

LAPORAN TUGAS AKHIR

ASUHAN KEBIDANAN BERKELANJUTANPADANY. S.M DI PUSKESMAS WAIPARE KECAMATAN KANGAE KABUPATEN SIKKAPERIODE 18 APRIL S/D 14 JUNI 2019

Sebagai Laporan Tugas Akhir Yang Di Ajukan Untuk Memenuhi Salah Satu
Syarat Tugas Akhir Dalam Menyelesaikan Pendidikan DIII Kebidanan
Politeknik Kemenkes Kupang



Oleh

GERMINI MARIA ROSLINI
NIM : PO 5303240181362

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
PROGRAM STUDI DIII KEBIDANAN KUPANG
2019**

HALAMAN PERSETUJUAN

LAPORAN TUGAS AKHIR

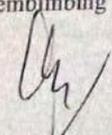
**ASUHAN KEBIDANAN BERKELANJUTAN PADANY, S.M
DI PUSKESMAS WAIPARE KECAMATAN KANGAE
KABUPATEN SIKKA PERIODE 18 APRIL S/D 14 JUNI 2019**

Oleh

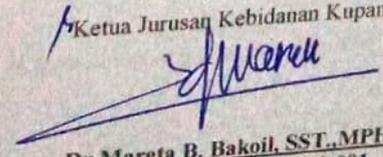
Germi Maria Roslini
NIM : PO 5303240181362

Telah Disetujui Untuk Di Periksa Dan Dipertahankan Dihadapan Tim Penguji Laporan
Tugas Akhir Prodi DIII Kebidanan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang
Pada Tanggal: 05 Juli 2019

Pembimbing


Serlyansie V. Boimau, SST., M.Pd
NIP : 196910061989032001

Mengetahui


Ketua Jurusan Kebidanan Kupang

Dr. Mareta B. Bakoil, SST., MPH
NIP: 19760310 200012 2 001

HALAMAN PENGESAHAN

LAPORAN TUGAS AKHIR

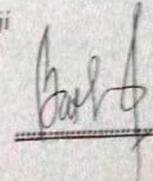
**ASUHAN KEBIDANAN BERKELANJUTAN PADANY, S.M
DI PUSKESMAS WAIPARE KECAMATAN KANGAE
KABUPATEN SIKKAPERIODE 18 APRIL S/D 14 JUNI 2019**

Oleh

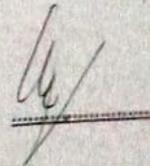
Germini Maria Roslini
NIM : PO 5303240181362

Telah Dipertahankan di Hadapan Tim Penguji
Pada Tanggal : 15 Juli 2019

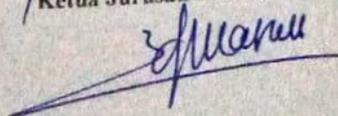
Penguji I : **Bringiwatty Batbual, Amd.Keb.S.Kep.Ns.M.Sc**
NIP: 19710515 199403 2 002



Penguji II : **Serlvansie V. Boimau, SST.,M.Pd**
NIP: 19691006 198903 2 001



Mengetahui
Ketua Jurusan Kebidanan Kupang



Dr. Mareta B. Bakoil, SST., MPH
NIP. 19760310 200012 2 001

SURAT PERNYATAAN

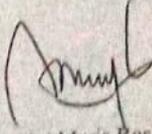
Yang bertanda tangan di bawah ini, saya:

Nama : Germini Maria Roslini
NIM : PO 53033240181362
Jurusan : Kebidanan
Angkatan : II (Kedua)
Jenjang : Diploma III

Menyatakan bahwa saya tidak melakukan plagiat dalam penulisan Laporan Tugas Akhir saya yang berjudul: "ASUHAN KEBIDANAN BERKELANJUTAN PADA NY. S.M. DI PUSKESMAS WAIPARE KECAMATAN KANGAE KABUPATEN SIKKA PERIODE 18 APRIL S/D 14 JUNI 2019"
Apabila suatu saat nanti saya terbukti melakukan plagiat, maka saya akan menerima sanksi yang telah ditetapkan.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Waipare, Juni, 2019
Penulis


Germini Maria Roslini
NIM: PO53033240181362

RIWAYAT HIDUP

Nama : Germini Maria Roslini
Tempat tanggal lahir : Lela, 25 Mei 1973
Agama : Katolik
Jenis kelamin : Perempuan
Alamat : RT 027, RW 06, Kelurahan Waioti Kecamatan
Alok Timur Kabupaten Sikka.

Riwayat Pendidikan

1. SD Inpres Lela Tahun 1985
2. SMPK VIFI Maumere Tahun 1988
3. SPK Santa Elisabeth Lela Tahun 1992
4. PPBA Depkes Ende Tahun 1995
5. DIII Kebidanan Poltekes Kemenkes Kupang 2018 sampai sekarang.

KATA PENGANTAR

Puji Syukur penulis Haturkan Hehadirat Tuhan Yang MahaEsa yang telah memberikan berbagai kemudahan, petunjuk serta karunia yang tak terhingga sehingga penulis dapat menyelesaikan Laporan Tugas Akhir yang berjudul “Asuhan Kebidanan Berkelanjutan Pada Ny. S.M.Di Puskesmas Waipare Periode 18 April S/D 14 Juni 2019” dengan baik dan tepat waktu.

Laporan Tugas Akhir ini penulis susun untuk memenuhi salah satu persyaratan memperoleh derajat Ahli Madya Kebidanan di Prodi DIII Kebidanan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang.

Penyusunan Laporan Tugas Akhir ini telah mendapatkan banyak bimbingan dan bantuan dari berbagai pihak. Oleh karena itu, pada kesempatan ini penulis ingin mengucapkan terima kasih kepada:

1. dr. Maria Bernadina SadaNenu, MPH selaku Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Sikka yang telah memberikan izin tugas belajar kepada saya.
2. R. H Kristina., SKM, M.Kes., selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kupang yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk mengikuti perkuliahan dan menimba ilmu di Prodi Kebidanan.
3. Dr.Mareta B. Bakoil, SST.,MPH, sebagai KetuaJ urusan DIII Kebidanan Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kupang yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk belajar dan menimba ilmu di Prodi Kebidanan.
4. Bringiwatty Batbual, AMd.Keb, S.Kep, Ns. M.Sc selaku Penguji I yang sudah banyak memberikan masukan dan arahan sehingga laporan ini berlanjutan dengan lancar.
5. SerlyansieV.Boimau,SST,.M.Pd selaku pembimbing dan sekaligus Penguji II yang telah memberikan bimbingan, arahan serta motivasi kepada penulis sehingga laporan tugasakhir ini dapat terwujud.

6. SopiaYasinta, S.Psi selaku Kepala Puskesmas Waipare beserta staf yang telah member izin dan membantu penelitian ini.
7. Terima kasih kepada Suami, Anak-anak dan keluarga penulis yang mendukung dalam penulisan karya tulis ini.
8. Seluruh teman-teman mahasiswa Jurusan Kebidanan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang yang telah memberikan dukungan baik berupa motivasi maupun kompetisi yang sehat dalam penyusunan Laporan Tugas Akhir ini.
9. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu yang ikut ambilbagian dalam terwujudnya Karya Tulis Ilmiah ini.

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

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL.....	i
HALAMAN PERSETUJUAN.....	ii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iii
HALAMAN PERNYATAAN	iv
RIWAYAT HIDUP.....	v
KATA PENGANTAR	vi
DAFTAR ISI.....	viii
DAFTAR TABEL.....	x
DAFTAR GAMBAR	xi
DAFTAR SINGKATAN.....	xii
DAFTAR LAMPIRAN	xvi
ABSTRAK	xvii
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	5
C. Tujuan Laporan Tugas Akhir	5
D. Manfaat Penelitian	6
E. Keaslian Penelitian	7
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
A. Konsep Dasar Teori.....	8
1. Konsep Dasar Kehamilan	8
2. Konsep Dasar Persalinan	42
3. Konsep Dasar Bayi Baru Lahir.....	78
4. Konsep Dasar Nifas	107
5. Keluarga Berencana.....	144
B. Standar Asuhan Kebidanan	146
C. Kewenangan Bidan	149

BAB III METODE PENELITIAN

A. Jenis Penelitian	153
B. Lokasi dan Waktu	153
C. Subyek Penelitian	153
D. Teknik Pengumpulan Data	154
E. Keabsahan Penelitian	154
F. Instrumen	155
G. Etika Penelitian	155

BAB IV TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN

A. Gambaran Lokasi Penelitian	157
B. Tinjauan Kasus.....	158
C. Pembahasan.....	201

BAB V KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan	205
B. Saran	206

DAFTAR PUSTAKA

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Indikator Penilaian IMT	14
Tabel 2.2 Kebutuhan Nutrisi Pada Ibu Hamil	17
Tabel 2.3 Skor Poedji Rochjati	33
Tabel 2.4 TFU Menurut Penambahan Tiga Jari	37
Tabel 2.5 Rentang Waktu Pemberian Imunisasi TT.....	38
Tabel 2.6 Nilai APGAR	80
Tabel 2.7 Komposisi Kandungan ASI	94
Tabel 2.8 Asuhan dan Kunjungan Masa Nifas	110
Tabel 2.9 Involusi Uteri	112
Tabel 2.10 Perbedaan Masing-Masing Lochea	114
Tabel 2.11 Pola Kebiasaan Sehari- Hari	162
Tabel 2.12 Hasil Observasi Kala I Fase Aktif	176
Tabel 2.13 Hasil Observasi Ibu 2 jam Post Partum	185
Tabel 2.14 Hasil Observasi Bayi 2 Jam Post Partum	186

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1 Kerangka Pikir	152
-------------------------------	-----

DAFTAR SINGKATAN

AKB	: Angka Kematian Bayi
AKDR	: Alat Kontrasepsi Dalam Rahim
AKI	: Angka Kematian Ibu
ANC	: <i>Antenatal Care</i>
ASI	: Air Susu Ibu
BAB	: Buang Air Besar
BAK	: Buang Air Kecil
BB	: Berat Badan
BBL	: Bayi Baru Lahir
BBLR	: Bayi Berat Lahir Rendah
BMR	: <i>Basal Metabolic Rate</i>
BPM	: Bidan Praktek Mandiri
Cm	: Centimeter
CO₂	: Karbondioksida
CPD	: <i>Chepallo Pelvic Disporpotion</i>
CVA	: <i>CerebroVascular Accident</i>
DJJ	: Denyut Jantung Janin
DM	: Diabetes Melitus
DIC	: <i>Disseminated Intravascular Coagulation</i>
EDC	: <i>Estimated Date of Confinement</i>
EDD	: <i>Estimated Date of Delivery</i>
FSH	: <i>Follicle Stimulating Homon</i>
GCS	: <i>Glasgow Coma Scale</i>

Hb	: Hemoglobin
HCG	: <i>Human Chorionic Gonadotropin</i>
HIV	: <i>Human Immunodeficiency Virus</i>
HPHT	: Hari Pertama Haid Terakhir
Ht	: Hematokrit
IMD	: Inisiasi Menyusu Dini
IMS	: Infeksi Menular Seksual
IUD	: <i>Intrauterine Contraceptive Device</i>
IUFD	: Intra Uteri Fetal Death
KB	: Keluarga Berencana
Kespro	: Kesehatan Reproduksi
KEK	: Kurang Energi Kronis
Kg	: Kilogram
KIA	: Kesehatan Ibu dan Anak
KIE	: Konseling Informasi dan Edukasi
KMS	: Kartu Menuju Sehat
KN	: Kunjungan Neonatus
KRR	: Kehamilan Risiko Rendah
KRST	: Kehamilan Risiko Sangat Tinggi
KRT	: Kehamilan Risiko Tinggi
KSPR	: Kartu Skor Poedji Rochjati
LILA	: Lingkar lengan Atas
LH	: <i>Luteinizing Hormone</i>
MAL	: Metode Amenore Laktasi
Mg	: Miligram

MSH	: <i>Melanocyte Stimulating Hormone</i>
OUE	: Ostium Uteri Eksternal
OUI	: Ostium Uteri Internum
O2	: Oksigen
PAP	: Pintu Atas Panggul
PBP	: Pintu Bawah Panggul
PID	: Penyakit Inflamasi Pelvik
PMS	: Penyakit Menular Seksual
PWS	: Pemantauan Wilayah Setempat
P4K	: Program Perencanaan Persalinandan Pencegahan Komplikasi
RSU	: Rumah Sakit Umum
RTP	: Ruang tengah panggul
SBR	: Segmen Bawah Rahim
SC	: Sectio Caesarea
SDGs	: <i>Sustainable Development Goals</i>
SDKI	: Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia
SOAP	: Subyektif, Obyektif, Assesment, Penatalaksanaan
TBC	: <i>Tuberculosis</i>
TBBJ	: Tafsiran Berat Badan Janin
TD	: Tekanan Darah
TFU	: Tinggi Fundus Uteri
TP	: Tafsiran Persalinan
TT	: Tetanus Toxoid
UK	: Usia Kehamilan
USG	: <i>Ultrasonografi</i>

UUB : Ubun-ubun Besar

WBC : *White Blood Cell* (sel darah putih)

WHO : *World Health Organisation* (Organisasi Kesehatan Dunia)

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Lembaran Konsultasi
- Lampiran 2 KMS Ibu Hamil
- Lampiran3 Partograf
- Lampiran 4 Surat Persetujuan Responden (Informed Consent)
- Lampiran 5 Leaflet

ABSTRAK

Kementerian Kesehatan RI
Politeknik Kesehatan
Kemenkes Kupang
Jurusan Kebidanan
2019

Germini Maria Roslini

“Asuhan Kebidanan Berkelanjutan pada Ny.S.M Umur 35 Tahun G3P2A0AH2 Hamil 37 Minggu Janin Hidup Tunggal Letak Kepala Intra Uterin Keadaan Ibu dan Janin baik di Puskesmas Waipare Tanggal 18 April s/d 14 Juni 2019”

Latar Belakang: Asuhan Kebidanan Berkelanjutan adalah asuhan kebidanan yang dilakukan mulai antenatal care, intranatal care, postnatal care, dan bayi baru lahir pada pasien secara keseluruhan. SDKI mencatat AKI di Indonesia tahun 2016 mengalami penurunan dari 395 per 100.000 kelahiran hidup menjadi 305 per 100.000 kelahiran hidup. AKI di NTT pada tahun 2016 meningkat yakni sebanyak 176 kasus (133 per 100.000 KH). Di Kabupaten Sikka Dinas Kesehatan Kabupaten Sikka tahun 2017, jumlah kematian ibu 4 dan kematian bayi 25 orang. Puskesmas Waipare, Kecamatan Kangae Jumlah ibu hamil yang melakukan ANC Kunjungan :100%, Kunjungan Lengkap (K4) 66%,INC persalinan tenaga kesehatan (NAKES)100%, PNC, Kunjungan Nifas lengkap 67% dan kunjungan Bayi lengkap 100%, KB 59 % . Puskesmas Waipare tahun 2017 tidak ada kematian ibu dan kematian bayi 4 orang.

Tujuan umum: Mampu menerapkan Asuhan Kebidanan Berkelanjutan pada Ny.S. M.di Puskesmas Waipare periode 18 April sampai 14 Juni 2019.

Metode: Jenis penelitian yang digunakan adalah studi penelaahan kasus dengan unit tunggal. Lokasi penelitian di Puskesmas Waipare subyek penelitian Ny.S.M umur 35 tahun, G3P2A0AH2, usia kehamilan 37 minggu. Metode pengumpulan data menggunakan data primer dan data sekunder.

Hasil: Kehamilan berjalan normal tidak ada komplikasi. Melahirkan secara spontan di Puskesmas Waipare pada tanggal 02-05-2019 jam 02.00 wita. Keadaan ibu dan bayi baik. Asuhan untuk bayi baru lahir dan ibu nifas dilakukan melalui kunjungan nifas 1-4, dan kunjungan neonatus 1-3. Keadaan ibu selama masa nifas baik. Ibu sudah mengikuti metode kontrasepsi implant saat 42 hari post partum.

Simpulan: Setelah dilakukan Asuhan Kebidanan Berkelanjutan sejak kehamilan, persalinan, bayi baru lahir dan masa nifas, dapat disimpulkan bahwa keadaan ibu dan bayi sehat, bayi mendapat ASI eksklusif, ibu sudah menjadi akseptor KB implant.

Kata kunci: Kehamilan Normal, di Puskesmas Waipare.

Kepustakaan : 2007-2016 (15 buku).

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Asuhan kebidanan adalah proses pengambilan keputusan dan tindakan yang dilakukan oleh bidan sesuai wewenang dan ruang lingkup praktiknya berdasarkan ilmu dan kiat kebidanan (Rahmawati, 2012). Asuhan kebidanan komprehensif adalah asuhan kebidanan yang dilakukan mulai Antenatal Care (ANC), Intranatal Care (INC), Postnatal Care (PNC), dan Bayi Baru Lahir (BBL) pada pasien secara keseluruhan. Tujuan asuhan kebidanan untuk mengurangi angka kejadian kematian ibu dan bayi. Upaya peningkatan kesehatan ibu dan bayi masih menghadapi berbagai tantangan (Saifudin, 2014).

Salah satu target pembangunan Sustainable Development Goals (SDGs) adalah mengurangi kematian ibu hingga di bawah 67 per 4.323 kelahiran hidup, angka kematian balita 15 per 1.000 kelahiran hidup, dan angka kematian neonatal 9 per 1.000 kelahiran hidup pada tahun 2016- 2018. Kesehatan ibu mencakup seluruh kesehatan wanita usia subur mulai dari prakehamilan, kehamilan, persalinan dan kelahiran serta masa pasca partum. Angka Kematian Ibu (AKI) menjadi salah satu indikator penting dalam menentukan derajat kesehatan masyarakat. Angka Kematian Ibu di Indonesia masing terdorong tinggi. Kematian ibu adalah kematian perempuan pada saat hamil atau kematian dalam kurun waktu 42 hari sejak terminasi kehamilan tanpa memandang lamanya kehamilan atau tempat persalinan, yakni kematian yang disebabkan karena kehamilannya atau pengelolaannya, tetapi bukan karena sebab-sebab lain seperti terjatuh, kecelakaan/ 100.000 kelahiran hidup (Riskesdas, 2013).

Jumlah AKI di Indonesia masih tergolong sangat tinggi di antara Negara-negara ASEAN lainnya. Tahun 2016 AKI di Indonesia khususnya Propinsi NTT mencapai 131 tahun 2017. Tahun 2016 AKB di Propinsi NTT mencapai 704. Tahun 2017 mengalami peningkatan hingga 1.044 (Laporan Profil Dinas Kesehatan Propinsi NTT Tahun 2016-2017).

Penyebab kematian ibu adalah perdarahan (25%), partus kala II lama (17%), infeksi (13%), aborsi tidak aman (13%), eklamsia (12%), penyebab langsung lainnya (8%), dan penyebab tidak langsung (12%). Penyebab tidak langsung seperti malaria, anemia, HIV/ AIDS, dan penyakit kardiovaskuler.

Berdasarkan data tersebut dapat dilihat bahwa perdarahan merupakan penyebab utama yang menyebabkan tingginya angka kematian ibu di dunia dengan menyumbang sebesar 25%, dan anemia termasuk penyebab tidak langsung dengan menyumbang angka kematian ibu sebesar 12% (Supartini, 2011). Penyebab tidak langsung kematian ibu adalah faktor-faktor yang mempererat keadaan ibu hamil seperti “**EMPAT TERLALU** (terlalu muda, terlalu tua, terlalu sering melahirkan dan terlalu dekat jarak kehamilan) menurut SDKI 2002 sebanyak 22,5%. Maupun yang mempersulit proses penanganan kegawatdaruratan kehamilan, persalinan dan nifas seperti **TIGA TERLAMBAT** (terlamabat mengenali tanda –tanda bahaya dan mengambil keputusan ,terlambat mencapai fasilitas kesehatan dan terlambat dalam penanganan gawatdaruratan).

Faktor lain yang mempengaruhi adalah ibu hamil yang menderita penyakit menular seperti malaria, HIV/AIDS, Sifilis, penyakit tidak menular seperti hipertensi, diabetes melitus, jantung, gangguan jiwa, maupun yang mengalami kekurangan gizi. Selain itu masih terdapat masalah dalam penggunaan kontrasepsi menurut data SDKI Tahun 2007 unment-need 9,1%. Kondisi ini salah satu factor penyebab terjadinya kehamilan yang tidak diinginkan dan terjadi aborsi yang tidak aman, yang pada akhirnya dapat menyebabkan kesakitan dan kematian ibu. Kekurangan Gizi pada ibu hamil juga masih merupakan masalah kesehatan masyarakat yang perlu mendapat perhatian khusus. Kurang asupan gizi, pada ibu hamil dapat menyebabkan anemia yang akan menambah resiko perdarahan pada ibu hamil, melahirkan bayi dengan berat badan rendah, prevalensi anemia pada ibu hamil sekitar 40,1%, Wanita usia subur (WUS)KEK sekitar 13,6%.dan hanya 62.3% rumah tangga yang mengkonsumsi garam beryodium cukup.

Salah satu cara untuk menurunkan AKI di Indonesia, maupun NTT adalah dengan persalinan di tolong oleh tenaga kesehatan yang terlatih dan melakukan *Care* adalah pelayanan yang dicapai ketika terjalin hubungan yang terus menerus antara seorang wanita dan bidan (Rahmawati, 2012). Pada tahun 2016-2017 AKI yang dilaporkan di kabupaten Sikka mengalami penurunan dari 13 kasus menjadi 4 kasus dari 5.181 kelahiran. Sedangkan pada tahun 2016-2017 AKB menurun dari 80 kasus hingga 15 per 1.000 kelahiran, sedangkan persalinan di fasilitas kesehatan memadai. Tenaga kesehatan terlatih yaitu dokter spesialis kebidanan dan kandungan (SpOG), dokter umum dan bidan.

Kondisi budaya di masing-masing daerah turut memberikan kontribusi, masih banyak daerah yang masih menggunakan dukun sebagai pertolongan persalinan, khususnya di desa-desa. Hal ini ditunjang pula dengan kondisi sosial ekonomi sebagian masyarakat yang masih berada di garis kemiskinan. Pentingnya penurunan AKI di Indonesia, sehingga diperlukan program terobosan yang memfokuskan pada kesehatan ibu, khususnya daerah-daerah terpencil, perbatasan dan kepulauan (Survei Demografi Kesehatan Indonesia, 2016).

Salah satu upaya untuk meningkatkan kualifikasi bidan dan menekan angka kematian ibu yaitu dengan menerapkan model asuhan yang berkelanjutan (*Continuity Of Care/ COC*). *Continuity Of Midwifery AKN* di Dinas kesehatan Kabupaten Sikka tahun 2017 (9 per 1.000 kelahiran hidup). Sesuai target *Sustainable Development Goals (SDGS)*. Tahun 2015- 2030, maka AKN sudah mencapai target SDGS yaitu menurunkan AKN hingga 12 per 1.000 kelahiran hidup. Pada tahun 2016 Kementerian Kesehatan meluncurkan program *Expanding Maternal and Neonatal Survival (EMAS)* dalam rangka menurunkan AKI dan AKB sebesar 25%. Dalam Rencana Strategis Kementerian Kesehatan 2015-2019 salah satu sasaran yang ingin dicapai adalah meningkatkan derajat kesehatan dan status gizi masyarakat dengan target salah satu indikatornya, yaitu AKI pada tahun 2019 turun menjadi 102/100.000 kelahiran hidup (Kemenkes RI, 2015). 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, serta pelayanan keluarga berencana (Kemenkes RI, 2015).

Oleh karena itu untuk membantu upaya percepatan penurunan AKI salah satunya adalah Cakupan pelayanan kesehatan ibu hamil Kunjungan 1 (K1) dan Kunjungan lengkap (K4). Kabupaten Sikka, pada tahun 2017, belum memenuhi target Rencana Strategis (Renstra) Kementerian Kesehatan sebesar 72%. Dimana jumlah capaian K1 di Tahun 2016 – 2017 mencapai 71,2% sedangkan K4 di Tahun 2016 mencapai 52,3 %, tahun 2017 K4 mengalami kenaikan 54,3 %. Begitu juga dengan presentase pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan di Kabupaten Sikka menunjukkan kecenderungan penurunan. Tahun 2016 terdapat 70,3%, dan tahun 2017 terdapat 69,2% ibu hamil yang menjalani persalinan dengan ditolong oleh tenaga kesehatan dan dilakukan di fasilitas pelayanan kesehatan. Secara nasional, indikator tersebut belum memenuhi target Rencana Strategis (Kabupaten Sikka, 2016).

Kunjungan masa nifas 3 (KF3) tahun 2016 65,7%, tahun 2017 meningkat menjadi 66,0%. Persentase peserta Keluarga Berencana (KB) di Kabupaten Sikka terhadap Pasangan Usia Subur (PUS) 2016 sebesar 47,7%. Dimana peserta KB suntik sebanyak 18 %, pil 12 %, implan 12 %, Intra Uterin Device (IUD) 5 %, Metode Operasi Wanita (MOW) 0,16%, Metode kondom 0,7 % dan Metode Operasi Pria (MOP) 0,0%. Total di Tahun 2017 mengalami peningkatan sebesar 52,4 % (Kabupaten Sikka).

Pelaksanaan asuhan secara berkelanjutan atau Continuity of Care. Continuity of Care adalah pelayanan yang dicapai ketika terjalin hubungan yang terus menerus antara seorang wanita dan bidan. Asuhan yang berkelanjutan berkaitan dengan tenaga profesional kesehatan, pelayanan kebidanan dilakukan mulai prakonsepsi, awal kehamilan, selama semua trimester, kelahiran dan melahirkan sampai 6 minggu pertama post partum (Pratami, 2014). Implementasi model pembelajaran klinik Continuity of Care,

dapat dievaluasi bahwa tidak terjadi kematian ibu bersalin (zero maternal mortality) dari 325 ibu hamil. Ada 3 kematian Bayi IUVD akibat persalinan prematur (PWS Puskesmas Waipare).

Di Puskesmas Waipare kecamatan Kangae pada Tahun 2018, Jumlah ibu hamil yang melakukan ANC Kunjungan KI Akses: 78,3 %,KI Murni 63,9 %, Kunjungan Lengkap (K4) 50,1%,INC persalinan tenaga kesehatan (NAKES) 68,3%, PNC, Kunjungan Nifas lengkap 65,6 %, dan kunjungan Bayi lengkap 69%, KB 48,1% dari hasil laporan Sikda, profil Puskemas Waipare dan profil Dinas Kesehatan 2018. Berdasarkan uraian di atas maka penulis tertarik untuk melakukan studi kasus yang berjudul “Asuhan Kebidanan Berkelanjutan pada Ny.S.M Umur 35 Tahun G3P2A0AH2 Hamil 37 Minggu Janin Hidup Tunggal Letak Kepala Intra Uterin Keadaan Ibu dan Janin Baik” di Puskesmas Waipare Tanggal 18Aprilsampai 14 Juni 2019”.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian latar belakang di atas maka rumusan masalah dalam LTA ini adalah “Bagaimanakah Penerapan Asuhan Kebidanan Berkelanjutan pada Ny.S.M di Puskesmas WaipareTanggal 18 April sampai 14 Juni 2019”

C. Tujuan Laporan Tugas Akhir

1. Tujuan umum

Agar Mahasiswa Mampu memberikan Asuhan Kebidanan berkelanjutan pada ibu hamil,ibu bersalin, ibu nifas, bayi baru lahir dan keluarga berencana padaNy. S. M menggunakan pendekatan manajemen Varney dan didokumentasikan dalam bentuk SOAP di PuskesmasWaipare tahun 2019

2. Tujuan khusus

- a. Mahasiswa mampu melakukan asuhan kebidanan pada Ny. S. M dalam masa kehamilan di Puskesmas Waipare
- b. Mahasiswa mampu melakukan asuhan kebidanan pada Ny. S. M dalam masa persalinan di Puskesmas Waipare

- c. Mahasiswa mampu melakukan asuhan kebidanan bayi baru lahir pada Ny. S. M di Puskesmas Waipare
- d. Mahasiswa mampu melakukan asuhan kebidanan pada Ny. S. M dalam masa nifas di Puskesmas Waipare
- e. Mahasiswa mampu melakukan asuhan kebidanan keluarga berencana pada Ny. S. M di Puskesmas Waipare

D. Manfaat Penelitian

1. Teoritis

Hasil studi kasus ini dapat dijadikan sebagai pertimbangan masukan untuk menambah wawasan tentang asuhan kebidanan meliputi masa kehamilan, persalinan, bayi baru lahir, nifas, dan KB.

2. Aplikatif

a. Puskesmas Waipare

Hasil studi kasus ini dapat di manfaatkan sebagai masukan dalam pengembangan ilmu pengetahuan asuhan kebidanan berkelanjutan pada ibu hamil, ibu bersalin, bayi baru lahir, ibu nifas, dan KB serta dapat dijadikan acuan untuk penelitian selanjutnya.

b. Profesi Bidan

Hasil studi kasus ini, sebagai sumbangan teoritis maupun aplikatif bagi profesi bidan dalam upaya asuhan kebidanan berkelanjutan, sehingga dapat memberikan pelayanan kebidanan secara profesional dan sesuai dengan kode etik kebidanan.

c. Klien dan masyarakat.

Hasil studi kasus ini dapat meningkatkan peran serta klien dan masyarakat untuk mendeteksi dini terhadap komplikasi dalam kehamilan, persalinan, bayi baru lahir, nifas dan KB, sehingga memungkinkan segera mendapat penanganan.

E. Keaslian Laporan Kasus

Studi kasus serupa sudah pernah dilakukan oleh mahasiswa jurusan Kebidanan di puskesmas waipare atas nama Germini Maria Roslini pada tahun 2019 dengan judul “Asuhan Kebidanan Berkelanjutan pada Ny. S.M Umur 35 Tahun G3P2A0AH2 Hamil 37 Minggu Janin Hidup Tunggal Letak Kepala Intra Uterin keadaan Ibu dan Janin baik dengan di Puskesmas Waipare Tanggal 18 April sampai 14 Juni 2019”.

Perbedaan antara studi kasus yang penulis lakukan dengan studi kasus sebelumnya baik dari segi waktu, tempat, dan subjek. Studi kasus yang penulis ambil dilakukan pada tahun 2019 dengan judul “Asuhan Kebidanan Berkelanjutan pada Ny.S.M Umur 35 tahun G3P2A0AH2 Hamil 37 Minggu Janin Hidup Tunggal Letak Kepala Intra Uterin, keadaan Ibu dan Janin baik di Puskesmas Waipare Tanggal 18 April sampai 14 Juni 2019”.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Teori

1. Konsep Dasar Kehamilan

a. Pengertian Kehamilan

Kehamilan merupakan proses yang alamiah. Perubahan-perubahan yang terjadi pada wanita selama kehamilan normal adalah bersifat fisiologis, bukan patologis. Kehamilan didefinisikan sebagai fertilisasi atau penyatuan dari spermatozoa dan ovum dan dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi. Dihitung dari saat fertilisasi hingga lahirnya bayi, kehamilan normal akan berlangsung dalam waktu 40 minggu atau 10 bulan atau 9 bulan menurut kalender internasional (Walyani, 2015).

Kehamilan merupakan masa yang dimulai dari konsepsi sampai lahirnya janin. Lamanya hamil normal adalah 280 hari (40 minggu atau 9 bulan 7 hari) dihitung dari hari pertama haid terakhir (Manuaba, 2009). Menurut Federasi Obstetric Ginekologi Internasional, kehamilan didefinisikan sebagai fertilisasi atau penyatuan dari spermatozoa dan ovum dan dilanjutkan dengan nidasi dan implantasi. Dihitung dari saat fertilisasi hingga lahirnya bayi, kehamilan normal akan berlangsung dalam waktu 40 minggu atau 10 bulan atau 9 bulan menurut kalender internasional. Kehamilan terbagi dalam 3 trimester, dimana trimester kesatu berlangsung dalam 12 minggu (0 minggu-12 minggu), trimester kedua 15 minggu (minggu ke 13-minggu ke 27), dan trimester ke tiga 13 minggu (minggu ke 28 hingga minggu ke 40) (Prawirohardjo, 2014).

Berdasarkan beberapa pengertian di atas maka dapat disimpulkan, kehamilan adalah fertilisasi atau penyatuan spermatozoa dengan ovum dilanjutkan dengan nidasi dan implantasi yang normalnya akan berlangsung dalam waktu 280 hari atau 40 minggu dihitung dari hari pertama haid terakhir.

b. Tanda-tanda Pasti Kehamilan Trimester III

Menurut Marmi (2011) tanda-tanda pasti kehamilan trimester III adalah sebagai berikut:

1) Terasa gerakan janin dalam rahim

Gerakan janin bermula pada usia kehamilan 12 minggu, tetapi baru dapat dirasakan oleh ibu pada usia kehamilan 16-28 minggu pada multigravida, karena pada usia kehamilan tersebut, ibu hamil dapat merasakan gerakan halus hingga tendangan kaki bayi, sedangkan pada primigravida ibu dapat merasakan gerakan janin pada usia kehamilan 18-20 minggu.

2) Denyut jantung janin.

Denyut jantung janin dapat didengar pada akhir bulan kelima menggunakan fonendoskop, tetapi denyut jantung janin dapat didengar pada akhir bulan ketiga dengan menggunakan Doppler atau ultrasound. Denyut jantung janin dapat diketahui tanda pasti kehamilan, janin hidup, presentasi anak, dan adanya anak kembar.

3) Kontraksi Broxton-Hicks

Waktu palpasi atau waktu toucher rahim yang lunak sekonyong-konyong menjadi mengeras karena berkontraksi. Peningkatan aktomiosin didalam miometrium juga menjadi penyebab dari meningkatnya kontraktilitas uterus. Kontraksi Braxton Hicks bersifat nonritmik, sporadic, tanpa disertai adanya rasa nyeri, mulai timbul sejak kehamilan enam minggu dan tidak terdeteksi melalui pemeriksaan bimanual pelvic.

c. Klasifikasi Usia Kehamilan

Menurut Walyani (2015) kehamilan terbagi menjadi tiga trimester. Trimester satu berlangsung dalam 12 minggu, trimester kedua 15 minggu (minggu ke 13 hingga ke 27), dan trimester ke tiga (minggu ke 28 hingga ke 40). Ditinjau dari lamanya kehamilan, kita bisa menentukan kehamilan dengan membaginya dalam tiga bagian yaitu: kehamilan

triwulan I, antara 0-12 minggu, 2014, kehamilan triwulan II, antara 12-28 minggu, kehamilan triwulan II, antara 28-40 minggu.

d. Perubahan Fisiologi dan Psikologi Kehamilan Trimester III

1) Perubahan Fisiologi

Perubahan anatomi dan adaptasi fisiologi yang terjadi pada ibu hamil trimester III adalah:

a) Sistem reproduksi

(1) Vagina dan vulva

Dinding vagina mengalami banyak perubahan yang merupakan perubahan yang merupakan persiapan untuk mengalami peregangan pada waktu persalinan dengan meningkatnya ketebalan mukosa, mengendornya jaringan ikat, dan hipertropi, sel otot polos. Perubahan ini mengakibatkan bertambah panjangnya dinding vagina (Romauli, 2011).

(2) Serviks Uteri

Kehamilan mendekati aterm, terjadi penurunan lebih lanjut dari konsentrasi kolagen. Konsentrasinya menurun secara nyata dari keadaan yang relatif dilusi dalam keadaan menyebar (dispersi). Proses perbaikan serviks terjadi setelah persalinan sehingga siklus kehamilan yang berikutnya akan berulang (Romauli, 2011).

(3) Uterus

Akhir kehamilan uterus akan terus membesar dalam rongga pelvis dan seiring perkembangannya uterus akan menyentuh dinding abdomen, mendorong usus ke samping dan ke atas, terus tumbuh hingga menyentuh hati. Pertumbuhan uterus akan berotasi ke arah kanan, dekstrorotasi ini disebabkan oleh adanya rektosigmoid di daerah kiri pelvis (Romauli, 2011).

Menurut Pantikawati, dkk (2010) Pengukuran tinggi fundus dan usia kehamilan dalam minggu pada trimester III:

- (a) 28 minggu: fundus uteri terletak kira-kira tiga jari di atas pusat atau $\frac{1}{3}$ jarak antara pusat ke prosesus xifoideus (25 cm).
- (b) 32 minggu: fundus uteri terletak kira-kira antara $\frac{1}{2}$ jarak pusat dan prosesus xifoideus (27 cm).
- (c) 36 minggu: fundus uteri kira-kira 1 jari di bawah prosesus xifoideus (30 cm).
- (d) 40 minggu: fundus uteri terletak kira-kira 3 jari di bawah prosesus xifoideus (33 cm).

(4) Ovarium

Trimester ke III korpus luteum sudah tidak berfungsi lagi karena telah digantikan oleh plasenta yang telah terbentuk (Romauli, 2011).

b) Sistem payudara

Trimester III kelenjar mammae membuat ukuran payudara semakin meningkat. Kehamilan 32 minggu warna cairan agak putih seperti air susu yang sangat encer, dari kehamilan 32 minggu sampai anak lahir, cairan yang keluar lebih kental, berwarna kuning dan banyak mengandung lemak. Cairan ini disebut kolostrum (Romauli, 2011).

c) Sistem pernapasan

Kehamilan 32 minggu keatas karena usus-usus tertekan uterus yang membesar kearah diafragma, sehingga diafragma kurang leluasa bergerak mengakibatkan wanita hamil kesulitan bernafas (Romauli, 2011).

d) Sistem Endokrin

Kelenjar tiroid akan mengalami pembesaran hingga 15,0 ml pada saat persalinan akibat dari hiperplasia kelenjar dan peningkatan vaskularisasi. Pengaturan konsentrasi kalsium sangat berhubungan erat dengan magnesium, fosfat, hormon pada tiroid, vitamin D dan kalsium. (Romauli, 2011).

e) Sistem Perkemihan

Kehamilan trimester III kepala janin mulai turun ke pintu atas panggul keluhan sering kencing akan timbul lagi karena kandung kencing akan mulai tertekan kembali. Kehamilan tahap lanjut pelvis ginjal kanan dan ureter lebih berdilatasi dari pada pelvis dan ureter mampu menampung urin dalam volume yang lebih besar dan juga memperlambat laju aliran urin (Romauli, 2011).

f) Sistem Pencernaan

Trimester ketiga konstipasi karena pengaruh hormon progesteron yang meningkat. Selain itu perut kembung juga terjadi karena adanya tekanan uterus yang membesar dalam rongga perut yang mendesak organ-organ dalam perut khususnya saluran pencernaan, usus besar, kearah atas dan lateral(Romauli,2011). Sistem gastrointestinal berpengaruh dalam beberapa hal karena kehamilan yang berkembang terus. Wanita hamil sering mengalami heart burn(rasa panas di dada) dan sendawa, yang kemungkinan terjadi karena makanan lebih lama berada di dalam lambung dan karena relaksasi sfingterdi kerongkongan bagian bawah yang memungkinkan isi lambung mengalir kembali ke kerongkongan (Sulistyawati, 2009).

g) Sistem musculoskeletal

Pelvic pada saat kehamilan sedikit bergerak. Perubahan tubuh secara bertahan dan peningkatan berat wanita hamil menyebabkan postur dan cara berjalan wanita berubah secara menyolok. Peningkatan ditensi abdomen yang membuat panggul miring ke depan, penurunan tonus otot dan peningkatan beban berat badan pada akhir kehamilan membutuhkan penyesuaian tulang. Pusat gravitasi wanita bergeser kedepa(Romauli,2011).Perubahansistem musculoskeletal terjadipada saat umurkehamilanse makin bertambah.Adaptasi ini mencakupi peningkatan berat badan, bergesernya pusat akibat pembesaran rahim, relaksasi dan mobilitas. Namun demikian, pada saat post partum sistem

muskuloskeletal akan berangsur-angsur pulih kembali (Sulistiyawati, 2009).

h) Sistem kardiovaskuler

Selama kehamilan jumlah leukosit akan meningkat yakni berkisar antara 5000-12000 dan mencapai puncaknya pada saat persalinan dan masa nifas berkisar 14000-16000. Penyebab peningkatan ini belum diketahui. Respon yang sama diketahui terjadi selama dan setelah melakukan latihan yang berat. Distribusi tipe sel juga akan mengalami perubahan. Kehamilan, terutama trimester ke-3 terjadi peningkatan jumlah granulosit dan limfosit dan secara bersamaan limfosit dan monosit (Romauli, 2011).

i) Sistem integument

Kulit dinding perut akan terjadi perubahan warna menjadi kemerahan, kusam dan kadang-kadang juga akan mengenai daerah payudara dan paha perubahan ini dikenal dengan striae gravidarum. Wanita multipara selain striae kemerahan itu sering kali ditemukan garis berwarna perak berkilau yang merupakan sikatrik dari striae sebelumnya. Kebanyakan perempuan kulit di garis pertengahan perut akan berubah menjadi hitam kecoklatan yang disebut dengan kloasma, selain itu pada aerola dan daerah genitalia juga akan terlihat pigmentasi yang berlebihan. Pigmentasi yang berlebihan biasanya akan hilang setelah persalinan (Romauli, 2011).

j) Sistem metabolisme

Basal Metabolic Rate (BMR) biasanya meningkat pada ibu hamil trimester III. BMR meningkat hingga 15-20% yang umumnya terjadi pada trimester terakhir, akan tetapi bila dibutuhkan dipakailah lemak ibu untuk mendapatkan kalori dalam pekerjaan sehari-hari. BMR kembali setelah hari ke-5 atau ke-6 pasca partum. Peningkatan BMR mencerminkan kebutuhan oksigen pada janin, plasenta, uterus serta peningkatan konsumsi oksigen akibat peningkatan kerja jantung ibu, dengan terjadinya kehamilan, metabolisme tubuh mengalami perubahan

yang mendasar,kebutuhan nutrisi makin tinggi untuk pertumbuhan janin dan persiapan memberikan ASI (Romauli, 2011).

k) Sistem berat badan dan indeks masa tubuh

Kenaikan berat badan 0,4-0,5 kg/minggu dan sampai akhir kehamilan 11-12 kg. Cara yang dipakai untuk menentukan berat badan menurut tinggi badan adalah dengan menggunakan Indeks Massa Tubuh (IMT) yaitu dengan rumus berat badan dibagi tinggi badan pangkat 2(Romauli, 2011). Indikator penilaian IMT menurut Pantika dkk (2010) adalah sebagai berikut:

Tabel 2.1 Indikator Penilaian IMT

Nilai IMT	Kategori
Kurang dari 20	Underweight/ dibawah normal
20- 24,9	Desirable/ normal
25-29,9	Moderate obesity/ gemuk/ lebig dari normal
Over 30	Severe obesity/ sangat gemuk

Sumber: Pantikawati dkk, 2010

l) Sistem darah dan pembekuan darah

(1) Sistem darah

Darah adalah jaringan cair yang terdiri atas dua bagian. Bahan interseluler adalah cairan yang disebut plasma dan didalamnya terdapat unsur-unsur padat, sel darah. Volume darah secara keseluruhan kira-kira 5 liter. Sekitar 55 persennya adalah cairan sedangkan 45 persen sisanya terdiri atas sel darah. Susunan darah terdiri dari air 91,0 persen, protein 8,0 persen dan mineral 0,9 persen.

(2) Pembekuan darah

Pembekuan darah adalah proses yang majemuk danberbagaifactor diperlukan untuk melaksanakanpembekuan darah sebagaimana telah diterangkan. Trombin adalah alat dalam mengubah fibrinogen menjadi benang fibrin (Romauli, 2011).

m) Sistem persyarafan

Perubahan fungsi sistem neurologi selama masa kehamilan, selain perubahan neurohormonal hipotalamus hipofisis, juga terjadi perubahan fisiologi spesifik akibat kehamilan, dapat terjadi timbulnya gejala neurologi dan neuromuscular berikut:

- (1) Kompresi saraf panggul atau statis vaskuler akibat pembesaran uterus dapat menyebabkan perubahan sensori ditungkai bawah (Romauli, 2011).
- (2) Lordosis dorsolumbal dapat menyebabkan nyeri akibat tarikan pada saraf atau kompresi akar saraf (Romauli, 2011).
- (3) Edema yang melibatkan saraf perifer dapat menyebabkan carpal tunnel syndrome selama trimester akhir kehamilan. Edema menekan saraf median bagian bawah ligamentum karpalis pergelangan tangan. Sindrom ini ditandai oleh parastesia (sensasi abnormal seperti rasa terbakar atau gatal akibat gangguan pada sistem saraf sensori) dan nyeri pada tangan yang menjalar ke siku (Romauli, 2011).
- (4) Akroestesia (gatal di tangan) yang timbul akibat posisi bahu yang membungkuk, dirasakan pada beberapa wanita selama hamil. Keadaan ini berkaitan dengan tarikan pada segmen flektus drakialis (Romauli, 2011).
- (5) Nyeri kepala akibat ketegangan umum timbul pada saat ibu merasa cemas dan tidak pasti tentang kehamilannya. Nyeri kepala dapat juga dihubungkan dengan gangguan pengelihatian, seperti kesalahan refraksi, sinusitis atau migran (Romauli, 2011).
- (6) Hipokalsenia dapat menyebabkan timbulnya masalah neuromuskular, seperti kram otot atau tetani (Romauli, 2011).

2) Perubahan psikologis kehamilan trimester III

Trimester ketiga ini sering disebut periode penantian dengan penuh kewaspadaan. Trimester III merupakan waktu persiapan yang aktif menantikan kelahiran bayinya. Hal ini membuat ibu hamil berjaga-jaga dan menunggu tanda dan gejala persalinan (Marmi,2011).Rasa tidak nyaman timbul kembali, merasa dirinya jelek, aneh, dan tidak menarik; merasa tidak menyenangkan ketika bayi tidak hadir tepat waktu; takut akan rasa sakit dan bahaya fisik yang timbul pada saat melahirkan, khawatir akan keselamatannya; khawatir bayi akan dilahirkan dalam keadaan tidak normal, bermimpi yang mencerminkan perhatian dan kekhawatirannya; merasa sedih akan terpisah dari bayinya; merasa kehilangan perhatian; perasaan mudah terluka (sensitif); libido menurun (Romauli, 2011).

e. Kebutuhan dasar ibu hamil trimester III

1) Nutrisi

Kebutuhan gizi ibu hamil meningkat 15% dibandingkan dengan kebutuhan wanita normal. Peningkatan gizi ini dibutuhkan untuk pertumbuhan ibu dan janin. Makanan dikonsumsi ibu hamil 40% digunakan untuk pertumbuhan janin dan sisanya (60%) digunakan untuk pertumbuhan ibunya. Secara normal kenaikan berat badan ibu hamil 11-13 kg (Marmi, 2011). Kehamilan tua rata-rata kenaikan berat badan ibu akan mencapai 12 kg (Romauli, 2011).Trimester ketiga (sampai usia 40 minggu) nafsu makan sangat banyak tetapi jangan kelebihan, kurangi karbohidrat, tingkatkan protein, sayur-sayuran, buah-buahan, lemak harus tetap dikonsumsi, selain itu kurangi makanan terlalu manis (seperti gula) dan terlalu asin (seperti garam, ikan asin, telur asin, tauco dan kecap asin) karena makanan tersebut akan memberikan kecenderungan janin tumbuh besar dan merangsang keracunan saat kehamilan (Marmi,2011).

Tabel 2. 2 Kebutuhan Nutrisi Pada Ibu Hamil

Jenis	Tidak hamil	Hamil	Laktasi
Kalori	2500	2500	3000
Protein(gr)	60	85	100
Kalsium(gr)	0,8	1,5	2
Ferrum(mg)	12	15	15
VitaminA(satuan internasional)	5000	6000	8000
Vitamin B(mg)	1,5	1,8	2,3
Vitamin C(mg)	70	100	150
Riboflavin(mg)	2,2	2,5	3
As nicotin(mg)	15	18	23
Vitamin D(S.I)	+	400-800	400-800

Sumber: Marmi, 2011

2) Oksigen

Paru-paru bekerja lebih berat untuk keperluan ibu dan janin, pada hamil tua sebelum kepala masuk panggul, paru-paru terdesak ke atas sehingga menyebabkan sesak nafas, untuk mencegah hal tersebut, maka ibu hamil perlu: latihan nafas dengan senam hamil, tidur dengan bantal yang tinggi, makan tidak terlalu banyak, hentikan merokok, konsultasi ke dokter bila ada gangguan nafas seperti asma, posisi miring kiri dianjurkan untuk meningkatkan perfusi uterus dan oksigenasi fetoplasenta dengan mengurangi tekanan vena asendens (Marmi, 2011).

3) Personal hygiene

Kebersihan harus dijaga pada masa hamil. Mandi dianjurkan sedikitnya 2 kali sehari, karena ibu hamil cenderung mengeluarkan banyak keringat, menjaga kebersihan diri terutama lipatan kulit (ketiak, bawah buah dada, daerah genitalia) dengan cara dibersihkan dengan air dan dikeringkan. Kebersihan gigi dan mulut perlu mendapat perhatian, karena seringkali muda terjadi gigi berlubang, terutama pada ibu yang kekurangan kalsium. Rasa mual selama masa hamil dapat mengakibatkan perburukan hygiene mulut dan dapat menimbulkan karies gigi (Romauli, 2011).

4) Pakaian

Beberapa hal yang perlu diperhatikan dalam pakaian ibu hamil adalah memenuhi kriteria berikut ini: pakaian harus longgar, bersih, dan tidak ada ikatan yang ketat pada daerah perut; bahan pakaian usahakan yang mudah menyerap keringat; pakailah bra yang menyokong payudara, memakai sepatu dengan hak yang rendah, pakaian dalam yang selalu bersih (Romauli, 2011).

5) Eliminasi

Masalah buang air kecil tidak mengalami kesulitan, bahkan cukup lancar, untuk memperlancar dan mengurangi infeksi kandung kemih yaitu minum dan menjaga kebersihan sekitar kelamin perubahan hormonal mempengaruhi aktivitas usus halus dan besar, sehingga buang air besar mengalami obstipasi (sembelit). Sembelit dapat terjadi secara mekanis yang disebabkan karena menurunnya gerakan ibu hamil, untuk mengatasi sembelit dianjurkan untuk meningkatkan gerak, banyak makan makanan berserat (sayur dan buah-buahan). Sembelit dapat menambah gangguan wasir menjadi lebih besar dan berdarah (Marmi, 2011).

6) Mobilisasi

Ibu hamil boleh melakukan kegiatan/aktifitas fisik biasa selama tidak terlalu melelahkan. Ibu hamil dianjurkan untuk melakukan pekerjaan rumah dengan dan secara berirama dengan menghindari gerakan menyentak, sehingga mengurangi ketegangan tubuh dan kelelahan (Romauli, 2011).

