jl. Veteran Raya Gg. Abah

No. Telp : 0856.8432.315 No.Telp : 0856.2081.026

Anamnesa pada tanggal : 13-Oktober-2018 Pukul: 23.57 WIB Oleh: Elina

1. Pada Ibu

A. Riwayat Kehamilan Sekarang

a. Pemeriksaan Ante Natal

a) Keluhan

- Tri mester I : Mual-mual
- Tri mester II : Batuk dan flu
- Tri mester III : Pegal-pegal pada pinggang

b) Imunsasi : Tidak ada

b. Riwayat penyakit dalam kehamilan

a) Kardiovaskuler : Tidak ada

b) Diabetes Melitus : Tidak ada

c) TBC : Tidak ada

d) Asma : Tidak ada

e) Malaria : Tidak ada

f) PMS : Tidak ada

g) HIV/AIDS : Tidak ada

h) Lain-lain : Tidak ada

c. Riwayat komplikasi kehamilan

a) Pendarahan : Tidak ada

b) Preeklampsia : Tidak ada

c) Eklampsia : Tidak ada

d) Lain-lain : Tidak ada

B. Riwayat Persalinan Sekarang

- a. Jenis Persalinan : Spontan
- b. Ditolong Oleh : Bidan
- c. Lama Persalinan :
 - a) Kala I : 16 Jam 30 Menit
 - b) Kala II : 27 Menit
 - c) Kala III : 5 Menit
- d. Keadaan bayi saat lahir : Menangis kuat
- e. Jumlah air ketuban : Normal
- f. Komplikasi persalinan : Tidak ada

II. DATA OBJEKTIF**A. Pemeriksaan Umum**

- a. Suhu : 36,5⁰c
- b. Pernapasan : 53x/menit
- c. Nadi : 148x/menit
- d. Keaktifan : Aktif
- e. Tangisan : Kuat

B. Pemeriksaan Fisik Secara Sistematis

- a. Kepala : Tidak ada caput suscadaneum dan chepal hematoma.
- b. Muka : Bersih, tidak pucat, tidak ada oedema dan tidak Nampak moon face
- c. Mata : Bersih, simetris, tidak ada oedema, tidak cekung, Sclera putih dan konjungtiva tidak pucat
- d. Hidung : Bersih, simetris dan ada septum.
- e. Mulut : Bersih, tidak ada stomatitis dan labiolapatoskizis.
- f. Telinga : Bersih, simetris, daun telinga tidak tertutup.
- g. Leher : Bersih, tidak ada pembengkakan dan fraktur klavikula.

- h. Dada : Simetris dan tidak ada tarikan dinding dada.
- i. Perut : Bersih, kemerahan, tidak kembung dan tidak ada onfalokel.
- j. Tali Pusat : Bersih, tidak ada perdarahan, tidak kuning dan tidak ada tanda-tanda infeksi.
- k. Punggung : Tidak ada spina bivida dan meningokel.
- l. Ekstermitas Atas : Tangan dan jari-jari tangan lengkap, tidak polidaktili dan tidak sindaktili.
- m. Ekstermitas Bawah : Kaki dan jari-jari kaki lengkap, tidak polidaktili dan tidak sindaktili
- n. Genetalia : Testis sudah turun ke skrotum.
- o. Anus : Mekoneum (+)

C. Reflek

- a. Reflek Moro : Positif
- b. Reflek Rooting : Positif
- c. Reflek Tonic Neck : Positif
- d. Reflek Grabs / Plantar : Positif
- e. Reflek Sucking : Positif
- f. Reflek Babinsky : Negatif

D. Antropometri

- a. Lingkar Kepala : 30 cm
- b. Lingkar Dada : 29 cm
- c. Lingkar lengan atas : 10 cm
- d. Berat Badan : 2.700 gram
- e. Panjang Badan : 48 cm

E. Eliminasi

- a. Miksi : Negatif
 b. Mekonium : Positif

III. ANALISA

Neonatus Cukup Bulan Sesuai Masa Kehamilan Usia 1 Jam.

IV. PENATALAKSANAAN (RENCANA, TINDAKAN, EVALUASI)

- Memberitahu ibu dan keluarga hasil pemeriksaan dalam batas normal, yaitu berat badan bayi 2.700 gram, panjang badan 48 cm, tidak ada kelainan dan tidak tampak tanda-tanda bahaya. Ibu dan keluarga mengerti.
- Memberikan ibu informed consent bahwa bayinya akan diberikan Vit K untuk mencegah perdarahan pada otak. Ibu setuju
- Memberikan Vit K 1 Mg IM di paha kiri anterolateral. Vit K sudah diberikan.
- Memberikan salep mata oxytetracycline 1%. Sudah diberikan.
- Melakukan perawatan tali pusat, dengan cara membalut tali pusat dengan kasa bersih dan kering tanpa diberikan betadine atau alkohol. Sudah dilakukan.
- Memberikan bayi identifikasi atau penang. Bayi tidak diberikan penang
- Menganjurkan ibu untuk melakukan bounding and attachment seperti memeluk atau menggendong bayinya dan melakukan kontak mata. Ibu bersedia.
- Menganjurkan ibu untuk menyusui bayinya tanpa jadwal dengan ASI saja tanpa diberi makanan tambahan apapun sampai bayi berusia 6 bulan. Ibu bersedia.
- Menjelaskan ibu cara mencegah kehilangan panas pada bayi, dengan cara memakaikan topi dan membedong bayi. Ibu mengerti.
- Memberitahu ibu bahwa bayinya akan diberikan imunisasi HB0 pada 1 jam kemudian. Ibu tidak bersedia.
- Memberitahu ibu tentang tanda-tanda bahaya pada bayi yaitu tidak mau minum atau banyak muntah, kejang, bergerak hanya jika dirangsang, mengantuk berlebihan, lemah, lunglai, merintih, menangis terus menerus, teraba demam atau dingin, terdapat banyak nanah dimata, pusar kemerahan, bengkak, keluar

cairan, berbau busuk, berdarah, telapak tangan dan kaki tampak kuning. Ibu mengerti.

- Memberitahu ibu bahwa bayinya akan diperiksa dan akan dimandikan 8 jam kemudian. Ibu mengerti.