7) Body mekanik

Secara anatomi, ligament sendi putar dapat meningkatkan pelebaran uterus pada ruang abdomen, sehingga ibu akan merasakan nyeri. Hal ini merupakan salah satu ketidaknyamanan yang dialami ibu hamil. Sikap tubuh yang perlu diperhatikan adalah:

a) Duduk

Duduk adalah posisi yang paling sering dipilih, sehingga postur tubuh yang baik dan kenyamanan penting. Ibu harus diingatkan duduk bersandar di kursi dengan benar, pastikan bahwa tulang belakangnya tersangga dengan baik (Romauli, 2011).

b) Berdiri

Mempertahankan keseimbangan yang baik, kaki harus diregangkan dengan distribusi berat badan pada masing-masing kaki. Berdiri diam terlalu lama dapat menyebabkan kelelahan dan ketegangan. Oleh karena itu lebih baik berjalan tetapi tetap mempertahankan semua aspek dan postur tubuh harus tetap tegak (Romauli, 2011).

c) Tidur

Sejalan dengan tuanya usia kehamilan, biasanya ibu merasa semakin sulit mengambil posisi yang nyaman, karena peningkatan ukuran tubuh dan berat badannya. Kebanyakan ibu menyukai posisi miring dengan sanggahan dua bantal di bawah kepala dan satu di bawah lutut dan abdomen. Nyeri pada simpisis pubis dan sendi dapat dikurangi bila ibu menekuk lututnya ke atas dan menambahnya bersama-sama ketika berbalik di tempat tidur (Romauli, 2011).

d) Bangun dan baring

Bangun dari tempat tidur, geser dulu tubuh ibu ke tepi tempat tidur, kemudian tekuk lutut. Angkat tubuh ibu perlahan dengan kedua tangan, putar tubuh lalu perlahan turunkan kaki ibu. Diamlah dulu dalam posisi duduk beberapa saat sebelum berdiri. Lakukan setiap kali ibu bangun dari berbaring (Romauli, 2011).

e) Membungkuk dan mengangkat

Ketika harus mengangkat, misalnya menggendong anak balita, kaki harus diregangkan satu kaki di depan kaki yang lain, pangkal paha dan lutut menekuk dengan punggung serta otot transversus dikencangkan. Kecuali otot paha sangat kuat, otot ini menempatkan terlalu banyak regangan pada sendi lutut, bila ibu dianjurkan untuk menekuk kedua

lutut seluas mungkin. Barang yang akan diangkat perlu dipegang sedekat mungkin dan ditengah tubuh, dan lengan serta tungkai digunakan untuk mengangkat. Lakukan gerakan dengan urutan terbalik ketika akan menaruh benda yang berat (Romauli, 2011).

8) Exercise/ senam hamil

Ibu hamil perlu menjaga kesehatan tubuhnya dengan cara berjalan-jalan di pagi hari, renang, olahraga ringan, dan senam hamil (Kusmiyati, 2010).

a) Berjalan-jalan di pagi hari

Ibu dianjurkan jalan-jalan waktu pagi hari untuk ketenangan dan mendapat udara segar. Hal ini mempunyai arti penting untuk dapat menghirup udara pagi yang bersih dan segar, menguatkan otot dasar panggul, dapat mempercepat turunnya kepala bayi ke dalam posisi optimal atau normal, dan mempersiapkan mental menghadapi persalinan.

b) Senam hamil

Senam hamil dimulai pada umur kehamilan setelah 22 minggu. Senam hamil bertujuan untuk mempersiapkan dan melatih otot-otot sehingga dapat berfungsi secara optimal dalam persalinan normal serta mengimbangi perubahan titik berat badan. Senam hamil ditujukan bagi ibu hamil tanpa kelainan atau tidak terdapat penyakit yang menyertai kehamilan, yaitu penyakit jantung, ginjal, dan penyulit dalam kehamilan (hamil dengan perdarahan, kelainan letak, dan kehamilan yang disertai dengan anemia) (Marmi, 2011).

Syarat senam hamil yaitu: telah dilakukan pemeriksaan kesehatan dan kehamilan oleh dokter atau bidan, latihan dilakukan setelah kehamilan 22 minggu, latihan dilakukan secara teratur dan disiplin, sebaiknya latihan dilakukan di rumah sakit atau klinik bersalin dibawah pimpinan instruktur senam hamil.

Secara umum, tujuan utama persiapan fisik dari senam hamil sebagai berikut:

- (1) Mencegah terjadinya deformitas (cacat) kaki dan memelihara fungsi hati untuk dapat menahan berat badan yang semakin naik, nyeri kaki, varises, bengkak, dan lain-lain.
- (2) Melatih dan menguasai teknik pernapasan yang berperan penting dalam kehamilan dan proses persalinan.
- (3) Memperkuat dan mempertahankan elastisitas otot-otot dinding perut, otot-otot dasar panggul, dan lain-lain.
- (4) Membentuk sikap tubuh yang sempurna selama kehamilan.
- (5) Memperoleh relaksasi yang sempurna dengan latihan kontraksi dan relaksasi.
- (6) Mendukung ketenangan fisik (Marmi, 2011).

Beberapa persyaratan yang harus diperhatikan untuk melakukan senam hamil adalah sebagai berikut:

- (1) Kehamilan normal yang dimulai pada kehamilan umur 5 bulan (22 minggu).
- (2) Diutamakan kehamilan pertama atau pada kehamilan berikutnya yang menjalani kesakitan persalinan atau melahirkan anak premature pada persalinan sebelumnya.
- (3) Latihan harus secara teratur dalam suasana yang tenang.
- (4) Berpakaian cukup longgar.
- (5) Menggunakan kasur atau matras (Marmi, 2011).

9) Imunisasi

Imunisasi selama kehamilan sangat penting dilakukan untuk mencegah penyakit yang dapat menyebabkan kematian ibu dan janin. Jenis imunisasi yang diberikan adalah Tetanus Toxoid (TT) yang dapat mencegah penyakit tetanus. Imunisasi TT pada ibu hamil harus terlebih dahulu ditentukan status kekebalan / imunisasinya (Marmi, 2011).

10) Travelling

Wanita hamil harus berhati-hati melakukan perjalanan yang cenderung lama dan melelahkan, karena dapat menimbulkan ketidaknyamanan dan mengakibatkan gangguan sirkulasi serta oedema tungkai karena kaki tergantung jika duduk terlalu lama. Bepergian dapat menimbulkan masalah lain, seperti konstipasi/diare karena asupan makanan dan minuman cenderung berbeda seperti biasanya karena akibat perjalanan yang melelahkan (Marmi, 2011).

11) Seksual

Selama kehamilan berjalan normal, koitus diperbolehkan sampai akhir kehamilan, meskipun beberapa ahli berpendapat sebaiknya tidak lagi berhubungan seks selama 14 hari menjelang kelahiran. Koitus tidak dibenarkan bila terdapat perdarahan pervaginam, riwayat abortus berulang, abortus/partus prematurus imminens, ketuban pecah sebelum waktunya (Marmi, 2011).

12) Istirahat

Wanita hamil dianjurkan untuk merencanakan istirahat yang teratur khususnya seiring kemajuan kehamilannya. Jadwal istirahat dan tidur perlu diperhatikan dengan baik, karena istirahat dan tidur yang teratur dapat meningkatkan kesehatan jasmani dan rohani untuk kepentingan perkembangan dan pertumbuhan janin. Tidur pada malam hari selama kurang lebih 8 jam dan istirahat dalam keadaan rileks pada siang hari selama 1 jam (Marmi, 2011).

f. Ketidaknyamanan dan masalah serta cara mengatasi ibu hamil trimester III

Proses kehamilan akan membawa dampak bagi ibu yaitu terjadinya perubahan sistem dalam tubuh yang semuanya membutuhkan suatu adaptasi, baik fisik maupun psikologis, dalam proses adaptasi tersebut tidak jarang ibu akan mengalami ketidaknyamanan yang meskipun hal ini adalah fisiologis namun tetap perlu diberikan suatu pencegahan dan perawatan (Romauli, 2011).

1) Sering buang air kecil

Peningkatan frekuensi berkemih pada ibu hamil trimester III paling sering dialami oleh wanita primigravida setelah lightening terjadi. Lightening menyebabkan bagian presentasi (terendah) janin akan menurun dan menimbulkan tekanan langsung pada kandung kemih. Menurut Marmi (2011) cara mengatasi keluhan sering buang air kecil pada ibu hamil trimester III, yaitu:

- a) Menjelaskan mengenai penyebab terjadinya noucturia.
- b) Segera mengosongkan kandung kemih saat terasa ingin berkemih.
- c) Perbanyak minum pada siang hari.
- d) Jangan mengurangi porsi air minum di malam hari, kecuali apabila noucturia mengganggu tidur, sehingga menyebabkan keletihan.
- e) Membatasi minuman yang mengandung bahan cafein.
- f) Bila tidur pada malam hari posisi miring dengan kedua kaki ditinggikan untuk meningkatkan diuresis (Marmi, 2011).

2) Insomnia

Menurut Marmi (2011) insomnia disebabkan karena perasaan gelisah, khawatir, ataupun bahagia. Ketidaknyamanan fisik seperti membesarnya uterus, pergerakan janin, bangun ditengah malam karena nocthuria, dyspnea, heartburn, sakit otot, stress dan cemas. Cara meringankan: gunakan teknik relaksasi, mandi air hangat, minum minuman hangat sebelum tidur, melakukan aktifitas yang tidak menstimulasi sebelum tidur. Tanda bahaya: keletihan yang berlebihan, tanda- tanda depresi (Marmi, 2011).

3) Haemoroid

Haemoroid selalu didahului konstipasi, oleh sebab itu semua hal yang menyebabkan konstipasi berpotensi menyebabkan haemoroid. Progesterone juga berperan dalam menyebabkan terjadinya relaksasi dinding vena dan usus besar, pembesaran uterus juga menyebabkan peningkatan tekanan pada dinding vena dan usus besar (Marmi, 2011). Cara mengatasi: makan makanan yang berserat, buah dan

sayuran serta banyak minum air putih dan sari buah, lakukan senam hamil untuk mengatasi hemorrhoid, jika hemorrhoid menonjol keluar, oleskan lotion witch hazel (Romauli, 2011).

4) Keputihan dan pruritus

Leukorea dapat disebabkan oleh karena terjadinya peningkatan produksi kelenjar dan lendir endoservikal sebagai peningkatan kadar estrogen. Hal lain yang dicurigai sebagai penyebab terjadinya leukorea adalah perubahan sejumlah besar glikogen pada sel epitel vagina menjadi asam laktat oleh basil *doderlein*. Cara mengatasi: memperhatikan kebersihan tubuh area genital, membersihkan area genital dari arah depan ke belakang, mengganti panty berbahan katun dengan sering, mengganti celana dalam secara rutin, tidak melakukan douchatau menggunakan semprot untuk menjaga area genital (Marmi, 2011).

5) Konstipasi

Konstipasi biasanya terjadi pada trimester II dan III, konstipasi diduga terjadi karena akibat penurunan peristaltik yang disebabkan oleh relaksasi otot polos pada usus besar ketika terjadi peningkatan jumlah progesteron. Konstipasi juga dapat terjadi akibat dari efek samping penggunaan zat besi, hal ini akan memperberat masalah pada wanita hamil (Marmi,2011).

Cara mengatasi: asupan cairan yang adekuat dengan minum air minimal 8 gelas perhari ukuran gelas minum, istirahat yang cukup, minum air hangat, makan makanan berserat dan mengandung serat alami, memiliki pola defekasi yang baik dan teratur, buang air besar segera setelah ada dorongan dan buang air kecil teratur, lakukan latihan secara umum, berjalan setiap hari, pertahankan postur tubuh yang baik, mekanisme tubuh yang baik, latihan kontraksi otot abdomen bagian bawah secara teratur. Semua kegiatan ini memfasilitasi sirkulasi vena sehingga mencegah kongesti pada usus besar, konsumsi laksatif ringan, pelunak feses, dan atau supositoria jika ada indikasi(Marmi,2011).

6) Sesak Napas (Hiperventilasi)

Dasar anatomis dan fisiologis adalah peningkatan kadar progesteron berpengaruh secara langsung pada pusat pernapasan untuk menurunkan kadar CO₂ serta meningkatkan kadar O₂, meningkatkan aktifitas metabolik, meningkatkan kadar CO₂, hiperventilasi yang lebih ringan. Uterus membesar dan menekan pada diafragma. Cara mencegah dan meringankan: latihan napas melalui senam hamil, tidur dengan bantal ditinggikan, makan tidak terlalu banyak, hentikan merokok (untuk yang merokok), konsultasikan dengan dokter bila ada asma dan lain-lain (Marmi, 2011).

7) Nyeri ligamentum rotundum

Dasar anatomis dan fisiologis adalah terjadi hipertrofi dan peregangan ligamentum selama kehamilan, tekanan dari uterus pada ligamentum. Cara meringankan atau mencegah yaitu: penjelasan mengenai penyebab rasa nyeri, tekuk lutut ke arah abdomen, mandi air hangat, gunakan bantal pemanas pada area yang terasa sakit hanya jika diagnosis lain tidak melarang, topang uterus dengan bantal di bawahnya dan sebuah bantal di antara lutut pada waktu berbaring miring (Marmi, 2011).

8) Perut kembung/flatulen

Terjadi pada trimester II dan III. Motilitas gastrointestinal menurun, menyebabkan terjadinya perlambatan waktu pengosongan menimbulkan efek peningkatan progesteron pada relaksasi otot polos dan penekanan uterus pada usus besar. Cara meringankan: hindari makanan yang mengandung gas, mengunyah makanan secara sempurna, pertahankan kebiasaan buang air besar yang teratur, posisi knee chest (posisi seperti sujud tapi dada ditempelkan ke lantai) hal ini dapat membantu ketidaknyamanan dari gas yang tidak keluar (Marmi, 2011).

9) Pusing/sakit kepala

Sakit kepala terjadi akibat kontraksi otot/spasme otot (leher, bahu dan penegangan pada kepala),serta kelelahan (Marmi,2011).Cara mengatasinya: Bangun secara perlahan dari posisi istirahat dan hindari berbaring dalam posisi terlentang (Romauli, 2011).

10) Sakit punggung bagian bawah

Terjadi pada trimester kedua dan ketiga kehamilan. Dasar anatomis dan fisiologis:

- a) Kurvatur dari vertebra lumbosacral yang meningkat saat uterus terus membesar.
- b) Spasme otot karena tekanan terhadap akar syaraf.
- c) Kadar hormon yang meningkat, sehingga cartilage di dalam sendi-sendi besar menjadi lembek.
- d) Kelelahan.

Cara meringankan:

- a) Gunakan body mekanik yang baik untuk mengangkat benda.
- b) Hindari sepatu atau sandal hak tinggi.
- c) Hindari mengangkat beban yang berat.
- d) Gunakan kasur yang keras untuk tidur.
- e) Gunakan bantal waktu tidur untuk meluruskan punggung.
- f) Hindari tidur terlentang terlalu lama karena dapat menyebabkan sirkulasi darah menjadi terhambat (Marmi, 2011).

11) Edema dependen

Terjadi pada trimester II dan III, Peningkatan kadar sodium dikarenakan pengaruh hormonal. Kongesti sirkulasi pada ekstermitas bawah, Peningkatan kadar permeabilitas kapiler. Tekanan dari pembesaran uterus pada vena pelvic ketika duduk / pada vena kava inferior ketika berbaring. Cara meringankan atau mencegah:

- a) Hindari posisi berbaring terlentang.
- b) Hindari posisi berdiri untuk waktu lama, istirahat dengan berbaring ke kiri, dengan kaki agak ditinggikan.

- c) Angkat kaki ketika duduk/istirahat.
- d) Hindari kaos yang ketat/tali/pita yang ketat pada kaki.
- e) Lakukan senam secara teratur.

Oedema muncul pada muka dan tangan dan disertai dengan proteinuria serta hipertensi, maka perlu diwaspadai adanya tanda bahaya kehamilan yaitu preeklampsia/ eklampsia (Marmi, 2011).

12) Kram pada kaki

Biasanya terjadi setelah kehamilan 24 minggu. Dasar fisiologis penyebab masih belum jelas. Dapat terjadi karena kekurangan asupan kalsium, ketidak seimbangan rasio kalsium-fosfor, pembesaran uterus sehingga memberikan tekanan pada pembuluh darah pelvic dengan demikian dapat menurunkan sirkulasi darah ke tungkai bagian bawah.

Cara meringankan: kurangi konsumsi susu (kandungan fosforay tinggi) dan cari yang high calcium, berlatih dorsifleksi pada kaki untuk meregangkan otot-otot yang terkena kram, gunakan penghangat untuk otot. Tanda bahayanya yaitu tanda-tanda thrombophlebitis superfisial/ trombosis vena yang dalam (Marmi, 2011).

13) Varises

Perubahan ini diakibatkan karena tekanan pada vena ekstermitas bawah. Perubahan ini diakibatkan karena uterus yang membesar pada vena panggul saat duduk/berdiri dan penekanan pada vena cava inferior saat berbaring (Varney et all, 2007).

Cara mengatasi: hindari menggunakan pakaian ketat, hindari berdiri lama, sediakan waktu istirahat dan kaki ditingikan, pertahankan tungkai untuk tidak menyilang saat duduk, pertahankan postur tubuh, sikap tubuh yang baik, kenakan penyokong abdomen/korset maternal, mandi air hangat yang menenangkan, (Varney et all, 2007).

14) Kontraksi Braxton hicks/kencang-kencang pada perut

Kontraksi ini dapat menciptakan ketidaknyamanan pada multigravida pada trimester kedua maupun ketiga. Primigravida biasanya tidak mengalami ketidaknyamanan ini sampai trimester akhir, saat akhir kehamilan efek perlindungan progesterone pada aktivitas uterus menurun dan kadar oksitosin meningkat, cara mengatasi:penjelasan tentang fisiologis aktivitas uterus(Doenges danMoorhouse, 2001).

g. Tanda Bahaya Trimester III

1) Perdarahan Pervaginam

a) Pengertian

Perdarahan antepartum atau perdarahan pada kehamilan lanjut adalah perdarahan pada trimester terakhir dalam kehamilan sampai bayi dilahirkan. Perdarahan yang tidak normal pada kehamilan lanjut adalah perdarahan warna merah, banyak dan disertai rasa nyeri (Romauli, 2011).

b) Jenis-jenis perdarahan antepartum

(1) Plasenta Previa

Plasenta previa merupakan plasenta yang berimplantasi rendah sehingga menutupi sebagian atau seluruh ostium uteri internum. Implantasi plasenta yang normal adalah pada dinding depan, dinding belakang rahim, atau didaerah fundus uteri. Tanda dan gejala plasenta previa adalah perdarahan tanpa nyeri, biasanya terjadi secara tiba-tiba dan kapan saja, bagian terendah janin sangat tinggi karena plasenta terletak pada bagian bawah rahim sehingga bagian terendah tidak mendekati pintu atas panggul, serta pada plasenta previa ukuran panjang rahim berukuran maka pada plasenta previa lebih sering disertai kelainan letak (Romauli, 2011).

(2) Solusio Plasenta

Solusio plasenta merupakan terlepasnya plasenta sebelum waktunya. Secara normal plasenta terlepas setelah anak lahir. Tanda dan gejala dari solusio plasenta adalah dari tempat pelepasan keluar dari serviks dan terjadilah perdarahan tampak, dan kadang-kadang darah tidak keluar, terkumpul di belakang plasenta (perdarahan tersembunyi atau perdarahan ke dalam). Solusio plasenta dengan perdarahan tersembunyi menimbulkan tanda yang lebih khas (rahim keras seperti papan) karena seluruh perdarahan tertahan didalam. Umumnya berbahaya karena jumlah perdarahan yang keluar tidak sesuai dengan beratnya syok. Perdarahan juga disertai nyeri abdomen pada saat dipegang, Palpasi sulit dilakukan, fundus uteri makin lama makin naik, serta bunyi jantung biasanya tidak ada (Romauli, 2011). Deteksi dini yang dapat dilakukan oleh bidan adalah anamnesis tanyakan pada ibu tentang karakteristik perdarahannya, kapan mulai, seberapa banyak, apa warnanya, adakah gumpalan, serta menanyakan apakah ibu merasakan nyeri atau sakit ketika mengalami perdarahan tersebut (Romauli, 2011).

2) Sakit Kepala yang hebat

Wanita hamil bisa mengeluh nyeri kepala yang hebat, sakit kepala seringkali merupakan ketidaknyamanan yang normal dalam kehamilan. Namun satu saat sakit kepala pada kehamilan dapat menunjukkan suatu masalah serius apabila sakit kepala itu dirasakan menetap dan tidak hilang dengan beristirahat. Kadang-kadang dengan sakit kepala yang hebat itu, ibu mungkin menemukan bahwa penglihatannya menjadi kabur atau kondisi sakit kepala yang hebat dalam kehamilan dapat menjadi gejala dari preklamsia. Rasa sakit kepala disertai dengan penglihatan kabur atau terbayang, maka tanyakan pada ibu, apakah ia mengalami oedema pada muka atau tangan atau gangguan visual. Selanjutnya malakukan pemeriksaan tekanan darah, protein urine, reflex dan edema

serta periksa suhu dan jika suhu tubuh tinggi, lakukan pemeriksaan darah untuk mengetahui adanya parasit malaria (Marmi, 2011).

3) Penglihatan Kabur

Wanita hamil mengeluh penglihatan yang kabur. Pengaruh hormonal, ketajaman penglihatan ibu dapat berubah dalam kehamilan. Perubahan ringan (minor) adalah normal. Masalah visual yang mengindikasikan keadaan yang mengancam adalah perubahan visual yang mendadak, misalnya pandangan kabur dan berbayang. Perubahan penglihatan ini mungkin disertai sakit kepala yang hebat dan mungkin menjadi suatu tanda pre-eklamsia. Deteksi dini yang dapat dilakukan adalah dengan melakukan pemeriksaan data lengkap, pemeriksaan tekanan darah, protein urine, reflex dan oedema (Marmi, 2011).

4) Bengkak di wajah dan jari-jari tangan

Hampir dari separuh ibu hamil akan mengalami bengkak yang normal pada kaki yang biasanya muncul pada sore hari dan biasanya hilang setelah beristirahat dengan meninggikan kaki. Bengkak biasa menunjukkan adanya masalah serius jika muncul pada muka dan tangan, tidak hilang setelah beristirahat dan disertai dengan keluhan fisik yang lain. Hal ini merupakan pertanda anemia, gagal jantung, atau preeklamsia (Romauli, 2011).

5) Keluar cairan pervaginam

Keluarnya cairan berupa air-air dari vagina pada trimester tiga yang merupakan cairan ketuban. Ketuban dinyatakan pecah dini jika terjadi sebelum proses persalinan berlangsung. Pecahnya selaput ketuban dapat terjadi pada kehamilan preterm (sebelum kehamilan 37 minggu) maupun pada kehamilan aterm. Normalnya selaput ketuban pecah pada akhir kala satu atau pada awal kala dalam persalinan, bisa juga pecah saat mendedan (Romauli, 2011).

6) Gerakan Janin tidak terasa

Normalnya ibu mulai merasakan gerakan janinnya pada bulan ke-5 atau ke-6 kehamilan dan beberapa ibu dapat merasakan gerakan bayinya lebih awal. Gerakan bayi lebih muda terasa jika ibu berbaring atau beristirahat dan jika ibu makan dan minum dengan baik. Gerakan bayi kurang dari 3 kali dalam periode 3 jam merupakan salah satu tanda bahaya pada kehamilan usia lanjut (Romauli, 2011).

7) Nyeri Perut yang Hebat

Nyeri abdomen yang berhubungan dengan persalinan normal adalah normal. Nyeri abdomen yang mungkin menunjukkan masalah yang mengancam keselamatan jiwa adalah yang hebat, menetap dan tidak hilang setelah beristirahat. Hal ini bisa berarti apendisitis, kehamilan ektopik, aborsi, penyakit radang panggul, persalinan preterm, gastritis, penyakit atau infeksi lain (Romauli, 2011).

h. Deteksi dini faktor resiko kehamilan trimester III

1) Skor Poedji Rochjati.

a) Pengertian

Menurut Rochjati (2003) menjelaskan skor Poedji Rochjati adalah suatu cara untuk mendeteksi dini kehamilan yang memiliki risiko lebih besar dari biasanya (baik bagi ibu maupun bayinya), akan terjadinya penyakit atau kematian sebelum maupun sesudah persalinan. Ukuran risiko dapat dituangkan dalam bentuk angka disebut skor. Skor merupakan bobot prakiraan dari berat atau ringannya risiko atau bahaya. Jumlah skor memberikan pengertian tingkat risiko yang dihadapi oleh ibu hamil. Berdasarkan jumlah skor kehamilan dibagi menjadi tiga kelompok yaitu: kehamilan Risiko Rendah (KRR) dengan jumlah skor 2, kehamilan Risiko Tinggi (KRT) dengan jumlah skor 6-10, kehamilan Risiko Sangat Tinggi (KRST) dengan jumlah skor ≥ 12 .

b) Tujuan Sistem Skor

Menurut Rochjati (2003) juga menjelaskan mengenai tujuan sistem skor sebagai berikut: membuat pengelompokan dari ibu hamil (KRR, KRT, KRST) agar berkembang perilaku kebutuhan tempat dan penolong persalinan sesuai dengan kondisi dari ibu hamil, melakukan pemberdayaan ibu hamil, suami, keluarga dan masyarakat agar peduli dan memberikan dukungan dan bantuan untuk kesiapan mental, biaya dan transportasi untuk melakukan rujukan terencana.

c) Fungsi Skor

Rochjati (2003) menjelaskan fungsi skor sebagai berikut:

- (1) Alat komunikasi informasi dan edukasi/KIE bagi klien.ibu hamil, suami, keluarga dan masyarakat.
- (2) Skor digunakan sebagai sarana KIE yang mudah diterima, diingat, dimengerti sebagai ukuran kegawatan kondisi ibu hamil dan menunjukkan adanya kebutuhan pertolongan untuk rujukkan. Dengan demikian berkembang perilaku untuk kesiapan mental, biaya dan transportasi ke Rumah Sakit untuk mendapatkan penanganan yang adekuat.
- (3) Alat peringatan bagi petugas kesehatan, agar lebih waspada. Lebih tinggi jumlah skor dibutuhkan lebih kritis penilaian/pertimbangan klinis pada ibu risiko tinggi dan lebih intensif penanganannya.

d) Cara Pemberian Skor

Rochjati (2003) menuliskan tiap kondisi ibu hamil (umur dan paritas) dan faktor risiko diberi nilai 2,4 dan 8. Umur dan paritas pada semua ibu hamil diberi skor 2 sebagai skor awal. Tiap faktor risiko skornya 4 kecuali bekas sesar, letak sungsang, letaklintang, perdarahan antepartum danpre-eklamsi berat/eklamsi diberi skor 8. Tiap faktor risiko dapat dilihat pada gambar yang ada pada Kartu Skor 'Poedji Rochjati' (KSPR), yang telah disusun dengan format sederhana agar mudah dicatat dan diisi.

Tabel 2.3 Skor Poedji Rochjati

KE L FR	II	III	IV			
	No.	Masalah/Faktor Resiko	Skor	Triwulan		
		Scor Awal Ibu Hamil	2	II	III1	III2
I	1.	Terlalu muda, hamil \leq 16 tahun	4			
	2.	Terlalu tua, hamil \geq 35 tahun	4			
	3.	Terlalu lambat hamil I, kawin \geq 4 tahun	4			
		Terlalu lama hamil lagi (\geq 10 tahun)	4			
	4.	Terlalu cepat hamil lagi ($<$ 2 tahun)	4			
	5.	Terlalu banyak anak, 4 / lebih	4			
	6.	Terlalu tua, umur \geq 35 tahun	4			
	7.	Terlalu pendek \leq 145 cm	4			
	8.	Pernah gagal kehamilan	4			
	9	Pernah melahirkan dengan:				
	a. Tarikan tang / vakum	4				
	b. Uri dirogoh	4				
	c. Diberi infus / transfusi	4				
	10	Pernah operasi saesarea				
II	11	Penyakit pada Ibu Hamil:	4			
		a. Kurang darah b. Malaria	4			
		c. TBC paru d. Payah jantung	4			
		e. Kencing manis (Diabetes)	4			
		f. Penyakit menular seksual	4			
	12.	Bengkak pada muka / tungkai dan Tekanan darah tinggi	4			
	13.	Hamil kembar 2 atau lebih	4			
	14.	Hamil kembar air (Hydramnion)	4			
	15.	Bayi mati dalam kandungan	4			
	16.	Kehamilan lebih bulan	4			
	17.	Letak sungsang	8			
	18.	Letak lintang	8			
III	19.	Perdarahan dalam kehamilan ini	8			
	20.	Preeklampsia berat / kejang – kejang	8			
		JUMLAH SKOR				

Sumber: Rochjati, 2003

2) Penanganan

Penanganan Kehamilan Risiko Tinggi

(1) Penyuluhan dan KIE untuk kehamilan dan persalinan aman.

(a) Kehamilan Risiko Rendah (KRR)

Tempat persalinan dapat dilakukan di rumah maupun di polindes, tetapi penolong persalinan harus bidan, dukun membantu perawatan nifas bagi ibu dan bayinya.

(b) Kehamilan Risiko Tinggi (KRT)

Petugas kesehatan memberi penyuluhan agar pertolongan persalinan oleh bidan atau dokter puskesmas, di polindes atau puskesmas atau langsung dirujuk ke Rumah Sakit,

(c) Kehamilan Risiko Sangat Tinggi (KRST)

Beri penyuluhan dirujuk untuk melahirkan di Rumah Sakit dengan alat lengkap dan dibawah pengawasan dokter spesialis (Rochjati, 2003).

(2) Pengawasan antenatal, memberikan manfaat dengan ditemukannya berbagai kelainan yang menyertai kehamilan secara dini, sehingga dapat diperhitungkan dan dipersiapkan langkah-langkah dalam pertolongan persalinannya.

(a) Mengenal dan menangani sedini mungkin penyulit yang terdapat saat kehamilan, saat persalinan, dan masa nifas.

(b) Mengenal dan menangani penyakit yang menyertai hamil, persalinan, dan masa nifas.

(c) Memberikan nasihat dan petunjuk yang berkaitan dengan kehamilan, persalinan, kala nifas, laktasi, dan aspek keluarga berencana.

(d) Menurunkan angka kesakitan dan kematian ibu dan perinatal(Manuaba, 2009).

3) Prinsip rujukan kasus

Menurut Prawirohardjo (2014) batasan sistem rujukan: suatu sistem pelayanan kesehatan dimana terjadi pelimpahan tanggung jawab timbal balik atas kasus atau masalah kesehatan yang timbul secara horisontal maupun vertikal, baik untuk kegiatan pengiriman penderita, pendidikan, maupun penelitian. Sistem rujukan paripurna terpadu merupakan suatu tatanan, di mana berbagai komponen dalam jaringan pelayanan kebidanan dapat berinteraksi dua arah timbal balik, antara bidan di desa, bidan dan dokter puskesmas di pelayanan kesehatan dasar, dengan para dokter spesialis di RS kabupaten untuk mencapai rasionalisasi penggunaan sumber daya kesehatan dalam penyelamatan ibu dan bayi baru lahir yaitu penanganan ibu resiko tinggi dengan gawat obstetrik atau gawat darurat obstetrik secara efisien, efektif, profesional, rasional, dan relevan dalam pola rujukan terencana.

Menurut Pawirohardjo (2014), prinsip rujukan dibagi menjadi:

a) Rujukan terencana adalah menyiapkan dan merencanakan rujukan ke RS jauh- jauh hari bagi ibu resiko tinggi/ risti. Sejak awal kehamilan diberi KIE. Ada 2 macam rujukan berencana, yaitu:

- (1) Rujukan Dini Berencana (RDB), untuk ibu dengan APGO (Ada Potensi Gawat Obstetrik) dan AGO (Ada Gawat Darurat). Ibu risti masih sehat belum inpartu, belum ada komplikasi persalinan, ibu berjalan sendiri dengan suami, ke RS naik kendaraan umum dengan tenang, santai, mudah, murah, dan tidak membutuhkan alat atau obat.
- (2) Rujukan Dalam Rahim (RDR). Di dalam RDB terdapat pengertian RDR atau rujukan in utero bagi janin ada masalah, janin resiko tinggi masih sehat misalnya kehamilan dengan riwayat obstetrik jelek pada ibu diabetes melitus, partus prematurus iminens. Bagi janin, selama pengiriman rahim ibu merupakan alat transportasi dan incubator alami yang aman,

nyaman, hangat, steril, murah, mudah, memberi nutrisi dan O₂, tetap ada hubungan fisik dan psikis dalam lidungan ibunya.

b) Rujukan Tepat Waktu (RTW), untuk ibu dengan gawat darurat obstetrik, pada kelompok FR III AGDO perdarahan ante partum dan preeklamsia berat/ eklamsia dan ibu dengan komplikasi persalinan dini yang dapat terjadi pada semua ibu hamil dengan atau tanpa FR. Ibu GDO (emergensi obstetrik) membutuhkan RTW dalam penyelamatan ibu/bayi baru lahir. Rujukan terencana merupakan satu kegiatan proaktif antisipatif.

i. Konsep Antenatal Care Standar Pelayanan Antenatal (14 T)

Menurut Kemenkes RI (2015) dalam melakukan pemeriksaan antenatal, tenaga kesehatan harus memberikan pelayanan yang berkualitas sesuai dengan 14 T yaitu sebagai berikut :

1) Timbang Berat Badan dan Ukur Tinggi Badan

Penimbangan berat badan setiap kunjungan antenatal dilakukan untuk mendeteksi adanya gangguan pertumbuhan janin. Penambahan berat badan yang kurang dari 9 kg selama kehamilan menunjukkan adanya gangguan pertumbuhan janin. Pengukuran tinggi badan pada pertama kali kunjungan dilakukan untuk menapis adanya faktor resiko pada ibu hamil. Tinggi badan ibu hamil 145 cm meningkatkan resiko untuk terjadinya CPD (*Cephalo Pelvic Disproportion*) (Romauli, 2011).

2) Ukur Tekanan Darah

Pengukuran tekanan darah pada setiap kali kunjungan antenatal dilakukan untuk mendeteksi adanya hipertensi (tekanan darah \geq 140/90 mmHg). Pada kehamilan dan preeklamsia (hipertensi disertai edem wajah dan atau tungkai bawah dan atau protein uria) (Romauli, 2011).

3) Nilai Status Gizi (Ukur Lingkar Lengan Atas / LILA)

Pengukuran LILA hanya dilakukan pada kontak pertama oleh tenaga kesehatan di trimester I untuk skrining ibu hamil berisiko kurang energi kronis (KEK). Ibu hamil dengan KEK (Lila < 23,5 cm) dapat melahirkan bayi berat badan lahir rendah (BBLR) (Kemenkes RI, 2015).

4) Ukur Tinggi Fundus Uteri

Pengukuran tinggi fundus uteri dilakukan setiap kali kunjungan antenatal untuk mendeteksi pertumbuhan janin sesuai atau tidak dengan umur kehamilan. Jika tinggi fundus uteri tidak sesuai dengan umur kehamilan, kemungkinan ada gangguan pertumbuhan janin :

Tabel 2.4Tinggi Fundus Uteri Berdasarkan Usia Kehamilan

Usia Kehamilan (Minggu)	Tinggi Fundus uteri (TFU)
12	1-2 jari di atas symphysis
16	Pertengahan antara symphysis – pusat
20	3 jari di bawah pusat
24	Setinggi pusat
28	3 jari di atas pusat
32	Pertengahan pusat – <i>processus xyphoideus</i>
36	3 jari di bawah <i>px</i>
40	Pertengahan antara pusat – <i>px</i>

(Sumber: Bagian Obstetri Dan Ginekologi Fakultas Kedokteran Universitas Padjajaran Bandung, 1984).

5) Pemantauan Imunisasi Tetanus Toksoid dan Pemberian Imunisasi TT Sesuai Status Imunisasi

Tabel 2.5 Rentang Waktu Pemberian Imunisasi TT

Imunisasi TT	Selang Waktu Minimal	Lama Perlindungan
TT 1		Langkah awal pembentukan kekebalan tubuh terhadap penyakit tetanus
TT 2	1 bulan setelah TT 1	3 tahun
TT 3	6 bulan setelah TT 2	5 tahun
TT 4	12 bulan setelah TT 3	10 tahun
TT 5	12 bulan setelah TT 4	>25 tahun

Sumber : (Kemenkes RI, 2015)

6) Tentukan Presentasi Janin dan Denyut Jantung Janin

Menentukan presentase janin dilakukan pada akhir trimester II dan selanjutnya setiap kali kunjungan antenatal. Jika pada trimester III bagian bawah janin bukan kepala, atau kepala janin belum masuk ke panggul berarti ada kelainan letak, panggul sempit atau masalah lain. Penilaian DJJ dilakukan pada akhir trimester I dan selanjutnya setiap kali kunjungan antenatal. DJJ lambat kurang dari 120 x/menit atau cepat > 160 x/menit menunjukkan adanya gawat janin (Romauli, 2011).

7) Beri Tablet Tambah Darah

Tablet ini mengandung 200 mg Sulfat Ferosus 0,25 mg asam folat yang diikat dengan laktosa. Tujuan pemberian tablet Fe adalah untuk memenuhi kebutuhan Fe pada ibu hamil dan nifas, karena pada masa kehamilan kebutuhannya meningkat seiring dengan pertumbuhan janin. Setiap ibu hamil harus mendapat tablet tambah darah (tablet zat besi) dan Asam Folat minimal 90 tablet selama kehamilan yang diberikan sejak kontak pertama. Cara pemberian adalah satu tablet Fe per hari, sesudah makan, selama masa kehamilan dan nifas. Perlu diberitahukan pada ibu hamil bahwa normal bila warna tinja mungkin hitam setelah minum obat ini. Dosis tersebut tidak mencukupi pada

ibu hamil yang mengalami anemia, terutama anemia berat (8 gr% atau kurang). Dosis yang dibutuhkan adalah sebanyak 1-2 x 100 mg/hari selama 2 bulan sampai dengan melahirkan (Kemenkes RI, 2013).

8) Periksa Laboratorium

Pemeriksaan Laboratorium yang dilakukan pada ibu hamil adalah pemeriksaan laboratorium rutin dan khusus. Pemeriksaan laboratorium rutin adalah pemeriksaan laboratorium yang harus dilakukan pada setiap ibu hamil yaitu golongan darah, hemoglobin darah, dan pemeriksaan spesifik daerah endemis (malaria, HIV, dll). Sementara pemeriksaan laboratorium khusus adalah pemeriksaan laboratorium lain yang dilakukan atas indikasi pada ibu hamil yang melakukan kunjungan antenatal (Kemenkes RI, 2013).

Pemeriksaan laboratorium dilakukan pada saat antenatal tersebut meliputi :

a) Pemeriksaan golongan darah

Pemeriksaan golongan darah pada ibu hamil tidak hanya untuk mengetahui jenis golongan darah ibu melainkan juga untuk mempersiapkan calon pendonor darah (Kemenkes RI, 2013).

b) Pemeriksaan kadar hemoglobin darah (HB)

Pemeriksaan kadar hemoglobin darah ibu hamil dilakukan minimal sekali pada trimester I dan sekali pada trimester III. Pemeriksaan ini ditujukan untuk mengetahui ibu hamil tersebut menderita anemia atau tidak selama kehamilannya, karena kondisi anemia dapat mempengaruhi proses tumbuh kembang janin dalam kandungan. Pemeriksaan kadar hemoglobin darah ibu hamil pada trimester II dilakukan atas indikasi (Kemenkes RI, 2013).

c) Pemeriksaan protein dalam urine

Pemeriksaan protein dalam urine pada ibu hamil dilakukan pada trimester II dan III atas indikasi. Pemeriksaan ini ditujukan untuk mengetahui adanya protein uria pada ibu hamil. Protein uria merupakan salah satu indikator terjadinya preeklamsi pada ibu hamil (Kemenkes RI, 2013).

d) Pemeriksaan kadar gula darah

Ibu hamil yang dicurigai menderita diabetes melitus harus dilakukan pemeriksaan gula darah selama kehamilannya minimal sekali pada trimester I, sekali pada trimester II dan sekali pada trimester III (Kemenkes RI, 2013).

e) Pemeriksaan darah malaria

Semua ibu hamil didaerah endemis malaria dilakukan pemeriksaan darah malaria dalam rangka skrining pada kunjungan pertama antenatal. Ibu hamil di daerah non endemis malaria dilakukan pemeriksaan darah malaria apabila ada indikasi (Kemenkes RI, 2013).

f) Pemeriksaan tes sifilis

Pemeriksaan tes sifilis dilakukan didaerah dengan resiko tinggi dan ibu hamil yang diduga menderita sifilis. Pemeriksaan sifilis sebaiknya dilakukan sedini mungkin pada kehamilan (Kemenkes RI, 2013).

g) Pemeriksaan HIV

Tes HIV wajib ditawarkan oleh tenaga kesehatan kesemua ibu hamil secara inklusif dengan pemeriksaan laboratorium rutin lainnya didaerah epidemi meluas dan terkonsentrasi dan didaerah epidemi HIV rendah penawaran tes HIV oleh tenaga kesehatan diprioritaskan pada ibu hamil dengan IMS dan TB. Teknik penawaran ini disebut *Provider Initiated Testing And Counselling (PITC)* atau tes HIV atas Inisiatif Pemberi Pelayanan Kesehatan (Kemenkes RI, 2013).

9) Tata Laksana atau Penanganan Kasus

Berdasarkan hasil pemeriksaan antenatal di atas dan hasil laboratorium, setiap kelainan yang ditemukan pada ibu hamil harus ditangani dengan standar dan kewenangan tenaga kesehatan (Kemenkes RI, 2015).

10) Temu wicara atau konseling

Temu wicara atau konseling dilakukan pada setiap kunjungan antenatal yang meliputi : kesehatan ibu, perilaku hidup bersih dan sehat, peran suami dan keluarga dalam kehamilan dan perencanaan persalinan, tanda bahaya pada kehamilan, persalinan dan nifas serta kesiapan menghadapi komplikasi, asupan gizi seimbang, gejala penyakit menular dan tidak menular, inisiasi menyusui dini (IMD) dan pemberian ASI eksklusif, KB pasca persalinan, dan imunisasi (Kemenkes RI, 2015).

11) Pemeriksaan protein urin atas indikasi

12) Pemeriksaan reduksi urin atas indikasi

13) Pemberian terapi kapsul yodium untuk daerah endemis gondok

14) Pemberian terapi anti malaria untuk daerah endemis

j. Kebijakan Kunjungan Antenatal Care

Menurut Depkes (2009), mengatakan kebijakan program pelayanan antenatal menetapkan frekuensi kunjungan antenatal sebaiknya minimal 4 kali selama masa kehamilan, yaitu:

1) Minimal 1 kali pada trimester pertama (K1)

Trimester I: Ibu memeriksakan kehamilan minimal 1 kali pada 3 bulan pertama usia kehamilan dengan mendapatkan pelayanan (timbang berat badan, mengukur tekanan darah, mengukur tinggi fundus uteri, pemberian imunisasi TT, dan pemberian tablet besi) disebut juga K1

(kunjungan pertama ibu hamil).

2) Minimal 1 kali pada trimester kedua

Trimester II: Ibu memeriksakan kehamilannya minimal 1 kali pada umur kehamilan 4-6 bulan dengan mendapatkan pelayanan 5T (timbang berat badan, mengukur tekanan darah, mengukur tinggi fundus uteri, pemberian imunisasi TT, dan pemberian tablet zat besi).

3) Minimal 2 kali pada trimester ketiga (K4)

Trimester III: Ibu memeriksakan kehamilannya minimal 2 kali pada umur kehamilan 7-9 bulan dengan mendapatkan pelayanan 5T (timbang berat badan, mengukur tekanan darah, mengukur tinggi fundus uteri, pemberian imunisasi TT dan pemberian tablet zat besi), disebut juga K4 (kunjungan ibu hamil keempat).

Menurut Walyani (2015) Jadwal pemeriksaan antenatal adalah sebagai berikut:

- 1) Pemeriksaan pertama. Pemeriksaan pertama dilakukan segera setelah diketahui ibu terlambat haid.
- 2) Pemeriksaan ulangan. Adapun jadwal pemeriksaan ulang sebagai berikut: setiap bulan sampai umur kehamilan 6 sampai 7 bulan, setiap 2 minggu sampai usia kehamilan berumur 8 bulan, setiap 1 minggu sejak umur kehamilan 8 bulan sampai terjadi persalinan.

2. Konsep Dasar Persalinan

a. Pengertian

Persalinan merupakan kejadian fisiologis yang normal. Persalinan adalah proses membuka dan menipisnya serviks dan janin turun ke dalam jalan lahir. Persalinan dan kelahiran normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37 – 42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala tanpa komplikasi baik ibu maupun janin (Hidayat dkk, 2010).

Persalinan adalah serangkaian kejadian yang berakhir dengan pengeluaran bayi cukup bulan atau hampir cukup bulan, disusul dengan pengeluaran plasenta dan selaput janin dari tubuh ibu (Erawati,2011).Berdasarkan pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa persalinan merupakan proses membuka dan menipisnya serviks sehingga janin dapat turun ke jalan lahir dan berakhir dengan pengeluaran bayi disusul dengan pengeluaran plasenta dan selaput janin.

b. Sebab – sebab mulainya persalinan

Menurut Rukiah dkk (2012) menjelaskan sebab yang mendasari terjadinya partussecara teoritis masih merupakan kumpulan teoritis yang kompleks teori yang turut memberikan andil dalam proses terjadinya persalinan antara lain:

1) Penurunan kadar progesteron

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

2) Teori oksitocin

Akhir kehamilan kadar oksitocin bertambah. Oleh karena itu timbul kontraksi otot-otot rahim.

3) Peregangan otot

Majunya kehamilan menyebabkan makin tereganglah otot-otot rahim sehingga timbulah kontraksi untuk mengeluarkan janin.

4) Pengaruh janin

Hipofise dan kadar suprarenal rupanya memegang peranan penting, oleh karena itu pada ancephalus kelahiran sering lebih lama.

5) Teori prostaglandin

Kadar prostaglandin dalam kehamilan dari minggu ke-15 hingga aterm terutama saat persalinan yang menyebabkan kontraksi miometrium

c. Tahapan persalinan (kala I, II, III, IV)

1) Kala I

Kala I dimulai dengan serviks membuka sampai terjadi pembukaan 10 cm. Kala I dinamakan juga kala pembukaan. Dapat dinyatakan partus dimulai bila timbul his dan wanita tersebut mengeluarkan lendir yang bersama darah disertai dengan pendataran (effacement). Lendir bersemu (bloody show) darah berasal dari lendir kanalis servikalis karena serviks mulai membuka dan mendatar. Darah berasal dari pembuluh-pembuluh kapiler yang berada disekitar kanalis servikalis (kanalis servikalis pecah karena pergeseran-pergeseran ketika serviks membuka). Kala I selesai apabila pembukaan serviks uteri telah lengkap, pada primigravida kala I berlangsung kira-kira 13 jam dan multigravida kira-kira 7 jam (Ilmiah W, 2015).

Proses membukanya serviks sebagai akibat his dibagi dalam 2 fase:

a) Fase laten

Fase laten yaitu fase pembukaan yang sangat lambat dari 0 sampai 3 cm yang membutuhkan waktu \pm 8 jam, his masih lemah dengan frekuensi jarang, pembukaan terjadi sangat lambat.

b) Fase aktif

Fase aktif yaitu fase pembukaan yang lebih cepat yang terbagi lagi menjadi 3 yaitu: fase akselerasi (fase percepatan) dari pembukaan 3 cm sampai 4 cm yang dicapai dalam 2 jam, fase dilatasi maksimal dari pembukaan 4 cm sampai 9 cm yang dicapai dalam 2 jam, fase deselerasi (kurangnya kecepatan) dari pembukaan 9 cm sampai 10 cm selama 2 jam. His tiap 3 sampai 4 menit selama 40 detik fase-fase tersebut di atas dijumpai pada

primigravida. Multigravida pun terjadi demikian, akan tetapi fase laten, fase aktif dan fase deselerasi terjadi lebih pendek. Mekanisme membukanya serviks berbeda antara primigravida dan multigravida. Primigravida ostium uteri internum akan membuka lebih dahulu sehingga serviks akan mendatar dan menipis. Multigravida ostium uteri internum sudah sedikit terbuka. Ostium uteri internum dan eksternum serta penipisan dan pendataran serviks terjadi dalam saat yang sama (Ilmiah W, 2015).

Penggunaan Partograf

Partograf merupakan alat untuk mencatat informasi berdasarkan observasi atau riwayat dan pemeriksaan fisik pada ibu dalam persalinan dan merupakan alat penting khususnya untuk membuat keputusan klinis kala I. Partograf digunakan selama fase aktif persalinan. Kegunaan partograf adalah mengamati dan mencatat informasi kemajuan persalinan dengan memeriksa dilatasi serviks selama pemeriksaan dalam, menentukan persalinan berjalan normal dan mendeteksi dini persalinan lama sehingga bidan dapat membuat deteksi dini mengenai kemungkinan persalinan lama. Kondisi ibu dan bayi juga harus dimulai dan dicatat secara seksama, yaitu: denyut jantung janin: setiap ½ jam, frekuensi dan lamanya kontraksi uterus setiap ½ jam, nadi setiap ½ jam, pembukaan serviks setiap 4 jam, penurunan kepala setiap 4 jam, tekanan darah dan temperature tubuh setiap 4 jam dan produksi urin, aseton dan protein setiap 2 sampai 4 jam (Marmi, 2012).

Pencatatan selama fase aktif persalinan antara lain: informasi tentang ibu, kondisi janin (DJJ, warna dan adanya air ketuban, penyusupan (molase) kepala janin), kemajuan persalinan (pembukaan serviks, penurunan bagian terbawah janin atau presentasi janin, garis waspada dan garis bertindak), jam dan

waktu (waktu mulainya fase aktif persalinan, waktu aktual saat pemeriksaan dan penilaian), kontraksi uterus (frekuensi dan lamanya), obat-obatan dan cairan yang dibeikan (oksisitosin dan obat-obatan lainnya dan cairan IV yang diberikan), kondisi ibu (nadi, tekanan darah dan temperature tubuh, volume urin, aseton urin atau protein urin), asuhan, pengamatan dan keputusan klinik lainnya dicatat dalam kolom yang tersedia di sisi partograf atau dicatat kemajuan persalinan (Marmi, 2012).

Menurut Pencatatan dalam partograf

a) Pembukaan (Ø) Serviks

Pembukaan servik dinilai pada saat melakukan pemeriksaan vagina dan ditandai dengan huruf (X). Garis waspada merupakan sebuah garis yang dimulai pada saat pembukaan servik 4 cm hingga titik pembukaan penuh yang diperkirakan dengan laju 1 cm per jam (JNPK-KR, 2008).

b) Penurunan Kepala Janin

Penurunan dinilai melalui palpasi abdominal. Pencatatan penurunan bagian terbawah atau presentasi janin, setiap kali melakukan pemeriksaan dalam atau setiap 4 jam, atau lebih sering jika ada tanda-tanda penyulit. Kata-kata "turunnya kepala" dan garis tidak terputus dari 0-5, tertera di sisi yang sama dengan angka pembukaan serviks. Berikan tanda "O" pada garis waktu yang sesuai. Hubungkan tanda "O" dari setiap pemeriksaan dengan garis tidak terputus (JNPK-KR, 2008).

c) Kontraksi Uterus

Periksa frekuensi dan lamanya kontraksi uterus setiap jam fase laten dan tiap 30 menit selama fase aktif. Nilai frekuensi dan lamanya kontraksi selama 10 menit. Catat lamanya kontraksi dalam hitungan detik dan gunakan lambang yang sesuai yaitu: kurang dari 20 detik titik-titik, antara 20 dan 40 detik diarsir dan

lebih dari 40 detik diblok. Catat temuan-temuan dikotak yang bersesuaian dengan waktu penilaian (JNPK-KR, 2008).

d) Keadaan Janin

Nilai dan catat denyut jantung janin (DJJ) setiap 30 menit (lebih sering jika ada tanda-tanda gawat janin). Setiap kotak pada bagian ini menunjukkan waktu 30 menit. Skala angka di sebelah kolom paling kiri menunjukkan DJJ. Catat DJJ dengan memberi tanda titik pada garis yang sesuai dengan angka yang menunjukkan DJJ. Kemudian hubungkan titik yang satu dengan titik lainnya dengan garis tidak terputus. Kisaran normal DJJ terpapar pada partograf di antara garis tebal angka 1 dan 100. Tetapi, penolong harus sudah waspada bila DJJ di bawah 120 atau di atas 160 kali/menit (JNPK-KR, 2008). Nilai air ketuban setiap kali dilakukan pemeriksaan dalam, dan nilai warna air ketuban jika selaput ketuban pecah. Gunakan lambang-lambang seperti **U** (ketuban utuh atau belum pecah), **J** (ketuban sudah pecah dan air ketuban jernih), **M** (ketuban sudah pecah dan air ketuban bercampur mekonium), **D** (ketuban sudah pecah dan air ketuban bercampur darah) dan **K** (ketuban sudah pecah dan tidak ada air ketuban atau kering) (JNPK-KR, 2008). Molase berguna untuk memperkirakan seberapa jauh kepala bisa menyesuaikan dengan bagian keras panggul. Kode molase (**0**) tulang-tulang kepala janin terpisah, sutura dengan mudah dapat dipalpasi, (**1**) tulang-tulang kepala janin saling bersentuhan, (**2**) tulang-tulang kepala janin saling tumpang tindih tapi masih bisa dipisahkan, (**3**) tulang-tulang kepala janin saling tumpang tindih dan tidak bisa dipisahkan (JNPK-KR, 2008).

e) Keadaan Ibu

Hal yang perlu diobservasi yaitu tekanan darah, nadi, dan suhu, urin (volumeprotein), obat-obatan atau cairan IV, catat banyaknya oxytocin per volume cairan IV dalam hitungan tetes per menit bila dipakai dan catat semua obat tambahan yang diberikan (JNPK-KR, 2008).

2) Kala II

Kala II/ kala pengeluaran adalah kala atau fase yang dimulai dari pembukaan lengkap (10 cm) sampai dengan pengeluaran bayi. Setelah serviks membuka lengkap janin akan segera keluar. His 2-3 x/ menit lamanya 60-90 detik. His sempurna dan efektif bila koordinasi gelombang kontraksi sehingga kontraksi simetris dengan dominasi di fundus, mempunyai amplitude 40-60 mm air raksa berlangsung 60-90 detik dengan jangka waktu 2-4 menit dan tonus uterus saat relaksasi kurang dari 12 mm air raksa. Karena biasanya dalam hal ini kepala janin sudah masuk kedalam panggul, maka pada his dirasakan tekanan pada otot-otot dasar panggul, yang secara reflektoris menimbulkan rasa mencedan. Dirasakan tekanan pada rektum dan hendak buang air besar. Perinium menonjol dan menjadi lebar dengan anus membuka. Labia mulai membuka dan tidak lama kemudian kepala janin tampak dalam vulva pada waktu his (Ilmiah W, 2015).

Menurut JNPK-KR (2008) umumnya fase laten berlangsung hampir atau hingga 8 jam. Fase aktif dari pembukaan 4 cm hingga mencapai pembukaan lengkap atau 10cm, akan terjadi dengan kecepatan rata-rata 1 cm per jam (nullipara atau primigravida) atau lebih dari 1 cm hingga 2 cm (multipara).

Menurut PP IBI (2016) asuhan kala II persalinan sesuai APN antara lain:

a) Mengenali Gejala Dan Tanda Kala Dua

- (1) Mendengar dan melihat tanda kala dua persalinan yaitu: ibu ingin meneran bersamaan dengan kontraksi, ibu merasakan tekanan semakin meningkat pada rectum dan vagina, perineum tampak menonjol, vulva dan sfingter ani membuka.

b) Menyiapkan Pertolongan Persalinan

- (2) Memastikan kelengkapan peralatan bahan dan obat-obat esensial untuk pertolongan persalinan dan penatalaksanaan komplikasi segera pada ibu dan bayi baru lahir. Untuk asuhan bayi baru lahir atau resusitasi, siapkan: tempat datar, rata, bersih, kering dan hangat, tiga handuk/kain bersih dan kering (termasuk ganjal bahu bayi), alat pengisap lender, lampu sorot 60 watt dengan jarak 60 cm dari tubuh bayi. Persiapan untuk ibu yaitu: menggelarkain diatas perut bawah ibu, mematahkan ampul oksitosin, memasukan alat suntikan sekali pakai 2 ½ ml ke dalam wadah partus set.

- (3) Memakai celemek plastic atau dari bahan yang tidak tembus cairan.

- (4) Memastikan lengan tidak memakai perhiasan, mencuci dengan sabun dan air mengalir. Kemudian keringkan tangan dengan tissue atau handuk pribadi kering dan bersih.

- (5) Menggunakan sarung tangan DTT pada tangan kanan yang akan digunakan untuk pemeriksaan dalam.

- (6) Mengambil alat suntik sekali pakai dengan tangan yang bersarung, memasukan oksitosin kedalam tabung suntik dan letakan kembali dalam wadah partus (PP IBI, 2016).

c) Memastikan Pembukaan Lengkap Dan Keadaan Janin

- (7) Membersihkan vulva dan perineum, menyeka dengan hati-hati dari depan kebelakang dengan menggunakan kapas atau kassa yang dibasahi dengan air DTT. Jika introitus vagiana, perineum

atau anus terkontaminasi dengan tinja, bersihkan dengan seksama dari arah depan ke belakang. Buang kapas atau kassa pembersih (terkontaminasi) dalam wadah yang tersedia. Ganti sarung tangan jika terkontaminasi (dekontaminasi), lepaskan dan rendam dalam larutan chlorin 0,5%. Pakai sarung tangan steril untuk melaksanakan langkah selanjutnya.

- (8) Melakukan pemeriksaan dalam pastikan pembukaan sudah lengkap. Bila selaput ketuban masih utuh saat pembukaan sudah lengkap maka lakukan amniotomi.
 - (9) Dekontaminasi sarung tangan dengan cara Mencilupkan tangan yang bersarung tangan ke dalam larutan clorin 0,5% membuka sarung tangan dalam keadaan terbalik dan merendamnya dalam larutan klorin 0,5 %. Cuci tangan kembali dengan sabun dan air mengalir.
 - (10) Memeriksa denyut jantung janin setelah kontraksi uterus selesai (pastikan denyut jantung janin dalam batas normal 120-160 x/menit). Mengambil tindakan yang sesuai jika DJJ tidak normal. Mendokumentasikan hasil pemeriksaan dalam, DJJ dan semua penilaian serta asuhan lainnya dalam partograf (PP IBI, 2016).
- d) Menyiapkan Ibu Dan Keluarga Untuk Membantu Proses Meneran
- (11) Memberi tahu ibu bahwa pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik, membantu ibu dalam menemukan posisi yang nyaman dan sesuai dengan keinginannya. Tunggu hingga timbul rasa ingin meneran, lanjutkan pemantauan kondisi dan kenyamanan ibu dan janin (ikuti pedoman pelaksanaan fase aktif) dan dokumentasikan semua temuan yang ada. Jelaskan pada anggota keluarga tentang bagaimana peran mereka untuk mendukung dan memberi semangat kepada ibu untuk meneran secara benar.
 - (12) Meminta bantuan keluarga untuk membantu menyiapkan posisimeneran (pada saat his kuat dan rasa ingin meneran

membantu ibu dalam posisi setengah duduk atau posisi lainnya yang diinginkan dan pastikan ibu merasa nyaman).

- (13) Melakukan pimpinan meneran apabila ibu ingin meneran atau timbul kontraksi yang kuat: bimbing ibu agar dapat meneran secara benar dan efektif, dukung dan beri semangat pada saat meneran dan perbaiki cara meneran apabila caranya tidak sesuai, bantu ibu mengambil posisi yang nyaman sesuai pilihannya (kecuali posisi berbaring terlentang dalam waktu yang lama), anjurkan ibu untuk beristirahat diantara waktu kontraksi, anjurkan keluarga memberi dukungan dan semangat untuk ibu, berikan cukup asupan cairan per oral (minum), menilai DJJ setiap kontraksi uterus selesai, segera rujuk jika bayi belum atau tidak akan segera lahir setelah pembukaan lengkap dan dipimpin meneran ≥ 2 jam pada primi gravida atau ≥ 1 jam pada multi gravid.
 - (14) Menganjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok, atau mengambil posisi yang nyaman, jika ibu merasa belum ada dorongan untuk meneran dalam 60 menit (PP IBI, 2016).
- e) Persiapan Untuk Melahirkan Bayi
- (15) Meletakkan handuk bersih di perut bawah ibu untuk mengeringkan bayi, jika kepala bayi terlihat 5-6 cm di depan vulva.
 - (16) Meletakkan kain yang dilipat 1/3 bagian dibawah bokong ibu.
 - (17) Membuka tutup partus set, memperhatikan kembali alat dan bahan.
 - (18) Memakai sarung tangan DTT/ steril pada ke dua tangan (PP IBI, 2016).

f) Pertolongan Untuk Melahirkan Bayi

Lahirnya Kepala.

- (19) Saat kepala bayi tampak 5-6 cm membuka vulva, maka lindungi perineum dengan 1 tangan yang dilapisi kain bersih dan kering. Tangan yang lain menahan kepala bayi untuk menahan defleksi dan membantu lahirnya kepala. Anjurkan ibu untuk meneran perlahan atau bernafas cepat dan dangkal.
- (20) Memeriksa lilitan tali pusat pada leher janin dan jika ada ambil tindakan yang sesuai: jika tali pusat melilit leher secara longgar, lepaskan lewat bagian atas kepala bayi, jika tali pusat melilit leher secara kuat, klem tali pusat di dua tempat dan potong diantara kedua klem tersebut.
- (21) Menunggu hingga kepala janin selesai melakukan paksi luar secara spontan.

Lahirnya Bahu.

- (22) Setelah kepala melakukan putaran paksi luar, pegang secara biparetal. Anjurkan ibu untuk meneran saat kontraksi. Dengan lembut gerakan kepala kearah bawah dan distal hingga bahu depan muncul dibawah arkus pubis dan kemudian gerakan kearah atas dan disatal untuk melahirkan bahu belakang.

Lahirnya Badan dan Tungkai.

- (23) Setelah kedua bahu lahir satu tangan menyangga kepala dan bahu belakang, tangan yang lain menelusuri dan memegang lengan dan siku bayi sebelah atas.
- (24) Setelah tubuh dan lengan lahir, penelusuran tangan atas berlanjut ke punggung, bokong, tungkai dan kaki. Pegang ke 2 mata kaki (masukan jari diantara kedua kaki dan pegang kedua kaki dengan melingkarkan ibu jari pada satu sisi dan jari jari lainnya pada sisi yang lain agar bertemu dengan jari telunjuk) (PP IBI, 2016).

g) Asuhan Bayi Baru Lahir

- (25) Lakukan Penilaian Selintas yaitu: apakah bayi cukup bulan? apakah bayi menangis kuat dan atau bernapas tanpa kesulitan? apakah bayi bergerak dengan aktif? Bila salah satu jawaban adalah “tidak” lanjut ke langkah resusitasi pada bayi baru lahir dengan asfiksia (lihat penuntun belajar resusitasi). Bila semua jawaban “ya” lanjut ke langkah 26
- (26) Keringkan tubuh bayi, Mengeringkan tubuh bayi. Keringkat mulai dari wajah, kepala, dan bagian tubuh lainnya kecuali bagian tangan tanpa membersihkan verniks. Ganti handuk basah dengan kering. Biarkan bayi tetap di perut ibu.
- (27) Memeriksa kembali uterus dan pastikan tidak ada lagi bayi dalam uterus (hamil tunggal).
- (28) Memberitahu ibu bahwa akan disuntik oksitosin agar uterus berkontraksi dengan baik.
- (29) Dalam waktu 1 menit setelah bayi lahir, suntikan oksitosin 10 IU secara IM di 1/3 paha distal lateral (lakukan aspirasi sebelum menyuntik oksitosin).
- (30) Setelah 2 menit pasca persalinan jepit tali pusat dengan klem kira-kira 3 cm dari pusat bayi. Mendorong isi tali pusat kearah distal (ibu) dan jepit kembali tali pusat pada 2 cm distal dari klem pertama.
- (31) Memotong dan mengikat tali pusat. Dengan satu tangan, pegang tali pusat yang telah dijepit (lindungi perut bayi) dan lakukan penggungtingan tali pusat di antara 2 klem tersebut. Ikat tali pusat dengan benang DTT atau steril pada satu sisi kemudian melingkarkan kembali benang tersebut dan mengikatnya dengan simpul kunci pada sisi lainnya. Lepaskan klem dan memasukan kedalam wadah yang telah disediakan.

(32) Letakan bayi tengkurap didada ibu untuk kontak kulit ibu-bayi. Luruskan bahu bayi sehingga dada bayi menempel di dada ibunya. Usahakan kepala bayi berada diantara payudara ibu, dengan posisi lebih rendah dari puting susu atau daerah areola mammae ibu. Menyelimuti ibu dan bayi dengan kain hangat dan pasang topi di kepala bayi. Biarkan bayi melakukan kontak kulit ke kulit di dada ibu paling sedikit 1 jam. Sebagian besar bayi akan berhasil melakukan inisiasi menyusui dini dalam waktu 30-60 menit. Menyusu untuk pertama kali akan berlangsung sekitar 10-15 menit. Bayi cukup menyusui dari 1 payudara. Biarkan bayi berada di dada ibu selama 1 jam walaupun bayi sudah berhasil menyusui (PP IBI, 2016).

3) Kala III

Kala uri (kala pengeluaran plasenta dan selaput ketuban). Setelah bayi lahir, uterus teraba keras dengan fundus uteri agak di atas pusat. Beberapa menit kemudian uterus berkontraksi lagi untuk melepaskan plasenta dari dindingnya. Biasanya plasenta lepas dalam 6 sampai 15 setelah bayi lahir dan keluar spontan atau dengan tekanan pada fundus uteri. Pengeluaran plasenta disertai dengan pengeluaran darah (Rukiah, dkk, 2012).

h) Manajemen Aktif Kala Tiga Persalinan (MAK III)

- (33) Pindahkan klem tali pusat hingga berjarak 5 – 10 cm dari vulva.
- (34) Letakan 1 tangan di atas kain pada perut ibu, tepi atas simpisis, untuk mendeteksi, tangan lain memegang tali pusat.
- (35) Setelah uterus berkontraksi, tegangkan tali pusat ke arah bawah sambil tangan yang lain mendorong uterus ke belakang (dorso cranial) secara hati-hati (untuk mencegah inversio uteri). Jika plasenta tidak lahir setelah 30-40 menit. Hentikan penegangan tali pusat dan tunggu hingga timbul kontraksi berikutnya dan ulangi prosedur diatas. Jika uterus tidak segera berkontraksi, minta ibu,

suami, atau anggota keluarga untuk melakukan stimulasi putting susu (PP IBI, 2016).

Mengeluarkan Plasenta

(36) Bila pada penekanan pada bagian bawah dinding depan uterus kearah dorso ternyata diikuti dengan pergeseran tali pusat kearah distal, maka lanjut dorongan kearah kranial hingga plasenta dapat dilahirkan. Ibu boleh meneran tetapi tali pusat hanya ditegangkan (jangan tarik secara kuat terutama jika uterus tak berkontraksi) sesuai dengan sumbu jalan lahir (kearah bawah sejajar lintai atas). Jika tali pusat bertambah panjang, pindahkan klem hingga berjarak 5-10 cm dari vulva dan lahirkan plasenta. Jika plasenta tidak lepas setelah 15 menit menegangkan tali pusat: beri dosis ulangan oksitosin 10 unit IM, lakukan kateterisasi (aseptik) jika kandung kemih penuh, minta keluarga untuk menyiapkan rujukan, ulangi tekanan dorso kranial dan penegangan tali pusat 15 menit berikutnya, jika plasenta tidak lahir dalam 30 menit setelah bayi lahir atau bila terjadi perdarahan, segera lakukan plasenta manual.

(37) Setelah plasenta muncul di introitus vagina, lahirkan plasenta dengan kedua tangan, pegang dan putar plasenta hingga selaput ketuban terpilin lahirkan dan tempatkan plasenta pada wadah yang telah disediakan. Jika selaput ketuban robek, pakai sarung tangan DTT atau steril untuk melakukan eksplorasi sisa selaput kemudian gunakan jari-jari tangan atau klem DTT atau steril untuk mengeluarkan bagian selaput yang tertinggal (PP IBI, 2016).

Rangsangan Taktil (Masase) Uterus.

(38) Segera setelah plasenta dan selaput ketuban lahir, lakukan masase uterus. Letakan telapak tangan di fundus dan lakukan masase dengan gerakan melingkar dengan lembut hingga uterus berkontraksi dengan baik (fundus teraba keras). Lakukan tindakan

yang diperlukan (kompresi bimanual interna, kompresi aorta abdominalis, tampon kondom- kateter) jika uterus tidak berkontraksi dalam 15 detik setelah rangsangan taktil/masase (PP IBI, 2016).

i) Menilai Perdarahan

(39) Periksa bagian maternal dan bagian fetal plasenta, pastikan plasenta dan selaput lahir lengkap dan utuh, masukkan ke dalam tempat yang telah disediakan.

(40) Evaluasi kemungkinan laserasi pada vagina dan perineum. Lakukan penjahitan bila terjadi laserasi derajat 1 dan 2 yang menimbulkan perdarahan. Bila ada robekan yang menimbulkan perdarahan aktif, segera lakukan penjahitan (PP IBI, 2016).

4) Kala IV

Kala atau fase setelah plasenta selaput ketuban dilahirkan sampai dengan 2 jam post partum. Kala IV persalinan dimulai sejak plasenta lahir sampai \pm 2 jam setelah plasenta lahir (Hidayat dkk, 2010). Menurut Marmi (2012) kala empat adalah 0 menit sampai 2 jam setelah persalinan plasenta berlangsung ini merupakan masa kritis bagi ibu karena kebanyakan wanita melahirkan kehabisan darah atau mengalami suatu keadaan yang menyebabkan kematian pada kala IV.

j) Asuhan Pasca Persalinan

(41) Memastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan pervaginam.

(42) Pastikan kandung kemih kosong. Jika penuh lakukan kateterisasi (PP IBI, 2016).

Evaluasi.

(43) Celupkan tangan yang masih memakai sarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5%, bersihkan noda darah dan cairan tubuh dan bilas di air DTT tanpa melepas sarung tangan, kemudian keringkan dengan handuk.

- (44) Ajarkan ibu/keluarga cara melakukan masase uterus dan menilai kontraksi.
- (45) Memeriksa nadi ibu dan pastikan keadaan umum ibu baik.
- (46) Evaluasi dan estimasi kehilangan darah.
- (47) Pantau keadaan bayi dan pastikan bahwa bayi bernapas dengan baik (40-60x/menit). Jika bayi sulit bernapas, merintih, atau retraksi diresusitasi dan segera merujuk ke RS. Jika bayi bernapas terlalu cepat atau sesak napas, segera rujuk ke RS rujukan. Jika kaki teraba dingin, pastikan ruangan hangat. Lakukan kembali kontak kulit ibu-bayi dan hangatkan ibu-bayi dalam satu selimut (PP IBI, 2016).
Kebersihan dan keamanan.
- (48) Tempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit). Cuci dan bilas peralatan setelah didekontaminasi.
- (49) Buang bahan-bahan yang terkontaminasi ketempat sampah yang sesuai.
- (50) Bersihkan ibu dari paparan darah dan cairan tubuh dengan menggunakan air DTT. Bersihkan cairan ketuban, lendir dan darah, di ranjang atau disekitar ibu berbaring. Bantu ibu memakai pakaian yang bersih dan kering.
- (51) Pastikan ibu merasa nyaman. Bantu ibu memberikan ASI. Anjurkan keluarga untuk memberi ibu minum dan makan yang diinginkan.
- (52) Dekontaminasi tempat bersalin dengan larutan klorin 0,5%.
- (53) Celupkan tangan yang masih memakai sarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5%, lepaskan sarung tangan dalam keadaan terbalik, dan rendam dalam larutan klorin 0,5 % selama 10 menit.
- (54) Cuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir kemudian keringkan tangan dengan tissue atau handuk pribadi yang bersih dan kering.

- (55) Pakai sarung tangan bersih/DTT untuk melakukan pemeriksaan fisik bayi
- (56) Lakukan pemeriksaan fisik bayi baru lahir. Pastikan kondisi bayi baik, pernapasan normal (40-60x/menit) dan temperatur tubuh normal ($36,5^{\circ}\text{C}$ - $37,5^{\circ}\text{C}$) setiap 15 menit.
- (57) Setelah 1 jam pemberian vitamin K_1 , berikan suntikan imunisasi Hepatitis B dipaha kanan antero lateral. Letakkan bayi dalam jangkauan ibu agar sewaktu-waktu bisa disusukan atau letakkan kembali bayi pada dada ibu bila bayi belum berhasil menyusui dalam 1 jam pertama dan biarkan bayi sampai berhasil menyusui
- (58) Lepaskan sarung tangan dalam keadaan terbalik dan rendam didalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit.
- (59) Cuci tangan dengan sabun dan air mengalir kemudian keringkan dengan tissue atau handuk pribadi yang bersih dan kering (PP IBI, 2016).
- Dokumentasi
- (60) Lengkapi partograf (halaman depan dan belakang) periksa tanda-tanda vital dan asuhan kala IV (PP IBI, 2016).

d. Tujuan asuhan persalinan

Menurut Kuswanti dkk (2014) tujuan dari asuhan persalinan antara lain sebagai berikut:

- 1) Memberikan dukungan baik secara fisik maupun emosional kepada ibu dan keluarga selama persalinan.
- 2) Melakukan pengkajian, membuat diagnosis, mencegah, menangani komplikasi – komplikasi dengan cara pemantauan ketat dan deteksi dini selama persalinan dan kelahiran.
- 3) Melakukan rujukan pada kasus – kasus yang tidak bisa ditangani sendiri untuk mendapat asuhan spesialis jika perlu.
- 4) Memberikan asuhan yang adekuat pada ibu sesuai dengan intervensi minimal tahap persalinannya.

- 5) Memperkecil resiko infeksi dengan melaksanakan pencegahan infeksi yang aman.
 - 6) Selalu memberitahu kepada ibu dan keluarganya mengenai kemajuan, adanya penyulit maupun intervensi yang akan dilakukan dalam persalinan.
 - 7) Memberikan asuhan yang tepat untuk bayi setelah lahir.
 - 8) Membantu ibu dengan pemberian ASI dini.
- e. Tanda – tanda persalinan

1) Tanda – tanda persalinan sudah dekat

a. Lightening

Menjelang minggu 36 pada primigravida terjadi penurunan fundus uteri karena kepala bayi sudah masuk pintu atas panggul yang disebabkan oleh: kontraksi braxton hicks, ketegangan dinding perut, ketegangan ligamentum rotundum dan gaya berat janin dengan kepala ke arah bawah. Masuknya kepala bayi ke pintu atas panggul dirasakan ibu hamil sebagai terasa ringan di bagian atas, rasa sesaknya berkurang, di bagian bawah terasa sesak, terjadi kesulitan saat berjalan dan sering miksi (Lailiyana dkk, 2011).

b. His permulaan

Menurut Marmi (2012) makin tuanya kehamilan, pengeluaran estrogen dan progesterone makin berkurang sehingga produksi oksitosin meningkat, dengan demikian akan menimbulkan kontraksi yang lebih sering, his permulaan ini lebih sering diistilahkan sebagai his palsu. Sifat his palsu yaitu: rasa nyeri ringan dibagian bawah, datangnya tidak teratur tidak ada perubahan pada serviks atau tidak ada tanda kemajuan persalinan, durasinya pendek tidak bertambah bila beraktivitas.

2) Tanda – tanda timbulnya persalinan

a) Terjadinya his persalinan

Menurut Marmi (2012) his yang menimbulkan pembukaan serviks dengan kecepatan tertentu disebut his efektif. Pengaruh his sehingga dapat menimbulkan: desakan daerah uterus (meningkat), terhadap janin (penurunan), terhadap korpus uteri (dinding menjadi tebal,) terhadap istimius uteri (teregang dan menipis), terhadap kanalis servikalis (effacement dan pembukaan). His persalinan memiliki ciri-ciri sebagai berikut: pinggang terasa sakit dan menjalar kedepan, sifat his teratur, interval semakin pendek, dan kekuatan semakin besar, terjadi perubahan pada serviks, jika pasien menambah aktivitasnya, misalnya dengan berjalan, maka kekuatan hisakan bertambah.

b) Pengeluaran lendir darah (Bloody Show)

Keluarnya lendir bercampur darah pervaginam (show). Lendir berasal dari pembukaan yang menyebabkan lepasnya lendir berasal dari kanalis servikalis. Pengeluaran darah disebabkan robeknya pembuluh darah waktu serviks membuka (Lailiyana dkk, 2011).

c) Dilatasi dan effacement

Dilatasi adalah terbukanya kanalis servikalis secara berangsur-angsur akibat pengaruh his. Effacement adalah pendataran atau pemendekan kanalis servikalis yang semula panjang 1-2 cm menjadi hilang sama sekali, sehingga tinggal hanya ostium yang tipis seperti kertas (Lailiyana dkk, 2011).

d) Pengeluaran cairan ketuban

Beberapa kasus terjadi ketuban pecah yang menimbulkan pengeluaran cairan. Sebagian besar ketuban baru pecah menjelang pembukaan lengkap. Dengan pecahnya ketuban diharapkan persalinan berlangsung 24 jam (Lailiyana dkk, 2011).

f. Perubahan dan Adaptasi Fisiologi Psikologi Pada Ibu bersalin

1) Perubahan dan adaptasi fisiologi kala I

a) Perubahan uterus

Sejak kehamilan yang lanjut uterus terbagi menjadi 2 bagian, yaitu segmen atas rahim (SAR) yang dibentuk oleh korpus uteri dan segmen bawah rahim yang terbentuk oleh isthmus uteri. SAR memegang peranan yang aktif karena berkontraksi dan dindingnya bertambah tebal dengan majunya persalinan. Sebaiknya segmen bawah rahim (SBR) yang memegang peranan pasif makin tipis dengan majunya persalinan karena meregang. Jadi secara singkat SAR berkontraksi, menjadi tebal dan mendorong anak keluar sedangkan SBR dan serviks mengadakan relaksasi dan dilatasi menjadi saluran yang tipis dan teregang yang akan dilalui bayi (Lailiyana, dkk 2011).

b) Perubahan serviks

Menurut Lailiyana, dkk (2011) perubahan pada serviks meliputi pendataran dan pembukaan. Pendataran adalah pemendekan dari kanalis servikalis, yang semula berupa saluran yang panjangnya beberapa millimeter sampai 3 cm, menjadi satu lubang saja dengan tepi yang tipis. Pembukaan adalah pembesaran dari ostium eksternum yang semula berupa suatu lubang dengan diameter beberapa millimeter menjadi lubang yang dapat dilalui janin. Serviks dianggap membuka lengkap setelah mencapai diameter 10 cm

c) Perubahan kardiovaskuler

Denyut jantung diantara kontraksi sedikit lebih tinggi dibandingkan selama periode persalinan atau sebelum masuk persalinan. Hal ini mencerminkan kenaikan dalam metabolisme yang terjadi selama persalinan. Denyut jantung yang sedikit naik merupakan keadaan yang normal, meskipun normal perlu dikontrol secara periode untuk mengidentifikasi adanya infeksi (Kuswanti dkk, 2014).

d) Perubahan tekanan darah

Tekanan darah akan meningkat selama kontraksi disertai peningkatan sistolik rata – rata 10 – 20 mmHg, pada waktu – waktu diantara kontraksi tekanan darah kembali ke tingkat sebelum persalinan dengan mengubah posisi tubuh dari telentang ke posisi miring, perubahan tekanan darah selama kontraksi dapat dihindari. Nyeri, rasa takut dan kekwatiran dapat semakin meningkatkan tekanan darah (Marmi, 2012).

e) Perubahan nadi

Perubahan yang mencolok selama kontraksi disertai peningkatan selama fase peningkatan, penurunan selama titik puncak sampai frekuensi yang lebih rendah dari pada frekuensi diantara kontraksi dan peningkatan selama fase penurunan hingga mencapai frekuensi lazim diantara kontraksi. Penurunan yang mencolok selama kontraksi uterus tidak terjadi jika wanita berada pada posisi miring bukan telentang. Frekuensi denyut nadi diantara kontraksi sedikit lebih meningkat dibanding selama periode menjelang persalinan. Hal ini mencerminkan peningkatan metabolisme yang terjadi selama persalinan (Rukiah, dkk, 2012).

f) Perubahan suhu

Perubahan suhu sedikit meningkat selama persalinan dan tertinggi selama dan segera setelah melahirkan. Perubahan suhu dianggap normal bila peningkatan suhu yang tidak lebih dari 0,5-1°C yang mencerminkan peningkatan metabolisme selama persalinan (Rukiah, dkk, 2012).

g) Perubahan pernafasan

Peningkatan frekuensi pernapasan normal selama persalinan dan mencerminkan peningkatan metabolisme yang terjadi. Hiperventilasi yang menunjang adalah temuan abnormal dan dapat menyebabkan alkalosis (rasa kesemutan pada ekstremitas dan perasaan pusing) (Rukiah, dkk, 2012).

h) Perubahan metabolisme

Selama persalinan, metabolisme karbohidrat aerobik maupun anaerobik akan meningkat secara terus-menerus. Kenaikan ini sebagian besar disebabkan oleh kecemasan serta kegiatan otot tubuh. Kenaikan metabolisme tercermin dengan kenaikan suhu badan, denyut jantung, pernapasan, curah jantung, dan kehilangan cairan. Kenaikan curah jantung serta kehilangan cairan akan mempengaruhi fungsi ginjal sehingga diperlukan perhatian dan tindakan untuk mencegah terjadinya dehidrasi (Lailiyana, dkk, 2011).

i) Perubahan ginjal

Poliuria sering terjadi selama persalinan. Mungkin diakibatkan oleh curah jantung dan peningkatan filtrasi glomerulus serta aliran plasma ginjal. Proteinuria yang sedikit + 1 dianggap normal dalam persalinan. Poliuria menjadi kurang jelas pada posisi terlentang karena posisi ini membuat aliran urin berkurang selama persalinan (Lailiyana, dkk, 2011).

j) Perubahan pada gastrointestinal

Gerakan lambung dan penyerapan makanan padat secara substansial berkurang drastis selama persalinan. Selain itu pengeluaran asam lambung berkurang, menyebabkan aktivitas pencernaan hampir berhenti, dan pengosongan lambung menjadi sangat lambat. Cairan tidak berpengaruh dan meninggalkan lambung dalam tempo yang biasa. Rasa mual dan muntah biasa terjadi sampai berakhirnya kala I persalinan (Lailiyana, dkk, 2011).

k) Perubahan hematologi

Haemoglobin akan meningkat 1,2 mg/100ml selama persalinan dan kembali seperti sebelum persalinan pada hari pertama postpartum jika tidak ada kehilangan darah yang abnormal. Koagulasi darah akan berkurang dan terjadi peningkatan plasma. Sel darah putih

secara progresif akan meningkat selama kala I persalinan sebesar 5000-15.000 saat pembukaan lengkap (Lailiyana, dkk, 2011).

2) Perubahan dan adaptasi psikologi kala I

Menurut Marmi (2012) perubahan dan adaptasi psikologi kala I yaitu:

a) Fase laten

Fase ini, wanita mengalami emosi yang bercampur aduk, wanita merasa gembira, bahagia dan bebas karena kehamilan dan penantian yang panjang akan segera berakhir, tetapi ia mempersiapkan diri sekaligus memiliki kekhawatiran apa yang akan terjadi. Secara umum ibu tidak terlalu merasa tidak nyaman dan mampu menghadapi keadaan tersebut dengan baik. Namun wanita yang tidak pernah mempersiapkan diri terhadap apa yang akan terjadi, fase laten persalinan akan menjadi waktu di mana ibu akan banyak berteriak dalam ketakutan bahkan pada kontraksi yang paling ringan sekalipun dan tampak tidak mampu mengatasinya seiring frekuensi dan intensitas kontraksi meningkat, semakin jelas bahwa ibu akan segera bersalin. Wanita yang telah banyak menderita menjelang akhir kehamilan dan pada persalinan palsu, respon emosionalnya pada fase laten persalinan kadang-kadang dramatis, perasaan lega, relaksasi dan peningkatan kemampuan coping tanpa memperhatikan tempat persalinan.

b) Fase aktif

Fase ini kontraksi uterus akan meningkat secara bertahap dan ketakutan wanita pun meningkat. Kontraksi semakin kuat, lebih lama, dan terjadi lebih sering, semakin jelas baginya bahwa semua itu berada diluar kendalinya. Kenyataan ini wanita ingin seseorang mendampingi karena dia takut ditinggal sendiri dan tidak mampu mengatasi kontraksi, dia mengalami sejumlah kemampuan dan ketakutan yang tidak dapat dijelaskan.

c) Fase transisi

Fase ini biasanya ibu merasakan perasaan gelisah yang mencolok, rasa tidak nyaman yang menyeluruh, bingung, frustrasi, emosi akibat keparahan kontraksi, kesadaran terhadap martabat diri menurun drastis, mudah marah, takut dan menolak hal-hal yang ditawarkan padanya.

3) Perubahan fisiologi pada ibu bersalin kala II

a) Kontraksi, dorongan otot-otot dinding

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

- (1) Rasa sakit dari fundus merata ke seluruh uterus sampai berlanjut ke punggung bawah.
- (2) Penyebab rasa nyeri belum diketahui secara pasti. Beberapa penyebab antara lain: pada saat kontraksi terjadi kekurangan O₂ pada miometrium, penekanan ganglion saraf di serviks dan uterus bagian bawah, peregangan serviks akibat dari pelebaran serviks, peregangan peritonium sebagai organ yang menyelimuti uterus (Kuswanti dkk, 2014).

b) Pergeseran organ dalam panggul

Setelah pembukaan lengkap dan ketuban telah pecah terjadi perubahan, terutama pada dasar panggul yang di regangkan oleh bagian depan janin, sehingga menjadi saluran yang dinding-dindingnya tipis karena suatu regangan dan kepala sampai di vulva, lubang vulva menghadap kedepan atas dan anus, menjadi terbuka, perineum menonjol dan tidak lama kemudian kepala janin tampak pada vulva (Rukiah, dkk, 2012).

c) Ekspulsi janin

Setelah putaran paksi luar bahu depan sampai dibawah simphisis dan menjadi hypomochlion untuk melahirkan bahu belakang. Kemudian bahu depan menyusul dan selanjunya seluruh badan anak lahir searah dengan paksi jalan lahir mengikuti lengkung carrus (kurva jalan lahir)(Ilmiah W, 2015).

4) Fisiologi kala III

Kala III dimulai sejak bayi lahir sampai lahirnya plasenta. Selama kala III proses pemisahan dan keluarnya plasenta serta membran terjadi akibat faktor-faktor mekanis dan hemostasis yang saling mempengaruhi. Karakteristik unit otot uterus terletak pada kekuatan retraksinya. Selama kala II persalinan, rongga uterus dapat secara cepat menjadi kosong, memungkinkan proses retraksi mengalami aselerasi (Marmi, 2012).

Awal kala III persalinan, daerah implantasi plasenta sudah mengecil. Plasenta mengalami kompresi, dan darah dalam ruangan intervulus dipaksa kembali ke dalam lapisan berspons desidua. Retraksi serat-serat otot uterus oblik memberi tekanan pada pembuluh darah sehingga darah tidak mengalir kembali ke dalam sistem maternal. Pembuluh darah selama proses ini menegang dan terkongesti. Kontraksi berikutnya, vena yang berdistensi akan pecah dan sejumlah darah kecil akan merembes di antara sekat tipis lapisan berspons dan permukaan plasenta, dan membuatnya terlepas dari perlekatannya. Area permukaan plasenta yang melekat semakin berkurang, plasenta yang relatif non-elastis mulai terlepas dari dinding uterus. Saat terjadi pemisahan, uterus berkontraksi dengan kuat, mendorong plasenta dan membran untuk menurun ke dalam uterus bagian bawah, dan akhirnya ke dalam vagina. Volume normal aliran darah yang melalui plasenta adalah 500-800 mL permenit. Pemisahan plasenta, aliran ini harus dihentikan selama beberapa detik, jika tidak, perdarahan yang serius akan terjadi (Marmi, 2012).

Setelah bayi lahir uterus masih mengadakan kontraksi yang mengakibatkan penciutan permukaan kavum uteri tempat implantasi plasenta. Uterus teraba keras, TFU setinggi pusat, proses 15–30 menit setelah bayi lahir, rahim akan berkontraksi (terasa sakit). Rasa sakit ini biasanya menandakan lepasnya plasenta dari perlekatannya di rahim. Pelepasan ini biasanya disertai perdarahan baru (Kuswanti dkk, 2014). Manajemen aktif kala III merupakan serangkaian tindakan yang dilakukan setelah bayi lahir untuk mempercepat lepasnya plasenta dengan syarat janin tunggal. Manajemen kala III terdiri Atas 3 langkah utama, yaitu pemberian suntikan oksitoksin dalam 1 menit pertama setelah bayi lahir, melakukan penegakan tali pusat terkendali (PTT), dan masase fundus uteri (Marmi, 2012).

Tanda-tanda pelepasan plasenta yaitu:

- (1) perubahan bentuk dan tinggi fundus, tali pusat memanjang. Setelah bayi lahir dan sebelum miometrium mulai berkontraksi, uterus berbentuk bulat penuh dan tinggi fundus biasanya di bawa pusat. Setelah uterus berkontraksi dan pelepasan terdorong ke bawah, uterus berbentuk segitiga atau seperti buah pear atau alpukat dan fundus berada diatas pusat.
- (2) Tali pusat memanjang, terlihat menjulur keluar melalui vulva (tanda ahfeld).
- (3) Semburan darah mendadak dan singkat. Darah yang terkumpul dibelakang plasenta akan membantu mendorong plasenta keluar dibantu oleh gaya gravitasi. Apabila kumpulan darah dalam ruang diantara dinding uterus dan permukaan dalam plasenta melebihi kapasitas tampungnya maka darah tersembur keluar dari tepi plasenta yang terlepas (Ilmiah W, 2015).

1) Fisiologi kala IV

Persalinan kala IV dimulai dengan kelahiran plasenta dan berakhir 2 jam kemudian. Periode ini merupakan saat paling kritis untuk mencegah kematian ibu, terutama kematian disebabkan perdarahan. Selama kala IV, bidan harus memantau ibu setiap 15 menit pada jam pertama dan 30 menit pada jam kedua setelah persalinan (Rukiah, dkk, 2012).

Menurut Marmi (2012) perubahan kala IV yang terjadi sebagai berikut:

a) Uterus

Setelah kelahiran plasenta, uterus dapat ditemukan ditengah-tengah abdomen kurang lebih dua pertiga sampai tiga seperempat antara simfisis pubis dan umbilicus. Jika uterus ditemukan ditengah, diatas simpisis, maka hal ini menandakan adanya darah di kavumuteri dan butuh untuk ditekan dan dikeluarkan. Uterus yang berada di atas umbilicus dan bergeser paling umum ke kanan menandakan adanya kandungkemih penuh, sehingga mengganggu kontraksi uterus dan memungkinkan peningkatan perdarahan. Jika pada saat ini ibu tidak dapat berkemih secara spontan, maka sebaiknya dilakukan kateterisasi untuk mencegah terjadinya perdarahan. Uterus yang berkontraksi normal harus terasa keras ketika disentuh atau diraba. Jika segmen atas uterus terasa keras saat disentuh, tetapi terjadi perdarahan, maka pengkajian segmen bawah uterus perlu dilakukan. Uterus yang teraba lunak, longgar, tidak berkontraksi dengan baik, hipotonik, dapat menjadi pertanda atonia uteri yang merupakan penyebab utama perdarahan post partum.

b) Servik, vagina dan perineum

Segera setelah lahiran serviks bersifat patulous, terkulai dan tebal. Tepi anterior selama persalinan atau setiap bagian serviks yang terperangkap akibat penurunan kepala janin selama periode yang memanjang, tercermin pada peningkatan edema dan memar pada

area tersebut. Perineum yang menjadi kendur dan tonus vagina juga tampil jaringan, dipengaruhi oleh peregangan yang terjadi selama kala II persalinan. Segera setelah bayi lahir tangan bisa masuk, tetapi setelah 2 jam introitus vagina hanya bisa dimasuki dua atau tiga jari.

c) Tanda vital

Tekanan darah, nadi dan pernapasan harus kembali stabil pada level prapersalinan selama jam pertama pasca partum. Pemantauan tekanan darah dan nadi yang rutin selama interval ini merupakan satucaramendeteksi syok akibat kehilangan darah berlebihan. Suhu tubuh ibu meningkat, tetapi biasanya dibawah 38°C. Namun jika intake cairan baik, suhu tubuh dapat kembali normal dalam 2 jam pasca partum.

d) Sistem gastrointestinal

Rasa mual dan muntah selama masa persalinan akan menghilang. Pertama ibu akan merasa haus dan lapar, hal ini disebabkan karena proses persalinan yang mengeluarkan atau memerlukan banyak energi.

e) Sistem renal

Urin yang tertahan menyebabkan kandung kemih lebih membesar karena trauma yang disebabkan oleh tekanan dan dorongan pada uretra selama persalinan. Mempertahankan kandung kemih wanita agar tetap kosong selama persalinan dapat menurunkan trauma. Setelah melahirkan, kandung kemih harus tetap kosong guna mencegah uterus berubah posisi dan terjadi atonia. Uterus yang berkontraksi dengan buruk meningkatkan resiko perdarahan dan keparahan nyeri, jika ibu belum bisa berkemih maka lakukan kateterisasi.

g. Faktor – faktor yang mempengaruhi persalinan

1) Power

Power adalah kekuatan atau tenaga untuk melahirkan yang terdiri dari his atau kontraksi uterus dan tenaga meneran dari ibu. Power merupakan tenaga primer atau kekuatan utama yang dihasilkan oleh adanya kontraksi dan retraksi otot-otot rahim (Ilmiah W, 2015).

Kekuatan yang mendorong janin keluar (power) terdiri dari:

a) His (kontraksi otot uterus).

His atau kontraksi uterus adalah kontraksi otot-otot uterus dalam persalinan. Kontraksi merupakan suatu sifat pokok otot polos hal ini terjadi juga pada otot polos uterus yaitu miometrium.

(1) Kontraksi uterus/his yang normal karena otot-otot polos rahim bekerja dengan baik dan sempurna mempunyai sifat-sifat yaitu: kontraksi simetris, fundus dominan, relaksasi, involuntir (terjadi di luar kehendak), intermitten (terjadi secara berkala/selang-seling), terasa sakit, terkoordinasi, kadang dapat dipengaruhi dari luar secara fisik, kimia, dan psikis (Ilmiah W, 2015).

(2) Perubahan-perubahan akibat his, antara lain:

Perubahan uterus dan serviks yaitu uterus teraba keras atau padat karena kontraksi. Tekanan hidrostatis air ketuban dan tekanan intra uterin naik serta menyebabkan serviks menjadi mendatar (effacement) dan terbuka (dilatasi). Ibu akan merasa nyeri karena iskemia rahim dan kontraksi rahim, ada kenaikan nadi dan tekanan darah. Pertukaran oksigen pada sirkulasi utero plasenta kurang, maka timbul hipoksia janin. Denyut jantung janin melambat (bradikardi) dan kurang jelas didengar karena adanya iskemia fisiologis (Ilmiah W, 2015).

- (3) Hal-hal yang harus diperhatikan dari his saat melakukan observasi pada ibu bersalin:
- (a) Frekuensi his jumlah his dalam waktu tertentu biasanya per menit atau persepuluh menit.
 - (b) Intensitas his kekuatan his diukur dalam mmHg. Intensitas dan frekuensi kontraksi uterus bervariasi selama persalinan, semakin meningkat waktu persalinan semakin maju. Telah diketahui bahwa aktifitas uterus bertambah besar jika wanita tersebut berjalan – jalan sewaktu persalinan masih dini.
 - (c) Durasi atau lama his. Lamanya setiap his berlangsung diukur dengan detik, dengan durasi 40 detik atau lebih.
 - (d) Datangnya his apakah datangnya sering, teratur atau tidak.
 - (e) Interval jarak antara his satu dengan his berikutnya, misalnya his datang tiap 2 sampai 3 menit.
 - (f) Aktivitas his Frekuensi x amplitudo diukur dengan unit Montevideo (Ilmiah W, 2015).
- (4) Pembagian his dan sifat – sifatnya
- (a) His pendahuluan
His tidak kuat, tidak teratur dan menyebabkan bloody show.
 - (b) His pembukaan (kala I)
His yang terjadi sampai pembukaan serviks 10 cm, mulai kuat, teratur, terasa sakit atau nyeri.
 - (c) His pengeluaran (kala II)
Sangat kuat, teratur, simetris, terkoordinasi dan lama merupakan his untuk mengeluarkan janin. Koordinasi bersama antara his kontraksi otot perut, kontraksi diafragma dan ligament.
 - (d) His pelepasan uri (kala III)
Kontraksi sedang untuk melepas dan melahirkan plasenta.
 - (e) His pengiring (kala IV)

Kontraksi lemah, masih sedikit nyeri, pengecilan rahim dalam beberapa jam atau hari (Ilmiah W, 2015).

2) Kekuatan mengedan ibu

Serviks terbuka lengkap kekuatan yang sangat penting pada ekspulsi janin adalah yang dihasilkan oleh peningkatan tekanan intra abdomen yang diciptakan oleh kontraksi otot-otot abdomen (mengejan). Kepala sampai di dasar panggul, timbul suatu refleks yang mengakibatkan pasien menutup glotisnya, mengkontraksikan otot-otot perutnya dan menekan diafragmanya ke bawah. Tenaga mengedan ini hanya berhasil, kala I pembukaan sudah lengkap dan paling efektif sewaktu kontraksi rahim/ uterus. Kekuatan-kekuatan tahanan mungkin ditimbulkan oleh otot-otot dasar panggul dan aksi ligament (Ilmiah W, 2015).

3) Passage (Jalan Lahir)

Menurut Ilmiah W (2015) passage merupakan jalan lahir yang harus dilewati oleh janin terdiri dari rongga panggul, dasar panggul, serviks dan vagina. Syarat agar janin dan plasenta dapat melalui jalan lahir tanpa adanya rintangan, maka jalan lahir tersebut harus normal.

a) Passage terdiri dari:

(1) Bagian keras tulang-tulang panggul (rangka panggul)

(a) Os coxae (tulang pangkal paha), terdiri dari 3 buah tulang yang berhubungan satu sama lain pada acetabulum yaitu tulang usus (os illium), tulang duduk (os ischium), tulang kemaluan (os pubis).

(b) Os sacrum (tulang kelangkang). Berbentuk segi tiga, melebar di atas dan meruncing ke bawah. Terletak di sebelah belakang antara kedua pangkal paha.

(c) Os coccygis (tulang tungging). Berbentuk segi tiga dan terdiri dari 3-5 ruas yang bersatu, pada persalinan ujung tulang tungging dapat ditolak sedikit ke belakang, hingga ukuran pintu bawah panggul bertambah besar (Ilmiah W, 2015).

(2) Bagian lunak: otot-otot, jaringan dan ligamen-ligamen pintu panggul.

(a) Pintu atas panggul (PAP), disebut inlet dibatasi oleh promontorium, linea inominata dan pinggir atas symphysis.

(b) Ruang tengah panggul (RTP), kira-kira pada spina ischiadica, disebut midlet.

(c) Pintu bawah panggul (PBP), dibatasi simpisis dan arkus pubis, disebut outlet.

(d) Ruang panggul yang sebenarnya (pelvis cavity) berada antara inlet dan outlet (Ilmiah W, 2015).

b) Bidang-bidang hodge

Bidang hodge I: dibentuk pada lingkaran PAP dengan bagian atas simpisis dan promontorium. Bidang hodge II: sejajar dengan hodge I setinggi pinggir bawah symphysis. Bidang hodge III: sejajar hodge I dan II setinggi spinaischiadica kanan dan kiri. Bidang hodge IV: sejajar hodge I, II, dan III setinggi os coccygis (Ilmiah W, 2015).

c) Ukuran-ukuran panggul

Menurut Ilmiah W (2015) ukuran-ukuran panggul, adalah sebagai berikut:

(1) Ukuran luar panggul

Distansian spinarum: jarak antara kedua spina iliaca anterior superior: 23-26 cm. Distansia kristarum: jarak antara kedua crista illiaca kanan dan kiri: 26-29 cm. Konjugata externa (boudeloque): 18-20 cm. Lingkaran panggul: 80-90 cm. Konjugata diagonalis (periksa dalam) 12,2 cm. Distansia tuberum: 10.5 cm.

(2) Ukuran panggul dalam

Konjugata vera: dengan periksa dalam diperoleh konjugata diagonalis: 10,5- 11 cm. Konjugata transversa: 12-13 cm. Konjugata oblique: 13 cm. Konjugata obstetrik adalah jarak bagian tengah simpisis ke promontorium.

(3) Ruang tengah panggul

Bidang terluas ukurannya 13 x 12,5 cm. Bidang tersempit ukurannya 11,5 x 11 cm. Jarak antara spina ischiadica 11 cm.

(4) Pintu bawah panggul

Ukuran anterior posterior 10-11 cm. Ukuran melintang 10,5 cm. Arcus pubis membentang sudut 90 derajat lebih, pada laki-laki kurang dari 80 derajat. Inklinasi pelvis (miring panggul) adalah sudut yang dibentuk dengan horison bila wanita berdiri tegak dengan inlet 55-60 derajat.

(5) Otot dasar panggul ligamen-ligamen penyangga uterus.

(a) Ligamentum kardinale sinistrum dan dekstrum: ligamen terpenting untuk mencegah uterus tidak turun. Jaringan ikat tebal serviks dan puncak vagina ke arah lateral dinding pelvis.

(b) Ligamentum sacro uterina sinistrum dan dekstrum: menahan uterus tidak banyak bergerak melengkung dari bagian belakang servikal kiri dan kanan melalui dinding rektum ke arah os sacrum kiri dan kanan.