Kunjungan I

Hari/Tanggal : Minggu 14 Oktober 2018

Pukul : 05.57 WIB

S : Ibu mengatakan bayinya menyusu dengan kuat, sudah BAB 1 kali dan BAK 2 kali

O : Keadaan Umum : Baik

Tanda-Tanda Vital : Suhu : 36,7°C

Pernapasan : 55 x/menit

HR : 149 x/menit

Warna Kulit : Kemerahan

Sclera : Tidak kuning

Berat Badan : 2.700 gram

Eliminasi : BAB: 1 kali

BAK: 2 kali

Tali pusat : Bersih, tidak ada perdarahan, tidak kuning dan tidak ada tanda-tanda infeksi

Ikterik : Negatif

A : Neonatus Cukup Bulan Sesuai Masa Kehamilan Usia 8 jam

P :

- Memberitahu kepada ibu bahwa bayinya saat ini dalam keadaan normal, yaitu berat badan bayi 2.700 gram, tali pusat dalam keadaan baik, dan tidak tampak tanda-tanda bahaya. Ibu mengerti.

- Menganjurkan ibu untuk menyusui bayinya tanpa jadwal dengan ASI saja tanpa diberi makanan tambahan apapun sampai bayi berusia 6 bulan. Ibu bersedia.
- Memberitahu ibu tentang cara merawat tali pusat, dengan cara membalut tali pusat dengan kasa bersih dan kering tanpa diberikan betadine atau alkohol. Ibu mengerti.
- Menganjurkan ibu untuk melakukan bounding and attachment seperti memeluk atau menggendong bayinya dan melakukan kontak mata. Ibu bersedia.
- Menjelaskan ibu cara mencegah kehilangan panas pada bayi, dengan cara memakaikan topi dan membedong bayi. Ibu mengerti.
- Mengingatkan ibu tentang tanda-tanda bahaya pada bayi yaitu tidak mau minum atau banyak muntah, kejang, bergerak hanya jika dirangsang, mengantuk berlebihan, lemah, lunglai, merintih, menangis terus menerus, teraba demam atau dingin, terdapat banyak nanah dimata, pusar kemerahan, bengkak, keluar cairan, berbau busuk, berdarah, telapak tangan dan kaki tampak kuning. Ibu mengerti.
- Mengobservasi TTV, tali pusat, intake dan outake.
- Memberitahu ibu bahwa bayinya akan dimandikan. Ibu mengerti.
- Merencanakan memandikan bayi pada pukul 15.00 WIB.
- Memberitahu ibu untuk kunjungan ulang pada 1 minggu kemudian (19-Oktober-2018) atau jika bayi mengalami keluhan boleh datang kapan saja. Ibu mengerti

Kunjungan II

Hari/Tanggal : Jumat 19 Oktober 2018

Pukul : 11.00 WIB

S : Ibu mengatakan bayinya menyusui dengan kuat

mengantuk berlebihan, lemah, lunglai, merintih, menangis terus menerus, teraba demam atau dingin, terdapat banyak nanah dimata, pusar kemerahan, bengkak, keluar cairan, berbau busuk, berdarah, telapak tangan dan kaki tampak kuning. Ibu mengerti.

- Memberitahu ibu untuk kunjungan ulang pada 1 minggu kemudian (27-Oktober-2018) atau jika bayi mengalami keluhan boleh datang kapan saja. Ibu mengerti

Kunjungan III

Hari/Tanggal : Sabtu 27 Oktober 2018

Pukul : 10.00 WIB

S : Ibu mengatakan bayinya sehat dan menyusu dengan kuat

O : Keadaan Umum : Baik

Tanda-Tanda Vital : Suhu : 36,9°C

Pernapasan : 57 x/menit

HR : 154 x/menit

Warna Kulit : Kemerahan

Sclera : Tidak kuning

Berat Badan : 2.900 gram

Eliminasi : BAB: 2-3 x/hari

BAK: 5-7 x/hari

Ikterik : Negatif

A : Neonatus Cukup Bulan Sesuai Masa Kehamilan Usia 14 Hari

P :

- Memberitahu kepada ibu bahwa bayinya saat ini dalam keadaan normal yaitu berat badan bayi 2.900 gram, dan tidak tampak tanda-tanda bahaya. Ibu mengerti.
- Menganjurkan ibu untuk menyusui bayinya tanpa jadwal dengan ASI saja tanpa diberi makanan tambahan apapun sampai bayi berusia 6 bulan. Ibu bersedia.
- Menganjurkan ibu untuk menyusui bayi sesering mungkin agar bayinya tidak panas dan kekurangan nutrisi. Ibu bersedia.
- Menganjurkan ibu untuk menjemur bayinya dibawah sinar matahari pagi setelah mandi agar bayinya tidak kuning. Ibu bersedia.
- Mengingatkan ibu cara merawat bayi sehari-hari. Ibu mengerti dan bersedia melakukannya.
- Mengingatkan ibu tentang tanda-tanda bahaya pada bayi yaitu tidak mau minum atau banyak muntah, kejang, bergerak hanya jika dirangsang, mengantuk berlebihan, lemah, lunglai, merintih, menangis terus menerus, teraba demam atau dingin, terdapat banyak nanah dimata, pusar kemerahan, bengkak, keluar cairan, berbau busuk, berdarah, telapak tangan dan kaki tampak kuning. Ibu mengerti.
- Menganjurkan ibu agar bayinya diimunisasi BCG ketika bayinya berusia 1 bulan untuk memberikan perlindungan terhadap penyakit Tuberkolosis (TBC). Ibu tidak bersedia
- Memberitahu ibu pada tanggal 24-November-2018 akan dilakukan kunjungan rumah. Ibu mengerti.

Kunjungan IV (Kunjungan Rumah)

Hari/Tanggal : Sabtu 24 November 2018

Pukul : 15.00 WIB

S : Ibu mengatakan bayinya sehat dan menyusui dengan kuat

O : Keadaan Umum : Baik

Tanda-Tanda Vital : Suhu : 37,0°C

Pernapasan : 51 x/menit

HR : 153 x/menit

Warna Kulit : Kemerahan

Sclera : Tidak kuning

Berat Badan : 4.200 gram

Eliminasi : BAB: 2-3 x/hari

BAK: 5-7 x/hari

Ikterik : Negatif

A : Neonatus Cukup Bulan Sesuai Masa Kehamilan Usia 42 Hari

P :

- Memberitahu kepada ibu bahwa bayinya saat ini dalam keadaan normal yaitu berat badan bayi 4.200 gram, dan tidak tampak tanda-tanda bahaya. Ibu mengerti.
- Menganjurkan ibu untuk menyusui bayinya tanpa jadwal dengan ASI saja tanpa diberi makanan tambahan apapun sampai bayi berusia 6 bulan. Ibu bersedia.
- Menganjurkan ibu untuk menyusui bayi sesering mungkin agar bayinya tidak panas dan kekurangan nutrisi. Ibu bersedia.
- Menganjurkan ibu untuk menjemur bayinya dibawah sinar matahari pagi setelah mandi agar bayinya tidak kuning. Ibu bersedia.