(c) Ligamentum rotundum sinistrum dan dekstrum: ligamen yang menahan uterus dalam posisi antefleksi, sudut fundus uterus kiri dan kanan ke inguinalis kiri dan kanan.

(d) Ligamentum latum sinistrum dan dekstrum: dari uterus ke arah lateral.

(e) Ligamentum infundibulo pelvikum: menahan tubafalopi, dari infundibulum ke dinding pelvis (Ilmiah W, 2015)

e) Passenger (janin)

Beberapa hal yang menentukan kemampuan untuk melewati jalan lahir dari faktor passenger adalah:

a) Janin (kepala janin dan ukuran-ukurannya).

Bagian yang paling besar dan keras dari janin adalah kepala janin. Posisi dan besar kepala dapat mempengaruhi jalan persalinan.

(1) Tulang tengkorak (cranium).

Bagian muka dan tulang-tulang dasar tengkorak. Bagian tengkorak, terdiri dari: os frontalis, os parietalis, os temporalis, dan os occipitalis. Sutura, terdiri dari sutura frontalis, sutura sagitalis, sutura koronaria, dan sutura lambdoidea. Ubun-ubun (fontanel), terdiri dari fontanel mayor/ bregma dan fontanel minor (Ilmiah W, 2015).

(2) Ukuran-ukuran kepala janin.

Diameter occipito frontalis 12 cm, diameter mentooccipitalis 13,5 cm, diameter sub occipito bregmatika 9,5 cm, diameter biparietalis 9,25 cm, diameter ditemporalis 8 cm. Ukuran cirkumferensial (keliling) terdiri dari cirkumferensial fronto occipitalis 34 cm, cirkumferensia mento occipitalis 35 cm, cirkumferensia sub occipito bregmatika 32 cm (Ilmiah W, 2015).

(3) Postur janin dalam rahim.

Sikap (habitus), menunjukkan hubungan bagian-bagian janin dengan sumbu janin, biasanya terhadap tulang punggungnya. Janin umumnya dalam sikap fleksi, kepala, tulang punggung, dan kaki dalam keadaan fleksi, serta lengan bersilang di dada. Letak janin, adalah bagaimana sumbu panjang janin berada terhadap sumbu ibu. Misalnya letak lintang di mana sumbu janin sejajar dengan sumbu panjang ibu, ini bisa letak kepala atau letak sungsang (Ilmiah W, 2015).

Presentasi, digunakan untuk menentukan bagian janin yang ada di bagian bawah rahim yang dapat dijumpai pada palpasi atau pemeriksaan dalam. Misalnya presentasi kepala, presentasi bokong, presentasi bahu, dan lain-lain. Posisio, merupakan indikator untuk menetapkan arah bagian terbawah janin apakah sebelah kanan, kiri, depan atau belakang terhadap sumbu ibu (maternal pelvis). Misalnya pada letak belakang kepala (LBK) ubun-ubun kecil (UUK) kiri depan, UUK kanan belakang (Ilmiah W, 2015).

b) Plasenta

Plasenta juga harus melalui jalan lahir, ia juga dianggap sebagai penumpang atau pasenger yang menyertai janin namun plasenta jarang menghambat pada persalinan normal (Ilmiah W, 2015).

c) Air ketuban

Amnion pada kehamilan aterm merupakan suatu membran yang kuat dan ulet tetapi lentur. Amnion adalah jaringan yang menentukan hampir semua kekuatan regang membran janin dengan demikian pembentukan komponen amnion yang mencegah ruptur atau robekan sangatlah penting bagi keberhasilan kehamilan. Penurunan adalah gerakan bagian presentasi melewati panggul, penurunan ini terjadi atas 3 kekuatan yaitu salah satunya adalah tekanan dari cairan amnion dan juga disaat terjadinya dilatasi serviks atau pelebaran muara dan saluran servik yang terjadi diawal persalinan dapat juga terjadi karena tekanan yang ditimbulkan oleh cairan amnin selama ketuban masih utuh (Ilmiah W, 2015).

f) Faktor penolong

Peran dari penolong persalinan dalam hal ini bidan adalah mengantisipasi dan menangani komplikasi yang mungkin terjadi pada ibu dan janin. Proses tergantung dari kemampun skill dan kesiapan penolong dalam menghadapi proses persalinan (Ilmiah W, 2015).

g) Faktor psikis (psikologis)

Perasaan positif berupa kelegaan hati, seolah-olah pada saat itulah benar-benar terjadi realitas “kewanitaan sejati” yaitu munculnya rasa bangga bisa melahirkan dan memproduksi anaknya. Mereka seolah-olah mendapatkan kepastian bahwa kehamilan yang semula dianggap sebagai suatu” keadaan yang belum pasti” sekarang menjadi hal yang nyata (Ilmiah W, 2015).

h. Deteksi/penapisan awal ibu bersalin (19 penapisan).

Menurut Marmi (2012) indikasi-indikasi untuk melakukan tindakan atau rujukan segera selama persalinan (19 penapisan awal) adalah: riwayat

bedah Caesar, perdarahan pervaginam, persalinan kurang bulan (UK < 37 minggu), ketuban pecah dengan mekonium kental, ketuban pecah lama (> 24 jam), ketuban pecah pada persalinan kurang bulan (< 37 minggu), ikterus, anemia berat, tanda dan gejala infeksi, preeklamsia / hipertensi dalam kehamilan, tinggi fundus 40 cm atau lebih, primipara dalam fase aktif persalinan dengan palpasi kepala janin masih 5/5, presentasi bukan belakang kepala, gawat janin, presentasimajemuk, kehamilan gemeli, tali pusat menumbung, syok, penyakit-penyakit yang menyertai ibu.

i. Rujukan

Rujukan dalam kondisi optimal dan tepat waktu ke fasilitas kesehatan yang memiliki sarana lebih lengkap, diharapkan mampu menyelamatkan jiwa para ibu dan bayi baru lahir. Setiap penolong persalinan harus mengetahui lokasi fasilitas rujukan yang mampu untuk menatalaksana kasus gawat darurat obstetri dan bayi baru lahir. Menjelaskan ada ibu saat melakukan kunjungan antenatal, jelaskan bahwa penolong akan selalu berupaya dan meminta kerja sama yang baik dari suami dan keluarga ibu untuk mendapat layanan terbaik dan bermanfaat bagi kesehatan ibu dan bayinya, termasuk kemungkinan perlunya upaya rujukan. Rujukan tepat waktu merupakan unggulan asuhan sayang ibu dalam mendukung keselamatan ibu dan bayi baru lahir (Marmi, 2012).

Singkatan BAKSOKUDA dapat digunakan untuk mengingat hal-hal penting dalam mempersiapkan rujukan untuk ibu dan bayi:

B (Bidan) : Pastikan bahwa ibu dan atau bayi baru lahir didampingi oleh penolong persalinan yang kompeten untuk menatalaksana gawat darurat obstetri dan bayi baru lahir untuk dibawa ke fasilitas rujukan.

A(Alat) : Bawa perlengkapan dan bahan-bahan untuk asuhan persalinan, masa nifas dan bayi baru lahir (tabung suntik, selang IV, alat resusitasi, dll) bersama ibu ke tempat rujukan. Perlengkapan dan bahan-bahan tersebut mungkin

diperlukan jika ibu melahirkan dalam perjalanan menuju fasilitas rujukan.

K(Keluarga): Beritahu ibu dan keluarga mengenai kondisi terakhir ibu dan/ atau bayi dan mengapa ibu dan/ atau bayi perlu dirujuk. Jelaskan pada mereka alasan dan tujuan merujuk ibu ke fasilitas rujukan tersebut. Suami atau anggota keluarga yang lain harus menemani ibu dan bayi baru lahir hingga ke fasilitas rujukan.

S(Surat) : Beri surat ke tempat rujukan. Surat ini harus memberikan identifikasi mengenai ibu dan/ atau bayi baru lahir, cantumkan alasan rujukan dan uraikan hasil pemeriksaan, asuhan atau obat-obatan yang diterima ibu dan/ atau bayi baru lahir, sertakan juga partograf yang dipakai untuk membuat keputusan klinik.

O (Obat) : Bawa obat-obatan esensial pada saat mengantar ibu ke fasilitas rujukan. Obat-obatan tersebut mungkin diperlukan selama di perjalanan.

K(Kendaraan): Siapkan kendaraan yang paling memungkinkan untuk merujuk ibu dalam kondisi cukup nyaman. Selain itu, pastikan kondisi kendaraan cukup baik untuk mencapai tujuan pada waktu yang tepat.

U(Uang) : Ingatkan pada keluarga agar membawa uang dalam jumlah yang cukup untuk membeli obat-obatan yang diperlukan dan bahan-bahan kesehatan lain yang diperlukan selama ibu dan/ atau bayi baru lahir tinggal di fasilitas rujukan.

Da (Darah dan doa):

Persiapkan darah baik dari anggota keluarga maupun kerabat sebagai persiapan jika terjadi perdarahan. Doa sebagai kekuatan spiritual dan harapan yang dapat membantu proses persalinan (Marmi, 2012).

3. Konsep Dasar BBL Normal

a. Pengertian

Menurut Wahyuni (2012) Bayi Baru Lahir (BBL) normal adalah bayi yang lahir dari kehamilan 37 minggu sampai 42 minggu dan berat badan lahir 2500 gram sampai dengan 4000 gram.

Menurut Dewi (2010) bayi baru lahir disebut juga neonatus merupakan individu yang sedang bertumbuh dan baru saja mengalami trauma kelahiran dan harus dapat melakukan penyesuaian diri dari kehidupan intrauterin ke kehidupan ekstrauterin.

Menurut Saifuddin (2014) bayi baru lahir (neonatus) adalah suatu keadaan dimana bayi baru lahir dengan umur kehamilan 37-42 minggu, lahir melalui jalan lahir dengan presentasi kepala secara spontan tanpa gangguan, menangis kuat, napas secara spontan dan teratur, berat badan antara 2.500-4.000 gram serta harus dapat melakukan penyesuaian diri dari kehidupan intrauterine ke kehidupan ekstrauterin. Berdasarkan ketiga pengertian diatas maka dapat disimpulkan pengertian bayi baru lahir adalah bayi yang lahir saat umur kehamilan 37-42 minggu, dengan berat lahir 2500-4000 gram dan harus dapat menyesuaikan diri dari kehidupan intrauterine ke kehidupan ekstrauterine.

b. Ciri-Ciri Bayi Baru Lahir Normal

Menurut Dewi (2010) ciri-ciri bayi baru lahir adalah sebagai berikut: lahir aterm antara 37-42 minggu, berat badan 2.500-4.000 gram, panjang badan 48-52 cm, lingkar dada 30-38 cm, lingkar kepala 33-35 cm, lingkar lengan 11-12 cm, frekuensi denyut jantung 120-160 x/menit, pernapasan \pm 40-60 x/menit, kulit kemerah-merahan dan licin, rambut lanugo tidak terlihat dan rambut kepala biasanya telah sempurna, kuku agak panjang dan lemas, nilai APGAR >7, gerak aktif, bayi lahir langsung menangis kuat, refleks rooting (mencari puting susu dengan rangsangan taktil pada pipi dan daerah mulut) sudah terbentuk dengan baik, refleks sucking (isap dan menelan) sudah terbentuk dengan baik, refleks morro (gerakan memeluk ketika dikagetkan) sudah terbentuk

dengan baik, refleks grasping (menggenggam) dengan baik, genitalia laki-laki kematangan ditandai dengan testis yang berada pada skrotum dan penis yang berlubang, genitalia perempuan kematangan ditandai dengan vagina dan uretra yang berlubang, serta adanya labia minora dan mayora, eliminasi baik yang ditandai dengan keluarnya mekonium dalam 24 jam pertama dan berwarna hitam kecoklatan.

c. Penilaian baru lahir

Segera setelah bayi lahir, letakkan bayi di atas kain bersih dan kering yang disiapkan pada perut bawah ibu. Segera lakukan penilaian awal dengan menjawab 4 pertanyaan:

- 1) Apakah bayi cukup bulan?
- 2) Apakah air ketuban jernih, tidak bercampur mekonium?
- 3) Apakah bayi menangis atau bernapas?
- 4) Apakah tonus otot bayi baik?

Jika bayi cukup bulan dan atau air ketuban bercampur mekonium dan atau tidak menangis atau tidak bernafas atau megap-megap dan atau tonus otot tidak baik lakukan langkah resusitasi(JNPK-KR, 2008).

Keadaan umum bayi dinilai setelah lahir dengan penggunaan nilai APGAR. Penilaian ini perlu untuk mengetahui apakah bayi menderita asfiksia atau tidak. Lima poin penilaian APGAR yaitu: Appearance (warna kulit), Pulse rate (frekuensi nadi), Grimace (reaksi rangsangan), Activity (tonus otot), Respiratory (pernapasan). Setiap penilaian diberi nilai 0, 1, dan 2. Bila dalam 2 menit nilai apgar tidak mencapai 7, maka harus dilakukan tindakan resusitasi lebih lanjut, oleh karena bila bayi menderita asfiksia lebih dari 5 menit, kemungkinan terjadinya gejala-gejala neurologik lanjutan di kemudian hari lebih besar. Berhubungan dengan itu penilaian apgar selain pada umur 1 menit, juga pada umur 5 menit (JNPK-KR, 2008).

Tabel 2. 6 Nilai APGAR

Tanda	Skor		
	0	1	2
Appearance	Pucat	Badan merah, ekstrimitas biru	Seluruh tubuh kemerahan
Pulse	Tidak ada	< 100 x/menit	> 100 x/menit
Grimace	Tidak ada	Sedikit gerakan mimik/ menyeringai	Batuk/ bersin
Activity	Tidak ada	Ekstrimitas dalam sedikit fleksi	Gerakan aktif
Respiration	Tidak ada	Lemah/tidak teratur	Baik/ menangis

Sumber: Prawirohardjo, 2014.

Hasil penilaian tersebut dapat diketahui apakah bayi tersebut normal atau asfiksia. Nilai Apgar 7-10: bayi normal, nilai Apgar 4-6: asfiksia sedang ringan, nilai Apgar 0-3: asfiksia berat (Prawirohardjo, 2014).

d. Adaptasi Fisik dan Psikologi Bayi Baru Lahir Terhadap Kehidupan di Luar Uterus

Adaptasi neonatal (bayi baru lahir) adalah proses penyesuaian fungsional neonatus dari kehidupan di dalam uterus. Kemampuan adaptasi fungsional neonatus dari kehidupan di dalam uterus ke kehidupan di luar uterus. Kemampuan adaptasi fisiologis ini di sebut juga homeostatis. Bayi akan sakit bila terdapat gangguan adaptasi (Marmi, 2012).

Faktor-faktor yang mempengaruhi adaptasi bayi baru lahir adalah: pengalaman ibu antepartum ibu dan bayi baru lahir (misalnya terpajan zat toksik dan sikap orang tua terhadap kehamilan dan pengasuhan anak), pengalaman intrapartum ibu dan bayi baru lahir (misalnya lama persalinan, tipe analgesik atau anestesi intrapartum), kapasitas fisiologis bayi baru lahir untuk melakukan transisi ke kehidupan ektrauterin, kemampuan petugas kesehatan untuk mengkaji dan merespon masalah dengan cepat tepat pada saat terjadi (Marmi, 2012).

1) Adaptasi Fisik

a) Perubahan Sistem Pernafasan

Umur kehamilan 34-36 minggu struktur paru-paru sudah matang, artinya paru-paru sudah bias mengembangkan system alveoli. Selama dalam uterus, janin mendapat oksigen dari pertukaran gas melalui plasenta. Setelah lahir, pertukaran gas terjadi melalui paru-paru bayi, pertukaran gas terjadi dalam waktu 30 menit pertama sesudah lahir (Marmi,2012).

Keadaan yang dapat mempercepat maturitas paru-paru adalah toksemia, hipertensi, diabetes yang berat, infeksi ibu, ketuban pecah dini. Keadaan tersebut dapat mengakibatkan stress pada janin, hal ini dapat menimbulkan rangsangan untuk pematangan paru-paru. Keadaan yang dapat memperlambat maturitas paru-paru adalah diabetes ringan, inkompebilas rhesus, gemelitasuovum dengan berat yang berbeda dan biasanya berat badan yang lebih kecil paru-parunya belum matur (Marmi,2012).

b) Rangsangan untuk Gerak Pernafasan

Akibat persalinan yang dilakukan secara pervaginam, terjadi penekanan toraks yang menyebabkan janin kehilangan cairan paru $\pm 35\%$. Penekanan torak yang kuat ini menyebabkan cairan yang mengisi mulut dan trakea keluar sebagian dan udara mulai mengisi saluran trakea. Saat kepala bayi keluar dan bayi mulai menangis udara dari luar mulai mengisi jalan napas dan cairan dalam paru didorong kearah perifer hingga akhirnya semua alveolus mengembang dan terisi udara (Varney, 2007).

c) Upaya Pernafasan Bayi Pertama

Upaya pernapasan pertama seorang bayi berfungsi untuk mengeluarkan cairan dalam paru-paru dan mengembangkan jaringan alveolus paru-paru untuk pertama kali. Agar alveolus dapat berfungsi, harus terdapat surfaktan yang cukup dan alir darah ke paru-paru. Produksi surfaktan dimulai pada 20 minggu

kehamilan dan jumlahnya akan meningkat sampai paru-paru matang, sekitar usia 30-34 minggu kehamilan. Tanpa surfaktan, alveoli akan kolaps setiap setelah akhir setiap pernapasan, yang menyebabkan sulit bernapas. Peningkatan kebutuhan energi ini memerlukan penggunaan lebih banyak oksigen dan glukosa. Berbagai peningkatan ini menyebabkan stress pada bayi, yang sebelumnya sudah terganggu (Asrinah, dkk, 2010).

d) Perubahan system Kardiovaskuler

Aliran darah dari plasenta berhenti saat tali pusat diklem. Sirkulasi janin memiliki karakteristik berupa system yang bertekanan rendah. Karena paru-paru adalah organ tertutup dan sebagian masih terisi cairan maka ia hanya membutuhkan aliran darah yang minimal. Sebagian besar darah janin yang teroksigenasi melalui paru dan mengalir melalui lubang antara atrium kanan dan kiri yang disebut foramen ovale lalu menuju ke otak melalui duktus arteriosus. Tali pusat diklem, salah satu efek yang terjadi akibat pengkleman tersebut adalah peningkatan tahanan pembuluh darah sistemik. Peningkatan tahanan pembuluh darah sistemik ini bersamaan dengan tarikan napas pertama bayi baru lahir. Oksigen dari tarikan napas pertama itu menyebabkan system pembuluh darah paru membuka dan relaksasi menyebabkan system paru menjadi bertekanan rendah (Dewi, 2010).

Kombinasi tekanan antara dua system ini menyebabkan terjadi perubahan pada tekanan aliran darah dalam jantung. Tekanan dari peningkatan aliran darah di sisi kiri jantung menyebabkan foramen ovale tertutup dan duktus arteriosus yang mengalirkan oksigen dari ibu ke janin melalui plasenta tidak lagi dibutuhkan. Duktus ini akan menutup dalam 3 hari akibat penurunan kadar prostaglandin yang sebelumnya disuplai plasenta. Darah teroksigenasi ini rutin dialirkan melalui duktus arteriosus juga menyebabkan duktus itu mengecil. Akibat

perubahan dalam tahanan sistemik dan paru serta penutupan pintuduktus arteriosus dan foramen ovale melengkapi perubahan radikal pada anatomi dan fisiologi jantung. Darah yang tidak kaya oksigen ini masuk ke jantung neonatus dan teroksigenasi sepenuhnya dalam paru dan dipompa ke seluruh tubuh lainnya melalui sirkulasi darah (Dewi, 2010).

e) Perubahan Sistem Thermoregulasi

Bayi baru lahir cenderung cepat mengalami stres karena perubahan suhu lingkungan. Hal ini karena selama berada di kandungan suhu uterus berfluktuasi sedikit sehingga janin tidak perlu mengatur suhu tubuhnya. Perubahan suhu lingkungan dalam rahim dan lingkungan luar sangat mempengaruhi bayi baru lahir kehilangan panas tubuh. Faktor yang berperan dalam kehilangan panas tubuh bayi meliputi area permukaan tubuh bayi baru lahir yang luas, berbagai tingkat insulasi lemak subkutan dan derajat fleksi otot (Dewi, 2010).

Dewi (2010) menjelaskan empat kemungkinan mekanisme yang dapat menyebabkan bayi baru lahir kehilangan panas tubuhnya:

(1) Konduksi

Panas dihantarkan dari tubuh bayi ke benda sekitarnya yang kontak langsung dengan tubuh bayi.

(2) Evaporasi

Panas hilang melalui proses penguapan yang bergantung pada kecepatan dan kelembapan udara (perpindahan panas dengan cara mengubah cairan menjadi uap).

(3) Konveksi

Panas hilang dari tubuh bayi ke udara sekitarnya yang sedang bergerak (jumlah panas yang hilang bergantung pada kecepatan dan suhu udara).

(4) Radiasi

Panas dipancarkan dari BBL keluar tubuhnya ke lingkungan yang lebih dingin (pemindahan panas antara 2 objek yang mempunyai suhu berbeda).

f) Perubahan System Renal

Ginjal bayi baru lahir menunjukkan penurunan aliran darah ginjal dan penurunan kecepatan filtrasi glomerulus. Hal ini muda menyebabkan retensi cairan dan intoksikasi air. Fungsi cairan fungsi tubulus juga tidak matur sehingga dapat menyebabkan kehilangan natrium dalam jumlah besar dan ketidakseimbangan elektrolit lain. Bayi baru lahir mengekskresikan sedikit urin pada 48 jam pertama kehidupan, sering kali hanya 30 ml hingga 60 ml. Debris sel yang banyak dapat mengindikasikan adanya cedera atau iritasi di dalam system ginjal (Dewi, 2010).

g) Perubahan System Gastrointestinal

Dewi (2010) menjelaskan traktus digestivus relatif lebih berat dan lebih panjang dibandingkan dengan orang dewasa. Traktus digestivus pada neonatus, mengandung zat berwarna hitam kehijauan yang terdiri atas mukopolisakarida atau disebut dengan mekonium biasanya pada 10 jam pertama kehidupan dan dalam 4 hari setelah kelahiran biasanya feses berbentuk dan berwarna biasa enzim dalam traktus digestivus biasanya sudah terdapat pada neonatus, kecuali enzim amilase pankreas.

Menurut Marmi (2012) beberapa adaptasi pada saluran pencernaan bayi baru lahir diantaranya:

- (1) Hari ke-10 kapasitas lambung menjadi 100cc.
- (2) Enzim tersedia untuk mengkatalisis protein dan karbohidrat sederhana yaitu monosakarida dan disakarida.
- (3) Difisiensi fase pada pankreas menyebabkan terbatasnya absorpsi lemak sehingga kemampuan bayi untuk mencerna

lemak belum matang, maka susu formula sebaiknya tidak diberikan pada bayi baru lahir.

- (4) Kelenjar ludah berfungsi saat lahir tetapi kebanyakan tidak mengeluarkan ludah sampai usia bayi \pm 2-3 bulan.

Marmi (2012) juga menjelaskan sebelum lahir, janin cukup bulan akan mulai menghisap dan menelan. Refleks muntah dan refleks batuk yang matang sudah terbentuk dengan baik saat lahir. Kemampuan bayi baru lahir cukup bulan untuk menelan dan mencerna makanan (selain susu) masih terbatas. Kapasitas lambung sendiri sangat terbatas yaitu kurang dari 30 cc untuk seorang bayi baru lahir cukup bulan, dan kapasitas lambung ini akan bertambah secara lambat bersamaan dengan pertumbuhannya. Dengan adanya kapasitas lambung yang masih terbatas ini maka sangat penting bagi pasien untuk mengatur pola intake cairan pada bayi dengan frekuensi sering tapi sedikit, contohnya memberi ASI sesuai keinginan bayi.

h) Perubahan Sistem Imunitas

Sistem imunitas bayi baru lahir masih belum matang, menyebabkan BBL rentan terhadap berbagai infeksi dan alergi. Sistem imunitas yang matang akan memberikan kekebalan alami maupun yang didapat. Kekebalan alami terdiridaristruktur pertahanan tubuh yang berfungsi mencegah atau meminimalkan infeksi (Marmi, 2012). Kekebalan alami disediakan pada sel darah yang membantu BBL membunuh mikroorganisme asing, tetapi sel darah ini belum matangartinya BBL belum mampu melokalisasi infeksi secara efisien. Beberapa contoh kekebalan alami seperti: perlindungan dari membran mukosa, fungsi saringsaluran pernafasan, pembentukan kolonimikrobadi kulitdan usus, perlindungan kimia olehlingkungan asam lambung. Bayi yang baru lahir dengan kekebalan pasif mengandung banyak virus dalam tubuh ibunya. Reaksi antibodi terhadap, antigen asing masih belum

bisa dilakukan sampai awal kehidupan. Tugas utama selama masa bayi dan balita adalah pembentukan system kekebalan tubuh, BBL sangat rentan terhadap infeksi. Reaksi BBL terhadap infeksi masih lemah dan tidak memadai, pencegahan terhadap mikroba seperti pada praktek persalinan yang aman dan menyusui. ASI dini terutama kolostrum dan deteksi dini infeksi menjadi penting (Marmi,2012).

i) Perubahan Sistem Integumen

Menurut Lailiyana,dkk (2011) semua struktur kulit bayi sudah terbentuk saat lahir, tetapi masih belum matang. Epidermis dan dermis tidak terikat dengan baik dan sangat tipis. Verniks kaseosa juga berfungsi dengan epidermis dan berfungsi sebagai lapisan pelindung. Kulit bayi sangat sensitif dan mudah mengalami kerusakan. Bayi cukup bulan mempunyai kulit kemerahan (merah daging) beberapa setelah lahir, setelah itu warna kulit memucat menjadi warna normal. Kulit sering terlihat berbecak, terutama di daerah sekitar ekstremitas. Tangan dan kaki terlihat sedikit sianotik. Warna kebiruan ini, akrosianois, disebabkan ketidakstabilan vasomotor, stasis kapiler, dan kadar hemoglobin yang tinggi. Keadaan ini normal, bersifat sementara, dan bertahan selama 7 sampai 10 hari, terutama bila terpajan udara dingin.

Bayi baru lahir yang sehat dan cukup bulan tampak gemuk. Lemak subkutan yang berakumulasi selama trimester terakhir berfungsi menyekat bayi. Kulit mungkin agak ketat. Keadaan ini mungkin disebabkan retensi cairan. Lanugo halus dapat terlihat di wajah, bahu, dan punggung. Edema wajah dan ekimosis (memar) dapat timbul akibat presentasi muka atau kelahiran dengan forsep. Petekie dapat timbul jika daerah tersebut ditekan (Lailiyana, dkk, 2011).

Deskuamasi (pengelupasan kulit) pada kulit bayi tidak terjadi sampai beberapa hari setelah lahir. Deskuamasi saat bayi

lahir merupakan indikasi pascamaturitas. Kelenjar keringat sudah ada saat bayi lahir, tetapi kelenjar ini tidak berespon terhadap peningkatan suhu tubuh. Terjadi sedikit hiperplasia kelenjar sebacea (lemak) dan sekresi sebum akibat pengaruh hormon kehamilan. Verniks kaseosa, suatu substansi seperti keju merupakan produk kelenjar sebacea. Distensi kelenjar sebacea, yang terlihat pada bayi baru lahir, terutama di daerah dagu dan hidung, dikenal dengan nama milia. Walaupun kelenjar sebacea sudah terbentuk dengan baik saat bayi lahir, tetapi kelenjar ini tidak terlalu aktif pada masa kanak-kanak. Kelenjar-kelenjar ini mulai aktif saat produksi androgen meningkat, yakni sesaat sebelum pubertas (Lailiyana, dkk, 2011).

j) Perubahan Sistem Reproduksi

Lailiyana dkk (2011) menjelaskan sistem reproduksi pada perempuan saat lahir, ovarium bayi berisi beribu-ribu sel germinal primitif. Sel-sel ini mengandung komplemen lengkap ova yang matur karena tidak terbentuk oogonia lagi setelah bayi cukup bulan lahir. Peningkatan kadar estrogen selama hamil, yang diikuti dengan penurunan setelah bayi lahir, mengakibatkan pengeluaran suatu cairan mukoid atau, kadang-kadang pengeluaran bercak darah melalui vagina (pseudomenstruasi). Genitalia eksternal biasanya edema disertai pigmentasi yang lebih banyak. Bayi baru lahir cukup bulan, labio mayora dan minora menutupi vestibulum. Bayi prematur, klitoris menonjol dan labio mayora kecil dan terbuka (Lailiyana, dkk, 2011).

Laki-laki testis turun ke dalam skrotum sekitar 90% pada bayi baru lahir laki-laki. Usia satu tahun, insiden testis tidak turun pada semua anak laki-laki berjumlah kurang dari 1%. Spermatogenesis tidak terjadi sampai pubertas. Prepusium yang ketat sering kali dijumpai pada bayi baru lahir. Muara uretra dapat tertutup prepusium dan tidak dapat ditarik kebelakang selama 3

sampai 4 tahun. Sebagai respon terhadap estrogen ibu ukuran genetalia eksternal bayi baru lahir cukup bulan dapat meningkat, begitu juga pigmentasinya. Terdapat rugae yang melapisi kantong skrotum. Hidrokel (penimbunan cairan disekitar testis) sering terjadi dan biasanya mengecil tanpa pengobatan (Lailiyana, dkk, 2011).

k) Perubahan Sistem Skeletal

Bayi baru lahir arah pertumbuhan sefalokaudal pada pertumbuhan tubuh terjadi secara keseluruhan. Kepala bayi cukup bulan berukuran seperempat panjang tubuh. Lengan sedikit lebih panjang daripada tungkai. Wajah relatif kecil terhadap ukuran tengkorak yang jika dibandingkan lebih besar dan berat. Ukuran dan bentuk kranium dapat mengalami distorsi akibat molase (pembentukan kepala janin akibat tumpang tindih tulang-tulang kepala). Ada dua kurvatura pada kolumna vertebralis, yaitu toraks dan sakrum. Ketika bayi mulai dapat mengendalikan kepalanya, kurvatura lain terbentuk di daerah servikal. Bayi baru lahir lutut saling berjauhan saat kaki diluruskan dan tumit disatukan, sehingga tungkai bawah terlihat agak melengkung. Bayi baru lahir tidak terlihat lengkungan pada telapak kaki. Ekstremitas harus simetris. Harus terdapat kuku jari tangan dan jari kaki. Garis-garis telapak tangan sudah terlihat. Terlihat juga garis pada telapak kaki bayi cukup bulan (Lailiyana dkk, 2011).

l) Perubahan Sistem Neuromuskuler

Menurut Marmi(2012) sistem neurologis bayi secara anatomik dan fisiologis belum berkembang sempurna. Bayi baru lahir menunjukkan gerakan-gerakan tidak terkoordinasi, pengaturan suhu yang labil, kontrol otot yang buruk, mudah terkejut, dan tremor pada ekstremitas pada perkembangan neonatus terjadi cepat. Refleks bayi baru lahir merupakan indikator penting perkembangan normal. Beberapa refleks pada bayi diantaranya:

(1) Refleksi Glabella

Ketuk daerah pangkal hidung secara pelan-pelan dengan menggunakan jari telunjuk pada saat mata terbuka. Bayi akan mengedipkan mata pada 4 sampai 5 ketukan pertama.

(2) Refleksi Hisap

Benda menyentuh bibir disertai refleksi menelan. Tekanan pada mulut bayi pada langit bagian dalam gusi atas timbul isapan yang kuat dan cepat. Bisa dilihat saat bayi menyusu.

(3) Refleksi Mencari (rooting)

Bayi menoleh kearah benda yang menyentuh pipi. Misalnya: mengusap pipi bayi dengan lembut: bayi menolehkan kepalanya ke arah jari kita dan membuka mulutnya.

(4) Refleksi Genggam (palmar grasp)

Letakkan jari telunjuk pada palmar, tekanan dengan gentle, normalnya bayi akan menggenggam dengan kuat. Jika telapak tangan bayi ditekan: bayi mengepalkan.

(5) Refleksi Babinski

Gores telapak kaki, dimulai dari tumit, gores sisi lateral telapak kaki ke arah atas kemudian gerakkan jari sepanjang telapak kaki. Bayi akan menunjukkan respon berupa semua jari kaki hyperekstensi dengan ibu jari dorsifleksi.

(6) Refleksi Moro

Timbulnya pergerakan tangan yang simetris apabila kepala tiba-tiba digerakkan atau dikejutkan dengan cara bertepuk tangan.

(7) Refleksi Ekstrusi

Bayi menjulurkan lidah ke luar bila ujung lidah disentuh dengan jari atau puting.

(8) Refleks Tonik Leher “Fencing”

Ekstremitas pada satu sisi dimana kepala ditolehkan akan ekstensi, dan ekstremitas yang berlawanan akan fleksi bila kepala bayi ditolehkan ke satu sisi selagi istirahat.

2) Adaptasi Psikologi

Muslihatun (2010) menjelaskan pada waktu kelahiran, tubuh bayi baru lahir mengalami sejumlah adaptasi psikologik. Bayi memerlukan pemantauan ketat untuk menentukan masa transisi kehidupannya ke kehidupan luar uterus berlangsung baik.

a) Periode transisional

Periode transisional ini dibagi menjadi tiga periode, yaitu periode pertama reaktivitas, fase tidur dan periode kedua reaktivitas, karakteristik masing-masing periode memperlihatkan kemajuan bayi baru lahir ke arah mandiri.

b) Periode pertama reaktivitas

Periode pertama reaktivitas berakhir pada 30 menit pertama setelah kelahiran. Karakteristik pada periode ini antara lain: denyut nadi apical berlangsung cepat dan irama tidak teratur, frekuensi pernapasan menjadi 80 kali per menit, pernafasan cuping hidung, ekspirasi mendengkur dan adanya retraksi.

Periode ini, bayi membutuhkan perawatan khusus, antara lain: mengkaji dan memantau frekuensi jantung dan pernapasan setiap 30 menit pada 4 jam pertama setelah kelahiran, menjaga bayi agar tetap hangat (suhu aksila $36,5^{\circ}\text{C} - 37,5^{\circ}\text{C}$).

c) Fase tidur

Fase ini merupakan interval tidak responsif relatif atau fase tidur yang dimulai dari 30 menit setelah periode pertama reaktivitas dan berakhir pada 2-4 jam. Karakteristik pada fase ini adalah frekuensi pernapasan dan denyut jantung menurun kembali ke nilai dasar, warna kulit cenderung stabil, terdapat akrosianosis dan bisa terdengar bising usus.

d) Periode kedua reaktivitas

Periode kedua reaktivitas ini berakhir sekitar 4-6 jam setelah kelahiran. Karakteristik pada periode ini adalah bayi memiliki tingkat sensitivitas yang tinggi terhadap stimulus internal dan lingkungan.

e) Periode pascatransisional

Setelah bayi melewati periode transisi, bayi dipindah ke ruang bayi/rawat gabung bersama ibunya.

e. Kebutuhan Fisik Bayi Baru Lahir

1) Nutrisi

Marmi (2012) menganjurkan berikan ASI sesering mungkin sesuai keinginan ibu (jika payudara penuh) dan tentu saja ini lebih berarti pada menyusui sesuai kehendak bayi atau kebutuhan bayi setiap 2-3 jam (paling sedikit setiap 4 jam), bergantian antara payudara kiri dan kanan. Seorang bayi yang menyusui sesuai permintaannya bisa menyusui sebanyak 12-15 kali dalam 24 jam. Biasanya, ia langsung mengosongkan payudara pertama dalam beberapa menit. Frekuensi menyusui itu dapat diatur sedemikian rupa dengan membuat jadwal rutin, sehingga bayi akan menyusui sekitar 5-10 kali dalam sehari. Pemberian ASI saja cukup. Periode usia 0-6 bulan, kebutuhan gizi bayi baik kualitas maupun kuantitas terpenuhinya dari ASI saja, tanpa harus diberikan makanan ataupun minuman lainnya. Pemberian makanan lain akan mengganggu produksi ASI dan mengurangi kemampuan bayi untuk menghisap.

Menurut Kristiyanasari (2011) para ahli anak di seluruh dunia telah mengadakan penelitian terhadap keunggulan ASI. Hasil penelitian menjelaskan keunggulan ASI dibanding dengan susu sapi atau susu buatan lainnya adalah sebagai berikut:

- a) ASI mengandung hampir semua zat gizi yang diperlukan oleh bayi dengan konsentrasi yang sesuai dengan kebutuhan bayi

- b) ASI mengandung kadar laktosa yang lebih tinggi, laktosa ini dalam usus akan mengalami peragian sehingga membentuk asam laktat yang bermanfaat dalam usus bayi, yaitu, menghambat pertumbuhan bakteri yang pathologis, merangsang pertumbuhan mikroorganik yang dapat menghasilkan berbagai asam organik dan mensintesa beberapa jenis vitamin dalam usus, memudahkan pengendapan kalsium casenat (protein susu), memudahkan penyerapan berbagai jenis mineral
- c) ASI mengandung antibody yang dapat melindungi bayi dari berbagai penyakit infeksi
- d) ASI lebih aman dari kontaminasi, karena diberikan langsung, sehingga kecil kemungkinan tercemar zat berbahaya
- e) Resiko alergi pada bayi kecil sekali karena tidak mengandung betaloglobulin
- f) ASI dapat sebagai perantara untuk menjalin hubungan kasih sayang antara ibu dan bayi
- g) Tempertur ASI sama dengan temperature tubuh bayi
- h) ASI membantu pertumbuhan gigi lebih baik
- i) Kemungkinan tersedakpada waktu meneteki ASI kecil sekali
- j) ASI mengandung laktoferin untuk mengikat zat besi
- k) ASI lebih ekonomis, praktis tersedia setiap waktu pada suhu yang ideal dan dalam keadaan segar
- l) Memberikan ASI kepada bayi berfungsi menjarangkan kelahiran.
Beberapa prosedur pemberian ASI yang harus diperhatikan:
 - a) Tetekkan bayi segera atau selambatnya setengah jam setelah bayi lahir
 - b) Biasakan mencuci tangan dengan sabun setiap kali sebelum menekan.
 - c) Sebelum menyusui ASI dikeluarkan sedikit kemudian dioleskan pada puting susu dan aerola sekitarnya. Cara ini mempunyai manfaat sebagai disinfektan dan menjaga kelembaban puting susu.

d) Bayi diletakkan menghadap perut ibu

- (1) Ibu duduk dikursi yang rendah atau berbaring dengan santai, bila duduk lebih baik menggunakan kursi yang rendah (kaki ibu tidak bergantung) dan punggung ibu bersandar pada sandaran kursi.
- (2) Bayi dipegang pada bahu dengan satu lengan, kepala bayi terletak pada lengkung siku ibu (kepala tidak boleh menengadah, dan bokong bayi ditahan dengan telapak tangan).
- (3) Satu tangan bayi diletakkan pada badan ibu dan satu di depan.
- (4) Perut bayi menempel badan ibu, kepala bayi menghadap payudara.
- (5) Telinga dan lengan bayi terletak pada satu garis lurus.
- (6) Ibu menatap bayi dengan kasih sayang.
- (7) Payudara dipegang dengan ibu jari di atas dan jari yang lain menopang di bawah.
- (8) Bayi diberi rangsangan untuk membuka mulut dengan cara: menyentuh pipi bayi dengan puting susu atau menyentuh sisi mulut bayi.
- (9) Setelah bayi membuka mulut dengan cepat kepala bayi diletakkan ke payudara ibu dengan puting serta areolanya dimasukkan ke mulut bayi. Usahakan sebagian besar aerola dapat masuk kedalam mulut bayi sehingga puting berada dibawah langit-langit dan lidah bayi akan menekan ASI keluar. Setelah bayi mulai menghisap payudara tidak perlu dipegang atau disanggah.
- (10) Melepas isapan bayi. Setelah selesai menyusui, ASI dikeluarkan sedikit kemudian dioleskan pada puting susu dan aerola sekitar dan biarkan kering dengan sendirinya untuk mengurangi rasa sakit. Selanjutnya sendawakan bayi, tujuannya untuk mengeluarkan udara dari lambung supaya bayi tidak muntah (gumoh) setelah menyusui.

(11) Cara menyendawakan bayi: bayi dipegang tegak dengan bersandar pada bahu ibu kemudian punggungnya ditepuk perlahan-lahan, atau bayi tidur tengkurap di pangkuan ibu, kemudian punggungnya ditepuk perlahan-lahan.

(12) Jangan mencuci puting payudara menggunakan sabun atau alkohol karena dapat membuat puting payudara kering dan menyebabkan pengerasan yang bisa mengakibatkan terjadinya luka. Selain itu, rasa puting payudara berbeda, sehingga bayi enggan menyusui (Marmi, 2012).

Tabel 2. 7 Komposisi Kandungan ASI

Kandungan	Kolostrum	Transisi	ASI Matur
Energi (kg kla)	57,0	63,0	65,0
Laktosa (gr/100 ml)	6,5	6,7	7,0
Lemak (gr/100 ml)	2,9	3,6	3,8
Protein (gr/100 ml)	1,195	0,965	1,324
Mineral (gr/100 ml)	0,3	0,3	0,2
Immunoglobulin:			
Ig A (mg/100 ml)	335,9	-	119,6
Ig G (mg/100 ml)	5,9	-	2,9
Ig M (mg/100 ml)	17,1	-	2,9
Lisosim (mg/100 ml)	14,2-16,4		
Laktoferin	420-520	-	24,3-27,5
		-	250-270

Sumber: Kritiyanasari, 2011

2) Cairan dan Elektrolit

Menurut Marmi (2012) air merupakan nutrien yang berfungsi menjadi medium untuk nutrien yang lainnya. Air merupakan kebutuhan nutrisi yang sangat penting mengingat kebutuhan air pada bayi relatif tinggi 75-80 % dari berat badan dibandingkan dengan orang dewasa yang hanya 55-60 %. Bayi baru lahir memenuhi kebutuhan cairannya melalui ASI. Kebutuhan nutrisi dan cairan didapat dari ASI.

3) Personal Hygiene

Memandikan bayi baru lahir merupakan tantangan tersendiri bagi ibu baru. Ajari ibu, jika ibu masih ragu untuk memandikan bayi di bak mandi karena tali pusatnya belum pupus, maka bisa memandikan bayi dengan melap seluruh badan dengan menggunakan waslap saja. Siapkan air hangat-hangat kuku dan tempatkan bayi didalam ruangan yang hangat tidak berangin. Lap wajah, terutama area mata dan sekujur tubuh dengan lembut, jika mau menggunakan sabun sebaiknya pilih sabun yang 2 in 1, bisa untuk keramas sekaligus sabun mandi. Keringkan bayi dengan cara membungkusnya dengan handuk kering (Marmi, 2012).

Menurut Sodikin (2010) prinsip perawatan tali pusat adalah: jangan membungkus pusat atau mengoleskan bahan atau ramuan apapun ke puntung tali pusat. Mengusapkan alkohol ataupun iodine povidin (Betadine) masih diperkenankan sepanjang tidak menyebabkan tali pusat basah atau lembab. Mengoleskan alkohol atau povidon yodium masih diperkenankan apabila terdapat tanda infeksi, tetapi tidak dikompreskan karena menyebabkan tali pusat basah atau lembab. Hal-hal yang perlu menjadi perhatian ibu dan keluarga yaitu: memperhatikan popok di area puntung tali pusat, jika puntung tali pusat kotor, cuci secara hati-hati dengan air matang dan sabun. Keringkan secara seksama dengan air bersih, jika pusat menjadi merah atau mengeluarkan nanah atau darah, harus segera bawa bayi tersebut ke fasilitas kesehatan. Tali pusat biasanya lepas dalam 1 hari setelah lahir, paling sering sekitar hari ke 10. Jika tali pusat bayi baru lahir sudah puput, bersihkan liang pusar dengan cotton bud yang telah diberi minyak telon atau minyak kayu putih. Usapkan minyak telon atau minyak kayu putih di dada dan perut bayi sambil dipijat lembut. Kulit bayi baru lahir terlihat sangat kering karena dalam transisi dari lingkungan rahim ke lingkungan berudara. Oleh karena itu, gunakan baby oil untuk melembabkan lengan dan kaki bayi. Setelah itu bedaki

lipatan-lipatan paha dan tangan agar tidak terjadi iritasi. Hindari membedaki daerah wajah jika menggunakan bedak tabur karena bahan bedak tersebut berbahaya jika terhirup napas bayi. Bisa menyebabkan sesak napas atau infeksi saluran pernapasan (Marmi, 2012).

f. Kebutuhan Kesehatan Dasar

1) Pakaian

Pakaian ukuran bayi baru lahir yang berbahan katun agar mudah menyerap keringat. Sebaiknya bunda memilih pakaian berkancing depan untuk memudahkan pemasangan pakaian. Jika suhu ruangan kurang dari 25°C beri bayi pakaian dobel agar tidak kedinginan. Tubuh bayi baru lahir biasanya sering terasa dingin. Oleh karena itu usahakan suhu ruangan tempat bayi baru lahir berada di 27°C. Tapi biasanya sesudah sekitar satu minggu bayi baru lahir akan merespon terhadap suhu lingkungan sekitarnya dan mulai bisa berkeringat (Marmi, 2012).

2) Sanitasi Lingkungan

Bayi masih memerlukan bantuan orang tua dalam mengontrol kebutuhan sanitasinya seperti kebersihan air yang digunakan untuk memandikan bayi, kebersihan udara yang segar dan sehat untuk asupan oksigen yang maksimal (Marmi, 2012).

3) Perumahan

Suasana yang nyaman, aman, tentram dan rumah yang harus didapat bayi dari orang tua juga termasuk kebutuhan terpenting bagi bayi itu sendiri. Saat dingin bayi akan mendapatkan kehangatan dari rumah yang terpenuhi kebutuhannya. Kebersihan rumah juga tidak kalah terpenting. Seorang anak dapat berkembang sesuai keadaan rumah itu. Bayi harus dibiasakan dibawa keluar selama 1 atau 2 jam sehari (bila udara baik). Gunakan pakaian secukupnya tidak perlu terlalu tebal atau tipis. Bayi harus terbiasa dengan sinar matahari namun hindari dengan pancaran langsung sinar uvmatahari dipandangan

matanya. Keadaan rumah bisa dijadikan sebagai tempat bermain yang aman dan menyenangkan untuk anak (Marmi, 2012).

g. Kebutuhan Psikososial

1) Kasih Sayang (Bouding Attachment)

Bouding merupakan suatu hubungan yang berawal dari saling mengikat diantara orangtua dan anak, ketika pertama kali bertemu. Attachment adalah suatu perasaan kasih sayang yang meningkat satu sama lain setiap waktu dan bersifat unik dan memerlukan kesabaran. Hubungan antara ibu dengan bayinya harus dibina setiap saat untuk mempercepat rasa kekeluargaan. Kontak dini antara ibu, ayah dan bayi disebut Bouding Attachment melalui touch/sentuhan (Nugroho dkk,2014).

Menurut Nugroho, dkk (2014) cara untuk melakukan bouding attachment ada bermacam-macam antara lain:

a) Pemberian ASI Eksklusif

Lakukan pemberian ASI secara eksklusif segera setelah lahir, secara langsung bayi akan mengalami kontak kulit dengan ibunya yang menjadikan ibu merasa bangga dan diperlukan, rasa yang dibutuhkan oleh semua manusia.

b) Rawat gabung

Rawat gabung merupakan salah satu cara yang dapat dilakukan agar antara ibu dan bayi terjalin proses lekat (early infant mother bouding) akibat sentuhan badan antara ibu dan bayinya. Hal ini sangat mempengaruhi perkembangan psikologi bayi selanjutnya, karena kehangatan tubuh ibu merupakan stimulasi mental yang mutlak dibutuhkan oleh bayi. Bayi yang merasa aman dan terlindungi merupakan dasar terbentuknya rasa percaya diri dikemudian hari.

c) Kontak mata (eye to eye contact)

Kesadaran untuk membuat kontak mata dilakukan dengan segera. Kontak mata mempunyai efek yang erat terhadap perkembangan yang dimulainya hubungan dan rasa percaya sebagai faktor yang penting dalam hubungan manusia pada umumnya. Bayi baru lahir dapat memusatkan perhatian kepada satu objek pada saat 1 jam setelah kelahiran dengan jarak 20-25 cm dan dapat memusatkan pandangan sebaik orang dewasa pada usia kira-kira 4 bulan.

d) Suara (voice)

Respon antara ibu dan bayi dapat berupa suara masing-masing. Ibu akan menantikan tangisan pertama bayinya. Dari tangisan tersebut, ibu menjadi tenang karena merasa bayinya baik-baik saja (hidup). Bayi dapat mendengar sejak dalam rahim, jadi tidak mengherankan jika ia dapat mendengar suara-suara dan membedakan nada dan kekuatan sejak lahir, meskipun suara-suara itu terhalang selama beberapa hari oleh cairan amniotic dari rahim yang melekat pada telinga. Banyak penelitian yang menunjukkan bahwa bayi-bayi baru lahir bukan hanya mendengar dengan sengaja dan mereka tampaknya lebih dapat menyesuaikan diri dengan suara-suara tertentu daripada lainnya, misalnya suara detak jantung ibunya.

e) Aroma (odor)

Indra penciuman pada bayi baru lahir sudah berkembang dengan baik dan masih memainkan peran dalam nalurinya untuk mempertahankan hidup. Penelitian menunjukkan bahwa kegiatan seorang bayi, detak jantung, dan polabernapasnya berubah setiap kali hadir bau yang baru, tetapi bersamaan dengan semakin dikenalnya bau itu, si bayi pun berhenti bereaksi. Akhir minggu pertama, seorang bayi dapat mengenali ibunya, bau tubuh, dan bau air susunya. Indra penciuman bayi

akan sangat kuat jika seorang ibu dapat memberikan ASI-nya pada waktu tertentu.

f) Sentuhan (Touch)

Ibu memulai dengan sebuah ujung jarinya untuk memeriksa bagian kepala dan ekstremitas bayinya, perabaan digunakan untuk membelai tubuh dan mungkin bayi akan dipeluk oleh lengan ibunya, gerakan dilanjutkan sebagai usapan lembut untuk menenangkan bayi, bayi akan merapat pada payudara ibu, menggenggam satu jari atau seuntai rambut dan terjadilah ikatan antara keduanya.

g) Entrainment

Bayi mengembangkan irama akibat kebiasaan. Bayi baru lahir bergerak-gerak sesuai dengan struktur pembicaraan orang dewasa. Mereka menggoyangkan tangan, mengangkat kepala, menendang-nendang kaki. Entrainment terjadi pada saat anak mulai berbicara.

h) Bioritme

Salah satu tugas bayi baru lahir adalah membentuk ritme personal (bioritme). Orang tua dapat membantu proses ini dengan memberi kasih sayang yang konsisten dan dengan memanfaatkan waktu saat bayi mengembangkan perilaku yang responsive.

i) Rasa Aman

Rasa aman anak masih dipantau oleh orang tua secara intensif dan dengan kasih sayang yang diberikan, anak merasa aman(Marmi, 2012).

j) Harga Diri

Harga diri dipengaruhi oleh orang sekitar dimana pemberian kasih sayang dapat membentuk harga diri anak. Hal ini bergantung pada pola asuh, terutama pola asuh demokratis dan kecerdasan emosional(Marmi, 2012).

k) Rasa memiliki

Rasa memiliki didapat dari dorongan orang di sekelilingnya (Marmi, 2012).