- Mengingatkan ibu cara merawat bayi sehari-hari. Ibu mengerti dan bersedia melakukannya.
- Mengingatkan ibu tentang tanda-tanda bahaya pada bayi yaitu tidak mau minum atau banyak muntah, kejang, bergerak hanya jika dirangsang, mengantuk berlebihan, lemah, lunglai, merintih, menangis terus menerus, teraba demam atau dingin, terdapat banyak nanah dimata, pusar kemerahan, bengkak, keluar cairan, berbau busuk, berdarah, telapak tangan dan kaki tampak kuning. Ibu mengerti.



MANAJEMEN
ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU NIFAS

No. Reg : -
 Nama Pengkaji : Elina Putri Anggraeni
 Hari/Tanggal : Minggu / 14-Oktober-2018
 Waktu Pengkajian : 05.57 WIB
 Tempat Pengkajian : BPM S. H.

PENGKAJIAN

I. DATA SUBJEKTIF

A. Identitas

Nama	: Ny I.	Nama Suami	: Tn S.
Umur	: 31 tahun	Umur	: 30 tahun
Pekerjaan	: IRT	Pekerjaan	: Wiraswasta
Agama	: Islam	Agama	: Islam
Pendidikan	: SMA	Pendidikan	: Perguruan Tinggi
Suku/Bangsa	: Jawa	Suku/Bangsa	: Jawa
Alamat	: Jl. Veteran Raya Gg. Abah No 35 RT 09/010 Kel. Bintaro Kec. Pesanggrahan Jakarta Selatan	Alamat	: Jl. Veteran Raya Gg. Abah No 35 RT 09/010 Kel. Bintaro Kec. Pesanggrahan Jakarta Selatan
Alamat Kantor:	-	Alamat Kantor:	Jl. Veteran Raya Gg. Abah
No. Telp	: 0856.8432.315	No.Telp	: 0856.2081.026

Anamnesa pada tanggal : 14-Oktober-2018 Pukul: 06.00 WIB Oleh: Elina

B. Keluhan utama pada saat masuk

Ibu mengatakan perutnya masih terasa mulas

C. Antenatal

- Pemeriksaan di : BPM S. H.
- Kelainan/komplikasi : Tidak ada
- Usia kehamilan : Cukup bulan
- Para : 2

D. Persalinan

- Persalinan lahir tanggal : 13-Oktober-2018 Jam: 21.57
- Jenis kelamin : Laki-laki BB: 2.700 gram TB: 48 cm
- Perdarahan kala III : ± 100 ml
- Perdarahan kala IV : ± 300 ml
- Perdarahan Total : ± 400 ml
- Perdarahan selama operasi : Tidak ada
- Jenis persalinan : Spontan
- Placenta : Spontan
- Perineum : Ada luka robekan
- Anestesi : Lidokain
- Jahitan : Grade II
- Infus cairan : Tidak ada
- Tranfusi darah : Tidak ada

E. Pola Eliminasi

- BAK : Positif
- BAB : Negatif

II. DATA OBJEKTIF

A. Pemeriksaan umum

- Tekanan darah : 110/70 mmHg
- Nadi : 82 x / menit
- Pernafasan : 20 x / menit
- Suhu : 36,6 °C
- Berat Badan : 55 Kg

B. Pemeriksaan Sistematis

a. Kepala

- Muka Edema : Tidak ada
- Mata Konjungtiva : Tidak pucat
- Mata Sklera : Tidak kuning
- Mulut/Gigi Stomatitis : Tidak ada
- Gusi : Tidak ada pembengkakan
- Caries : Tidak ada

b. Leher

- Pembesaran kelenjar tiroid : Tidak ada

c. Dada dan Axilla (ketiak)

- Mamae
 - Membesar : Ya
 - Benjolan : Tidak ada
 - Simetris : Ya
 - Areola : Hiperpigmentasi
 - Puting susu : Menonjol
 - Pengeluaran : ASI
- Axilla
 - Pembesaran kelenjar getah bening: Tidak ada
 - Nyeri : ~~Ada~~/ Tidak

d. Abdomen

- TFU : 2 jari dibawah pusat
- Kontraksi : Baik
- Kandung kemih : Kosong

e. Ekstremitas

- Tungkai : Tidak ada kelainan Nyeri: Tidak ada Merah:
Tidak ada
- Edema : Tidak ada

f. Ano-Genital

- Lochea : Rubra
- Vulva : Normal
- Perineum : Grade II
- Penyembuhan luka : Basah dan bersih

g. Pemeriksaan Penunjang

Laboratorium : Tidak dilakukan

III. ANALISA

P₂A₀ postpartum 8 jam.

IV. PLANNING (RENCANA, IMPLEMENTASI, EVALUASI)

- Memberitahu hasil pemeriksaan dalam batas normal, tidak ada perdarahan dan luka jahitan masih terlihat basah. Ibu mengerti.
- Memberitahu ibu tentang keluhan yang terjadi, bahwa rasa mulas yang dirasakan wajar terjadi karena setelah persalinan uterus akan mengalami involusi atau kembalinya bentuk uterus ke bentuk sebelum hamil. Ibu mengerti.
- Menganjurkan ibu untuk menyusui bayinya tanpa jadwal dengan memberikan ASI saja. Ibu bersedia.

- Memberitahu ibu cara menyusui yang baik dan benar, sebelum dan sesudah menyusui ASI dikeluarkan sedikit kemudian diolesakan pada puting susu dan sekitar areola agar puting susu tidak lecet, setelah menyusui bayi disendawakan bersandar pada bahu ibu kemudian punggungnya ditepuk perlahan atau bayi tidur tengkurap di pangkuan ibu kemudian punggungnya ditepuk perlahan. Ibu mengerti
- Mengajarkan ibu untuk mobilisasi dini dimulai dari menggerak-gerakan kaki, miring kanan atau kiri, duduk, dan berjalan, ibu bersedia.
- Mengajarkan ibu untuk istirahat yang cukup. Ibu bersedia.
- Mengajarkan ibu untuk mengonsumsi makanan yang bergizi. Ibu bersedia.
- Mengajarkan ibu untuk personal hygiene seperti menjaga keberbersihan kemaluannya, dengan cara jika setelah BAB atau BAK membasuhnya dari depan ke belakang dan mengganti pakaian dalam jika sudah merasa lembab. Ibu bersedia.
- Memberitahu ibu tentang tanda-tanda bahaya nifas yaitu demam tinggi, perdarahan vagina yang kelur biasa atau tiba-tiba bertambah banyak, nyeri perut hebat, sakit kepala yang terus-menerus, bengkak pada wajah, jari-jari atau tangan rasa sakit, merah, atau bengkak dibagian betis atau kaki, payudara membengkak, dan puting payudara berdarah atau mereka. Ibu mengerti.
- Memberitahu ibu kunjungan ulang pada 1 minggu kemudian (19-Oktober-2018) atau jika ibu mengalami keluhan ibu boleh datang kapan saja. Ibu mengerti.

Nifas 6 Hari

Hari/Tanggal : **Jumat 19-Oktober-2018**

Pukul : **11.00 WIB**

S : Ibu mengatakan tidak ada keluhan

O : Keadaan Umum : Baik

Kesadaran : Compos Mnetis

Keadaan Emosional : Stabil

Tanda-Tanda Vital : Tekanan Darah : 110/70 mmHg

Nadi : 89 x/menit

Pernapasan : 20x/menit

Suhu : 36,6°C

Kontraksi Uterus : Baik

TFU : Pertengahan pusat dan sympisis

Pengeluaran ASI : Banyak pada payudara kanan dan kiri

Kandung Kemih : Kosong

Perineum : Sudah mulai kering

Lochea : Sanguinolenta

A : P₂A₀ Nifas 6 hari

P :

- Memberitahu ibu tentang hasil pemeriksaan bahwa saat ini ibu dalam keadaan normal, luka jahitan sudah mulai kering dan tidak ada tanda-tanda infeksi. Ibu mengerti.
- Memeriksa involusi uteri. Involusi uteri berjalan normal.
- Mengevaluasi cara ibu menyusui bayinya dan pemberian ASI Eksklusif. Ibu tidak tampak kesulitan dalam menyusui dan masih memberikan ASI

Eksklusif pada bayinya dan pengeluaran ASI banyak pada payudara kanan dan kiri.

- Memberitahu ibu tentang perawatan payudara seperti membersihkan puting susu dengan kapas dan baby oil. Ibu mengerti dan bersedia untuk melakukannya.
- Memberitahu ibu tentang nutrisi dan hidrasi agar produksi ASI tetap lancar dengan mengonsumsi sayur-sayuran dan buah-buahan. Ibu mengerti dan bersedia melakukannya.
- Mengajukan ibu untuk istirahat yang cukup. Ibu bersedia.
- Mengingatkan ibu cara melakukan personal hygiene seperti mengganti pakaian dalam sehabis mandi atau jika terasa lembab dan membasuh vagian dari depan ke belakang. Ibu mengerti dan bersedia melakukannya.
- Mengingatkan ibu tentang tanda-tanda bahaya masa nifas seperti demam, perdarahan vagina, nyeri perut hebat, sakit kepala terus menerus, pembengkakan pada wajah, jari-jari atau tangan, rasa sakit merah pada betis dan kaki, payudara membengkak, puting berdarah atau merekah, tubuh lemas seperti mau pingsang, kehilangan nafsu makan yang lama, tidak bisa BAB dalam 3 hari dan merasa sedih atau merasa tidak mampu mengasuh bayinya. Ibu mengerti.
- Memberitahu ibu kunjungan ulang pada 1 minggu kemudian pada tanggal 27-Oktober-2018 atau jika ibu mengalami keluhan boleh datang kapan saja. Ibu mengerti.

Nifas 2 Minggu

Hari/Tanggal : Sabtu 27-Oktober-2018

Pukul : 10.00 WIB

S : Ibu mengatakan tidak ada keluhan

O : Keadaan Umum : Baik

Kesadaran : Compos Mentis

Keadaan Emosional : Stabil

Tanda-Tanda Vital : Tekanan Darah : 110/70 mmHg

Nadi : 85 x/menit

Pernapasan : 19 x/menit

Suhu : 36,3 °C

Kontraksi Uterus : Baik

TFU : Tidak teraba

Pengeluaran ASI : Banyak pada payudara kanan dan kiri

Kandung Kemih : Kosong

Perineum : Luka jahitan sudah kering

Lochea : Serosa

A : P₂A₀ Nifas 2 Minggu

P :

- Memberitahu ibu tentang hasil pemeriksaan bahwa untuk saat ini keadaan ibu dalam keadaan normal, luka jahitan sudah kering dan tidak ada tanda-tanda infeksi. Ibu mengerti.
- Memeriksa involusi uteri. Involusi uteri berjalan normal.
- Mengevaluasi cara ibu menyusui bayinya dan pemberian ASI Eksklusif. Ibu tidak tampak kesulitan dalam menyusui, ibu masih memberikan ASI

Eksklusif pada bayinya dan pengeluaran ASI banyak pada payudara kanan dan kiri.

- Mengingatkan ibu tentang perawatan payudara seperti membersihkan puting susu dengan kapas dan baby oil. Ibu mengerti dan bersedia untuk melakukannya.
- Mengingatkan ibu untuk menjaga pola nutrisinya dengan mengonsumsi sayur-sayuran dan buah-buahan. Ibu bersedia
- Mengingatkan ibu untuk beristirahat yang cukup. Ibu bersedia
- Mengingatkan ibu cara melakukan personal hygiene. Ibu bersedia
- Mengingatkan ibu tentang tanda-tanda bahaya masa nifas seperti demam, perdarahan vagina, nyeri perut hebat, sakit kepala terus menerus, pembengkakan pada wajah, jari-jari atau tangan, rasa sakit merah pada betis dan kaki, payudara membengkak, puting berdarah atau merekah, tubuh lemas seperti mau pingsang, kehilangan nafsu makan yang lama, tidak bisa BAB dalam 3 hari dan merasa sedih atau merasa tidak mampu mengasuh bayinya. Ibu mengerti.
- Memberitahu ibu akan dilakukang kunjungan rumah pada tanggal 24-November-2018. Ibu bersedia untuk dilakukan kunjungan ulang kerumahnya.