2) Asuhan Kebidanan bayi Baru Lahir

a) Pelayanan Essensial pada bayi baru lahir

(1) Jaga bayi tetap hangat

Menurut Asri dan Clervo (2012) cara menjaga agar bayi tetap hangat dengan cara: mengeringkan bayi seluruhnya dengan selimut atau handuk hangat, membungkus bayi, terutama bagian kepala dengan selimut hangat dan kering, mengganti semua handuk/selimut basah, bayi tetap terbungkus sewaktu ditimbang, buka pembungkus bayi hanya pada daerah yang diperlukan saja untuk melakukan suatu prosedur, dan membungkusnya kembali dengan handuk dan selimut segera setelah prosedur selesai. Menyediakan lingkungan yang hangat dan kering bagi bayi tersebut. Atur suhu ruangan atas kebutuhan bayi, untuk memperoleh lingkungan yang lebih hangat. Memberikan bayi pada ibunya secepat mungkin. Meletakkan bayi diatas perut ibu, sambil menyelimuti keduanya dengan selimut kering. Tidak mandikan sedikitnya 6 jam setelah lahir.

(2) Pembebasan jalan napas

Perawatan optimal jalan napas pada BBL dengan cara: membersihkan lendir darah dari wajah bayi dengan kain bersih dan kering/kasa, menjaga bayi tetap hangat, menggosok punggung bayi secara lembut, mengatur posisi bayi dengan benar yaitu letakkan bayi dalam posisi terlentang dengan leher sedikit ekstensi di perut ibu (Hidayat dan Sujiyatini, 2010).

(3) Cara mempertahankan kebersihan untuk mencegah infeksi: mencuci tangan dengan air sabun, menggunakan sarung tangan, pakaian bayi harus bersih dan hangat, memakai alat dan bahan yang steril pada saat memotong tali pusat, jangan mengoleskan apapun pada bagian tali pusat, hindari pembungkusan tali pusat (Hidayat dan Sujiyatini, 2010).

(4) Perawatan tali pusat

Cuci tangan sebelum dan sesudah merawat tali pusat. Jangan membungkus puntung tali pusat atau mengoleskan cairan atau bahan apapun ke puntung tali pusat. Mengoleskan alkohol atau povidon yodium masih diperkenankan apabila terdapat tanda infeksi, tetapi tidak dikompreskan karena menyebabkan tali pusat basah atau lembab. Berikan nasihat pada ibu dan keluarga sebelum meninggalkan bayi: lipat popok di bawah puntung tali pusat, luka tali pusat harus dijaga tetap kering dan bersih, sampai sisa tali pusat mengering dan terlepas sendiri, jika puntung tali pusat kotor, bersihkan (hati-hati) dengan air DTT dan sabun dan segera keringkan secara seksama dengan menggunakan kain bersih, perhatikan tanda-tanda infeksi tali pusat: kemerahan pada kulit sekitar tali pusat, tampak nanah atau berbau. Jika terdapat tanda infeksi, nasihat ibu untuk membawa bayinya ke fasilitas kesehatan (Kemenkes RI, 2010).

(5) Inisiasi Menyusu Dini

Prinsip pemberian ASI adalah dimulai sedini mungkin, eksklusif selama 6 bulan diteruskan sampai 2 tahun dengan makanan pendamping ASI sejak usia 6 bulan. Langkah IMD dalam asuhan bayi baru lahir yaitu: lahirkan, lakukan penilaian pada bayi, keringkan, lakukan kontak kulit ibu dengan kulit bayi selama paling sedikit satu jam biarkan bayi

mencari dan menemukan puting ibu dan mulai menyusu (Kemenkes RI, 2010).

(6) Pemberian Salep Mata

Salep atau tetes mata untuk pencegahan infeksi mata diberikan segera setelah proses IMD dan bayi setelah menyusu, sebaiknya 1 jam setelah lahir. Pencegahan infeksi mata dianjurkan menggunakan salep mata antibiotik tetrasiklin 1% (Kemenkes RI, 2010).

(7) Pemberian Vitamin K

Pencegahan terjadinya perdarahan karena defisiensi vitamin K pada bayi baru lahir diberikan suntikan Vitamin K1 (Phytomenadione) sebanyak 1 mg dosis tunggal, intramuskular pada antero lateral paha kiri 1 jam setelah IMD (Kemenkes RI, 2010).

(8) Pemberian Imunisasi Hb 0

Imunisasi Hepatitis B pertama (HB 0) diberikan 1-2 jam setelah pemberian Vitamin K1 secara intramuskuler. Imunisasi Hepatitis B bermanfaat untuk mencegah infeksi Hepatitis B terhadap bayi, terutama jalur penularan ibu-bayi. Imunisasi Hepatitis B harus diberikan pada bayi umur 0-7 hari karena:

- (a) Sebagian ibu hamil merupakan carrier Hepatitis B.
- (b) Hampir separuh bayi dapat tertular Hepatitis B pada saat lahir dari ibu pembawa virus.
- (c) Penularan pada saat lahir hampir seluruhnya berlanjut menjadi Hepatitis menahun, yang kemudian dapat berlanjut menjadi sirosis hati dan kanker hati primer.
- (d) Imunisasi Hepatitis B sedini mungkin akan melindungi sekitar 75% bayi dari penularan Hepatitis B (Kemenkes RI, 2010).

b) Kunjungan Neonatal

Pelayanan kesehatan bayi baru lahir oleh bidan/perawat/dokter dilaksanakan minimal 3 kali, yaitu kunjungan I pada 6 jam-48 jam setelah lahir, kunjungan II pada hari ke 3-7 setelah lahir, kunjungan III pada hari ke 8-28 setelah lahir. Jenis pelayanan yang diberikan yaitu: penimbangan berat badan, pengukuran panjang badan, pengukuran suhu tubuh, menanyakan pada ibu, bayi sakit apa?, memeriksa kemungkinan penyakit berat atau infeksi bakteri, frekuensi nafas/ menit, frekuensi denyut jantung (kali/ menit), memeriksa adanya diare, memeriksa ikterus/ bayi kuning, memeriksa kemungkinan berat badan rendah, memeriksa status pemberian Vitamin K1, memeriksa status imunisasi HB-0, memeriksa masalah/keluhan ibu (Kemenkes RI, 2015).

c) Tanda bahaya pada bayi baru lahir

Menurut Kemenkes RI (2015) tanda bahaya bayi baru lahir yaitu: tidak mau menyusu, kejang-kejang, lemah, sesak nafas (lebih besar atau sama dengan 60 kali/menit), tarikan dinding dada bagian bawah ke dalam, bayi merintih atau menangis terus menerus, tali pusar kemerahan sampai dinding perut, berbau atau bernanah, demam/panas tinggi, mata bayi bernanah, diare/ buang air besar cair lebih dari 3 kali sehari, kulit dan mata bayi kuning, tinja bayi saat buang air besar berwarna pucat. Jika ditemukan 1 (satu) atau lebih tanda bahaya di atas bayi segera dibawa ke fasilitas kesehatan.

h. Inisiasi menyusu dini

1) Langkah inisiasi menyusu dini (IMD)

- a) Bayi harus mendapat kontak kulit dengan kulit ibunya segera setelah lahir selama paling sedikit 1 jam
- b) Bayi harus dibiarkan untuk melakukan IMD dan ibu dapat mengenali bahwa bayinya siap untuk menyusu serta memberi bantuan jika diperlukan.

- c) Menunda semua prosedur lainnya yang harus dilakukan kepada BBL hingga inisiasi menyusui selesai (JNPK-KR, 2008).

Prinsip menyusui/ pemberian ASI adalah dimulai sedini mungkin dan eksklusif. Segera setelah bayi lahir, setelah tali pusat dipotong, letakan bayi tengkurap di perut ibu dengan kulit bayi kontak ke kulit ibu. Biarkan kontak kulit ke kulit ini menetap selama setidaknya 1 jam bahkan lebih sampai bayi dapat menyusui sendiri. Bayi diberi topi dan diselimuti. Ayah atau keluarga dapat memberi dukungan dan membantu ibu selama proses ini. Ibu diberi dukungan untuk mengenali saat bayi siap untuk menyusui, menolong bayi jika diperlukan (JNPK-KR, 2008).

- 2) Keuntungan inisiasi menyusui dini bagi ibu dan bayi
 - a) Keuntungan kontak kulit ibu dengan kulit bayi untuk bayi:
 - (1) Menstabilkan pernapasan dan detak jantung
 - (2) Mengendalikan temperatur tubuh bayi
 - (3) Memperbaiki atau membuat pola tidur bayi lebih baik
 - (4) Mendorong ketrampilan bayi untuk menyusui lebih cepat dan efektif
 - (5) Meningkatkan kenaikan berat (bayi lebih cepat kembali keberat lahirnya)
 - (6) Meningkatkan hubungan psikologis antara ibu dan bayi
 - (7) Mengurangi tangis bayi
 - (8) Mengurangi infeksi bayi dikarenakan adanya kolonisasi kuman di usus bayi akibat kontak kulit ibu dengan kulit bayi dan bayi menjilat kulit ibu
 - (9) Mengeluarkan mekonium lebih cepat, sehingga menurunkan kejadian ikterus BBL
 - (10) Memperbaiki kadar gula dan parameter biokimia lain selama beberapa jam pertama kehidupannya

(11) Mengoptimalkan keadaan hormonal bayi.

b) Keuntungan IMD untuk ibu

Merangsang produksi oksitoksin dan prolaktin pada ibu. Pengaruh oksitoksin yaitu: membantu kontraksi uterus sehingga menurunkan resiko perdarahan pasca persalinan, merangsang pengeluaran kolostrum dan meningkatkan produksi ASI, membantu ibu mengatasi stres sehingga ibu merasa lebih tenang dan tidak nyeri pada saat plasenta lahir dan prosedur pasca persalinan lainnya. Pengaruh prolaktin yaitu: meningkatkan produksi ASI, menunda ovulasi (JNPK-KR, 2008).

c) Keuntungan IMD untuk bayi

Menurut JNKR-KR (2008) keuntungan IMD untuk bayi adalah: mempercepat keluarnya klostrum yaitu makanan dengan kualitas dan kuantitas optimal untuk kebutuhan bayi, mengurangi infeksi dengan kekebalan pasif (melalui colostrum) maupun aktif, mengurangi 22% kematian bayi berusia 28 hari ke bawah, meningkatkan kebersihan menyusui secara eksklusif dan lamanya bayi disusui membantu bayi mengkoordinasikan kemampuan isap, telan dan bernapas. Refleks mengisap awal pada bayi paling kuat dalam beberapa jam pertama setelah lahir, meningkatkan jalinan kasih sayang ibu dengan bayi, mencegah kehilangan panas.

3) Faktor-faktor pendukung insiasi menyusui dini

Kesiapan fisik dan psikologi ibu yang sudah dipersiapkan sejak awal kehamilan, informasi yang diperoleh ibu mengenai insiasi menyusui dini, tempat bersalin dan tenaga kesehatan (Roesli, 2008). Aspek psikologik, rasa percaya diri ibu untuk menyusui: bahwa ibu mampu menyusui dengan produksi ASI yang mencukupi untuk bayi. Menyusui dipengaruhi oleh emosi ibu dan kasih sayang terhadap bayi akan meningkatkan produksi hormon terutama

oksidoksin yang pada akhirnya akan meningkatkan produksi ASI. Interaksi ibu dan bayi: pertumbuhan dan perkembangan psikologik bayi tergantung pada kesatuan ibu-bayi tersebut (Proverawati dan Asfuah, 2010).

4) Inisiasi menyusui dini yang kurang tepat

Saat ini, umumnya praktek inisiasi menyusui seperti berikut:

- a) Begitu lahir, bayi diletakan di perut ibu yang sudah dialasi dengan kain kering.
- b) Bayi segera dikeringkan dengan kain kering. Tali pusat dipotong, lalu diikat.
- c) Karena takut kedinginan, bayi dibungkus atau digendong dengan selimut bayi.
- d) Jika dalam keadaan digendong, bayi diletakan di dada ibu (tidak terjadi kontak dengan kulit ibu). Bayi dibiarkan di dada ibu (bonding) untuk beberapa lama 10-15 menit atau sampai tenaga kesehatan selesai menjahit perinium.
- e) Selanjutnya, diangkat dan disusukan pada ibu dengan cara memasukan puting susu ibu ke mulut bayi
- f) Setelah itu bayi dibawa ke kamar transisi atau kamar pemulihan untuk ditimbang, diukur, dicap, diberi suntikan vitamin K, dan kadang diberi tetes mata (Roesli, 2008).

5) Penghambat inisiasi menyusui dini

Menurut Roesli (2008) penghambat menyusui dini adalah: bayi kedinginan-tidak benar, setelah melahirkan, ibu terlalu lelah untuk segera menyusui bayinya- tidak benar, tenaga kesehatan kurang tersedia –tidak masalah, kamar bersalin atau kamar operasi sibuk-tidak masalah, ibu harus dijahit-tidak masalah, suntikan vitamin K dan tetes mata untuk mencegah penyakit gonore harus segera diberikan setelah lahir –tidak benar, bayi harus segera dibersihkan, dimandikan ditimbang dan diukur-tidak benar, bayi kurang siaga-

tidak benar, kolostrum tidak keluar atau jumlah kolostrum tidak memadai sehingga diperlukan cairan lain (Roesli, 2008).

4. Konsep Dasar Masa Nifas

a. Pengertian

Menurut Yanti dkk, (2014) masa nifas adalah masa dimulainya beberapa jam sesudah lahirnya plasenta sampai 6 minggu setelah melahirkan. Masa nifas dimulai setelah kelahiran plasenta dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil yang berlangsung kira-kira 6 minggu.

Masa nifas merupakan masa selama persalinan dan segera setelah kelahiran yang meliputi minggu-minggu berikutnya pada waktu saluran reproduksi kembali ke keadaan tidak hamil yang normal (Nugroho dkk, 2014).

Berdasarkan beberapa pengertian di atas, dapat disimpulkan bahwa masa nifas adalah masa dimana kembalinya alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil yang membutuhkan waktu kurang lebih 6 minggu.

b. Tujuan masa nifas

Menurut Ambarwati dkk (2010) tujuan asuhan masa nifas normal dibagi dua, yaitu:

- 1) Tujuan umum: membantu ibu dan pasangannya selama masa transisi awal mengasuh anak.
- 2) Tujuan khusus: menjaga kesehatan ibu dan bayi baik fisik maupun psikisnya, melaksanakan skrining yang komprehensif, mendeteksi masalah, mengobati/ merujuk bila terjadi komplikasi pada ibu dan bayinya, memberikan pendidikan kesehatan, tentang perawatan kesehatan diri, nutrisi, KB, menyusui, pemberian imunisasi, dan perawatan bayi sehat, memberikan pelayanan keluarga berencana.

c. Peran dan tanggung jawab bidan masa nifas.

Bidan memiliki peranan yang sangat penting dalam pemberian asuhan post partum. Adapun peran dan tanggung jawab dalam masa nifas yaitu:

- 1) Memberikan dukungan secara berkesinambungan selama masa nifas sesuai dengan kebutuhan ibu untuk mengurangi ketegangan fisik dan psikologis selama masa nifas.
- 2) Sebagai promotor hubungan antara ibu dan bayi serta keluarga
- 3) Mendorong ibu untuk menyusui bayinya dengan meningkatkan rasa nyaman.
- 4) Membuat kebijakan, perencanaan program kesehatan yang berkaitan ibu dan anak dan mampu melakukan kegiatan administrasi.
- 5) Mendeteksi komplikasi dan perlunya rujukan.
- 6) Memberikan konseling untuk ibu dan keluarganya mengenai cara mencegah perdarahan, mengenal tanda-tanda bahaya, menjaga gizi yang baik, serta mempraktikkan kebersihan yang aman.
- 7) Melakukan manajemen asuhan dengan cara mengumpulkan data, menetapkan diagnosa dan rencana tindakan serta melaksanakannya untuk mempercepat proses pemulihan, mencegah komplikasi dengan memenuhi kebutuhan ibu dan bayi selama periode nifas.
- 8) Memberikan asuhan secara profesional (Yanti dkk, 2014).

d. Tahap masa nifas

Menurut Yanti dkk (2014) masa nifas terbagi menjadi 3 tahapan, yaitu:

- 1) Puerperium dini, yaitu suatu masa kepulihan dimana ibu diperbolehkan untuk berdiri dan berjalan-jalan.
- 2) Puerperium intermedial, yaitu suatu masa dimana kepulihan dari organ-organ reproduksi selama kurang lebih 6 minggu
- 3) Remote Puerperium, yaitu waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat kembali dalam keadaan sempurna terutama ibu bila ibu selama hamil atau waktu persalinan mengalami komplikasi.

e. Kebijakan program nasional masa nifas

Kebijakan program nasional pada masa nifas yaitu paling sedikit empat kali melakukan kunjungan pada masa nifas, dengan tujuan:

- 1) Menilai kondisi kesehatan ibu dan bayi.
- 2) Melakukan pencegahan terhadap kemungkinan-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 nifas maupun bayinya (Yanti dkk, 2014).

Tabel 2. 8 Asuhan dan Kunjungan Masa Nifas

Kunjungan	Waktu	Asuhan
	6-8 jam post partum	Pencegah perdarahan masa nifas oleh karena atonia uteri
		Mendeteksi dan perawatan penyebab lain perdarahan serta melakukan rujukan bila perdarahan berlanjut
		Memberikan konseling pada ibu dan keluarga tentang cara mencegah perdarahan yang disebabkan atonia uteri.
		Memberian ASI awal.
		Mengajarkan cara mempererat hubungan antara ibu dan bayi baru lahir.
		Menjaga bayi tetap sehat melalui pencegahan hipotermi
		Setelah bidan melakukan pertolongan persalinan, maka bidan harus menjaga ibu dan bayi untuk 2 jam pertama setelah kelahiran atau sampai keadaan ibu dan bayi baru lahir dalam keadaan baik.
	hari post partum	Memastikan involusi uterus berjalan dengan normal, uterus berkontraksi dengan baik, tinggi fundus uteri di bawah umbilikus, tidak ada perdarahan abnormal.
		Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi dan perdarahan.
		Memastikan ibu mendapat istirahat yang cukup
		Memastikan ibu mendapat makanan yang bergizi dan cukup cairan.

		Memastikan ibu menyusui dengan baik dan benar serta tidak ada tanda-tanda kesulitan menyusui.
		Memberikan konseling tentang perawatan bayi baru lahir.
	minggu post partum	Keluhan pada 2 minggu post partum sama dengan asuhan yang diberikan pada kunjungan 6 hari post partum.
	minggu post partum	Menanyakan penyulit-penyulit yang dialami ibu selama masa nifas.
		Memberikan konseling KB secara dini

Sumber: Yanti dkk, 2014

Pelayanan ibu nifas dilakukan sebanyak 3 kali yaitu, kunjungan pertama 6 jam – 3 hari, kunjungan kedua 4-28 hari, dan kunjungan ketiga 29- 42 hari. Jenis pelayanan dan pemantauan yang dilakukan berupa pemeriksaan fisik, pemberian kapsul vitamin A, pelayanan kontrasepsi, penanganan resti dan komplikasi serta nasihat tentang perawatan sehari-hari (Kemenkes RI, 2015).WHO/UNICEF merekomendasikan pemberian 2 dosis vitamin A 200.000 IU dalam selang waktu 24 jam pada ibu pasca bersalin untuk memperbaiki kadar vitamin A pada ASI dan mencegah terjadinya lecet puting susu. Suplementasi vitamin A akan meningkatkan daya tahan ibu terhadap infeksi perlukaan atau laserasi akibat proses persalinan (JNPK-KR, 2008).

f. Perubahan fisiologis masa nifas

1) Perubahan sistem reproduksi

a) Involusi uterus

Involusi atau pengerutan uterus merupakan suatu proses di mana uterus kembali ke kondisi sebelum hamil dengan berat sekitar 60 gram. Proses ini dimulai segera setelah plasenta lahir akibat kontraksi otot-otot polos uterus. Proses involusi uterus adalah sebagai berikut:

- (1) Iskemia miometrium. Hal ini disebabkan oleh kontraksi dan retraksi yang terus menerus dari uterus setelah pengeluaran plasenta sehingga membuat uterus menjadi relatif anemi dan menyebabkan serat otot atrofi.

- (2) Atrofi jaringan. Atrofi jaringan terjadi sebagai reaksi penghentian hormone estrogen saat pelepasan plasenta.
- (3) Autolysis. Merupakan proses penghancuran diri sendiri yang terjadi di dalam otot uterus. Enzim proteolitikakan memendekkan jaringan otot yang telah mengendur sehingga panjangnya 10 kali panjang sebelum hamil dan lebarnya 5 kali lebar sebelum hamil yang terjadi selama kehamilan. Hal ini disebabkan karena penurunan hormone estrogen dan progesterone.
- (4) Efek oksitoksin. Oksitosin menyebabkan terjadinya kontraksi dan retraksi otot uterus sehingga akan menekan pembuluh darah dan mengakibatkan berkurangnya suplai darah ke uterus. Proses ini membantu untuk mengurangi situs atau tempat implantasi plasenta serta mengurangi perdarahan (Yanti, dkk, 2014). Ukuran uterus pada masa nifas akan mengecil seperti sebelum hamil. perubahan-perubahan normal pada uterus selama post partum adalah sebagai berikut:

Tabel 2. 9 Involusi Uteri

Involusi Uteri	Tinggi Fundus Uteri	Berat Uterus(gram)	Diameter Uterus
Plasenta lahir	Setinggi pusat	1000	12,5 cm
7 hari	Pertengahan pusat dan simpisis	500	7,5 cm
14 hari (minggu 2)	Tidak teraba	350	5 cm
6 minggu	Normal	60	2,5 cm

Sumber: Yanti dkk, 2014

b) Involusi tempat plasenta

Uterus pada bekas implantasi plasenta merupakan luka yang kasar dan menonjol ke dalam kavum uteri. Segera setelah placenta lahir, dengan cepat luka mengecil, pada akhirnya minggu ke-2 hanya sebesar 3-4 cm dan pada akhir nifas 1-2 cm. Penyembuhan luka bekas plasenta khas sekali. Permulaan nifas bekas plasenta mengandung banyak pembuluh darah besar yang tersumbat oleh thrombus. Luka bekas plasenta tidak meninggalkan parut. Hal ini disebabkan karena diikuti

pertumbuhan endometrium baru dibawah permukaan luka. Regenerasi endometrium terjadi ditempat implantasi plasenta selama sekitar 6 minggu. Pertumbuhan kelenjar endometrium ini berlangsung di dalam decidu basalis. Pertumbuhan kelenjar ini mengikis pembuluh darah yang membeku pada tempat implantasi plasenta sehingga terkelupas dan tidak dipakai lagi pada pembuang lochia (Yanti dkk, 2014).

c) Perubahan ligamen

Setelah bayi lahir ligamen dan diafragma pelvisfasia yang meregang sewaktu kehamilan dan saat melahirkan, kembali seperti sedia kala. Perubahan ligamen yang dapat terjadi pasca melahirkan antara lain: ligamen rotundum menjadi kendur yang mengakibatkan letak uterus menjadi retrofleksi, ligamen fasia, jaringan penunjang alat genitalia menjadi agak kendur (Yanti dkk, 2014).

d) Perubahan pada serviks

Segera setelah melahirkan, serviks menjadi lembek, kendur, terkulai dan berbentuk seperti corong. Hal ini disebabkan korpus uteri berkontraksi, sedangkan serviks tidak berkontraksi, sehingga perbatasan antara korpus dan serviks uteri berbentuk cincin. Warna serviks merah kehitam-hitaman karena penuh pembuluh darah. Segera setelah bayi dilahirkan, tangan pemeriksa masih dapat dimasukan 2-3 jari dan setelah 1 minggu hanya 1 jari saja yang dapat masuk. Oleh karena hiperpalpasi dan retraksi serviks, robekan serviks dapat sembuh. Namun demikian, selesai involusi, ostium eksternum tidak sama waktu sebelum hamil. Umumnya ostium eksternum lebih besar, tetap ada retak-retak dan robekan-robekan pada pinggirnya, terutama pada pinggir sampingnya (Yanti dkk, 2014).

e) Lochea

Akibat involusi uteri, lapisan luar desidua yang mengelilingi situs plasenta akan menjadi nekrotik. Desidua yang mati akan keluar dengan sisa cairan. Pencampuran darah dan desidua inilah yang dinamakan lochea. Pengeluaran lochea dapat dibagi menjadi lochea

rubra, sanguilenta, serosa, dan alba (Yanti dkk, 2014).Perbedaan masing-masing lochea dapat dilihat sebagai berikut:

Table2.10 Perbedaan masing-masing lochea

Lochea	Waktu	Warna	Ciri-ciri
Rubra	1-3 hari	Merahkehitaman	Terdiri dari sel desidua, Verniks caseosa, rambut lanugo, sisa mekonium dan sisa darah.
Sanguilenta	3-7 hari	Putih bercampur merah	Sisa darah dan lendir
Serosa	7-14 hari	kuningan/kecoklatan	Lebih sedikit darah dan lebih banyak serum, juga terdiri dari leukosit dan robekanlaserasi plasenta
Alba	>14 hari	Putih	mengandung leukosit, selaput lendir serviks dan serabut jaringan yang mati

Sumber: Yanti dkk, 2014

f) Vulva, vagina dan perineum

Selama proses persalinan vulva, vagina dan perineum mengalami penekanan dan peregangan, setelah beberapa hari persalinan kedua organ ini akan kembali dalam keadaan kendur. Rugae timbul kembali pada minggu ketiga.Himen tampak sebagai tonjolan kecil dan dalam proses pembentukan berubah menjadi karankulaemitiformis yang khas bagi wanita multipara. Ukuran vagina akan selalu lebih besar dibandingkan keadaan saat sebelum persalinan pertama. Perubahan pada perinium pasca melahirkan terjadi pada saat perinium mengalami robekan. Meskipun demikian, latihan otot perinium dapat mengembalikan tonus tersebut dan dapat mengencangkan vagina hingga tingkat tertentu. Hal ini dapat dilakukan pada akhir puerperium dengan latihan harian (Yanti dkk, 2014).

2) Perubahan sistem pencernaan

Sistem gastrointestinal selama hamil dipengaruhi oleh beberapa hal, diantaranya tingginya kadarprogesterone yang dapat mengganggu keseimbangan cairan tubuh, meningkatkan kolesterol darah, dan

melambatkan kontraksi otot-otot polos. Pasca melahirkan, kadarprogesterone juga mulai menurun. Namun demikian, faal usus memerlukan 3-4 hari untuk kembali normal (Yanti dkk, 2014).

Menurut Yanti, dkk (2014) beberapa hal yang berkaitan dengan perubahan sistem pencernaan antara lain:

a) Nafsu makan

Pasca melahirkan ibu biasanya merasa lapar, dan diperbolehkan untuk makan. Pemulihan nafsu makan dibutuhkan 3 sampai 4 hari sebelum faal usus kembali normal. Meskipun kadar progesteron menurun setelah melahirkan, asupan makanan juga mengalami penurunan selama satu atau dua hari.

b) Motilitas

Secara khas, penurunan tonus dan motilitas otot traktus cerna menetap selama waktu yang singkat setelah bayi lahir. Kelebihan analgesia dan anastesia bisa memperlambat pengambilan tonus dan motilitas ke keadaan normal.

c) Pengosongan usus

Pasca melahirkan, ibu sering mengalami konstipasi. Hal ini disebabkan tonus otot usus menurun selama proses persalinan dan awal masa pascapartum. Diare sebelum persalinan, enema sebelum melahirkan, kurang makan, dehidrasi, hemoroid ataupun laserasi jalan lahir. System pencernaan pada masa nifas membutuhkan waktu untuk kembali normal. Beberapa cara agar ibu dapat buang air besar kembali teratur, antara lain: pemberian diet/makanan yang mengandung serat, pemberian cairan yang cukup, pengetahuan tentang pola eliminasi, pengetahuan tentang perawatan luka jalan lahir, bila usaha di atas tidak berhasil dapat dilakukan pemberian huknah atau obat yang lain.

3) Perubahan sistem perkemihan

Perubahan hormonal pada masa hamil yaitu kadar steroid yang berperan meningkatkan fungsi ginjal. Begitu sebaliknya, pada pasca melahirkan kadar steroid menurun menyebabkan penurunan fungsi ginjal. Fungsi ginjal kembali normal dalam waktu satu bulan setelah wanita melahirkan. Urin dalam jumlah yang besar akan dihasilkan dalam waktu 12-36 jam sesudah melahirkan (Yanti dkk, 2014). Hal yang berkaitan dengan fungsi sistem perkemihan, antara lain:

a) Hemostasis internal

Tubuh, terdiri dari air dan unsure-unsur yang larut di dalamnya, dan 70 persen dari cairan tubuh terletak di dalam sel-sel, yang disebut dengan cairan intraseluler. Cairan ekstraseluler terbagi dalam plasma darah, dan langsung diberikan untuk sel-sel yang disebut cairan interstisial. Beberapa hal yang berkaitan dengan cairan tubuh antara lain edema dan dehidrasi. Edema adalah tertimbunnya cairan dalam jaringan akibat gangguan keseimbangan cairan dalam tubuh. Dehidrasi adalah kekurangan cairan atau volume tubuh (Yanti, dkk, 2014).

b) Keseimbangan asam basa tubuh

Keasaman dalam tubuh disebut pH. Batas normal pH cairan tubuh adalah 7,35-7,40. Bila $pH > 7,4$ disebut alkalosis dan jika $pH < 7,35$ disebut asidosis (Yanti, dkk, 2014).

c) Pengeluaran sisa metabolisme racun dan zat toksin ginjal.

Zat toksin ginjal mengekskresikan hasil akhir dari metabolisme protein yang mengandung nitrogen terutama urea, asam urat dan kreatini. Ibu post partum dianjurkan segera buang air kecil, agar tidak mengganggu proses involusi uteri dan ibu merasa nyaman. Kadar hormon estrogen akan menurun setelah plasenta dilahirkan, hilangnya peningkatan tekanan vena pada tungkai bawah, dan hilangnya peningkatan volume darah akibat kehamilan, hal ini merupakan mekanisme tubuh untuk mengatasi kelebihan cairan.

Keadaan ini disebut dengan diuresis pasca partum. Ureter yang berdilatasi akan kembali normal dalam tempo 6 minggu. Kehilangan cairan melalui keringat dan peningkatan jumlah urin menyebabkan penurunan berat badan sekitar 2,5 kg selama masa pasca partum. Pengeluaran kelebihan cairan yang tertimbun selama hamil kadang-kadang disebut kebalikan metabolisme air pada masa hamil (Yanti dkk, 2014).

4) Perubahan sistem muskuloskeletal

Perubahan sistem muskuloskeletal terjadi pada saat umur kehamilan semakin bertambah, adaptasinya mencakup: peningkatan berat badan, bergesernya pusat akibat pembesaran rahim, relaksasi dan mobilitas. Namun demikian, pada saat post partum system musculoskeletal akan berangsur-angsur pulih kembali. Ambulasi dini dilakukan segera setelah melahirkan, untuk membantu mencegah komplikasi dan mempercepat involusi uteri (Yanti dkk, 2014).

Adaptasi sistem muskuloskeletal pada masa nifas, meliputi :

a) Dinding perut dan peritoneum

Dinding perut akan longgar pasca persalinan. Keadaan ini akan pulih kembali dalam 6 minggu. Wanita yang athenis terjadi diatasi dari otot-otot rectus abdominis, sehingga sebagian dari dinding perut di garis tengah hanya terdiri dari peritoneum, fascia tipis dan kulit.

b) Kulit abdomen

Selama masa kehamilan, kulit abdomen akan melebar, melonggar dan mengendur hingga berbulan-bulan. Otot-otot dari dinding abdomen akan kembali normal kembali dalam beberapa minggu pasca melahirkan dalam latihan post natal

c) Striae

Striae adalah suatu perubahan warna seperti jaringan parut pada dinding abdomen. Striae pada dinding abdomen tidak dapat menghilang sempurna melainkan membentuk garis lurus yang samar. Tingkat distasis musculus rektus abdominis pada ibu post

partum dapat di kaji melalui keadaan umum, aktivitas, paritas dan jarak kehamilan, sehingga dapat membantu menentukan lama pengembalian tonus otot menjadi normal.

d) Perubahan ligament

Setelah janin lahir, ligament-ligamen, diafragma pelvis dan vasia yang meregang sewaktu kehamilan dan partus berangsur-angsur menciut kembali seperti sedia kala.

e) Simpisis pubis

Pemisahan simpisis pubis jarang terjadi, namun demikian hal ini dapat menyebabkan morbiditas maternal. Gejala dari pemisahan pubis antara lain: nyeri tekan pada pubis disertai peningkatan nyeri saat bergerak di tempat tidur ataupun waktu berjalan. Pemisahan simpisis dapat dipalpasi, gejala ini dapat menghilang dalam beberapa minggu atau bulan pasca melahirkan, bahkan ada yang menetap (Yanti dkk, 2014).

5) Perubahan sistem endokrin

Menurut Yanti dkk (2014)selamamasa kehamilan dan persalinan terdapat perubahan pada sistem endokrin. Hormon-hormon yang berperan pada proses tersebut, antara lain:

a) Hormon plasenta

Pengeluaranplasenta menyebabkan penurunan hormone yang diproduksi oleh plasenta. Hormone plasenta menurun dengan cepat pasca persalinan. Penurunan hormone plasenta (human placenta lactogen) menyebabkan kadar gula darah menurun pada masa nifas. Human Chorionic Gonadotropin (HCG) menurun dengan cepat dan menetap sampai 10% dalam 3 jam hingga hari ke 7 post partum dan sebagai onset pemenuhan mammae pada hari ke 3 post partum.

b) Hormon pituitary

Hormon pituitary antara lain : hormon prolaktin,FSH dan LH. Hormon prolaktin darah meningkat dengan cepat, pada wanita tidak menyusui menurun dalam waktu 2 minggu. Hormone

prolaktin berperan dalam pembesaran payudara untuk merangsang produksi susu. FSH dan LH meningkat pada fase konsentrasi folikel pada minggu ke 3 dan LH tetap rendah hingga ovulasi terjadi.

c) Hipotalamik pituitary ovarium

Hipotalamik pituitary ovarium akan mempengaruhi lamanya mendapatkan menstruasi pada wanita yang menyusui maupun yang tidak menyusui. Wanita menyusui mendapatkan menstruasi pada 6 minggu pasca salin berkisar 16 persen, dan 45 persen setelah 12 minggu pasca salin. Wanita yang tidak menyusui, akan mendapatkan menstruasi berkisar 40 persen setelah 6 minggu pasca melahirkan dan 90 persen setelah 24 minggu.

d) Hormon oksitosin

Hormon oksitosin disekresikan dari kelenjar otak bagian belakang, bekerja terhadap otot uterus dan jaringan payudara. Selama tahap ke 3 persalinan, hormon oksitosin berperan dalam pelepasan plasenta dan mempertahankan kontraksi, sehingga mencegah perdarahan. Isapan bayi dapat merangsang produksi ASI dan ekresi oksitosin, sehingga dapat membantu involusi uteri.

e) Hormon estrogen dan progesterone

Volume darah selama kehamilan, akan meningkat. Hormon estrogen yang tinggi memperbesar hormone anti diuretic yang dapat meningkatkan volume darah. Hormone progesteron mempengaruhi otot halus yang mengurangi perangsangan dan peningkatan pembuluh darah. Hal ini mempengaruhi saluran kemih, ginjal, usus, dinding vena, dasar panggul, perineum serta vulva dan vagina.

6) Perubahan tanda-tanda vital

Tanda-tanda vital yang harus dikaji pada masa nifas, antara lain:

a) Suhu badan

Suhu wanita in partu tidak lebih dari 37,2 °C. pasca melahirkan, suhu tubuh dapat naik kurang dari 0,5 °C dari keadaan normal. Kenaikan suhu badan ini akibat dari kerja keras sewaktu melahirkan,

kehilangan cairan maupun kelelahan. Kurang lebih pada hari ke-4 postpartum suhu akan naik lagi. Hal ini diakibatkan adanya pembentukan ASI, kemungkinan payudara membengkak, maupun kemungkinan infeksi pada endometrium, mastitis, traktus genitalia ataupun sistem lain. Apabila kenaikan suhu diatas 38 °c, waspada terhadap infeksi post partum (Yanti dkk, 2014).

b) Nadi

Denyut nadi normal pada orang dewasa 60 sampai 80 kali permenit. Pasca melahirkan denyut nadi dapat menjadi bradikardi maupun lebih cepat. Denyut nadi yang melebihi 100k kali permenit, harus waspada kemungkinan infeksi atau perdarahan post partum (Yanti dkk, 2014).

c) Tekanan darah

Tekanan darah adalah tekanan yang dialami oleh pembuluh arteri ketika darah dipompa oleh jantung ke seluruh tubuh manusia. Tekanan darah normal manusia adalah sistolik antara 90 -120 mmHg dan distolik 60-80 mmHg. Pasca melahirkan pada kasus normal, tekanan darah biasanya tidak berubah. Perubahan tekanan darah lebih rendah pasca melahirkan bisa disebabkan oleh perdarahan. Tekanan darah tinggi pada post partum merupakan tanda terjadinya pre eklampsia post partum (Yanti dkk, 2014).

d) Pernafasan

Frekuensi pernafasan normal pada orang dewasa adalah 16 sampai 20 kali permenit. Ibu post partum umumnya bernafas lambat dikarenakan ibu dalam tahap pemulihan atau dalam kondisi istirahat. Keadaan bernafas selalu berhubungan dengan keadaan suhu dan denyut nadi. Suhu nadi tidak normal, pernafasan juga akan mengikutinya, kecuali apabila ada gangguan khusus pada saluran nafas. Bernapas lebih cepat pada post partum kemungkinan ada tanda-tanda syok (Yanti dkk, 2014).

7) Perubahan Sistem Kardiovaskuler

Volume darah yang normal yang diperlukan plasenta dan pembuluh darah uterin meningkat selama kehamilan. Diuresis terjadi akibat adanya penurunan hormone estrogen, yang dengan cepat mengurangi volume plasma menjadi normal kembali. Kadar estrogen menurun selama nifas, namun kadarnya masih tetap tinggi dari pada normal. Plasma darah tidak banyak mengandung cairan sehingga daya koagulasi meningkat. Aliran ini terjadi dalam 2-4 jam pertama setelah kelahiran bayi. Selama masa ini ibu mengeluarkan banyak sekali jumlah urine. Hilangnya progesteron membantu mengurangi retensi cairan yang melekat dengan meningkatnya vaskuler pada jaringan tersebut selama kehamilan bersama-sama dengan trauma selama persalinan (Yanti, dkk, 2014). Kehilangan darah pada persalinan pervaginam sekitar 300-400 cc sedangkan kehilangan darah dengan persalinan seksio sesar menjadi dua kali lipat. Perubahan yang terjadi terdiri dari volume darah dan hemokonsentrasi. Pasca persalinan, shunt akan hilang dengan tiba-tiba. Volume darah ibu relatif akan bertambah. Keadaan ini akan menimbulkan decompensasi cordis. Hal ini dapat diatasi dengan mekanisme kompensasi dengan timbulnya hemokonsentrasi sehingga volume darah kembali seperti sedia kala. Umumnya, hal ini terjadi pada hari ketiga sampai hari kelima post partum (Yanti dkk, 2014).

8) Perubahan sistem hematologi

Selama minggu-minggu terakhir kehamilan, kadar fibrinogen dan plasma serta fakto-faktor pembekuan darah meningkat. Hari pertama post partum, kadar fibrinogen dan plasma akan sedikit menurun tetapi darah lebih mengental dengan peningkatan viskositas sehingga meningkatkan faktor pembekuan darah. Leukositosis yang meningkat di mana jumlah sel darah putih dapat mencapai 15000 selama persalinan akan tetap tinggi dalam beberapa hari pertama dari masa post partum. Jumlah sel darah putih tersebut masih bisa naik lagi sampai 25000 atau 30000 tanpa adanya kondisi patologis jika wanita tersebut mengalami

persalinan lama (Yanti, dkk, 2014). Jumlah hemoglobin, hematokrit dan erytrosit akan sangat bervariasi pada awal-awal masa post partum sebagai akibat dari volume darah, volume plasenta, dan tingkat volume darah yang berubah-ubah. Semua tingkatan ini akan dipengaruhi oleh status gizi dan hidrasi wanita tersebut. Kira-kira selama kelahiran dan masa post partum terjadi kehilangan darah sekitar 200-500 ml. Penurunan volume dan peningkatan sel darah pada kehamilan diasosiasikan dengan peningkatan hematokrit dan hemoglobin pada hari ke-3-7 post partum dan akan kembali normal dalam 4-5 minggu postpartum (Yanti dkk, 2014).

g. Proses adaptasi psikologis ibu masa nifas

1) Adapasi psikologis ibu masa nifas

Masa nifas merupakan masa yang rentan dan terbuka untuk bimbingan dan pembelajaran. Perubahan peran seorang ibu memerlukan adaptasi. Tanggung jawab ibu mulai bertambah. Hal-hal yang dapat membantu ibu dalam adaptasi masa nifas adalah, fungsi menjadi orangtua, respon dan dukungan dari keluarga, riwayat dan pengalaman kehamilan serta persalinan, harapan, keinginan dan aspirasi saat hamil dan melahirkan (Yanti dkk, 2014).

Fase-fase yang akan dialami oleh ibu pada masa nifas antara lain:

a) Fase taking in

Merupakan periode ketergantungan, yang berlangsung dari hari pertama sampai hari kedua setelah melahirkan. Ibu terfokus pada dirinya sendiri sehingga cenderung pasif terhadap lingkungan. Ketidaknyamanan yang dialami antara lain rasa mules, nyeri pada luka jahitan, kurang tidur, kelelahan. Hal yang perlu diperhatikan pada fase ini adalah istirahat cukup, komunikasi dan asupan nutrisi yang baik. Gangguan psikologis yang dapat dialami pada fase ini, antara lain: kekecewaan pada bayinya, ketidaknyamanan sebagai akibat perubahan fisik yang dialami, rasa

bersalah karena belum menyusui bayinya, kritikan suami atau keluarga tentang perawatan bayi (Yanti dkk, 2014).

b) Fase taking hold

Fase ini berlangsung antara 3-10 hari setelah melahirkan. Ibu merasa khawatir akan ketidak mampuan dan rasa tanggung jawab dalam perawatan bayinya. Perasaan ibu lebih sensitive dan lebih cepat tersinggung. Hal yang perlu diperhatikan adalah komunikasi yang baik, dukungan dan pemberian penyuluhan atau pendidikan kesehatan tentang perawatan diri dan bayinya. Tugas bidan antar lain: mengajarkan cara perawatan bayi, cara menyusui yang benar, cara perawatan luka jahitan, senam nifas, pendidikan kesehatan gizi, istirahat, kebersihan dan lain-lain (Yanti dkk, 2014).

c) Fase letting go

Fase ini adalah fase menerima tanggung jawab akan peranbarunya. Fase ini berlangsung pada hari ke 10 setelah melahirkan. Ibu sudah dapat menyesuaikan diri dengan ketergantungan bayinya. Terjadi peningkatan akan perawatan diri dan bayinya. Ibu merasa percaya diri akan peran barunya, lebih mandiri dalam memenuhi kebutuhan bayi dan dirinya. Hal-hal yang harus dipenuhi selama nifas adalah sebagai berikut: fisik (istirahat, asupan gizi, lingkungan bersih), psikologi (dukungan dari keluarga sangat diperlukan), psikosocial (perhatian, rasa kasih sayang, menghibur ibu saat sedih dan menemani saat ibu merasa kesepian) (Yanti dkk, 2014).

2) Post partum blues

Menurut Widyasih dkk (2012) depresi sesudah melahirkan adalah gangguan psikologis yang dalam bahasa kedokterannya adalah depresi post partum atau baby blues atau post partum blues. Post partum blues merupakan masa transisi mood setelah melahirkan yang sering terjadi pada 50-70% wanita. Post partum blues sebagai suatu sindrom gangguan efek ringan yang sering tampak dalam minggu pertama setelah persalinan ditandai dengan gejala-gejala sebagai berikut: reaksi depresi/

sedih/ disforia, sering menangis, mudah tersinggung, cemas, labilitas perasaan, cenderung menyalahkan diri sendiri, gangguan tidur dan gangguan nafsu makan, kelelahan, mudah sedih, cepat marah, mood mudah berubah, perasaan terjebak (marah terhadap pasangan dan bayinya), perasaan bersalah, sangat pelupa.

Cara mengatasi post partum blues yaitu: komunikasikan segala permasalahan atau hal lain yang ingin diungkapkan, bicarakan rasa cemas yang dialami, bersikap tulus ikhlas dalam menerima aktivitas dan peran baru setelah melahirkan, bersikap fleksibel dan tidak terlalu perfeksionis dalam mengurus bayi atau rumah tangga, belajar tenang dengan menarik napas panjang, kebutuhan istirahat harus cukup, berolahraga ringan, bergabung dengan kelompok ibu-ibu baru, dukungan tenaga kesehatan, dukungan suami, keluarga, teman, sesama ibu. konsultasikan pada dokter, agar meminimalisasikan faktor risiko lainnya (Widyasih dkk, 2012).

3) Post partum psikosis

Menurut Yanti dkk (2014) insiden psikosis post partum sekitar 1-2 per 1000 kelahiran. Gejala psikosis post partum muncul beberapa hari sampai 4-6 minggu post partum. Faktor penyebab psikosis post partum antara lain, riwayat keluarga penderita psikiatri, riwayat ibu menderita psikiatri, masalah keluarga dan perkawinan. Gejalanya, gaya bicara keras, menarik diri dari pergaulan, cepat marah dan gangguan tidur. Penatalaksanaannya adalah: pemberian anti depresan, berhenti menyusui, dan perawatan di rumah sakit.

4) Kesedihan dan duka cita

Berduka yang paling besar adalah disebabkan karena kematian bayi meskipun kematian terjadi saat kehamilan. Bidannya harus memahani psikologis ibu dan ayah untuk membantu mereka melalui pasca berduka dengan cara yang sehat (Yanti dkk, 2014).

h. Faktor-faktor yang mempengaruhi masa nifas dan menyusui.

1) Faktor Fisik

Kelelahan fisik karena aktivitas mengasuh bayi, menyusui, memandikan, mengganti popok, dan pekerjaan setiap hari membuat ibu kelelahan, apalagi jika tidak ada bantuan dari suami atau anggota keluarga lain (Sulistyawati, 2009).

2) Faktor Psikologis

Berkurangnya perhatian keluarga, terutama suami karena semua perhatian tertuju pada anak yang baru lahir. Selesai persalinan ibu merasa kelelahan dan sakit pasca persalinan membuat ibu membutuhkan perhatian. Kecewa terhadap fisik bayi karena tidak sesuai dengan pengharapan juga bisa memicu baby blue (Sulistyawati, 2009).

3) Faktor Lingkungan, Sosial, Budaya dan Ekonomi

Adat istiadat yang dianut oleh lingkungan dan keluarga sedikit banyak akan memengaruhi keberhasilan ibu dalam melewati saat transisi ini. Jika ada hal yang tidak sinkron antara arahan dari tenaga kesehatan dengan budaya yang dianut. Dalam hal ini, bidan harus bijaksana dalam menyikapi, namun tidak mengurangi kualitas asuhan yang harus diberikan. Keterlibatan keluarga dari awal dalam menentukan bentuk asuhan dan perawatan yang harus diberikan pada ibu dan bayi akan memudahkan bidan dalam pemberian asuhan (Sulistyawati, 2009).

i. Kebutuhan dasar ibu masa nifas

1) Nutrisi

Ibu nifas memerlukan nutrisi dan cairan untuk pemulihan kondisi kesehatan setelah melahirkan, cadangan tenaga serta untuk memenuhi produksi air susu. Ibu nifas dianjurkan untuk memenuhi kebutuhan akan gizi seperti makan dengan diet gizi seimbang untuk memenuhi kebutuhan karbohidrat, protein, lemak, vitamin, mineral, minum sedikitnya 3 liter setiap hari, mengonsumsi vitamin A 200.000 unit sebanyak 2 kapsul (Nugroho, dkk, 2014).

Zat-zat yang dibutuhkan ibu pasca persalinan antara lain:

a) Kalori

Kebutuhan kalori pada masa menyusui sekitar 500 kalori, makan dengan diet gizi seimbang untuk memenuhi kebutuhan karbohidrat, wanita dewasa memerlukan 1800 kalori per hari. Sebaliknya ibu nifas jangan mengurangi kebutuhan kalori, karena akan mengganggu proses metabolisme tubuh dan menyebabkan ASI rusak. Selama menyusui, kebutuhan karbohidrat kompleks diperlukan enam porsi perhari. Satu porsi setara dengan $\frac{1}{2}$ cangkir nasi, $\frac{1}{4}$ cangkir jagung pipi, satu porsi sereal, satu iris roti dari bijian utuh, $\frac{1}{2}$ kue mafin dari bijian utuh, 2-6 biskuit kering atau crackers, $\frac{1}{2}$ cangkir kacang-kacangan, $\frac{2}{3}$ cangkir kacang koro, atau 40 gram mi/pasta dari bijian utuh. Rata-rata kebutuhan lemak orang dewasa adalah $4\frac{1}{2}$ porsi lemak (14 gram porsi) perharinya. Satu porsi lemak sama dengan 80 gram keju, tiga sendok makan kacang tanah atau kenari, empat sendok makan krim, secangkir es krim, $\frac{1}{2}$ buah alpukat, 2 sendok makan selai kacang, 120-140 gram daging tanpa lemak, Sembilan kentang goreng, 2 iris cake, satu sendok makan mayones atau mentega, atau 2 sendok makan salad (Nugroho, dkk, 2014).

b) Protein

Kebutuhan protein yang dibutuhkan adalah 3 porsi perhari. Satu protein setara dengan tiga gelas susu, dua butir telur, 120 gram keju, $1\frac{3}{4}$ gelas yoghurt, 120-140 gram ikan/ daging/ unggas, 200-240 gram tahu atau 5-6 sendok selei kacang (Nugroho, dkk, 2014).

c) Kalsium dan vitamin D

Kalsium dan vitamin D berguna untuk pembentukan tulang dan gigi, kebutuhan kalsium dan vitamin D didapat dari minum susu rendah kalori atau berjamur di pagi hari. Konsumsi kalsium pada masa menyusui meningkat menjadi 5 porsi per hari, satu setara dengan 50-60 gram keju, satu cangkir susu krim, 160 gram ikan salmon, 120 gram ikan sarden, atau 280 gram tahu kalsium (Nugroho, dkk, 2014).

d) Magnesium

Magnesium dibutuhkan sel tubuh untuk membantu gerak otot, fungsi syaraf dan memperkuat tulang. Kebutuhan magnesium didapat pada gandum dan kacang-kacangan (Nugroho, dkk, 2014).

e) Sayuran hijau dan buah

Kebutuhan yang diperlukan setidaknya tiga porsi sehari. Satu porsi setara dengan 1/8 semangka, 1/4 mangga, 3/4 cangkir brokoli, 1/2 wortel, 1/4- 1/2 cangkir sayuran hijau yang telah dimasak, satu tomat (Nugroho, dkk, 2014).

f) Garam

Selama periode nifas hindari konsumsi garam berlebihan. Hindari makanan asin seperti kacang asin, keripik kentang atau acar (Nugroho, dkk, 2014).

g) Cairan

Konsumsi cairan sebanyak 8 gelas per hari. Minum sedikitnya 3 liter tiap hari. Kebutuhan akan cairan diperoleh dari air putih, sari buah, susu dan sup (Nugroho, dkk, 2014).

h) Vitamin

Kebutuhan vitamin selama menyusui sangat dibutuhkan. Vitamin yang diperlukan antara lain: vitamin A yang berguna bagi kesehatan kulit, kelenjar serta mata. Vitamin A terdapat dalam telur, hati dan keju. Jumlah yang dibutuhkan adalah 1.300 mcg. Vitamin B6 membantu penyerapan protein dan meningkatkan fungsi syaraf. Asupan vitamin B6 sebanyak 2,0 mg per hari. Vitamin B6 dapat ditemui di daging, hati, padi-padian, kacang polong dan kentang. Vitamin E berfungsi sebagai antioksidan, meningkatkan stamina dan daya tahan tubuh. Terdapat dalam makanan berserat, kacang-kacangan, minyak nabati dan gandum (Nugroho, dkk, 2014).

i) Zinc (seng)

Berfungsi untuk kekebalan tubuh, penyembuh luka dan pertumbuhan. Kebutuhan zinc didapat dalam daging, telur dan gandum. Enzim dalam pencernaan dan metabolisme memerlukan seng. Kebutuhan seng setiap hari sekitar 12 mg. Sumber seng terdapat pada seafood, hati dan daging (Nugroho, dkk, 2014).

j) DHA

DHA penting untuk perkembangan daya lihat dan mental bayi. Asupan DHA berpengaruh langsung pada kandungan dalam ASI. Sumber DHA ada pada telur, otak, hati dan ikan (Nugroho, dkk, 2014).