Nifas 6 Minggu (Kunjungan Rumah)

Hari/Tanggal : Sabtu 24-November-2018

Pukul : 15.00 WIB

S : Ibu mengatakan tidak ada keluhan

O : Keadaan Umum : Baik

Kesadaran : Compos Mentis

Keadaan Emosional : Stabil

Tanda-Tanda Vital : Tekanan Darah : 110/70 mmHg
 Nadi : 83 x/menit
 Pernapasan : 18x/menit
 Suhu : 36,5°C

Kontraksi Uterus : Baik

TFU : Tidak teraba

Pengeluaran ASI : Banyak pada payudara kanan dan kiri

Kandung Kemih : Kosong

Perineum : Luka jahitan sudah kering

Lochea : Alba

A : P₂A₀ Nifas 6 Minggu

P :

- Memberitahu ibu tentang hasil pemeriksaan bahwa untuk saat ini keadaan ibu dalam keadaan normal, luka jahitan sudah kering dan tidak ada tanda-tanda infeksi. Ibu mengerti.
- Memeriksa involusi uteri. Involusi uteri berjalan normal.
- Mengevaluasi cara ibu menyusui bayinya dan pemberian ASI Eksklusif. Ibu tidak tampak kesulitan dalam menyusui, ibu masih memberikan ASI Eksklusif pada bayinya dan pengeluaran ASI banyak pada payudara kanan dan kiri.
- Mengingatkan ibu tentang perawatan payudara seperti membersihkan puting susu dengan kapas dan baby oil. Ibu mengerti dan bersedia untuk melakukannya.
- Menganjurkan ibu untuk berKB agar dapat menjarangkan dan menunda kehamilan. Ibu tidak bersedia
- Mengingatkan ibu untuk menjaga pola nutrisinya. Ibu bersedia
- Menganjurkan ibu untuk istirahat yang cukup. Ibu bersedia.
- Mengingatkan ibu cara melakukan personal hygiene. Ibu bersedia.

BAB IV PEMBAHASAN

Pada kasus NY.I umur 31 tahun G₂P₁A₀ penulis melakukan asuhan kebidanan secara komprehensif yang telah dilakukan sejak masa kehamilan usia 36 minggu, persalinan, bayi baru lahir dan nifas di BPM S.H. Jakarta Selatan. Hasil pengamatan tersebut akan penulis bahas pada bab ini untuk membandingkannya dengan teori, adakah kesesuaian atau kesenjangan antara teori dengan kenyataan dilapangan praktek.

4.1 Kehamilan

Ny.I telah melakukan kunjungan ulang selama kehamilan sebanyak 8 kali, trimester pertama 2 kali kunjungan, trimester kedua 3 kali kunjungan, trimester ketiga 3 kali kunjungan. Hal ini sesuai dengan teori menurut Prawirohardjo (2014) dilakukan sekali kunjungan antenatal hingga usia kehamilan 28 minggu, sekali kunjungan antenatal selama kehamilan 28-36 minggu dan sebanyak 2 kali kunjungan antenatal pada usai kehamilan diatas 36 minggu.

Menurut Depkes RI (2010), nyatakan bahwa dalam penerapan praktis asuhan kebidanan pada ibu menggunakan standar minimal pelayanan antenatal 10 T, yang terdiri dari timbang berat badan dan pengukuran tinggi badan, ukur tekanan darah, ukur tinggi fundus uteri, pemberian imunisasi Tetanus Toksoid (TT), pemberian tablet besi minimal 90 tablet selama kehamilan, tes laboratorium, temu wicara (Konseling dan pemecahan masalah), tentukan presentasi janin dan hitung DJJ , tetapkan status gizi dan tatalaksana kasus. Selama kehamilan pada Ny. I tidak pernah diberikan imunisasi Tetanus Toksoid (TT), karena suami Ny. I tidak memberikan izin dan Ny. I tidak mau diberikan imunisasi TT. Sedangkan penulis sudah memberikan penyuluhan tentang imunisasi Tetanus Toksoid (TT).

4.2 Persalinan

Pada Ny. I mengalami proses persalinan normal saat usia 38 minggu, hal ini sesuai dengan teori Sumarah (2009) yang menyatakan Persalinan adalah proses pengeluaran yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), lahir spontan dengan letak presentasi belakang kepala. Ny. I datang ke BPM S.H. pada tanggal 13-Oktober-2018 dengan keluhan keluar lendir darah dan mulas-mulas. Hal tersebut sesuai dengan teori bahwa Ny. I sudah masuk dalam masa persalinan yang disertai dengan tanda-tanda persalinan Sumarah (2009) yang menyatakan bahwa tanda-tanda persalinan yaitu terjadi his permulaan dan lendir darah sering tampak. Selama masa persalinan penulis menggunakan APD (Alat Pelindung Diri) yang lengkap, tetapi bidan yang berjaga tidak menggunakan APD yang lengkap. Hal ini tidak sesuai dengan teori menurut Prawirohardjo (2014) yang menyatakan mengenakan baju menutup atau celemek yang bersih dan memakai sarung tangan. Menurut Sumarah (2009) persalinan dibagi menjadi 4 kala yaitu:

1. Kala I

Pada Ny. I persalinan berlangsung saat usia kehamilan 38 minggu dan merupakan persalinan yang dikatakan cukup bulan. Persalinan kala I Ny I berlangsung selama 16 jam 30 menit dan Ny. I mengalami kala I memanjang. Dapat disimpulkan bahwa persalinan Ny. I tidak sesuai dengan teori menurut Manuaba (2010) yang menyatakan pada kala I berlangsung 8 jam untuk multigravida. Pada proses persalinan kala I Ny. I melakukan mobilisasi seperti berjalan-jalan yang dapat menimbulkan his menjadi lebih baik, keluarga selalu mendampingi serta diberikan nutrisi yang cukup selama proses persalinan.

2. Kala II

Pada kala II Ny.I berlangsung selama 27 menit, hal ini sesuai dengan teori menurut Sumarah (2009) yang menyatakan kala II pada multigravida berlangsung 1 jam. Hal tersebut masih dalam batas normal dikarenakan Ny. I saat dipimpin meneran

dapat meneran dengan baik, suami selalu mendampingi dan memberikan support, serta Ny I diberikan nutrisi yang cukup. Ny. I dilakukan amniotomi saat pembukaan sudah lengkap (10 cm) karena ketuban belum pecah, hal ini sesuai dengan teori menurut Sumarah (2009) yang menyatakan indikasi dilakukan amniotomi ketika pembukaan lengkap. Pada Ny. I dilakukan pertolongan persalinan 60 langkah Asuhan Persalinan Normal (APN) secara sistematis, hal ini sesuai dengan teori Prawirohardjo (2014).