2) Ambulasi

Setelah bersalin, ibu akan merasa lelah. Oleh karena itu, ibu harus istirahat. Mobilisasi yang akan dilakukan pada komplikasi persalinan, nifas dan sembuhannya luka. Ambulasi dini (early ambulation) adalah mobilisasi segera setelah ibu melahirkan dengan membimbing ibu untuk bangun dari tempat tidurnya. Ibu post partum diperbolehkan bangun dari tempat tidurnya 24-48 jam setelah melahirkan. Anjurkan ibu untuk memulai mobilisasi dengan miring kanan/kiri, duduk kemudian berjalan. Keuntungan ambulasi dini adalah: ibu merasa lebih sehat dan kuat, fungsi usus, sirkulasi, paru-paru dan perkemihan lebih baik, memungkinkan untuk mengajarkan perawatan bayi pada ibu, mencegah trombotik pada pembuluh tungkai, sesuai dengan keadaan Indonesia (sosial ekonomis) (Nugroho, dkk, 2014).

3) Eliminasi

a) Miksi

Buang air kecil sendiri sebaiknya dilakukan secepatnya. Miksi normal bila dapat buang air kecil spontan setiap 3-4 jam. Kesulitan buang air kecil dapat disebabkan karena sfingter uretra tertekan oleh kepala janin dan spasme oleh iritasi muskulospingter ani selama persalinan.

Lakukan keteterisasi apabila kandung kemih penuh dan sulit berkemih (Nugroho, dkk, 2014).

b) Defekasi

Ibu diharapkan dapat buang air besar sekitar 3-4 hari post partum. Apabila mengalami kesulitan buang air besar, lakukan diet teratur, cukup cairan, konsumsi makanan berserat, olahraga, berikan obat perangsang per oral/ rektal atau lakukan klisma bilamana perlu (Nugroho, dkk, 2014).

4) Kebersihan diri atau perineum

Kebersihan diri berguna mengurangi infeksi dan meningkatkan perasaan nyaman. Kebersihan diri meliputi kebersihan tubuh, pakaian, tempat tidur maupun lingkungan. Beberapa hal yang dapat dilakukan ibu post partum dalam menjaga kebersihan diri, adalah sebagai berikut: mandi teratur minimal 2 kali sehari, mengganti pakaian dan alas tempat tidur, menjaga lingkungan sekitar tempat tinggal, melakukan perawatan perineum, mengganti pembalut minimal 2 kali sehari, mencuci tangan setiap membersihkan daerah genitalia (Yanti dkk, 2014).

5) Istirahat

Ibu nifas memerlukan istirahat yang cukup, istirahat tidur yang dibutuhkan ibu nifas sekitar 8 jam pada malam hari dan 1 jam pada siang hari. Hal-hal yang dapat dilakukan ibu dalam memenuhi kebutuhan istirahatnya antara lain: anjurkan ibu untuk cukup istirahat, sarankan ibu untuk melakukan kegiatan rumah tangga secara perlahan, tidur siang atau istirahat saat bayi tidur. Kurang istirahat dapat menyebabkan jumlah ASI berkurang, memperlambat proses involusi uteri, menyebabkan deperesi dan ketidakmampuan dalam merawat bayi (Yanti dkk, 2014).

6) Seksual

Hubungan seksual aman dilakukan begitu darah berhenti dan tergantung suami istri tersebut. Selama periode nifas, hubungan seksual juga dapat berkurang. Hal yang dapat menyebabkan pola seksual selama masanifas berkurang antara lain: gangguan atau ketidaknyamanan fisik,

kelelahan, ketidakseimbangan berlebihan hormone, kecemasan berlebihan. Program Keluarga Berencana sebaiknya dilakukan ibu setelah masa nifas selesai atau 40 hari (6 minggu), dengan tujuan menjaga kesehatan ibu. Melakukan hubungan seksual sebaiknya perhatikan waktu, penggunaan kontrasepsi, dipareuni, kenikmatan dan kepuasan pasangan suami istri. Beberapa cara yang dapat mengatasi kemesraan suami istri setelah periode nifas antara lain: hindari menyebut ayah dan ibu, mencari pengasuh bayi, membantu kesibukan istri, menyempatkan berkencan, meyakinkan diri, bersikap terbuka, konsultasi dengan ahlinya (Yanti dkk, 2014).

7) Latihan atau senam nifas

Organ-organ tubuh wanita akan kembali seperti semula sekitar 6 minggu. Ibu akan berusaha memulihkan dan mengencangkan bentuk tubuhnya. Hal ini dapat dilakukan dengan cara latihan senam nifas. Senam nifas adalah senam yang dilakukan sejak hari pertama melahirkan sampai dengan hari kesepuluh. Beberapa factor yang menentukan kesiapan ibu untuk memulai senam nifas antara lain: tingkat kebugaran tubuh ibu, riwayat persalinan, kemudahan bayi dalam pemberian asuhan, kesulitan adaptasi post partum (Yanti dkk, 2014). Tujuan senam nifas adalah sebagai berikut: membantu mempercepat pemulihan kondisi ibu, mempercepat proses involusi uteri, membantu memulihkan dan mengencangkan otot panggul, perut dan perineum, memperlancar pengeluaran lochea, membantu mengurangi rasa sakit, merelaksasikan otot-otot yang menunjang proses kehamilan dan persalinan, mengurangi kelainan dan komplikasi masa nifas (Yanti dkk, 2014).

Manfaat senam nifas antara lain: membantu memperbaiki sirkulasi darah, memperbaiki sikap tubuh dengan punggung pasca salin, memperbaiki dan memperkuat otot panggul, membantu ibu lebih relaks dan segar pasca persalinan. Senam nifas dilakukan saat ibu benar-benar pulih dan tidak ada komplikasi dan penyulit pada masa nifas atau diantara waktu makan. Sebelum melakukan senam nifas, persiapan yang dapat dilakukan

adalah: mengenakan baju yang nyaman untuk olahraga, minum banyak air putih, dapat dilakukan di tempat tidur, dapat diiringi musik, perhatikan keadaan ibu (Yanti dkk, 2014).

j. Respon orang tua terhadap bayi baru lahir

1) Bounding attachment

a) Pengertian

Interaksi orangtua dan bayi secara nyata, baik fisik, emosi, maupun sensori pada beberapa menit dan jam pertama segera bayi setelah lahir. Bounding dimulainya interaksi emosi sensorik fisik antara orang tua dan bayi segera setelah lahir; attachment yaitu ikatan yang terjalin antara individu yang meliputi pencurahan perhatian, yaitu hubungan emosi dan fisik yang akrab. Bounding attachment adalah proses membangun ikatan kasih sayang antara ibu dan bayi melalui sentuhan, belaian dan dengan tepat dapat disalurkan melalui pemberian ASI eksklusif(Yanti dkk, 2014).

b) Tahap-tahap bounding attachment

- (1) Perkenalan (acquaintance), dengan melakukan kontak mata, menyentuh, berbicara dan mengeksplorasi segera setelah mengenal bayinya.
- (2) Bounding (keterikatan).
- (3) Attachment, perasaan sayang yang mengikat individu dengan individu lain(Yanti dkk, 2014).

c) Elemen-elemen bounding attachment

- (1) Sentuhan. Sentuhan, atau indera peraba, dipakai secara ekstensif oleh orang tua atau pengasuh lain sebagai suatu sarana untuk mengenali bayi baru lahir dengan cara mengeksplorasi tubuh bayi dengan ujung jarinya.

- (2) Kontak mata. Ketika bayi baru lahir atau secara fungsional mempertahankan kontak mata, orangtua dan bayi akan menggunakan lebih banyak waktu untuk saling memandang. Beberapa ibu mengatakan, dengan melakukan kontak mata mereka merasa lebih dekat dengan bayinya
- (3) Suara. Saling mendengar dan merespon suara antara orangtua dengan bayinya juga penting. Orangtua menunggu tangisan pertama bayinya dengan tenang.
- (4) Aroma. Ibu mengetahui bahwa setiap anak memiliki aroma yang unik.
- (5) Entertainment. Bayi baru lahir bergerak-gerak sesuai dengan struktur pembicaraan orang dewasa. Mereka menggoyang tangan, mengangkat kepala, menendang-nendang kaki seperti sedang berdansa mengikuti nada suara orangtuanya. Entertainment terjadi saat anak mulai berbicara. Irama ini berfungsi memberi umpan balik positif kepada orangtua dan menegakkan suatu pola komunikasi efektif yang positif.
- (6) Bioritme. Anak yang belum lahir atau baru lahir dapat dikatakan senada dengan ritme alamiah ibunya. Untuk itu, salah satu tugas bayi yang baru lahir ialah membentuk ritme personal (bioritme). Orangtua dapat membantu proses ini dengan memberi kasih sayang yang konsisten dan dengan memanfaatkan waktu saat bayi mengembangkan perilaku yang responsif. Hal ini meningkatkan interaksi sosial dan kesempatan bayi untuk belajar.
- (7) Kontak dini. Saat ini, tidak ada bukti-bukti alamiah yang menunjukkan bahwa kontak dini setelah lahir merupakan hal yang penting untuk hubungan orangtua dan anak (Yanti, dkk, 2014).

2) Respon ayah dan keluarga.

Reaksi orang tua dan keluarga terhadap bayi yang baru lahir berbeda-beda. Hal ini dipengaruhi berbagai hal diantaranya reaksi emosi maupun pengalaman. Respon yang mereka perlihatkan pada bayi baru lahir ada yang positif dan ada juga yang negatif (Yanti dkk, 2014).

a) Respon positif

Respon positif dapat ditunjukkan dengan: ayah dan keluarga menyambut kelahiran bayinya dengan bahagia, ayah bertambah giat bekerja untuk memenuhi kebutuhan bayi dengan baik, ayah dan keluarga melibatkan diri dalam perawatan bayi, perasaan sayang terhadap ibu yang telah melahirkan bayi (Yanti dkk, 2014).

b) Respon negatif

Respon negatif dapat ditunjukkan dengan: kelahiran bayi yang tidak diinginkan keluarga karena jenis kelamin yang tidak sesuai keinginan, kurang bahagia karena kegagalan kontrasepsi, perhatian ibu pada bayi yang berlebihan yang menyebabkan ayah kurang mendapat perhatian, faktor ekonomi mempengaruhi perasaan kurang senang atau kekhawatiran dalam membina keluarga karena kecemasan dalam biaya hidupnya, rasa malu baik bagi ibu dan keluarga karena anak lahir cacat, anak yang di lahirkan merupakan hasil berbuat zina, sehingga menimbulkan rasa malu dan aib bagi keluarga (Yanti dkk, 2014).

k. Proses laktasi dan menyusui

1) Anatomi dan fisiologi payudara

a) Anatomi

Payudara (mamae, susu) adalah kelenjar yang terletak di bawah kulit, di atas otot dada. Fungsi dari payudara adalah memproduksi susu untuk nutrisi bayi. Manusia mempunyai sepasang kelenjar payudara, yang beratnya kurang lebih 200 gram, saat hamil 600 gram dan saat menyusui 800 gram (Yanti dkk, 2014).

Ada 3 bagian utama payudara yaitu:

(1) Korpus (badan), yaitu bagian yang membesar

Korpus mammae terdapat alveolus yaitu unit terkecil yang memproduksi susu. Alveolus terdiri dari beberapa sel aciner, jaringan lemak, sel plasma, sel otot polos dan pembuluh darah. Lobus yaitu kumpulan dari alveolus. Beberapa lobulus berkumpul menjadi 15-20 lobus pada tiap payudara. ASI disalurkan dari alveolus ke dalam saluran kecil (duktus), kemudian beberapa duktulus bergabung membentuk saluran yang lebih besar (duktus laktiferus) (Yanti, dkk, 2014).

(2) Areola yaitu bagian yang kehitaman ditengah

Letaknya mengelilingi puting susu dan berwarna kegelapan yang disebabkan oleh penipisan dan penimbunan pigmen pada kulitnya. Perubahan warna ini tergantung dari corak kulit dan adanya kehamilan. Daerah ini didapatkan kelenjar keringat, kelenjar lemak dari montgomery yang membentuk tuberkel dan akan membesar selama kehamilan. Kelenjar lemak ini akan menghasilkan suatu bahan yang melicinkan kalang payudara selama menyusui. Bagian bawah kalang payudara terdapat duktus laktiferus yang merupakan tempat penampungan air susu. Luasnya kalang payudara bisa 1/3-1/2 dari payudara (Yanti, dkk, 2014).

(3) Papilla atau puting yaitu bagian yang menonjol di puncak payudara. Terletak setinggi interkosta IV, tetapi berhubungan dengan adanya variasi bentuk dan ukuran payudara maka letaknya pun akan bervariasi pula. Tempat ini terdapat lubang-lubang kecil yang merupakan muara duktus dari laktiferus, ujung-ujung serat saraf, pembuluh darah, pembuluh getah bening, serat-serat otot polos duktus laktiferus akan memadat dan menyebabkan puting susu ereksi sedangkan serat-serat otot yang longitudinal akan menarik kembali puting susu tersebut (Yanti dkk, 2014).

b) Fisiologi Laktasi

Laktasi/menyusui mempunyai 2 pengertian yaitu:

(1) Produksi ASI atau prolaktin

Pembentukan payudara dimulai sejak embrio berusia 18-19 minggu. Hormone yang berperan adalah hormone estrogen dan progesterone yang membantumaturation alveoli. Hormone prolaktin berfungsi untuk produksi ASI. Selama kehamilan hormon prolaktin dari plasenta meningkat tetapi ASI belum keluar karena pengaruh hormone estrogen yang masih tinggi. Kadar estrogen dan progesterone akan menurun pada saat hari kedua atau ketiga pasca persalinan, sehingga terjadi sekresi ASI (Yanti dkk, 2014). Proses laktasi terdapat dua reflex yang berperan yaitu reflex prolaktin dan reflex aliran (Let down). Reflex prolaktin memegang peranan penting untuk membuat colostrum, tetapi jumlah kolostrum terbatas karena aktivitas prolaktin dihambat oleh estrogen dan progesterone yang masih tinggi. Hormon ini merangsang sel-sel alveoli yang berfungsi untuk membuat air susu. Kadar prolaktin pada ibu yang menyusui akan menjadi normal 3 bulan setelah melahirkan sampai penyapihan anak dan pada saat tersebut tidak akan ada peningkatan prolaktin walaupun ada isapan bayi, namun pengeluaran air susu tetap berlangsung (Yanti dkk, 2014).

Reflex Let Down bersamaan dengan pembentukan prolaktin oleh hipofise anterior, rangsangan yang berasal dari hisapan bayi dilanjutkan ke hipofise posterior yang kemudian dikeluarkan oksitosin. Melalui aliran darah hormone ini menuju uterus sehingga menimbulkan kontraksi. Kontraksi dari sel akan memeras air susu yang telah terbuat, keluar dari alveoli dan masuk ke sistem duktus yang untuk selanjut mengalir melalui duktus laktiferus masuk ke mulut bayi. Faktor-faktor yang meningkatkan let down adalah: melihat bayi, mendengar suara

bayi, mencium bayi, memikirkan untuk menyusui bayi. Faktor-faktor yang menghambat refleksi let down adalah keadaan bingung atau pikiran kacau, takut, cemas (Yanti dkk, 2014).

(2) Pengeluaran Asi (Oksitosin)

Apabila bayi disusui, maka gerakan menghisap yang berirama akan menghasilkan rangsangan syaraf yang terdapat pada glandula pituitaria posterior sehingga keluar hormone oksitosin. Hal ini menyebabkan sel miopitel disekitar alveoli akan berkontraksi dan mendorong ASI masuk dalam pembuluh ampula. Pengeluaran oksitosin selain dipengaruhi oleh isapan bayi juga oleh reseptor yang terletak pada duktus. Bila duktus melebar, maka secara reflektoris oksitosin dikeluarkan oleh hipofisis (Yanti dkk, 2014).

Proses laktasi tidak terlepas dari pengaruh hormon. Hormon-hormon yang berperan adalah: progesteron, estrogen, Follicle stimulating hormone (FSH), Luteinizing hormone (LH), Prolaktin, Oksitosin, Human placental lactogen (HPL), (Yanti dkk, 2014).

2) Dukungan bidan dalam pemberian ASI

Peran awal bidan dalam mendukung pemberian ASI adalah: meyakinkan bahwa bayi memperoleh makanan yang mencukupi dari payudara ibunya, membantu ibu sedemikian rupa sehingga ia mampu menyusui bayinya sendiri. Bidan dapat memberikan dukungan dalam pemberian ASI, dengan cara: memberi bayi bersama ibunya segera sesudah lahir selama beberapa jam pertama, mengajarkan cara merawat payudara yang sehat pada ibu untuk mencegah masalah umum yang timbul, membantu ibu pada waktu pertama kali memberi ASI, menempatkan bayi di dekat ibu pada kamar yang sama (rawat gabung), memberikan ASI pada bayi sesering mungkin, menghindari pemberian susu botol (Yanti dkk, 2014).

3) Manfaat pemberian ASI

a) Manfaat pemberian ASI bagi bayi

Pemberian ASI dapat membantu bayi memulai kehidupannya dengan baik. Kolostrum atau susu pertama mengandung antibody yang kuat untuk mencegah infeksi dan membuat bayi menjadi kuat. ASI mengandung campuran berbagai bahan makanan yang tepat bagi bayi serta mudah dicerna (Purwanti, 2011).

b) Manfaat pemberian ASI bagi ibu

Aspek kesehatan ibu, hisapan bayi akan merangsang terbentuknya oksitosin yang membantu involusi uteri dan mencegah terjadinya perdarahan pasca persalinan, mengurangi prevelensianemia dan serta menurunkan kejadian obesitas karena kehamilan. Aspek KB, menyusui secara eksklusif dapat menjarangkan kehamilan. Hormon yang mempertahankan laktasi menekan ovulasi sehingga dapat menunda kesuburan. Aspek psikologis, perasaan bangga dan dibutuhkan sehingga tercipta hubungan atau ikatan batin antara ibu dan bayinya (Yanti dkk, 2014).

c) Manfaat pemberian ASI bagi keluarga

Aspek ekonomi, manfaat ASI dilihat dari aspek ekonomi adalah: ASI tidak perlu dibeli, mudah dan praktis, mengurangi biaya. Aspek psikologis, kebahagiaan keluarga menjadi bertambah, kelahiran jarang, kejiwaan ibu baik dan tercipta kedekatan antara ibu dan bayi dan anggota keluarga lain. Aspek kemudahan, menyusui sangat praktis, dapat diberikan kapan saja dan dimana saja (Yanti dkk, 2014).

d) Bagi negara

ASI memberikan manfaat untuk negara, yaitu: menurunkan angka kesakitan dan kematian anak, mengurangi subsidi untuk rumah sakit, mengurangi devisa dalam pembelian susu formula, dan meningkatkan kualitas generasi penerus bangsa (Yanti dkk, 2014).

4) Tanda bayi cukup ASI

Menurut Yanti dkk(2014) bahwa bayi usia 0-6 bulan, dapat dinilai mendapat kecukupan ASI bila mencapai keadaan sebagai berikut:

- a) Bayi minum ASI tiap 2-3 jam atau dalam 24 jam minimal mendapatkan ASI 8 kali pada 2-3 minggu pertama.
- b) Kotoran berwarna kuning dengan dengan frekuensi sering, dan warna menjadi lebih muda pada hari kelima setelah lahir.
- c) Bayi akan buang air kecil paling tidak 6-8 kali/sehari.
- d) Ibu dapat mendengarkan pada saat bayi menelan ASI.
- e) Payudara terasa lebih lembek, yang menandakan ASI telah habis.
- f) Warna bayi merah (tidak kuning) dan kulit terasa kenyal.
- g) Pertumbuhan berat badan bayi dan tinggi badan bayi sesuai dengan grafik pertumbuhan.
- h) Perkembangan motorik bayi baik (bayi aktif dan motoriknya sesuai sesuai rentang usianya).
- i) Bayi kelihatan puas, sewaktu-waktu saat lapar bangun dan tidur dengan cukup.
- j) Bayi menyusu dengan kuat (rakus), kemudian melemah dan tertidur pulas.

5) ASI eksklusif

Menurut Yanti dkk (2014) ASI *eksklusif* dikatakan sebagai pemberian ASI secara *eksklusif* saja, tanpa tambahan cairan seperti susu formula, jeruk, madu, air teh, air putih dan tanpa tambahan makanan padat seperti pisang, papaya, bubur susu, biskuit, bubur nasi tim. ASI eksklusif adalah pemberian ASI saja pada bayi sampai usia 6 bulan dianjurkan oleh tanpa tambahan cairan ataupun makanan lain. ASI dapat diberikan sampai bayi berusia 2 tahun.

6) Cara merawat payudara

- a) Menjaga payudara tetap bersih dan kering, terutama bagian puting.
- b) Menggunakan bra yang menyokong payudara.

- c) Apabila putting lecet oleskan kolostrum atau ASI yang keluar di sekitar puting setiap kali selesai menyusui. Menyusui tetap dilakukan dimulai dari puting yang tidak lecet.
 - d) Apabila lecet sangat berat dapat diistirahatkan selama 24 jam. ASI dikeluarkan dan diminumkan menggunakan sendok.
 - e) Untuk menghilangkan nyeri, ibu dapat minum parasetamol satu tablet setiap 4 – 6 jam.
 - f) Apabila payudara bengkak akibat pembendungan ASI maka ibu dapat melakukan pengompresan payudara dengan menggunakan kain basah hangat selama lima menit, urut payudara dari pangkal ke puting susu, keluarkan ASI sebagian dari bagian depan payudara sehingga puting susu menjadi lunak, susukan bayi setiap 2-3 jam, letakan kain dingin pada payudara setelah menyusui (Purwanti, 2011).
- 7) Cara menyusui yang baik dan benar
- a) Sebelum menyusui, ASI dikeluarkan sedikit kemudian dioleskan pada puting susu dan *areola* sekitarnya, yang bermanfaat sebagai desinfektan dan menjaga kelembaban puting susu.
 - b) Bayi diletakan menghadap perut ibu/ payudara.
 - c) Ibu duduk atau berbaring santai. Bila duduk lebih baik menggunakan kursi yang rendah agar kaki ibu tidak bergantung dan punggung ibu bersandar pada sandaran kursi.
 - d) Bayi dipegang dengan satu lengan, kepala bayi terletak pada lengkung siku ibu dan bokong bayi terletak pada lengan. Kepala bayi tidak boleh tertengadah dan bokong bayi ditahan dengan telapak tangan ibu.
 - e) Satu tangan bayi diletakan di belakang badan ibu dan yang satu di depan.
 - f) Perut bayi menempel badan ibu, kepala bayi menghadap payudara.
 - g) Telinga dan lengan bayi terletak pada satu garis lurus.
 - h) Ibu menatap bayi dengan kasih sayang.

- i) Payudara dipegang dengan ibu jari di atas dan jari yang lain menopang di bawah. Jangan menekan puting susu dan *areolanya* saja.
 - j) Bayi diberi rangsangan untuk membuka mulut dengan cara menyentuh pipi dengan puting susu.
 - k) Setelah bayi membuka mulut, dengan cepat kepala bayi didekatkan ke payudara ibu dengan puting serta areola dimasukkan ke mulut bayi.
 - l) Usahakan sebagian besar areola dapat masuk ke dalam mulut bayi, sehingga puting susu berada di bawah langit-langit dan lidah bayi akan menekan ASI keluar dari tempat penampungan ASI yang terletak di bawahareola.
 - m) Setelah bayi mulai menghisap, payudara tidak perlu dipegang atau disanggah lagi. Setelah memberikan ASI dianjurkan ibu untuk menyendawakan bayi. Tujuan menyendawakan adalah mengeluarkan udara lambung supaya bayi tidak muntah setelah menyusui. Adapun cara menyendawakan adalah: bayi digendong tegak dengan bersandar pada bahu ibu kemudian punggung ditepuk perlahan-lahan, bayi tidur tengkurap dipangkuan ibu, kemudian punggung ditepuk perlahan-lahan (Yanti dkk, 2014).
- 8) Masalah dalam pemberian ASI
- Menurut Yanti dkk, (2014) ada beberapa masalah dalam pemberian ASI, antara lain:
- a) Bayi sering menangis

Tangisan bayi dapat dijadikan sebagai cara berkomunikasi antara ibu dan buah hati. Bayi menangis, maka cari sumber penyebabnya. Paling sering karena kurang ASI.
 - b) Bayi bingung puting (Melakukan inspeksi dan palpasi pada kepala dan kulit kepala untuk melihat kesimetrisan, rambut, ada tidaknya pembengkakan, kelembaban, lesi, edem, serta bau. pada rambut yang dikaji bersih atau kotor, pertumbuhan, mudah rontok Nipple

confision). Bingung puting (Nipple confusion) terjadi akibat pemberian susu formula dalam botol yang berganti-ganti. Hal ini akibat mekanisme menyusu pada puting susu ibu berbeda dengan mekanisme menyusu pada botol. Menyusu pada ibu memerlukan kerja otot-otot pipi, gusi, langit-langit dan lidah. Sedangkan menyusu pada botol bersifat pasif, tergantung pada factor pemberi yaitu kemiringan botol atau tekanan gravitasi susu, besar lubang dan ketebalan karet dot. Tanda bayi bingung puting antara lain: bayi menolak menyusu, isapan bayi terputus-putus dan sebentar-bentar, bayi mengisap puting seperti mengisap dot. Hal yang diperhatikan agar bayi tidak bingung dengan puting susu adalah: berikan susu formula menggunakan sendok ataupun cangkir, berikan susu formula dengan indikasi yang kuat (Yanti dkk, 2014).

c) Bayi dengan BBLR dan bayi premature

Bayi dengan berat badan lahir rendah, bayi prematur maupun bayi kecil mempunyai masalah menyusui karena refleks menghisapnya lemah. Oleh karena itu, harus segera dilatih untuk menyusu (Yanti dkk, 2014).

d) Bayi dengan ikterus

Ikterik pada bayi sering terjadi pada bayi yang kurang mendapatkan ASI. Ikterik dini terjadi pada bayi usia 2-10 hari yang disebabkan oleh kadar bilirubin dalam darah tinggi. Untuk mengatasi agar tidak terjadi hiperbilirubinnemia pada bayi maka: segeralah menyusui bayi baru lahir, menyusui bayi, sesering mungkin tanpa jadwal dan on demand. Oleh karena itu, menyusui dini sangat penting karena bayi akan mendapat kolustrum. Kolustrum membantu bayi mengeluarkan mekonium, bilirubin dapat dikeluarkan melalui feses sehingga mencegah bayi tidak kuning (Yanti dkk, 2014).

e) Bayi dengan bibir sumbing

Bayi dengan bibir sumbing tetap masih bisa menyusui. Pada bayi dengan bibir sumbing *pallatum molle* (langit-langit lunak) dan *pallatum durum* (langit-langit keras), dengan posisi tertentu masih dapat menyusui tanpa kesulitan. Meskipun bayi terdapat kelainan, ibu harus tetap menyusui karena dengan menyusui dapat melatih kekuatan otot rahang dan lidah. Anjurkan menyusui pada keadaan ini dengan cara: posisi bayi duduk, saat menyusui, puting dan areola dipegang, ibu jari digunakan sebagai penyumbat celah di bibir bayi., ASI perah diberikan pada bayi dengan *labiopalatoskisis* (sumbing pada bibir dan langit-langit) (Yanti dkk, 2014).

f) Bayi kembar

Posisi yang dapat digunakan pada saat menyusui bayi kembar adalah dengan posisi memegang bola (*football position*). Pada saat menyusui secara bersamaan, bayi menyusui secara bergantian. Susuilah bayi sesering mungkin. Apabila bayi ada yang dirawat di rumah sakit, berikanlah ASI peras dan susuilah bayi yang ada di rumah (Yanti dkk, 2014).

g) Bayi sakit

Bayi sakit dengan indikasi khusus tidak diperbolehkan mendapatkan makanan per oral, tetapi saat kondisi bayi sudah memungkinkan maka berikan ASI. Menyusui bukan kontra indikasi pada bayi sakit dengan muntah-muntahan ataupun diare. Posisi menyusui yang tepat untuk mencegah terjadinya muntah, antara lain dengan posisi duduk. Berikan ASI sedikit tapi sering kemudian sendawakan. Bayi ditidurkan dengan posisi tengkurap atau miring kanan untuk mengurangi bayi tersendak karena regurgitasi (Yanti dkk, 2014).

h) Bayi dengan lidah pendek (*lingual frenulum*)

Bayi dengan lidah pendek atau *lingual frenulum* (jaringan ikat penghubung lidah dan dasar mulut) yang pendek dan tebal serta kaku tak elastic, sehingga membatasi gerak lidah dan bayi tidak mendapat

menjulurkan lidahnya untuk mengurut putting dengan optimal. Akibatnya lidah bayi tidak sanggup memegang putting dan areola dengan baik, maka proses laktasi tidak berjalan dengan sempurna. Oleh karena itu, ibu dapat membantu dengan menahan kedua bibir bayi segera setelah bayi dapat menangkap putting dan areola dengan benar. Kemudian posisi kedua bibir bayi dipertahankan agar tidak berubah-ubah (Yanti dkk, 2014).

i) Bayi yang memerlukan perawatan

Pada saat bayi sakit memerlukan perawatan, padahal bayi masih menyusu, sebaiknya ibu tetap merawat dan memberikan ASI. Apabila tidak terdapat fasilitas, maka ibu dapat memerah ASI dan menyimpannya. Cara menyimpan ASI perah pun juga perlu diperhatikan, agar tidak mudah basi (Yanti dkk, 2014).

j) Menyusui dalam keadaan darurat

Masalah pada keadaan darurat misalnya: kondisi ibu yang panik sehingga produksi ASI berkurang, makanan pengganti ASI tidak terkontrol. Rekomendasi untuk mengatasi keadaan darurat tersebut antara lain: pemberian ASI harus dilindungi pada keadaan darurat, pemberian makanan pengganti ASI (PASI) dapat diberikan dalam kondisi tertentu dan hanya pada waktu dibutuhkan, bila memungkinkan pemberian PASI tidak menggunakan botol (Yanti dkk, 2014).

Masalah menyusui masa pasca persalinan lanjut:

k) Sindrom ASI kurang

Hal yang menyebabkan sindrom kekurangan ASI antara lain: faktor teknik menyusui seperti masalah frekuensi, perlekatan, penggunaan dot/botol, tidak mengosongkan payudara, faktor psikologis seperti ibu kurang percaya diri, stress, faktor fisik seperti penggunaan kontrasepsi, hamil, merokok, kurang gizi, faktor bayi seperti penyakit, abnormalitas, kelainan konginetal (Yanti dkk, 2014).

1) Ibu berkerja

Ibu berkerja bukan menjadi alasan tidak menyusui bayinya. Banyaknya cara yang dapat digunakan untuk mengatasi hal tersebut, antara lain: bawalah bayi anda jika tempat kerja ibu memungkinkan, menyusui sebelum berangkat kerja, perahlah ASI sebagai persediaan di rumah sebelum berangkat kerja, ibu dapat mengosongkan payudara setiap 3-4 jam, ASI perah dapat disimpan dilemari es atau frizer, saat ibu dirumah, susuilah bayi sesering mungkin dan rubah jadwal menyusui, minum dan makan makanan yang bergizi serta cukup istirahat selama bekerja dan menyusui (Yanti dkk, 2014).

5. Keluarga Berencana (KB)

Kontrasepsi pasca persalinan meliputi:

a. Implan

1) Pengertian

Salah satu jenis alat kontrasepsi yang berupa susuk yang terbuat dari sejenis karet silastik yang berisi, dipasang pada lengan atas (Mulyani, 2013).

2) Cara kerja implan adalah menghambat Ovulasi, perubahan lendir serviks menjadi kental dan sedikit, menghambat perkembangan siklus dari endometrium (Mulyani, 2013)

3) Keuntungan metode kontrasepsi implan: cocok untuk wanita yang tidak boleh menggunakan obat yang mengandung estrogen, dapat digunakan untuk jangka waktu panjang 5 tahun dan bersifat reversible, efek kontraseptif segera berakhir setelah implantnya dikeluarkan, perdarahan terjadi lebih ringan, tidak menaikkan darah, resiko terjadinya kehamilan ektopik lebih kecil jika dibandingkan dengan pemakaian alat kontrasepsi dalam rahim (Mulyani, 2013).

4) Kerugian

Susuk/ Implant harus dipasang dan diangkat oleh petugaskesehatan yang terlatih, lebih mahal, sering timbul perubahan pola haid, akseptor tidak dapat menghentikan implant sekehendaknya sendiri, beberapa orang wanita mungkin segan untuk menggunakannya karena kurang mengenalnya (Mulyani, 2013).

5) Efek samping dan penanganannya

a) Amenorhea

Yakinkan ibu bahwa hal itu adalah biasa, bukan merupakan efek samping yang serius. Evaluasi untuk mengetahui apakah ada kehamilan, terutama jika terjadi amenorrhea setelah masa siklus haid teratur. Jika tidak ditemukan masalah, jangan berupaya untuk merangsang perdarahan dengan kontrasepsi oral kombinasi(Mulyani, 2013).

b) Perdarahan bercak (spotting) ringan.

Spotting sering ditemukan terutama pada tahun pertama penggunaan. Bila tidak ada masalah dan klien tidak hamil, tidak diperlukan tindakan apapun (Mulyani, 2013). Bila klien mengeluh dapat diberikan kontrasepsi oral kombinasi (30-50 µg EE) selama 1 siklus, ibuprofen (hingga 800 mg 3 kali sehari x 5 hari). Terangkan pada klien bahwa akan terjadi perdarahan setelah pil kombinasi habis. Bila terjadi perdarahan lebih banyak dari biasa, berikan 2 tablet pil kombinasi selama 3-7 hari dan dilanjutkan dengan satu siklus pil kombinasi(Mulyani, 2013).

c) Pertambahan atau kehilangan berat badan (perubahan nafsu makan). Informasikan bahwa kenaikan/ penurunan berat badan sebanyak 1-2 kg dapat saja terjadi. Perhatikan diet klien bila perubahan berat badan terlalu mencolok. Bila berat badan berlebihan hentikan suntikan dan anjurkan metode kontrasepsi yang lain (Mulyani, 2013).

d) Ekspulsi.

Cabut kapsul yang ekspulsi, periksa apakah kapsul yang lain masih ditempat, dan apakah terdapat tanda-tanda infeksi daerah insersi. Bila tidak ada infeksi dan kapsul lain masih berada pada tempatnya, pasang kapsul baru 1 buah pada tempat insersi yang berbeda. Bila ada infeksi cabut seluruh kapsul yang ada dan pasang kapsul baru pada lengan yang lain atau ganti cara (Mulyani, 2013).

e) Infeksi pada daerah insersi

Bila infeksi tanpa nanah bersihkan dengan sabun dan air atau antiseptik, berikan antibiotik yang sesuai untuk 7 hari. Implant jangan dilepas dan minta klien kontrol 1 mg lagi. Bila tidak membaik, cabut implant dan pasang yang baru di lengan yang lain atau ganti cara. Bila ada abses bersihkan dengan antiseptik, insisi dan alirkan pus keluar, cabut implant, lakukan perawatan luka, beri antibiotika oral 7 hari (Mulyani, 2013).

B. Standar Asuhan Kebidanan

Berikut ini adalah 6 standar asuhan kebidanan menurut Kepmenkes Nomor 938/2007 adalah sebagai berikut:

1. Standar I: Pengkajian

a. Pernyataan standar

Bidan mengumpulkan semua informasi yang akurat, relevan dan lengkap dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi klien.

b. Kriteria pengkajian

- 1) Data tepat, akurat dan lengkap
- 2) Terdiri dari data subyektif (hasil anamneses, biodata, keluhan utama, riwayat obstetrik, riwayat kesehatan dan latar belakang sosial budaya)
- 3) Data obyektif (hasil pemeriksaan fisik, psikologis, dan pemeriksaan penunjang).

2. Standar II: Perumusan diagnose atau masalah kebidanan

a. Pernyataan standar

Bidan menganalisis data yang diperoleh pada pengkajian menginterpretasikan secara akurat dan logis untuk menegakan diagnose dan masalah kebidanan yang tepat.

b. Kriteria perumusan diagnose dan atau masalah kebidanan

- 1) Diagnose sesuai dengan nomenklatur kebidanan
- 2) Masalah dirumuskan sesuai dengan kondisi klien
- 3) Dapat diselesaikan dengan asuhan kebidanan secara mandiri, kolaborasi, dan rujukan.

3. Standar III: Perencanaan

a. Pernyataan standar

Bidan merencanakan asuhan kebidanan berdasarkan diagnose dan masalah yang ditegakkan.

b. Kriteria perencanaan

- 1) Rencana tindakan disusun berdasarkan prioritas masalah dan kondisi klien, tindakan segera, tindakan antisipasi, dan asuhan secara komprehensif.
- 2) Melibatkan pasien/klien dan atau keluarga
- 3) Mempertimbangkan kondisi psikologi, sosial budaya atau keluarga
- 4) Memiliki tindakan yang aman sesuai kondisi yang dibutuhkan klien berdasarkan evidence based dan memastikan bahwa asuhan yang diberikan bermanfaat untuk klien
- 5) Mempertimbangkan kebijakan dan peraturan yang berlaku, sumber daya serta fasilitas yang ada

4. Standar IV: Implementasi

a. Pernyataan standar

Bidan melaksanakan rencana asuhan kebidanan komprehensif, efektif, efisien dan aman berdasarkan evidence based kepada klien/ pasien dalam bentuk upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitative, dilaksanakan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan.

b. Kriteria implementasi

- 1) Memperhatikan keunikan klien sebagai makhluk bio-psiko-sosial-spiritual-kultural
- 2) Setiap tindakan asuhan harus mendapatkan persetujuan dari klien dan atau keluarganya (inform consent)
- 3) Melaksanakan tindakan asuhan berdasarkan evidence based
- 4) Melibatkan klien/ pasien dalam setiap tindakan
- 5) Menjaga privacy klien atau pasien
- 6) Melaksanakan prinsip pencegahan infeksi
- 7) Mengikuti perkembangan klien secara berkesinambungan.
- 8) Menggunakan sumber daya, sarana dan fasilitas yang ada dan sesuai
- 9) Melakukan tindakan sesuai standar
- 10) Mencatat semua tindakan yang dilakukan

5. Standar V: Evaluasi

a. Pernyataan standar

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

b. Kriteria evaluasi

- 1) Penilaian dilakukan segera setelah melaksanakan asuhan sesuai kondisi klien
- 2) Hasil evaluasi segera dicatat dan dikomunikasikan pada klien dan atau keluarga
- 3) Evaluasi dilakukan sesuai standar
- 4) Hasil evaluasi ditindaklanjuti sesuai dengan kondisi klien atau pasien.

6. Standar VI: Pencatatan asuhan kebidanan

a. Pernyataan standar

Melakukan pencatatan secara lengkap, akurat, singkat, dan jelas mengenai keadaan atau kejadian yang ditemukan dan dilakukan dalam memberikan asuhan kebidanan.

b. Kriteria pencatatan asuhan kebidanan

- 1) Pencatatan dilakukan segera setelah melaksanakan asuhan pada formulir yang tersedia (rekam medis/KMS/status pasien dan buku KIA).
- 2) Ditulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP
 - a) S adalah data subyektif mencatat hasil anamneses
 - b) O adalah data obyektif mencatat hasil pemeriksaan
 - c) A adalah analisa mencatat hasil analisa
 - d) Padahal penatalaksanaan, mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan komprehensif, penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi/ follow up dan rujukan.

C. Kewenangan Bidan

Berdasarkan peraturan Menteri Kesehatan (Permenkes) Nomor 28/2017 tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Bidan, kewenangan yang dimiliki bidan (pasal 18-21) meliputi :

Pasal 18

Dalam penyelenggaraan praktik kebidanan, bidan memiliki kewenangan untuk memberikan :

- a. Pelayanan kesehatan ibu.
- b. Pelayanan kesehatan anak.
- c. Pelayanan kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana.

Pasal 19

- (1) Pelayanan kesehatan ibu sebagaimana dimaksud dalam pasal 18 huruf adiberikan pada masa sebelum hamil, masa hamil, masa persalinan, masa nifas, masa menyusui, dan masa antara dua kehamilan.
- (2) Pelayanan kesehatan ibu sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi pelayanan:
 - a. Konseling pada masa sebelum hamil.
 - b. Antenatal pada kehamilan normal.

- c. Persalinan normal.
 - d. Ibu nifas normal.
 - e. Ibu menyusui.
 - f. Konseling pada masa antara dua kehamilan.
- (3) Dalam memberikan pelayanan kesehatan ibu sebagaimana dimaksud pada ayat (2), bidan berwenang melakukan:
- a. Episiotomi.
 - b. Pertolongan persalinan normal.
 - c. Penjahitan luka jalan lahir tingkat I dan II.
 - d. Penanganan kegawat-daruratan, dilanjutkan dengan perujukan.
 - e. Pemberian tablet tambah darah pada ibu hamil.
 - f. Pemberian vitamin A dosis tinggi pada ibu nifas.
 - g. Fasilitas/bimbingan inisiasi menyusui dini dan promosi air susu ibu eksklusif.
 - h. Pemberian uterotonika pada manajemen aktif kala tiga dan postpartum.
 - i. Penyuluhan dan konseling.
 - j. Pemberian surat keterangan kehamilan dan kelahiran.

Pasal 20

- (1) Pelayanan kesehatan anak sebagaimana dimaksud dalam pasal 18 huruf b diberikan pada bayi baru lahir, bayi, anak balita dan anak prasekolah.
- (2) Dalam memberikan pelayanan kesehatan anak sebagaimana dimaksud pada ayat (1), bidan berwenang melakukan:
- a. Pelayanan neonatal esensial.
 - b. Penanganan kegawatdaruratan, dilanjutkan dengan perujukan.
 - c. Pemantauan tumbuh kembang bayi, anak balita, dan anak prasekolah.
 - d. Konseling dan penyuluhan.
- (3) Pelayanan neonatal esensial sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf a meliputi inisiasi menyusui dini, pemotongan tali pusat, pemberian suntikan vitamin k1, pemberian imunisasi Hb0, pemeriksaan fisik bayi baru lahir, pemantauan tanda bahaya, pemberian tanda identitas diri, dan merujuk

kasus yang tidak dapat ditangani dalam kondisi stabil dan tepat waktu ke fasilitas ke pelayanan yang lebih mampu.

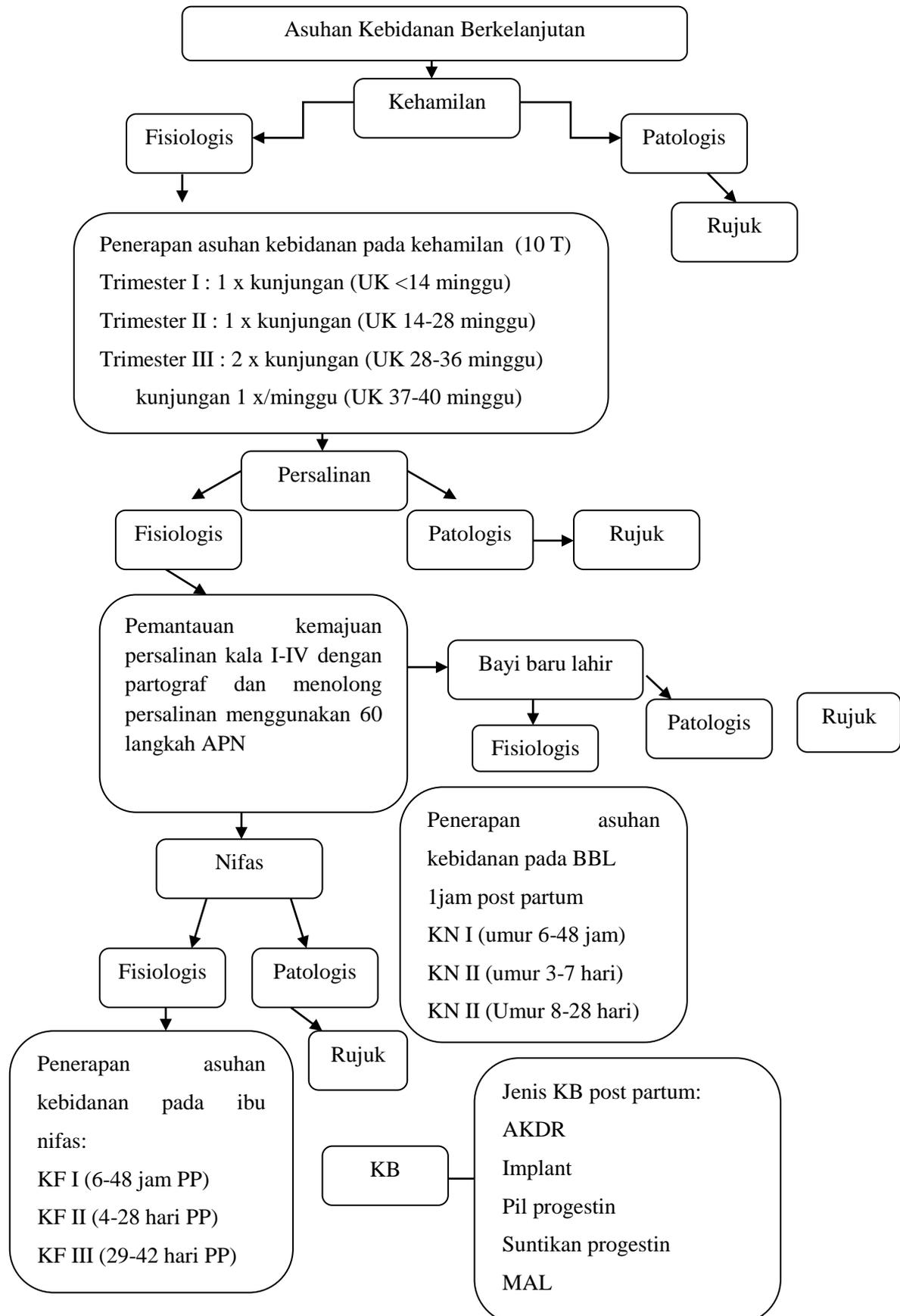
- (4) Penanganan kegawatdaruratan, dilanjutkan dengan perujukan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf b meliputi:
 - a. Penanganan awal asfiksia bayi baru lahir melalui pembersihan jalan napas, ventilasi tekanan positif, dan/atau kompresi jantung.
 - b. Penanganan awal hipotermi pada bayi baru lahir dengan BBLR melalui penggunaan selimut atau fasilitas dengan cara menghangatkan tubuh bayi dengan metode kangguru.
 - c. Penanganan awal infeksi tali pusat dengan mengoleskan alkohol atau povidon iodine serta menjaga luka tali pusat tetap bersih dan kering.
 - d. Membersihkan dan pemberian salep mata pada bayi baru lahir dengan infeksi gonore (GO).
- (5) Pemantauan tumbuh kembang bayi, anak balita, dan anak prasekolah sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf c meliputi kegiatan penimbangan berat badan, pengukuran lingkar kepala, pengukuran tinggi badan, simulasi deteksi dini, dan intervensi dini penyimpangan tumbuh kembang balita dengan menggunakan Kuesioner Pra Skrining Perkembangan (KPSP).
- (6) Konseling dan penyuluhan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf d meliputi pemberian komunikasi, informasi, edukasi (KIE) kepada ibu dan keluarga tentang perawatan bayi baru lahir, asi eksklusif, tanda bahaya pada bayi baru lahir, pelayanan kesehatan, imunisasi, gizi seimbang, PHBS, dan tumbuh kembang,

Pasal 21

Dalam memberikan pelayanan kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana sebagaimana dimaksud dalam pasal 18 huruf c. Bidan berwenang memberikan:

- a. Penyuluhan dan konseling kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana.
- b. Pelayanan kontrasepsi oral, kondom, dan suntikan

D. Kerangka Pikir



BAB III

METODE PENELITIAN

A. Jenis Penelitian

Jenis atau metode penelitian yang digunakan adalah studi penelaah kasus (case study). Studi kasus dilakukan dengan cara meneliti suatu permasalahan melalui suatu kasus yang terdiri dari unit tunggal. Unit tersebut secara mendalam dianalisis baik dari segi yang berhubungan dengan keadaan kasus itu sendiri, faktor-faktor yang mempengaruhi, kejadian-kejadian khusus yang muncul sehubungan dengan kasus, maupun tindakan dan Sreaksi kasus terhadap suatu perlakuan atau pemaparan tertentu (Notoadmodjo, 2010).

Studi kasus ini penulis mengambil studi kasus dengan judul “Asuhan Kebidanan Berkelanjutan pada Ny.S.M Umur 35 Tahun G3P2A0AH2 Hamil 37 Minggu Janin Hidup Tunggal Letak Kepala Intra Uterin keadaan ibu dan janinbaik, di Puskesmas Waipare tanggal 18 April s/d 14 Juni 2019”.

B. Lokasidan Waktu

Lokasi : Puskesmas Waipare, Kecamatan Kangae Kabupaten Sikka

Waktu : 18 April sampai dengan 14 Juni 2019

C. Subyek Kasus

1. Populasi

Dalam penulisan laporan studi kasus ini populasi studi kasus yang diambil oleh penulis adalah seluruh ibu hamil trimester III di Puskesmas Waipare, Kecamatan Kangae Kabupaten Sikka periode April sampai dengan Juni 2019 berjumlah 64 orang ibu hami (Sumber PWS KIA PuskesmasWaipare).

2. Sampel

Dalam penulisan studi kasus ini yang menjadi sampel adalah Ny.S.M umur 35tahun G3P2A0AH2 usia kehamilan 37 minggu di Puskesmas Waipare, Kecamatan KangaeKabupaten Sikka periode 18 April sampai dengan 14 Juni 2019.

D. Teknik Pengumpulan Data

Dalam penyusunan studi kasus ini yang digunakan sebagai metode untuk pengumpulan data antara lain:

1. Data primer

a. Observasi

Metode pengumpulan data melalui suatu pengamatan dengan menggunakan panca indra maupun alat sesuai format asuhan kebidanan pada ibu hamil, bersalin, bayi baru lahir, nifas dan KB, dengan kriteria format sebagai berikut:

- 1) Pemeriksaan fisik (data obyektif) meliputi inspeksi, palpasi, auskultasi dan perkusi.
- 2) Pemeriksaan penunjang: haemoglobin (Hb), HBsAg, dan USG.

b. Wawancara

Dalam proses penelitian ini peneliti menanyakan langsung tentang identitas pasien, serta masalah-masalah yang dialami dan terjadi pada ibu menggunakan format asuhan kebidanan.

2. Data sekunder

Dalam penelitian ini selain melakukan observasi dan wawancara pada pasien, peneliti juga mengambil data dari buku KIA pasien, register kohort, status pasien untuk melengkapi data yang telah diperoleh pada data-data sebelumnya.

E. Keabsahan Penelitian

Keabsahan data dengan menggunakan triangulasi data, di mana triangulasi merupakan teknik pengumpulan data yang bersifat menggabungkan dari berbagai teknik pengumpulan data dan sumber data yang telah ada. Triangulasi data ada dua yaitu triangulasi sumber dan teknik. Kasus ini, penulis menggunakan triangulasi sumber dengan kriteria:

1. Observasi

Uji validasi data dengan pemeriksaan umum (keadaan umum, keadaan emosional, vital sign, berat badan, lingkaran lengan atas), inspeksi, palpasi,

auskultasi, perkusi, pemeriksaan hemoglobin, HBsAg dan pemeriksaan USG.

2. Wawancara

Uji validasi dengan wawancara pasien, keluarga, dan bidan

3. Studi dokumentasi

Uji validasi data dengan menggunakan catatan medik yang ada di Puskesmas Waipare (register kohort ibu hamil, dan kartu ibu), dan buku KIA yang menjadi pegangan.

F. Instrumen

Alat dan bahan yang digunakan dalam studi kasus ini adalah:

1. Alat dan bahan yang digunakan untuk melakukan observasi dan pemeriksaan fisik.

a. Kehamilan

Tensimeter, stetoskop, termometer, penlight, handscoen, jam tangan, pita lila, pita centimeter, funduscop, refleks hamer, timbangan dewasa, pengukur tinggi badan.

b. Persalinan

Tensimeter, stetoskop, termometer, jam tangan, pita centimeter, partus set (koher 2 buah, setengah koher 1 buah, gunting tali pusat 1 buah, gunting episiotomi 1 buah, penjepit tali pusat 1 buah, kassa steril), heting set (gunting, jarum dan benang, nearfuder, pinsetanatomis 1 dan pinset sirurgis 1 buah, kassa steril), handscoen.

c. Nifas

Tensimeter, stetoskop, termometer, jam tangan, handscoon, kassa steril.

d. BBL

Timbangan bayi, pita centimeter, lampu sorot, kapas alkohol, kassa steril, jam tangan, termometer, stetoskop.

e. KB

Leaflet.

2. Alat dan bahan yang digunakan untuk melakukan wawancara
Format asuhan kebidanan.
3. Alat dan bahan yang digunakan untuk melakukan studi dokumentasi
Catatan medik atau status pasien, buku KIA.

G. Etika Penelitian

Etika penelitian adalah peristiwa interaksi sosial dalam kehidupan sehari-hari yang berkaitan dengan filsafah moral, sopan santun, tata susila, budi pekerti. Penelitian kasus adalah penelitian yang dilaksanakan dengan metode ilmiah yang telah teruji validitas dan reabilitas. Penelitian ini akan dibenarkan secara etis apabila penelitian dilakukan seperti tiga hal di atas. Dalam menuliskan laporan kasus juga memiliki beberapa masalah etik yang harus diatasi adalah:

1. Inform consent

Inform consent adalah suatu proses yang menunjukkan komunikasi yang efektif antara bidan dengan pasien dan bertemunya pemikiran tentang apa yang akan dan apa yang tidak akan dilakukan terhadap pasien.

2. Self determination

Hak self determination memberikan otonomi kepada subyek penelitian untuk membuat keputusan secara sadar, bebas dari paksaan untuk berpartisipasi atau tidak berpartisipasi dalam penelitian ini atau untuk menarik diri dari penelitian ini.

3. Anonymity

Hak anonymity dan confidentiality didasari hak kerahasiaan. Subyek penelitian memiliki hak untuk ditulis atau tidak namanya atau anonim dan memiliki hak berasumsi bahwa data yang dikumpulkan akan dijaga kerahasiaannya. Laporan kasus yang akan dilakukan, penulis menggunakan hak inform consent, serta hak anonymity dan confidentiality dalam penulisan studi kasus.

4. Confidentiality

Confidentiality adalah pencegahan bagi mereka yang tidak berkepentingan, yang ingin mengetahui secara umum data, hak dan kerahasiaan klien.

Seseorang dapat mencapai informasi secara umum apabila telah disebutkan atau telah mendapat perijinan dari pihak yang berkaitan. Manfaat confidentiality ini adalah menjaga kerahasiaan secara menyeluruh untuk menghargai hak-hak pasien.

BAB IV

TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN

A. Gambaran Lokasi Penelitian

Penelitian ini di lakukan di Puskesmas waipare. Puskesmas Waipare terletak diwilayah Desa Watumilok Kecamatan Kangae Kabupaten Sikka. Puskesmas Waipare merupakan salah satu Puskesmas Rawat inap bersalin, Wilayah kerja Puskesmas Waipare mencakup dan 9 desa dengan luas wilayah sebesar 1500 Ha. Batas wilayah kerja Puskesmas Waipare sebagai berikut:

1. Sebelah Timur berbatasan dengan Kecamatan Kewapante
2. Sebelah Barat berbatasan dengan Kecamatan Alok Timur
3. Sebelah Utara berbatasan dengan Laut Flores
4. Sebelah Selatan berbatasan dengan Kecamatan Bola

Puskesmas Waiparemenjalankan beberapa jenis pelayanan diantaranya Rawat inap bersalin berstandar PONED. Pelayanan rawat jalan berupa; pasien rawat jalan umum, Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) seperti Ante Natal Care (ANC), post natal care(PNC), Keluarga Berencana (KB), Imunisasi, MTBS, MTBM,Pelayanan gigi dan mulut, Gizi, pelayanan TB, laboratorium, Farmasi dan VCT.Dalam upaya pemberian pelayanan kepada masyarakat, selanjutnya dikembangkan Pos Pelayanan Terpadu (Posyandu) yang terdiri dari 2 jenis posyandu yaitu posyandu balita dan posyandu lanjut Usia.Jumlah tenaga kesehatan di Puskesmas Waipare Yaitu, berstatus PNS: 46 orang, Dokter 1, Perawat 19orang, Bidan 17 orang, Gizi 2 orang,Kesling 2 orang, Apoteker 1 orang, Tenaga Laboratorium 1 orang. Untuk bidan magang ada 19 orang, Perawat 15 orang.

B. Tinjauan Kasus

Asuhan Kebidanan Berkelanjutan pada Ny.S.M Umur 35 Tahun G3P2A0AH2 Hamil 37 Minggu Janin Hidup Tunggal Letak Kepala intra uterin keadaan Ibu dan Janin baik di Puskesmas Waipare Periode Tanggal 18 April s/d 14 Juni 2019 dengan metode 7 langkah Varney dan catatan perkembangan SOAP.

I. PENGKAJIAN

Tanggal pengkajian : 18 April 2019
Tempat : Puskesmas Waipare

1. DATA SUBJEKTIF

a. Biodata

Nama ibu	: Ny. S. M	Nama suami	: Tn.B
Umur	: 35 tahun	Umur	: 36 tahun
Agama	: Islam	Agama	: Islam
Suku/bangsa	: Flores/Indonesia	Suku/bangsa	: Flores/Indon
Pendidikan	: SD	Pendidikan	: SD
Pekerjaan	: IRT	Pekerjaan	: Nelayan
Alamat rumah	: RT 13/RW 06, Desa Watumilok, Kecamatan Kangae		
No. Hp	: -	No. HP	: -

b. Keluhan Utama: Ibu mengatakan hamil anak ke 3 usia kehamilan 8 bulan dan merasa sakit padapinggang serta sering kencing terutama pada malam hari..

c. Riwayat keluhan utama: Ibu mengalami sakit pinggang sejak dua hari yang lalu dan sering kencing terutama pada malam hari sejak usia kehamilan 7 bulan.

d. Riwayat Haid

Menarcho: 12 tahun

Siklus: 28-30 hari

Lamanya haid: 7 hari

Sifat darah: Cair, warnanya merah, baunya amis

HPHT : 01 Agustus 2018

e. Riwayat Perkawinan

Ibu mengatakan status perkawinan sah, perkawinan yang pertama ,

Menikah pada umur ; 25 thn

Lama perkawinan ; 10 thn.

f. Riwayat kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu

No	Tgl lahir/ Umur	UK	Jenis Persalinan	Temp at	Penolo ng	Keadaa n Bayi	Jenis Kelamin	BB/ PB	Keterang an
1.	12-07-2010	Aterm	Spontan	PKM	Bidan	Sehat	Laki-laki	3000 g/49 cm	Hidup
2.	26-05-2015	Aterm	Spontan	PKM	Bidan	Sehat	Perempuan	3100gr am/ 48 cm	Hidup
3.	INI G3P2A0AH2								

g. Riwayat kehamilan sekarang

Ibu mengatakan pemeriksaan kehamilan pertama kali dilakukan pada usia kehamilan 12 minggu di Posyandu Waipare A, pemeriksaan kehamilan sudah dilakukan sebanyak 8 kali. Pergerakan anak pertama kali dirasakan ibu saat umur kehamilan 4 bulan. Keluhan yang pernah dialami ibu saat hamil adalah merasa pusing, mual dan muntah sesekali yang dirasakan pada saat pemeriksaan kehamilan yang pertama yakni pada umur kehamilan 12 minggu, sekarang keluhan mual dan muntah sudah tidak dirasakan lagi. Keluhan saat ini: Ibu mengatakan merasa sakit pinggang sejak 2 hari yang lalu. Nasihat yang di berikan oleh bidan diantaranya, makan makanan beragam, bergizi seimbang, istirahat yang cukup, minum tablet tambah darah teratur tiap hari 1 kali 1 tablet, dan persiapan persalinan. Therapi yang pernah didapat adalah tablet tambah darah sebanyak 90 tablet, dosisnya 1 tablet tiap malam sesudah makan, dan kalsium laktat 30 tablet, dosisnya 1 tablet tiap siang hari. Ibu mempunyai golongan darah O dan Hasil pemeriksaan Hb 11,5gr%.

Imunisasi TT : sudah mendapat TT 3 pada tanggal 13 Desember 2018

h. Riwayat KB

Ibu mengatakan sebelumnya pernah mengikuti KB Implant dari tahun 2014 s/d 2017

i. Riwayat Kesehatan Ibu

Ibu mengatakan tidak pernah menderita penyakit seperti: jantung,hipertensi ,hepatitis, penyakit jiwa, campak,varicella, malaria, IMS. Tidak pernah transfusi darah, tidak pernah menjalani operasi, tidak ada riwayat alergi obat, tidak pernah masuk RS, dan tidak pernah mengalami kecelakaan.

j. Riwayat kesehatan keluarga dan penyakit keturunan

Ibu mengatakan dalam keluarganya tidak ada yang menderita penyakit kronis seperti: jantung, ginjal,diabetes melitus dan asma tidak ada yang menderita penyakit menular seperti: TBC, IMS.

k. Keadaan Psikososial

1) Responibudankeluarga terhadapkehamilan:Ibu mengatakan ibu dan keluarganya menerima kehamilan ini sebagai anugerah Tuhan Yang Maha Esa.

2) Dukungan dari keluarga: Ibu mengatakan keluarga dan suami mendukung kehamilan saat ini dengan memberikan suport serta selalu mendampingi ibu setiap kali melakukan pemeriksaan kehamilan.

3) Tempat dan petugas yang diinginkan untuk menolong: Ibu mengatakan berencana melakukan persalinan di Puskesmas Waiparedan ditolong oleh Bidan/ dokter.

4) Beban kerja dan kegiatan sehari – hari: Ibu mengatakan melakukan aktivitaspekerjaan rumah tangga yang dibantu oleh keluarga.

- 5) Jenis kelamin yang diharapkan: Ibu mengatakan anak laki – laki atau perempuan sama,yang penting ibu dan anak sehat dan selamat
- 6) Pengambilan keputusan dalam keluarga: Ibu mengatakan pengambilan keputusan dalam keluarga oleh suami.
- 7) Perilaku kesehatan:Ibu mengatakan tidak pernah merokok, dalam keluarga ada yang merokok dan tidak pernah mengonsumsi minuman beralkohol

1. Riwayat Sosial dan Kultur

- 1) Kebiasaan melahirkan ditolong oleh siapa: Ibu mengatakan bahwa ini kehamilannya yang ke tiga, pengalaman dalam keluarganya selalu melahirkan di Puskesmas dan ditolong oleh bidan.
- 2) Pantangan makan: Ibu mengatakan tidak ada pantangan makanan sebelum hamil dan selama kehamilan ini.
- 3) Kepercayaan yang berhubungan dengan persalinan dan nifas: Ibu mengatakan kepercayaan dalam keluarga setelah melahirkan mandi dan cebok menggunakan air hangat.(ini artinya akan menjadi masalah saat nifas maka disampaikan kepada ibu dan keluarga mandi boleh pakai air hangat tetapi cebok tidak boleh pake air hangat karena akan mengganggu proses penyembuhan luka jahitan jadi sebaiknya cebok pake air dingin yang bersih).

4) Pola kebiasaan sehari – hari

Tabel 2.11 pola kebiasaan sehari-hari

Pola kebiasaan	Sebelum Hamil	Selama Hamil
Nutrisi (pola makan)	Makan : Frekuensi : 2-3x sehari Jenis : nasi, sayur, tahu, tempe, lauk (telur / ikan) Jumlah : 1 porsi di habiskan Keluhan : tidak ada Minum : Frekuensi : 6- 8 gelas / hari Jenis : air putih Jumlah : 1 gelas di habiskan Keluhan : tidak ada	Makan : Frekuensi : 3-4x sehari Jenis : nasi, sayur, tahu, tempe, lauk (telur / ikan) Jumlah : 1 porsi di habiskan Keluhan : tidak ada Minum : Frekuensi : 8- 10 gelas / hari Jenis : air putih Jumlah : 1 gelas di habiskan Keluhan : tidak ada
Eliminasi	BAB : Frekuensi : 1 kali sehari Warna : kuning Bau : khas feces Konsistensi: lunak Keluhan : tidak ada BAK : Frekuensi : 3- 4x sehari Warna : kuning jernih Bau : khas urine Konsistensi: cair Keluhan : tidak ada	BAB : Frekuensi : 1 kali sehari Warna : kuning Bau : khas feces Konsistensi: lunak Keluhan : tidak ada BAK : Frekuensi : 6- 7x sehari Warna : kuning jernih Bau : khas urine Konsistensi: cair Keluhan : tidak ada
Personal Hygiene	Mandi : 2x / hari Sikat gigi : 2x / hari Keramas : 2x seminggu Ganti pakaian :1-2x / hari	Mandi : 2x / hari Sikat gigi : 2x / hari Keramas : 2x seminggu Ganti pakaian :1-2x / hari
Seksualitas	1-2 x / minggu	1 x / minggu
Istirahat dan Tidur	Istirahat siang: ± 1 jam Tidur malam : 6-7 jam	Istirahat siang: ± 1 jam Tidur malam : 6-7 jam
Aktifitas	Ibu mengatakan mengerjakan pekerjaan rumah seperti memasak, mencuci dan mengurus rumah.	Ibu mengurangi aktifitas yang berat.
Ketergantungan obat / zat	Tidak ada	Tidak ada

2. Data Obyektif

TP : 08 Mei 2019

a. Pemeriksaan Umum

Keadaan umum: baik, Kesadaran: Composmentis

Tanda-tanda vital: tekanan darah: 120/70 mmHg, nadi: 80kali/menit, suhu: 36°C, pernapasan: 22 kali/menit

Berat Badan sebelum hamil: 48 kg

Berat badan sekarang : 62kg

Tinggi badan : 155 cm

Bentuk tubuh : lordosis

LILA : 25 cm

b. Pemeriksaan Fisik

Kepala : bentuk simetris, rambut berwarna hitam, kulit kepala bersih, tidak ada pembengkakan.

Wajah : bentuk simetris, tidak ada pembengkakan pada daerah palpebra, tidak ada cloasma gravidarum, tidak ada oedema.

Mata : simetris, konjungtiva agak pucat sedikit, sclera berwarna putih.

Hidung : bentuk simetris, tidak ada polip, tidak ada peradangan.

Telinga : bentuk simetris, tidak ada serumen, bersih.

Mulut dan gigi: bibir lembab, warna merah muda, tidak ada stomatitis, tidak ada karies gigi, gusi tidak berdarah.

Leher : tidak ada pembesaran kelenjar limfedan kelenjar tiroid, tidak ada bendungan vena jugularis

Dada : bentuk simetris, tidak ada tarikan dinding dada.

Payudara: bentuk simetris, puting susu menonjol, ada hiperpigmentasi pada areola mammae, sudah ada pengeluaran colostrum pada payudara kiri, payudara kanan belum ada pengeluaran colostrum, tidak ada benjolan, tidak ada nyeri.

Abdomen: membesar sesuai usia kehamilan, ada striae albae, tidak ada bekas luka operasi, kandung kemih kosong.

c. Pemeriksaan Obstetric

1) Palpasi

Leopold I: tinggi fundus uteri (TFU) 3 jari bw PX (30 cm), pada fundus teraba lunak, kurang bundar, dan kurang melenting.

Leopold II: bagian kanan perut ibu teraba datar, memanjang, keras (punggung kanan). Bagian kiri perut ibu teraba bagian-bagian kecil janin.

Leopold III: bagian bawah teraba bundar, keras dan melenting. Kepala sudah masuk pintu atas panggul.

Leopold IV: sebagian (1/5) bagian kepala janin telah memasuki pintu atas panggul (divergent).

2) Auskultasi

DJJ: 142x/

3) Perkusi

Reflex Patella: +/+

d. Pemeriksaan Penunjang

1) Tanggal 01-11-2018

Hb : 11,5 gr%

Malaria : negatife

HBSAg : negatife

Tes HIV : negatife

2) Tanggal 01-04-2019

Hb : 12 gr %

Protein Urine: negatife

II. ANALISA MASALAH DAN DIAGNOSA

Diagnosa	Data Dasar
<p>Asuhan Kebidanan Pada Ny. S. M Umur 35 Tahun G3P2A0AH2 Usia Kehamilan Minggu 37 Janin Tunggal, Hidup, Letak Kepala, Intra Uterin Keadaan Ibu dan Janin Baik</p>	<p>DS: Ibu mengatakan umur 35 tahun hamil anak ke tiga, pernah melahirkan dua kali, tidak pernah kegugurandan anak hidup dua orang. Ibu mengatakan datang untuk periksa kehamilannya, dengan keluhan sering kencing. Hari Pertama Haid Terakhir 01-08-2018.</p> <p>DO TP: 08 Mei 2019 Keadaan Umum : baik Kesadaran : composmentis TTV: TD : 120/70 mmHg Nadi : 80x/m Suhu : 36,°C Penapasan : 22x/m LILA : 25 cm BB : 62 kg</p> <p>1. Pemeriksaan fisik</p> <p>a. Inspeksi Wajah : simetris, bersih, tidak pucat, ada cloasma gravidarum dan tidak oedema Mata : simetris, conjuctiva merah muda dan sclera putih Mulut : mukosa bibir lembab, tidak ada caries gigi dan gigi tidak berlubang Ekstremitas atas dan bawah Simetris, tidak pucat, tidak oedema dan tidak varises</p> <p>b. Palpasi Leopold I: tinggi fundus uteri (TFU) 3 jari bw PX (30 cm), pada fundus teraba lunak, kurang bundar, dan kurang melenting. Leopold II: bagian kanan perut ibu teraba datar, memanjang, keras (punggung kanan). Bagian kiri perut ibu teraba bagian-bagian kecil janin. Leopold III: bagian bawah teraba</p>

	<p>bundar, keras dan melenting. Kepala sudah masuk pintu atas panggul.</p> <p>Leopold IV: sebagian (1/5) bagian kepala janin telah memasuki pintu atas panggul (divergent).</p> <p>c. Auskultasi DJJ: 142x/</p> <p>d. Perkusi Reflex Patella: +/+</p> <p>e. Pemeriksaan Penunjang</p> <p>1) Tanggal 01-11-2018 Hb : 11,5 gr % Malaria : negatife HBSAg : negatife Tes HIV : negatife</p> <p>2) Tanggal 01-04-2019 Hb : 12 gr % Protein Urine: negatife</p>
--	---

III. ANTISIPASI MASALAH POTENSIAL

Tidak Ada

IV. TINDAKAN SEGERA

Tidak Ada

V. PERENCANAAN

Tanggal : 18-4-2019/ Jam 10.40 WITA Tempat : Puskesmas Waipare

1. Lakukan pemeriksaan kepada ibu dan jelaskan hasil pemeriksaan kepada ibu dan keluarga.

R/ Informasi tentang keadaan ibu dan bayi saat ini sangat di butuhkan ibu dan keluarga, dan pemeriksaan membantu pencegahan, penanganan masalah pada ibu dan janin secara dini.

2. Jelaskan pada ibu tentang ketidaknyamanan selama kehamilan trimester 3 dan cara mengatasinya.

R/ Selama hamil trimester III adapun ketidaknyamanan yang di alami ibu hamil yaitu sakit pada pinggang, sesak napas, sering buang air kecil, insomnia atau susah tidur karena gerakan janin atau sering bangun untuk buang air kecil, kontraksi Braxton hick atau kencang-kencang pada perut, juga kuantitas informasi yang baru harus di ketahui ibu.

3. Anjurkan ibu untuk beristirahat yang cukup yaitu istirahat siang 1-2 jam dan tidur malam 7-8 jam tiap harinya.

R/ Istirahat yang cukup dan mengurangi aktifitas yang berat membantu ibu terhindar dari kelelahan dan janin tidak mengalami stres dalam kandungan.

4. Jelaskan tanda-tanda bahaya kehamilan pada trimester III

R/ Mengenali tanda bahaya seperti perdarahan pervaginam yang banyak, sakit kepala terus menerus, penglihatan kabur, bengkak di kaki dan tangan, dan gerakan janin tidak dirasakan. Pengetahuan mengenai tanda-tanda bahaya dapat membantu dalam melakukan deteksi dini dan penanganan yang tepat.

5. Anjurkan ibu untuk memeriksa ulang Hb.

R/ Mengidentifikasi adanya anemia. Anemia mengakibatkan kelelahan, karena penurunan kapasitas pembawa O₂.

6. Beri ibu tablet tambah darah dan kalsium laktat

R/ Tablet tambah darah untuk membantu memenuhi kebutuhan tubuh akan zat besi, serta kalsium laktat untuk memenuhi kebutuhan bayi dalam proses pertumbuhan tulang dan gigi.

7. Beritahu ibu jadwal kunjungan rumah

R/ Memantau keadaan ibu dan janin untuk mendeteksi dini adanya komplikasi

8. Lakukan dokumentasi

R/ Sebagai bahan evaluasi dalam memberikan asuhan selanjutnya dan sebagai bahan tanggung jawab dan tanggung gugat.

VI. PELAKSANAAN

Jam: 10.45 wita, Tempat : Puskesmas Waipare

1. Menginformasikan hasil pemeriksaan kepada ibu dan keluarganya bahwa keadaan ibu dan janinnya baik, tanda vital normal yaitu tekanan darah: 120/70 mmHg, suhu: 36⁰C, nadi: 80x/menit, pernapasan: 22x/menit, hasil pemeriksaan fisik dalam batas normal, Palpasi: TFU $\frac{1}{2}$ pusat prosesus xifoideus (29cm), punggung kanan, letak kepala, kepala sudah masuk PAP, DJJ 142x/ menit (normal), usia kehamilan 34 minggu.
2. Menginformasikan ketidaknyamanan trimester tiga yang dialami ibu dan cara mengatasinya seperti:
 - a. Sakit pinggang, disebabkan oleh uterus yang membesar dan jatuh kedepan dan perubahan titik berat tubuh yang tepatnya agak ke belakang. Cara mengatasinya: posisi atau sikap tubuh yang baik selama melakukan aktifitas, hindari mengangkat barang berat, gunakan bantal ketika tidur untuk meluruskan punggung.
 - b. Kram pada kaki/ betis, bisa terjadi karena kekurangan asupan kalsium, pembesaran uterus sehingga memberi tekanan pada pembuluh darah pelvik, dengan demikian dapat menurunkan sirkulasi darah ke tungkai bagian bawah. Cara mengatasinya: latihan dorso fleksi pada kaki dengan cara menekan jari-jari kaki kearah lutut, serta minum susu.
 - c. Obstipasi, terjadi karena penurunan peristaltik usus besar karena pengaruh hormon progesteron dan efek samping penggunaan zat besi. Cara mengatasinya yaitu minum air putih minimal 8 gelas/ hari, segera buang air besar setelah ada dorongan, makan makanan berserat seperti sayuran dan buah-buahan, lakukan aktifitas jalan santai setiap pagi hari.
3. Menganjurkan ibu untuk banyak beristirahat yaitu istirahat siang 1-2 jam dan tidur malam 7-8 jam, mengurangi aktifitas berat dan melelahkan.

4. Menjelaskan kepada ibu tanda –tanda bahaya dalam kehamilan trimester tiga seperti perdarahan pervaginam yang banyak, sakit kepala terus menerus, penglihatan kabur, bengkak di kaki dan tangan, dan gerakan janin tidak di rasakan. Jika ibu menemukan tanda-tanda bahaya diatas agar segera mendatangi atau menghubungi pelayanan kesehatan terdekat agar dapat ditangani dan diatasi dengan segera.
5. Menganjurkan ibu untuk melakukan pemeriksaan ulang Hb di Puskesmas (11,8 gr%).
6. Memberikan ibu tablet tambah darah dengan dosis 1 x1 tablet sesudah makan (1 tablet tiap malam), dan kalsium laktat dengan dosisi 1x1 tablet setiap siang sesudah makan. Obat diminum menggunakan air putih, tidak boleh minum bersamaan dengan kopi, teh atau susu karena menghambat penyerapan zat besi.
7. Menginformasikan jadwal kunjungan rumah yakni pada tanggal 25 April 2019 atau bila ada keluhan sebelum tanggal tersebut.
8. Melakukan pendokumentasian semua asuhan yang telah diberikan pada kartu ibu, buku KIA, dan register kohort ibu hamil.

VII. EVALUASI

1. Ibu mengerti dan tampak senang mendengar informasi tersebut.
2. Ibu mengerti yang ditandai mampu mengulang kembali beberapa cara mengatasi ketidaknyamanan seperti hindari mengangkat barang berat, gunakan bantal saat tidur, minum susu, minum air putih minimal 8 gelas/ hari, makan sayur dan buah-buahan dan jalan santai.
3. Ibu mengerti yang ditandai mampu mengulang kembali beberapa penjelasan tentang makan makanan bergizi seperti nasi, roti, daging, telur, minum susu, makan selalu ada sayuran, kurangi makan ikan kering, garam. dan minum tablet tambah darah 1 kali 1 tablet per hari .
4. Ibu dan keluarga mengatakan mereka sangat merindukan kehamilan ini dan ibu mengatakan bersedia merawat dan mengasuh anaknya dengan penuh kasih sayang.

5. Ibu mengerti dan mengatakan bersedia melakukan jalan santai setiap pagi seperti yang sudah dilakukannya selama ini, dan istirahat siang minimal 1 jam dan istirahat malam minimal 8 jam.
6. Ibu mengerti dan bersedia untuk berdiskusi dengan keluarganya di rumah.
7. Ibu mengerti yang ditandai mampu mengulang kembali tanda awal persalinan seperti sakit pinggang dan perut terus menerus dan teratur, keluar tanda berupa lendir campur darah dari jalan lahir dan keluar air-air banyak dari jalan lahir.
8. Ibu mengerti yang ditandai mampu mengulang kembali 5 dari 6 tanda bahaya yang diinformasikan seperti keluar darah dari jalan lahir, sakit kepala hebat, pandangan kabur, bengkak di tangan dan muka, anak kurang bergerak.
9. Ibu mengatakan bersedia melakukan pemeriksaan ulangan Hb.
10. Ibu sudah menerima tablet tambah darah dan kalsium laktat masing-masing 90 dan 30 tablet, dan ibu bersedia minum secara teratur sesuai dosis yakni 1x1 tablet tiap hari.
11. Ibu bersedia menerima bidan kunjungan rumah pada tanggal 25-04-2019.
12. Mendokumentasikan semua hasil temuan dan pemeriksaan pada buku KIA.

CATATAN PERKEMBANGAN KUNJUNGAN I

Tanggal : 25-04-2019 Jam: 09.00 WITA
 Tempat : Rumah ibu
 Oleh : Mahasiswa: Germini M.Roslini

S:

1. Ibu mengatakan rasa sakit pada pinggang dan perut rasa kencang-kencang sejak 2 hari yang lalu.
2. Ibu mengatakan sering kencing pada malam hari.

O:

1. Pemeriksaan Umum

Keadaan umum: baik, kesadaran : composmentis

Tanda vital: tekanan darah: 100/ 80 mmHg, nadi: 80 kali/ menit,

Suhu: 36,8⁰C, pernapasan: 22 x/ menit

2. Pemeriksaan fisik :

Muka: tidak oedema

Mata : conjungtiva merah muda, skleraputih

Leher: tidak ada pembesaran pada kelenjar tiroiddan kelenjar limfe, tidak ada bendungan pada vena jugularis

Payudara: puting susu kiri sudah ada pengeluaran kolostrum, puting susu kanan belum ada pengeluaran kolostrum.

Abdomen: tidak ada bekas luka operasi, uterus membesar sesuai usia kehamilan, tidak ada kontraksi uterus

3. Pemeriksaan Obstetri

a. Palpasi

Leopold I: TFU3 jari bw PX (30 cm), fundus teraba lunak, kurang bundar, dan kurang melenting.

Leopold II: bagian kanan perut ibu teraba datar, memanjang, dan keras seperti papan (punggung kanan). Bagian kiri perut ibu teraba bagian-bagian kecil janin.

Leopold III: bagian bawah teraba bundar, keras, dan melenting. Kepala sudah masuk pintu atas panggul.

Leopold IV: sebagian (1/5) bagian kepala janin telah memasuki pintu atas panggul (divergent).

b. Auskultasi

Frekuensi: 142 x/ menit/ dopler

c. Perkusi

Reflex Patella : +/+

P:

1. Menginformasikan hasil pemeriksaan pada ibu dan keluarganya bahwa keadaan ibu dan janinnya baik, tanda vital normal yaitu tekanan darah 100/ 80 mmhg, suhu 36,8 °C, nadi 80x/ menit, pernapasan 22 x/ menit, ibu dan suami mengerti penjelasan yang di berikan.
2. Menjelaskan ketidaknyamanan yang dirasakan ibu seperti sakit pinggang dan perut merupakan hal yang normal, hal ini disebabkan oleh kontraksinya otot uterus sering terjadi menjelang akhir kehamilan. Mengurangi ketidaknyamanan tersebut dengan cara: mandi menggunakan air hangat, teknik relaksasi dengan menarik napas lewat hidung dan hembuskan lewat mulut secara perlahan-lahan, istirahat serta mengusap-usap punggung bila merasa sakit.
Ibu mengerti dan bersedia melakukan sesuai penjelasan.
3. Menjelaskan pada ibu dan keluarga tentang usia kehamilan dan tafsiran persalinan ibu yaitu: tafsiran persalinan tanggal 08 Mei 2019, saat ini usia kehamilan ibu 38 minggu.
4. Mengkaji ulang ibu dan keluarganya tentang persiapan persalinan dan pencegahan komplikasi.

Ibu dan keluarga mengatakan sudah sepakat untuk melahirkan di Puskesmas Waipare, ditolong bidan / dokter, pendamping persalinan keluarga, transportasi menggunakan mobil milik keluarga, dana sudah ada serta kartu KIS, calon pendonor darah sudah ada 2 orang yang bergolongan darah O.

Pakaian ibu dan bayi serta perlengkapan lain yang dibutuhkan saat persalinan sudah disiapkan.

5. Menanyakan kembali ibu tentang tanda awal persalinan.

Ibu bisa mengulang kembali, seperti sakit perut dan pinggang semakin sering, kuat dan teratur, keluar lendir darah dari jalan lahir atau keluar cairan ketuban dari jalan lahir, bila sudah ada tanda tersebut harus segera ke Puskesmas Waipare.

6. Mendokumentasikan semua hasil temuan dan pemeriksaan pada buku KIA.

CATATAN PERKEMBANGAN II (PERSALINAN)

Hari/ tanggal : Rabu,01 Mei 2019 Jam:23.00WITA

Tempat : Ruang Bersalin Puskesmas Waipare

KALA I FASE AKTIF

S: Ibu mengatakan sudah rasa sakit padaperutpinggang, semakin sering sejak jam 20.00 WITA, sudah keluar tanda berupa lendir dan darah, belum keluar air air.

O:

Keadaan umum : baik, tampak kesakitan, kesadaran composmentis

a. Tanda-tanda vital: tekanan darah: 110/70mmHg, suhu:36,6⁰C,
pernapasan: 22x/ menit, nadi 80x/ menit

1. Pemeriksaan kebidanan:

Wajah: tidak oedema, tidak ada cloasma gravidarum

Mata: konjungtiva merah muda, sklera putih.

Perut:

Inspeksi: membesar sesuai usia kehamilan, tidak ada bekas luka operasi

1) Palpasi uterus:

Leopold 1: TFU 3 jari bawah prosesus xipoideus (31cm), fundus teraba lunak, kurang bundar, dan kurang melenting.

Leopold II: Bagian kanan perut ibu teraba datar, keras dan memanjang seperti papan (punggung kanan) dan sisi perut ibu bagian kiri teraba bagian-bagian kecil janin

Leopold III: Bagian bawah perut ibu teraba keras, bundar dan melenting (kepala). Kepala janin sudah masuk pintu atas panggul.

Leopold IV: sebagian (1/5) bagian kepala janin telah memasuki pintu atas panggul (convergent).

TBBJ: *TFU* (menurut Mc. Donald) – 11 x 155

31-11 155 = 3100 gram

2) Auskultasi

Denyut Jantung Janin:

Frekuensi: 145 x/ menit (dopler)

Iramanya teratur

Punctum maksimum: 2 jari bawah pusat sebelah kanan perut ibu, jumlah satu.

3) His : frekuensi 3x10' / 30- 40 detik, kuat dan sering.

4) Pemeriksaan dalam :

Tanggal 01-05-2019, jam 23.15 wita

Oleh : Germini Maria Roslini

- Vulva vagina : tidak ada oedema, tidak ada jaringan parut, ada pengeluaran lender darah.
- Portio : tipis, lunak
- Pembukaan : 8 cm
- Ketuban : Utuh
- Letak : kepala
- Deminator : UUK kanan melintang
- Hodge : III

A : Ny.S.M umur 35 tahun G3P2A0AH2 hamil 39 minggu janin tunggal hidup tunggal letak kepalaintra uterin keadaan ibu dan janin baik inpartu kala 1 fase aktif.

P:

1. Menginformasikan pada ibu dan keluarga bahwa keadaan ibu baik tanda vital normal: tekanan darah 110/70 MmHg, pernapasan: 22x/menit, nadi: 80x/menit, suhu: 36,6⁰ C, dan keadaan bayinya juga baik yang ditandai oleh denyut jantung janin dalam batas normal yaitu 145 x/menit dan gerakannya juga aktif, hasil pemeriksaan dalam: sudah ada tanda melahirkan yaitu sudah ada pengeluaran lendir darah, pembukaan jalan lahir 8cm, ketuban masih utuh, letak kepala, sudah masuk pintu atas panggul.

Ibu dan keluarga merasa senang mendengar informasi tersebut.

2. Menganjurkan ibu miring ke kirikarena mempercepat penurunan kepala janin dan terjadi kontraksi uterus yang teratur.

Ibu bersedia untuk tidur miring ke kiri.

3. Mengajarkan ibu teknik relaksasi yaitu menarik nafas panjang lewat hidung dan mengeluarkannya perlahan lewat mulut pada saat kontraksi.

Ibu melakukan teknik relaksasi tiap kali merasa sakit pada perut dan pinggangnya.

4. Menganjurkan ibu untuk tetap makan dan minum agar tidak kehilangan tenaga sewaktu ingin melahirkan.

5. Mengobservasi keadaan umum ibu dan kemajuan persalinan

Tabel 2. 12 Hasil Observasi Kala I Fase Aktif

JAM	TD	NADI	SUHU	DJJ	HIS/10 mnt
23:00	110/70 mmHg	80x/mnt	36,6°C	145x/mnt	4x lamanya 30-40 dtk
23:30	-	84x/mnt	-	142x/mnt	4x lamanya 30-40 dtk
24:00	-	88x/mnt	-	140x/mnt	4x lamanya 40-45 dtk
00:30	-	84x/mnt	-	140x/mnt	4x lamanya 40-45 dtk
01:00	-	84x/mnt	-	136x/mnt	4x lamanya 40-45 dtk
01:30	-	88x/mnt	-	142x/mnt	4x lamanya 40-45 dtk

6. Bidan menyiapkan peralatan untuk menolong persalinan yaitu:

Partus set, hecing set dan peralatan serta obat-obatan emergensi yang diperlukan untuk menolong persalinan.

Partus set terdiri dari (2 pasang handscoen, 2 buah klem koher, 1 buah ½ koher, 1 gunting Episiotomi, 1 buah gunting tali pusat, kain kasa secukupnya dan pengikat tali pusat); Heacing set terdiri dari (1 pasang handscoen, 1 pinset anatomi, 1 pinsetsirurgik, 1 gunting benang, nailfoeder dengan jarum otot dan jarum kulit, kassa secukupnya); benang catgut, 1 kateter nelaton, bengkok 2 buah, dan larutan khlorin 0,5 %, air DTT, tempat pakaian kotor, tempat sampah infeksius, tempat sampah non infeksius, dan tempat jarum; APD terdiri dari celemek, masker, dan sepatu boot; obat-obatan emergensi: oksitocin 4 ampul, metergin 1 ampul, vitamin K (neo K) 1 ampul, salep mata oxitetraciklin 1% 1 tube, cairan infus RL, D5%, Nacl masing- masing 1 flas, abocet no 20 dan 18 masing-masing 1 buah, disposable 3 cc 2 buah, dispo 1 cc 1 buah.

7. Mendokumentasikan semua asuhan kebidanan dan hasil pemeriksaan dalam bentuk SOAP.
8. Menyiapkan perlengkapan pakaian bayi dan juga ibu untuk proses persalinan seperti, 3 buah kain bayi, baju bayi, loyot, topi, selimut bayi, kaos kaki dan kaos tangan, pakaian ibu seperti 1 buah kain, baju, celana dalam dan pembalut, waslap.
9. Melakukan pendokumentasian semua asuhan yang telah diberikan dalam lembaran observasi dan partograf.

CATATAN PERKEMBANGAN III(PERSALINAN)

Hari/ tanggal: Kamis, 02-05-2019

Jam: 01.50Wita

Tempat: Ruang bersalin Puskesmas Waipare

KALA II

S : Ibu mengatakan , rasa ingin buang air besar.

O :

1. Perineum tampak menonjol, vulva dan anus tampak membuka
2. Ibu tampak kesakitan dan tampak ada dorongan meneran
3. Pemeriksaan dalam tanggal : 02-05-2019, jam: 01.50 WITA, hasilnya:

Vulva vagina: tidak ada oedema.

Portio: tidak teraba

Pembukaan : 10 cm

KK : utuh

Kedudukan : kepala

Deminator : UUK depan

Hodge : 1V

A: Inpartu kala II

P :

- a. Menginformasikan hasil pemeriksaan pada ibu dan keluarga bahwa DJJ normal, pembukaan sudah lengkap, ketuban masih utuh, dan akan dilakukan tindakan memecahkan selaput ketuban serta proses persalinan segera berlangsung. Ibu dan keluarga mengerti dan dapat diajak kerja sama.
- b. Membantu ibu memilih posisi meneran yang nyaman menurut ibu seperti setengah duduk, jongkok atau berdiri, merangkak, atau miring ke kiri. Ibu memilih posisi setengah duduk.
- c. Mengajarkan pada ibu cara meneran yakni: posisi ibu setengah duduk, tarik lutut ke arah dada, dan dagu ditempelkan ke dada. Saat ada kontraksi ibu boleh meneran sesuai dengan dorongan yang ibu rasakan tidak menahan napas saat meneran, bila tidak ada kontraksi ibu berhenti meneran dan beristirahat/ rileks serta minum. Ibu mengerti dan bersedia melakukannya.
- d. Memberi ibu suport bahwa ibu pasti bisa melewati proses persalinan ini. Ibu mengerti dan dapat diajak kerja sama.
- e. Kolaborasi dengan bidan untuk melakukan pertolongan persalinan sesuai dengan 60 langkah APN :
 1. Memastikan peralatan siap pakai, siap diri, dan siap keluarga, mematahkan oksitosin 10 IU, dan disposable 3cc dalam partus set. Semua peralatan dan keluarga sudah dipersiapkan, disposable 3 cc disimpan dalam partus set.
 2. Memakai celemek dan masker. Melindungi diri dan mencegah infeksi silang antara ibu dan bidan. APD sudah dipakai.
 3. Melepaskan semua perhiasan, mencuci tangan 6 langkah menggunakan sabun dan air mengalir, mengeringkan dengan handuk. Tangan merupakan media masuknya mikroorganisme ke dalam tubuh sehingga mencegah infeksi silang antara penolong, ibu dan alat. Tangan sudah di cuci.

4. Memakai sarung tangan steril pada tangan kanan yang akan digunakan untuk pemeriksaan dalam. Tangan merupakan media masuknya mikroorganisme ke dalam tubuh sehingga mencegah infeksi silang antara penolong, ibu dan alat. Tangan kanan sudah memakai sarung tangan
5. Mengambil alat suntik 3 cc dengan tangan kanan, isap oksitosin dan meletakkan kembali dalam partus set. Memudahkan dalam menyuntikan oksitosin pada ibu. Oksitosin sudah diisap dan disimpan dalam partus set, memakai sarung tangan pada tangan kiri.
6. Melakukan vulva hygiene. Vulva merupakan pintu masuknya mikroorganisme ke dalam tubuh. Vulva sudah dibersihkan.
7. Melakukan pemeriksaan dalam dan melakukan amniotomi menggunakan setengah koher. Ketuban warna jernih, jumlah \pm 300 cc.
8. Mencelupkan sarung tangan kedalam larutan klorin 0,5% membukanya secara terbalik, merendam dalam larutan khlorin 0.5%, mencuci tangan kembali dengan sabun dan air mengalir. Membunuh mikroorganisme 80%. Sarung tangan sudah direndam dan tangan sudah dicuci.
9. Memeriksa DJJ setelah kontraksi uterus. Saat his, terjadi kompresi pada tali pusat sehingga suplay oksigen ke janin berkurang sehingga menyebabkan DJJ menurun. DJJ: 136 x/ dopler, kuat dan teratur.
10. Memberitahu ibu bahwa pembukaan sudah lengkap, kepala sudah di dasar panggul. Membantu ibu posisi $\frac{1}{2}$ duduk, mengajarkan ibu untuk meneran bila ada his dan rasa ingin meneran. Mengurangi kecemasan, ibu merasa nyaman. Ibu dalam posisi setengah duduk
11. Meminta keluarga untuk berdiri di belakang ibu sehingga ibu bisa bersandar. Memudahkan ibu dalam mengedan. Ibu bersandar pada ibu kandungnya.
12. Memimpin ibu meneran bila ada his, memberi semangat dan pujian, bila tidak his menganjurkan ibu untuk minum dan istirahat. menilai DJJ. Ibu minum air $\frac{1}{4}$ gelas, DJJ: 136 x/ dopler.

13. Menganjurkan ibu miring ke kiri bila tidak ada his. Tidak terjadi penekanan pada vena cava inferior. Ibu miring ke kiri.
14. Meletakkan kain bersih di atas perut ibu. Mengeringkan tubuh bayi dari darah dan air ketuban. Kain sudah diletakan di atas perut ibu.
15. Meletakkan kain yang dilipat 1/3 bagian pada bokong ibu.
Menyokong perineum untuk mencegah laserasi jalan lahir. Kain 1/3 bagian sudah diletakan.
16. Mendekatkan partus set dan membukanya. Memudahkan dalam pertolongan persalinan. Partus set sudah didekatkan.
17. Memakai sarung tangan pada kedua tangan. Tangan merupakan media utama masuknya mikroorganisme ke dalam tubuh dan mencegah infeksi silang antara ibu dan bayi. Kedua tangan sudah memakai sarung tangan.
18. Setelah kepala bayi tampak dengan diameter 5-6 cm di depan vulva, maka tangan kanan melindungi perinium dengan kain yang dilipat 1/3 bagian. Tangan kiri menahan defleksi sambil menganjurkan ibu untuk meneran disaat his untuk melahirkan kepala.
melakukan episiotomi mediolateral, kemudian tangan kanan melindungi perinium dengan kain yang dilipat 1/3 bagian, tangan kiri menahan defleksi sambil menganjurkan ibu untuk meneran disaat his untuk melahirkan kepala bayi.
19. Mencegah kepala lahir terlalu cepat dan mencegah laserasi jalan lahir. Tangan kanan menyokong perinium.
20. Memeriksa adanya lilitan tali pusat. Lilitan tali pusat yang erat menyebabkan penekanan pada pembuluh darah tali pusat sehingga suplai darah ke janin berkurang. Tidak ada lilitan tali pusat.
21. Menunggu kepala janin melakukan putaran paksi luar. Menghilangkan torsi pada leher bayi. Kepala janin melakukan putaran paksi luar secara spontan.

22. Memegang kepala bayi secara biparietal, dengan lembut menggerakkan ke bawah untuk melahirkan bahu depan, ke atas untuk melahirkan bahu belakang. Kedua bahu bayi sudah lahir.
23. Setelah kedua bahu lahir, menggeser tangan ke bawah perinium untuk menyangga kepala, lengan dan siku ke arah bawah menggunakan tangan atas untuk menelusuri dan memegang tangan dan siku sebelah atas. Membantu pengeluaran bayi seluruhnya dan mencegah robeknya perinium. Sudah dilakukan sanggah susur.
24. Setelah tubuh dan lengan lahir penelusuran tangan di atas berlanjut ke punggung, tungkai dan kaki, memegang kedua mata kaki, memasukan jari telunjuk di antar kaki dan memegang masing-masing mata kaki dengan ibu jari dan jari lainnya. Mencegah tangan menjungkit sehingga tidak terjadi ruptur. Badan bayi telah lahir seluruhnya .
25. Jam 02.00 WITA, bayi lahir spontan, melakukan penilaian bayi. Menilai keadaan bayi untuk menentukan tindakan. Menangis kuat, tonus otot baik dan gerakanya aktif. Meletakkan di atas perut ibu.
26. Mengeringkan tubuh bayi mulai kepala, muka dan tubuh bayi kecuali bagaian telapak tangan, mengganti kain yang basah dengan yang kering, membiarkan bayi di atas perut. Mencegah hipotermia. Seluruh badan bayi ada di atas perut ibu.

CATATAN PERKEMBANGAN 1V (PERSALINAN)

Hari / tanggal : Jum'at,02-05-2019

Jam 02.05 WITA

KALA III :

- S** : Ibu mengatakan perutnya mules dan ibu bahagia atas kelahiran bayinya.
- O** : Tinggi fundus uteri setinggi pusat, plasenta belum lahir, tali pusat terlihat memenjang di vulva, kandung kemih kosong, terlihat semburan darah tiba-tiba dan uterus membundar.
- A** : I P3A0 kala III

P :

27. Memeriksa kembali uterus untuk memastikan tidak ada janin kembar. Oksitosin menyebabkan uterus berkontraksi yang dapat menurunkan oksigen ke janin. Tidak ada janin lagi.
28. Memberitahukan ibu bahwa ia akan di suntik. Ibu dapat bekerja sama dalam proses penyuntikan. Ibu sudah mengetahui bahwa ia akan disuntik.
29. Dalam waktu 1 menit menyuntikan oksitosin 10 IU secara IM. Oksitosin merangsang kontraksi uterus dengan kuat dan efektif sehingga mempercepat pelepasan plasenta dan mencegah perdarahan. Ibu sudah disuntik oksitosin pada paha kanan .
30. Menjepit tali pusat 3 cm dari pusat bayi dan mendorong tali pusat kearah ibu 2 cm dari klem penjepit tali pusat yang pertama. Mempercepat proses sirkulasi. Tali pusat sudah diklem.
31. Memotong dan mengikat tali pusat. Memutuskan hubungan antara ibu dan bayi. Tali pusat sudah dipotong dan diklem menggunakan jepit tali pusat.
32. Meletakkan bayi agar kontak kulit antara ibu dan bayi (IMD) menciptakan hubungan kasih sayang antara ibu dan bayi. Bayi sedang IMD
33. Menyelimuti ibu dan bayi dengan kain hangat dan memasang topi pada kepala bayi. Kepala bayi memiliki permukaan yang luas sehingga bayi cepat kehilangan panas.
34. Memindahkan klem tali pusat sehingga berjarak 5 cm dari vulva. Memudahkan dalam PTT. Klem 5 cm dari vulva.
35. Meletakkan tangan kiri di atas kain pada perut ibu di atas symphysis, untuk mendeteksi, dan tangan kanan mengangkat tali pusat. Uterus membesar (kontraksi baik), adanya semburan darah banyak dari jalan lahir, tali pusat bertambah panjang.