3. Kala III

Menurut Sumarah (2009) kala III dimulai setelah bayi lahir sampai akhirnya lahirnya plasenta, yang berlangsung tidak lebih dari 30 menit. Pada Ny. I kala III berlangsung 5 menit. Hal ini sesuai dengan teori yang dipaparkan oleh Sumarah (2009) sehingga proses pengeluaran plasenta Ny. I berjalan dengan baik. Dikarenakan dilakukan Manajemen Aktif Kala III, dimana salah satu tujuan MAK III adalah lama kala III lebih singkat, jumlah perdarahan berkurang sehingga dapat mencegah perdarahan postpartum dan menurunkan kejadian retensio plasenta.

4. Kala IV

Kala IV dilakukan penjahitan luka perineum dengan anestesi lokal menggunakan lidokain 1 % untuk mengurangi kesakitan pada ibu. Hal ini sesuai dengan teori Sumarah (2009) yang menyatakan pada saat menjahit mungkin timbul rasa sakit yang berlebihan maka perlu digunakan anestesi lokal untuk mengurangi hal tersebut dan anestesi lokal standar yang digunakan adalah lidokain 1%.

Selama kala IV dilakukan pemantauan selama 2 jam meliputi tekanan darah, nadi, tinggi fundus uteri, kontraksi, kandung kemih dan perdarahan. Saat pemantauan 2 jam Ny. I mengatakan perutnya tidak merasa mulas, ketika dilakukan palpasi pada perut Ny. I ditemukan perut Ny. I terasa lembek dan kontraksi tidak berjalan dengan baik dan Ny. I mengalami perdarahan sebanyak ± 300 ml. Pada Ny. I dilakukan masase uterus. Pada Ny. I mengalami atonia uteri. Menurut Prawirohardjo (2014)

Atonia uteri adalah keadaan lemahnya tonus / kontraksi rahim yang menyebabkan uterus tidak mampu menutup perdarahan terbuka dari tempat implantasi plasenta setelah bayi dan plasenta lahir. Pemberian peroral misoprostol 2-3 tablet (400-600 µg) untuk mencegah perdarahan karena atonia uteri. Pada Ny. I diberikan peroral misoprostol 3 tablet untuk mencegah terjadinya perdarahan karena atonia uteri. Hal ini sesuai dengan teori yang dipaparkan.

4.3 Bayi Baru lahir

Pada bayi baru lahir Ny. I dilakukan asuhan bayi baru lahir normal dan pada satu jam postpartum dilakukan pemeriksaan antropometri didapatkan hasil semua dalam batas normal. By Ny. I lahir pada usai kehamilan 38 minggu dengan berat lahir 2.700 gram dan panjang badan 48 cm. Hal ini sesuai dengan teori menurut Saputra (2014) yang menyatakan berat badan bayi lahir normal adalah 2.500-4.000 gram dan panjang badan 48-52 cm.

Selama satu jam pertama bayi Ny. I diletakan di dada atau perut atas ibu untuk melakukan kontak kulit ke kulit dan melakukan inisiasi menyusui dini (IMD). Hal ini sesuai dengan teori Prawirohardjo (2014) yang menyatakan bahwa segera setelah dilahirkan, bayi diletakan di dada atau perut atas ibu selama paling sedikit satu jam untuk memberikan kesempatan pada bayi untuk mencari dan menemukan puting ibunya.

Kemudian bayi Ny. I setelah satu jam pertama diberikan asuhan berupa salep mata oxytetracycline 1%. Salep mata diberikan untuk mencegah infeksi pada mata serta diberikan suntikan vitamin K 0,1 mg untuk mencegah perdarahan akibat defisiensi Vitamin K yang dapat dialami oleh sebagian BBL. Hal ini sesuai teori menurut Saputra (2014) yang menyatakan salep antibiotik diberikan untuk mencegah terjadi infeksi pada mata, salep ini sebaiknya diberikan 1 jam setelah lahir dan diberikan suntikan vitamin K1 (Phytomenadione) sebanyak 1 mg dosis tunggal,

intramuscular pada anterolateral pada kiri. Pada bayi Ny.I tidak diberikan tanda pengenal berupa gelang atau penang, karena di BPM S.H. tidak menyediakan tanda pengenal atau penang. Hal ini tidak sesuai teori menurut Saputra (2014) yang menyatakan bayi baru lahir difasilitasi kesehatan segera mendapatkan tanda pengenal berupa gelang yang dikenakan pada bayi untuk menghindari tertukarnya bayi.

Imunisasi HB-0 dipaha kanan 0,5 ml secara intramuscular setelah satu jam pemberian Vitamin K tidak diberikan karena Ny. I dan suami Ny. I tidak memberikan izin bahwa bayinya diberikan imunisasi, hal ini tidak sesuai dengan Saputra (2014).

4.4 Nifas

Pada Ny. I dilakukan kunjungan nifas sebanyak 4 kali kunjungan, hal ini sesuai dengan teori menurut Pitriani (2014) menyatakan bahwa berdasarkan program dan kebijakan teknis masa nifas, paling sedikit dilakukan 4 kali kunjungan masa nifas. Selama masa nifas tinggi fundus uteri Ny. I berlangsung dengan normal, saat nifas 2 minggu tinggi fundus uteri Ny. I sudah tidak teraba. Hal ini sesuai dengan teori menurut Maryunani (2009) yang menyatakan bahwa hari kesepuluh biasanya uterus tersebut dari luar tidak teraba lagi. Selama masa nifas tidak ditemukan tanda-tanda bahaya dan komplikasi pada Ny. I.

Pada Ny. I selama masa nifas diberikan Vit A 200.000 IU yang dapat meningkatkan kualitas ASI, meningkatkan daya tahan tubuh dan meningkatkan kelangsungan hidup anak dan Ny. I mengonsumsi tablet besi selama 40 hari. Hal ini sesuai dengan teori menurut Suhermi (2010) yang menyatakan bahwa ibu nifas dianjurkan untuk mengonsumsi Vit A 200.000 IU dan mengonsumsi tablet besi tiap hari selama 40 hari. Ny. I diberikan amoxylin yang mengandung antibiotik untuk mematikan bermacam infeksi yang disebabkan oleh mikroorganisme dan bakteri anaerob karena Ny. I mengalami ruptur perineum dan diberikan Asam Mefenamat untuk mengurangi rasa nyeri.

BAB V PENUTUP

A. Kesimpulan

Berdasarkan dari asuhan kebidanan komprehensif pada Ny. I dapat disimpulkan:

1. Dari hasil pengkajian didapatkan data Ny. I G₂P₁A₀, HPHT: 18 Januari 2018, TP: 25 Oktober 2018. Janin tunggal hidup intrauterin presentasi kepala.
2. Penulis dapat menegaskan diagnosa kehamilan ibu tidak ada masalah, sedangkan persalihan ibu mengalami perdarahan \pm 300 ml. Pada bayi baru lahir dan nifas tidak ditemukan masalah.
3. Penulis dapat mengidentifikasi diagnosa potensial pada masa kehamilan, persalinan, nifas dan bayi baru lahir pada Ny. I.
4. Penulis dapat melakukan tindakan segera selama masa hamil, bersalin, nifas dan bayi baru lahir pada Ny. I.
5. Penulis dapat merencanakan tindakan selama hamil, bersalin, bayi baru lahir dan nifas pada Ny. I.
6. Penulis dapat melaksanakan tindakan selama masa hamil, bersalin, bayi baru lahir dan nifas pada Ny. I.
7. Penulis dapat melakukan evaluasi asuhan yang telah diberikan semasa kehamilan, persalinan, bayi baru lahir dan nifas pada Ny. I.

B. Saran

1. Penulis

Adanya studi kasus ini penulis dapat melakukan asuhan kebidanan secara komprehensif pada kehamilan, persalinan, nifas, dan bayi baru lahir sehingga bisa menjadi ilmu yang berguna dan dapat di aplikasikan dengan baik ketika telah lulus program DIII Kebidanan dan siap menjadi bidan profesional karena telah mendapatkan ilmu, memberi asuhan kebidanan dan pengalaman dalam pembuatan laporan.

2. Intitusi Pendidikan

- a. Diharapkan dapat memfasilitasi perpustakaan dengan memperbanyak buku terbitan tahun terbaru dalam bidang kesehatan khususnya seputar asuhan kebidanan.
- b. Diharapkan dapat terus menjaga mutu pendidikan baik dimasa sekarang maupun dimasa yang akan datang dan mampu mencetak kelulusan yang bermutu dan berkompeten.

3. Institusi Lahan Praktek

- a. Diharapkan dapat mempertahankan atau meningkatkan kualitas pelayanan terutama pada kehamilan, persalinan, nifas serta bayi baru lahir secara professional, sehingga tindakan yang dilakukan sesuai dengan perkembangan ilmu berdasarkan standar pelayanan kebidanan.
- b. Diharapkan dapat menggunakan Alat Pelindung Diri (APD) pada setiap tindakan yang beresiko untuk melindungi sebagian atau seluruh tubuh dari adanya potensi bahaya atau penyakit terutama pada saat melakukan pertolongan persalinan.
- c. Diharapkan setiap bayi baru lahir di BPM S.H. diberikan tanda pengenal berupa gelang atau penang untuk menghindari tertukarnya bayi.



U N I V E R S I T A S

BINAWAN

DAFTAR PUSTAKA

Hartono, Andry (2014). *Asuhan Kebidanan Nifas Fisiologis dan Patologis*, Jakarta: Binarupa Aksara Publisher

<https://dinkes.jakarta.go.id/wp-content/uploads/2018/09/PROFIL-KES-DKI-JAKARTA-TAHUN-2017.pdf>

<http://repository.unimus.ac.id/1217/7/bab%20I.pdf> (Diakses pada tanggal 18-Februari-2019 pukul 20.00)

<http://scholar.unand.ac.id/29960/2/2.%20BAB%201%20%28Pendahuluan%29.pdf> (Diakses pada tanggal 18-Februari-2019 pukul 20.00)

jtptunimus-gdl-rurutigaar-7509-2-babii.pdf. (Diakses pada tanggal 10-Januari-2019 pukul 17.00)

Kementerian Kesehatan Indonesia. 2010. *Untuk Menurunkan Angka Kematian Ibu dan Kematian Bayi Perlu Kerja Keras* (Diakses Jumat 14-Desember-2018 pukul 12.00WIB)

<http://www.depkes.go.id/development/site/jkn/index.php?cid=793&id=untuk-menurunkan-angka-kematian-ibu-dan-kematian-bayi-perlu-kerja-keras.html>

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (2016). *Buku Kesehatan Ibu dan Anak*, Jakarta: Kementerian Kesehatan dan JICA (Japan International Cooperation Agency)

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (2017). *Profil Kesehatan Indonesia*, Jakarta: Kementerian Kesehatan RI

Maryunani, Anik (2009). *Asuhan pada Ibu dalam Masa Nifas (Postpartum)*, Jakarta: Trans Info Media.

Novianto, Raka Dwi. 2018. *Turun, Angka Kematian Bayi dan Balita di Indonesia* (Diakses Jumat 22-Februari-2018)

<https://nasional.sindonews.com/read/1344848/15/turun-angka-kematian-bayi-dan-balita-di-indonesia-1539083665>

Oktarina, Mika (2016). *Asuhan Kebidanan Persalinan dan Bayi Baru lahir*, Yogyakarta: Deepublish

Pitriani, Risa dkk (2014). *Panduan Lengkap Asuhan Kebidanan Ibu Nifas Normal (Askeb III)*, Yogyakarta: Deepublish

Prawirohardjo, Sarwano. (2014) *Ilmu Kebidanan*, Jakarta: P.T Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo

Priharto, Koemedi (2018). *Profil Kesehatan DKI Jakarta 2017*. Jakarta: Dinas Kesehatan DKI Jakarta (diakses Senin 18-Februari-2019 pukul 21.00 WIB)

Rukiyah, Aiyeyeh (2009). *Asuhan Kehamilan 1*, Jakarta: Trans Info Media

Saminem (2010). *Dokumentasi Asuhan Kebidanan*, Jakarta: EGC

Saputra, Lyndon (2014). *Pengantar Asuhan Neonatus, Bayi dan Balita*, Jakarta: Binapura Aksara

Sinta, Janing (2013). *Tahapan atau Kala Dalam Persalinan*. (Diakses pada tanggal 17-April-2019 pukul 14.00 WIB)