36. Saat uterus berkontraksi tangan kanan menegangkan tali pusat ke arah bawah sambil tangan kiri mendorong uterus ke arah belakang atas (dorso kranial) secara hati-hati.
37. Melakukan penegangan tali pusat dan dorongan dorso kranial hingga plasenta lepas. Meminta ibu meneran sambil penolong menarik tali pusat dengan arah sejajar lantai kemudian ke arah atas mengikuti poros jalan lahir, dan tangan kiri tetap melakukan tekanan dorso kranial.
38. Saat plasenta muncul di introitus vagina, melahirkan plasenta dengan kedua tangan. Memegang dan memutar plasenta hingga selaput plasenta terpilin kemudian melahirkan plasenta seluruhnya dan meletakkan pada tempat plasenta. Mencegah tertinggalnya plasenta atau plasenta lahir tidak lengkap.

Jam 02.05 WITA plasenta lahir lengkap dan spontan

39. Melakukan masase uterus segera setelah plasenta lahir dengan meletakkan telapak tangan di fundus dan melakukan masase dengan gerakan melingkar dengan lembut hingga uterus berkontraksi. Merangsang miometrium berkontraksi sehingga terjadi vasokonstriksi pembuluh darah. Uterus teraba bundar dan keras (kontraksi uterus baik) dan kandung kemih kosong.
40. Memeriksa kedua sisi plasenta yakni bagian maternal dan bagian fetal plasenta. Meyakinkan plasenta lahir lengkap sehingga tidak terjadi perdarahan. Plasenta lahir lengkap, selaput utuh, cotiledon lengkap.
41. Melakukan pemeriksaan kemungkinan laserasi pada vagina dan perineum, dan melakukan penjahitan. Robekkan jalan lahir, mengakibatkan perdarahan aktif. Ada robekan pada perinium derajat I.

42.

CATATAN PERKEMBANGAN V (PERSALINAN)

Hari/ tanggal: Jum'at,02 -05-2019

Jam : 02.10 WITA.

KALA IV**IBU**

S : Ibu mengatakan sangat senang karena telah melewati proses persalinan dan mules pada perut mulai berkurang.

O :

1. Keadaan umum : baik, kesadaran: komposmentis
2. Palpasi: TFU 2 jari di bawah pusat, kontraksi uterus baik, kandung kemih kosong
3. Perdarahan \pm 100 cc
4. Tanda-tanda vital :TD : 120/ 80 MmHg,Suhu : 37 C, Nadi : 88x/ menit, RR : 20x / menit

A : Ibu P3A0AH3Kala 1V**P**:

43. Memastikan uterus berkontraksi baik dan tidak terjadi perdarahan. Masase uterus,uterus teraba bundar dan keras (kontraksi uterus baik), perdarahan normal \pm 10 cc
44. Memberitahu ibu bahwa bayi dibiarkan di atas perut ibu melakukan kontak kulit dengan ibu paling sedikit 1 jam sejak jam 02.00-03-00 WITA.
45. Memberitahui ibu bahwa setelah 1 jam kontak kulit (IMD), bidan akan melakukan perawatan bayi yaitu menimbang berat badan, mengukur panjang badan, lingkar kepala, lingkar dada, lingkar perut, memberikan salep mata, dan injeksi vitamin K dan memakaikan pakaian bayi.
46. Pada jam 03.00 WITA, hasilnya: berat badan: 2900 gram, panjang badan: 50 cm, lingkar kepala: 34 cm, lingkar dada: 32 cm, lingkar perut: 32 cm. Memberikan salep mata oksitetraciklin 1% pada mata kanan dan kiri dengan arah dari dalam ke luar, dan injeksi vitamin K

(Neo K) 0,5 ml pada paha kiri bagian luar, mengenakan pakaian, selimut dan topi bayi.

47. Memberitahu ibu bahwa bayi akan disuntik imunisasi HB0. Imunisasi HB0 belum diberikan dan akan diberikan besok pagi ,Bayi diberikan pada ibunya untuk diberi ASI.
48. Melanjutkan pemantauan kontraksi uterus dan perdarahan pervagina. Kontraksi uterus baik, TFU 1 jari bawah pusat, perdarahan sedikit ± 20 cc.
49. Mengajarkan ibu dan keluarga cara melakukan masase uterus dan menilai kontraksi dengan cara meletakkan telapak tangan ibu di atas fundus uteri, tangan penolong diletakan di atas tangan ibu, melakukan masase atau gerakan melingkar secara lembut hingga uterus berkontraksi, cara menilai kontraksi uterus, bila teraba keras berarti uterus berkontraksi baik. Ibu dan keluarga memahami cara masase uterus dan menilai uterus berkontraksi baik atau tidak baik.
50. Mengevaluasi dan mengestimasi jumlah kehilangan darah. Perdarahan yang keluar sebanyak ± 20 cc.
51. Memeriksa tanda-tanda vital, kandung kemih, kontraksi uterus, TFU, dan perdarahan tiap 15 menit pada 1 jam pertama, dan tiap 30 menit setelah 1 jam kedua

Tabel 2. 13 Hasil Observasi Ibu 2 Jam Postpartum

Jam (WITA)	TD	NADI	SUHU	TFU	KONTRAKSI	PERDARAHAN	KANDUNG KEMIH
02:20	110/60 mmHg	82x/m	36,8°C	2jr bw pusat	Baik	25 cc	Kosong
02:35	110/70 mmHg	82x/m		2 jr bw pusat	Baik	25 cc	Kosong
02:50	110/70 mmHg	82x/m		2 jr bw pusat	Baik	20 cc	Kosong
03:05	110/70 mmHg	82x/m		2 jr bw pusat	Baik	10 cc	Kosong
03:35	100/70 mmHg	80x/m	36°C	2 jr bw pusat	Baik	10 cc	Kosong
04:05	110/70 mmHg	82x/m		2 jr bw pusat	Baik	10 cc	Kosong

52. Memantau tanda-tanda vital bayi tanda bahaya tiap 15 menit selama 1 jam pertama dan tiap 30 menit selama 1 jam kedua

Tabel 2.14 Hasil Observasi Bayi 2 Jam PostPartum

Jam (wita)	RR (x/m)	Suhu(°C)	Warna Kulit	Geran	Isapan Asi	Tali Pusat	Kejang	BA B/B AK
02.20	52	36,7	Kemerahan	Aktif	bayi sedang IMD	Tidak berdarah	Tidak	-/-
02.35	54	36,7	Kemerahan	Aktif	Bayi sedang IMD	Tidak berdarah	Tidak	-/-
02.50	52	36,8	Kemerahan	Aktif	Bayi sedang IMD	Tidak berdarah	Tidak	-/-
03.05	52	36,8	Kemerahan	Aktif	kuat	Tidak berdarah	Tidak	-/-
03.35	56	36,9	Kemerahan	Aktif	kuat	Tidak berdarah	Tidak	-/-
04:05	52	36,9	Kemerahan	Aktif	kuat	Tidak berdarah	Tidak	

53. Menempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan chlorin 0,5% untuk mendekontaminasi selama 10 menit, mencuci dan membersihkan peralatan dengan sabun dan air bersih, kemudian melakukan DTT peralatan menggunakan sterilisator.
54. Membuang sampah dan bahan-bahan yang terkontaminasi ke tempat sampah yang sesuai. Sampah medis/ infeksius dibuang ke tempat sampah infeksius (plastik merah), sampah non infeksius/ non medis dibuang ke tempat sampah non infeksius (plastik hitam), sampah tajam dibuang ke safety box.
55. Membersihkan ibu menggunakan air DTT. Membersihkan sisa cairan ketuban, lendir dan darah. Pakaian ibu yang kotor dimasukan dalam ember pakaian kotor yang dialasi plastik merah. Membantu ibu memakaikan pakaian bersih, celana dalam bersih, dan pembalut. Ibu sudah bersih dan merasa nyaman.
56. Mendekontaminasi tempat tidur dan celemek dengan larutan chlorin 0,5%. Tempat tidur dan celemek sudah bersih.
57. Memastikan ibu merasa nyaman dan membantu ibu memberikan ASI pada bayinya, menganjurkan keluarga memberikan makan dan minum pada ibu. Ibu makan nasi setengah porsi, ikan goreng 1 potong dan air putih hangat 1 gelas. Bayi sudah bisa menyusui, refleks isapnya baik.
58. Mencelupkan sarung tangan kotor ke dalam larutan chlorin 0,5%, dan membukanya secara terbalik. Sarung tangan sudah dibilas dalam larutan chlorin 0,5%, dibuka secara terbalik dan membuangnya ke tempat sampah infeksius.
59. Mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir dengan cara 6 langkah, kemudian mengeringkan dengan tisu.
60. Melakukan pendokumentasian pada status pasien, partograf halaman depan dan belakang. Melakukan pemeriksaan tanda-tanda vital: tekanan

darah: 110/ 60 mmhg, nadi 80 x/ menit, suhu 36,8⁰C, pernapasan 16x/ menit. Jam 06.30 WITA memindahkan ibu dan bayi ke ruang nifas.

CATATAN PERKEMBANGAN KUNJUNGAN V1
6 JAM POST PARTUM

Tempat: Ruangan nifas Puskesmas Waipare

IBU

S : Ibu mengatakan sakit pada tempat jahit di jalan lahir, perut rasa mules saat bayi mengisap ASI

O:

Keadaan Umum: Baik, Kesadaran: Composmentis

Keadaan emosional: tenang / stabil

Tanda vital: tekanan darah 110/ 60 mmhg, nadi 82 x/ menit, suhu 37⁰ C, pernapasan 18x/menit.

1. Pemeriksaan fisik umum:

- a. Muka: tidak pucat, tidak oedema
- b. Mata: tidak oedema, konjungtiva merah muda, sklera putih.
- c. Leher: tidak ada pembesaran kelenjar tiroid dan kelenjar limfe, tidak ada bendungan pada vena jugularis.
- d. Payudara: simetris, ada hiperpigmentasi areola mammae, puting susu menonjol, sudah ada pengeluaran colostrum dari kedua puting susu, tidak ada benjolan, tidak ada nyeri tekan.
- e. Abdomen: kontraksi uterus baik, TFU 2 jari bawah pusat.
- f. Genetalia: ada pengeluaran darah pervagina berwarna merah / lokhea rubra, ada bekas luka jahitan pada perineum.
- g. Ekstremitas atas: kuku tidak pucat, tidak ada oedema.
- h. Ekstremitas bawah: tidak ada oedema, tidak ada varises, tidak ada kemerahan pada kaki, fungsi gerak normal.

A: Ny. S.M umur 35 tahun P3A0AH3postpartum normal 6 jam dengan ruptur perineum grade I.

P:

1. Menginformasikan hasil pemeriksaan pada ibu dan keluarga bahwa keadaan ibu baik, tanda vital normal: tekanan darah 110/ 60 mmhg, nadi 82 x/ menit, suhu 37⁰ C, pernapasan 18 x/ menit; sudah ada pengeluaran colostrum dari kedua puting susu; kontraksi uterus baik, TFU 2 jari bawah pusat; ada bekas luka jahitan pada perineum. Ibu dan keluarga merasa senang dengan informasi tersebut
2. Menganjurkan ibu untuk sering mengontrol dan menilai kontraksi uterus seperti yang telah diajarkan. Ibu mengerti dan sudah melakukannya masase uterus dan kontraksi uterusnya baik.
3. Menganjurkan ibu untuk mobilisasi dini agar ibu merasa lebih sehat dan kuat, pengembalian fungsi usus dan kandung kemih lebih baik. Ibu mengerti dan sudah melakukan mobilisasi seperti ke kamar mandi sendiri.
4. Menganjurkan ibu untuk berkemih bila merasakannya, karena kandung kemih yang penuh menghambat kontraksi uterus yang bisa menyebabkan perdarahan. Ibu mengerti dan sudah buang air kecil 2 kali.
5. Menganjurkan ibu untuk makan makanan yang mengandung zat gizi seimbang dan makanlah 2 porsi lebih banyak dari sebelum masa nifas seperti nasi, sayuran berwarna hijau seperti daun ubi, kelor, bayam, lauk seperti telur, daging, ikan, hati, kacang hijau, tahu, tempe, atau jenis kacang-kacangan, minum susu ibu menyusui, minum air putih minimal 14 gelas perhari. Makanan bergizi membantu memperbanyak ASI, memulihkan kesehatan ibu, mempercepat penyembuhan luka, serta memperlancar proses metabolisme dalam tubuh. Ibu dan keluarga mengerti dan bersedia mengkonsumsi makanan bergizi.
6. Menganjurkan ibu untuk beristirahat yang cukup dengan cara saat bayi tidur ibu harus tidur, agar mempercepat pemulihan kesehatan dan meningkatkan daya tahan tubuh ibu. Ibu mengerti dan bersedia melakukannya.
7. Menganjurkan ibu untuk selalu menjaga kebersihan diri dengan cara mandi teratur 2 kali sehari, mengenakan pakaian yang bersih, mengganti pembalut minimal setiap empat jam atau dirasakan sudah basah, cara cebok yang

benar: ceboklah dahulu daerah depan yaitu simpisis pubis sampai vulva vagina hingga ke luka perinium, kemudian ke daerah belakang yakni daerah anus; mencuci tangan menggunakan sabun setiap kali selesai buang air kecil/ buang air besar. Ibu mengerti dan bersedia melakukannya.

8. Menginformasikan tanda bahaya masa nifas pada ibu dan keluarganya yaitu: perdarahan banyak lewat jalan lahir, keluar cairan berbau dari jalan lahir, bengkak di wajah tangan dan kaki atau sakit kepala dan kejang-kejang, demam lebih dari 2 hari / panas tinggi, payudara merah bengkak disertai rasa sakit, dan ibu terlihat murung sedih dan menangis tanpa sebab. Jika mengalami salah satu tanda tersebut segera beritahu petugas dan atau segera ke fasilitas kesehatan untuk mendapatkan pertolongan persalinan. Ibu dan keluarga mengerti yang ditandai mampu mengulang kembali beberapa tanda bahaya, dan bersedia kembali ke fasilitas kesehatan.

BAYI

S: Ibu mengatakan bayinya sudah bisa menyusui dan isapnya kuat, sudah buang air besar 1 kali, buang air kecil 1 kali.

O:

Keadaan Umum baik, Kesadaran: Composmentis,

Tanda-Tanda Vital: suhu: 37°C, nadi: 133 x/ menit, pernapasan: 50x/ menit, bayi aktif warna kulit kemerahan, tidak ada perdarahan tali pusat, daya isap asi kuat.

A : Neonatus Cukup Bulan Sesuai Masa Kehamilan usia 6 Jam

P :

1. Menginformasikan pada ibu bahwa keadaan bayinya baik, tanda vital dan pemeriksaan fisik dalam batas normal. Ibu tampak senang mendengar informasi yang diberikan.
2. Mengajukan ibu untuk sering melakukan kontak dengan bayinya seperti memeluk dengan kasih sayang, sering menyusui, kontak mata, berbicara dengan bayinya, agar terciptanya ikatan kasih sayang dan memberikan kehangatan pada bayinya. Ibu mengerti dan melakukannya.

3. Mengajarkan ibu cara menyusui yang benar yaitu menyusui bayi sesering mungkin semau bayi, minimal tiap 2-3 jam, susui dari kedua payudara secara bergantian hingga kosong agar payudara tetap memproduksi ASI yang cukup. Ibu mengerti dan bersedia melakukannya.
4. Mengajarkan posisi dan perlekatan menyusui yang benar yaitu dengan cara: ibu duduk bersandar di dinding dengan sudut 90 derajat atau duduk di pinggir tempat tidur dengan kaki bersandar pada bangku, usahakan posisi senyaman mungkin. Menggunakan satu tangan menyangga badan bayi dengan posisi kepala dan badan bayi berada dalam satu garis lurus, wajah bayi menghadap payudara, hidung berhadapan dengan puting susu, sebagian besar areola(bagian hitam disekitar puting) masuk ke dalam mulut bayi, mulut bayi tampak terbuka lebar, bibir bawah melengkung ke luar, dagu menyentuh payudara ibu. Ibu mengerti dan bisa mempraktekan posisi menyusui yang benar.
5. Memberikan KIE tentang ASI eksklusif yaitu bayi diberi ASI saja hingga umur 6 bulan tanpa tambahan makanan lain seperti susu formula, air putih, madu, bubur susu, biskuit, dan lain-lain. ASI merupakan makanan terbaik untuk bayi mengandung semua zat gizi yang dibutuhkan bayi hingga 6 bulan pertama, serta mengandung zat antibodi yang melindungi bayi dari kuman penyakit. Ibu mengerti dan bersedia memberikan bayinya ASI saja hingga umur 6 bulan.
6. Mengajarkan ibu dan keluarga cara menjaga kehangatan bayi baru lahir seperti memakaikan topi, sarung tangan dan kaki, membungkus bayi dengan kain yang kering dan hangat, segera mengganti pakaian bayi jika basah atau kotor, serta menunda memandikan bayi hingga 6 jam. Ibu dan keluarga mengerti tentang cara menjaga kehangatan bayi.
7. Menginformasikan tanda-tanda bahaya yang terjadi pada bayi baru lahir seperti: bayi tidak mau menyusui, kejang-kejang, lemah, sesak napas dan ada tarikan dinding dada bagian bawah ke dalam, bayi merintih atau menangis terus-menerus, tali pusat kemerahan berbau atau bernanah, panas tinggi, kulit bayi berwarna kuning, buang air besar berwarna pucat. Bila

mengalami salah satu tanda tersebut ibu harus segera membawa bayinya ke fasilitas kesehatan untuk mendapatkan penanganan. Ibu dan keluarga mengerti yang ditandai mampu mengulang kembali beberapa tanda bahaya pada BBL, serta bersedia membawa bayinya ke fasilitas kesehatan bila mengalaminya.

**CATATAN PERKEMBANGAN KUNJUNGAN KE VII
POST PARTUMHARI PERTAMA (KF I & KN I)**

Hari/ tanggal: Jum'at, 03-05-2019

Jam: 08.30 WITA

Tempat : Ruangan nifas Puskesmas Waipare

IBU

S : Ibu mengatakan rasa nyeri pada luka jahitan, sudah buang air kecil, belum buang air besar.

O :

Keadaan Umum: Baik, Kesadaran : Composmentis.

Tanda-Tand Vital: tekanan darah 100/ 70 mmhg, nadi 84x/menit, suhu 36,8°C, pernapasan 18 x/ menit,

Puting susu menonjol, ada produksi ASI di kedua payudara

TFU 2 jari bawah pusat, kontraksi uterus baik, lochea rubra, pengeluaran lochea tidak berbau.

A: P3A0AH3 postpartum normal hari pertama keadaan ibu baik

P:

1. Menginformasikan hasil pemeriksaan pada ibu dan keluarganya bahwa keadaan ibu baik, tanda vital normal, luka perinium masih basah. Ibu dan keluarga mengerti.
2. Menjelaskan ketidaknyamanan yang dirasakan ibu yakni belum buang air besar, hal ini masih dalam batas normal yang terjadi akibat penurunan peristaltik usus, dan kurangnya asupan makanan selama ibu dalam proses persalinan. Cara mengatasinya: makan makanan yang mengandung tinggi serat seperti sayur-sayuran, dan buah-buahan, mengkonsumsi air putih

minimal 14 gelas perhari selama masa nifas, serta mobilisasi dini. Ibu mengerti dan bersedia melakukan anjuran tersebut.

3. Mengingatkan ibu untuk makan makanan yang bergizi dengan porsi 2 kali lebih banyak dari sebelumnya. Ibu mengerti dan mengatakan sudah melakukan seperti anjuran yakni makan nasi, sayuran seperti bayam, kelor, dengan lauk, ikan, tahu, telur, minum air putih lebih dari 14 gelas/ hari, serta minum susu ibu menyusui tiap pagi dan malam hari.
4. Mengajarkan ibu cara merawat luka perineum yaitu dengan menjaga kebersihan daerah genitalia seperti bersihkan daerah genitalia menggunakan sabun dan air bersih setiap kali mandi, mandi 2 kali sehari; jangan menyentuh luka perinium; mencuci tangan sesudah buang air kecil/buang air besar, sebelum dan sesudah merawat luka perinium; sering ganti celana dalam dan pembalut bila sudah penuh atau minimal tiap 4 jam. Ibu mengerti dan bersedia melakukannya.
5. Mengingatkan ibu untuk istirahat yang cukup dengan cara tidur siang atau istirahatlah selama bayi tidur, serta kembali beraktivitas kegiatan rumah tangga secara perlahan-lahan jika ibu sudah merasa mampu. Istirahat yang cukup ibu mampu merawat bayinya, proses pemulihan alat kandungan berjalan lancar, tidak terjadi perdarahan, produksi ASI lancar. Ibu mengerti dan bersedia melakukannya.
6. Mengingatkan ibu untuk sering melakukan kontak dengan bayinya, agar tercipta ikatan kasih sayang dan merangsang perkembangan bayi. Ibu mengerti dan bersedia melakukannya.
7. Mengajarkan ibu minum obat yang diberikan yakni amoxicilin 500 mg 3x1, asammefenamat 500 mg 3x1, tablet tambah darah dan vitamin c 1x1 tiap malam hari, obat diminum sesudah makan menggunakan air putih agar proses penyerapannya berjalan lancar. Ibu mengerti dan sudah minum obat secara teratur sesuai dosisnya.

8. Memberikan ibu vitamin A 200.000 IU sebanyak 2 kapsul, diminum hari pertama 1 kapsul dan kapsul kedua 1 kapsul diminum 24 jam setelah ibu minum kapsul vitamin A pertama. Ibu mengerti, jam 09.00 ibu minum kapsul vitamin A pertama 1 kapsul.

BAYI

S : Ibu mengatakan bayinya sudah menyusui pada payudara ibu, sudah buang air kecil dan buang air besar berwarna hitam.

O:

Keadaan Umum: baik, Kesadaran: Composmentis

Kulit tampak kemerahan tidak ikterus, gerak aktif, menangis kuat, daya isap ASI kuat.

A : Neonatus Cukup Bulan Sesuai Masa Kehamilan Umur 1 Hari

P :

1. Menginformasikan hasil pemeriksaan pada ibu dan keluarganya bahwa keadaan bayinya baik, tanda vital normal, berat badan 2900 gram, panjang badan 50 cm. Ibu dan keluarganya senang mendengar informasi tersebut.
2. Mengajarkan ibu cara memandikan dan merawat tali pusat bayi. Ibu mengerti dan bersedia melakukannya.
3. Memastikan ibu menyusui bayinya dengan posisi yang benar. Ibu sudah bisa melakukan menyusui dengan posisi yang benar.
4. Kolaborasi dengan dokter untuk memberikan imunisasi HB 0 pada bayi. Bayi sudah diimunisasi HB 0.
5. Menjelaskan pada ibu agar jangan membiarkan bayinya menangis lama karena bisa menyebabkan bayi stres. Ibu mengerti dan bersedia melakukannya.
6. Mengingatkan ibu dan keluarga agar selalu menjaga bayinya tetap hangat. Ibu dan keluarga mengerti dan bersedia melakukannya.
7. Menganjurkan ibu untuk sering menyusui bayinya secara tidak terjadwal, minimal tiap 2-3 jam agar kebutuhan bayinya terpenuhi dan memperlancar produksi ASI.

8. Mengingatkan ibu tentang tanda bahaya pada bayi baru lahir. Ibu mengerti dengan penjelasan yang diberikan.

**CATATAN PERKEMBANGAN KUNJUNGAN KE VIII
(POST PARTUM HARI KE TIGA / KF II DAN KN II)**

Hari/ tanggal : Kamis, 05-05-2019 Jam: 10.00 WITA

Tempat : Rumah ibu

IBU

S : Ibu mengatakan ASI sudah semakin banyak, sudah buang air besarspontan konsistensinya lunak, buang air kecil +, darah yang keluar dari jalan lahir berwarna merah.

O :

Keadaan Umum: baik, Kesadaran: Composmentis

Tanda-Tanda Vital: tekanan darah: 110/ 60 mmHg, nadi 80 x/menit, nadi 80x/menit, suhu 37 °C, pernapasan 16x/ menit.

1. Pemeriksaan fisik:

- a. Muka: tidak oedema, tidak pucat
- b. Mata: konjungtiva merah muda.
- c. Payudara: tidak ada pembengkakan, ada pengeluaran ASI dari kedua puting susu bersih.
- d. Tinggi Fundus Uteri 3jari bawah pusat,lochea rubra.

A: P3A0AH3post partum normal hari ke- 3

P:

1. Menginformasikan hasil pemeriksaan pada ibu bahwa keadaanya baik, tekanan darah normal 110/60 mmhg, kontraksi uterus baik, TFU3 jari bawah pusat, pengeluaran pervagina normal, luka di jalan lahir sudah mulai mengering. Ibu mengerti dan tampak senang setelah mendengar informasi tersebut.
2. Menjelaskan pada ibu dan keluarga penyebab sakit pada punggung yang dirasakan ibu adalah hal yang normal akibat bertambah besarnya ukuran payudara dan volume ASI yang bertambah banyak, sehingga otot belakang

tertarik untuk menopang beban tersebut. Cara mengatasinya kenakanlah bra yang sesuai dengan ukuran payudara agar bisa menyokong payudara ibu. Ibu dan keluarga mengerti dan bersedia mengenakan bra yang sesuai ukuran payudara ibu.

3. Melakukan perawatan luka perineum cukup dengan mencuci bersih dengan air bersih, dan sering mengganti pakaian dalam.
4. Mengajarkan ibu untuk melakukan perawatan luka perineum menggunakan betadin salep yang dilakukan setiap pagi dan sore sesudah mandi. Ibu bersedia melakukan perawatan luka menggunakan betadin salep.
5. Mengingatkan ibu untuk meningkatkan kebersihan daerah genitalia, agar luka perineum segera sembuh dan tidak terjadi infeksi. Ibu bersedia melakukannya.
6. Mengajarkan ibu untuk menjaga kebersihan dirinya seperti mandi 2 kali sehari, keramas 2-3 kali seminggu, sikat gigi 2 kali sehari, ganti pakaian dalam dan luar minimal 2 kali sehari setiap habis mandi. Ibu mengerti dan bersedia melakukannya.
7. Mengingatkan ibu untuk tetap meningkatkan asupan makanan yang bergizi. Karena makanan yang bergizi berguna untuk meningkatkan kesehatan ibu, penyembuhan luka perinium, serta meningkatkan produksi ASI. Ibu mengerti dan mengatakan jam 09.00 sudah mengkonsumsi bubur campur daun kelor 1 mangkok, dan minum susu ibu menyusui tiap pagi dan malam hari.
8. Mengingatkan ibu untuk istirahat yang cukup agar ibu tidak kelelahan dan untuk pemulihan kesehatan ibu, dengan cara beristirahatlah atau tidurlah disaat bayi tidur. Ibu mengerti dan mengatakan sudah melakukannya.
9. Memastikan ibu menyusui bayinya dengan benar dengan cara menyuruh ibu menyusui bayinya dan memperhatikan cara menyusui dan posisi menyusui. Ibu sudah menyusui bayinya dengan benar dan tidak ada hambatan saat menyusui.

BAYI

S: Ibu mengatakan bayinya sudah buang air kecil dan sudah buang air besar, daya isap ASI kuat, tali pusat kering belum terlepas.

O:

Keadaan Umum : baik, Kesadaran: Composmentis

Tanda-Tanda Vital: suhu: 36,7 °C, nadi 132x/menit, pernapasan 53x/menit

1. Pemeriksaan fisik:

- a. Bayi aktif, warna kulit kemerahan, bayi terlihat mengisap ASI dengan kuat, tali pusat kering dan bersih belum terlepas.

A : Neonatus Cukup Bulan Sesuai Masa Kehamilan Usia 3 hari

P :

1. Informasikan hasil pemeriksaan pada ibu bahwa keadaan bayinya baik, tanda vital normal.
2. Memastikan ibu menyusui bayinya dengan benar dengan cara menyuruh ibu menyusui bayinya dan memperhatikan cara menyusui dan posisi menyusui. Ibu sudah menyusui bayinya dengan benar dan tidak ada hambatan saat menyusui.
3. Mengajarkan ibu cara menyendawakan bayinya yaitu dengan cara menelungkupkan atau miringkan bayi ke salah satu sisi kemudian tepuk secara perlahan bagian punggung bayi. Ibu mengerti dan bisa mempraktekkan dengan benar cara menyendawakan bayi.
4. Mengingatkan ibu untuk menjaga bayinya tetap hangat, sering menyusui minimal tiap 2-3 jam atau semau bayi, serta memberikan bayinya ASI saja hingga berumur 6 bulan. Ibu mengerti dan sudah melakukan anjuran tersebut.
5. Mengingatkan ibu untuk menjemur bayinya pada sinar matahari sebelum jam 8 pagi selama 10 menit, karena mengandung vitamin D yang berguna untuk pertumbuhan dan pembentukan tulang dan gigi serta penyerapan kalsium dalam tubuh bayi. Ibu mengerti dan mengatakan sudah menjemur bayinya tadi pagi selama 10 menit.

6. Mengingatkan ibu untuk memperhatikan tanda bahaya pada bayi dan segera ke fasilitas kesehatan bila mengalaminya. Ibu mengerti dan mengatakan selama ini bayinya tidak mengalami salah satu tanda bahaya tersebut.

**CATATAN PERKEMBANGAN KUNJUNGAN KE 1X (POST PARTUM
HARI KE 28 / KF III)**

Hari / tanggal : Kamis,30-05-2019 Jam: 10.00 WITA

Tempat : Rumah ibu

IBU

S: Ibu mengatakan tidak ada keluhan.

O:

Keadaan Umum : baik, Kesadaran : Composmentis

Tanda-TandaVital: tekanan darah 110/ 60 mmHg, nadi 80x/ menit, suhu 36,7 °C, pernapasan 16 x/ menit.

1. Pemeriksaan fisik:

- a. Wajah tidak oedema, konjungtiva merah muda, payudara tidak ada pembengkakang, puting susu bersih, produksi ASI banyak,TFU tidak teraba, lochea alba.
- b. Ekstremitas tidak oedema

A: P3A0AH3post partum normal hari ke- 28.

P:

1. Menginformasikan hasil pemeriksaan pada ibu bahwa keadaan ibu baik yang ditandai oleh tanda vital dan pemeriksaan fisik normal. Ibu tampak senang.
2. Mengingatkan ibu untuk tetap meningkatkan asupan makanan yang bergizi. Karena makanan yang bergizi berguna untuk meningkatkan kesehatan ibu, penyembuhan luka perinium, serta meningkatkan produksi ASI. Ibu mengerti dan mengatakan jam 08.00 WITA sudah mengkonsumsi bubur daun kelor 1 mangkok.

3. Mengingatkan ibu untuk istirahat yang cukup agar ibu tidak kelelahan dan untuk pemulihan kesehatan ibu, dengan cara beristirahatlah atau tidurlah disaat bayi tidur. Ibu mengerti dan mengatakan sudah melakukannya.
4. Mengingatkan ibu agar memberikan bayinya ASI saja hingga umur 6 bulan. Ibu bersedia memberikan bayinya ASI saja hingga 6 bulan.
5. Memastikan ibu menyusui bayinya dengan benar dengan cara menyuruh ibu menyusui bayinya dan memperhatikan cara menyusui dan posisi menyusui. Ibu sudah menyusui bayinya dengan benar dan tidak ada hambatan saat menyusui.
6. Menjelaskan pada ibu kapan ibu dan suami bisa memutuskan untuk memulai berhubungan seksual.
7. Memotifasi ibu untuk mengikuti program KB setelah masa nifas selesai yaitu 42 hari.

BAYI

S:

1. Ibu mengatakan isapan ASI bayi kuat.
2. Buang air kecil normal warna kuning, frekuensi 6-7 kali perhari, buang air besar normal warna kuning, frekuensi 3-4 kali sehari, konsistensi lunak.

O:

1. Keadaan umum bayi baik, gerak aktif, tonus otot baik.
2. Tanda vital: suhu 36,8 °C, nadi 120x/ menit, pernapasan 48x/ menit
3. Kulit: tidak ikterus, tidak ada sianosis, turgor kulit baik.
4. Tali pusat bayi sudah terlepas, kering dan bersih.
5. Berat badan: 3700 gram, panjang badan 48 cm.

A:Bayi Cukup Bulan Sesuai Masa Kehamilan Umur 28 Hari

P:

1. Informasi pada ibu bahwa keadaan bayinya baik yang ditandai tanda vital normal yaitu suhu 36,8 °C, nadi 120x/ menit, pernapasan 48x/ menit. Ibu senang mendengar informasi tersebut.

2. Mengingatkan ibu untuk tetap memberikan bayinya ASI saja hingga umur 6 bulan, dan setelah 6 bulan bayi tetap diberi ASI dan makanan pendamping ASI, serta menyusui bayinya hingga bayi berumur 2 tahun. Ibu mengerti dan bersedia memberikan bayinya ASI saja hingga umur 6 bulan..
3. Mengingatkan ibu untuk sering memberikan bayinya ASI semau bayi atau minimal tiap 2-3 jam, serta selalu menyendawakan bayinya setiap selesai menyusui. Ibu mengerti dan bersedia melakukannya.
4. Mengingatkan ibu untuk tetap memperhatikan kebersihan bayi, pakaian maupun tempat sehingga bayinya tidak mudah sakit yang diakibatkan oleh kurang memperhatikan kebersihan. Ibu mengerti dan bersedia selalu memperhatikan kebersihan agar bayinya tidak mudah sakit.
5. Mengingatkan ibu untuk membawa bayinya ke Posyandu Waipare A yang berlokasi di Dusun Waipare A, pada tanggal 13Juni 2019, jam 08.00 WITA

CATATAN PERKEMBANGAN X (KELUARGA BERENCANA)

Tanggal : 14 Juni 2019

Jam : 09.00 WITA

Tempat : Rumah ibu

IBU :

S : Ibu mengatakan tidak ada keluhan

O:.Keadaan Umum: baik, Kesadaran : Composmentis.

Tanda – Tanda Vital: TD : 110/ 70 mmHg, suhu 36,8 C, nadi : 84 x/ menit,
RR : 20x /menit.

Pemeriksaan fisik : wajah tidak oedema, konjungtiva merah muda, sclera putih,leher tidak ada pembesaran vena, payudara bersih, produksi ASI banyak, tidak ada kelainan pada abdomen dan ekstremitas normal serta tidak ada oedema.

A : Ny. S.M calon akseptor KB Implant .

P :

1. Menginformasikan kepada ibu hasil pemeriksaan dalam kondisi normal, ibu senang mendengar informasi yang di berikan.
2. Memberikan konseling kepada ibu dan suami tentang manfaat KB yaitu untuk menjarakan kehamilan, ibu dan suami mengerti dan mereka mau mengikuti KB.
3. Menjelaskan macam – macam kontrasepsi beserta keuntungan dan kerugiannya.
4. Memberi kesempatan kepada ibu dan suami untuk memilih jenis kontrasepsi yang cocok, ibu dan suami bersepakat untuk mengikuti KB implant.
5. Merekomendasikan kepada teman bidan di puskesmas Waipare untuk memberikan pelayanan KB kepada Ny.S.M.

C. Pembahasan

Pembahasan merupakan bagian dari laporan kasus yang membahas tentang kendala atau hambatan selama melakukan asuhan kebidanan pada klien. Kendala tersebut menyangkut kesenjangan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus. Kesenjangan tersebut dapat dilakukan pemecahan masalah untuk memperbaiki atau masukan demi meningkatkan asuhan kebidanan.

1. Pembahasan Data Subyektif

a. Kehamilan

Data yang dikaji berupa data identitas ibu dan suami, keluhan utama, riwayat haid, riwayat perkawinan, riwayat kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu, riwayat kontrasepsi, riwayat kesehatan ibu dan keluarga, keadaan psikososial, dan riwayat sosial kultur. Data identitas: Ny. S.M umur 35 tahun, pendidikan SD, pekerjaan IRT, dan suaminya bernama Tn. Bumur 36 tahun, pendidikan SD, Pekerjaan Nelayan. Hal ini mempengaruhi dalam pemenuhan kebutuhan hidup dan pengambilan keputusan apabila ada masalah dengan kehamilan ibu. Data riwayat perkawinan ditemukan status pernikahan sah. Status pernikahan bisa

berpengaruh pada psikologi ibu pada saat hamil (Romauli, 2011). Keluhan ibu saat pengkajian awal ibu mengatakan sakit pinggang, kram pada kaki dan ibu mengatakan frekuensi buang air besar 2 hari sekali. Beberapa ketidaknyamanan trimester III diantaranya sakit pinggang disebabkan oleh kurvatura dari vertebra lumbosakral yang meningkat saat uterus terus membesar dan spasme otot karena tekanan pada syaraf, kram pada kaki dapat terjadi karena kekurangan asupan kalsium, pembesaran uterus sehingga memberikan tekanan pada pembuluh darah pelvik dengan demikian dapat menurunkan sirkulasi darah ke tungkai bagian bawah.

Obstipasi diduga terjadi akibat penurunan peristaltik yang disebabkan oleh relaksasi otot polos pada usus besar ketika terjadi peningkatan jumlah progesteron, dan juga sebagai akibat dari efek samping penggunaan zat besi (Marmi, 2011). Hal ini merupakan ketidaknyamanan yang normal yang terjadi pada ibu hamil trimester III, artinya tidak ada kesenjangan antara teori dan kasus. Riwayat ANC, ibu melakukan pemeriksaan kehamilan pertama kali saat usia kehamilan 12 minggu dan selama hamil pemeriksaan sebanyak 8 kali. Menurut Walyani (2015) pemeriksaan kehamilan pertama dilakukan segera setelah diketahui ibu terlambat haid, pemeriksaan ulangan setiap bulan sampai umur kehamilan 20 minggu, setiap 2 minggu sampai usia kehamilan 8 bulan, dan setiap minggu sejak umur kehamilan 8 bulan sampai terjadi persalinan. Hal ini berarti ada kesenjangan antara teori dan kasus yang diakibatkan karena kehamilan ini merupakan kehamilan yang tidak diinginkan sehingga mempengaruhi ibu hamil dalam menentukan kapan ia harus ke fasilitas kesehatan untuk pemeriksaan kehamilannya.

Selama pemeriksaan kehamilan di Posyandu Waipare A ibu mendapat tablet tambah darah 60 tablet, dan kalsium laktat 30 tablet. Setiap ibu hamil harus mendapat tablet tambah darah dan asam folat minimal 90 tablet selama kehamilan (Kemenkes RI, 2015). Ketidakcukupan kebutuhan tablet tambah darah diakibatkan ibu memeriksakan

kehamilannya setelah usia kehamilan 8 bulan. Ini berarti ada kesenjangan antara teori dan kasus. Ibu sudah mendapat imunisasi TT 3 yaitu diberikan tanggal 13-12-2018 diberikan saat kunjungan ANC. Interval pemberian imunisasi TT3 yaitu 6 bulan setelah TT2 dan masa perlindungannya 5 tahun, dan seterusnya. Pemberian imunisasi TT dan masa perlindungannya sudah sesuai teori. Kunjungan rumah tanggal 01-05-2019, ibu mengeluh sakit perut dan pinggang sesekali dan belum ada tanda lendir darah dari jalan lahir. Akhir kehamilan sering terjadi kontraksi uterus yang disebut juga his palsu (broxton hicks) (Prawirhardjo, 2014). Tidak ditemukan kesenjangan antara teori dan kasus.

b. Persalinan

Ibu mengeluh merasa sakit pada pinggang menjalar ke perut bagian bawah hilang timbul sejak jam 17.00 WITA. Keluar tanda berupa lendir darah lewat jalan lahir sejak jam 17.30 WITA, belum keluar air-air banyak dari jalan lahir. kondisi tersebut sesuai dengan pernyataan menurut Marmi (2012) bahwa tanda persalinan pada umumnya klien mengeluh nyeri pada daerah pinggang menjalar ke perut, adanya his yang semakin sering dan teratur, keluar lendir darah, perasaan ingin buang air kecil sedikit-sedikit. Pukul 01.45 WITA ibu mengatakan sakit perut pinggang semakin sering dan lama, rasa ingin buang air besar tiap kali perut terasa kencang. Perubahan fisiologis secara umum yang terjadi pada persalinan kala II yaitu his menjadi lebih kuat dan lebih sering, timbul tenaga untuk meneran, perubahan dalam dasar panggul, lahirnya fetus (Rukiah, dkk, 2012). Hal ini berarti tidak ada kesenjangan antara teori dan kasus. Pukul 02.05 WITA ibu mengatakan perutnya mules. Hal ini disebabkan oleh kontraksi uterus. Setelah bayi lahir uterus teraba keras dengan fundus uteri agak di atas pusat, beberapa menit kemudian uterus berkontraksi lagi untuk melepaskan plasenta dari dindingnya (Marmi, 2012). Setelah bayi lahir uterus masih mengadakan kontraksi yang mengakibatkan penciutan permukaan kavum uteri tempat

implantasi plasenta (Kuswanti dkk, 2013). Dalam hal ini tidak terjadi kesenjangan antara teori dan kasus.

Kala IV, ibu mengatakan rasa mules di perut sudah mulai berkurang. Rasa mules terjadi akibat kontraksi uterus sehingga tidak terjadi perdarahan post partum. Menurut Marmi (2012) uterus yang berkontraksi normal harus terasa keras ketika disentuh atau diraba. Tidak ditemukan kesenjangan antara teori dan kasus.

c. Bayi baru lahir

Enam jam pertama, ibu mengatakan bayinya sudah bisa menyusui dan isapannya kuat, sudah buang air kecil 1x, dan buang air besar 1x warna hitam. Dewi (2010) menjelaskan pada traktus digestivus mengandung zat berwarna hitam kehijauan yang terdiri atas mukopolisakarida atau disebut dengan mekonial.

d. Nifas

Enam jam post partum, ibu mengeluh perut rasa mules saat bayi menyusui, sudah buang air kecil, belum buang air besar. Kunjungan hari ke 4 ibu mengeluh sakit pada punggung, ASI sudah semakin banyak, darah yang keluar dari jalan lahir berwarna merah kecoklatan dan ada lendir, sudah bisa buang air besar.

Oksitoksin menyebabkan terjadinya kontraksi dan retraksi otot uterus sehingga akan menekan pembuluh darah dan mengakibatkan berkurangnya suplai darah ke uterus (Ambarwati dkk, 2010). Sakit perut yang dirasakan ibu akibat kontraksi uterus. Hal ini berarti tidak ada kesenjangan antara teori dan kasus.

Menurut Yanti, dkk (2014) miksi normal bila dapat buang air kecil spontan setiap 3-4 jam, dan diharapkan ibu dapat buang air besar sekitar 3-4 hari post partum. Hal ini menunjukkan tidak ada kesenjangan antar teori dan kasus.

e. Keluarga Berencana (KB)

Ibu mengatakan tidak ada keluhan dan mengatakan ingin menggunakan kontrasepsi implant. Ibu dan suami sudah sepakat untuk mengikuti kontrasepsi KB implant setelah 40 hari post partum.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Bab ini penulis mengambil kesimpulan dari studi kasus yang berjudul Asuhan Kebidanan Berkelanjutan pada Ny.S.M Umur 35 Tahun G3P2A0AH2 Hamil 37 Minggu Janin Hidup Tunggal Letak Kepala Intra Uterin keadaan Ibu dan Janin baik, yaitu:

1. Data Subyektif

Pengumpulan data subyektif dilakukan sejak masa kehamilan, persalinan, bayi baru lahir, nifas dan KB yang meliputi data identitas (biodata), keluhan utama, riwayat keluhan utama, riwayat haid, riwayat perkawinan, riwayat kehamilan persalinan dan nifas yang lalu, riwayat kontrasepsi, riwayat kesehatan ibu, riwayat kesehatan keluarga dan penyakit keturunan, keadaan psikososial, riwayat sosial kultur.

2. Data Obyektif

Pengumpulan data obyektif yang dilakukan sejak kehamilan, persalinan, bayi baru lahir, nifas, dan KB yang meliputi: pemeriksaan fisik umum, pemeriksaan fisik obstetrik, dan pemeriksaan penunjang.

3. Analisa Data

Analisa data dibuat berdasarkan data subyektif dan data obyektif yang dikumpulkan saat pengkajian. Perumusan diagnosa kehamilan berdasarkan 9 iktisar kebidanan, 3 digit varney, dan nomenklatur kebidanan. Perumusan diagnosa persalinan berdasarkan standar nomenklatur diagnosa kebidanan. Perumusan diagnosa bayi baru lahir berdasarkan data atau informasi subyektif maupun obyektif. Perumusan diagnosa nifas berdasarkan standar nomenklatur diagnosa kebidanan. Perumusan diagnosa KB ditegakan berhubungan dengan para, abrtus, umur dan kebutuhan. Masalah dirumuskan sesuai dengan kondisi klien.

4. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan berdasarkan diagnosa dan masalah yang ditemukan pada setiap asuhan yang diberikan yaitu kehamilan, persalinan, bayi baru lahir, nifas dan KB.

B. Saran

Sehubungan dengan simpulan di atas, maka penulis menyampaikan saran sebagai berikut:

1. Bagi Institusi Jurusan Kebidanan

Studi kasus ini dapat menjadi acuan bagi mahasiswa selanjutnya dalam menyusun asuhan kebidanan berkelanjutan menjadi kontribusi bagi perkembangan ilmu pengetahuan khususnya ilmu kebidanan yang berkaitan dengan asuhan kebidanan berkelanjutan

2. Bagi Puskesmas Waipare

Informasi bagi pengembangan program kesehatan ibu hamil sampai nifas atau asuhan berkelanjutan, dengan lebih banyak lagi memberikan penyuluhan kepada ibu hamil sampai ibu nifas, dapat mengikuti perkembangan ilmu pengetahuan kesehatan agar dapat menerapkan setiap asuhan kebidanan sesuai dengan teori dari mulai kehamilan, persalinan, nifas dan BBL, dan KB.

3. Bagi Profesi

Menerapkan asuhan kebidanan sesuai dengan standar pelayanan kebidanan yang telah ditetapkan sesuai dengan kewenangan bidan yang diberikan kepada profesi bidan, serta diharapkan dapat meningkatkan pengetahuan dan ketrampilan dalam melakukan asuhan kebidanan secara berkelanjutan pada klien.

4. Bagi Klien dan Masyarakat

Memiliki kesadaran untuk selalu memeriksakan keadaan kehamilannya secara teratur sehingga akan merasa lebih yakin dan nyaman karena mendapatkan gambaran tentang pentingnya pengawasan pada saat hamil, bersalin, nifas dan bayi baru lahir dengan melakukan pemeriksaan rutin di pelayanan kesehatan dan mendapatkan asuhan secara berkelanjutan dengan baik.

DAFTAR PUSTAKA

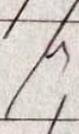
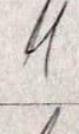
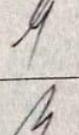
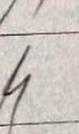
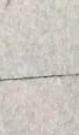
- Asri, Dwidan Clervo, Christine.2012. *Asuhan Persalinan Normal*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Ambarwati, Eny Retna dan Wulandari, Diah.2010. *Asuhan Kebidanan Nifas*. Jogjakarta: Nuha Medika.
- Buku Ajar Asuhan Kebidanan 3 Nifas*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Buku KIA*. Jakarta: Kemenkes RI.2010. *Buku Saku Pelayanan Kesehatan Neonatal Esensial*. Jakarta: Depkes RI.
- Dinas Kesehatan NTT.2015. *Profil Kesehatan Propinsi NTT Tahun 2015*. Kupang: Dinkes NTT.
- Depkes RI.2007. *Keputusan Menteri Kesehatan No. 938/ Menkes/SK/ VIII/ 2007 Tentang Standar Asuhan Kebidanan*. Jakarta: Depkes RI.
- Dewi,V.N.Lia.2010. *Asuhan Neonatus, Bayi, Dan Anak Balita*. Yogyakarta: Salemba Medika.
- Doenges, Marlynn dan Moorhouse, Mary Franes.2001. *Rencana Perawatan Maternal/ Bayi*. Jakarta: EGC.
- Dompas, Robin.2011. *Buku Saku Asuhan Neonatus, Bayi, dan Balita*. Jakarta: EGC.
- Erawati, Ambar Dewi.2011. *Asuhan Persalinan Normal*. Jakarta: EGC.
- Hidayat, Asridan Sujiyatini.2010. *Asuhan Kebidanan Persalinan*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Handayani, Sri.2010. *Buku Ajar Pelayanan Keluarga Berencana*. Yogyakarta: Pustaka Rihama.
- IlmiahWidia Shofa.2015. *Buku Ajar Asuhan Persalinan Normal*. Yogyakarta: Nuha Medika. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta: BPSP.
- JNPK-KR.2008. *Pelatihan Klinik Asuhan Persalinan Normal*. Jakarta: Depkes RI.
- Kristiyanasari, Weni.2011. *Asuhan Keperawatan Neonatus dan Anak*. Yogyakarta: Nuha Medika.

Kemenkes RI. 2015. *Profil Kesehatan Indonesia*. Jakarta: Menkes RI.2015.
Pedoman Pelayanan Antenatal Terpadu Edisi Kedua. Jakarta: Direktorat
Bina Kesehatan Ibu.2015.

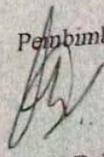
KARTU KONSULTASI LAPORAN TUGAS AKHIR

Nama Mahasiswa : Gemini Maria Roslini
 NIM : PO.5303240181362
 Pembimbing : Serlyansie V.Boimau,SST,Pd.
 Judul : Asuhan Kebidanan Berkelanjutan NY.S.M

Di Puskesmas Waipare Periode 18 April s/d 14 Juni 2019

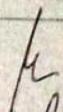
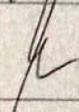
NO	HARI/TGL	MATERI BIMBINGAN	PARAF
1.	Kamis/ 2-5-2019	Konsul Lewat Email Bab I - II.	
2.	Rabu/ 12-6-2019	Konsul BAB I - II	
3.	Kamis/ 13-6-2019	Konsul BAB II.	
4.	Senin/ 1-7-2019	Konsul Hasil Revisi BAB I - II.	
5.	Jumat/ 5-7-2019	ACC	
6.	Jumat/ 12-7-2019	Konsul Revisi setelah ujian	

Pembimbing

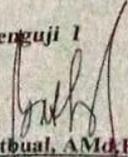

 Serlyansie V.Boimau,SST,M.Pd
 NIP : 196910061989032001

KARTU KONSULTASI REVISI LAPORAN TUGAS AKHIR

Nama Mahasiswa : Germini Maria Roslini
 NIM : PO.5303240181362
 Penguji I : Bringiwatty Batbual, AMd.Keb, S.Kep, Ns. MSc
 Judul : Asuhan Kebidanan Berkelanjutan NY. S.M
 Di Puskesmas Waipare Periode 18 April s/d 14 Juni 2019

NO	HARI/TGL	MATERI BIMBINGAN	PARAF
1.	Senin/ 8-7-2019	Revisi bab II	
2.	Senin/ 29-7-2019	Acc	

Penguji I


Bringiwatty Batbual, AMd.Keb, S.Kep, Ns. MSc
 NIP. 19710515199403 2 002