<https://bidanshare.wordpress.com/2013/01/25/tahapan-atau-kala-dalam-persalinan/>

Sustainable Development Goals. 2017. *Tujuan 03*. (Diakses Jumat 14-Desember-2018 pukul 11.30 WIB) www.sdg2030indonesia.org/page/11-tujuan-tiga

Suherni, dkk (2010). *Perawatan Masa Nifas*, Yogyakarta: Fitramaya

Sumarah, Widyastuti Yani, Wiyati Ningsih (2009). *Perawatan Ibu Bersalin*, Yogyakarta: Fitramaya

Viva.co.id. 2017. Penyebab Tingginya Angka Kematian Ibu dan Bayi di Indonesia. (Diakses Senin 18-Maret-2019 pukul 20.00) <https://www.viva.co.id/gaya-hidup/kesehatan-intim/892600-penyebab-tingginya-angka-kematian-ibu-dan-bayi-di-indonesia>

Wahyuni, Sari (2012). *Asuhan, Neonatus, Bayi dan Balita*, Jakarta: EGC





Persetujuan Menjadi Pasien Komprehensif

Saya yang bertanda tangan ini:

Nama Pasien : Hy. Imawati

Tempat/Tgl Lahir : Jakarta, 10 Juli - 1981

Alamat : Jl. Veteran Rayo 69 Abah RT 9 RW 10
No. 35 Kel. Bintaro Kec. Pesanggrahan

Nama Pemeriksa : Elina Putri A.

Lahan Praktek : BPM Sri Helmi.

Bersama ini menyatakan kesediaanya untuk dilakukan pemeriksaan .Persetujuan ini saya berikan setelah mendapat penjelasan sebagaimana berikut ini :

1. Setiap pemeriksaan mahasiswa telah menjelaskan tujuannya dan berusaha sebaik mungkin untuk melakukan tindakan dan menghindarkan kemungkinan terjadinya resiko
2. Semua penjelasan tersebut diatas sudah saya maklumi dan dijelaskan dengan kalimat yang jelas.

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

Jakarta, 26 Sept. 2018

Pasien

(.....)

Pemeriksa

(.....)



LEMBAR KONSULTASI BIMBINGAN LAPORAN TUGAS AKHIR








Nama Mahasiswa : Elina Putri Anggraeni

NIM : 051611003

Lahan Praktek : Bidan Praktek Mandiri S.H.

Pembimbing I : Dinni Randayani L.,SST.,Mkes

No	Hari / Tanggal	Materi Konsul	Saran Pembimbing	Paraf
1	Rabu 26-Sept-2018	- Format ANC	- Revisi di penatalaksanaa - Buat BAB I dan BAB II minggu depan dikonsulkan	
2	Kamis 04-Okt-2018	- Format ANC - BAB II	- Penatalaksanaan dilengkapi - Referensi dicantumkan - Buat Bab I	
3	Selasa 16-Okt-2018	- Format INC - Format BBL - Format PNC	- Revisi PNC dan BBL dilengkapi	
4	Rabu 21-Jan-2019	- BAB I	- Revesi lengkapi data AKI AKB	

5	Rabu 23-Jan-2019	- BAB I	- Penulisan dirapikan	
6	Selasa 19-Feb-2019	- BAB I - BAB III - BAB IV - BAB V	- BAB I ditambahkan upaya penurunan AKI AKB - Saran dan pembahasan dirapikan	
7	Jumat 22-Feb-2019	- BAB I	- BAB I AKI AKB di urutkan susunannya	
8	Senin 25-Feb-2019	- BAB I - BAB III - BAB IV - BABV	- Rapikan penulisan - BAB IV diringkas kembali	
9	Jumat 01-Mar-2019	- BAB II	- Rapikan penulisan - Cantumkan referensi	
10	Jumat 08-Mar-2019	- LTA lengkap	- Rapikan penulisan	
11	Senin 08-Apr-2019	- BAB I - BAB II - BAB III	- Rapikan penulisan - Tambahkan dan rapikan asuhan	
12	Selasa 06-Mei-2019	- BAB I	- Urutka susunan dan rapikan penulisan	



LEMBAR KONSULTASI BIMBINGAN LAPORAN TUGAS AKHIR

Nama Mahasiswa : Elina Putri Anggraeni

NIM : 051611003

Lahan Praktek : Bidan Praktek Mandiri S.H.

Pembimbing I : Sri Helmi Y.H. SsiT,M.Kes

No	Hari / Tanggal	Materi Konsul	Saran Pembimbing	Paraf
1	Rabu 26-Sept-2018	- Format ANC I	- Urutkan dan lengkapi penatalaksanaan	
2	Rabu 03-Okt-2018	- Format ANC II	- Lengkapi penatalaksanaan - Perbaiki SOAP	
3	Minggu 14-Okt-2018	- Format INC I	- Lengkapi penatalaksanaan - Perbaiki SOAP	
4	Selasa 16-Okt-2018	- Format INC II	- Perbaiki SOAP - Tambahkan lembar observasi	

5	Kamis 18-Okt-2018	- Format PNC - Format BBL	- Lengkapi SOAP - Tambahkan asuhan sesuai asuhan - Lengkapi penatalaksanaan	9, 10
6	Jumat 19-Okt-2018	- Format PNC - Format BBL	- Lengkapi penatalaksanaan - Lengkapi data objektif di pemeriksaan fisik BBL	9, 10
7	Sabtu 20-Okt-2018	- Judul - BAB I	- Revisi judul LTA - Lengkapi data AKI AKB dengan data terbaru	9, 10
8	Minggu 21-Okt-2018	- BAB I - BAB II	- Lengkapi data AKI AKB menurut SDKI - Tambahkan referensi di BAB II	9, 10
9	Selasa 23-Okt-2018	- BAB II - BAB III	- Rapikan BAB II - Tambahkan referensi BAB II terbaru - Revisi BAB III	9, 10
10	Sabtu 27-Okt-2018	- BAB III - BAB IV	- Rapikan BAB III - Cantumkan referensi di BAB IV	9, 10
11	Sabtu 03-Nov-2018	- BAB IV - BAB V	- Rapikan BAB IV - Tambahkan saran di BAB V	9, 10
12	Jumat 09-Nov-2018	- BAB V - Daftar pustaka	- Revisi kesimpulan di BAB V - Daftar pustaka di urutkan sesuai abjad	9, 10



U N I V E R S I T A S

BINAWAN